



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS AFECTIVOS Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Autoras

María Cavero Garcés

Marta Valero Buisán

Directora

Bárbara Olivan Blázquez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Grado en Trabajo Social

Universidad de Zaragoza

2022-2023

Agradecimientos

A nuestras familias, por apoyarnos a lo largo de este camino y creer en nosotras; A Bárbara, por guiarnos en la realización de este proyecto; Y a nosotras mismas, por estos cuatro años de compañerismo y amistad, siendo capaces de conseguir lo que nos propongamos.

RESUMEN/ ABSTRACT

Este trabajo de fin de grado es un estudio cualitativo que tiene como objetivo relacionar las causas de los trastornos afectivos, concretamente de la ansiedad y de la depresión con los determinantes sociales de la salud. En primer lugar, se han revisado los conceptos clave que estén relacionados con los determinantes sociales de la salud y con los trastornos afectivos. Así como un análisis de las percepciones en las entrevistas realizadas, tanto de los propios profesionales que abordan estos temas como de los usuarios con trastornos afectivos diagnosticados en la ciudad de Zaragoza.

Se ha llevado a cabo un guión con preguntas destinadas para los profesionales y otro diferente para las personas con diagnóstico en trastornos afectivos.

Los resultados muestran que sí que existe relación entre los determinantes sociales de la salud, como son el nivel socioeconómico, las condiciones laborales, los roles de género y los trastornos afectivos en concreto la ansiedad y la depresión.

ABSTRACT

This undergraduate thesis is a qualitative study with the objective to relate the causes of affective disorders, specifically anxiety and depression, with the social determinants of health. Firstly, the key concepts related to the social determinants of health and affective disorders have been reviewed. As well as an analysis of the perceptions in the interviews performed by both, the professionals who deal with these issues and the individuals diagnosed with affective disorders in the city of Zaragoza.

A script with specific questions for the professionals and a different one for the people diagnosed with affective disorders have been developed.

Results show that there is a connection between the social determinants of health, such as socioeconomic level, work conditions, gender roles, etc. and affective disorders, specifically anxiety and depression.

ÍNDICE

1. Introducción/ Justificación.....	4
2. Objetivos e hipótesis.....	6
3. Marco teórico.....	7
3.1 ¿Qué son los trastornos afectivos?.....	7
3.1.1 Ansiedad.....	8
3.1.2 Depresión.....	9
3.1.3 Trastorno bipolar.....	10
3.2 Determinantes biológicos de los trastornos afectivos.....	11
3.3 Determinantes sociales de los trastornos afectivos.....	12
3.3.1 Condiciones laborales.....	12
3.3.2 Nivel socioeconómico.....	13
3.3.3 Entorno geográfico.....	14
3.3.4 Roles de género.....	15
3.3.5 Discriminaciones.....	16
3.3.6 Acontecimientos vitales estresantes.....	17
3.3.7 Abusos en la infancia.....	18
3.3.8 Malos tratos psicológicos y/o físicos en la infancia.....	19
3.3.9 Soledad.....	20
3.4 Salud mental según el género.....	21
3.4.1. Género, roles y salud mental.....	21
3.4.2. Depresión en la mujer.....	22
3.4.3 Depresión en el hombre.....	22
3.5. Trabajo social y salud mental.....	24
4. Metodología.....	26
4.1. Población de estudio y tamaño muestral.....	26
4.2. Topic list de preguntas.....	28
4.3. Técnica de recogida de datos.....	30
4.4. Técnica de análisis de datos.....	30
5. Resultados.....	31
6. Conclusión.....	40
6.1. Verificación de hipótesis.....	40
6.2. Limitaciones y fortalezas del estudio.....	42
6.3. Implicaciones para el trabajo social.....	42
Bibliografía.....	44

1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN

Este Trabajo de Fin de Grado consiste en un análisis sobre la relación entre los trastornos afectivos, en concreto la ansiedad y la depresión, con los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva de género.

Con la realización de este proyecto se aporta una visión más cercana sobre cómo los determinantes sociales afectan a la salud mental de las personas, en especial a aquellas que atraviesan situaciones caracterizadas por las dificultades económicas y por las diversas problemáticas que surgen a raíz de la conciliación entre el ámbito laboral y el ámbito familiar.

Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica acerca de los trastornos de ansiedad y depresión; centrada en los determinantes biológicos y sociales que condicionan la aparición de los mismos. Así como un análisis con perspectiva de género enfocado en el rol de cuidadora que a menudo recae sobre las mujeres, y cómo este hecho afecta en su salud mental.

Así mismo, se ha realizado una aproximación sobre cuál es el papel de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, para conocer qué funciones se desarrollan, ya no solo en el Trabajo Social Clínico, sino en otros ámbitos en los que está presente esta figura.

Se han entrevistado a profesionales del Trabajo Social, y profesionales de la salud y la salud mental (médica de familia, enfermera y psicóloga), además de a personas que tienen diagnosticado un trastorno afectivo (ansiedad y/o depresión).

Al realizar esta investigación se busca profundizar en el fenómeno de la relación entre los determinantes sociales que marcan la situación de una persona, ya puede ser el nivel socioeconómico, las condiciones y el estrés laboral con los trastornos afectivos, centrándonos en la depresión y la ansiedad.

Según Leiva-Peña, Rubí-González y Vicente-Parada (2021), los determinantes sociales tienen un papel influyente en la salud física y mental de una persona, la pobreza aumenta significativamente el riesgo de desarrollar una psicopatología. Hay que tener en cuenta los determinantes sociales a la hora de realizar estudios que aborden la salud mental, nos ayudan a buscar soluciones más estables y de larga duración. (Raventós, S. 2021).

Según Pereira (2005), hay investigadores que estudian la salud mental en relación con las causas sociales. Garrido Luque (1992) citado por Pereira (2005) ha considerado y dado mucha importancia en sus investigaciones a las experiencias psicológicas y sociales asociadas a la clase social, género, empleo, desempleo y las condiciones de trabajo. También hay estudios como el de Oliveira y cols. (2022), donde se quiere conocer la percepción profesional sobre los determinantes sociales de la salud mental en niños y adolescentes.

Esta investigación, además de abordar la relación entre los determinantes sociales y la salud mental, se centra en conocer tanto el punto de vista de profesionales que tratan con estas problemáticas, así como también el de personas que tienen diagnosticado un trastorno afectivo y que por tanto, viven las consecuencias del mismo en primera persona; por lo que los resultados de dicha investigación serán vistos desde una amplitud de opiniones. Además, es un estudio cualitativo por lo que se obtendrá información de la problemática y detalles imprescindibles desde un punto de vista subjetivo.

La condición social de una persona, su bajo o alto nivel educativo, sus condiciones laborales o su estrés financiero suponen una mejoría o un empeoramiento en su salud mental; aunque no sea lo que lo determina en todos los casos, en muchos de estos lo potencia. Por lo que este estudio aborda la problemática directamente con los afectados y además, desde la perspectiva de profesionales que tienen varios años de experiencia en este campo.

La razón principal por la que este estudio cobra gran importancia es porque a pesar de que actualmente la salud mental tiene una mayor consideración, no siempre se la relaciona con los determinantes sociales, aún siendo un tema de actualidad.

Se evidencia una gran importancia de trabajar con herramientas del ámbito de la salud mental desde un enfoque de género, para lograr abordajes que sean más integrales y que permitan a las personas desarrollarse con todo su potencial, manejar situaciones complicadas y contribuir a su propio fortalecimiento personal.

Por último, se ha incluído la perspectiva del Trabajo Social contando con un profesional de este ámbito que ha sido entrevistado y nos ha dado su punto de vista acerca del papel del Trabajo Social en la intervención con trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión, y en la salud mental en general.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo General

El objetivo general de este estudio es analizar la relación entre las causas de los trastornos afectivos y los determinantes sociales.

Objetivos Específicos

- Profundizar en la relación entre los trastornos afectivos y los determinantes sociales; condiciones laborales, nivel socioeconómico, entorno geográfico, roles de género, discriminaciones, acontecimientos vitales estresantes, abusos en la infancia, malos tratos psicológicos y/o físicos en la infancia y soledad.
- Realizar una comparativa con perspectiva de género sobre cómo afectan los determinantes sociales al desarrollo de trastornos afectivos.
- Profundizar sobre el papel del trabajador social para abordar los trastornos afectivos.

La principal hipótesis de este proyecto de investigación es la existencia de una asociación directa entre los trastornos afectivos y las dificultades que se pueden presentar en el ámbito socioeconómico, en especial, en el caso de las mujeres, ya que se les atribuye otros componentes que pueden desarrollar conflictos en el ámbito de la salud mental, como el rol de cuidadora, el trabajo de cuidados y la sostenibilidad de la vida.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS AFECTIVOS?

Los trastornos afectivos son alteraciones psíquicas que están vinculadas a estados de ánimo, se presentan de forma extrema y dificultan la funcionalidad de la persona, deteriorando su autoestima, su manera de interpretar el mundo y pierden la objetividad con que verdaderamente suceden las cosas. (Clínica López Ibor., s.f). La depresión y la ansiedad son los trastornos afectivos más prevalentes en la población, se calcula que más del 20% sufrirá alguno de ellos en algún momento de su vida. (Campos Burgui, M. S., & Martínez Larrea, A. 2002)

A su vez, Montero y Barrantes (2003) afirman que los trastornos afectivos son muy prevalentes en la población en general y son asociados a una importante morbilidad y daño funcional a las personas que los padecen. Se estima que el 25% de los pacientes de un hospital psiquiátrico padece un trastorno afectivo. Los trastornos afectivos más frecuentes son, según la clínica López Ibor (s.f), el trastorno depresivo, el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad, el trastorno de estrés y el trastorno obsesivo compulsivo. Este trabajo se centrará especialmente en el trastorno depresivo y en el trastorno de ansiedad.

Por otra parte, existen diferentes causas que pueden provocar trastornos afectivos, según neuroscenter (2022) hay tres, la primera de ellas son los neurotransmisores, sustancias químicas del cerebro, la segunda los acontecimientos de la vida (el consumo del alcohol y las drogas puede ser un factor de riesgo), y el último es el factor genético.

Tal y como indica Fernández, Jiménez, Alfonso, Sabina y Cruz (2012), los trastornos mentales suponen además una carga económica y social por causa de la frecuencia, coexistencia y comorbilidad que producen.

3.1.1 ANSIEDAD

Según Díaz Kuaik y De la Iglesia (2019), el término “ansiedad” proviene de “anxietas”, que significa agitación del ánimo. Dicha definición también coincide con la del término “angustia”, aunque éste último se utiliza para hacer referencia a los síntomas fisiológicos, mientras que “ansiedad” se utiliza para hablar de los síntomas psicológicos. También existe una diferenciación entre el miedo y la ansiedad. El primero hace referencia a la presencia/ausencia de un estímulo concreto cuando existe una amenaza real y provoca en el organismo una serie de síntomas motores de lucha o huida, mientras que la segunda es la anticipación del peligro en ausencia de este y provoca la paralización o incluso la incapacitación de quién la siente.

