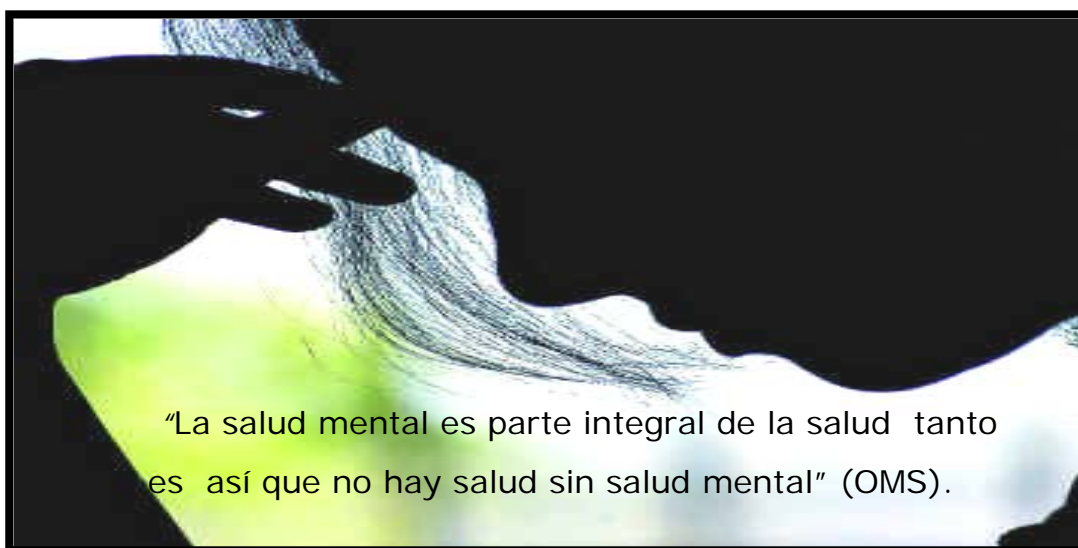


UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

CRISIS Y SALUD MENTAL



Alumna: Alicia Franco Abós
Directora: Yolanda López del Hoyo
Zaragoza, octubre de 2013



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. METODOLOGÍA	8
2.1.OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.2.TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	8
2.3.MODO DE REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.4. ESTRUCTURA	11
3. CONTEXTO DE CRISIS.....	12
3.1.DESEMPLEO Y DESAHUCIOS	15
3.2.SERVICIOS SOCIALES Y SITUACIÓN SOCIAL EN ARAGÓN...	19
4. REPERCUSIONES DEL TRABAJO Y DEL DESEMPLEO	23
4.1. TRABAJO Y CALIDAD DE VIDA.....	23
4.2. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL DESEMPLEO.....	27
5. LA SALUD MENTAL.....	32
5.1. ¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?	32
5.2. TRASTORNOS MENTALES EN LA ACTUALIDAD.....	37
5.1. EPIDEMIOLOGÍA	40
6. DEPRESIÓN	46
6.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	49
7. SUICIDIO	53
7.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	57
8. REPERCUSIONES DE LA CRISIS EN LA SALUD MENTAL .	62
9. ANÁLISIS DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	66
9.1. RIESGOS POR SECTORES POBLACIONALES.....	71
10. CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DE PÁGINAS WEB.....	82

ANEXO I. GUIONES DE ENTREVISTAS Y HOJA DE DE CONSENTIMIENTO.....	89
ANEXO II. DECÁLOGO POR UNA MENTE SANA	94

ÍNDICE DE TABLAS GRÁFICOS Y FIGURAS PÁGINA

Tabla 1. Tasa de riesgo de pobreza según situación profesional. España y UE-27	13
Tabla 2. Salud mental en población adulta según clase social basada en la ocupación de la persona referenciada (Encuesta Nacional de Salud 2011-2012).	25
Tabla 3. Factores de riesgo y de protección para trastornos mentales.	35
Tabla 4. La carga económica de los trastornos mentales.	39
Tabla 5. Factores sociodemográficos y de experiencia en los trastornos psiquiátricos.	43
Tabla 6. Determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental.	43
Tabla 7. Diferencias entre tristeza normal y depresión.	48
Tabla 8. ¿Qué causa la depresión?	51
TABLA 9. Resultados nacionales en España de suicidios.	54
Tabla 10. Riesgo de mala salud mental.	63
Gráfico 1. Evolución del paro en España desde finales de 2008 hasta finales de 2012.	16
Gráfico 2. Tasa de paro nacional por distintos grupos de edad en el segundo trimestre de 2013.	16
Gráfico 3. Beneficiarios del Ingreso Aragonés de Inserción (2008-2011).	20
Gráfico 4. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio en España (por 100.000 habitantes).	54
Gráfico 5. Evolución desde 2007 hasta 2011 de número de suicidios en España.	55
Gráfico 6. Tasas globales de suicidios en España (por 100.000 habitantes) y rango de edad.	59
Gráfico 7. Evolución de suicidios en España según sexo desde	60

2008 hasta 2011.	
Gráfico 8. Comparación entre desempleo y suicidios (Datos absolutos según cifras oficiales).	61
Figura 1. Modelo general de salud mental.	34
Figura 2. Mapa del mundo con la proporción de suicidas por cada 100.000 habitantes.	56
Figura 3. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida.	58
Figura 4. Pobreza y trastornos mentales: un círculo vicioso.	79
Figura 5. Modelo ecológico para comprender la salud mental	79
Figura 6. Prevención y promoción, todos pueden contribuir.	80

1. INTRODUCCIÓN

El objeto de este trabajo es el estudio de las consecuencias que la crisis económica actual acarrea en el bienestar de las personas, más en concreto las consecuencias en la salud mental.

La salud mental es algo que afecta al bienestar personal, a los pensamientos, sentimientos, modo de actuar de las personas, autonomía, etc. Afecta en la vida cotidiana de las personas, es por ello crucial tenerla en cuenta y no sólo la salud física para valorar el bienestar de las personas.

Los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad y no sólo a una parte de la misma. Además ninguna persona es inmune a desarrollar un trastorno mental a lo largo de su vida (OMS, 2004).

Los problemas económicos derivados de la actual crisis como son el aumento del paro, desahucios, precariedad en las familias, endeudamiento... tienen graves consecuencias en la sociedad. Las repercusiones de la crisis se han asociado a un aumento en el número de suicidios, así como problemas de salud mental como es la depresión.

Este fenómeno no es reciente, existen estudios como el de Brenner (1973) en el que se confirma la hipótesis de que la situación global de la economía es un factor condicionante de la salud mental. Posteriormente a dicho estudio, son diversos autores y profesionales en la actualidad los que confirman las implicaciones negativas del desempleo en la salud mental.

En un contexto donde desde finales del año 2007 la tasa de paro no ha cesado de crecer en España según cifras oficiales que proporciona el INE superando el 26% a principios de 2013; y en donde se habla de una crisis a nivel no solo europeo sino mundial, son millones de personas las que se ven

afectadas en una situación de precariedad, de pérdida de derechos sociales, de inseguridad social y laboral que innegablemente tienen repercusiones en el bienestar psicológico de las personas más vulnerables que sufren las repercusiones de la crisis económica.

Es importante tener en cuenta este contexto desde el Trabajo Social y otras disciplinas para elaborar nuevos planes de intervención y proyectos que tengan en cuenta no sólo necesidades económicas y materiales sino también necesidades de apoyo social, autoestima, de tener un papel útil en la sociedad, etc.

2. METODOLOGÍA

2.1. OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

La elaboración de este trabajo se fundamenta en la búsqueda de información sobre el contexto de crisis actual que se viene produciendo desde finales del año 2007 y la salud mental. Con el fin de estudiar la relación que existe entre la primera y el desarrollo de trastornos mentales o consecuencias que produce en la salud mental.

La investigación parte de la identificación de éste objeto de trabajo y se pretende visibilizar las consecuencias psicológicas en nuestra sociedad enfatizando en la situación a nivel nacional a pesar de que son muchos los países afectados.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación científico social cualitativa. Su ámbito de estudio e interés es la sociedad, la realidad social actual, con el fin de obtener nuevos conocimientos.

Según la finalidad, se trata de una investigación básica. El objetivo fundamental de este tipo de investigación es adquirir un mejor conocimiento de la realidad social y comprender fenómenos sociales a nivel descriptivo. Pretende efectuar aportaciones a la teoría social por medio de la investigación empírica.

Tiene una base empírica, pues se trata de un proceso continuo de contrastación con los hechos que suceden en la sociedad actual. Según

Delclaux (1987), "el modo de proceder del método científico es gradual quedando sus conclusiones siempre sujetas a revisión, proporcionando verdades parciales y no verdades completas" (UNED, 2010, págs. 30-31). Así pues, las conclusiones alcanzadas no son definitivas y son susceptibles de revisión. Si bien, puesto que se trata de una investigación científico-social se busca la mayor objetividad.

Según los tipos de fuente de información, se trata de una investigación mixta, puesto se utiliza tanto fuentes primarias como secundarias.

2.3. MODO DE REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se fundamenta en la búsqueda de información. Principalmente ésta búsqueda ha sido realizada desde fuentes secundarias. Las fuentes secundarias utilizadas han sido:

- **Base de datos:** Dialnet, Catálogo Roble, INE
- **Revistas:** Psicothema, Psychiatry, World Psychiatry, The European Journal of Public Health Advance Access, avivir, Trabajo Social Hoy, Abaco, Psychologies Magazine ...
- **Páginas web:** ONU, OMS, AFDA, UGT, Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Aragón, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Plataforma de Afectados por la Hipoteca, Poder Judicial, FABZ...
- **Google:** Artículos académicos, noticias de periódicos digitales, informes...

Para la realización de ésta búsqueda las palabras clave han sido: salud mental, depresión, suicidio, crisis económica y desempleo.

Se ha procurado que las fuentes secundarias consultadas sean lo más recientes posibles para poder obtener información acorde con la realidad actual. Si bien, algunos estudios previos a la crisis actual han sido igualmente de utilidad por su relación en contenidos.

También se ha empleado fuentes primarias obteniendo la información mediante entrevistas semiestructuradas. Éstas serán gravadas y transcritas para poder realizar un posterior análisis. Antes de cada entrevista ha entregado una hoja de consentimiento al entrevistado/a para informarle de cuál será el uso del contenido de las entrevistas.

Las entrevistas serán semiestructuradas con el fin de permitir adquirir no sólo información de un guion cerrado de preguntas, y que según transcurra la entrevista poder plantear nuevas cuestiones al entrevistado/a.

Se han realizado las siguientes entrevistas para conocer la perspectiva profesional de los entrevistados/as:

- Trabajador social de AFDA (Asociación de trastornos depresivos de Aragón).
- Trabajadora social del Centro de Salud Arrabal.
- Médica del Centro de Salud Arrabal.

Para tener una visión más completa del contexto actual se ha acudido a:

- Charla-debate "Pensiones, copago y dependencia" en el centro Joaquín Roncal con motivo del día internacional del mayor.
- Conferencia "La enfermedad de la crisis: el trastorno adaptativo", organizada por la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental-ASAPME.

Con el fin de aportar una mayor objetividad al estudio, toda la información obtenida se procurará contrastarla con datos oficiales y estadísticos. Para lo

cual además de contrastar la información según diversas fuentes, también será un soporte fundamental el INE.

2.4. ESTRUCTURA

El estudio se compone de nueve apartados. El primero, la introducción, tiene la función de contextualizar la investigación, en el segundo se desarrolla la metodología empleada.

En el tercer apartado "contexto de crisis", se analizan algunas repercusiones objetivas que la crisis está teniendo en la sociedad. El objetivo es visibilizar algunos problemas acrecientes a los que se enfrenta la población para más adelante, en los siguientes apartados, analizar las repercusiones que puede tener en la población en materia de salud mental.

Una vez analizado las repercusiones más visibles de la crisis, en el cuarto apartado "Repercusiones del trabajo y del desempleo" se pretende analizar la influencia que tiene el trabajo en la calidad de vida de las personas y qué consecuencias puede tener el desempleo en las personas.

En los tres apartados siguientes, quinto, sexto y séptimo, se enfatiza sobre que es la salud mental, la depresión y los suicidios, analizando también la epidemiología en los tres casos.

En los últimos apartados finalmente se enfatiza en el objeto de éste estudio. En el octavo apartado "Repercusiones de la crisis en la salud mental" se analizan las consecuencias negativas en la salud mental que puede conllevar los factores ambientales de crisis económica, en el noveno apartado "Análisis de datos de la investigación" se analizan los datos obtenidos desde fuentes primarias como secundarias relacionándolas con el objeto de estudio y finalmente, en el último apartado reflexiona sobre unas conclusiones finales.

3. CONTEXTO DE CRISIS

En este apartado no se pretende analizar las causas de la crisis. Dado la amplitud del tema lo que se pretende es visibilizar ciertos riesgos o consecuencias que se dan en la población fruto del contexto que se vive en la actualidad y los recortes en el ámbito social y de salud, teniendo en cuenta su relación con el objeto del presente estudio.

El contexto de crisis no sólo es a nivel nacional, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES) de la ONU, expresa que “la economía mundial se encuentra inmersa en una de las crisis financieras y económicas más profundas desde la Gran Depresión”. Lo que pone en peligro la capacidad de muchos países para afrontar desafíos como la pobreza, el hambre y las enfermedades (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales).

En España desde finales del año 2007 y principios del 2008, cuando comienza la crisis actual, la pobreza se ha ido acrecentando. La tasa de pobreza se sitúa en el 21,8% siendo una de las más altas de la Unión Europea. Uno de los principales datos que se afirman en el informe “Exclusión y Desarrollo Social”, es que cerca del 22% de los hogares españoles se encuentran por debajo del umbral de la pobreza. Justificando además que la principal causa es el desempleo, pues en España la tasa de desempleo también es una de las más altas de la Unión Europea (Fundación FOESSA, 2012).

La siguiente tabla (Tabla 1) muestra la comparativa de la tasa de riesgo de pobreza según la situación profesional entre mujeres y varones en España con la Unión Europea desde 2008 hasta 2011. Las mujeres ocupadas, paradas e inactivas tienen una mayor tasa de riesgo en 2011 que en 2008 a diferencia de las mujeres jubiladas cuya tasa ha ido disminuyendo progresivamente de 2008 hasta 2011. En los varones aumenta dicha tasa de riesgo en ocupados y sólo una décima en inactivos, la tasa de riesgo de pobreza disminuye en

parados y jubilados de 2008 a 2011. Se puede comprobar pues con los datos oficiales, diferencias en la vulnerabilidad entre hombres y mujeres, así como la situación en España con el resto de la Unión Europea. Tanto hombres como mujeres ocupados/as e inactivos/as en España tienen una tasa mayor de pobreza que en la Unión Europea.

Tabla 1

Tasa de riesgo de pobreza según situación profesional. España y UE-27

(% de población 16 a 64 años)

	2011		2010		2009		2008	
	España	UE-27	España	UE-27	España	UE-27	España	UE-27
Mujeres								
Ocupadas	10,3	8,3	11,0	7,7	9,8	7,6	9,2	7,8
Paradas	36,2	43,3	37,3	42,6	33,0	41,3	30,7	41,3
Jubiladas	9,9	11,7	11,3	11,4	10,7	11,8	14,3	11,4
Inactivas	32,4	27,6	28,2	26,8	27,6	26,1	29,0	26,1
Varones								
Ocupados	13,8	9,5	13,8	8,9	12,5	9,0	11,7	9,0
Parados	44,9	48,9	40,9	47,3	45,6	49,5	46,7	48,3
Jubilados	10,3	11,1	9,8	10,3	12,0	11,1	15,4	12,1
Inactivos	26,8	25,8	26,6	25,6	24,1	25,2	26,7	25,4
Brecha de género (mujeres - varones)								
Ocupado	-3,5	-1,2	-2,8	-1,2	-2,7	-1,4	-2,5	-1,2
Parado	-8,7	-5,6	-3,6	-4,7	-12,6	-8,2	-16,0	-7,0
Jubilado	-0,4	0,6	1,5	1,1	-1,3	0,7	-1,1	-0,7
Inactivo	5,6	1,8	1,6	1,2	3,5	0,9	2,3	0,7

Fuente: INE (2011)

Es importante analizar los impactos y las consecuencias sociales de la crisis financiera y económica. Según la ONU (2013), lecciones de otras crisis revelan que las repercusiones sociales deben abordarse rápidamente, ya que acarrearán un rápido aumento del desempleo, de enfermedades, pobreza y del hambre.

Dicha organización afirma que son muchos los países desarrollados se encuentran atrapados en una dinámica negativa caracterizada por el elevado desempleo, austeridad fiscal, una elevada carga de deuda pública y fragilidad financiera entre otras cosas. Destacando la situación en Europa y entre los países con una situación más problemática a Grecia y España por el elevado porcentaje de desempleo (Organización de las Naciones Unidas, 2013).

Pardo (2012) publicaba en julio del año pasado la noticia "La ONU acusa a Rajoy de llevar a la pobreza al 21,8 % de los españoles". En la cual se informa que los recortes del Gobierno y la envergadura de la crisis española han alertado a la ONU. Los ajustes aprobados han sido criticados por el último informe del Comité de Derechos Económicos y Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU en el cual se denuncia que afectan de manera extremada a los grupos más desfavorecidos y marginados entre los que menciona a mujeres, niños, personas con discapacidad, adultos y jóvenes desempleados, personas mayores, gitanos, inmigrantes y solicitantes de asilo.

El Comité de Derechos Económicos y Sociales y Culturales (CDESC), afirma estar preocupado debido a la reducción de los niveles de protección que provocan las medidas de austeridad (Pardo, 2012).

Pues ante la crisis financiera, las medidas que se han tomado han sido medidas de pérdida de derechos sociales y subida de tasas e impuestos. Son muchos los países que "están afrontando presiones de la comunidad económica internacional para reducir el endeudamiento y el gasto público, lo que inevitablemente plantea presiones a sus presupuestos en salud y bienestar" (Wahlbeck & Mcdaid, 2012, pág. 140).

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) ha hecho un llamamiento a la UE para que no se reduzcan y se promuevan los servicios que prestan los/as trabajadores sociales en la actualidad para apoyar a las personas que están sufriendo las consecuencias de la crisis, intentando de esta

forma asegurar el bienestar básico de las personas (Ponce de Leon, y otros, 2013).

