



Universidad
de Huelva



Hospital Universitario
JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

uhu.es
PUBLICACIONES



FEAFES - HUELVA
SALUD MENTAL

III CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL

SALUD MENTAL: UNA NECESIDAD. UN DERECHO



III CONGRESO INTERNACIONAL de Salud Mental

FEAFES HUELVA



© FEAFES HUELVA

Primera Edición: enero 2024

Teléfonos: 697331467 / 959247410

email: feafes-huelva@hotmail.com

instagram.com/feafeshuelvasaludmental/

facebook.com/FeafesHuelvaSM/

<https://www.feafes-huelva.org/>

Los coordinadores de la obra:

- María Domínguez Macías. Presidenta de FEAFES Huelva Salud Mental. Huelva.

- Juan Gómez Salgado. Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. Huelva.

- Lorena Martín Álvarez. Técnica del Área de intervención familiar de FEAFES-HUELVA. España.

- Silvia Ponce De León. Psicóloga del Área de intervención familiar de FEAFES-HUELVA. España.

Edición y maquetación:

Luis Benítez Delgado

Impreso por:

La Imprenta CG S.L.

Depósito Legal: H 612 - 2023

ISBN (edición digital - pdf): 978-84-19397-84-3

Colección: Collectanea nº 242

Las mejores y más bellas cosas en el mundo no se pueden ver, ni siquiera tocar; deben ser sentidas por el corazón.

Helen Keller





Índice

| | |
|--|----|
| • Conferencia Inaugural..... | 9 |
| • Menciones y Reconocimientos de FEFES Huelva Salud Mental por su 30 aniversario..... | 23 |
| • Mesa Redonda: <i>Adicciones y nuevas adicciones</i> | 25 |
| • Seminarios y Talleres | |
| - Técnicas de reducción del estrés en personas con problemas de salud mental..... | 33 |
| - Adicciones..... | 41 |
| - Salud Mental Juvenil..... | 45 |
| - Gestión de conflictos enfocado a personas con problemas de salud mental y familiares..... | 49 |
| - Acompañamiento profesional en el proceso de morir. Gestión de la pérdida..... | 51 |
| - Habilidades Sociales destinadas a familiares y personas con problemas de salud mental..... | 53 |
| - Nuevas estrategias en la lucha contra el estigma: Realidad virtual en intervenciones basadas en la terapia de aceptación y compromiso..... | 55 |
| - Promoción de la Salud Mental destinado a familiares y personas con problemas de salud mental..... | 57 |
| - Enfermeras especialistas en Salud Mental: comprometidas en el cuidado con las personas, las familias y los grupos..... | 65 |

| | |
|--|-----|
| · Obra de Teatro..... | 69 |
| · Comunicaciones Científicas Premiadas..... | 71 |
| · Mesa Redonda: <i>Trastornos de la conducta alimentaria</i> | 75 |
| · Conferencia: <i>Impacto emocional de la pandemia</i> | 85 |
| · Mesa Coloquio: <i>El suicidio</i> | 91 |
| · Seminarios y Talleres | |
| - Técnica de reducción del estrés en usuarios y cuidadores..... | 107 |
| - Gestión de Conflictos destinado a técnicos y estudiantes..... | 115 |
| - Primeros auxilios y soporte vital..... | 117 |
| - Nutrición y Salud Mental..... | 119 |
| - Promoción de Salud Mental..... | 125 |
| · Mesa Coloquio: <i>La mujer y la salud mental</i> | 133 |
| · Historia de Vida..... | 149 |
| · Clausura del III Congreso Internacional de Salud Mental y Premios Científicos..... | 157 |
| · Coordinación Editorial y Comités..... | 159 |
| · Bibliografía..... | 165 |





Conferencia Inaugural

Moderador: D. Ángel Blanc Marugán

Agente tutor. Oficial de la Policía Local de Mijas. Málaga.

Ponente D. Israel Codina Fullerat

*Psiquiatra. Coordinador del Proyecto Conecta Salud Mental
Fuengirola-Mijas. Málaga.*

El proyecto *Conecta Salud Mental Fuengirola-Mijas* es un programa orientado hacia una mayor interacción con todos los ámbitos que rodean al dispositivo comunitario de salud mental, empezando por el sanitario con centros de atención primaria, servicios de urgencias hospitalarios, centros de atención temprana y centros de adicciones de la zona. En este primer círculo, hemos realizado modificaciones a nivel asistencial para poder priorizar casos de mayor gravedad y sostener la demanda que llega desde atención primaria en base a integración semanal de facultativos de salud mental en centros de atención primaria, tanto a nivel de coterapias, como a nivel de supervisión de casos. Estos cambios en el modelo clásico han permitido asumir el incremento de derivaciones de primera consulta en el periodo pandémico sin superar los 60 días marcados por el decreto.

En el ámbito social, hemos desarrollado un fuerte trabajo de colaboración con los servicios sociales de ambos municipios, sobre todo en lo relativo al abordaje de familias disfuncionales con menores (a través de los Equipos de Tratamiento Familiar), servicios de atención a la mujer y detección de pacientes con trastorno mental grave y riesgo de exclusión social. Tanto servicios sociales como policía local se han integrado con nosotros en un programa orientado al abordaje comunitario de personas con



trastornos mental grave sin conciencia de enfermedad. Esto ha sido posible a través de evaluaciones intersectoriales en medio comunitario de pacientes identificados por estos sectores, dado que estos agentes sociales son conocedores de la realidad de las calles de los municipios y esto nos ha facilitado el poder intervenir con personas que se encuentran fuera del sistema sanitario.

En estos 3 años, hemos podido detectar, asistir y reinsertar en sociedad 8 casos de manera completa, así como sostener un sistema de alertas con la policía local para la evaluación e intervención precoz con potenciales pacientes que vienen a vivir al territorio que cubrimos.

A través del programa *Agente Tutor*, desarrollado por el Ayuntamiento de Mijas en la policía local, hemos podido materializar múltiples actividades orientadas al ámbito educativo y social. Este programa ha sido reconocido a nivel andaluz y estatal por considerarse una buena práctica (<https://www.laopiniondemalaga.es/costa-sol-occidental/2020/10/07/policia-local-mijas-premio-feafes-27407397.html>). Es gracias a la figura de Ángel Blanc y al trabajo de coordinación del movimiento asociativo – Asociación AFESOL en nuestra zona - que hemos podido ir integrando planes de intervención que cubren tanto el espectro sanitario como el social, absolutamente necesario para que la estabilización en ámbito comunitario se sostenga en el tiempo.

Fruto de esta alianza, se ha contactado con una organización en Estados Unidos que lleva más de 30 años creando nexos de colaboración entre policía local, salud mental y el ámbito judicial. CIT Internacional (<https://www.citinternational.org/en-Espanol>) confluye con nuestros intereses comunitarios y con la tarea que estamos desarrollando, por lo que pudimos participar el pasado mayo en un periodo de 15 días en Miami para vivenciar en primera persona el modelo de colaboración e integrarnos en una formación impartida para la policía local.



En este último año, hemos crecido en la colaboración con el sector educativo, interviniendo en la formación específica de profesionales del equipo de orientación y orientadores de los centros de secundaria. Estamos integrando a profesionales de enfermería de nuestro centro junto con los referentes de servicios sociales de zona y profesionales de atención primaria (incluyendo a las enfermeras escolares) para incluirnos en escuelas de padres y el programa *Forma Joven* con la finalidad de empoderar al resto de la red para hacer más visibles los problemas de salud mental en la adolescencia, teniendo en cuenta que, hasta la fecha, se limitaban a aportar información sobre educación sexual y consumo de tóxicos.

De manera paralela y coordinadamente con el ámbito social y educativo, hemos desarrollado campañas de sensibilización y formación en conductas de riesgo autolítico orientado a adolescencia, lo que nos permite desarrollar intervenciones en tiempo real con una alta reactividad por parte del sistema y facilidad para consensuar planes de intervención en crisis con todos los ámbitos y con las familias de los pacientes. Este hecho es muy importante y compartimos la preocupación del delegado de salud al respecto. Somos conscientes de que el sistema debe ser lo suficientemente flexible para dar respuesta rápida a estas situaciones urgentes e integrarlas en el abordaje específico en salud mental, pese a que esto suponga un retraso en las consultas de revisión de otros pacientes que ya se encuentran en seguimiento. Con el apoyo de la gerencia y dirección médica del Hospital Clínico Virgen de la Victoria, hemos diseñado un programa específico intensivo para las personas con tentativas y riesgo alto de suicidio. Para el desarrollo de este programa específico, hemos tomado la estructura de tercer nivel hospitalaria de la unidad Cicerón y la hemos adaptado al ámbito comunitario a través del proyecto *Conecta Salud Mental Fuengirola-Mijas*.