“La ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo” (Fernández y cols. 2012, p.467).

El trastorno de ansiedad puede clasificarse en una serie muy diversa de trastornos como, por ejemplo, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica o inducido por sustancias, según Fernández y cols. (2012). Pero para la realización de este estudio, la investigación se centrará en el trastorno de ansiedad generalizada, el cual se caracteriza por ser persistente y a menudo crónico. La sintomatología más común de este trastorno es nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas (en la parte media superior del abdomen).

Las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) suelen preocuparse por aspectos vitales como, por ejemplo, su economía, su red de apoyo o su futuro, pero también por cosas menores como qué comer o qué ropa ponerse. (Montorio, Izal y Cabrera, 2011).

Además, según Montorio y cols. (2011), este trastorno puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida y suele ser de carácter crónico, por lo que es uno de los más comunes entre las personas mayores, con una prevalencia en España del 7,2%. Así mismo, hay que destacar que existe una comorbilidad entre la ansiedad y la depresión, lo que apoya la idea de que ambos comparten factores de vulnerabilidad.

3.1.2 DEPRESIÓN

La depresión, según Pedro (1999), es una alteración del ánimo con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placeres en las actividades habituales, además de síntomas psíquicos, como la tristeza y físicos, como la disminución de la libido. También se refleja en el libro, que la depresión es la más elevada entre las enfermedades psiquiátricas y que tiene más frecuencia en las personas mayores y en las mujeres, 2-3 mujeres por cada hombre. Expresa además los síntomas de la depresión y los ordena de la siguiente manera: Alteraciones emocionales (irritabilidad, angustia), alteraciones del pensamiento (desinterés, falta de concentración), alteraciones somáticas (insomnio-hipersomnio), alteraciones de los ritmos vitales (empeorar a ciertas horas) y alteraciones de la conducta (llanto, aislamiento).

San Molina y Arranz (2010) afirman que alrededor del 15% de la población española padece algún episodio de depresión en su vida, pero menos de un tercio de esta es diagnosticada y tratada correctamente, ya que solo un 40-50% acuden a consulta.

Según mhanational (s.f), hay factores que potencian la depresión, entre ellos está el sexo biológico (en las mujeres se da dos veces más que los hombres), antecedentes familiares, uso de ciertas medicinas, dificultades en la vida, pérdida de control, presencia de otras enfermedades (como el Alzheimer, cáncer), o el abuso de alcohol y drogas.

También, Álvaro, Garrido Luque y Schweiger Galloy (2008) se centran en los factores sociales de la depresión y pretende mostrar la importancia de estas en el origen de la depresión. Consideran algunos factores como estresores, apoyo social, el autoestima, etc, como indicadores de la posición social que tiene una persona, y que afecta también a los determinantes de la variabilidad que se observa en los niveles de depresión.

3.1.3 TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios de manía y/o de depresión. Aunque se desconoce la causa exacta de este trastorno, hay una gran vinculación con la herencia genética, así como también con cambios en los neurotransmisores (Coryell, W., 2021).

Según la American Psychiatric Association (APA) DSM-IR-VR, los trastornos de bipolaridad se pueden clasificar en:

- Trastorno Bipolar I (Presencia de uno o más episodios completos de manía y episodios depresivos. La incidencia es prácticamente la misma en hombres que en mujeres).
- Trastorno Bipolar II (Presencia de episodios depresivos mayores y al menos un episodio de manía incompleto. En este caso la incidencia es mayor en mujeres).
- Trastorno Bipolar no especificado (Tiene características claras de bipolaridad, pero no cumple los criterios específicos de ninguno de los dos trastornos anteriormente explicados).

Según Coryell (2021) se desconocen las causas exactas que desencadenan el trastorno de bipolaridad, aunque la herencia genética juega un papel muy importante, al igual que los posibles desajustes en los neurotransmisores de serotonina, noradrenalina y dopamina; aquellos encargados de controlar una serie de funciones esenciales como la regulación de emociones y la cognición. Los factores sociales también son un desencadenante del trastorno de bipolaridad, en especial los acontecimientos vitales estresantes. Los pacientes diagnosticados de bipolaridad pueden sufrir episodios que van desde semanas hasta meses y en ellos pueden sufrir diversos síntomas como, por ejemplo, manía, hipomanía y depresión, pudiendo padecer también episodios de intento autolítico.

Por ello, se puede afirmar que en ocasiones este trastorno mental conlleva comorbilidades como el suicidio y otras problemáticas como insomnio, irritabilidad, disminución del interés en las actividades diarias, disminución de la capacidad de concentración o pérdida de energía.

3.2 DETERMINANTES BIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Existen diversas causas del trastorno de ansiedad según García-Camba (2017) como, por ejemplo factores genéticos, o antecedentes familiares de este trastorno. Las causas biológicas de la ansiedad incluyen aspectos relacionados con la actividad cerebral, de carácter genético y de otros problemas psiquiátricos y comorbilidades. En relación a los aspectos neuroquímicos (actividad cerebral), hay tres neurotransmisores asociados al desarrollo de la ansiedad;

- La serotonina, que “desempeña un papel importante en la regulación del estado de ánimo, la agresión, el control de los impulsos, el sueño, el apetito, la temperatura corporal y la percepción del dolor”.
- La noradrenalina, que “participa en la respuesta de lucha o huida frente a las situaciones percibidas como de peligro y en la regulación del sueño, el estado de ánimo y la tensión arterial”.
- Y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), el cual “ayuda a inducir la relajación y el sueño y a evitar la sobreexcitación”.

En cuanto al desarrollo de un trastorno depresivo, también aparece una disminución de la serotonina y la noradrenalina, aunque según Montes (s.f.) también existen otros aspectos como el desnivel de dopamina, alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción del sistema inmune y el sistema neuroendocrino.

Por otra parte, según Sciani y cols. (2020) los determinantes biológicos que forman parte en el desarrollo de un trastorno bipolar son factores genéticos y neuroquímicos. El componente genético es un factor con mucha fuerza, ya que existe una alta tasa de heredabilidad del trastorno bipolar demostrado en varios estudios con hijos y padres diagnosticados con este trastorno. Sobre los factores neuroquímicos, aparece implicado “un grupo de proteínas responsables de regular los procesos de supervivencia neuronal, el crecimiento neuronal, la formación sináptica y la plasticidad celular en los sistemas nerviosos central y periférico”. (Sciani, G, y cols., 2020).

3.3 DETERMINANTES SOCIALES DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

3.3.1 CONDICIONES LABORALES

Según Rodríguez Carvajal y Rivas Hermosilla (2011) el estrés en el trabajo está relacionado con las condiciones del mismo, las tareas que se realizan en él e incluso el entorno y, además, contribuye a deteriorar la calidad de vida y la salud.

Por otra parte, Gil-Monte (2010) afirma que los factores psicosociales que se dan en el trabajo, si presentan condiciones desfavorables, hablaremos de riesgos psicosociales, que son aquellos que pueden llegar a provocar ansiedad y estrés, y que están derivados por las tareas del puesto de trabajo, por el tipo de jornada laboral, la violencia laboral, etc.

Sieglín y Ramos Tovar (2007), habla de la depresión y del estrés dentro del área de la docencia, dice que en este sector la depresión es común y que es debida al bajo apoyo social, a la demanda excesiva de trabajo o a carencias estructurales, y esto hace que aumenten sus problemas en cuanto a su vida laboral.

Amable, Benachy González. (2001), definen la precariedad laboral como en cuatro dimensiones, la temporalidad, la vulnerabilidad, el nivel salarial, y la protección social. Asocian diferentes problemas a la precariedad laboral, entre ellos, el nerviosismo, la depresión, la ansiedad y el miedo. Por otra parte, también habla de que en la relación entre la salud mental y el desempleo, intervienen diferentes factores sociales como por ejemplo la pobreza, factores que también están presentes en el caso de trabajos temporales.

Según González (2011), los hombres y las mujeres sufren la tensión de la inseguridad laboral, que a menudo viene provocada por unas condiciones de sus puestos de trabajo. Ahora bien, lo cierto es que las mujeres sufren en mayor medida otro tipo de estresores como, por ejemplo, el trabajo doméstico y otras problemáticas laborales relacionadas con el empleo como el techo de cristal.

3.3.2 NIVEL SOCIOECONÓMICO

Según el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2018), existe claramente relación entre el nivel socioeconómico y los trastornos afectivos en la población.

Un estudio de Ortiz y cols. (2021) confirmó que los lugares con niveles socioeconómicos bajos están relacionados con el aumento de trastornos mentales, teniendo un mayor riesgo de intento de suicidio, de depresión o de ansiedad.

Así mismo, Lesly y cols. (2022) afirma que la pobreza puede poner en riesgo la salud mental ya que muchas veces supone un incremento de la angustia que ocasiona la violencia, la exclusión social, los ingresos económicos y pobre acceso a la salud. Se observa que el porcentaje de personas que sufren depresión, es mayor en las que tienen un nivel socioeconómico bajo, y que las personas con un estatus privilegiado tienen un desarrollo mejor que las que pertenecen a estatus bajos, ya que se sienten mejor valorados y con más confianza al ser parte de una sociedad donde tendrán un futuro favorable.

Otro estudio, esta vez realizado por Castillo y cols. (2019), encontró que las personas que viven en contextos de pobreza son más propensas a desarrollar síntomas negativos de ansiedad y depresión. Además, las condiciones de ser mujer, anciana, soltera y con bajos ingresos aumenta todavía más las probabilidades de que estos síntomas aparezcan.

La pobreza y el desempleo se asocian con episodios prolongados de trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, pero no con su aparición según Weich (1998), además se demostró que la prevalencia de la ansiedad y la depresión está muy asociada con el nivel económico. Los trastornos mentales comunes se asocian a un bajo nivel de vida, independientemente de la clase social que se ocupa. (Weich, 1998)

3.3.3 ENTORNO GEOGRÁFICO

Rydin y cols. (2012), hablan del término ventaja urbana, en el que resume los beneficios para la salud de vivir en zonas urbanas en lugar de zonas rurales. Además, expresan que los ricos y los pobres viven en mundos diferentes cuando se habla de salud y de salud mental, incluso viviendo en la misma ciudad. Esto ocurre tanto en países de ingresos altos como bajos.

Según Izquierdo y cols. (2021), investigadora del Ciber de Salud Mental (Cibersam), el nivel socioeconómico del barrio donde una persona vive, condiciona la salud mental y la salud en general. Esto se debe a que las personas que viven en barrios más pobres tienen más falta de oportunidades educativas y sufren más estrés, ya que luchan para satisfacer las necesidades más básicas como puede ser tener una vivienda donde vivir, la estabilidad laboral y los problemas económicos. Sin embargo, las personas de barrios con un alto nivel económico, ya tienen estas necesidades cubiertas y pueden satisfacer y cuidar más su salud mental, por ejemplo.

Según Manzano Callejo (2023), vivir en una ciudad supone un aumento del 21% de probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad, además se observó que el trastorno depresivo era menor en la zona rural que en la zona urbana. Esto puede deberse a la densidad de la población, al ruido o a los desplazamientos largos.