Dicho organismo afirma que en la actualidad el papel de los trabajadores sociales es esencial para encontrar una solución social, que posibilite mejorar la calidad de vida y promover el desarrollo personal de miles de ciudadanos (Ponce de Leon, y otros, 2013).

3.1. DESEMPLEO Y DESAHUCIOS

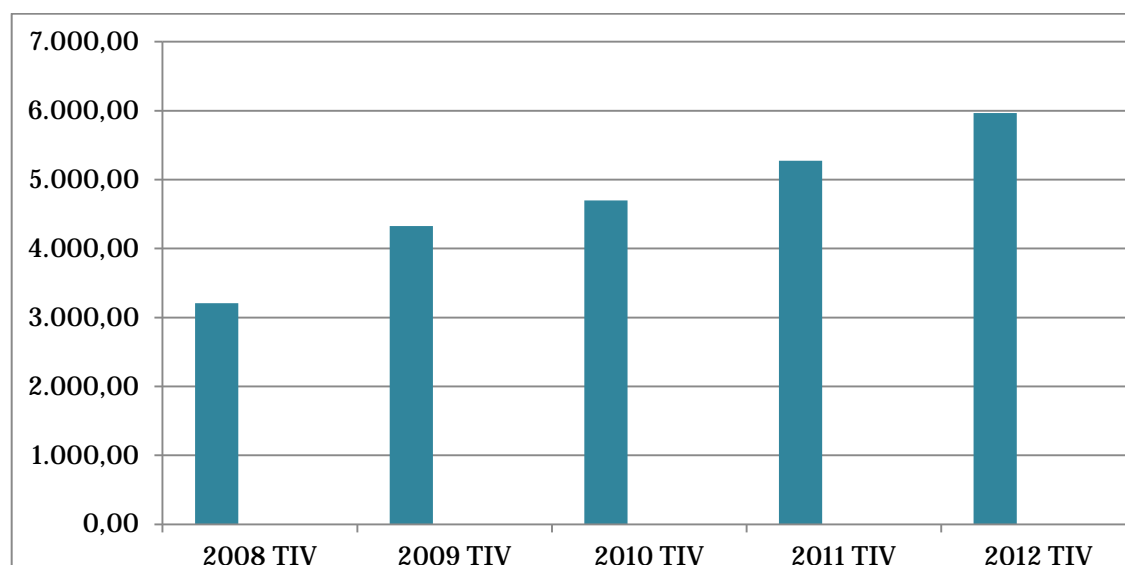
Dos de los efectos más visibles de la crisis en la actualidad son el aumento del desempleo y los numerosos desahucios de familias que se han llevado a cabo.

Desde el comienzo de la crisis, el desempleo ha ido creciendo año tras año progresivamente. La comparativa de los últimos datos con el informe FOESSA del año 2008 refleja la gravedad del contexto actual. Ejemplo de ello es que desde que empezó la crisis se ha triplicado el número de hogares con todos sus miembros sin trabajo. Los parados/as de larga duración (al menos un año sin trabajo) suponen uno de cada dos, cuando en 2007 el porcentaje era de un 22,7% (Fundación FOESSA, 2012).

En el Gráfico 1 se puede observar según datos del INE como ha ido creciendo el número de parados desde el año 2008 hasta el 2012 en el último trimestre.

En el primer trimestre del año 2013, la cifra de parados continúa creciendo alcanzando los 6.202.700 de parados. Es en el segundo trimestre de este año cuando el número de parados disminuye siendo la cifra total de 5.977.500 (INE, 2013).

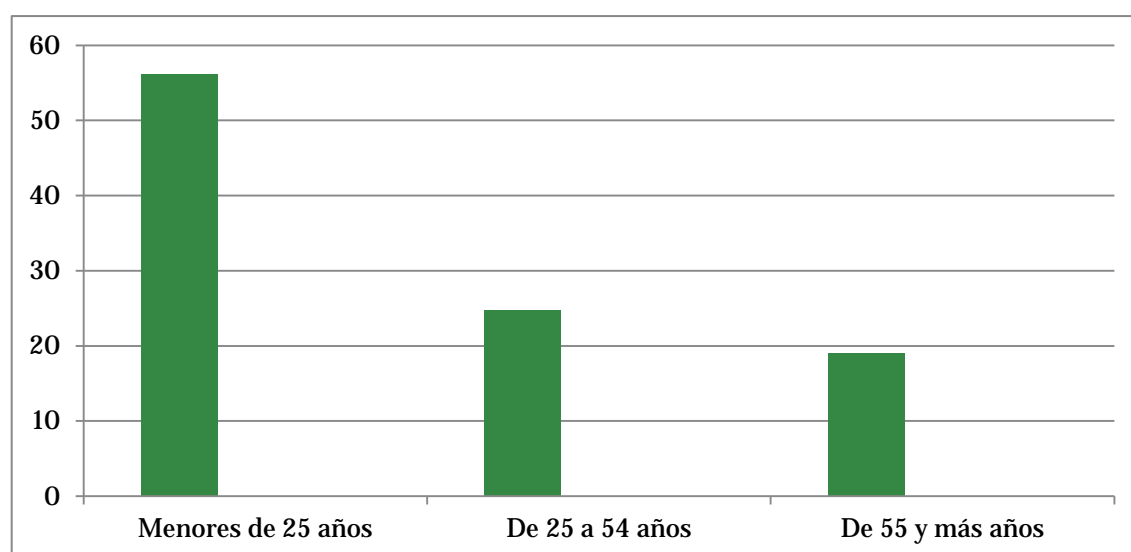
Gráfico 1. Evolución del paro en España desde finales de 2008 hasta finales de 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Analizando la tasa de paro por franjas de edad, ésta es especialmente elevada en la franja de menores de 25 años alcanzando un 56,14% en el segundo trimestre de 2013, siendo 26,26 el porcentaje del total de la población.

Gráfico 2. Tasa de paro nacional por distintos grupos de edad en el segundo trimestre de 2013.



Fuente: INE (2013)

Las alarmas se han encendido también por el deterioro de las condiciones de los que sí tienen trabajo. La ONU señala que con el salario mínimo interprofesional no se puede tener un nivel de vida digno, es por esto que la organización reclama que un ajuste periódico al costo de vida de los sueldos y de las pensiones (Pardo, 2012).

En la actualidad, en un contexto de elevado porcentaje de población en desempleo, son muchas las familias y personas empobrecidas que se ven en la situación de tener que elegir entre comer y pagar la hipoteca (Colau & Alemany, 2012).

Todavía no existen estadísticas oficiales en el INE a cerca de los desahucios que se han producido en España, pero según datos del poder judicial entre 2007 y el tercer trimestre de 2011 se iniciaron 349.438 ejecuciones hipotecarias en España y un total de 91.622 en 2012.

Se trata de una realidad que se ha convertido frecuente poder ver en los medios de comunicación, debido a numerosas protestas y manifestaciones ciudadanas (entre las que se incluyen huelgas de hambre, surgimiento de la Plataforma de Afectados por la Hipoteca, campañas de stop desahucios...) con lo que se ha surgido un nuevo movimiento social.

Un informe del Observatorio DESC y la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) que todavía no ha sido publicado, recoge que 8 de cada 10 personas afectadas por un desahucio son nacidas en España, con un nivel de estudios elevado, el 70% se encuentra en paro y no disponen de otra vivienda. Es por ello que los expertos/as en salud mental señalan el desalojo como "la culminación de un proceso muy largo, más que un inicio, que empieza con la pérdida de recursos económicos y en el que mucha gente se ve sin posibilidad de lucha" (Doctor, 2013, pág. 56).

Colau & Alemany (2012) afirman que en la mayoría de los procesos de ejecución hipotecaria afectan a la vivienda habitual y que éstos afectan a toda

la unidad familiar, no sólo a una persona. Además, un solo proceso de ejecución hipotecaria puede suponer que varias unidades familiares pierdan la vivienda, pues las entidades financieras exigieron avales, y a menudo estos avales fueron la vivienda de algún familiar cercano o de los padres.

Los avaladores al igual que los/as titulares de la hipoteca “deben responder de manera solidaria con todos sus bienes presentes y futuros”. Por lo que se trata de un problema que entre afectados directos e indirectos, repercute a alrededor de dos millones de personas (Colau & Alemany, 2012, pág. 30).

La vivienda es un elemento fundamental para la convivencia familiar y la integración social además de ser un derecho constitucional (Marea Naranja Aragón, 2012). La problemática hipotecaria, entre otras cosas se trata de una situación de emergencia habitacional en la que las administraciones se encuentran desbordadas por la cantidad de desahucios que se producen y no están ofreciendo alternativas de realojo para las familias (Colau & Alemany, 2012).

Las familias afectadas, además de perder su vivienda, en la mayoría de los casos lo que supone es que arrastran la deuda de la hipoteca para toda su vida, condenando a la exclusión social a la mayor parte de los afectados/as (Plataforma de Afectados por la Hipoteca, 2013).

La pérdida de la vivienda conlleva problemas económicos, psicológicos y sociales, el drama social que supone un desahucio queda reflejado en los numerosos suicidios llevados a cabo por personas las cuales iban a ser desahuciadas.

3.2. SERVICIOS SOCIALES Y SITUACIÓN SOCIAL EN ARAGÓN

Dado la amplitud en materia de recortes, la magnitud de sus consecuencias y la descentralización del Estado, en este apartado se va a analizar brevemente algunos datos que reflejan la situación de Aragón.

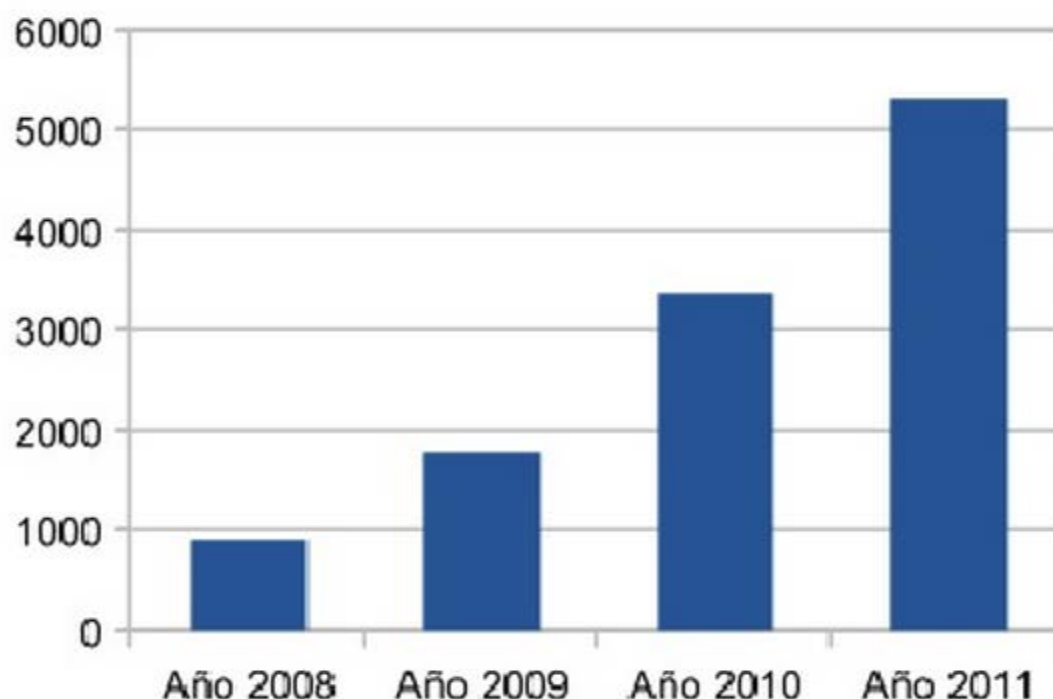
Se trata de una breve contextualización para dar significado al estudio, para lo que se va a partir fundamentalmente del informe "Situación Social en Aragón 2012" elaborado por profesionales de los Servicios Sociales en Aragón.

En un contexto donde los Sistemas de Protección Social son más necesarios para garantizar una calidad de vida y para dinamizar la economía, éstos "están sufriendo un auténtico proceso de destrucción que afecta a sus elementos definitorios: la universalidad, la garantía de derechos y la responsabilidad pública". Este proceso afecta en particular a los Servicios sociales y dentro de ellos al Sistema de Atención a la Dependencia (Marea Naranja Aragón, 2012, pág. 17).

Los recortes en otros sistemas del Estado de Bienestar como educación y salud, repercuten en el incremento de las demandas que reciben los servicios sociales, los cuales tienen que responder a mayor número de demandas cada vez con menos recursos. Pues en los últimos años los servicios sociales han atendido 50.000 nuevos usuarios/as, atendiendo en total a una décima parte de la población (Marea Naranja Aragón, 2012).

El empobrecimiento de las familias aragonesas se evidencia por el aumento de beneficiarios/as del Ingreso Aragonés de Inserción registrados/as, pasando de 911 expedientes en 2008 a 5.308 en 2011 (Marea Naranja Aragón, 2012).

Gráfico 3. Beneficiarios del Ingreso Aragonés de Inserción (2008-2011).



Fuente: Marea Naranja Aragón (2012)

El Sistema de Atención a la Dependencia no se libra en materia de recortes: reducción en un 15% de las prestaciones percibidas, eliminación del derecho al acceso a servicios y prestaciones de las personas dependientes en grado moderado, endurecimiento del baremo de aplicación para el reconocimiento de la situación de dependencia, etc. (Marea Naranja Aragón, 2013).

A los recortes se suma además la ineficacia del sistema que no resuelve los procedimientos obstaculizando así el acceso a los servicios y prestaciones a las personas que legalmente les corresponde percibirlos y que los necesitan para tener una mínima calidad de vida. Todo ello afecta en el día a día de las personas que se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad al necesitar el apoyo de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (Marea Naranja Aragón, 2013).

En materia de salud, en concreto de salud mental, el Gobierno de Aragón igualmente opta por los recortes. Uno de los más recientes en Zaragoza se trata de “el traslado de las Unidades de atención a Salud Mental de los Centros de Atención Primaria de Rebolera, Casablanca, Torrero-La Paz, San José y Las Fuentes y la unificación de los mismos en el Centro de Salud de Valdespartera”. Asociaciones y diversos colectivos muestran su rechazo hacia la nueva unidad puesto que entre otras cosas “va en contra del principio de accesibilidad a los servicios sanitarios públicos que postula la legislación vigente y resta calidad en la atención sanitaria a las personas con enfermedades mentales” (FABZ, 2013).

A continuación se exponen algunos datos y cifras que reflejan la situación de Aragón, según datos de Marea Naranja Aragón (2013):

- En más de la mitad de las personas residentes en Aragón (51,5%) y de los hogares aragoneses (49,9%) existen dificultades para llegar a fin de mes.
- Para casi 65.000 personas (4,8% del total de la población y el 4,5% de los hogares) estas dificultades son muy graves, impidiendo que puedan cubrir algunas de sus necesidades más básicas. Así:
 - o Más de 153.000 hogares (30,3%) no pueden permitirse ir ni siquiera una semana de vacaciones.
 - o 118.000 hogares (23,5%) no tienen capacidad para afrontar gastos imprevistos.
 - o 15.000 hogares (3%) han tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, agua, electricidad, gas, comunidad...) en los últimos 12 meses.
 - o Más de 34.000 hogares (6,8%) no pueden mantener la vivienda con una temperatura adecuada en los meses de frío.

- Casi 25.000 hogares (4,9%) no pueden comprar la ropa y calzado que necesitan.
- En 33.299 hogares (6,5%) todos sus miembros en edad laboral están en paro.
- En 7.427 de esos hogares (1,5%) no entra ningún ingreso.
- 1.300 familias vieron en 2012 como se inicia un procedimiento de ejecución hipotecaria de su vivienda principal.
- 265.000 personas (19,7% de la población) se encuentran en situación de riesgo de pobreza o exclusión social en Aragón.
- Aragón es la cuarta Comunidad en la que más ha aumentado la pobreza en los tres primeros años de la crisis -2008 a 2011- (un 13%, frente al incremento medio del conjunto del Estado, que fue del 8%), de acuerdo con el indicador IPH-2 de Naciones Unidas².

No se debe olvidar que tras los datos existen familias y personas reales que están viviendo situaciones límite y que se ven abocadas a gravísimas carencias materiales y a una gran desmotivación por la falta de expectativas, cuyo sufrimiento no puede reflejar ningún número (Marea Naranja Aragón, 2013).

En este contexto es importante señalar que las familias afectadas por la crisis están sobrellevando grandes niveles de estrés, al aumentar las demandas y necesidades de ayuda económica, de cuidados y de servicios. Todo lo cual también puede tener repercusiones en el propio núcleo familiar, pues al aumentar las necesidades y las relaciones de dependencia entre redes cercanas, puede originar una sobrecarga familiar que termine dañando las relaciones y aumentando los niveles de conflictividad (Andrés Cabello & Ponce de León Romero, 2013).

4. REPERCUSIONES DEL TRABAJO Y DEL DESEMPLEO

4.1. TRABAJO Y CALIDAD DE VIDA

El trabajo es una actividad fundamental del ser humano en la sociedad occidental moderna, pues “crea el valor y la riqueza, supone una relación con los demás, domina la naturaleza y es un deber social; es el medio principal de contribución y vinculación social” (Antón, Vaquero, Rodríguez, Abalde, & Añón, 2000, pág. 20).

Debido a la elevada tasa de desempleo y la gran importancia que tiene en empleo en nuestra sociedad, en este apartado se pretende visibilizar las funciones de éste y las repercusiones que tiene en la calidad de vida de las personas.

Conseguir un trabajo remunerado es una expectativa social y cultural que se adquiere desde la infancia y se refuerza continuamente a través de influencias como la escuela, la familia y los medios de comunicación. Cuando una persona logra insertarse en el mundo laboral, accede a una nueva posición social e identidad social (Buendía, 2010).

El empleo o un puesto de trabajo implican realizar un trabajo en condiciones contractuales por el que se recibe una remuneración material. Si bien, esta definición no abarca todas las formas de trabajo que son económicamente relevantes como es el trabajo voluntario con fines sociales, la mayor parte del trabajo doméstico, los trabajos de economía sumergida, etc. (Jahoda, 1987).