El movimiento que estamos realizando a nivel asistencial es centrífugo y orientado hacia la población que reside en



los dos municipios que cubrimos asistencialmente. En este sentido, creemos que es muy importante realizar cambios en el funcionamiento de los dispositivos organizativos para poder incorporar los nuevos recursos, tales como psicología en atención primaria, equipos de tratamiento intensivo comunitarios, referentes de suicidio... Todo ello para que se favorezca la integración y no una mayor compartimentalización del sistema que enquistase y dificulte la accesibilidad a los centros.

Actualmente estamos inmersos en ajustes que garanticen la sostenibilidad del proyecto a largo plazo, planteando con todos estos agentes con los que colaboramos el hecho de desarrollar prácticas de corresponsabilidad en las intervenciones desarrolladas en cada caso concreto.

Ponente: Dña. Licenciada Habsi W. Kaba.

MS, LMFT. 2ª Vicepresidencia de la organización Crisis Intervention Team International. Directora del programa Crisis Intervention Team - Miami, Florida.

Todos los días, en todas las comunidades de los Estados Unidos, las agencias de aplicación de la ley, los tribunales y las instituciones correccionales son testigos de un desfile de miseria provocado por enfermedades mentales no tratadas o poco tratadas. Según las estimaciones de prevalencia más recientes, aproximadamente el 16,9% de los detenidos en las cárceles (14,5% de los hombres y 31,0% de las mujeres) experimentan enfermedades mentales graves. Teniendo en cuenta que en 2018 las fuerzas del orden público en todo el país realizaron un estimado de 10.3 millones de detenidos, esto sugiere que más de 1.7 millones involucraron a personas con enfermedades mentales graves.

En un día cualquiera, aproximadamente 380.000 personas con enfermedades mentales son detenidas en cárceles



y prisiones en todo Estados Unidos. Tomando en cuenta que a partir de 2016 sólo había alrededor de 20.000 camas en los hospitales psiquiátricos estatales civiles, esto significa que hay 19 veces más personas con enfermedades mentales en las cárceles que en todas las instalaciones de tratamiento del estado civil combinadas.

El programa del *Equipo de Intervención en Crisis*, también conocido como CIT, es una asociación comunitaria de aplicación de la ley, salud mental, adicción y personas que viven con enfermedades mentales o trastornos de adicción, sus familias y otros socios para mejorar las respuestas de la comunidad a las crisis de salud mental. Si bien los programas de CIT son conocidos por los agentes de policía capacitados en CIT, los programas exitosos también se centran en mejorar el sistema de respuesta a crisis, abogar por los servicios necesarios y fortalecer las asociaciones en toda la comunidad.

El modelo CIT, conocido como el modelo Memphis, se desarrolló por primera vez en 1988 y desde entonces se ha extendido por todo Estados Unidos y varias naciones en todo el mundo. En 2008, los fundadores de CIT, el Dr. Randy DuPont y el Mayor Sam Cochran, dirigieron la convocatoria de miembros de exitosos programas de CIT de todo Estados Unidos. Estas personas se convirtieron en los miembros fundadores de *CIT Internacional*. Éste se formó para ayudar a las comunidades de todo el mundo con la reforma del sistema de respuesta a crisis mediante el desarrollo de programas de CIT a nivel estatal, regional y local. A través de la investigación y la experiencia, CIT Internacional define y aboga por los estándares de mejores prácticas de programación de CIT. Apoya los programas CIT en todo el mundo con fidelidad a esos estándares de mejores prácticas a través de educación, conferencias, certificación, asistencia técnica y capacitación diversa.

CIT es un programa que proporciona la base necesaria para promover soluciones comunitarias y estatales para ayudar



a las personas con una enfermedad mental o adicciones. Este modelo reduce tanto el estigma como la necesidad de una mayor participación en el sistema de justicia penal. CIT proporciona un foro para la resolución efectiva de problemas relacionados con la interacción entre la justicia penal y el sistema de atención de salud mental y crea el contexto para un cambio sostenible.

La investigación muestra que las comunidades que prescriben al modelo del programa CIT tienen mayores tasas de éxito en la resolución de situaciones de crisis. Sus objetivos básicos son desarrollar el sistema de respuesta a crisis más compasivo y efectivo que sea el menos intrusivo en la vida de una persona y ayudar a las personas con trastornos mentales y/o adicciones a acceder a tratamiento médico y de salud mental, en lugar de colocarlos en el sistema de justicia penal debido a comportamientos relacionados con enfermedades.

Un programa sólido de CIT basado en la guía de mejores prácticas ayudará a fortalecer su comunidad al trabajar juntos para ayudar a las personas que viven con enfermedades mentales o adicciones que están en crisis, también mejorará su sistema comunitario de salud mental, salvará vidas y brindará esperanza y recuperación a los necesitados.

Aunque las estadísticas nacionales son alarmantes, el problema es aún más agudo en el condado de Miami, Florida. En Miami, la cárcel actualmente es la institución psiquiátrica más grande de la Florida y contiene casi la mitad de las camas que atienden a reclusos con enfermedades mentales que todos los hospitales estatales civiles y forenses de salud mental combinados.

De las 55.000 reservas en la cárcel el año pasado, unas 11.000 involucraron a personas con enfermedades mentales que requerían tratamiento psiquiátrico intensivo mientras estaban encarceladas. En un día cualquiera, la cárcel alberga a aproximadamente 2.400 personas que reciben medicamentos



psicoterapéuticos, costando a los contribuyentes unos 232 millones de dólares anuales o 636.000 por día.

Los costos adicionales para el condado, el estado y los contribuyentes resultan del crimen y las amenazas asociadas a la seguridad pública; acciones civiles presentadas contra el condado y el estado como resultado de lesiones o muertes que involucran a personas con enfermedades mentales; lesiones a agentes del orden público y funcionarios correccionales; el aumento del número de casos judiciales que involucran a acusados con enfermedades mentales; y sala de emergencias y atención médica no compensadas.

El Proyecto de Salud Mental Criminal del Undécimo Circuito Judicial, ubicado en el condado de Miami-Dade, Florida, y creado por el Juez Steve Leifman se estableció en el año 2000 para desviar a las personas con enfermedades mentales graves y trastornos por uso de sustancias del sistema de justicia penal y hacia servicios integrales de tratamiento y apoyo basados en la comunidad. El programa opera dos componentes principales: la desviación de la cárcel de reserva previa que consiste en la capacitación del Equipo de Intervención de Crisis (CIT) para los agentes del orden público y la desviación de la cárcel posterior a la reserva que atiende a las personas registradas en la cárcel del condado y en espera de la adjudicación. Además, el proyecto ofrece una variedad de servicios de superposición destinados a: agilizar la selección e identificación de los participantes del programa; elaborar planes de reinserción comunitaria basados en pruebas para garantizar vínculos apropiados con los servicios de tratamiento y apoyo basados en la comunidad; mejorar los resultados entre los individuos con antecedentes de incumplimiento del tratamiento; y agilizar el acceso a las prestaciones federales y estatales.

El proyecto proporciona una solución efectiva y rentable a un problema comunitario y funciona eliminando brechas en los servicios y forjando relaciones productivas e innovadoras entre



todas las partes interesadas que tienen interés en el bienestar y la seguridad de una de las poblaciones más vulnerables de nuestra comunidad. Este proyecto ha demostrado avances sustanciales en el esfuerzo por revertir la criminalización de las personas con enfermedades mentales. La idea no era crear nuevos servicios, sino fusionar y combinar los servicios existentes de una manera que fuera más eficiente y continua en todo el sistema. Los resultados del programa demuestran que la planificación individualizada de la transición para acceder al tratamiento y los servicios necesarios basados en la comunidad al salir de la cárcel garantizará el reingreso y la recuperación exitosos de la comunidad para las personas con enfermedades mentales y posibles trastornos concurrentes por uso de sustancias que están involucrados en el sistema de justicia penal.