En el medio rural no hay acceso a la salud mental y que muchas veces se tiende a la sobremedicación. España es el país donde más antidepresivos y ansiolíticos se consumen, pero somos los últimos de Europa en servicios de salud mental. (Hernández, N. 2023)

3.3.4 ROLES DE GÉNERO

“Los roles de género son construcciones sociales que conforman los comportamientos, las actividades, las expectativas y las oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas.” (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Según Arias de la Torre y cols. (2019), en su estudio se expone cómo el trabajo remunerado y el apoyo económico a la unidad familiar están relacionados con la salud mental de los hombres y, sin embargo, el trabajo doméstico está relacionado con la salud mental de las mujeres. Además, también se observa que los hombres son los sustentadores de las familias y que las mujeres son las responsables de las tareas del hogar, demostrando que aún existe separación de género en los roles familiares y laborales. El papel de trabajadora del hogar y de la familia que se asigna a las mujeres está relacionado con una mala salud mental si además se le suma el trabajo remunerado. También menciona el papel de los hombres de ser el sustentador de la familia y de la economía lo que les causa frecuentemente problemas de salud mental.

Evelia y cols. (2018), habla también del estrés que implica para las mujeres la aceptación del ideal femenino y cómo sitúa a las mujeres en una posición de vulnerabilidad. Muchas mujeres dedican tiempo y esfuerzo a satisfacer los estereotipos que se tienen del género femenino tradicional, que consiste en tener determinados comportamientos, cuidar la apariencia física o complacer a los demás.

3.3.5 DISCRIMINACIONES

Desde un punto de vista psicosocial, la discriminación se caracteriza por ser un comportamiento negativo, cuya aparición se debe a prejuicios y estereotipos a menudo relacionados con los puestos que se ocupan en la escala social, y que suele darse de una forma grupal, contra un colectivo, más que de forma individual, contra un solo sujeto (Navarro Carrascal y cols., 2012).

Según Navarro Carrascal, O. E., Prevert, A., & Bogalska-Martin, E. (2012), existen tres tipos de factores que determinan los estereotipos; afectivos, cognitivos y psicosociales. Estos últimos hacen referencia principalmente a las diferencias que producen las desigualdades sociales. Las discriminaciones por género, raza, etnia e identidad sexual, entre otros factores sociales, tienen un largo recorrido en la historia de la humanidad y unas fuertes connotaciones culturales, y a pesar de que se ha avanzado en materia de derechos y perspectiva social, lo cierto es que a día de hoy siguen produciéndose acontecimientos de esta índole; cuyas principales víctimas son aquellos grupos minoritarios y vulnerables que se ven envueltos de prejuicios.

Por otra parte, también creemos que es importante mencionar la discriminación que experimentan las personas diagnosticadas con un trastorno mental, que sufren un proceso de estigmatización caracterizado por la distinción provocada por una determinada diferencia que culturalmente se percibe como algo negativo o desgradable. Esta estigmatización de pacientes que sufren un trastorno mental, produce consecuencias negativas como el miedo, la ansiedad o la vergüenza; lo que puede provocar a su vez que dejen de expresarse por temor a ser etiquetados de forma negativa (López, M., y cols., 2008).

Asimismo, según López y cols. (2008), hay que tener en cuenta la diversidad de trastornos mentales existentes, puesto que no todos ellos provocan el mismo grado de estigmatización. Se utiliza el ejemplo de la esquizofrenia como un trastorno asociado a la “locura”, el cual produce más rechazo social que el trastorno de ansiedad, ya que hay un mayor número de personas que pueden llegar a experimentar en algún momento de sus vidas este sentimiento, en mayor o en menor medida, lo que facilita la existencia de un mayor grado de empatía por parte de la sociedad en general con las personas que tienen diagnosticado un trastorno relacionado con la ansiedad.

3.3.6 ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Según Valdez Melo (2021), los acontecimientos vitales estresantes (AVE), se consideran sucesos que surgen en un momento de tu vida y que afectan a la salud física y mental de las personas que los viven (muerte de un familiar, cambio de vivienda o abuso sexual). Los acontecimientos vitales estresantes, se dan eventualmente y son asociados a niveles muy altos de estrés.

Los acontecimientos vitales estresantes más graves durante la etapa de la adolescencia, suelen ser los que no son normativos, es decir, lo que no suelen experimentarse por la mayoría de los adolescentes, entre ellos estaría la muerte de un progenitor, el divorcio de los progenitores, el desempleo parental. (Jimenez, L. 2008).

Sanz Rodríguez y cols. (2009), afirma que los adolescentes que tienen diagnosticada la depresión, tienen un número más elevado de eventos vitales estresantes a lo largo de su vida, lo que supone un factor de riesgo para la salud mental.

Según Rey Bruguera (2016), los problemas emocionales y del comportamiento continúan aumentando en los niños cuando padecen condiciones estresantes como situaciones de pobreza, violencia o adversidad familiar. Además, dice que los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos, pueden causar síntomas depresivos.

Según Zhang, Song y Wang. (2016) citado por Rey Bruguera (2017), uno de los factores de riesgo de autolesiones en adolescentes, son los acontecimientos vitales estresantes. Dahl y cols. (2017) citado en este mismo artículo, afirma que la exposición a acontecimientos desfavorables en la infancia y en la adolescencia suponía un mayor riesgo de depresión en la adolescencia y en la adultez, siendo estos efectos más dañinos si los eventos adversos ocurren en períodos de desarrollo.

Indicadores relacionados con los acontecimientos vitales estresantes, son la salud personal y la manifestación de diferentes enfermedades, tanto psíquicas (depresión y ansiedad), como físicas. Además una característica de las personas que sufren estrés es que padecen una sintomatología psíquica y somática por problemas como conflictos en la familia, trabajo, deudas, fallecimientos, enfermedades graves, etc. (Valdez Melo, Z., y cols. 2021).

3.3.7 ABUSOS EN LA INFANCIA

Dentro del concepto de abuso sexual infantil (ASI) se incluye cualquier actividad con carácter sexual con un niño, en el que no existe consentimiento o no puede ser dado (Berliner, 2000). Se incluyen, por tanto, los contactos de tipo sexual que se producen a través de la fuerza o la intimidación, independientemente de la edad de los participantes, así como todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño, sin tener en cuenta si hay un engaño o no, o si el niño entiende la naturaleza de la actividad. (Berliner y Elliot, 2002).

Los abusos sexuales en la infancia son acontecimientos traumáticos que provocan consecuencias negativas en la vida adulta de aquellas personas que los sufren. Según Berliner y Elliot (2002) las víctimas adultas de ASI son más propensas a padecer trastornos emocionales y afectivos.

Según Almendro y cols. (2013) sufrir abusos sexuales en el periodo de la infancia puede alterar el desarrollo de relaciones interpersonales, padeciendo una sintomatología similar a la ansiedad; aislamiento, anticipo de daño por parte de otros o actitud hipervigilante.

Las consecuencias psicológicas por ASI pueden ser a corto y largo plazo, según Cantón-Cortés y Cortés (2015). Durante la infancia los efectos principales suelen ser retrasos en el desarrollo, trastornos por estrés postraumático y una conducta sexualizada.

Si los abusos se producen durante la edad escolar, a las problemáticas mencionadas anteriormente, hay que añadir los trastornos afectivos como ansiedad, depresión y retraimiento, así como trastornos disociativos y dificultades a la hora de desarrollar relaciones interpersonales.

Según Aguilar (2009), las personas que han sufrido abusos en la infancia suelen aislarse socialmente, tienen más problemas con sus parejas y llevan a cabo conductas sexuales inadecuadas. Además, frecuentemente suelen presentar trastornos afectivos, así como abusos en la ingesta de alcohol y de drogas.

3.3.8 MALOS TRATOS PSICOLÓGICOS Y/O FÍSICOS EN LA INFANCIA

Los malos tratos físicos y/o psicológicos sufridos en el período de infancia, así como negligencias en sus cuidados o abandono emocional son situaciones de desprotección infantil que pueden alterar el desarrollo cognitivo y físico de los menores, sufriendo las consecuencias en el resto de etapas de su vida, incidiendo negativamente en la edad adulta.

Siguiendo a Aguilar (2009), el maltrato psicológico se puede definir como cualquier acción proveniente de un familiar que provoca daños emocionales en el menor, desencadenando así diversas consecuencias en su desarrollo emocional e intelectual. Por otra parte, el maltrato físico está conformado por cualquier acción de un familiar hacia el menor que pueda provocarle daños físicos. Y por último, la negligencia o el abandono, que consiste en la omisión de atender las necesidades del menor, provocando así consecuencias negativas en el desarrollo de éste, tanto a nivel físico como psicológico.

Según Arruabarrena (2006), las consecuencias físicas que sufren los menores maltratados (tanto física, como psicológicamente) engloban desde daños inmediatos (heridas, fracturas, etc.), hasta efectos a largo plazo como daños cerebrales o minusvalías. Aquellos menores que sufren negligencias o abandonos pueden desarrollar retrasos en el crecimiento y problemas cognitivos. Por otra parte, las consecuencias más habituales en el aspecto emocional, psicológico y conductual son:

- Baja autoestima.
- Depresión y ansiedad.
- Dificultades para vincularse afectivamente, así como para entender sus propias emociones y las de su entorno.
- Conductas autolesivas e intentos autolíticos.
- Desarrollo de apego evitativo o inseguro.

En lo que respecta a las consecuencias en la vida adulta de las personas que han sufrido abusos en el período de la infancia según Pino y Herruzo (s.f.), éstas están más expuestas a desarrollar un trastorno conductual, así como transmitir de forma intergeneracional el fenómeno del maltrato. Según Aguilar (2009), la transmisión del maltrato infantil se debe a que en el período de la infancia estas personas han normalizado la violencia doméstica, por lo que es habitual que la reproduzcan en el futuro.

3.3.9 SOLEDAD

La soledad, según Palma y Escarabajal (2021), es un sentimiento negativo que se percibe como “una carencia emocional” por una falta de calidad en las relaciones sociales, o una inexistencia de las mismas. Este sentimiento influye en el desarrollo de un trastorno de ansiedad o de depresión, sobre todo en las personas de la tercera edad. Además, en los últimos años ha aumentado la tasa de suicidio en personas mayores, y una de las causas (junto con otros trastornos psiquiátricos) es este sentimiento de soledad.

Según Alonso (2022), la soledad se asocia con diversos problemas de salud mental, entre ellos el más destacado es el trastorno depresivo mayor, aunque también se relaciona con otros trastornos afectivos, como la ansiedad, y con comorbilidades de estos, como las conductas suicidas. Las personas que se sienten solas desarrollan conductas insalubres que aumentan la probabilidad de sufrir trastornos mentales y problemas físicos.

Además, actualmente todavía existen estigmas relacionados con las personas que padecen un trastorno de salud mental, lo que hace que se fomente el aislamiento social de estas; agravando en ocasiones sus trastornos. Por ello, podemos decir que la relación que existe entre la soledad y los trastornos de la salud mental es bidireccional; se trata de un círculo vicioso en el cual la soledad agrava las problemáticas que suponen los trastornos mentales, así como éstos agravan la soledad de aquellas personas que los sufren debido a la estigmatización por parte de la sociedad.