Buendía (2010) haciendo referencia a Marie Jahoda (1987), distingue entre las funciones manifiestas (como son el salario y las condiciones de

trabajo) y las funciones latentes que tiene el empleo (aquellas que justifican la motivación positiva de los trabajadores hacia el empleo incluso cuando el salario y las condiciones de trabajo no son buenas). Las funciones latentes del empleo que señala son las siguientes (pág. 27):

1. El empleo impone una estructura de tiempo.
2. Implica regularmente experiencias compartidas y contactos con la gente fuera del núcleo familiar.
3. Vincula al individuo a metas y propósitos que rebasan el propio yo.
4. Proporciona un estatus social y clarifica la misma identidad personal.
5. Requiere una actividad habitual y cotidiana.

Así pues, el trabajo en determinadas condiciones, es gratificante y contribuye a la realización de las personas pero un desarrollo integral del ser humano no puede basarse exclusivamente en el ámbito laboral, puesto que esto significaría el no desarrollo de otros muchos aspectos de la personalidad (Juárez, 2001).

Existen diversos autores/as que critican la creencia que existe de la estrecha vinculación entre calidad de vida, felicidad y consumismo.

Juárez (2001) critica que “la mayoría de personas trabaja no para vivir y realizar un trabajo gratificante y útil para la comunidad, sino para poder consumir”. Al respecto, afirma que existe “una idea errónea del logro de la felicidad y la calidad de vida por medio del consumo” (pág. 7-8).

Leal (1993) también plantea que desde el punto de vista de la salud mental hay que plantearse por qué el ser humano tiene esta fuerte tendencia psicológica a consumir siempre más.

Lo cierto es que se vincula la idea de felicidad a la posesión de bienes materiales. Son muchas las personas que creen que la felicidad consiste en tener dinero y trabajo, y en último término sitúan la salud (Juárez, 2001).

Si bien, las condiciones materiales son importantes ya que “constituyen la base física necesaria (y en muchas ocasiones, la base mínima imprescindible) para el desarrollo de una buena salud mental”. El nivel general de vida es un factor que condiciona globalmente diversos aspectos de la salud: disponer de medios económicos, tener buenas condiciones de higiene, poder practicar deportes, poder adquirir objetos de estímulo intelectual y social, etc. (Leal, 1993, pág. 40).

Pero no todos los trabajos repercuten de la misma manera en el bienestar de las personas. Según datos del INE los trabajadores/as no cualificados/as tienen peor salud mental que los cualificados/as (Tabla 2).

TABLA 2¹. Salud mental en población adulta según clase social basada en la ocupación de la persona referenciada (Encuesta Nacional de Salud 2011-2012).

	Media	Desviación Típica
I	1,08	2,04
II	1,26	2,38
III	1,33	2,43

¹ a) Los valores de la variable ‘salud mental en población adulta’ oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor salud mental a peor salud mental.

b) Clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as
- VI. Trabajadores/as no cualificados/as

IV	1,39	2,52
V	1,63	2,85
VI	1,81	2,98

Fuente: INE (2012)

En la actualidad es importante tener este hecho en cuenta debido a la reducción de becas para estudiar y aumento de las tasas universitarias que repercute en que las familias con rentas más bajas no puedan permitirse pagar unos estudios universitarios a sus hijos/as. Así como la pérdida de derechos laborales y el incremento notable de trabajos precarios. Entendiendo por precariedad " el conjunto de condiciones que determinan una situación de desventaja o desigualdad", incluyendo tanto la temporalidad, como otros conceptos que están vinculados a la misma, entre los cuales destacan los siguientes (UGT, pág. 2):

- Las diferencias salariales entre los jóvenes y los trabajadores de más edad.
- La dificultad o imposibilidad de ascender o promocionarse profesionalmente.
- El exceso de horas trabajadas, tanto retribuidas como no.
- La dificultad para acceder a la formación y/o cualificación, e incluso ambas.
- La situación de inestabilidad e inseguridad, tanto económica como del desarrollo profesional, etc.
- Los riesgos para la salud laboral, debido a la falta de formación e información, y que se materializa en la siniestralidad laboral.
- La renuncia al libre ejercicio de derechos laborales, como por ejemplo, la libertad sindical.

4.2. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL DESEMPLEO

El desempleo se ha convertido en la actualidad en una de las principales preocupaciones en la sociedad.

Con frecuencia, se ha considerado que si el paro tiene un origen económico, sus efectos han de estudiarse en el ámbito de la economía, dejando de lado así que la crisis económica es también una crisis social y psicológica (Estramiana, 1992).

Al respecto, Buendía (2010) afirma que las repercusiones del desempleo en las relaciones familiares y sociales, en los pensamientos y sentimientos que origina en la persona desempleada, así como en la presencia de alteraciones psicológicas, si ha atraído la atención de investigadores/as de las ciencias sociales y de la salud, pero que muchos de los estudios realizados hasta el momento solo describen de una forma fragmentada y parcial el tema sin llegar a profundizar en las implicaciones que estos producen, sobre todo cuando se trata de un desempleo de larga duración.

Así pues, la gravedad del paro en la sociedad occidental viene determinada tanto por la crisis económica como por el impacto social. Desde un punto de vista psicológico tiene una grave incidencia, tanto por la crisis psicológica en el propio parado/a, como en los trabajadores/as que mantienen un empleo debido al constante temor a perderlo (Trabajo, tiempo libre y salud mental, 1993). Si bien, los efectos psicológicos y sociales del desempleo también afectan a las familias de las personas desempleadas y como consecuencia en la sociedad en su totalidad (Estramiana, 1992).

A pesar de que el paro registrado engloba a la inmensa mayoría de los desempleados/as reales, las tasas oficiales no pueden ser más que unos indicadores orientativos ya que según la definición estadística convencional recogida en los convenios internacionales “una persona parada es aquella que cumple los tres criterios siguientes: no tiene trabajo, busca activamente

empleo y está disponible para trabajar". Por lo cual sólo constituye una aproximación a la cifra real de personas que en un momento concreto sufre efectos psicológicos del desempleo. Así pues, se podría considerar como desempleados/as desde el punto de vista psicológico, "a todas aquellas personas que no tienen un puesto de trabajo pero les gustaría tenerlo, o bien a aquellas que cuando no tienen trabajo dependen de alguna ayuda económica para poder subsistir" (Buendía, 2010, pág. 23).

Adrian Sinfield (1981) sugiere que existen cinco grupos de personas especialmente vulnerables al desempleo (Macionis & Plummer, 2007, pág. 383):

- Los trabajadores cuya formación ocupacional se desvaloriza debido a cambios estructurales en la economía.
- Jóvenes no cualificados que intentan transitar del sistema educativo al mercado laboral.
- Trabajadores en edad madura que se enfrentan a una jubilación anticipada.
- Las mujeres.
- Los desempleados de larga duración.

Las consecuencias del desempleo en la vida de las personas y sus familias pueden tener efectos nefastos. Los estudios que se han realizado al respecto apuntan que tras el asombro inicial le sucede un corto período de tiempo que se caracteriza por la negación de la nueva realidad o también un cierto optimismo en el que puede caracterizarse por la sensación de estar de vacaciones. Sin embargo, llegan la angustia y la ansiedad antes de que pase mucho tiempo (Macionis & Plummer, 2007).

Uno de los principales problemas con que se encuentran las personas desempleadas es el ocupar su tiempo libre de una forma que les sea satisfactoria (Estramiana, 1992). El trabajo y el tiempo libre forman un binomio importante a la hora de valorar la salud mental de los individuos. El

primero, porque constituye uno de los ejes fundamentales alrededor del cual gira su vida, y el segundo, porque su salud mental se pone a prueba en el momento en el que se enfrentan a estos espacios de tiempo (Trabajo, tiempo libre y salud mental, 1993).

El desempleo se ha vinculado a fenómenos tan distintos como: la enfermedad, la muerte prematura, el suicidio, el fracaso matrimonial, la violencia doméstica, los conflictos raciales, etc. y generalmente repercute más a las personas que menos recursos tienen. Sobre todo cuando es de larga duración y/o afecta a toda una familia, este se asocia al desarrollo de una subcultura de pesimismo social (Macionis & Plummer, 2007).

Durante el desempleo, la experiencia social se ve empobrecida por el cambio en la estructura de la vida cotidiana (Jahoda, 1987). Son diversos los autores/as en la actualidad que al referirse a los efectos del desempleo hablan de pérdida de autoestima, de sentimientos de inseguridad y de fracaso, de inutilidad, de vergüenza, sentimientos de culpa, etc., todo lo cual indica un cambio importante en el autoconcepto del individuo.

Normalmente no se tiene conciencia de nosotros/as al menos de forma permanente, sin embargo en la situación de desempleo uno de los efectos psicológicos más significativos que se producen es el aumento de la autoconciencia hasta un nivel que puede ser hasta enfermizo (Buendía, 2010).

El desempleo repercute en las relaciones sociales. Son consecuencias frecuentes la reducción de contactos sociales y el deterioro de las relaciones familiares. "Suele aumentar las tensiones y conflictos familiares, por lo que representa una amenaza a la principal fuente de apoyo social y de relaciones estables de que dispone el individuo en nuestra sociedad". El desempleo conlleva una desvaloración ante los demás que "en algunos casos llegan a excluirle de determinadas actividades sociales, o bien es el propia persona desempleada la que se excluye por los sentimientos de vergüenza o debido a la falta de recursos económicos" (Buendía, 2010, pág. 32).

En consecuencia, se trata de un problema tanto social como individual, que no sólo afecta a la estructura organizativa de la sociedad, aspectos económicos o políticos, sino que también afecta a aquellas personas a las que condiciona su bienestar psicosomático o sufren en formas determinadas sus efectos (Estramiana, 1992).

Entre los efectos que ocasiona el desempleo se encuentra el estado depresivo cuyos elementos sintomatológicos son (Romera Romero, 1995, pág. 50):

- Modificación del humor.
- Pérdida de interés por el tiempo disponible.
- Pérdida de apetito o peso.
- Dificultades del sueño.
- Agitación o lentificación psicomotora.
- Pérdida de interés o de placer por la sexualidad.
- Pérdida de energía, fácil fatiga y laxitud.
- Quejas de la disminución de las capacidades intelectuales.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Ideas de muerte o suicidio.

Entre las alteraciones psicológicas que produce el desempleo, además de las de índole depresiva, aparecen también preocupaciones por las personas que dependen de la persona desempleada (hijos/as, mujer o marido, etc), en algunos casos se busca refugio en el alcohol o en los juegos de azar. Además de la repercusión económica que influye en poder cubrir las necesidades básicas de la familia (Trabajo, tiempo libre y salud mental, 1993).

El apoyo social es fundamental para amortiguar el impacto psicológico en las personas que están en paro. Esto, el conocimiento del impacto psicológico que produce el desempleo y el papel clave que juega el apoyo social, son una valiosa aportación para los profesionales. Pues “a la hora de planificar y llevar a cabo intervenciones sobre todo a nivel social y comunitario, es necesario

tener en cuenta cómo actúa el apoyo social, y para quiénes son apropiadas las intervenciones de apoyo" (Buendía, 2010, pág. 145).

Buendía (2010) afirma que los recursos económicos son muy importantes, pero las necesidades de una persona desempleada no se reducen al aspecto económico:

(...) necesita también y principalmente poder disponer de un lugar en la sociedad, niveles adecuados de autoestima para poder funcionar como persona, la realización de unas actividades que al mismo tiempo sean reconocidas y valoradas por los otros; y sobre todo la percepción de suficiente apoyo que facilite las dimensiones cognitivas de resolver problemas y reafirme su propia identidad individual. (pág.147)

5. LA SALUD MENTAL

5.1. ¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

La salud mental no sólo es materia de interés para las personas afectadas por un trastorno mental ya que los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad y no sólo a una parte de la misma. Además ninguna persona es inmune a desarrollar un trastorno mental a lo largo de su vida. Si bien, hay personas con un riesgo mayor que otras a desarrollar algún tipo de trastorno mental (OMS, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (2004) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También la ha definido como “un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades” (pág. 7).

Dicha organización afirma que la salud mental y física así como el bienestar social son componentes vitales e inextricablemente ligados. Asegura que con el conocimiento de esta interrelación se evidencia que la salud mental es crucial para el bienestar de las personas, sociedades y países. Pero a pesar de la importancia de la salud mental, en la mayor parte del mundo, no se le atribuye la misma importancia que a la salud física y afirma que ésta ha sido objeto de abandono e indiferencia (OMS, 2004).

La Comisión de las Comunidades Europeas (2005), encunto a la importancia de la salud mental expone que “sin salud mental no hay salud”. Su importancia radica tanto para los ciudadanos, ya que “constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como

encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo", como para las sociedades, "la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social" (pág.4).

Es preciso mencionar que existen diversas definiciones de salud mental pero no se ha logrado llegar a un consenso pleno respecto a una definición.

Una cuestión o problema que se plantea a la hora de definir este término es si debe existir una concepción única de la salud o se debe diferenciar entre salud física y salud mental. Pues en este aspecto hay discrepancias y algunos autores defienden que la salud mental no es algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, al igual que la de la OMS, implica una concepción integral de la persona contemplando aspectos físicos, psicológicos y sociales de forma interrelacionada (Lluch Canut, 2004).

Si bien, a pesar de no haber consenso respecto a una definición de la salud mental, ésta se vincula a la integridad y al adecuado funcionamiento de las capacidades cognitiva, afectiva, ejecutiva y relacional de las personas (Cabanyes Truffino, 2012).

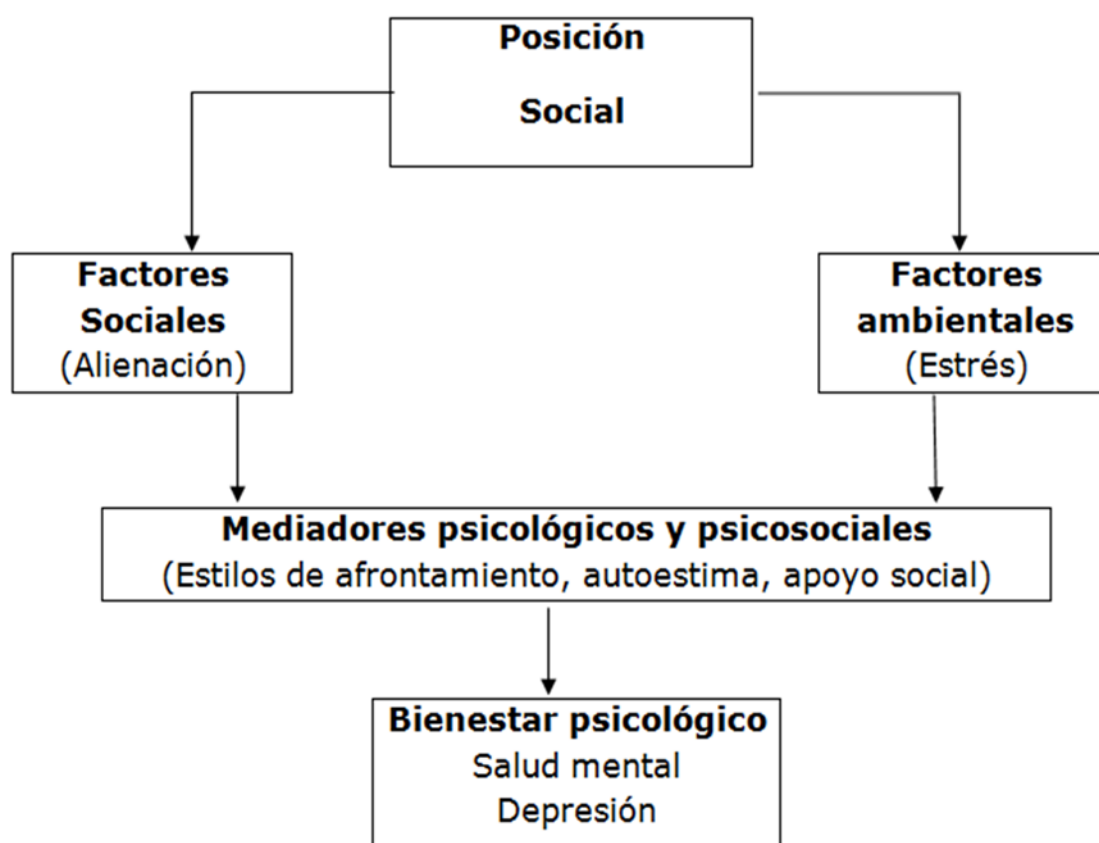
Gonzalez (2003) expresa que la realidad humana no se puede entender sin tres aspectos esenciales que son el cuerpo, la mente y la dimensión social los cuales interaccionan entre sí. Este autor, afirma que cuando el ser humano "da calidad de vida a la cotidianidad de su existencia" está ganando salud y concibe ésta como "un don que nace de nuestro propio equilibrio mental y de las satisfacciones que recibimos" (pág.111-112).

Hans Selye (1956) afirmaba que la clave de la salud y de la felicidad está "en el ajuste a las condiciones siempre cambiantes de este planeta; la penalidad que hay que pagar por el fracaso en este gran proceso de adaptación es la enfermedad y la infelicidad". Al respecto Mézerville (2005) señala la importancia del proceso de adaptación en el ser humano, tanto

biológico como psicológico, porque el estar vivo implica experimentar un estrés continuo de cambios constantes que no pueden evitarse (pág.225).

Mézerville (2005) señala que en las sociedades modernas es común oír hablar del estrés y que éste en muchos casos, cuando “supera la capacidad de adaptación de los individuos, puede constituirse en raíz de todo tipo de enfermedades” (pág.228).

Figura 1. Modelo general de salud mental (Barrón López de Roda & Sánchez Moreno, 2001).



Wahlbeck & Mcdaid (2012) afirman que “los fundamentos de una salud mental satisfactoria se establecen durante el embarazo, la lactancia y la infancia”. Así pues, la salud mental es favorecida por la “crianza adecuada y una preparación integral para la vida en planteles preescolares y escuelas al brindar oportunidades de aprendizaje social y emocional” (pág. 140).

La Comisión de las Comunidades Europeas (2005), expresa además que la promoción de la salud mental en la infancia y la adolescencia es una inversión de futuro.

Según la OMS (2007), la promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias, siendo el principal objetivo promover la salud mental durante todo el ciclo vital para garantizar una niñez saludable y evitar futuros trastornos mentales en la edad adulta y vejez.