El Modelo de Memphis del Equipo de Intervención en Crisis (CIT) es un enfoque centrado en la solución que cierra la brecha entre una respuesta policial y la atención de salud conductual a través de asociaciones y colaboración comunitarias. Esta alianza promueve la transformación de los sistemas que mejora la seguridad, reduce el encarcelamiento inapropiado y redirige a las personas con enfermedades mentales y uso / abuso de sustancias del sistema de justicia penal al sistema de atención médica, cuando corresponda.

El programa CIT del Proyecto de Salud Mental Criminal del Undécimo Circuito Judicial ha adoptado y promovido CIT y ha servido como una plataforma para asociaciones comunitarias y colaboración compuesta por la policía, la salud conductual, los defensores y las partes interesadas de la comunidad. El Proyecto ofrece la promesa de esperanza y recuperación para las personas con enfermedades mentales graves que a menudo han sido malinterpretadas y discriminadas. Una vez que participan en el tratamiento y los servicios de apoyo comunitario, las personas pueden lograr una recuperación exitosa, la integración en la comunidad y reducir su reincidencia a la cárcel.



Uno de los elementos centrales del programa es la capacitación especializada de 40 horas ofrecida a las fuerzas del orden público, que consta de módulos tales como trastornos psiquiátricos, intervención suicida, trastornos por uso de sustancias, técnicas de desescalada, trauma, la perspectiva de las personas en recuperación, la salud mental y la ley de abuso de sustancias, y recursos comunitarios de salud conductual. Esta capacitación está diseñada para educar y preparar a los oficiales para reconocer los signos y síntomas de las enfermedades mentales, y para responder de manera más efectiva y apropiada a las personas en crisis.

Los agentes que responden deben saber cómo las enfermedades mentales pueden afectar los comportamientos y las percepciones de las personas. Los agentes de CIT son expertos en reducir las crisis que involucran a personas con enfermedades mentales, al tiempo que aportan un elemento de comprensión y compasión a estas situaciones difíciles. Cuando es apropiado, las personas en crisis reciben asistencia para acceder a las instalaciones de tratamiento en lugar de ser arrestadas y llevadas a la cárcel.

El programa CIT ha demostrado resultados tremendos. Hasta la fecha, el Proyecto ha brindado capacitación de CIT a más de 8.000 agentes del orden público de 36 agencias locales de aplicación de la ley en el condado de Miami, incluidas las Escuelas Públicas de Miami y el Departamento de Correcciones y Rehabilitación. En todo el condado, se estima que los oficiales de CIT responden a casi 20.000 llamadas de crisis de salud mental por año.

Desde 2010, los oficiales de CIT del Departamento de Policía de Miami y el Departamento de Policía de la Ciudad de Miami han respondido a 91.472 llamadas de crisis de salud mental que resultaron en 17.516 desviaciones de la cárcel, 55.013 personas asistidas para acceder a tratamiento comunitario y sólo 152 arrestos. Desde 2008, el número de reservas anuales en



la cárcel ha disminuido de aproximadamente 118.000 a 53.000 el año pasado. La población diaria promedio en el sistema carcelario del condado ha disminuido de 7.200 a 4.200 reclusos en la actualidad, y el condado ha cerrado una instalación carcelaria completa con un ahorro de costos para los contribuyentes de 12 millones de dólares por año.

El éxito y la eficacia de este proyecto dependen del compromiso de las partes interesadas en toda la comunidad. Esta colaboración entre sistemas es esencial para la transición del sistema de justicia penal al sistema comunitario de salud mental.

Las operaciones del programa dependen de la colaboración entre las partes interesadas de la comunidad, incluida la Oficina del Fiscal del Estado, la Oficina del Defensor Público, el Departamento de Correcciones y Rehabilitación del Condado de Miami, el Departamento de Niños y Familias de la Florida, la Administración del Seguro Social, proveedores de salud mental comunitarios públicos y privados, agencias de aplicación de la ley, familiares y usuarios de salud mental.

Las deficiencias actuales del sistema de salud mental no surgieron por acciones o inacciones de ninguna parte interesada. Ni una sola persona creó este problema, y se necesitará toda una colaboración en cada comunidad para solucionarlo. Y cuando finalmente lo hagamos, tendremos un sistema de atención no fragmentado y más responsabilidad y cada persona que vive con enfermedades mentales será tratada de manera justa y adecuada, con acceso a la atención y los servicios que merece.



Ponente: D. Ángel Blanc Marugán

Agente tutor. Oficial de la Policía Local de Mijas. Málaga.

Cuando en marzo de 2017 se implementó el Programa Agente Tutor en el municipio de Mijas, cuyo objetivo es la protección del menor principalmente mediante la prevención en el ámbito educativo, no nos planteamos la posibilidad de trabajar en programas relacionados con la Salud Mental. Fue dos años después cuando desde los Servicios Sociales municipales, con los que ya trabajábamos el absentismo escolar, se nos solicitó colaboración en las visitas domiciliarias a personas con posibles problemas mentales, lo que nos hizo ser conscientes de la falta de recursos y de coordinación de estos para afrontar este tipo de casos. Y de la necesidad de crear un modelo comunitario para la prevención, intervención y postvención de los Problemas de Salud Mental.

Los distintos errores en la intervención con el que posteriormente denominaríamos “paciente 0”, el cual hoy en día lleva una vida normalizada, nos enseñaron la importancia de la red y la necesidad de mejorarla y ampliarla. Estando actualmente formada por la Unidad de Salud Mental de Fuengirola- Mijas, los Servicios Sociales, los médicos de atención primaria de los Centros de Salud, los Equipos de Orientación Educativa, la Asociación de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental de la Costa del Sol, Afesol, la técnica en drogodependencias del Departamento de Sanidad y la Policía Local.

La propuesta de Afesol y la posterior concesión por parte de Feafes Salud Mental de la Insignia de Oro de la entidad al Cuerpo de La Policía Local de Mijas fueron un gran estímulo para seguir avanzando en nuestro programa.

A esto se unió el crecimiento exponencial de los casos de personas con problemas de Salud Mental provocado por la pandemia que, durante el confinamiento con la atención primaria totalmente desbordada, la falta de recursos de Salud



Mental y parte de los Servicios Sociales teletrabajando, obligaron a los policías a hacer las visitas domiciliarias, pasando de una quincena de intervenciones durante el año 2019 a más de 200 en el 2020.

Paralelamente, pudimos conocer de la existencia del denominado *Modelo Memphis*, el cual es promovido por la asociación CIT International en numerosos municipios principalmente de Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido. Con el continuo contacto con una representante de su mesa ejecutiva pudimos aprender de su experiencia de más de 30 años, teniendo la oportunidad en mayo de 2022 de participar en una formación en la ciudad de Miami y conociendo, además de los recursos, su programa judicial (que es un referente en los Estados Unidos).

Estos son los comienzos de un programa cuyo principal objetivo es la mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y de sus familias, a través de cinco fases:

1- Prevención: mediante charlas en los centros educativos, en las que se relacionan otras problemáticas como el acoso escolar, el consumo de drogas y el abuso de las tecnologías, de la información y la comunicación con los efectos que producen en la salud mental. Normalizando hablar de ella se combate el estigma que la acompaña.

2- Detección: a través de los equipos de orientación educativa de los centros, de intervenciones policiales y demandas vecinales.

3- Valoración: junto a las psicólogas de los equipos de los servicios sociales municipales, y el equipo de Salud Mental Comunitario, colaborando en las visitas domiciliarias.

4- Intervención en Crisis: principalmente en casos de ideación suicida, conductas autolíticas e ingresos involuntarios.



Del mismo modo, se informa a la Unidad de Salud Mental de las actuaciones llevadas a cabo.

5-Seguimiento: mediante reuniones periódicas con el resto de los miembros de la red y la creación de un vínculo con las personas con problemas de salud mental se fomenta la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, teniendo en cuenta la importancia de la formación y sensibilización dentro de los cuerpos policiales, se planteó la posibilidad de formar a los policías en técnicas básicas de intervención en crisis. Estas herramientas pasan por la escucha activa, la empatía y la desescalada verbal, además del conocimiento de los recursos existentes para una correcta derivación de los casos.