También es importante destacar que existe una diferencia entre el sentimiento de soledad y el aislamiento social, siendo este último la ausencia objetiva de relaciones/contactos sociales. Es decir, la diferencia reside en la subjetividad u objetividad con la que se analiza que una persona no tenga una red social. Al hablar de aislamiento social, este suele relacionarse con problemáticas como la falta de integración o de interacciones con otras personas, mientras que cuando se habla de soledad, se hace referencia a un sentimiento íntimo que surge cuando la persona percibe subjetivamente que no tiene una red de apoyo con la que relacionarse. (Vicente, A. y Sánchez A., 2020).

3.4 SALUD MENTAL SEGÚN EL GÉNERO

Según Montero y Barrantes (2003) las diferencias según el género en el desarrollo de trastornos afectivos existe, ya que los abusos sexuales y la violencia cae la mayoría de veces sobre las mujeres, tienen vivencias distintas, la maternidad y la paternidad es diferente entre hombre y mujeres. Además, defiende que son las variables socioculturales las que condicionan las diferencias entre los géneros y que actúan a través de los roles y las conductas sociales. Siguiendo con este artículo, se observa que en las mujeres las cifras de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos son más elevados en las mujeres que en los hombres, sin embargo entre los hombres son más frecuentes los trastornos por consecuencia del consumo de alcohol y sustancias.

Según el libro *The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health*, citado por Ramos-Lira (2014) ,se analizan diferentes encuestas nacionales sobre trastornos mentales y se concluye que las mujeres tienen prevalencias mayores y más posibilidades que los hombres de sufrir depresión y ansiedad.

Todos los ámbitos de nuestra vida están influidos por el género ya que estamos educados de maneras diferentes, por ejemplo, los roles de género han conformado trabajos feminizados y masculinizados, por ejemplo las mujeres están relacionadas con el sector de atención y de cuidado. (Azón Ginés, O. y cols., 2023)

3.4.1. GÉNERO, ROLES Y SALUD MENTAL

Según Herrero (2017) las relaciones de cuidado incluyen relaciones emocionales además de domésticas y es frecuente que las mujeres cuidadoras sufran altos niveles de estrés y preocupación, además de que sus redes sociales son reducidas y tienen problemas de aislamiento

Arias de la Torre, J., Molina de la Torre, A. J., Fernández Villa, T., Artazcoz Lazcano, L., & Martín Sánchez, V. (2019). afirma que los factores que están relacionados con el trabajo remunerado y con el sustento económico en las familias están mayormente relacionado con la salud mental de los hombres, sin embargo los relacionados con el entorno doméstico y conciliación familiar están relacionados con la salud mental de las mujeres.

Las mujeres están continuamente vinculadas a la delicadeza y a lo emocional, se les atribuyen las funciones de cuidado y las tareas domésticas además de asociarlas con la maternidad. Sin embargo, a los hombres se les dificulta el mostrar sentimientos que no tengan que ver con la muestra de valentía o con la ira, no pueden mostrar debilidad. Solo un 30% de los hombres acuden a los servicios de salud mental frente a un 70% de mujeres, y la mayoría de las veces es ante crisis graves. (Azon Ginés, O. y cols, 2023)

Según Montesó Curto (2008) el rol de cuidadora es depresógeno, en particular para las mujeres de ámbitos urbanos y nivel económico bajo. Esto se debe a que estas tareas se dan dentro de los hogares, la crianza, la limpieza, etc, socialmente no son tareas que estén consideradas como un trabajo.

3.4.2. DEPRESIÓN EN LA MUJER

Las mujeres ocupan una situación de vulnerabilidad mayor que los hombres debido a factores como, por ejemplo, la falta de acceso a la educación, la sobrecarga laboral o la violencia, los cuales influyen en la aparición de trastornos mentales y en mayor medida la depresión. (OMS, 2009).

Gaviria Arbeláez (2009) confirma que los procesos de socialización son diferentes en las mujeres que en los hombres desde que nacen ya que se tiene diferentes expectativas y maneras de educar dependiendo el sexo, por ejemplo las mujeres tienden a ser más preocupadas mientras que los hombres desarrollan la independencia y el dominio. Estas diferencias afectan a la vulnerabilidad de la depresión. Los abusos sexuales son mucho más comunes en las mujeres, esto actúa también como un factor de riesgo que fomenta la depresión. También las experiencias de las mujeres son distintas a las de los hombres, tanto en relaciones personales, como laborales o económicas.

3.4.3 DEPRESIÓN EN EL HOMBRE

Por otra parte, socialmente los hombres deben cumplir con otro tipo de expectativas, en este caso relacionadas con la toma de decisiones, la fortaleza, la invulnerabilidad y el sustento económico de los núcleos familiares. Según López-Ruiz (2018), existe bibliografía que avala las diferencias en cuanto al género en la prevalencia de la depresión; además, también hay

diferencias en cuanto a los síntomas, la búsqueda de ayuda profesional y el uso de servicios para tratarla.

Estos roles masculinos deben tenerse en cuenta puesto que tienen algunas desventajas que pueden afectar al desarrollo de una depresión. Los hombres se ven sometidos a una presión cuando se desvían de la masculinidad que la sociedad les impone, este hecho sumado a que no existen los recursos sociales adaptados para hombres que estén en momentos de vulnerabilidad. Rosado Millán, citado por López-Ruiz (2018) afirma que también influyen los factores como ser fuerte, valiente y competitivo.

Haeffel (2007) citado por Londoño (2015) afirma que la depresión en los hombres es una de las principales causas de suicidio en el mundo. Por otra parte, para diferentes autores, los hombres tienen depresiones de una duración mayor que es asociada al alto consumo de sustancias que incrementan los síntomas depresivos.

3.5. TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

La disciplina del Trabajo Social se ha ido incorporando y desarrollando en el ámbito psicológico y psiquiátrico desde el siglo XX, con el objetivo de ofrecer una respuesta social a la cronicidad de los trastornos mentales, apreciando que en una intervención clínica también es vital que el profesional sea conocedor de datos sociales del paciente, así como también lo es el hecho de establecer una relación con las familias para poder tener una visión más rica del entorno del mismo. Además de la aportación del Trabajo Social en la intervención, esta rama del conocimiento está presente en procesos de normalización de los pacientes y de las enfermedades mentales dentro de la sociedad. (Garcés, E., 2010).

Por otra parte, tal y como se ha desarrollado a lo largo de esta investigación, los determinantes sociales son actores fundamentales influyentes en el desarrollo de trastornos afectivos, sea de forma directa o indirecta. Garcés, E. (2010) afirma que la salud mental forma parte de la salud integral de un individuo, y que depende de factores sociales como las condiciones de vida, la capacidad de integrarse al medio social, o las posibilidades de desarrollo intelectual y laboral, entre otros.

Para el tratamiento de estos casos es necesaria la existencia de una coordinación multidisciplinar, puesto que es vital ofrecer un tratamiento médico y psicológico al paciente, pero también se han de brindar herramientas que proporcionen igualdad de oportunidades y una integración social, y por ende, mejore la calidad de vida de los pacientes.

De la interacción entre la disciplina social y la clínica, surge el Trabajo Social Clínico, que tiene como objetivo favorecer el desarrollo de un individuo sólido capaz de conseguir y sostener en el tiempo calidad de vida (Fombuena, J. y Martí, A., 2006). Se trata de una especialización del Trabajo Social que consiste en “un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar al usuario a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional” (Ituarte, A., 2017, p.20).

Esta especialización de la disciplina está relacionada con el empleo del modelo psicodinámico; un modelo cuyos orígenes están ligados a la psicología y la psiquiatría,

disciplinas que han aportado al Trabajo Social una visión en la que se prioriza el conocimiento de las problemáticas psicológicas/emocionales de los usuarios, por encima de las económicas/sociológicas. También se ve relacionado con la teoría psicoanalítica, cuyo objetivo es tratar el estado “interno” del usuario, con el fin de mejorar su estado “externo”; así pues, el modelo psicodinámico aporta al trabajador social una serie de conocimientos sobre el comportamiento humano, tanto interpersonal como intrapersonal. (Viscarret Garro, J.J., 2009).

Por otra parte, el concepto de salud ha ido evolucionando, de forma que en la actualidad se tienen en cuenta factores físicos, pero también sociales. Es por ello que, el objetivo de las intervenciones ya no es lograr la ausencia de enfermedad, sino la consecución de un nuevo concepto; “calidad de vida” (Delgado, J.A., 2018). En este proceso, el Trabajo Social tiene un papel fundamental, y en especial el uso del modelo biopsicosocial, caracterizado por proporcionar un enfoque sobre la salud basado no sólo en factores biológicos y psicológicos, sino también en factores sociales y culturales que, como se ha mencionado anteriormente, tienen influencia sobre la salud de los individuos.

4. METODOLOGÍA

La metodología empleada para la realización de esta investigación, consistente en la comprobación de la existencia de una relación causal entre los trastornos afectivos y los determinantes sociales, se ha basado en la utilización de una técnica cualitativa basada en fuentes de información directas (entrevistas).

La elección de técnicas cualitativas para la recogida y el análisis exploratorio de datos para esta investigación responde a cuestiones relacionadas con el método inductivo. Las fuentes de información directas, en este caso las entrevistas, son una herramienta apropiada para aplicar el método mencionado; puesto que éste parte de la recogida de resultados a partir de hechos concretos para finalmente establecer conclusiones generales, según Bernal (2006).

Por otra parte, las Topic List de preguntas están basadas en cuestiones relacionadas con el marco teórico, con el objetivo principal de establecer comparaciones entre las teorías mencionadas y los puntos de vista de profesionales y personas que conviven con los trastornos afectivos; tratando así de contrastar la información, comprobando si es veraz o no.

4.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO MUESTRAL

La población de estudio está conformada por cuatro profesionales de diversos ámbitos; Trabajo Social Clínico, Medicina de Familia, Psicología, Sociología e Investigación Sanitaria. También hemos podido contar con la participación de ocho personas con un diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad y/o de depresión. De todos estos participantes, un 66,67% son mujeres, y el 33,34% son hombres. Además, todos ellos son habitantes de la provincia de Zaragoza.

Los diferentes datos de los pacientes quedan reflejados en la *Tabla 1*, donde se muestra el rango de edad, el sexo y la patología de los pacientes que han participado en la investigación. Nos encontramos con que el 50% de los pacientes tienen entre 20 y 30 años de edad y el otro 50% está repartido en partes iguales en el rango de 30 y 40 años y en más de 40. En cuanto al sexo, un 62,5% son mujeres y un 37,5% son hombres. Por último la patología más prevalente entre los entrevistados es la ansiedad con un 62,5%, mientras que la depresión solo un 12,5%, en cuanto a ambas patología aumenta a un 25%.