Como se puede ver, la salud mental es un concepto complejo el cual viene determinado por diversos factores. En la siguiente tabla (Tabla 3) se enuncian algunos factores basados en evidencia que se ha observado están relacionados con la aparición de los trastornos mentales. Los factores de riesgo están vinculados con un mayor porcentaje de aparición de enfermedades, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de protección, en cambio, repercuten en las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, 2004)

TABLA 3. Factores de riesgo y de protección para trastornos mentales.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Fracaso académico y desmoralización estudiantil	Capacidad para afrontar el estrés
Déficits de atención	Capacidad para enfrentar la adversidad
Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes	
Abuso y abandono de menores	Adaptabilidad
Insomnio crónico	Autonomía
Dolor crónico	Estimulación cognitiva temprana

Comunicación anormal	Ejercicio
Embarazos tempranos	Sentimientos de seguridad
Abuso a ancianos	Sentimientos de dominio y control
Inmadurez y descontrol emocional	
Uso excesivo de sustancias	Buena crianza
Exposición a la agresión, violencia y trauma	Alfabetización
	Apego positivo y lazos afectivos tempranos
Conflicto familiar o desorganización familiar	Interacción positiva entre padres e hijos
Soledad	
Bajo peso al nacer	
Clase social baja	Habilidades de resolución de problemas
Enfermedad médica	
Desbalance neuroquímico	
Enfermedad mental de los padres	Conducta prosocial
Abuso de sustancias por parte de los padres	Autoestima
	Destrezas vitales
Complicaciones perinatales	Destrezas sociales y de manejo de conflictos
Pérdida personal-duelo	
Habilidades y hábitos de trabajo deficientes	Crecimiento socioemocional
Discapacidades de lectura	Manejo del estrés
Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos	Apoyo social de la familia y amigos
Incompetencia social	
Eventos de mucha tensión	
Consumo de sustancias durante el embarazo	

Fuente: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 24

5.2. TRASTORNOS MENTALES EN LA ACTUALIDAD

En este apartado se pretende visibilizar la magnitud de las enfermedades o trastornos mentales en cuanto a prevalencia y otros problemas relacionados.

En la actualidad son diversos los autores/as que al referirse a ello prefieren usar el término trastorno en vez de enfermedad por ser menos peyorativo, si bien ambos términos se usan indistintamente.

Se consideran enfermedades/trastornos mentales “los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005, pág. 4).

Hay una gran diversidad de tipos de trastornos mentales, entre las más comunes se encuentra: trastorno bipolar, depresión, trastorno de atención, trastorno de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno obsesivo compulsivo, etc.

Según la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales de Estados Unidos (NAMI), las enfermedades mentales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o ingresos. Pero es importante señalar que son tratables y que la mayoría de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental grave pueden experimentar una mejora de sus síntomas siguiendo un tratamiento.

Si bien, se debe enfatizar en la importancia de un diagnóstico precoz, pues muchas patologías que se detectan en las personas adultas comienzan a manifestarse en etapas muy tempranas de la vida, cuando todavía existen muchas posibilidades de actuar y frenar su progreso (Instituto de Estudios Médico Científicos).

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todo el mundo. Son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura, pues el 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos (OMS, 2013).

En España se han desarrollado estudios para evaluar la prevalencia de trastornos mentales entre la población. En 2006 se publicaron en España los resultados del “Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales” (ESEMeD) el cual es fruto de un estudio mayor europeo, integrado a su vez en el proyecto de Encuestas de Salud Mental de la OMS. Entre los resultados del estudio, se describe que el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres en España presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental, y 5,2 y 11,4%, respectivamente, en los últimos 12 meses (Haro, y otros, 2003).

Los trastornos mentales originan un gran sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de los niños/as e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen. Además de la discapacidad y mortalidad prematura por suicidio que pueden originar, también tienden a producir el aislamiento social de quienes los padecen (Psicosocial Art, 2006).

Las estadísticas desvelan que a nivel mundial alrededor de 450.000.000 de personas padecen algún trastorno mental, en Europa se calcula que casi 165 millones y más de 10 millones en España.

En España una de cada cuatro personas en edad adulta padecerá algún tipo de enfermedad mental como depresión, ansiedad, esquizofrenia o trastorno bipolar a lo largo de su vida y el 11% de la población infantil se encuentra en riesgo de desarrollar una mala salud mental. Estos datos demuestran el gran impacto que tienen estas enfermedades desde un punto de vista asistencial como humano (Instituto de Estudios Médico Científicos, 2009).

Según el informe INESME “Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes”, los trastornos mentales en la actualidad son la causa del 40% de las patologías crónicas y del 30% de la discapacidad global en España. A pesar de ello, en España sólo se destinan a ellas cinco de cada 100 euros que se invierten en salud, una cifra por debajo de la media europea (Haro, y otros, 2003).

En relación a la alta prevalencia de los trastornos mentales, la carga emocional y financiera para la persona, su familia y la sociedad es muy grande (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Tabla 4: La carga económica de los trastornos mentales.

	Costos de atención	Costos de producción	Otros costos
Personas afectadas	Tratamiento y pago de los servicios	Discapacidad laboral; pérdida de ingresos	Angustia/sufrimiento ; efectos colaterales del tratamiento; suicidio
Familia y amigos	Cuidado no formal	Ausencia del trabajo	Angustia, aislamiento, estigma
Empleadores	Contribuciones al tratamiento y cuidado	Reducción en la productividad	—
Sociedad	Oferta de atención de salud mental y médica general (impuestos/seguro)	Reducción en la productividad	Pérdida de vidas; enfermedades no tratadas (necesidades no satisfechas); exclusión social

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2004)

Celso Arango, coordinador del informe INESME afirma que “la psiquiatría es una de las grandes olvidadas en los presupuestos y es la especialidad a la que se destinan menos recursos en relación a su prevalencia, carga y discapacidad”. Asegura también que uno “de los graves déficits de la

Psiquiatría es la ausencia de programas de intervención precoz" (Instituto de Estudios Médico Científicos, 2009, págs. 9-10).

Una de las causas de la baja prioridad del financiamiento y descuido en materia de salud mental, según algunos actores/as y profesionales, se trata del elevado grado de estigma vinculado con los problemas de salud mental.

Wahlbeck y Mcdaid (2012) afirman que el contrarrestar este estigma y la discriminación es una de las dificultades más importantes para mejorar la salud mental en períodos de crisis económica, puesto que este estigma repercute negativamente en la disponibilidad de las autoridades políticas para invertir en materia de salud mental.

Al respecto, la OMS afirma que "los cambios en la legislación, la formulación de políticas y la asignación de recursos" pueden proporcionar mejoras significativas disminuyendo el riesgo de los trastornos mentales y mejorando la salud mental (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 24).

5.1. EPIDEMIOLOGÍA

En el caso de las enfermedades o trastornos mentales la mayoría de estudios científicos apuntan a una multicausalidad, existen factores de origen biológico, genético, psicosocial, neurológico, familiar, socioeconómicos, medioambientales, etc.

Los resultados del estudio ESEMeD-España (primer proyecto que ha evaluado la epidemiología de los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta) mostraron que los trastornos mentales son frecuentes en España. Aproximadamente una de cada 5 personas entrevistadas presentó un trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos más frecuentes según dicho estudio son el episodio depresivo

mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol. En comparación con estudios epidemiológicos realizados en otros países, la prevalencia de los trastornos mentales obtenida en el estudio era inferior a la de otros estudios en países occidentales (Haro, y otros, 2003).

En relación a los factores asociados a una mayor prevalencia de problemas de salud mental, según el estudio publicado en 2010 “Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España” están ser del sexo femenino, estar separado/a o divorciado/a, tener enfermedades crónicas, estar desempleado/a o en baja laboral, tener poco apoyo social y tener una posición socioeconómica desaventajada, medida por indicadores tales como el nivel educativo, la clase social ocupacional o el nivel de ingresos (Bones Rocha, Pérez, Rodríguez Sanz, Borrell, & Obiols, 2010).

Respecto a los determinantes de la salud mental, ésta está determinada por diversos factores sociales, psicológicos y biológicos (Cabanyes Truffino, 2012, págs. 96-97):

- **Factores biológicos.** Representan las distintas variables implicadas en el funcionamiento del sistema nervioso (neuronas, sinapsis, circuitos neurotransmisores, etc.), algunas de las cuales están genéticamente condicionadas.
- **Factores psicológicos.** Corresponden a las características psíquicas de la persona (cogniciones básicas, estilo cognitivo, afrontamiento, atribuciones, estado anímico, control de las emociones, gratificaciones, patrón de conductas, etc.) y al perfil de personalidad que configuran. Aquí también se incluyen las experiencias que forman parte de la trayectoria biográfica de la persona. Quizá algunas experiencias son comunes a otras personas, pero en su aspecto vivencial son absolutamente personales.
- **Factores sociales.** Están constituidos por las variables culturales, sociopolíticas, económicas y, muy especialmente, coyunturales del

entorno de cada persona: sistema de valores, mensajes sociales, modelos, recursos y apoyos, educación, conflictividad, eventos, etc.

Si bien, cada trastorno psíquico suele estar relacionado con varios factores causales. En unos predominan más los de tipo biológico, en otros los psicológicos y en otros los sociales, aunque siempre interactúan entre ellos (Cabanyes Truffino, 2012).

En relación a los factores sociales, constituyen un riesgo para la salud mental: las presiones socioeconómicas (relacionando como pruebas evidentes los indicadores de pobreza y en particular el bajo nivel educativo), cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos (OMS, 2010).

Existen también estresores en la vida diaria que son susceptibles de causar estrés y de ser causa de estados de ansiedad (Cabanyes Truffino, 2012, págs. 112-113):

- **Estresores físicos.** Pueden ser el ruido, el tráfico, las temperaturas extremas, etc.
- **Estresores psicológicos.** Son la sobrecarga de trabajo, la atención a una persona dependiente, los conflictos familiares, etc.
- **Estresores sociales.** Pueden ser la carencia de recursos económicos, el paro, la inseguridad ciudadana, etc.

Saraceno (2008) haciendo referencia a Henderson (1988) menciona los siguientes factores que pueden tener influencia en el surgimiento de los trastornos psiquiátricos o en la modificación de la historia natural de la enfermedad. Esto se muestra en la siguiente tabla (Tabla 5):

Tabla 5. Factores sociodemográficos y de experiencia en los trastornos psiquiátricos.

Factores sociodemográficos	Factores de experiencia
Sexo	Separación en la infancia
Edad	Estilo de los padres
Estado civil	Experiencias y eventos negativos
Clase Social	Luto
Urbanización	Emociones expresadas en familia
Variables geográficas	Desempleo
	Apoyo social
	Migración

Fuente: Comelles & Bernal (2008)

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, existen diversos factores de riesgo y protección vinculados a la salud mental. En la siguiente tabla (Tabla 7) se clasifican estos determinantes en relación a determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental.

TABLA 6. Determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental.

Factores de riesgo	Factores de protección
Acceso a drogas y alcohol	
Desplazamiento	Fortalecimiento
Aislamiento y enajenamiento	Integración de minorías étnicas
Falta de educación, transporte, vivienda	Interacciones interpersonales positivas
Desorganización de la vecindad	Participación social
Rechazo de compañeros	
Circunstancias sociales deficientes	Responsabilidad social y

Nutrición deficiente	tolerancia
Pobreza	Servicios sociales
Injusticia racial y discriminación	Apoyo y redes comunitarias
Desventaja social	
Migración a áreas urbanas	
Violencia y delincuencia	
Guerra	
Estrés laboral	
Desempleo	

Fuente: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (2004)

Es importante señalar que en un contexto de crisis como el actual, se debe potenciar especialmente los factores de protección debido a que los factores de riesgo aumentan.

Respecto a los factores genéricos de riesgo y protección, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (2004) afirma que son aquellos comunes a varios problemas y trastornos de salud mental. Es por ello que las intervenciones que abordan éstos factores pueden producir un amplio espectro de efectos preventivos. Dos ejemplos que establece dicho departamento de la OMS son los siguientes (pág. 21):

- La pobreza y el abuso de menores son comunes en la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias.
- El pensamiento negativo está específicamente relacionado con la depresión, mientras que la depresión mayor está específicamente relacionada con el suicidio.

Existen también interrelaciones entre la salud mental y física. Éstas pueden estar relacionadas a través de factores comunes de riesgo. Por ejemplo “las malas condiciones habitacionales pueden producir una salud mental y física deficiente”.

La OMS hace hincapié en la importancia de la prevención y afirma que “los hijos de padres con enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias representan una de las poblaciones de mayor riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos”. Por ejemplo, los niños de padres deprimidos tienen un riesgo de alrededor del 50% de desarrollar un trastorno depresivo antes de los 20 años de edad (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 30).

6. DEPRESIÓN

Generalmente es aceptado por los diferentes autores/as y profesionales relacionados con la salud que la depresión es una vivencia muy frecuente así como también un motivo habitual de consulta en la práctica médica. Hoy en día se sabe que cerca de un 20% de personas en el mundo, la mayoría mujeres, pueden experimentar un episodio clínico y grave de depresión en algún momento de sus vidas (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009).

Al respecto, la OMS (2004) afirma que la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia (afectando a alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo) y estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca actualmente y que en 2020 será la segunda en importancia para la salud y la sociedad.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar seriamente la capacidad para afrontar la vida diaria. Esta se caracteriza por un sentimiento de tristeza, una pérdida de interés o placer, por sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración, etc. (OMS, 2013).

La OMS (2013) afirma que la depresión cuando es leve puede tratarse sin necesidad de medicamentos, pero cuando ésta es de carácter grave o moderado puede hacer falta medicamentos y psicoterapia profesional en su tratamiento. La organización señala que este trastorno en su forma más grave puede conducir a una persona al suicidio.

En España en la actualidad “la depresión está cobrando un desmesurado protagonismo, y afecta ya a uno de cada siete pacientes que acude al médico de Atención Primaria”. Se estima que cuatro millones de personas sufren depresión y que el diez por ciento de los jóvenes la padecen. Los expertos/as

aseguran que “un diagnóstico a tiempo y un tratamiento continuado pueden garantizar ver la vida de manera más positiva y dejar atrás toda esa profunda tristeza” (Herrero, 2010, pág. 12).

La persona que tiene depresión “padece un problema de comportamiento caracterizado por la presencia de una o varias de las siguientes conductas las cuales afectan a distintas esferas de la vida del individuo” (Xesús Froján, 2006, págs. 21-22):

- **Alteraciones del estado de ánimo:** tristeza (fundamentalmente), dificultades para sentir y, en algunas ocasiones, irritabilidad.
- **Alteraciones motivacionales y motoras:** inhibición conductual (apatía), reducción y/o deterioro de las relaciones interpersonales, anhedonía y enlentecimiento psicomotor.
- **Alteraciones cognitivas:** contenido inadecuado o irracional de las cogniciones, alteraciones de memoria, atención y concentración y pensamientos recurrentes de muerte y/o suicidio.
- **Alteraciones psicofisiológicas:** pueden ser muchas y de muy diversa índole y no tienen por qué presentarse ni todas juntas ni en todos los problemas de depresión. Entre las más frecuentes están las alteraciones del sueño (tanto por exceso como por defecto), la fatiga y/o disminución de la actividad física, la pérdida de apetito, la disminución de la frecuencia de relaciones sexuales y la aparición de molestias corporales difusas.

La tristeza es el sentimiento dominante en la mayoría de personas afectadas por depresión. “La mayoría de clínicos en Europa consideran que la tristeza del paciente depresivo es distinta de la tristeza que pueda experimentarse por otras condiciones y situaciones”. La tradición psiquiátrica europea consideró que la tristeza depresiva mostraba dos características diferenciadoras (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009, pág. 41):

1. Un sentimiento doloroso sin justificación o explicación intelectual (este criterio eliminaba como depresión las situaciones de duelo o pérdida).
2. El sentimiento doloroso es experimentado por la persona como cualitativamente distinto a otras experiencias tristes que hubiera podido sufrir previamente.

TABLA 7. Diferencias entre tristeza normal y depresión.

TRISTEZA	DEPRESIÓN
Hay una causa desencadenante	Puede no haber desencadenante
Tristeza proporcional al desencadenante	Tristeza no proporcional al desencadenante
Duración de los síntomas proporcional al desencadenante	Duración prolongada de los síntomas
Poca alteración del rendimiento.	Importante alteración del rendimiento
Síntomas físicos escasos o ausentes	Síntomas físicos importantes
Los síntomas suelen variar a lo largo del día	Los síntomas no varían y tienden a empeorar

Fuente: San Molina & Arranz Martí (2010)

La depresión es una “enfermedad grave y altamente discapacitante con un elevado coste social. Las personas con depresión están expuestas a una serie de dificultades, problemas y riesgos de salud muy superior a otras enfermedades humanas, incluido el cáncer”. Además del riesgo de suicidio, la depresión conlleva otros problemas a nivel familiar y social alterando las relaciones interpersonales de la persona afectada (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009, pág. 109).

Se han descrito diversas formas de depresión cada una de ellas con unas características clínicas específicas. A continuación se mencionan y se describen brevemente los subtipos que existen de depresión (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009, pág. 26):

- **DEPRESION MAYOR.** Los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (semanas o meses)
- **DISTIMIA (O TRASTORNO DISTÍMICO).** Los síntomas depresivos son menos intensos, pero son muy incapacitantes por ser crónicos (duran como mínimo 2 años).
- **TRASTORNO ADAPTATIVO.** Los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (estresor agudo) que ha sufrido el paciente.
- **OTROS TRASTORNOS DEPRESIVOS.** En este apartado se incluyen los síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar) y no psiquiátricas (por ejemplo, anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo).

6.1. EPIDEMIOLOGÍA

En el caso de las depresiones, a pesar del enorme interés dedicado al conocimiento de sus causas, todavía no se conoce con exactitud los mecanismos causantes de las mismas. Si bien, se considera que es un síndrome multifactorial en el que están implicados los siguientes factores (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009, págs. 82-83):

- **Factores relacionados con la personalidad del paciente.** El presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, auto exigencia) predispone a padecer depresiones.