De ello pudimos ser testigos en el curso intensivo de 40 horas de duración con 25 policías de Miami, y de cómo estos a través de los testimonios de personas con problemas de salud mental y de sus familiares iban cambiando su percepción, adquiriendo nuevas herramientas para poder afrontar situaciones de crisis. Todo ello unido a la celebración en el mes de mayo del mes de la salud mental en que comercios, vallas publicitarias y vehículos policiales sensibilizan a la población en general con mensajes relacionados con ella.

Esa especialización de los policías, como primeros intervinientes ante llamadas al teléfono emergencias 911, hace que los mismos operadores comisionen al lugar a unidades de Intervención en Crisis, CIT, habiéndose reducido notablemente el número de personas con problemas de salud mental detenidas o lesionadas, así como el número de agentes.

Como agente tutor, siendo una figura principalmente preventiva, me gustaría destacar la importancia de la detección temprana ya que sin ella y sin su posterior tratamiento, muchos de los problemas se convierten en patologías.



Los datos confirman que resulta imprescindible seguir trabajando en esta línea:

- El 50% de los problemas de salud mental se desarrolla antes de los 14 años.

- El 70%, antes de los 18 años.

- El suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años, siendo la infancia y la adolescencia las etapas fundamentales para fomentar una buena salud mental a través de la resiliencia, y dando herramientas para afrontar los problemas de una forma sana, mediante la consolidación de hábitos saludables y la creación de una red de apoyo que empieza en la familia como primer elemento socializador.

Por todo ello, nos sumamos a otros muchos colectivos para combatir el estigma y trabajar junto a estos para dar una respuesta mucho más cercana y profesional. Este es el camino que hemos decidido seguir y ampliar a otros municipios de nuestro entorno.

Por último, quiero agradecer a la *Asociación de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental de la Costa del Sol, Afesol* su confianza, haciéndola extensiva al resto de asociaciones, que con pocos recursos cubren muchas de las carencias de las administraciones. Son estas las que con su trabajo diario ayudan a sus usuarios y a sus familias. Y también me gustaría agradecer a la *Fundación Idiliq* su destacada colaboración y patrocinio en todos los proyectos relacionados con la salud mental. Sin su inestimable ayuda no serían posibles.





MENCIONES Y RECONOCIMIENTOS

Desde FEAFES, por el 30 aniversario

Porque siempre es importante la constancia en el trabajo, pero también es importante reconocerlo y por ello darle valor, en el 30 aniversario de **FEAFES HUELVA SALUD MENTAL** en la asociación la entidad desea hacer una mención especial a todas las personas e instituciones vinculadas al trabajo de Feafes. Llevan muchísimos años ayudando en la defensa y la promoción de la salud mental.

Pasamos al primer premio, en el que se le hizo una entrega a una persona bondadosa, que ha dedicado su tiempo a Feafes y también con una gran fortaleza como socia y parte de la directiva. Este reconocimiento va para **Carmen Caro**. Entrega el premio **María Domínguez**.

El segundo reconocimiento va para la casa en la que estamos. Se trata de la **Universidad de Huelva** por su cooperación e implicación para civilizar y concienciar sobre los problemas de salud mental. Recoge el reconocimiento su vicerrectora y lo entrega **María Domínguez**.

El tercer reconocimiento va para el **Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez** por su colaboración desinteresada, por ayudar siempre en la lucha contra el estigma en la salud mental. Recoge el premio su gerente y lo entrega **Manolo Márquez**.

El cuarto reconocimiento es para una persona que ha apoyado incondicionalmente la defensa y la promoción de la salud mental, que ha estado ahí siempre con Feafes Huelva. Se trata de **Juan Gómez Salgado**, haciendo entrega **Manolo Márquez**.



El siguiente premio va para una persona llamada **Juan José Mancheño Barba**, pues su respaldo y apoyo siempre han estado disponibles para la Asociación, ayudando a seguir creciendo y fortaleciéndonos en nuestra lucha para conseguir una salud mental sin carencias. Entrega el premio Manuel Movilla.

Por último, por su entrega y dedicación, por su trabajo codo a codo a nuestro lado con empatía y con profesionalidad, siempre dispuesto a tender una mano, reconocemos las contribuciones que han sido y seguirán siendo tan importantes para nosotros. Tu dedicación contribuye a nuestro éxito. Este reconocimiento va para **Manolo Márquez Garrido** y lo entrega María Domínguez.



MESA REDONDA

Adicciones y nuevas adicciones

Moderador: D. Juan José Mancheño Barba

Psiquiatra. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Área Hospitalaria Universitaria Juan Ramón Jiménez de Huelva. Huelva.

Ponente: Prof. Dr. Carlos Roncero Alonso

Psiquiatra. Profesor del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca. Salamanca.

La patología dual se define como la coexistencia en una misma persona de una adicción y otro trastorno mental, en una situación clínica ampliamente documentada y sufrida por los pacientes y sus familias (Roncero et al, 2016, Szerman et al, 2022). Es un campo en actual expansión en el que existen temas organizativos de especial actualidad como son el abordaje de los adolescentes o los recursos asistenciales, o aspectos clínicos en los que hay avances relevantes, como son las adicciones sin sustancia o los trastornos del sueño.

Desde el punto de vista de la organización de la asistencia, la atención a los adolescentes y a las personas más jóvenes es capital no sólo porque la mayoría de las adicciones y los otros trastornos mentales empiezan en esa época, sino también porque la atención a adolescentes duales es relevante para evitar las complicaciones legales que pueden presentar si no se interviene (Güler Aksu et al, 2022; Young y Cocallis, 2021). También son relevantes los problemas asociados al suicidio (Roncero et al 2020), que en personas jóvenes se han disparado en el contexto de la pandemia COVID (Llorca-Bofí et al, 2022; Villanueva-Silvestre



et al, 2022). En este sentido, la atención infanto-juvenil en la actualidad es un campo en expansión y en redefinición, asociado a las nuevas realidades asistenciales como a la reciente creación en España de la nueva especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente (*Real Decreto 689/2021*).

En general, los recursos asistenciales y humanos para atender a la población son fundamentales. La atención a los pacientes adictos y duales clásicamente ha sido compleja por la (en ocasiones) difícil coordinación entre los distintos niveles y redes asistenciales, o por la organización de los tratamientos en serie o en paralelo (*Roncero et al*, 2013). Añadido a esta complejidad, en nuestro país y en los últimos años, se suma la situación de falta de profesionales sanitarios: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros de salud mental, etc. Esto es debido, frecuentemente, a los procesos asociados a las jubilaciones y a las nuevas necesidades asistenciales.

Entre los temas clínicos de máxima actualidad se deben destacar la conceptualización de los trastornos del juego dual y a las nuevas tecnologías (*Szerman et al*, 2020) y los trastornos asociados al sueño. En este sentido, se han relacionado los trastornos del sueño con el curso y pronóstico de las enfermedades mentales (*Grau-López et al* 2016) y con la patología dual (*Roncero et al*, 2020). Finalmente, se conoce que las alteraciones del ciclo sueño-vigilia se relacionan con procesos ansioso-depresivos y este campo ha sido claramente influenciado por la pandemia COVID (*Andrés-Olivera et al*, 2022).



Ponente: Prof. Dr. Rafael Maldonado López.

*Doctor en Farmacología. Profesor del Hospital Universitario
Pompeu Fabre. Barcelona.*



Ponente: Prof. Dr. Antonio Jesús Molina.

*Doctor en Psicología. Profesor en UCM/USAL/UVER. Antropólogo
social especialista en adicciones. Madrid.*

¿Qué es la adicción a las drogas?

La adicción se define como una enfermedad cerebral crónica y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias dañinas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican el cerebro; cambian su estructura y cómo funciona. Estos cambios cerebrales pueden ser duraderos y pueden conducir a muchos comportamientos dañinos, a menudo autodestructivos (NIDA, 1997).

Es importante señalar que las drogas ilegales no son necesariamente las más adictivas. El aumento del uso de medicamentos sin receta en diferentes partes del mundo (opiáceos en Estados Unidos o Croacia, benzodiazepinas en España y Francia, entre otros muchos) no ha tenido la misma visibilidad que el uso de sustancias ilegales en los mismos países. Y la identidad social de los usuarios de drogas es totalmente diferente para un grupo u otro. El uso de nuevas sustancias psicoactivas/NPS, muy identificadas con espacios de ocio y ambientes lúdicos, no se contempla como una conducta de riesgo por gran parte de las personas que la realizan.

¿Puede haber sido el concepto de Adicción del NIDA (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas) un “apetito fáustico”?