VARIABLES		FRECUENCIA PORCENTAJE
Edad	Entre 20 y 30	4 (50%)
	Entre 30 y 40	2 (25%)
	> 40	2 (25%)
Sexo	Masculino	3 (37,5%)
	Femenino	5 (62,5%)
Patología	Ansiedad	5 (62,5%)
	Depresión	1 (12,5%)
	Ambas	2 (25%)

Tabla 1: Datos de las variables de los pacientes diagnosticados con trastornos afectivos

Acerca de los profesionales con los que hemos contado para el estudio son un 75% mujeres y un 25% hombres tal y como se ve en la *Tabla 2*, además un 75% tienen entre 5-15 años de experiencia mientras que más de 30 años de experiencia disminuye a un 25%.

VARIABLES		FRECUENCIA PORCENTAJE
Sexo	Masculino	1 (25%)
	Femenino	3 (75%)
Años de experiencia	5-15	3 (75%)
	15-20	0
	20-25	0
	> 30	1 (25%)

Tabla 2: Datos de las variables profesionales del Trabajo Social y de la salud/salud mental

4.2. TOPIC LIST DE PREGUNTAS

En la *Tabla 3* se muestran las preguntas enfocadas a personas con diagnóstico de trastorno afectivo, las hemos clasificado por las diferentes variables que son, sociodemográficas, estrés financiero, condiciones laborales, tareas del hogar, discriminaciones, red de apoyo, conciliación y trastornos afectivos.

VARIABLE	PREGUNTA
Sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Género - Lugar de nacimiento - Lugar de residencia actual y características - ¿Tienes hijos? - ¿Con quién vives? - ¿Hay alguien que dependa económicamente de ti? - ¿Tienes trabajo?, si es así, ¿de qué trabajas?
Estrés financiero	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Hay alguien que dependa económicamente de ti? - ¿Padeces estrés a final de mes por cuestiones relacionadas con tu salario y el hecho de afrontar tus gastos económicos? - ¿Consideras que tu nivel socioeconómico es estable y que tienes recursos económicos suficientes? - ¿Sientes que el estrés financiero genera ansiedad?
Condiciones Laborales	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué tipo de jornada laboral tienes en tu trabajo? - ¿Consideras que el trabajo te genera estrés?
Tareas del Hogar	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Quién realiza las tareas relacionadas con el hogar, con el cuidado de los niños, etc? - ¿Puedes compaginar bien el trabajo con estas tareas mencionadas? - Si lleva a cargo las tareas del hogar y no está empleado, ¿consideras que es mucha la carga de trabajo en el hogar?
Discriminaciones	<ul style="list-style-type: none"> - A lo largo de tu vida, ¿has sufrido algún tipo de discriminación relacionada con tu género, tu procedencia u otros factores? (tanto dentro, como fuera del puesto de trabajo). - Si es que si, ¿Crees que esto ha podido causarte trastornos afectivos como es la ansiedad o la depresión?
Red de Apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Consideras que tienes una buena red de apoyo (familia, amigos, etc.)? - ¿Esta red te ha ayudado en momentos en los que has estado más estresado, depresión, ansiedad...).
Conciliación	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Te genera estrés compaginar la vida laboral, con la familiar, la

	social, etc?
Trastornos Afectivos	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Alguna vez has podido tener un trastorno de ansiedad, depresión, estrés? ¿Lo has podido relacionar con algún determinantes sociales

Tabla 3: Topic list para pacientes

En la *Tabla 4*, están las preguntas enfocadas a los profesionales del ámbito clínico y del Trabajo Social, hemos hecho también una clasificación por variables, entre ellas, determinantes sociales y trastornos afectivos, crisis económicas, intervención desde el Trabajo Social, roles sociales y edad.

VARIABLE	PREGUNTA
Determinantes Sociales y Trastornos Afectivos	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ves alguna relación entre los determinantes sociales y la aparición o el mantenimiento trastornos afectivos de tus pacientes? - ¿Qué determinantes sociales has observado que están más relacionados con la ansiedad o la depresión? - ¿Hay algún trastorno afectivo que se repita más que el resto?
Crisis económicas	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Has visto un aumento de diagnósticos de trastornos afectivos en periodos de crisis económicas?
Intervención desde el Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué tipo de intervenciones se pueden hacer (desde el Trabajo Social) con una persona diagnosticada con un trastorno afectivo?
Roles Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo crees que puede afectar el rol cuidador a la depresión o a la ansiedad? - ¿Cómo crees que puede afectar ser la figura responsable de la economía en las personas? - ¿En qué género hay más prevalencia de trastornos afectivos?, ¿Crees que es una cuestión biológica o que está más relacionado con los roles que desempeñamos?

Edad	- ¿Consideras que hay algún período de edad en el que las personas sean más vulnerables a la hora de padecer un trastorno afectivo?
-------------	---

Tabla 4: Topic list para profesionales

4.3. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

En cuanto a la recogida de datos, se han realizado diferentes entrevistas a un número de personas que cumplían con algunas de las características que se han mencionado a lo largo de este estudio, para poder comprobar la hipótesis de esta investigación.

De este modo, han sido entrevistados cuatro profesionales del ámbito clínico y social, y ocho personas con diagnóstico de trastornos afectivos. Las entrevistas fueron realizadas por María Cavero y por Marta Valero y fueron tanto de forma online, como presencial. En cuanto a las presenciales, en una ocasión fuimos al despacho de la universidad de una profesional, mientras que con los pacientes fueron en un aula de la universidad. Las entrevistas tenían un guion diferente para los profesionales y para los pacientes y realizamos todas las preguntas intentando sacar la máxima información posible en cada una de ellas, siempre dejando que se extendieran todo lo quisieran en sus respuestas.

4.4. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar los datos recogidos a lo largo de esta investigación se ha realizado la transcripción de todas las entrevistas, así como una criba de las respuestas a través de la herramienta Excel, con el fin de establecer relaciones causales, así como similitudes y diferencias de opiniones en torno a temas relacionados con la salud mental y los determinantes sociales.

Así pues, se ha llevado a cabo un análisis exploratorio a través del método inductivo, basado según Bernal (2006) en el razonamiento como medio para obtener resultados que parten de hechos particulares, hasta llegar a conclusiones generales. Por tanto, esta investigación se caracteriza por realizar un estudio de hechos individuales que pueden formularse posteriormente como conclusiones universales.

5. RESULTADOS

Trastornos afectivos

Todos los profesionales entrevistados coinciden en que la ansiedad y la depresión son los trastornos afectivos más comunes, aunque el trastorno de ansiedad se posiciona como el primero según los porcentajes.

“Aproximadamente el 40% más o menos de lo que se ve en atención primaria es patología mental, y de ese 40% más de la mitad son trastornos de ansiedad, casi siempre pasajeros, pero muchas veces permanentes” (Médica de familia, 35 años de experiencia).

“Los últimos datos que yo recuerdo están muy a la par y un poquito más alta la ansiedad (...) como trastorno de ansiedad igual está un 2% por encima de la depresión, pero están muy a la par” (Enfermera, 8 años de experiencia).

En cuanto a la relación de determinados rangos de edad con la vulnerabilidad a la hora de padecer un trastorno afectivo existe una diversidad de opiniones de los profesionales entrevistados. Se destacan fundamentalmente dos etapas de la vida; la adolescencia y primera adultez, y la tercera edad.

La adolescencia y la primera adultez suponen un período complejo, caracterizado por la salida al mercado laboral, las falsas expectativas y la dificultad para alcanzar metas. Esto supone el desarrollo de trastornos de ansiedad en personas con edades comprendidas hasta los 30 años. Además, hay que añadir que existe una situación de infra diagnósticos sobre esta problemática.

“En la adolescencia tenemos las típicas depresiones y ansiedad totalmente ocultas, pasan desapercibidas porque asumimos que son problemas de la adolescencia, no sé si sería más elevada pero está muy infradiagnosticada” (Enfermera, 8 años de experiencia).

La tercera edad se relaciona habitualmente con la soledad, una problemática que se ha visto agravada desde que irrumpió en nuestras vidas la COVID-19, ya que este fenómeno provocó que muchas personas mayores se viesen aisladas y maltratadas de forma inconsciente debido a la sobreprotección frente al riesgo.

“Con la crisis de la pandemia ya hay algún estudio que dice que sí que está aumentando la ansiedad. Yo sí que he observado muchos cuadros depresivos asociados a la soledad sobre todo en personas mayores” (Médica de familia, más de 30 años de experiencia).

Además, es necesario mencionar que en este período de edad también existe una situación de infra diagnósticos debido a que los trastornos afectivos se confunden con otras patologías como la demencia.

“También en población anciana hay cierta prevalencia pero muchas veces pasa desapercibida por que se confunde con la demencia y esas cosas y oculta un problema de salud mental detrás. Pero por lo que dicen los números la prevalencia más alta es en población adulta” (Psicóloga, 6 años de experiencia).

Estrés financiero/ Nivel económico

El estrés financiero supone un aumento del estrés y es un factor de riesgo que potencia tanto los trastornos de ansiedad como los de depresión. Muchos pacientes entrevistados, manifiestan como la subida de los gastos (agua, calefacción, comida) ha afectado a su economía y como consecuencia llegan más justos a fin de mes.

“Claramente, los determinantes sociales como el nivel económico suponen una carga de estrés que puede derivar en trastornos de ansiedad o depresión.” (Trabajador Social, 8 años de experiencia).

Los gastos imprevistos como, por ejemplo, que se estropee el frigorífico suponen para muchas personas un gasto económico excesivo que muchas veces no pueden permitirse; un hecho que les genera ansiedad. También se menciona la problemática que conllevan las grandes celebraciones como las bodas, que para muchas personas suponen una gran carga económica y sienten culpabilidad por tener que decir que no o por tener que reducir al máximo los gastos para poder permitírselo.

“Otro tema que me agobia mucho son las bodas, algo que debería ser solo celebración y alegría por tus amigos, se convierte en una ansiedad y en el mes de antes privarme de hacer mi vida normal para no gastar, ya que una boda acaba siendo la mitad de mi sueldo.”
(Mujer, 29 años).

Las personas entrevistadas con trastornos afectivos diagnosticados declaran que no llegan a fin de mes, pero algunas tienen más dificultades que otras, por ejemplo, hay personas con contratos fijos-discontinuos que no consideran que su situación económica sea estable, ya que en algunos meses no cobran o tienen que buscarse otro trabajo.

“Los meses de verano tengo la preocupación de buscar otro trabajo, por lo cual, en los meses de mayo o junio padezco de más ansiedad por la incertidumbre de no saber si encontraré algo o deberé tirar de ahorros, o pedir el paro” (Mujer, 29 años).

Hay otro grupo de personas que aunque consiguen llegar a fin de mes pagando el alquiler y los gastos, lo hacen privándose de cualquier tipo de ocio y gastos extraordinarios; esto implica que los trastornos afectivos como la ansiedad o la depresión se vean afectados negativamente.

“No tener dinero cuando tus amigos sí, provoca muchas situaciones incómodas (...) en las que te pones en un compromiso de hacer un plan cuando sabes que ese dinero que vas a gastar, deberías gastarlo en otra cosa como necesidades vitales” (Mujer, 23 años).