- **Factores ambientales.** El sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) predispone a padecer un trastorno depresivo.
- **Factores biológicos.** De los cuales diversos aspectos deben ser destacados:
 - o Alteraciones cerebrales. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión visible. Lo que hay es una alteración en el funcionamiento de las células del cerebro (neuronas).
 - o Alteraciones en neurotransmisores. Para que el cerebro funcione correctamente, debe existir una comunicación correcta entre las diversas neuronas del cerebro. Las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisores. En la depresión diversos neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina) no funcionarían correctamente. Los antidepresivos ayudan a normalizar el funcionamiento de estos neurotransmisores.
 - o Alteraciones genéticas. Dado que es más fácil que una persona padezca una depresión si tiene algún familiar que haya presentado alguna depresión, se cree que el tener según qué genes predispone a padecer una depresión. No obstante, por el momento no se conoce qué genes provocan la aparición de esta enfermedad.

Por lo tanto existen una serie de factores que hacen a las personas más susceptibles a padecer una depresión y otros que pueden aumentar la predisposición a padecerla. En la siguiente tabla (Tabla 9) se muestra alguno de estos factores:

Tabla 8. ¿Qué causa la depresión?

FACTORES QUE NOS HACEN MÁS SUSCEPTIBLES A LA DEPRESIÓN	FACTORES QUE PUEDEN OCASIONAR UNA DEPRESIÓN
Genes	Estrés y sucesos vitales estresantes
Personalidad	
Familia	Presencia de una enfermedad física
Género	
Estilo de pensamiento	Administración de algunos fármacos
Enfermedades crónicas	
Problemas económicos	

Fuente: San Molina & Arranz Martí (2010)

Así pues, no todas las depresiones son iguales, pues cada persona es diferente. Los especialistas distinguen entre las depresiones endógenas, que tienen un origen biológico, de las exógenas, que vienen determinadas por cuestiones externas (Herrero, 2010).

Un factor en las hipótesis psicosociales de la depresión es el de la adversidad. Se entiende por adversidad las condiciones sociales y biográficas en las que todas las personas, independientemente de la cultura, estarían de acuerdo en que son indeseables y nocivas. Ejemplo de ello son: muerte de personas significativas, divorcio de los padres, pobreza, desempleo, enfermedades físicas, etc. (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009).

Pero no todo el mundo que ha sufrido la pérdida de un ser querido o se encuentra en desempleo desarrolla depresión. Pues aunque cualquier persona puede tener depresión, algunas personas tienen más riesgo de sufrirla que otras (San Molina & Arranz Martí, 2010).

En la actualidad, existen algunos hábitos que pueden repercutir en cierta medida en la aparición de este trastorno como son: el ajetreo de la vida

cotidiana, el estrés, una mala alimentación, el sedentarismo, la tendencia a las relaciones sentimentales conflictivas, malos hábitos como el alcohol y otras drogas. Así como también se está relacionando la crisis económica con el aumento de consultas médicas por depresión (Herrero, 2010).

Aunque cualquier persona, sea cual sea su sexo o edad, puede padecer depresión a lo largo de su vida, hay estudios epidemiológicos que indican que la prevalencia de los síntomas de depresión varía según género. Las mujeres presentan un riesgo doble que los hombres de sufrir depresión a lo largo de sus vidas (presentan una prevalencia de síntomas del 14% mientras que los hombres del 7,5%). Pero “nadie ha conseguido ofrecer una explicación satisfactoria a este hecho”. La mayoría de estudios al respecto apuntan a que “el riesgo en la mujer se debe a una compleja interacción de factores genéticos, de estilo cognitivo y de elevada incidencia de factores estresantes económicos y psicosociales” (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009, pág. 105).

Si bien, la depresión no sólo afecta a personas adultas. La prevalencia en niños se estima en un 2,5% y en la adolescencia de un 4 a un 8% con una tendencia al incremento de un 25% al final de la adolescencia (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009).

7. SUICIDIO

El suicidio representa un importante problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo. Sus “repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico” (Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2011, pág.25). Este concepto, desde una perspectiva psicopatológica, constituye el acto de quitarse uno mismo/a la vida por considerarla insoportable (Cabanyes & Monge, 2010).

A pesar de ser un hecho personal, sólo puede comprenderse dentro de la sociedad a la que se pertenece. Pues la sociedad, tiene repercusión sobre las personas induciéndoles al suicidio ante algunas situaciones (Mingote Adán, Jiménez Arriero, Osorio Suárez, & Palomo, 2004).

La OMS (2012) afirma que en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

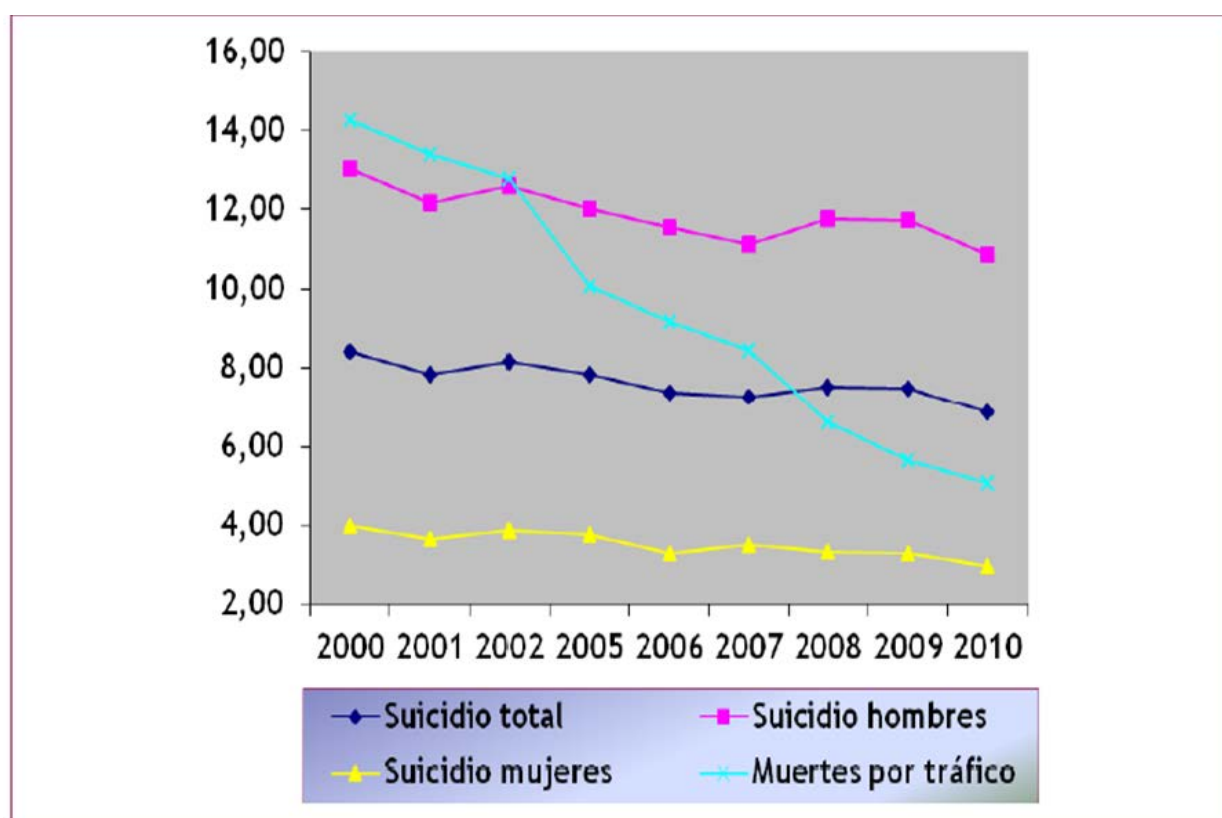
Desde el año 2008, el suicidio es la primera causa de muerte no natural en España y ha llegado incluso a desbancar a los accidentes de tráfico (Gráfico 4). Al respecto, Otero (2013) afirma que no se habla de ello porque se trata de un tema tabú.

TABLA 9. Resultados nacionales en España de suicidios.

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Año 2007	3.263	2.463	800
Año 2008	3.457	2.676	781
Año 2009	3.429	2.666	763
Año 2010	3.158	2.468	690
Año 2011	3.180	2.435	745

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

GRÁFICO 4. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio en España (por 100.000 habitantes).

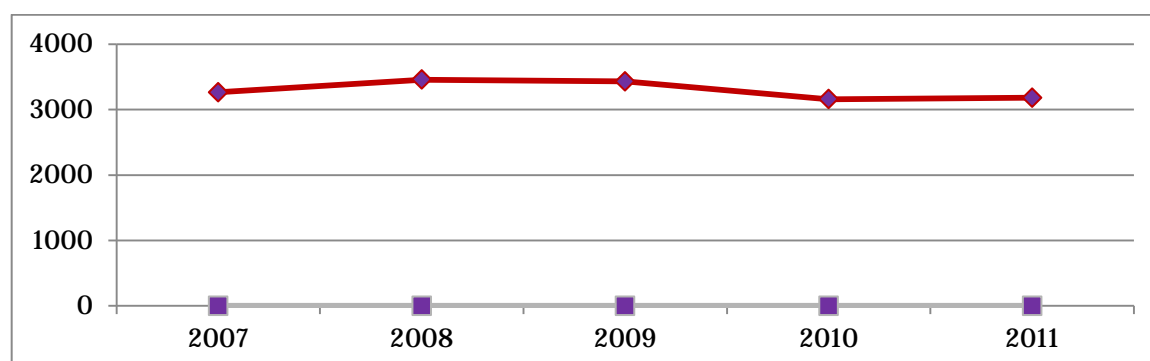


Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011)

Según datos del 2010 del Instituto Nacional de Estadística (INE) (28), en España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,09%) más del triple que en las mujeres (21,90%). Aunque las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas de Europa, hasta el año 2003 parecía existir en nuestro

país una evolución ascendente. Sin embargo, a partir de 2004 la tendencia es estable o descendente, al igual que en Europa (Gráfico 5).

GRÁFICO 5. Evolución desde 2007 hasta 2011 de número de suicidios en España.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Si bien, es preciso mencionar que respecto a las cifras y gravedad social respecto los suicidios, existen grandes variaciones según las fuentes consultadas.

Leal (1993) alega que además de las cifras oficiales de suicidios habría que añadir para ser más realistas los suicidios que se ocultan por pudor social. Además, a ello se suma la dificultad de distinguir entre suicidio o accidente ya que por ejemplo no se puede saber si algunos accidentes de carretera son provocados conscientemente o inconscientemente.

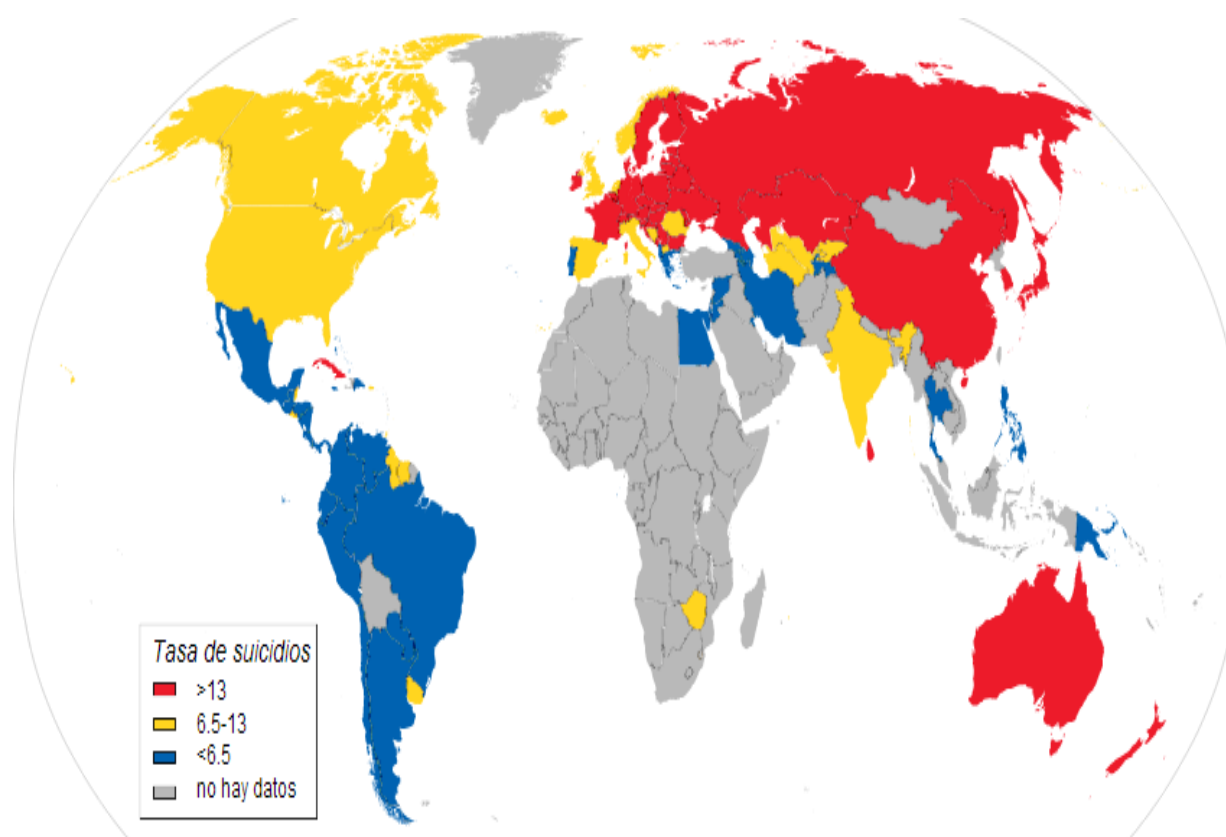
Otero (2013), afirma que en 2010 fueron 3.145 personas en total las que se quitaron la vida en España y que en 2011 lo hicieron 3.500 (3.180 según cifras publicadas en el INE). Respecto a las causas expone la crisis como la principal justificando que el 32% de los suicidios se deben a problemas económicos, el 25,8% es cometido por desamor o problemas de pareja, un 19,1% por problemas psiquiátricos y un 11,2% debido a problemas familiares.

Los índices del suicidio y sus tendencias muestran una gran variación de acuerdo con el país (Figura 2). Entre los países con las tasas de suicidio más

altas se encuentran países de Europa del Este como Lituania o Rusia. El índice más bajo se registra en América Central y Suramérica, en países como Perú, México, Brasil o Colombia. Estados Unidos, Europa del Sur y grandes zonas de Asia están a mitad de la escala.

Según Otero (2013) las causas de estas diferencias pueden ser muy variadas pero “las más evidentes parecen ser el trauma del cambio social y económico, con el paro, la desvalorización de las pensiones y la quiebra de la sanidad, todo lo cual contribuye al alcoholismo y la depresión” (pág. 8).

Figura 2. Mapa del mundo con la proporción de suicidas por cada 100.000 habitantes.



Fuente: OMS

7.1. EPIDEMIOLOGÍA

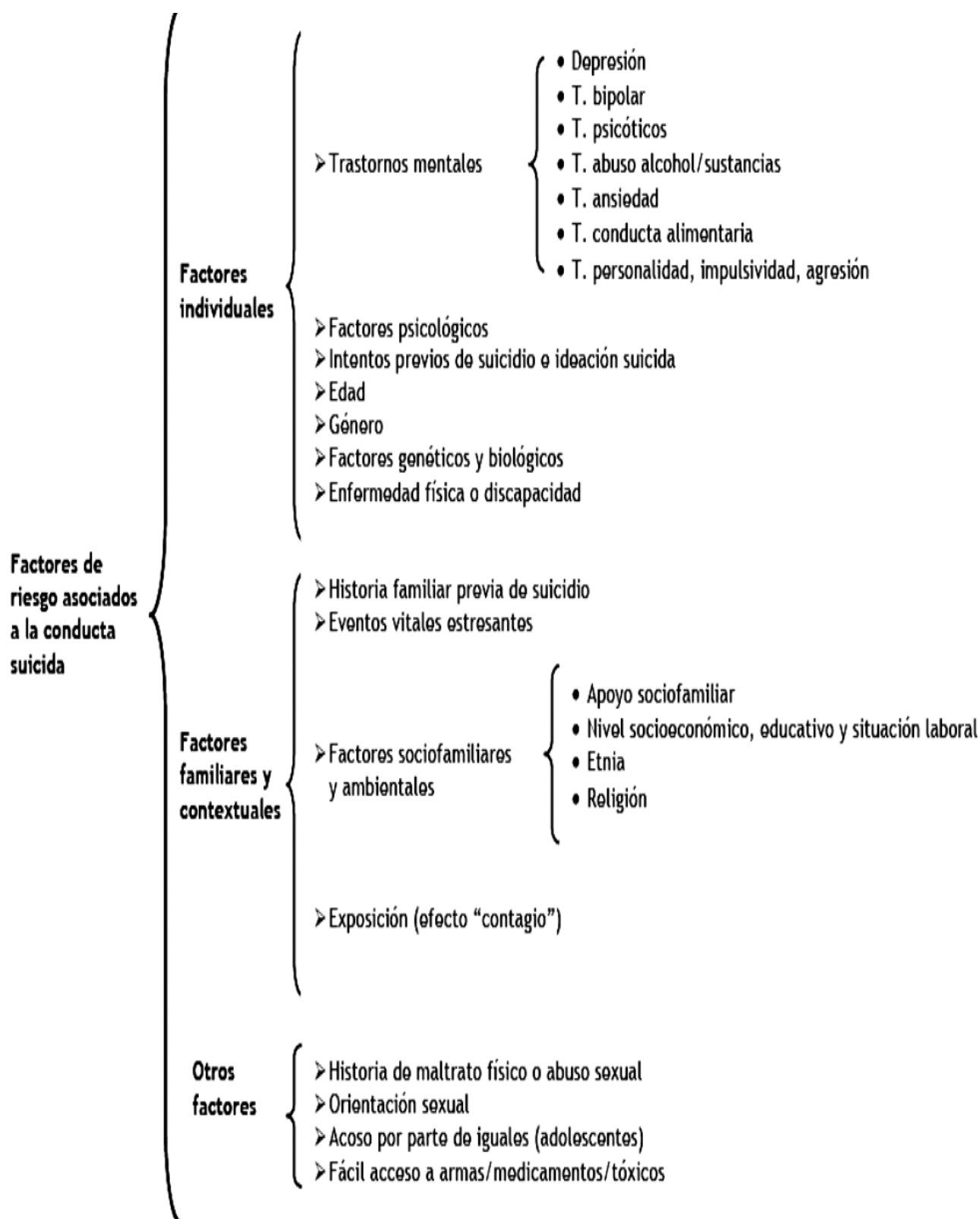
En el 93% de los/as suicidas se detecta una patología psiquiátrica en el momento suicida. Entre las más frecuentes se encuentran la depresión (65%), alcoholismo (25%), trastorno de la personalidad (5%) y esquizofrenia (3%) (Mingote Adán, Jiménez Arriero, Osorio Suárez, & Palomo, 2004).