Sobre la evolución de los estudios de investigación y la transferencia a los servicios de tratamiento, lo que tenemos que



declarar sobre la influencia de la investigación neurocientífica y los estudios genéticos es que no han permitido a los profesionales desarrollar estrategias avanzadas de intervención en conductas adictivas (Ruiz, 2022). En esta línea, se ha propuesto un marco unificado en el que el enriquecimiento ambiental se concibe como un opuesto funcional del estrés dada su capacidad para inducir cambios neuroplásticos duraderos (Solinas et al., 2010).

En efecto, los estudios de vulnerabilidad en humanos también sitúan el estrés como el principal factor de riesgo relacionado con la adicción (Piazza y Le Moal, 1996; Ruisoto y Contador, 2019). De esa manera, las experiencias vitales negativas, una mala relación con la familia y los amigos, el estatus socioeconómico bajo o el fracaso escolar se configuran como factores de riesgo para desarrollar una adicción o no ser capaz de extinguirla (De Bellis, 2002; Sinha, 2001).

Por el contrario, las experiencias vitales positivas, la buena relación con la familia y los amigos, el estatus socioeconómico medio-alto o el éxito académico suponen factores de protección (Jessor y Jessor, 1980; Kodjo y Klein, 2002).

Existe un consenso sobre la importancia de adoptar un marco de interseccionalidad para lograr mejores resultados relacionados con la salud pública (Gurung, 2010), como por ejemplo un mayor acceso a la atención sanitaria entre las poblaciones desatendidas (Earnshaw, Bogart, Dovidio y Williams, 2013; Hatzenbuehler, Phelan y Link, 2013; Rosenthal, 2016). Los diseños e implementación de programas actuales están fundamentalmente basados en problemas derivados del uso de opiáceos y no en los actuales perfiles de uso de conductas adictivas, con y sin sustancia (psicofármacos, cannabis, NPS, “binge drinking”, problemas comportamentales con el uso de tecnologías, etc.). Además, no incluyen elementos de participación de los usuarios en dichos programas, tal y como se recomienda en las estrategias de acción comunitaria en promoción de salud y prevención de enfermedades. Aunque



indican basarse en el modelo biopsicosocial, esta metodología no deja de ser un paraguas que protege el enfoque teórico y en las acciones prácticas y las actividades de los programas en muchas ocasiones se utilizan modelos sesgados o reduccionistas. No se contemplan dentro de los programas de manera sistemática aspectos como los diferenciales de género, elementos culturales o étnicos, a pesar de ser conocida la necesidad de integrar dichos elementos para mejorar la atención de los subgrupos de riesgo.

Específicamente, las causas de las disparidades pueden entenderse mejor describiendo cómo la intersección entre múltiples identidades sociales (minoría racial/étnica, mujeres) y desigualdades estructurales vinculadas a estas identidades (racismo, sexismo) pueden afectar negativamente la experiencia de vida (acceso a la atención específica) (*Kulesza, Matsuda, Ramirez, Werntz, Teachman, y Lindgren, 2016*), perpetuando así la disparidad dentro de los grupos marginados (*Cole, 2009; Crenshaw, 1995*). Además, las diferencias de género en las experiencias de vida, como son por ejemplo las opciones de trabajo o la vida familiar, son un factor importante que contribuye a los resultados de salud diferenciales, como una mayor mortalidad entre los hombres pero una mayor morbilidad entre las mujeres (*Bird y Rieker, 2008*).

Cuando se aplica a la adicción, un marco de interseccionalidad sugiere que el estigma de la adicción también puede estar vinculado con otras formas de sesgo, como el racismo y el sexismo (*Kulesza, Matsuda, Ramirez, Werntz, Teachman, y Lindgren, 2016*). En consecuencia, las personas con problemas de adicciones pueden ser tratadas de manera menos favorable si también tienen otras características de estatus marginadas. Por ejemplo, las minorías raciales o étnicas suelen presentar mayor prevalencia de casos en la justicia penal y las mujeres suelen presentar mayores porcentajes de enfermedad mental asociada al problema adictivo (*Kulesza, Matsuda, Ramirez, Werntz, Teachman, y Lindgren, 2016*).



Ponente: Dña. Susana Cristina Fernández Forja da Paz

Unidad de Deshabituación del Algarve. División de Intervención en los comportamientos adictivos y en las dependencias (DICAD) de la administración Regional del Algarve. Portugal.

El confinamiento y aislamiento que requirió la pandemia de COVID 19 se tradujo en un cambio en los patrones de consumo de alcohol, variando según el patrón de consumo anterior. Si, por un lado, hubo una reducción en el consumo de alcohol no problemático, debido a una disminución en las oportunidades de convivencia y ocio, especialmente en la población más joven y estudiante, por el otro lado, hubo un empeoramiento de su consumo en individuos con un patrón de consumo frecuente y problemático, lo que tuvo un mayor impacto en los grupos más vulnerables de exposición a riesgos adicionales en tiempos de crisis.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) informa que para 2020 en comparación con 2019, las ventas de alcohol aumentaron del 3% al 5% en Alemania, el Reino Unido y los Estados Unidos, con un aumento significativo en sus ventas online y ventas minoristas. Otro dato evidenciado por la OCDE es que durante el confinamiento mujeres y padres de niños pequeños, personas con mayores ingresos, con problemas de ansiedad y depresión, aumentaron su consumo de alcohol en países como Francia, Reino Unido, Bélgica, Australia y Estados Unidos. Otro informe importante, para el cual el consumo de alcohol es un factor de riesgo, se basa en el hecho de que en la Unión Europea las llamadas de emergencia por violencia de género aumentaron en un 60%.

En 2020, en Portugal, se produjo una reducción de las hospitalizaciones con diagnóstico principal atribuible al consumo de alcohol, muy probablemente asociado a la pandemia, ya que estos valores venían aumentando desde 2018. También hubo una reducción en las muertes por intoxicación por alcohol, en gran parte debido a las restricciones de tráfico. También hubo una



disminución de los problemas sociales/legales, con 13693 delitos por conducir con una tasa de nivel de alcohol en sangre \geq de 1,2 g/l, lo que representa el 40% de los delitos contra la sociedad y el 5% de los delitos registrados, siendo el quinto año consecutivo de disminución.

Sabiendo que el consumo excesivo de alcohol es una respuesta común relacionada con la exposición a altos niveles de estrés, existe el riesgo de que la pandemia provoque un aumento del consumo problemático de alcohol a medio plazo. Asociando este riesgo a la fuerte posibilidad de crisis económica que se espera, se prevé un aumento del consumo de sustancias psicoactivas, en el que el alcohol se incluye. Como tal, es importante la detección precoz en atención primaria de salud del consumo problemático de alcohol, utilizando herramientas de evaluación como el AUDIT, asesoramiento, seguimiento y tratamiento.

Es sumamente importante buscar respuestas a la reducción del consumo de alcohol a través de la reducción de la demanda y el control de la oferta, a través de la implementación de políticas de mayor supervisión e inversión en una política de precios efectiva, que según la OMS se considera que tiene un efecto claro en la reducción del consumo de alcohol.





SEMINARIO Y TALLERES

Técnicas de **reducción** **del estrés** en personas con problemas de salud mental

Ponente: Dña. Marta Martín Gómez

Trabajadora Social. Directora de “Evoluziona Social”. Huelva.

La meditación es una serie múltiple de ejercicios mentales de tradición milenaria, ubicua por todo el planeta y en todas las culturas. Sin embargo, es en los últimos 40 años cuando ha comenzado a tener protagonismo en el mundo de la ciencia, sobre todo en los últimos 25. Esto se debe a dos ejes que se han cruzado entre sí.

Uno es el vector cultural de la tradición oriental y su incursión en occidente, que sirvió de caldo de cultivo. Ya filósofos como Voltaire, Hegel y Schopenhauer se interesaron por el budismo. Por otra parte, la Teosofía tuvo cierta influencia en la cultura y arte de occidente. La popularización definitiva de la tradición oriental en occidente vino de la mano de las novelas de Herman Hesse, que unido a la psicodelia dieron lugar al movimiento hippie (postbeat). A este ambiente cultural hay que añadir la invasión china del Tibet y el éxodo de monjes que ello dio lugar.