Todos los entrevistados coinciden y están seguros de que el estrés financiero es causante de la ansiedad, en especial la incertidumbre de si llegarán a fin de mes, que aumenta cuando hay personas que dependen económicamente de ellas.

“La ansiedad se dispara cuando haces cuentas del mes y ves que vas justa, yo tengo que mantener a mi hija y me supone mucha culpabilidad el no hacerlo todo lo mejor que podría”
(Mujer, 55 años).

Al hablar del estrés financiero, hay que hacer referencia a crisis económicas, que suponen un aumento de los trastornos afectivos, sobre todo para la ansiedad y para la depresión según nos responden los profesionales. Estas crisis afectan en mayor medida a los más vulnerables, suelen conllevar pérdidas del empleo y dificultad para encontrarlo, por lo que el estrés aumenta y junto a él la ansiedad.

En contextos de crisis económicas, todos los profesionales entrevistados coinciden en el aumento de diagnósticos de trastornos afectivos por acontecimientos estresantes e inesperados. Además, los principales afectados son los grupos vulnerables; como la clase obrera, debido a que conllevan la pérdida de empleo y la dificultad e incluso imposibilidad de afrontar sus gastos económicos.

“Siempre que hay crisis económicas aumentan los trastornos afectivos y fundamentalmente el trastorno de ansiedad y de depresión” (Médica de familia, más de 30 años de experiencia).

Tras el estallido de la crisis del año 2008 aumentaron los casos debido al desempleo y el empleo precario, y a causa de la crisis sociosanitaria provocada por la COVID-19 han aumentado los cuadros depresivos asociados a la soledad, en especial en el caso de las personas de tercera edad, así como también se ha visto aumentada la tasa de intentos autolíticos.

“En las crisis económicas aumenta la morbilidad en salud mental.”
(Médica de familia, 35 años de experiencia).

Condiciones laborales

En cuanto a la relación de las condiciones laborales con la presencia de los trastornos afectivos, todos los profesionales entrevistados coinciden en que conforman uno de los determinantes sociales más influyentes en la aparición de trastornos afectivos, junto con el nivel económico y el poder adquisitivo de las personas.

“El nivel económico es sin duda uno de los principales determinantes sociales que está relacionado con la ansiedad y la depresión (...). Está muy relacionado el ámbito laboral, muchos tienen empleos precarios o de muy bajos salarios o son pluriempleados, el trabajo es el mayor integrador social”
(Trabajador Social, 8 años de experiencia).

Por otra parte, todos los entrevistados diagnosticados con un trastorno de ansiedad y/o depresión consideran que su jornada laboral no les permite cuidar e interactuar con sus redes sociales de apoyo; un hecho que fomenta sus niveles de estrés y de ansiedad debido a la preocupación que les genera no poder socializar de la forma en que les gustaría hacerlo, generando miedos y sentimientos de culpabilidad por, por ejemplo, no poder brindar todos los cuidados a hijos, familiares o amigos.

“En ocasiones sí que me genera estrés compaginar todo ello, ya que a veces parece que es imposible llegar a todo siquieres ofrecer y pasar tiempo de calidad con familia o amigos”
(Mujer, 29 años).

“Bastante, a muchas personas de mi entorno familiar y social les cuesta comprender que

“estar trabajando cara al público durante horas es un gasto de energía físico y emocional bastante grande y realmente muchas veces no puedes permitirte salir a tomar algo o visitar a algún familiar porque sabes que no vas a ofrecer un tiempo de calidad”

(Mujer, 21 años).

Las jornadas laborales más largas son un claro factor de riesgo para la ansiedad y la depresión. Cuantas más horas se trabaja menos tiempo se tiene para dedicarse a uno mismo y para el resto de necesidades.

“Siento que trabajo mucho y no le presto la atención que necesitaría, esto me genera culpabilidad y estrés a veces.”

(Mujer, 55 años)

A pesar de estas afirmaciones, los pacientes coinciden en que no tener un trabajo que les proporcione un salario les supondría peores consecuencias psicológicas y socioeconómicas, debido a que el estrés financiero se vería incrementado al no recibir ingresos económicos.

Discriminaciones

En relación a las discriminaciones en el mundo laboral, una parte de las mujeres entrevistadas afirma que ha sufrido algún tipo de discriminación; la gran mayoría de ocasiones estos episodios guardan relación con la hipersexualización del cuerpo de la mujer, así como con el desprecio hacia los cuerpos no normativos, provocando este último fenómeno el desarrollo del síndrome de la impostora, provocando inseguridades y una falta de autoestima.

“Nunca he tenido un físico normativo y eso ha supuesto muchas situaciones de discriminación, cosa que me ha llevado a no tener nada de seguridad en mi misma (...)”

(Mujer, 46 años).

“Las mujeres en el mundo de la hostelería somos muy desprestigiadas por los clientes muchas veces (...)”

(Mujer, 55 años).

En el caso de los profesionales, aparece la idea de que en ocasiones las personas que sufren situaciones de discriminación no son conscientes de ello.

“Yo creo que los discriminados muchas veces no perciben tanto la discriminación como lo que se ve desde fuera” (Médica de familia, más de 30 años de experiencia).

Red de apoyo

La red de apoyo actúa como un gran factor protector para la salud mental, el 100% de los pacientes entrevistados consideran que tienen una red familiar y social sólida, que le brinda apoyo tanto emocional, como económico, aunque todos los entrevistados rechazan este último tipo de ayuda, debido a que consideran que deben ser ellos quienes afronten los gastos económicos.

“(...) De hecho, muchas veces me han ofrecido dinero cuando me han visto un poco justo, pero siempre lo he rechazado porque no quiero que me ayuden económicamente, siento que estoy en deuda con ellos, así que prefiero trabajar un poco más y no depender de ellos”

(Hombre, 30 años).

Haciendo hincapié en el apoyo emocional, todos coinciden en que lo reciben por parte de sus familias y amigos, aunque también es cierto que se menciona la incomprendión por parte de las familias sobre las consecuencias negativas de su trastorno afectivo.

Por otra parte, y en relación con las condiciones laborales, los pacientes entrevistados muestran preocupación por no poder brindar los cuidados y la atención necesaria a su red de apoyos, algo que les provoca estrés, así como también sentimiento de soledad debido a la falta de tiempo para relacionarse con su entorno.

“Y en cuanto a amigos... No tengo muchos porque como no tengo apenas tiempo libre, no puedo socializar demasiado, excepto con mis compañeros de piso que también me sirven de

apoyo muchas veces”

(Hombre, 24 años).

Conciliación

Los pacientes entrevistados afirman que compaginar la vida laboral, con la familiar y con la social, les genera mucho estrés. Manifiestan que no llegan a todo y que les es muy difícil cuidar de sus círculos familiares y de amistad. El mayor problema surge de que las jornadas laborales son muy extensas y les quita el tiempo para el resto de actividades en su vida, por eso cuanto mayor es la jornada laboral, más estrés te genera compaginar todo.

“Si, de hecho, me es imposible compaginar todo... Siempre hay algo que dejo más de lado por falta de tiempo y carga mental. Normalmente la parte que tengo que abandonar más es la vida social y las amistades.”

(Mujer, 23 años).

Cuando se presentan situaciones en las que los trabajadores tienen jornadas laborales muy extensas, pueden producirse dificultades para que su tiempo libre coincida con el de su entorno, lo que les supone un mayor esfuerzo para lograr la conciliación, así como sentimiento de culpabilidad si no se logra conciliar la vida laboral con la social.

“Siento que trabajo demasiadas horas y no paso casi tiempo con ella (su hija)”

(Mujer, 55 años).

Por último, los pacientes entrevistados comentan que una jornada laboral más reducida les permitiría una mayor conciliación, aunque también obtendrían un salario menor, por lo que afirman que prefieren tener más ingresos económicos, que tiempo libre para cuidar sus redes de apoyo.

Género

- Roles sociales

El 100% de los profesionales coinciden en que son las mujeres a las que se les adjudica el rol del cuidador y las que tienen que modificar sus vidas, adaptándose a las nuevas situaciones. Esto causa unos niveles de estrés y de ansiedad muy elevados a las mujeres que tienen dicho rol, ya que además de lidiar con sus propios problemas individuales, tienen que hacerse cargo de otras personas y a veces incluso compaginarlo con su vida laboral, llegando a situaciones en las que se produce la claudicación.

Los profesionales hablan en sus investigaciones sobre cómo el proporcionar cuidados era un arma de doble filo, ya que por un lado proporciona apoyo a las mujeres que realizan estas tareas pero por otro, aumentaba la carga emocional y física de la persona y los trastornos de ansiedad y depresión se potencian.

“Sí que afecta este rol de cuidadoras, sobretodo en las mujeres, por que es lo que la sociedad espera de ellas entonces si no lo hacen aparecen los sentimientos de culpabilidad y si lo haces pues aumenta su carga y su vida gira entorno a los cuidados, pierden todo el poco tiempo que puedan tener para cuidarse de ellas mismas y trabajar en sus objetivos vitales.”

(Psicóloga, 6 años de experiencia).

Todos los profesionales entrevistados están de acuerdo en que en las mujeres tienen más prevalencia de tener un trastorno afectivo y que los roles de género influyen a la hora de la aparición o el mantenimiento de estos.

“En atención primaria por ejemplo de todos los trastornos afectivos que vienen más o menos un 80% son mujeres.”

(Psicóloga, 6 años de experiencia).

Este rol de cuidadoras que la mayoría de las veces lo tienen las mujeres, es un factor de riesgo para la ansiedad y la depresión. Además el rol de los hombres de valentía, fuerza y no poder mostrar sus emociones también les genera estrés y es un factor de riesgo para los trastornos afectivos.

“Los chicos tienen una gran presión ya que deben tener la iniciativa en las relaciones afectivas, tienen que ser fuertes, no pueden manifestar emociones y los chicos se ven presionados a tener las emociones muy escondidas.”

(Médica de familia, 35 años de experiencia).

Por otra parte, los profesionales entrevistados afirman que en sus pacientes tener el rol de la figura responsable de su economía familiar supone tener unos niveles de ansiedad muy elevados, al final tu familia depende de ti y de tu trabajo para poder sobrevivir, lo que conlleva también un estrés por no poder perder ese trabajo.

Además, entre los profesionales se menciona la idea de que la economía familiar es un elemento de maltrato y violencia ejercida fundamentalmente sobre la mujer.

“Tengo varias mujeres con casos en que los sueldos del marido son para el marido y los sueldos de la mujer son para la comida y la economía doméstica, y además fundamentalmente los sueldos de los maridos son boyantes y ellas son trabajadoras de la

limpieza, que cuantas más escaleras hacen, mejores filetes pueden comprar a sus hijos. Y es que eso me parece una forma de violencia además no percibida la mayoría de las veces.”

(Médica de familia, 35 años de experiencia).

- ***Tareas del hogar***

A la hora de compaginar el trabajo remunerado con las tareas del hogar, las personas que tienen una jornada laboral completa experimentan un nivel de estrés elevado, ya que afirman que no les queda tiempo para cuidar de su vida ajena al trabajo, ni de ellas mismas. La depresión y la ansiedad se ven potenciadas al sentir la falta de tiempo debido al trabajo y a realizar las tareas del hogar. En cambio, las personas responsables de la economía dentro de su núcleo familiar (generalmente hombres), no suelen tener que compaginar la vida laboral con las tareas del hogar, porque son las mujeres quienes las realizan.