Existen determinados factores que influyen (Mingote Adán, Jiménez Arriero, Osorio Suárez, & Palomo, 2004, págs. 20-34).

- **Factores sociodemográficos:** edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel cultural, distribución geográfica, religión, factores climáticos, emigración, estrés y acontecimientos vitales, medios de comunicación, etc.
- **Factores biológicos:** niveles de 17-hidroxicorticoides, niveles de serotonina, niveles de colesterol, noradrenalina, dopamina, actividad plaquetaria, etc.
- **Factores familiares:** factores familiares hereditarios y factores no hereditarios.
- **Factores psicopatológicos:** trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, duelo por viudedad.

Según la OMS (2004), los factores más importantes basados en evidencia para el suicidio son los trastornos psiquiátricos, factores de estrés social recientes o pasados (por ejemplo, adversidades durante la infancia, abuso físico o sexual, desempleo, aislamiento social, graves problemas económicos), suicidio en la familia o entre amigos o compañeros, acceso limitado a ayuda psicológica y acceso a las formas de cometer suicidio.

Figura 3. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida.

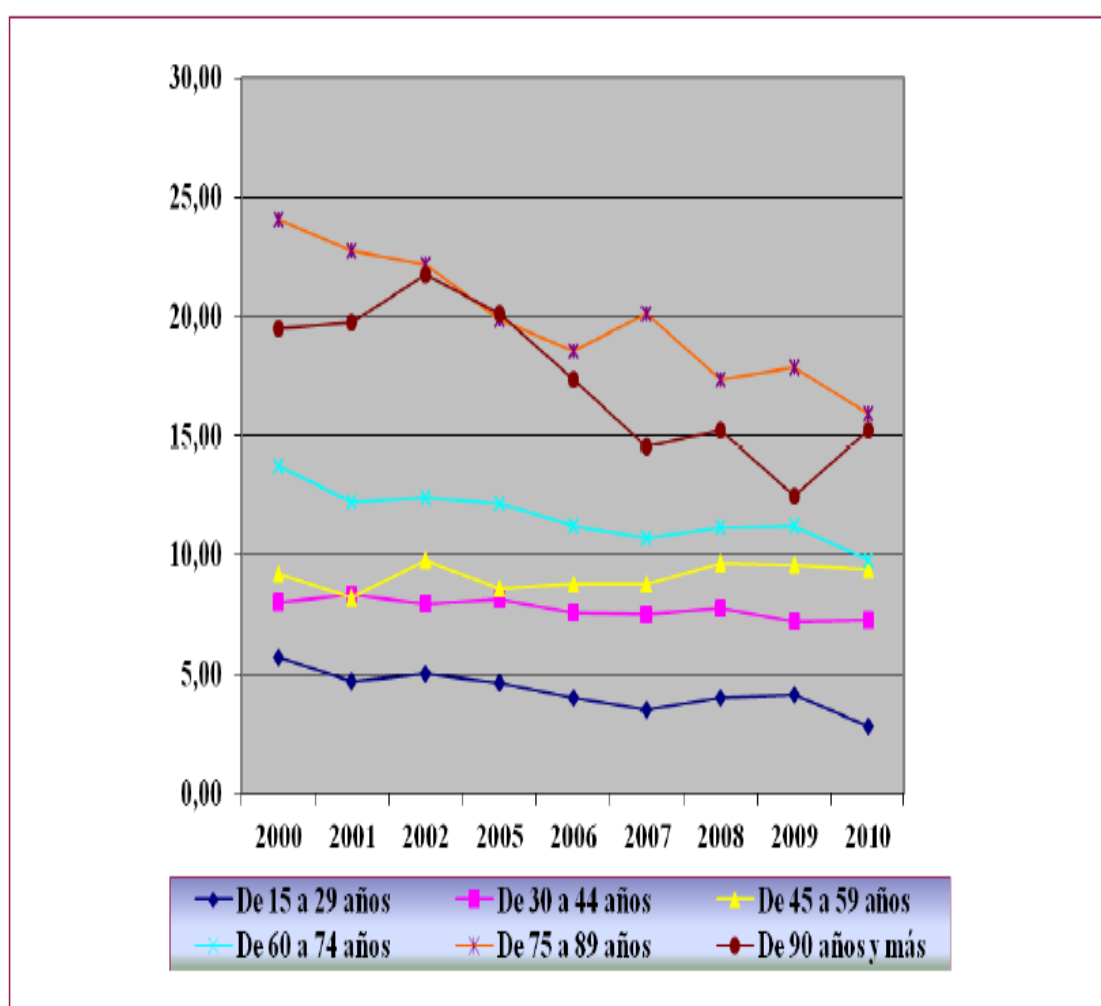


Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011)

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes. Es una de las tres causas principales de muerte en la población de 15 a 34 años (OMS, 2004).

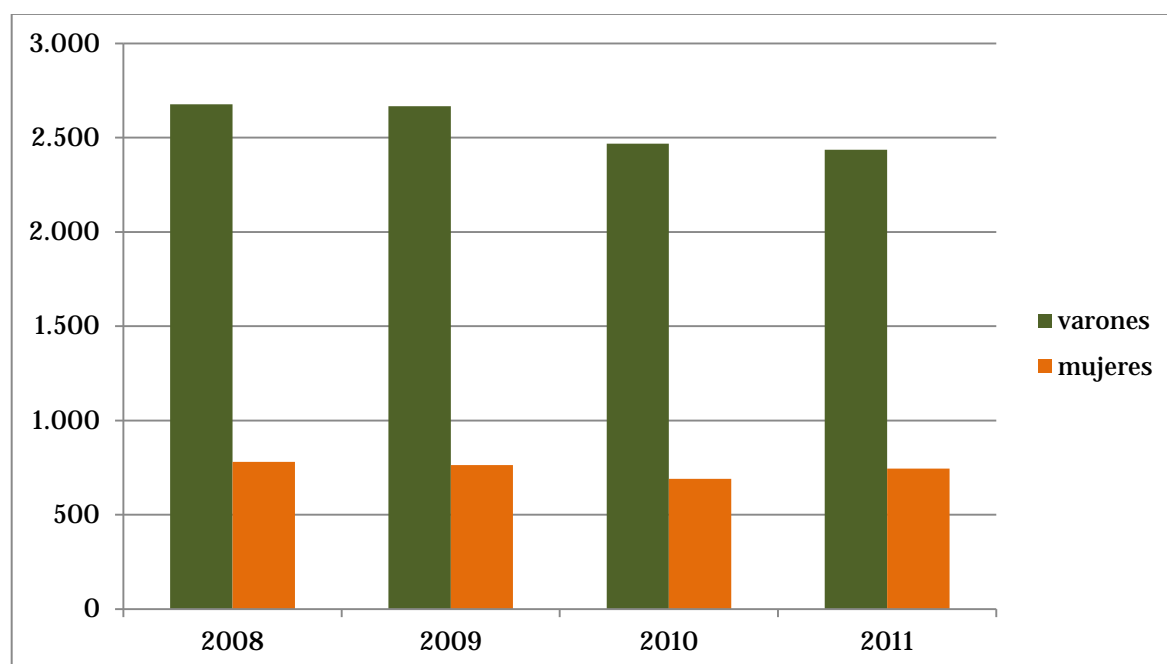
Según las estadísticas, los índices de suicidio aumentan con la edad (Gráfico 6) y son más frecuentes en varones que en mujeres (Gráfico 7).

GRÁFICO 6. Tasas globales de suicidios en España (por 100.000 habitantes) y rango de edad.



Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011)

GRÁFICO 7. Evolución de suicidios en España según sexo desde 2008 hasta 2011.

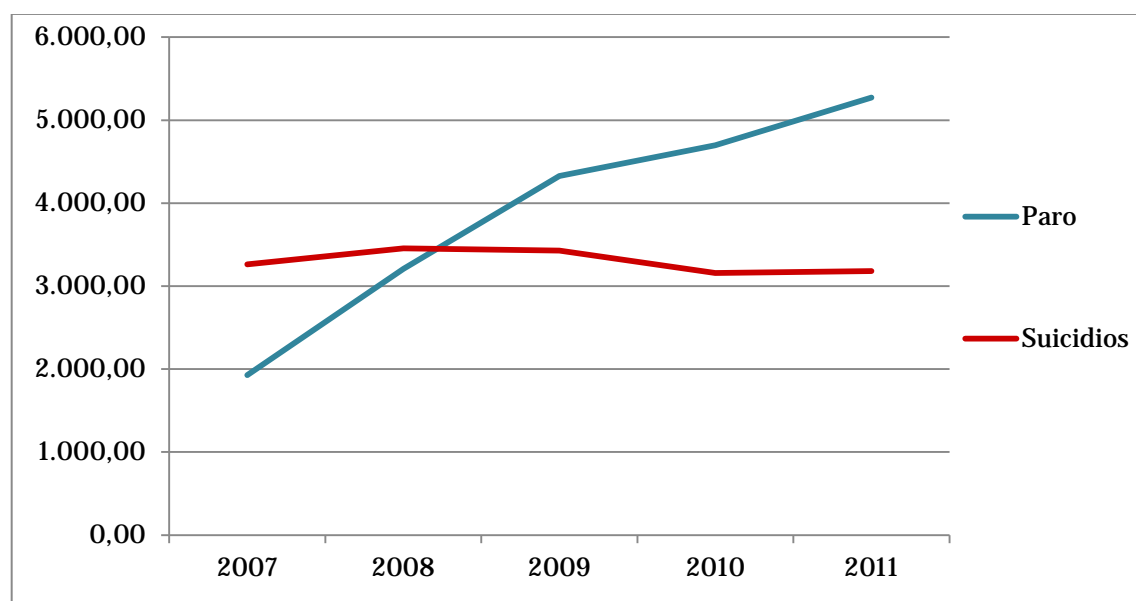


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La Asociación Española de Psiquiatría Privada (Asepp) “ha advertido de un repunte de la tasa de suicidios en España desde los 10 casos por 100.000 habitantes que se registraban hace tres décadas hasta los 15 casos actuales”. Suponiendo esto un aumento del 50% que se ha ido produciendo de forma progresiva, y afirma que “se ha agravado como consecuencia de los efectos de la crisis económica” (Los psiquiatras advierten de un aumento del 50% de suicidios en España debido a la crisis económica, 2013).

Si bien, aunque en la actualidad se está asociando la crisis con un aumento en el número de suicidios, los datos más recientes que existen son del año 2011 y no lo corroboran (Gráfico 8).

GRÁFICO 8. Comparación entre desempleo y suicidios (Datos absolutos según cifras oficiales).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

A pesar de ello, un importante factor al que hay que prestar atención sobre todo en los casos de elevado tiempo, es el desempleo. Pues la relación desempleo-acto-suicida es más si se asocia con el tiempo de desempleo (más prolongado, mayor riesgo). El desempleo “parece estar implicado de varias maneras en la conducta suicida ya que favorece la depresión y disminuye la autoestima entre otras cosas” (Mingote Adán, Jiménez Arriero, Osorio Suárez, & Palomo, 2004, pág. 22).

En la actualidad aunque no existen datos del INE a partir del 2011 que indiquen si la tendencia de suicidios aumenta, un indicador alarmante es la cantidad de noticias y casos en los medios de comunicación en los que se asocia suicidio con desahucio.

Basándonos en estudios mucho más antiguos, Durkheim (1897) en su obra “El Suicidio”, consideraba que las crisis económicas y las rupturas en el equilibrio social tienen una influencia negativa sobre los suicidios.

8. REPERCUSIONES DE LA CRISIS EN LA SALUD MENTAL

En este apartado se va a enfatizar en los factores estresantes ambientales relacionados con la crisis que repercuten en la salud mental.

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, los factores ambientales y estresantes, los problemas económicos, el desempleo, trabajos precarios, la pobreza... son determinantes del bienestar psicológico y una buena salud mental.

La falta de alternativas para la creación de empleo y la reducción en gasto social para atender las necesidades más básicas de la población, entre otras cosas están produciendo un aumento de violencia, inseguridad, enfermedades mentales y suicidios (Ponce de Leon, y otros, 2013).

Durante los períodos de crisis económicas, aumentan las desigualdades sociales en la salud. Pues son las personas empobrecidas por la pérdida de ingresos o de vivienda a las que más fuertemente afectada la crisis (Wahlbeck & Mcdaid, 2012).

Respecto a los desahucios Colau & Alemany (2012) afirman que son una grave violación del derecho a la vivienda que implica la vulneración de otros derechos fundamentales interdependientes, como el derecho a la salud:

La ansiedad ante el inminente desahucio y la muerte financiera de las familias causa trastornos psicológicos graves, que en ocasiones se traducen, entre otros, en episodios de violencia, alcoholismo, desatención de los hijos, tensiones familiares, incremento de la violencia de género e intentos de suicidio cada vez más frecuentes.
(pág. 32)

Raventós (2010) en su artículo “Crisis económica y salud mental”, expresaba que uno de los efectos de la crisis económica que no estaba siendo muy publicado, era el de las graves repercusiones que tendrá en la salud de las personas y más concretamente en la salud mental, pretendiendo así hacer reflexionar y hacer visible este creciente problema en nuestra sociedad.

Dicho autor, afirmaba que las consecuencias de la crisis económica iban a afectar gravemente a aquellas personas con patologías mentales severas, y que si ya en períodos de crecimiento económico tenían dificultades significativas para entrar en el mercado laboral, con la crisis van a quedar excluidas (Raventós, 2010).

Otro efecto de la crisis, como ya se ha mencionado anteriormente, son las problemáticas de salud mental derivadas de quedarse en el paro o por graves problemas económicos. Pues quedarse sin trabajo y estar en paro son situaciones que pueden hacer perder la autoestima y hundir en una depresión (Raventós, 2010).

La siguiente tabla (Tabla 11) muestra los diferentes porcentajes que existen sobre el riesgo de tener mala salud mental resultado de una encuesta nacional en 2006 según sexo y situación laboral en población de 16 y más años. En la cual se aprecia que tanto hombres como mujeres parados/as e inactivos/as tienen mayor riesgo de mala salud mental que las personas ocupadas. Los resultados también muestran que las mujeres paradas, inactivas y ocupadas tienen mayor riesgo de mala salud mental que los varones.

Tabla 10. Riesgo de mala salud mental.

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	21,31	15,55	26,84
Ocupado	16,31	12,34	22,13
Parado	29,18	28,06	30,03
Inactivo	26,26	19,51	30,18

Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2006)

Existen diversas investigaciones, no sólo a nivel nacional, que señalan que en tiempos de cambios económicos surgen más riesgos para la salud mental. En el artículo *"Economic and mental health"*, se corrobora que las crisis económicas tienen un impacto negativo en la salud mental. En el artículo se menciona que en 237 estudios transversales se refleja que las personas desempleadas estaban más a menudo con angustia que las personas empleadas (la media de personas con problemas psicológicos entre los desempleados en los estudios que se realizaron fue 34% comparado con el 16% entre las personas con empleo). Se encontró también una diferencia significativa en algunos indicadores de salud mental como depresión, ansiedad, bienestar subjetivo y autoestima. En él se mencionan factores que influyen en el desempleo como es la duración del mismo (a mayor duración más duras son las consecuencias en la salud mental). Así como que los efectos negativos del desempleo en la salud mental son más fuertes en países con un bajo nivel de desarrollo económico, con desigual distribución de rentas o un débil sistema de protección al desempleo (Uutela, 2010).

En el artículo, *"The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010"*, se investigó la vinculación de la crisis económica con algunos trastornos entre las personas que visitaron centros de atención primaria en España. En él se afirma que existe un elevado riesgo de padecer depresión mayor cuando existen dificultades en el pago de la hipoteca. Así como también que la crisis económica ha aumentado significativamente la frecuencia de los trastornos de salud mental y abuso de alcohol en España, destacando que sobre todo afecta a familias que sufren el desempleo y las dificultades de pago de hipotecas (Gili, Roca, Basu, Mckee, & Stuckler, 2012).

Se sabe que las personas que sufren desempleo y empobrecimiento tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud mental, tales como depresión, trastornos por consumo de alcohol y suicidio. En particular, son los hombres los que tienen más riesgo de tener problemas de salud mental o

muerte por suicidio o consumo de alcohol durante épocas de adversidad económica (Wahlbeck & Mcdaid, 2012).

Wahlbeck y Mcdaid (2012) también afirman que existen indicios de que las deudas, las dificultades económicas y los problemas de pago de vivienda conducen a problemas de salud mental. Los incrementos de las tasas de desempleo se relacionan con el aumento de las tasas de suicidio y son las personas con menor formación educativa las que tienen mayor riesgo de problemas de salud después de la pérdida de un trabajo. Afirman que “los datos combinados señalan la necesidad de que las intervenciones protectoras se dirijan a las personas con desempleo reciente y prolongado, sobre todo los hombres con bajo nivel educativo” (pág. 139).

Además, las crisis económicas afectan especialmente a las familias pobres por los recortes de los presupuestos en materia de salud y educación. En las cuales, las tensiones familiares pueden causar el incremento de la violencia familiar y descuido en la atención de los/as menores (Wahlbeck & Mcdaid, 2012).

Como consecuencia de la tensión económica y a través de su influencia en la salud mental de los padres, los niños/as y adolescentes de las familias afectadas también sufren repercusiones en la salud mental. “La repercusión de la pobreza extrema en los niños puede comprender deficiencias en el desarrollo cognitivo emocional y físico y las consecuencias en la salud y el bienestar pueden hacer sentir su influencia de por vida” (Wahlbeck & Mcdaid, 2012, pág. 140).