El otro eje está representado por las observaciones, que comenzaron a difundirse, de cómo estos monjes habían adquirido la capacidad de modificar cualidades neurofisiológicas y somáticas de manera voluntaria (influir en la actividad inconsciente del sistema autónomo) a través de distintas técnicas de meditación. El descubrimiento de técnicas de neuroimagen que permiten captar lo que ocurre en el cerebro vivo (innovación disruptiva) y la demostración de la teoría de



la neuroplasticidad, dan argumentos teóricos demostrables a la práctica de la meditación.

La década de 1990 fue declarada como “la década del cerebro” por el gobierno de Estados Unidos. Luego se unió Europa, al destinar 500 millones de euros al proyecto *Cerebro Humano*.

Según las investigaciones, la meditación desarrolla sobre todo el área prefrontal y orbital izquierdos, implicando a funciones relacionadas con la expresión del afecto positivo, el control de los afectos negativos, mentalización, toma de decisiones, aprendizaje y memoria de trabajo.

Para Siegel (2007) la meditación puede desconectar el llamado “piloto automático del modo hacer” del sistema nervioso central, que intenta controlar la incertidumbre del futuro comparándolo con experiencias pasadas inefectivas (YODA, es decir “Si Observas, Desconectas la Automaticidad”). Esto se consigue por la activación y desarrollo de la corteza prefrontal dorsolateral y medial. Uno de los investigadores más importante en este sentido es Richard Davidson en Wisconsin, y por supuesto las aportaciones de Jon Kabat Zinn en Massachusetts.

Pero llegar hasta aquí no ha sido un camino fácil. En 1967, el Dr. H. Benson, de la Escuela de Medicina de Harvard, decidió realizar sus investigaciones sobre la meditación con practicantes de la Meditación Trascendental, para medirles su ritmo cardiaco, su presión sanguínea, la temperatura de la piel y la temperatura rectal. Demostró que, al meditar, cambiaban estos parámetros y prolongaban en el tiempo sus ondas theta en el cerebro, pero sin dormirse. Así junto con el Dr. G. Jacobs, encontró que, durante diferentes prácticas de meditación, el metabolismo de reposo ($\dot{V}O_2$) podría ser elevado (hasta un 61%) y reducido (64%). En el electroencefalograma, se encontró una marcada asimetría en ondas alfa y beta de la actividad entre los hemisferios, con aumento de la actividad beta.



Es decir, que son 50 años de investigación. Han sido las modernas técnicas de neuroimagen, la aceptación generalizada de la neuroplasticidad, y la epigenética lo que terminan por desterrar el mito del efecto placebo de las técnicas meditativas en la práctica clínica.

Desde 2004 la psicoterapia basada en mindfulness aparece en la guía *NICE* de la depresión, recomendada para evitar las recaídas; en 2006 la *Cochrane* evidencia su eficacia en los trastornos de ansiedad; la *Guía Canadiense del Medicamento* recomienda desde 2012 la meditación para la reducción de peso en la obesidad. En 2006 la publicación *Psicoterapia* dedica los números 66/67 al mindfulness. En 2014 un estudio fue publicado en la revista *Journal Psychoneuroendocrinology* que trata de una investigación realizada entre España (*IIBB-CSIC- IDIBAPS, por Perla Kaliman*), Francia (*U. Lyon*) y EEUU (*Wisconsin, R. Davidson*) donde se demuestra como las meditaciones de atención plena producen cambios genéticos (epigenéticos), que tienen efectos antiinflamatorios. Así mismo, otros estudios sugieren un efecto positivo en la actividad de las enzimas relacionadas con la longevidad y salud del material genético.

Los estudios de imagen funcional revisados indican que la atención plena se asocia con mecanismos neuronales que involucran múltiples regiones del cerebro. Otros múltiples estudios implican mecanismos que involucran regiones frontales.

Algunos estudios implican regiones laterales incluyendo la corteza prefrontal ventrolateral (VLPFC) y la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC). Sin embargo, la evidencia más sólida es para las regiones frontales medias, incluida la corteza cingulada anterior (ACC). Las regiones medias posteriores también están implicadas principalmente en el área de la corteza cingulada posterior (PCC) y el precúneo.



Conceptos fundamentales de mindfulness

- Si deseas ver la verdad entonces no sostengas opiniones a favor o en contra de nada. Establecer lo que te gusta versus lo que no te gusta es la enfermedad de la mente. Cuando el significado más profundo de las cosas no es comprendido, la paz esencial de la mente se perturba. “El Camino es perfecto como el espacio vasto en el que nada falta y nada sobra. De hecho, es debido a nuestra decisión de aceptar o rechazar que no vemos la verdadera naturaleza de las cosas”. (Seng-T’Sang, monje budista chino del S.VII)

El término *mindfulness* significa conciencia plena o atención plena. Hanh la definió como mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente; y Kabat-Zinn como llevar la propia atención a las experiencias del ahora, en el presente momento a momento y sin juzgarlas. Para Bishop, mindfulness sería una forma de atención que no juzga, centrada en el presente, en la que cada evento que aparece en la consciencia es reconocida y aceptada tal como es.

Por lo tanto, mindfulness es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia. En palabras de Siegel, mindfulness es la disolución de las influencias del aprendizaje previo sobre la sensación del presente.

Conforme se desarrolla la práctica de la atención plena al momento presente, se van poniendo en evidencia los fundamentos de estas meditaciones. A medida que se atiende a los eventos que aparecen en la consciencia con curiosidad, como si fuera la primera vez que los percibimos, y nos mantenemos en el nivel perceptivo, dejando ir cualquier concepto mental preconcebido, sin juzgar ni clasificar estos eventos como malos o buenos, positivos o negativos, se comienza a desarrollar la aceptación del presente tal como es. Es importante que



entendamos que aceptar no es lo mismo que resignarse, o estar de acuerdo; simplemente es estar en el presente con lo que hay. En la práctica se observa que todos los eventos que van apareciendo en la consciencia terminan desapareciendo, siendo desplazados por otros. Si no, nos dejamos atrapar por ellos (cuando rechazamos un sentimiento o un pensamiento lo reforzamos y termina volviendo una y otra vez). Es decir, se caracterizan por su impermanencia. Son efímeros. También van surgiendo otros aspectos de gran alcance terapéutico.

Al observar el tránsito continuo de eventos en la consciencia, estos se perciben como lo que son, simples pensamientos, sensaciones, sentimientos. La mente deja de identificarse con ellos; yo no soy este pensamiento, ni este sentimiento. Se vuelve menos reactiva. El pensamiento deja de controlar la conducta, deja de ser una realidad absoluta (nunca lo fue). Fenómeno que llamamos desidentificación.

Nuestra mente, desde hace muchos milenios, está acostumbrada a predecir. Continuamente compara la información disponible con los acontecimientos del presente para decidir qué movimientos debemos de hacer. El problema de hoy en día es que la inmensa información que le llega al cerebro es falsa en su mayoría, y no sirve realmente al propósito original, ya que lo que pretende es que nuestra vida gire en torno al consumo y en torno a unos valores artificiales, más de tipo egocéntrico. En cualquier caso, nuestro cerebro está instaurado en el “modo hacer”, en el piloto automático. Esa facultad que nos permite montar en bicicleta o conducir, y hacerlo bien mientras pensamos en otras cosas. Nuestra mente entonces se centra en comparar lo que está ocurriendo en el presente con lo que predijo que debería de ocurrir según nuestros intereses. Se centra en percibir la discrepancia entre lo esperado y lo presentado. Y lo peor: esta discrepancia se erige en verdad absoluta suplantando al presente. Por lo tanto, podemos decir que la mente transforma el presente en malestar cada vez que este no se adapta a nuestras necesidades.



Aunque la meditación es anterior a Buda y multicultural, el canon budista presenta un minucioso desglose teórico y práctico, sin implicaciones religiosas, que facilita mucho su trasvase al mundo de la ciencia. En el cuerpo teórico del budismo original se especifica cómo el sufrimiento surge del rechazo o del deseo de los eventos de nuestra consciencia. La observación neutra (sin rechazo, ni deseo) de estos eventos de manera persistente e íntima nos lleva a discernir acerca de la naturaleza de estos eventos como lo que realmente son. Contactar con el yo observador (presencia) por medio de la práctica de mindfulness nos pone en contacto con la realidad que somos siendo. Es decir, se estabiliza en el ser, y no en el hacer.