“Yo no realizo estas tareas de forma regular, las realiza como ya he dicho mi mujer.”

(Hombre, 39 años).

Por un lado, cuando las personas viven en pareja o tienen compañeros de piso, habitualmente se reparten las tareas del hogar, por lo que el nivel de estrés es más bajo pero, por otro lado, cuando un individuo vive solo, tiene que llevar a cabo todas las tareas de manera individual, suponiendo un aumento de la ansiedad.

Los profesionales que han sido entrevistados hablan del sentimiento de culpabilidad que sufren las mujeres si no cumplen este rol de cuidadoras que la sociedad les atribuye y de cómo este papel es un factor de riesgo para los trastornos afectivos.

“Es lo que la sociedad espera de ellas; si no lo hacen aparecen los sentimientos de culpabilidad y si lo hacen su vida gira en torno a los cuidados, pierden todo el poco tiempo que puedan tener para cuidarse de ellas mismas” (Psicóloga, 6 años de experiencia).

6. CONCLUSIÓN

6.1. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Como se menciona al inicio de esta investigación, la principal hipótesis es la existencia de una asociación entre la presencia de trastornos afectivos y los determinantes sociales. En especial, en el caso de las mujeres, ya que se les atribuye otros componentes que pueden desarrollar conflictos en el ámbito de la salud mental, como el rol de cuidadora, el trabajo de cuidados y la sostenibilidad de la vida.

Tras llevar a cabo una investigación cualitativa y un análisis de resultados de las entrevistas realizadas tanto a profesionales del ámbito clínico y social, como a pacientes diagnosticados con trastornos afectivos; se verifica dicha afirmación planteada.

En primer lugar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009), mediante la cual asentó el significado de determinantes sociales como “el conjunto de factores sociales, políticos, económicos ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2009). Así pues, se puede afirmar que los determinantes sociales están directamente relacionados e influyen en los niveles de bienestar, la salud física/mental y la calidad de vida de las personas. A lo largo de esta investigación, se puede observar cómo el estrés y los trastornos afectivos a menudo se producen por contingencias relacionadas con el ámbito socioeconómico.

El nivel socioeconómico de una persona tiene un carácter influyente en la aparición o el mantenimiento de un trastorno afectivo; la pobreza supone un riesgo para la salud mental debido al incremento de la exclusión social y a la dificultad para acceder a los recursos (Lesly y cols., 2022). En este ámbito, las condiciones laborales también son un factor determinante en la salud mental, puesto que si éstas son desfavorables aumentan los riesgos psicosociales (Gil-Monte, P.R., 2010) y contribuyen a deteriorar la calidad de vida y la salud (Rodríguez Carvajal y cols., 2011). Tanto los profesionales, como los pacientes diagnosticados con trastornos afectivos que han sido entrevistados, afirman que un bajo nivel económico y el estrés financiero que éste desencadena, provocan que la salud mental se vea afectada de forma negativa, provocando mayores niveles de estrés y ansiedad. Así mismo, tener unas condiciones laborales caracterizadas por altas jornadas de trabajo y bajos salarios, supone en los pacientes con trastornos afectivos un empeoramiento de su calidad de vida, debido una

vez más al estrés financiero, pero también a la falta de tiempo para cuidar sus redes de apoyo, reproduciendo así sentimientos negativos como la culpabilidad o la soledad.

En el caso de las mujeres esta situación se ve agravada por la presencia de otros estresores como la sostenibilidad de la vida y problemáticas relacionadas con el mundo laboral, como el techo de cristal (González, M.F., 2011).

Todos los profesionales entrevistados están de acuerdo en que en las mujeres tienen más prevalencia de tener un trastorno afectivo y que los roles de género influyen a la hora de la aparición o el mantenimiento de estos.

Este último fenómeno mencionado, el cual afecta principalmente a las mujeres, está directamente relacionado con los roles de género impuestos, que para las mujeres en muchas ocasiones son un factor de riesgo. Los profesionales están de acuerdo en que las mujeres tienen más posibilidad de tener un trastorno afectivo y que el género influye en gran medida, como observa Montero y Barrantes (2003), en su estudio donde las cifras de cuadros depresivos y ansiosos son mayores en las mujeres. Arias de la Torre y cols. (2019), afirma a su vez que los roles asignados según género repercuten en la salud mental de ambos sexos debido a la presión por cumplir con sus funciones.

En los resultados se ha visto cómo las mujeres adoptan ese rol de cuidador y esto les supone un aumento del estrés y es un factor de riesgo para la ansiedad y para la depresión . Tal y como dice Herrero (2017), que las mujeres cuidadoras es frecuente que sufran niveles altos de estrés y de preocupación, además de que sus redes sociales son menores y sufren en ocasiones aislamiento, como se habla en las entrevistas realizadas de estrés que les supone a las personas compaginar el trabajo con las tareas del hogar porque afirman que no les da tiempo a cuidar de ellas mismas ni de sus redes de apoyo.

Cuando se vive un acontecimiento vital estresante (AVE) como es una crisis económica, los profesionales entrevistados dicen que aumentan en gran medida los trastornos afectivos, igualmente lo afirma Valdez Melo (2021) que afectan a la salud física/mental de las personas que los viven.

6.2. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de la investigación, se destaca que la muestra es algo reducida, puesto que tan solo se cuenta con cuatro entrevistas a profesionales del ámbito clínico y social, y ocho entrevistas a personas con trastornos afectivos; por lo que a la hora de analizar los datos no se puede generalizar en los resultados, ni éstos podrán ser aplicados de manera extensa.

Fortalezas

Este estudio tiene como fortaleza el doble enfoque que tiene al analizar la problemática desde el punto de vista de los profesionales y de los pacientes con trastornos afectivos diagnosticados; lo que hace que el estudio sea mucho más completo, ya que se puede contrastar una visión con la otra.

Al utilizar un método de investigación cualitativo, se obtiene mucha más información acerca de la problemática y nos ofrecerá muchos más detalles que son necesarios. Además, se ha hecho uso de abundante bibliografía para detallar todo el marco teórico de la manera más completa posible para que así se pueda comprender mejor el estudio.

Por otra parte, esta investigación puede ser concebida como un estudio piloto que contribuye de forma cualitativa a un campo en el que, en la mayoría de ocasiones, los estudios aportados son de carácter cuantitativo; permitiendo así la posibilidad de profundizar en el ámbito de la salud mental y el Trabajo Social Clínico gracias al conocimiento y experiencia tanto de profesionales, como de pacientes con trastornos afectivos.

6.3. IMPLICACIONES PARA EL TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social es una disciplina que debería tener más importancia dentro del ámbito de la salud mental. La intervención de los trastornos afectivos se aborda fundamentalmente desde el punto de vista médico. Además, según Jeremías (s.f), es muy fácil abusar de los fármacos, ya que aunque son herramientas muy valiosas y eficaces para el manejo de los trastornos afectivos, generan gran dependencia y el paciente cada vez necesita más dosis, por lo que solo se debe empezar el tratamiento si es necesario y siendo algo temporal. Un abordaje multidisciplinar y una coordinación organizada acerca del usuario entre psicólogos, médicos y trabajadores sociales son necesarios para dar una atención mucho más integral.

El Trabajo Social tiene un papel fundamental a la hora de abordar la salud mental; éste fomenta el desarrollo de las diferentes capacidades de las personas y de su entorno, haciendo así que esté más presente el empoderamiento y la integración del usuario en la comunidad, lo que conlleva la mejora de su situación, así como de su bienestar y de su calidad de vida.

Este estudio remarca que el Trabajo Social es de gran importancia en la salud mental, por ello a nivel individual es necesario poner el foco en las personas que tengan determinantes sociales de la salud desfavorables, ya que como se ha visto es un factor de riesgo para la aparición de trastornos afectivos como la ansiedad o como la depresión, por lo qué si se tienen en cuenta estos determinantes sociales, se puede comenzar a actuar de manera más precoz y paralizar antes la problemática.

Los resultados del estudio han puesto en evidencia la urgencia de la actuación del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, el rol del profesional en este campo debe abarcar la investigación de los determinantes sociales que inciden en la vida del paciente, para así poder detectar antes las problemáticas. Esto puede conseguirse a través del empleo de modelos de intervención que tengan en cuenta los determinantes sociales del usuario, a la par que la salud mental del mismo, ya que esto último permite tener una visión más profunda del contexto de la persona con la que se trabaja, permitiendo así que la intervención sea más precisa y obtenga unos resultados más favorables.

Es aquí donde vuelve a aparecer la importancia del modelo psicodinámico, o similares tipos de intervenciones en las que se tienen en cuenta estos dos campos vitales de los usuarios, ya que, para poder llevar a cabo una intervención exitosa, es necesario que el profesional o el equipo multidisciplinar tenga en cuenta el gran abanico de circunstancias que acompañan a la persona, permitiéndole así que exista una actuación más completa y rica en conocimientos, logrando así la emancipación del usuario, mejorando su calidad de vida; teniendo en cuenta factores sociales, pero también el estado de salud mental. Por otra parte, a través del Trabajo Social de grupos, los profesionales pueden fomentar la integración de personas diagnosticadas con trastornos mentales en grupos familiares, de amigos o de cualquier otra índole; fomentando así su autonomía, según Munilla Rebollo y cols. (2012).

También es importante hablar del Trabajo Social Comunitario, según Munilla Rebollo y cols. (2012) su objetivo es fomentar las capacidades de todos los miembros de la comunidad, a través de la participación de sus habitantes, con el fin de que la comunidad mejore su calidad de vida. Las personas con trastornos de salud mental forman parte de la comunidad y hay que

darles voz y hacerles visibles. El trabajador social ha de tener en cuenta el contexto, la zona geográfica, la cultura, los objetivos y los recursos y actuará con y para la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Cárcel, M. M. (2009). Abuso sexual en la infancia. *Anales De Derecho*, (27), 210-240.
- Almendro Marín, M. T., Ortiz, B. E., García Baró, R., & Sánchez del Hoyo, P. (2013). Abuso sexual en la infancia: consecuencias psicopatológicas a largo plazo. *Revista De Psicopatología Y Salud Mental Del Niño Y Del Adolescente*, (22), 51-64.
- Alonso, J. (2022). La soledad y la salud mental. Recuperado de: https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatisalut/es/noticia/la-soledad-y-la-salud-mental_118615 Consultado el día 26/05/2023.
- Amable, M., Benach, J., & González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: concepto y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivos De Prevención De Riesgos Laborales*, 4(4), 169-184.
- Aparicio García, M. E., Fernández Castilla, B., & Giménez Páez, M. A. (2018). Influence of feminine gender norms in symptoms of anxiety in the Spanish context. *Ansiedad Y Estrés*, 24(2), 60-66.
- Arias de la Torre, J., Molina de la Torre, A. J., Fernández Villa, T., Artazcoz Lazcano, L., & Martín Sánchez, V. (2019). Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gaceta Sanitaria: Órgano Oficial De La Sociedad Española De Salud Pública Y Administración Sanitaria*, 33(3), 235-241.
- Arruabarrena Madariaga, I. (2006). *La protección infantil: el papel de la escuela*. Gobierno de Navarra: Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Dirección General de Familia. (pp. 25-27).
- Azón Ginés, O., & Montoya San Juan, A. (2023). Impacto de los roles de género en la salud mental. *Educar Y Orientar: La Revista De La COPOE*, (18), 33-36.
- Berliner, L. (2000). What is sexual abuse? En H. Dubowitz y D. DePanfilis (Eds.), *Handbook for Child Protection* (pp. 18-22). Thousands Oaks, CA: Sage.