9. ANÁLISIS DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

A lo largo del presente estudio, queda reflejado que la crisis tiene repercusiones en la calidad de vida de las personas y como consecuencia en su salud mental. Esto también ha sido afirmado por los profesionales entrevistados /as en las entrevistas realizadas, quienes lo han percibido más de cerca desde sus trabajos.

Existen estudios que corroboran que en épocas de cambios económicos surgen más riesgos para la salud mental. En concreto “las personas que sufren desempleo y empobrecimiento corren más riesgo de presentar problemas de salud mental, tales como depresión, trastornos por consumo de alcohol y suicidio que sus contrapartes no afectadas” (Wahlbeck & Mcdaid, 2012, pág. 139).

Hay que tener en cuenta que la crisis no sólo afecta a jóvenes, adultos y mayores sino que también lo hace en los menores de familias afectadas y es de suma importancia tenerlo en cuenta puesto que se trata de una etapa vital crucial en la cual se establecen los fundamentos de la salud mental.

Ningún sector poblacional queda a salvo de las repercusiones de la crisis y las políticas de austeridad y recortes no ayudan a mermar sus consecuencias. Aumentan las demandas en la población y se reducen los recursos.

Las familias afectadas por la crisis soportan grandes niveles de estrés, al aumentar las demandas de ayuda económica, de cuidados y de servicios. Todo lo cual también puede tener repercusiones en el propio núcleo familiar, pues al aumentar las necesidades y las relaciones de dependencia entre redes cercanas, puede originar una sobrecarga familiar que termine dañando las relaciones y aumentando los niveles de conflictividad (Andrés Cabello & Ponce de León Romero, 2013, pág. 17).

En este contexto tan difícil para muchas personas, se produce en ocasiones un trastorno adaptativo debido a las dificultades para afrontar sucesos de la vida estresantes. En cuanto a su prevalencia Según el psiquiatra Fernando Sopeséns (2013) en la Conferencia “La enfermedad de la crisis: el trastorno adaptativo” organizada por la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental-ASAPME, “entre un 5 y un 20 por ciento de las personas que acuden a un centro de salud mental son diagnosticadas de este trastorno”.

Los sucesos estresantes son duros, traumáticos y ponen a prueba la capacidad de adaptación de la persona. Cuando la situación estresante se prolonga, puede hacerse crónico el trastorno adaptativo (como por ejemplo en casos de larga duración de desempleo). Se dan sentimientos de tristeza, impotencia para vivir, no tener energía, ilusión, interés...se produce así “una impotencia para vivir de forma satisfactoria”. En los peores casos, los sucesos estresantes pueden llevar al suicidio o intento de él (Sopeséns, 2013).

El contexto de crisis se refleja desde la práctica profesional. Los profesionales entrevistados/as afirman la relación existente entre crisis y salud. El trabajador social de AFDA afirma que se ha producido un aumento de trastornos depresivos en la población y que existen casos concretos debidos a problemas económicos.

La médica del Centro de Salud entrevistada, además afirma que se ha producido un aumento de trastornos depresivos como trastornos de ansiedad, angustia, insomnio... siendo comunes los trastornos mixtos de ansiedad-depresión. “La consecuencia del no tratamiento de un trastorno depresivo es la cronicidad y una mala salud de la persona que la padece”.

La trabajadora social del Centro de Salud Arrabal apunta además que en sus 23 años de trabajo en salud, está “viendo y atendiendo lo que no había visto nunca, situaciones de pobreza importantes”, entre las consecuencias que se dan en los usuarios/as debido a los problemas económicos se encuentran

las dificultades para el pago de la medicación, de alimentos, vivienda... expresa lo siguiente al respecto:

(...) estamos teniendo mucho trabajo y mucho tiene que ver con la pérdida de la adquisición económica, si uno no tiene unos ingresos, pierde en calidad de vida y cuando uno pierde calidad de vida pierde salud (...).

(...) otra cosa que estoy viendo y es muy importante es muchos casos de mobbing. Hay un montón de casos que están relacionados con el maltrato en el trabajo, el cómo maltratan al trabajador para echarlos sin tener quedarles indemnización o sea les putean y putean hasta que el mismo trabajador se va y todo por la crisis porque no hay dinero para despedir como se tiene que despedir o porque no pueden pagarle y hay gente que está trabajando meses sin cobrar (...).

Buendía (2010) expresa que la dificultad que se plantea en este contexto respecto a la problemática del desempleo, es que los profesionales no pueden “dar respuesta directa a las necesidades más prioritarias de estas personas, ayuda económica o un empleo que proporcione recursos económicos” sin embargo sí que se puede aportar otras cosas:

Hay que tener en cuenta que la persona desempleada comporta otras necesidades también substanciales y por lo tanto igualmente apremiantes como es el de disponer de un lugar en la sociedad, la necesaria autoestima para poder funcionar como miembro de un grupo, desempeñando unas funciones y realizando unas actividades que al mismo tiempo sean reconocidas y valoradas por los otros; y de esto sí que podemos aportar alguna claridad con nuestra reflexión. (pág. 25.)

Esto se refleja en testimonio de C. en la conferencia “La enfermedad de la crisis: el trastorno adaptativo”:

C. es una mujer de 45 años a la que la crisis ha afectado su vida.

Tenía un trabajo mal pagado y con malas condiciones, decidió apostar por un negocio que no fue bien y le llevo a la ruina. Esa situación provocó que le cambiara el carácter, tuviera insomnio, que llorara a menudo, no tuviera casi fuerzas, le costaba levantarse... “era algo interior, casi no tenía fuerzas ni para tirar”. Su autoestima estaba por los suelos “me sentía una persona fracasada, me surgieron muchos conflictos, siempre he sido muy trabajadora y no lo entendía”. Además tenía que cuidar a su madre la cual padece una enfermedad mental y una hija menor.

Afirma que se dio cuenta de su problema cuando muchas personas le decían “que parecía que mordía”. También la memoria le empezó a fallar y tenía que apuntarse las cosas para no olvidarse.

C. cuenta como a raíz de ir a terapia sus problemas económicos no se solucionaron pero le enseñaron que ella tenía unas capacidades y recursos para afrontar su situación. Entre otras cosas afirma que ha cambiado su escala de valores y que ahora le da más importancia a la familia y amigos pues “el trabajo sólo es un medio” asegura.

Como se puede ver en la Tabla 9, entre los factores que hacen más susceptibles de padecer depresión se encuentra el estilo de pensamiento de las personas.

Sopesens (2013) en dicha conferencia afirma al respecto que entre las claves para afrontar los sucesos estresantes se encuentra el “afrontamiento de las adversidades de forma positiva, empezar a confiar en recuperar la confianza” pues como contrapartida alerta de que “la desesperación y las dinámicas desesperanzadoras pueden conllevar al suicidio”.

Otras recomendaciones en la conferencia son: verbalizar los problemas, acudir a terapias, crear estímulos que agraden y tratar de ver en la realidad cosas para sentirse mejor, si no, buscar ayuda profesional (Anexo II).

Según la bibliografía estudios consultados así como las entrevistas realizadas, se puede afirmar que no existe un perfil determinado de las personas que padecen trastornos depresivos o las consecuencias psicológicas de la crisis. Si bien, la médica del Centro de Salud apunta que se ha producido un aumento del porcentaje de hombres que acuden a consulta médica por trastornos depresivos.

Durante las entrevistas, al hablar de factores comunes se habla de la situación laboral-económica actual así como también la predisposición y habilidades personales para afrontar los problemas de una manera u otra.

Tanto el trabajador social de AFDA como la médica entrevistada afirman que existe mayor probabilidad de que cuando una persona sufre depresión también la padezcan más personas de su familia, aunque esto no sea necesariamente así. Como también afirman que son frecuentes las recaídas “cuantos más episodios has tenido más frecuentes son las recaídas, son relativamente frecuentes, yo diría que entorno a la mitad de los casos” afirma la médica.

Las consecuencias de la crisis, también está afectando a los profesionales quienes se ven desbordados/as por las demandas y tienen que atender día tras día casos de personas que se sienten hundidas por las situaciones que están viviendo.

9.1. RIESGOS POR SECTORES POBLACIONALES

Según estadísticas y estudios relacionados se comprueba que no todos los sectores poblacionales tienen los mismos tipos de riesgo.

En las conclusiones provisionales del XIII encuentro de la RED-CAPS se afirma entre otras cosas que “los condicionantes de la salud son bio-psico-sociales, de género y medioambientales”.

Analizar los efectos de la crisis sobre la salud implica además revisar las consecuencias de las medidas que se toman para enfrentarla, ejemplo de ello es que “el nivel de protección social establecido en cada país es un elemento esencial para determinar el impacto de las crisis sobre la salud de la gente y su bienestar” (García Calvente & López Fernández, 2013).

A continuación se van a analizar determinados riesgos que hay que tener en cuenta desde la práctica profesional e intervenciones sociales según determinados sectores poblacionales en la actualidad.

MENORES Y JÓVENES:

La organización internacional UNICEF (2013), afirma que las políticas de austeridad repercuten en la disminución de la capacidad protectora de uno de los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad, la infancia. Ejemplo de ello son las reducciones de becas escolares, ayudas para material escolar, becas de comedor y otras ayudas sociales, así como aumento de impuestos, precios y copago que repercuten en las familias:

Las familias con niños sacrifican muchas cosas por mantener unos niveles básicos de bienestar para sus hijos e hijas. Pero si el empleo, los ahorros y las prestaciones se agotan, las becas y las ayudas menguan o incluso la ayuda familiar se acaba, se ven en la

situación de tener que reducir sus gastos en aspectos tan elementales como la comida o, por ejemplo, renunciar a su vivienda.

Según últimos datos recogidos por el Observatorio DESC y la Plataforma de Afectados por la Hipoteca, aproximadamente un 75% de las familias afectadas por una ejecución hipotecaria en España cuentan, al menos, con un/a menor de 18 años su hogar (Doctor, 2013).

Hay que tener en cuenta que “la repercusión de la pobreza extrema en los niños puede comprender deficiencias en el desarrollo cognitivo emocional y físico y las consecuencias en la salud y el bienestar pueden hacer sentir su influencia de por vida”. Además cuando la tensión económica influye en la salud mental de los padres, la interacción conyugal y la paternidad, tiene también consecuencias en la salud mental de los niños y adolescentes (Wahlbeck & Mcdaid, 2012, pág. 140).

La prevalencia de depresiones en niños se estima en un 2,5% y en la adolescencia de un 4 a un 8% con una tendencia al incremento de un 25% al final de la adolescencia (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009).

Según la OMS (2004) existe una alta prevalencia de problemas de salud mental en jóvenes y es entre los 12 y los 26 años cuando se establece el período pico para la aparición de trastornos mentales a lo largo de la vida.

La depresión en la adolescencia presenta un gran riesgo de recurrencia en las edades adultas y está también vinculada con el riesgo de desarrollar problemas de la personalidad y de conducta (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En este sentido, la OMS hace hincapié en la importancia de prevenir en materia de salud mental ya desde la infancia. Pues un dato revelador es que los niños de padres deprimidos tienen un riesgo del 50% aproximadamente de desarrollar un trastorno depresivo antes de los 20 años de edad

(Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, 2004).

Respecto a los/as jóvenes, Recio (2012) asegura que son uno de los colectivos más afectados debido a la destrucción de empleo y a la vulnerabilidad de los mercados laborales en los que se emplean. Además asegura que experimentan en un grado extremo el desempleo así como la precariedad. Es por ello que son muchos los jóvenes que se encuentran desesperanzados/as y sin expectativas al ver que sus estudios no les garantiza prosperar. La situación para los jóvenes es tan poco esperanzadora que muchos emigran en búsqueda de empleo y oportunidades.

DESIGUALDADES DE GÉNERO:

Entre los factores asociados a una mayor prevalencia de problemas de salud mental se encuentra el de ser mujer entre otros como son el estar separado/a o divorciado/a, tener enfermedades crónicas, estar desempleado/a o en baja laboral, tener poco apoyo social y tener una posición socioeconómica desaventajada (Bones Rocha, Pérez, Rodríguez Sanz, Borrell, & Obiols, 2010).

Como ya se ha mencionado anteriormente, hay estudios epidemiológicos que indican que las mujeres presentan un riesgo doble que los hombres de sufrir depresión a lo largo de sus vidas. La mayoría de estudios al respecto apuntan a que “el riesgo en la mujer se debe a una compleja interacción de factores genéticos, de estilo cognitivo y de elevada incidencia de factores estresantes económicos y psicosociales” (Gastó, Navarro, & Catalán, 2009, pág. 105).

Los hombres en concreto, según ciertos estudios, tienen mayor riesgo de tener problemas de salud mental y muerte debida a suicidio o consumo de alcohol durante períodos de crisis económica (Wahlbeck & Mcdaid, 2012).

Diversos estudios afirman que la crisis repercute de forma distinta en hombres y mujeres.

Existen estudios que afirman que en épocas de desempleo y pérdida de ingresos aumenta la violencia de género y el mobbing laboral sobre las mujeres, especialmente el maternal, por lo que la crisis va asociada también a un aumento de discriminación de género y retroceso en las situaciones de igualdad entre hombres y mujeres (Gálvez Muñoz & Torres López, 2009).

Los problemas de la conciliación de la vida personal, familiar y laboral son todavía muy diferentes para mujeres y hombres. Pues son las mujeres las que principalmente soportan una intensificación del trabajo no remunerado en el seno de los hogares. Diversos estudios indican que existe correlación entre la disponibilidad de servicios sociales de cuidado y la presencia de las mujeres en el mercado de trabajo (Gálvez Muñoz & Torres López, 2009).

En este sentido de desigualdad de género, algunos efectos de la crisis económica, como son el desempleo y precariedad, pobreza o recortes en los sistemas de protección social como educación, sanidad, ley de la dependencia, pensiones... afectarán de manera distinta a mujeres y a hombres (García Calvente & López Fernández, 2013).

Entre las situaciones concretas que acentúan los malestares de las mujeres (según el taller “Los efectos psicosociales de la crisis económica en las mujeres” realizado el 10-5-2012 en Zaragoza por diversas entidades como la Casa de la Mujer, Centro Municipal Tramalena, Centros Municipales de Servicios Sociales, Centro de Salud San Pablo, Caritas, Red Aragonesa de Inclusión Social...) se encuentran las siguientes:

- Sentimientos de culpabilidad y responsabilidad de las mujeres por la situación que afecta a sus familias.

- Aumento de la carga emocional y ansiedad al sentirse responsables de la estabilidad emocional de todos los miembros de la familia y de las tensiones que se generan; preocupación por el futuro de los hijos.
- Pérdida de su autoestima y de autopercepción al no verse capaz de ayudar a los suyos ni de ahorrar.
- Deterioro de salud mental: aumento de sintomatologías depresivas, enfermedades crónicas, brotes, crisis...en situaciones de mujeres que viven "túneles sin salida".
- Necesidades de comunicación, reconocimiento como persona y escucha activa.
- Imposibilidad de seguir tratamientos médicos por no poder tener acceso a la medicación.
- Detección de un aumento de peticiones de altas voluntarias en las mujeres embarazadas por miedo a perder el empleo.
- Aumentos de conflictos dentro de la familia: entre la pareja, con los hijos, violencia doméstica, menores con problemas de agresividad y contención en los colegios...
- Ascenso de embarazos adolescentes (menores de 15-18 años). Se aprecia un repunte y cambios en los proyectos vitales: "tienen tan pocas expectativas que no se hacen planes y buscan las satisfacciones inmediatas".
- Dificultades para regular situaciones de las mujeres inmigrantes.
- Presión de las familias de origen de mujeres inmigrantes para recibir el dinero que mandaban y ahora no pueden.
- Imposibilidad de ayuda mutua de sus propias redes de apoyo aquí.

MAYORES:

Uno de los efectos de la crisis es que las dificultades económicas han llevado a muchas personas y familias a depender de las pensiones de sus mayores. “La solidaridad intergeneracional está viviendo un importante vuelco, convirtiéndose los recursos de las personas mayores en sustento familiar principal y en ocasiones, único, de manera cada vez más acusada” (Fundación 1º de mayo, 2013, pág. 14).

Pero los/as pensionistas tampoco se libran de los efectos de la crisis. Las estimaciones que se han realizado suponen que entre 2008 y 2012 el 11 por ciento de las personas afectadas por ejecuciones hipotecarias eran pensionistas (Fundación 1º de mayo, 2013).

Los recortes en sanidad, pensiones o dependencia así como la subida de impuestos, además de afectar gravemente la capacidad económica de los/as pensionistas, suponen un gran obstáculo en el acceso a sus derechos.

El impacto de los recortes en sanidad como el copago farmacéutico y asistencial, perjudica especialmente a las personas mayores (muchas de ellas con enfermedades crónicas y polimedicadas) con ingresos bajos (Fundación 1º de mayo, 2013). Siendo indudable que todo ello repercute en la salud de las personas mayores.

En cuanto a salud mental y en concreto la depresión, se trata de un problema habitual entre las personas mayores pero no es una etapa normal propia del envejecimiento. En ocasiones se tiende erróneamente a no reconocerla por considerar la tristeza algo normal en la vejez, en otros casos sin embargo se puede pasar por alto porque en algunas personas mayores que padecen depresión, la tristeza no es el síntoma principal (National Institute of Mental Health).

Acontecimientos en la tercera edad como pueden ser los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de seres queridos y la incapacidad

para realizar actividades que antes si que se podía, pueden resultar una gran carga para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo (Association American Psychological).

Las personas deprimidas de la tercera edad experimentan índices más altos de insomnio y pérdida de memoria y tienen tiempos de reacción más prolongados de lo normal, por lo que aumenta los riesgos asociados por ejemplo con cocinar, conducir, automedicarse y otras tareas que requieren de especial atención. Los sentimientos de tristeza, ansiedad, soledad y baja autoestima, a su vez conllevan al aislamiento social y la apatía (Association American Psychological).

10. CONCLUSIONES

Tras el estudio que se ha realizado en este apartado se exponen las ideas o aspectos más relevantes a modo de conclusión así como reflexiones y propuestas finales.

Se evidencia que una buena salud mental es crucial para el desarrollo de las personas y sociedades. Es de suma importancia que en este contexto tan hostil se desarrollen medidas de prevención y promoción de la salud mental.