Este ser siendo al que nos lleva el fluir del presente es completamente distinto a vivir en el futuro y en el pasado, desde el pensamiento. Cuando el eje de cada momento presente son el futuro o el pasado, vivimos en el tiempo de la imaginación y vivir se convierte en una continua comparación entre lo imaginado y lo vivido; es decir, no vivimos realmente.

Hazel et al. (2011) revisaron la literatura y resumieron cuatro componentes de cómo la meditación consciente puede funcionar: regulación de la atención, conciencia del cuerpo, regulación de las emociones (incluyendo reevaluación, exposición, extinción y reconsolidación), y cambio en perspectiva del yo. Los autores indican que la práctica de mindfulness comprende un proceso de autorregulación mejorada que se puede diferenciar en componentes distintos pero interrelacionados.

Hay que dejar claro que el mindfulness no es una psicoterapia. Hay que distinguir entre el mindfulness como técnica o herramienta mental, y el mindfulness utilizado y encuadrado en determinadas psicoterapias como la terapia dialéctico conductual (DCT, M. Linehan), la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT, Williams, Tesdale, Seagal), la terapia de aceptación y compromiso (ACT, Hayes), la reducción



del estrés basado en mindfulness (*MBRS, J. Kabat-Zinn*), el mindfulness para la prevención de las recaídas en adicciones (*MBRP, Marlatt*) o la terapia breve relacional (*BRT, Safran y Muran*).

La Práctica

Durante el taller se llevaron a cabo ejercicios de meditación que se realizan en las diversas psicoterapias comentadas centrados en la respiración, el cuerpo y las emociones.

Finalmente, se finalizó el taller realizando una meditación de los 3 minutos, focalizada en la respiración e indicada en los padecimientos del espectro ansioso.





Adicciones

Ponente: Prof. Dr. Antonio Jesús Molina

*Doctor en Psicología. Profesor en UCM/USAL/UVER.
Antropólogo social especialista en adicciones. Madrid.*

Durante todo el siglo XXI, se han realizado diversas especulaciones y prospectivas acerca del futuro de las conductas adictivas, los principales problemas, sus consecuencias y las implicaciones para los diferentes contextos sociales. Gran parte de estos análisis se han realizado basándose en sesgos y falacias propias de las investigaciones sobre drogas y adicciones realizadas en el siglo XX, especialmente tomando como referencia la “epidemia de la heroína” de la década de los 80. En este taller se ha realizado una estimación sobre el pasado, el presente y el futuro inmediato del consumo de sustancias, los usos de las tecnologías como conductas problema, los aspectos sociales/clínicos/epidemiológicos de los mismos y una propuesta de conexión pasado-presente-futuro sobre el uso, el abuso y la adicción.

Actualmente se suele mencionar como el problema del futuro la tecnología, utilizando el concepto adicción de una manera un tanto abusiva. Mientras tanto, en las encuestas poblacionales sobre el uso de sustancias y tecnologías por parte de la población de 14 a 18 años aumenta el consumo de sustancias legales en mujeres y se igualan algunas sustancias ilegales. La actividad quiere reflexionar sobre el problema y prever qué puede suceder, en la prevención, la epidemiología y la intervención.

El futuro de las drogas se parece demasiado al pasado del uso de sustancias. No hay demasiadas diferencias entre el jarabe de morfina de la señora Winslow para reducir el dolor de dientes en los lactantes a los que les empezaba la dentición y el uso de



hipnóticos para que los niños con “ansiedad” duerman por la noche (y permiten descansar a sus padres). Los mensajes sobre el uso del jarabe para la tos Bayer (hecho con heroína, que nadie lo olvide) y el uso de alcohol para abrir el apetito en niños son bastante parecidos a la publicidad de las tecnologías y al mensaje de la ciencia como un dogma, que se repiten sistemáticamente cuando se intentan explicar las posibles consecuencias negativas de su uso.

Las sustancias están presentes en el desarrollo de la humanidad desde hace miles de años, tanto en su vertiente terapéutica como en el aspecto recreativo y sus complicaciones. Sigue siendo habitual que se legitime con el uso terapéutico la manera más tóxica de consumirlas; todavía el uso de drogas se realiza para alcanzar estatus en el grupo o para evadirse de los problemas, mientras se legitima en el individualismo normativo y se pretende abstraer de los mecanismos sociales.

Para poder hacer un ejercicio que nos permita prever el futuro, es necesario conocer el pasado y contextualizar el presente (*Moradiellos, 2009*). Si se pretende explicar este fenómeno del consumo de drogas y su futuro, se deben aceptar una serie de premisas fundamentales en el análisis: el uso de sustancias y otras conductas adictivas se trata de un fenómeno multifactorial, no lineal, de etiología diversa, donde no se pueden utilizar explicaciones causales (una causa: un efecto), sino que las diferentes causas enraízan de manera compleja con las diversas consecuencias; es un fenómeno global, especialmente desde finales del siglo XX, con lo que cualquier explicación sobre la evolución del fenómeno en el contexto español o en contextos más locales debe incluir elementos de conexión con entornos más amplios y fenómenos culturales y sociales que se han ido modificando con el tiempo (*Elzo et al, 2000*); el fenómeno del consumo de drogas debe ser contextualizado y analizado con los criterios y categorías de cada contexto histórico y social, evitando juicios morales, sesgos etnocéntricos y argumentaciones políticas, que en muchos casos han servido



con excusa o justificación ante la aparición, la consolidación, el mantenimiento y/o la erradicación de muchas de las consecuencias vinculadas al consumo de drogas (*Edwards y Arif, 1981*); finalmente, la terminología ha ido avanzando a medida que se han ido conociendo, documentando y evidenciando diferentes aspectos del fenómeno, lo que obliga a analizar los conceptos y explicar los términos entendiendo sus significados dentro de los anteriormente mencionados contextos sociales (*Torres, 2009*).

El taller

Durante el taller se exponen imágenes sobre el pasado de las drogas, incluyendo publicidad de todas las sustancias mientras han sido legales. Además, se analiza un modelo de adicción multifactorial y los datos de las encuestas *ESTUDES* y *EDADES* del Plan Nacional sobre Drogas. Se finaliza haciendo una pequeña reflexión sobre lo parecido que es el futuro de las adicciones al pasado de las drogas.





Salud Mental Infantil

Dña. Rosario Linero Lineros

*Psiquiatra infanto-juvenil en el Área Hospitalaria
Juan Ramón Jiménez de Huelva. Huelva.*

La situación actual de las conductas suicidas y autolesiones en menores.

A lo largo de los últimos años y en especial desde que se inició la pandemia por COVID, la salud mental de los niños y los adolescentes se está deteriorando. De modo especial, los adolescentes están presentando más síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas. La situación resulta alarmante y los medios de comunicación están haciendo partícipe a la sociedad de ello. Antes de la pandemia: Se estimaba que el 30% de los menores habían presentado ideación suicida en algún momento. El 10% lo habían intentado. Un 2% de forma seria, requiriendo atención médica.

- Se calcula que 18% de los menores se infligen autolesiones antes de los 18 años. La Fundación ANAR ha atendido en este período un 145% más llamadas de menores con ideas o intentos de suicidio, y un 180% más de autolesiones con respecto a los dos años previos.
- En el año 2020, se suicidaron en España 14 niños menores de 15 años, el doble que el año anterior.
- Entre el grupo de jóvenes de 15 a 29 años el suicidio es ya la segunda causa de fallecimiento, solo superada por los tumores malignos.



Los factores de riesgo de la actualidad son:

- El sexo femenino.
- La presencia de síntomas depresivos.
- Una mayor exposición a casos COVID (época pandemia).
- Un mayor consumo de redes sociales.

En cuanto a la depresión, la OMS calcula que padecen depresión más de 300 millones de personas en todo el mundo. Y numerosos estudios advierten de la existencia de una elevada prevalencia en depresión en edades tempranas (*Garaigordobil et al, 2017*).

Se trata de un problema de la población general, llegando a ser una gran carga tanto para los sujetos que la padecen como para su entorno. Los sujetos con depresión se focalizan en mayor medida en los fracasos, infravalorando sus capacidades y méritos personales (*González-Abarca, et al., 2018*). Por tanto, debemos tener en cuenta que la depresión no es lo mismo que sentirse triste, ya que sentirse triste es una sintomatología insuficiente para un diagnóstico clínico de depresión. Se explicarán con detalle los factores de riesgo para padecer o aquellos de mal pronóstico.