Berliner, L. y Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. En Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C. y Reid, T. A. (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 55-78). Thousand Oaks, CA: Sage.

Bernal, C.A. (2006). *Metodología de la investigación: para la administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Ciudad de México: Pearson Educación.

B. First, M.. (2001). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.

Campos Burgui, M. S., & Martínez Larrea, A. (2002). Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 25(3), 117-136.

Cantón Cortés, D., & Cortés Arboleda, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables interviniéntes. *Anales De Psicología*, 31(2), 552-561.

Castillo León, M. T., Carrillo Trujillo, C. D., Campo Marín, T. C., & Barrera Flores, M. J. (2019). Sintomatología de ansiedad y depresión en población en contextos de pobreza en el sureste mexicano. *Revista Interamericana De Psicología = Interamerican Journal of Psychology*, 53(2), 263-280.

Clínica López Ibor. (s.f). *¿Qué son los trastornos afectivos?*. Recuperado de <https://www.lopezibor.com/pacientes/trastornos-afectivos/>. Consultado el 12 de febrero de 2023.

Coryell, W. (2021). *Trastornos Bipolares*. Manual MSD versión para profesionales. University of Iowa Carver College of Medicine. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-bipolares> Consultado el 04/05/2023.

Delgado Reguera, J. A. (2018). *El trabajo social en el ámbito de la salud: su posición dentro del paradigma biopsicosocial*.

Díaz Kuaik, I., & Iglesia, G. d. l. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.

Álvaro Estramiana, J. L., Garrido Luque, A., & Schweiger Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión: una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional De Sociología*, 68(2), 333-348.

Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D., y Cruz, J.R. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de los trastornos ansiosos. MediSur, 10(5), 466-479. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019&lng=es&tlang=es Consultado el 27/04/2023.

Fombuena Valero, J., & Martí Trotonda, A. (2006). Trabajo social clínico. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (1), 446.

Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos De Trabajo Social*, (23), 333-352.

García-Camba, E. (2017). *Factores que causan la ansiedad*. Recuperado de <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/hay-personalidades-propensas-a-tener-ansiedad>. Consultado el 17 de marzo de 2023.

Gaviria Arbeláez, SL, (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 38 (2), 316-324.

Gil Monte, P. R. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional. *Informació Psicològica*, (100), 68-83

González, M.F. (2011). Salud laboral y género. Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 89-114.

Hernández, N. (2023). *Salud mental en el entorno rural: hasta dos años de espera para recibir atención en casos severos*. Recuperado de https://www.consalud.es/profesionales/atencion-en-medio-rural-teniendo-problemas-severos-se-puede-alargar-dos-ano_127701_102.html. Consultado el 29 de marzo de 2023.

Ituarte Tellaeché, A. (2017). *Prácticas de trabajo social clínico*. (1st ed.). Nau Llibres. (pp. 252).

Izquierdo, A., Cabello, M., Leal, I., Ayora, M., Rodriguez-Jimenez, R., Ibáñez, Á., ... Ayuso Mateos, JL. (2021). How does neighbourhood socio-economic status affect the interrelationships between functioning dimensions in first episode of psychosis? A network analysis approach. *Health & Place*, 69.

Jeremías, C., Sánchez, E., Ruiz, I., Galván, J., Roquer, M., Zayas, P. (s.f). *Uso y abuso de los ansiolíticos y antidepresivos*. Barcelona, España: Universitat de Barcelona.

Jiménez García, L., Menéndez Álvarez-Dardet, S., & Hidalgo García, M. V. (2012). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes De Psicología*, 30(1), 523-531.

Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*, 45, 1-7.

Lesly Flores Peña, K., Huashuayo, C.N., Mariana Vila Queirolo, F. (2022). *Bajo nivel socioeconómico y problemas de salud mental en adolescentes de Lima metropolitana*. Universidad Peruana.

López Álvarez, M., Laviana Cuetos, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatria*, 28(101), 43-83

Londoño Pérez, C., Peñate Castro, W., & González Rodríguez, M. (2017). Síntomas de depresión en hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4)

López Ruiz, M. B., & Presmanes Roqueñi, L. (2018). Depresión en hombres y su relación con la ideología masculina tradicional y la alexitimia. *MLS Psychology Research*, 1(1), 95-110.

Manzano Callejo, J.M. (2023). *Medio rural versus urbano: Influencia en la salud mental*. Recuperado de <https://www.nuevatribuna.es/articulo/sociedad/psicoecologia-transcultural-medio-rural-versus-urbano-influencia-salud-mental-psicologia/20230315122251209611.html>. Consultado el 23 de mayo de 2023.

Mehdipanah, R. (2014). *Urban renewal and health: the effects of the Neighbourhoods Law on health and health inequalities in Barcelona.*

Mental Health América. (s.f). *Qué es la depresión.* Recuperado de <https://mhanational.org/que-es-la-depresion>. Consultado el 12 de febrero de 2023.

Montero Vega, A., y Barrantes Bogantes, F. (2003). *Los trastornos afectivos y los de ansiedad.* Universidad de Costa Rica.

Montes, C. (2004). La depresión y su etiología: Una patología compleja. *Vitae: Academia Biomédica Digital*, (18)

Montesó Curto, P. (2008). *Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres.* Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Montorio, I., Izal, M., Cabrera, I. (2011). Trastorno de ansiedad generalizada. En Caballo, V., Salazar, I y Carrobles, J (Eds), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos.* (pp. 286-302). Madrid, España: Pirámide.

Neuros Center. (2022). *Síntomas de Trastornos Afectivos.* Recuperado de <https://neuroscenter.com/blog/sintomas-de-trastornos-afectivos/>. Consultado el 24 de mayo de 2023.

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020.* Madrid, España: Servicio Madrileño de Salud.

Oliveira, W. A. d., Gea, B., Hoffmann Marcon, G., Lemos de Oliveira, J., de Souza Costa Dalpino, L. R., Nicolau Freire, T., & Santos, M. A. d. (2022). Percepción de los profesionales de los determinantes sociales de la salud mental infantil. *Quaderns De Psicología*, 24(1)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y Salud.* Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=Los%20roles%20de%20g%C3%A9nero%20son,sociocultural%20para%20todas%20las%20personas>. Consultado el 17 de marzo de 2023.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Resumen analítico. Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda del mañana.* Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf Consultado el 7 de junio de 2023.

Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 23(6), 1255-1272.

Palma Ayllón, E., & Escarabajal Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos: Revista De La Sociedad Española De Enfermería Geriátrica Y Gerontológica*, 32(1), 22-25.

Pereira da Silva, J. (2005). *Salud mental, estresores y recursos psicosociales en jóvenes estudiantes en situación de riesgo*. Universidad Complutense de Madrid.

Pino Osuna, M. J., & Herruzo Cabrera, J. (2000). - Consecuencias de los malos tratos sobre el desarrollo psicológico. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 32(2), 253-276.

Navarro Carrascal, O. E., Prevert, A., & Bogalska-Martin, E. (2012). La discriminación social desde una perspectiva psicosociológica. *Revista De Psicología: (Universidad De Antioquia)*, 4(1), 7-20.

Ramos Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud Mental*. 37, 257-281

Raventós, S. (2021). *Salud mental, determinantes sociales y protección social*. Recuperado de <https://www.redrentabasica.org/rb/salud-mental-determinantes-sociales-y-proteccion-social/>. Consultado el 2 de abril de 2023.

Retamal, P. (1999). *Depresión. guías para el paciente y la familia*. Editorial universitaria.

Rey Bruguera, M. (2016). *Adaptación escolar, social y familiar, estrés cotidiano y acontecimientos vitales estresantes en la infancia*.

Rey Bruguera, M., Calonge, I., & Martínez Arias, M. d. R. (2017). Los acontecimientos vitales estresantes, la sintomatología y la adaptación en la infancia: estudio comparativo con pacientes de salud mental y escolares. *Clinica Y Salud: Investigación Empírica En Psicología*, 28(3), 123-129.

Sáenz Herrero, M. (2017). Salud mental, género e igualdad. *Norte De Salud Mental*, 14(56), 109-114.

Munilla Rebollo, R. V., Mancebo Muñoz, J., Caneiro Villayndre, M. A., Nieto Acero, L., Titos Rodríguez, R., Subirats Matías, D., & Paniagua Guijarro, I. (2012). Las funciones del Trabajador Social en los equipos de apoyo social comunitario en salud mental. *Trabajo Social Hoy*, (67), 51-62.

Rodríguez Carvajal, R., Rivas Hermosilla, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 72-88.

San Molina, L, Arranz Martí, B. (2010). *Comprender la depresión*. Editorial Amat, S.L

Sanz Rodríguez, L. J., Gómez García de la Pedrosa, M., Almendro Marín, M. T., Rodríguez Campos, C., Izquierdo Núñez, A. M., & Sánchez del Hoyo, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 29(104), 501-521.

Sciani, G., Valvassori, S., Diaz, A., Lima, C., Benvenuto, D., Fries, G., Quevedo, J. (2020). Neurobiology of bipolar disorders: a review of genetic components, signaling pathways, biochemical changes, and neuroimaging findings. *Braz J Psychiatry*, 42(5), 536-551.

Sieglín, V., & Ramos Tovar, M. E. (2007). Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. *Revista Mexicana De Sociología*, 69(3), 517-551.

Usall i Rodié, J., Vázquez Barquero, J. L., Montero, I., Moreno Küstner, B., Gómez Beneyto, M., Reneses-Prieto, B., & Aparicio, M. D. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria: Órgano Oficial De La Sociedad Española De Salud Pública Y Administración Sanitaria*, 18(1), 175-181.

Valdez Melo, Z., Pérez Olmedo, Y., Lavoignet-Acosta, B. J., Cruz Núñez, F., & Hernández, C. I. (2021). Acontecimientos vitales estresantes en mujeres trabajadoras de un mercado del estado de Veracruz, México. *Revista Colombiana De Salud Ocupacional*, 11(1), 18-23.

Vicente Arruebarrena, A., & Sánchez Cabaco, A. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, (19), 15-32.

Viscarret Garro, J. J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. *Fundamentos del trabajo social* (1st ed., pp. 293-344). Madrid : Alianza, 2009.

Weich S, Lewis G. (1998). Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *Epidemiol Community Health*, (52), 8-14.

Weich, S., & Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 317(7151), 115–119.