En cuanto a la depresión, se trata de una patología de alta prevalencia en las sociedades que si no se trata puede cronificarse y conducir al suicidio. En un contexto de crisis como el actual, de políticas de austeridad, de recortes, de un aumento del desempleo y de la pobreza en la población, están aumentando los factores de riesgo en el desarrollo de este tipo de trastornos mentales.

Según la OMS (2004) la pobreza y los trastornos mentales son un círculo vicioso que afectan a diversos aspectos tanto a nivel individual como social, es decir, la pobreza se puede considerar como un determinante importante de los trastornos mentales, y al revés.

Existe una evidencia científica de que la depresión prevalece de 1,2 a 2 veces más entre las personas con bajos ingresos. Los costes de los tratamientos a largo plazo así como la productividad perdida de las personas que los padecen, contribuyen considerablemente a la pobreza. Así como de igual modo la inseguridad, un bajo nivel educacional, una vivienda inadecuada, la subnutrición, etc. son factores que han sido asociados con los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2004).

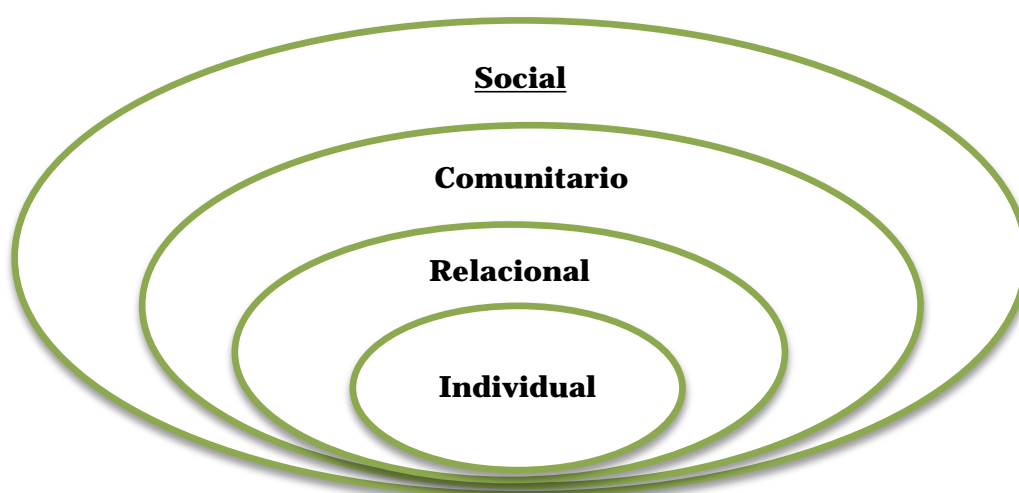
Figura 4: Pobreza y trastornos mentales: un círculo vicioso.



Fuente: OMS (2004)

Existen diversos factores tanto exógenos como endógenos que influyen en la salud mental. Desde el modelo ecológico se asume que la salud y el bienestar en las personas dependen de interacciones entre determinantes tanto biológicos, sociales, de conducta así como ambientales:

Figura 5: Modelo ecológico para comprender la salud mental



Así pues en materia de prevención y promoción de la salud mental son diversos los ámbitos en los que se pueden trabajar (Figura 6).

La OMS (2004) asegura que “las intervenciones psicosociales, como la terapia cognitiva-conductual y las intervenciones de grupo con base familiar para niños de alto riesgo previenen el desarrollo de trastornos de ansiedad y reducen los síntomas depresivos y los problemas de conducta”. Así como también afirma que se podrían prevenir la mayoría de conductas suicidas entre los/as escolares mediante programas escolares de prevención, en los que se incluyera modificaciones adecuadas de la política escolar, capacitación de los maestros, educación de los padres, manejo del estrés así como una serie de aptitudes para la vida entre otras cosas favoreciendo así la autoestima, la conducta pro-social, habilidades sociales, rendimiento escolar, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 47).

Figura 6: Prevención y promoción, todos pueden contribuir.



Fuente: OMS (2004)

En la actualidad son muchas las entidades y medios que denuncian el desmantelamiento del estado del Bienestar. Pues se están reduciendo los recursos de protección social a la vez que aumentan progresivamente las demandas y necesidades de la población.

En este contexto es importante no tener en cuenta sólo las necesidades materiales y económicas pues, las situaciones de pobreza y de estrés son determinantes de la salud mental. Por ello se hace cada vez más necesario el trabajo comunitario y de promoción de la salud así como otras alternativas a las necesidades que se dan en la actualidad como por ejemplo la creación de viviendas sociales y redes de apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DE PÁGINAS WEB

- Andrés Cabello, S., & Ponce de León Romero, L. (2013). Rompiendo la lucha familiar: Estado de Bienestar y familia en España, en un escenario de crisis sistémica. *Trabajo Social Hoy*, (69), 7-20.
- Antón, A., Vaquero, C., Rodríguez, A., Abalde, A., & Añón, M. J. (2000). *Trabajo, derechos sociales y globalización*. Madrid: Talasa.
- Association American Psychological. (s.f.). <http://www.apa.org>. Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
- Barrón López de Roda, A., & Sánchez Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. Madrid.
- Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la encuesta nacional de salud de España. *psicothema*, 22 (3), 389-395.
- Buendía, J. (2010). *El impacto psicológico del desempleo*. Murcia: Editum.
- Cabanyes Truffino, J. (2012). *La salud mental en el mundo de hoy*. Navarra: Eunsa.
- Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (2010). *La salud mental y sus cuidados*. Pamplona: Eunsa.
- Caritas y Fundación FOESSA. (2012). *Exclusión y Desarrollo Social*.
- Castro, R. (2010, Agosto 16). Salvar los derechos humanos de los enfermos mentales. *periodismohumano*.
- Colau, A., & Alemany, A. (2012). *Vidas hipotecadas. De la burbuja inmobiliaria al derecho a la vivienda*. Barcelona: Cuadrilátero de libros.

- Comelles, J. M., & Bernal, M. (2008). *Salud mental, diversidad y cultura*. Madrid: A.E.N.ESTUDIOS/40.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas.
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (s.f.). <http://www.un.org/es/>. Obtenido de <http://www.un.org/es/development/desa/financial-crisis/index.shtml>
- Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales*. Ginebra.
- Doctor, S. (2013). *La factura psicológica de un desahucio*. *Psychologies Magazine*, (104), 56-59.
- Estramiana, J. L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- FABZ. (11 de septiembre de 2013). <http://www.fabz.org>. Obtenido de <http://www.fabz.org/news/1636>
- Fundación 1º de mayo. (2013). *El impacto de la crisis en las condiciones de vida de las personas mayores*. Madrid. Obtenido de <http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/Informe56.pdf>
- Gaggi, M., & Narduzzi, E. (2008). *Pleno desempleo*. Madrid: Lengua de trapo.
- Gálvez Muñoz, L., & Torres López, J. (2009). La crisis económica y sus alternativas: una perspectiva de género. En Forum de Política Feminista (Ed), *Feminismo ante la crisis: XIX Taller de Política Feminista* (15-31). Madrid.
- García Calvente, M. d., & López Fernández, L. A. (23 de septiembre de 2013). El diferente impacto de la crisis en la salud de hombres y mujeres. *El*

País. Obtenido
de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/09/23/actualidad/1379951454_589168.html

Gastó, C., Navarro, V., & Catalán, R. (2009). *Depresión, tristeza, angustia, melancolía y suicidio*. Barcelona: morales i tores.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., Mckee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risk of economic crisis in Spain: evidence from primarycare centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health Advance Access*, 23 (1), 1-5.

González, J. F. (2003). *Sentirse bien y ser feliz. La salud y la felicidad son un todo*. Madrid: Edimat libros.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Romera, B., Codony, M., Autonell, J., . . . R. (2003, Agosto 8). La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. España. Obtenido de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/epidemiologia/13074/

Herrero, E. La depresión tiene remedio. *Salud Plus*. (17) 12-16: 2010.

<http://portal.guiasalud.es/>. (s.f.). Obtenido de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf

- Instituto de Estudios Médico Científicos. (2009). *INESME "Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes"*. Obtenido de <http://www.inesme.com/pdf/informediciembre11.pdf>
- Jahoda, M. (1987). *Empleo y desempleo: un análisis socio-psicológico*. Madrid: Morata.
- Juárez, M. (2001). *La calidad de vida*. Madrid: Acento Editorial.
- Leal, F. (1993). *Salud mental. El hombre en su laberinto*. Valladolid: Editora Médica Europea.
- Lluch Canut, M. T. (2004). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España.
- Los psiquiatras advierten de un aumento del 50% de suicidios en España debido a la crisis económica*. (2013, septiembre 2). Obtenido de <http://www.alertadigital.com>:
<http://www.alertadigital.com/2013/05/08/los-psiquiatras-advierten-de-un-aumento-del-50-de-suicidios-en-espana-debido-a-la-crisis-economica/>
- Macionis, J., & Plummer, K (2008). El desempleo. En Macionis,J.&Plummer,K. ,*Sociología 3ª ed* (382-384). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Marea Naranja Aragón. (2012). *Situación social en Aragón. Personas, familias y sociedad*. Obtenido de [http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumenVIII.nsf/69b541b37a1f7fb0c12576d20031f70e/fb0e5abc791999cac1257b7a0029fbed/\\$FILE/112226932-Informe-Aragon2012.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumenVIII.nsf/69b541b37a1f7fb0c12576d20031f70e/fb0e5abc791999cac1257b7a0029fbed/$FILE/112226932-Informe-Aragon2012.pdf)
- Marea Naranja Aragón. (20 de septiembre de 2013). <http://mareanaranjaragon.wordpress.com/>. Obtenido de <http://mareanaranjaragon.wordpress.com/2013/09/20/dependientes-sin-atencion/>

- Marea Naranja Aragón. (julio de 2013).
<http://mareanaranjaragon.wordpress.com/>. Obtenido de
<http://mareanaranjaragon.files.wordpress.com/2013/07/debate-aragc3b3n-2013.pdf>
- Mézerville, G. d. (2005). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- Mingote Adán, J. C., Jiménez Arriero, M. Á., Osorio Suárez, R., & Palomo, T. (2004). *Suicidio. Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos.
- National Institute of Mental Health. (s.f.).
<http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>. Obtenido de
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresi-n/spanish-older-adults-and-depression.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Obtenido de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (3 de septiembre de 2007).
<http://www.who.int/es/>. Obtenido de
<http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2010).
<http://www.who.int/en/>. Obtenido de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012, agosto). <http://www.who.int/en/>. Obtenido de
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2013). <http://www.who.int/en/>. Obtenido de
<http://www.who.int/topics/depression/es/>

- Organización de las Naciones Unidas. (2013). *http://www.un.org/es/*. Obtenido de *http://www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp_current/2013wesp_es_sp.pdf*
- Otero, H. (2013). Suicidio, la epidemia silenciosa. *avivir*, 6-12.
- Pardo, M. S. (2012, julio 30). La ONU acusa a Rajoy de llevar a la pobreza al 21,8 % de los españoles. *La voz de Galicia.es*.
- Plataforma de Afectados por la Hipoteca. (28 de Mayo de 2013). *http://afectadosporlahipoteca.com/*. Obtenido de *http://afectadosporlahipoteca.com/2013/05/28/respuest-pah-a-la-ley-12013-clausulas-abusiva-partido-popular-que-vulnera-derechos-humanos/*
- Ponce de Leon, L., Concepción, C., García, F. J., Caballero, S. A., Maglio, S., Idareta, F., . . . Martín, I. (2013, Mayo). Los representantes de los/as trabajadores/as sociales de los países más afectados por las políticas de austeridad se reúnen en Bruselas. (C. O. Madrid, Ed.) *Trabajo Social Hoy*, (69),99-100.
- Psicosocial Art. (2006). *http://www.psicosocialart.es/*. Obtenido de *http://www.psicosocialart.es/saludmental/saludmental.htm*
- Raventós, S. (2010). Crisis económica y salud mental. *www.sinpermiso.info*.
- Recio, A. (2012). Juventud en crisis. *sostenible?*,(13), 31-41.
- Romera Romero, J. (1995). Deterioro en la calidad de vida del desempleado. *ABACO*, (6-7), 49-58.
- Rubio, M. J., & Varas, J. (1997). *El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: CCS.
- San Molina, L., & Arranz Martí, B. (2010). *Comprender la depresion*. Barcelona: Amant.

- (1993). Trabajo, tiempo libre y salud mental. En J. Corbella, & M. Sánchez, *Gran enciclopedia de psicología. Volumen1 La mente humana* (pp. 179-192). Barcelona: Rueda y Folio Editores, S.A.
- UGT. (s.f.). <http://www.ugt.es/>. Obtenido de http://www.ugt.es/juventud/lo_que_no_sabias_juventud_UGT.pdf
- UNED. (2010). *Fundamentos de investigación en Psicología*. Madrid: UNED.
- UNICEF. (2013, Octubre 10). La pobreza infantil necesita un Pacto de Estado. España.
- Uutela, A. (2010). Economic and mental health. *Current opinion in psychiatry*, 127-130.
- Wahlbeck, K., & Mcdaid, D. (2012). Acciones para aliviar la repercusión de la crisis económica. *World Psychiatry*, 10 (3), 139-145. Obtenido de http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/WPA%20Espana%203-2012.pdf
- Xesús Froján, M. (2006). *Tratando...: depresión: Guía de actuación para el tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.

**ANEXO I. GUIONES DE ENTREVISTAS
Y HOJA DE CONSENTIMIENTO**

GUIÓN ENTREVISTA AFDA

Entrevistado: trabajador social

- ¿La crisis ha tenido repercusión en el número de personas afectadas por depresión?
- ¿Crees que se ha producido un aumento de personas con depresión no diagnosticadas?
- ¿Qué consecuencias podría tener el no tratamiento de la depresión?
- A parte del factor económico que quizás es el más visible ¿Qué otros factores influyen en la actualidad en el desarrollo de la depresión?, ¿se ha detectado factores comunes en la atención de las personas afectadas por la enfermedad?
- ¿Existe un perfil determinado? ¿afecta más a mujeres que a hombres, jóvenes que mayores...?
- ¿Cómo afecta la depresión en la vida cotidiana de las personas que la padecen? ¿Qué consecuencias destacarías como más importantes?
- ¿Qué importancia tiene la familia y el entorno en el desarrollo de la enfermedad? ¿y en su tratamiento?
- ¿Es común que cuando una persona sufre depresión también la padezcan más personas en su familia?
- En la actualidad se está produciendo un empobrecimiento de las familias, aumento del desempleo, precariedad... ¿crees que esto está teniendo consecuencias directas en la salud mental de la población?

GUIÓN ENTREVISTA CENTRO DE SALUD ARRABAL

Entrevistada: trabajadora social

- ¿Cuál es tu función como trabajadora social en el centro de salud?
- ¿En los últimos años se ha acrecentado el número de casos que te derivan? ¿Crees que esto está unido a la crisis económica?
- ¿Existe una sobrecarga de tu trabajo por la cantidad de casos que llevas?

- ¿Cuáles son las necesidades más frecuentes en los usuarios/as?
- ¿Crees que la crisis está teniendo una repercusión directa en el aumento de trastornos depresivos en la población?
- ¿Qué porcentaje de tus usuarios/as tiene algún tipo de trastorno depresivo?
- Y ¿problemas económicos?
- ¿Qué consecuencias tienen los recortes en salud y servicios sociales en la población?

GUIÓN ENTREVISTA CENTRO DE SALUD ARRABAL

Entrevistada: médica

- ¿Crees que la crisis tiene una repercusión directa en la salud de la población?
- ¿Se ha producido en los últimos años un aumento de personas que acuden a consulta médica por trastornos depresivos?
- ¿Qué consecuencias puede tener el no tratamiento de una depresión?
- ¿Existe un perfil determinado de las personas que acuden a consulta médica por trastornos depresivos? y ¿factores comunes?
- ¿Es común que cuando una persona sufre depresión también la padezcan más personas de su familia?
- ¿Cuál es el tratamiento que se proporciona desde el centro de salud?
- ¿Son frecuentes las recaídas en este trastorno?
- ¿Cómo se podría prevenir la aparición de este trastorno?

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Estimado participante,

Desde la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, en el marco del Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social desde la Universidad de Zaragoza se va a realizar el estudio **Crisis y salud mental**.

El objetivo de este estudio es conocer las repercusiones que tiene la crisis económica en la salud mental.

Con este objetivo, se realizarán entrevistas individuales en las que se recogerá su punto de vista respecto al objetivo del estudio. Las opiniones serán recopiladas mediante la transcripción de los datos y grabación en audio de las entrevistas.

Beneficios: Conocer su punto de vista permitirá realizar un análisis de la relación entre crisis económica y salud mental.

Consentimiento: Si está de acuerdo en participar firme en el espacio reservado para ello

Yo,..... (nombres y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He hablado con:.....(nombre del investigador/estudiante)

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante:	
Fecha:	

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante del estudio

Firma del Investigador:	
Fecha:	

**ANEXO II. DECÁLOGO POR UNA
MENTE SANA**

Decálogo por una mente sana

- 1 **Cuida tu salud general.** Una alimentación saludable, la práctica de ejercicio y un descanso reparador te ayudarán a sentirte bien.
- 2 **Reconoce tus logros.** Premiate con comentarios positivos y acepta que los demás también lo hagan.
- 3 **Afronta las situaciones difíciles de la vida.** Actuar ante los problemas para poder solucionarlos es una experiencia positiva.
- 4 **Disfruta, al menos una vez al día, de una actividad agradable.** Reserva un rato al día para una actividad que te haga disfrutar. Recuerda que puedes encontrarla en las cosas cotidianas.
- 5 **Practica el optimismo.** Fíjate en el lado amable de la vida, y ten claro que siempre puedes cambiar tu forma de pensar.
- 6 **Márcate metas realistas.** Piensa en objetivos que se ajusten a tus posibilidades y traza un plan para conseguirlos.
- 7 **Adáptate a las circunstancias.** Si algo se desvía de lo esperado, cambia el plan de acción.
- 8 **Quédate con lo bueno.** Evoca recuerdos agradables y recupera las emociones positivas que te generaron.
- 9 **Contágate del buen humor.** Cambia la frustración y la ira por el buen humor. La risa tiene efectos muy positivos en la salud.
- 10 **Haz balance del día.** Antes de acostarte, reflexiona sobre las dificultades que se te presentaron, cómo las resolviste, qué puedes hacer para mejorar...