En el bloque de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definirán los principales cuadros. Pero, ¿cuál es la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria?

- En España los últimos estudios realizados coinciden en señalar una tasa de prevalencia de TCA en población adolescente alrededor del 4,1% y el 4,5% entre los 12 y los 21 años.
- En concreto, la anorexia se sitúa en torno al 0,3%, la bulimia en el 0,8% y el TCA no especificado alrededor del 3,1% de la



población femenina de entre 12 y 21 años. Se explicarán los factores predisponentes y precipitantes de la enfermedad. Se dedicará una parte al efecto de la pandemia sobre los TCA de nueva aparición.

Concluyendo:

- Las medidas restrictivas, el confinamiento y las consecuencias de la pandemia han incrementado los factores de riesgo para el desarrollo/reactivación de TCA y han disminuido los factores protectores.

- En los estudios revisados se ha constatado un aumento de los casos de nuevo diagnóstico de TCA durante la pandemia; asociados a un curso más grave y agudo.

- Algunos pacientes asocian los eventos concurrentes a la pandemia con el desarrollo de los síntomas de TCA.

- También se ha comprobado un incremento en las recaídas en pacientes ya diagnosticados, siendo más frecuentes las readmisiones precoces durante la pandemia.

- Durante este periodo también han surgido algunas consecuencias positivas, como, por ejemplo, el aumento del contacto familiar, en general percibido como positivo.

Por último, definiremos lo que es un trastorno mental grave (TMG), se explicará la clínica principal de sus cuadros y haremos una dinámica de mitos y realidades. Siguiendo el orden de los bloques presentados se expondrán qué hacer ante situaciones de riesgo con población infanto-juvenil ante autolesiones, depresión, TCA o TMG.

El final se basará en una invitación a la reflexión de porqué estamos actualmente en este estado mental de niños y adolescentes.



Resumen y dinámica del taller

Durante el taller se abordaron cuatro grandes bloques: las autolesiones e ideación autolítica, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno mental grave. El formato para ello es el de aportar unos datos de actualización, tipo píldora informativa, profundizar en contenido propio y luego una devolución a los participantes sobre qué podemos hacer ante algún tipo de situación cercana a estas patologías.

Al tratarse de un taller, se intenta que sea algo dinámico. Hay algunas diapositivas con código QR para favorecer la participación. Así como en el punto final de la clínica es una serie de mitos y realidades a tratar. El último bloque es el más enriquecedor, ya que participan personas de distintas áreas y es recomendable tener unas nociones básicas sobre qué hacer ante estas situaciones con menores.



Gestión de conflictos enfocado a personas con problemas de salud mental y familiares

Ponente: Prof. Dr. José Antonio Climent Rodríguez

Psicólogo. Profesor de Psicología del Trabajo y Recursos Humanos de la Universidad de Huelva. Huelva.

Ponente: Profa. Dra. Yolanda Navarro Abal

Psicóloga. Profesora del departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Huelva. Huelva.

Ya que el conflicto es parte ineludible de la vida, este taller persigue adoptar una visión positiva del mismo, estimulador de la creatividad y una oportunidad para el crecimiento grupal y personal y la transformación, a pesar de que en ocasiones se pueda vivir con tensión o malestar. Distinguiremos entre conflictos funcionales y disfuncionales, siendo los funcionales aquellos que invitan a la superación y transformación.

Basándonos en los modelos de autores como Rahin y Bonoma o Van de Vliert y Euwema (*Munduate, L y Medina F. J, 2005*) definiremos los principales estilos conductuales que muestran las personas en los conflictos, analizando la idoneidad de cada uno de ellos en diferentes situaciones.

Analizaremos algunas dificultades que pueden plantear en la gestión de conflicto los sesgos cognitivos de las personas implicadas, se abordarán pautas generales para la gestión de conflictos y formas de conducción de grupos interpersonales favorecedores de la gestión y la resolución de conflictos, incluso en la prevención de la aparición de estos. Finalizaremos reflexionando sobre la importancia de la comunicación y las palabras que empleamos cuando afrontamos un conflicto.





Acompañamiento profesional en el proceso de morir. **Gestión de la pérdida**

Ponente: Profa. Dra. E. Begoña García-Navarro
*Enfermera. Profesora del departamento de Enfermería.
Universidad de Huelva. Huelva.*

Si hay un proceso que rige al ser humano desde su nacimiento es, sin duda, la muerte. Junto con la llegada a este mundo, nuestra partida es el único hecho inevitable al que todos y cada uno de nosotros estamos predestinados. A pesar de esto, la negación de la muerte como proceso vital y certero es recurrente. Y eso la ha convertido en el tema por excelencia a eludir. El gran tabú.

Pese a todo, algunos autores subrayan que la muerte, tanto la de terceras personas como la propia, puede llegar a ser una de las experiencias más significativas y con más sentido en la vida del ser humano.

Los profesionales sanitarios deben reconocer el doble nivel del sufrimiento: exterior e interior. Primero necesitan realizar una introspección, para comprobar donde están situados respecto al fenómeno de la muerte y si eso le dificulta o le beneficia para el proceso de acompañamiento hacia los demás. Este proceso de tomar conciencia de la situación de cada uno tiene que ver con la propia cultura, la biografía (contacto con las pérdidas) y el contacto con la muerte.

Para entender nuestra propia biografía necesitamos contactar con las pérdidas que hemos tenido durante nuestra vida, y cómo hemos podido afrontarlas en función de los recursos personales que hemos tenido en ese momento y si



hemos evolucionado, anclado en alguna de las etapas. Ése es el sentido de este taller y la práctica del mismo.

Pangrazzi A. (*La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida. Paulinas, Madrid. 1993*) enumera una gran cantidad de tipos de pérdidas que he condensado en cinco bloques:

1. **Pérdida de la vida.** Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia vida en casos de enfermedades terminales en el que la persona se enfrenta a su final.

2. **Pérdidas de aspectos de sí mismo.** Son pérdidas que tienen que ver con la salud. En este sentido, pueden aparecer tanto pérdidas físicas (referidas a partes de nuestro cuerpo, incluidas las capacidades sensoriales, cognitivas, motoras) como psicológicas (por ejemplo, la autoestima, los valores, nuestros ideales, ilusiones, etc.).

3. **Pérdidas de objetos externos.** Aquí aparecen pérdidas que no tienen que ver directamente con la persona propiamente dicha, y se trata de pérdidas materiales. Incluimos en este tipo de pérdidas al trabajo, la economía, pertenencias y objetos.

4. **Pérdidas emocionales.** Como pueden ser rupturas con la pareja, familiares o amistades.

5. **Pérdidas ligadas con el desarrollo.** Nos referimos a pérdidas relacionadas al propio ciclo vital normal, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades, infancia, adolescencia, juventud, menopausia, vejez, etc.

Durante el desarrollo de este taller el profesional toma conciencia de su propia situación ante la pérdida, la muerte y el duelo y cuál ha sido su recorrido, gestionando sus propios duelos o por el contrario anclándose en ellos, eso les proporcionará herramientas y recursos clave para poder acompañar a pacientes y familiares en procesos de muerte y duelo.



Habilidades Sociales destinadas a familiares y personas con problemas de salud mental

Ponente: Dña. Margarita Marín López

Técnica. Área de Intervención Familiar. FEAFES-HUELVA. Huelva.

La mayor parte de nuestra vida transcurre interactuando con los demás. Si esa interacción resulta problemática, o presenta dificultades, en repetidas ocasiones, acabará perjudicando el estado de ánimo, y poniendo en peligro el equilibrio emocional. Hay un gran número de personas que tienen problemas para relacionarse en algún ámbito de su vida, por ejemplo: en una entrevista de trabajo, en una cita con una persona del sexo opuesto, a la hora de hablar en público, en situaciones en las que sea necesario decir no, pedir algo, o hacer una crítica, entre otras.

Las personas que cuentan con habilidades sociales tienen por costumbre comunicarse con los demás de manera satisfactoria, transmitiendo lo que quieren y evitando que otros le perjudiquen. Muchos de vosotros habréis traicionado vuestros deseos y preferencias, simplemente, porque no os habéis atrevido a decir la verdad, por miedo a lo que podrían pensar. O quizá, lo que os ha ocurrido, es que habéis perdido la ocasión de recibir algo, participar en una actividad que os interesaba, por miedo al ridículo, a meter la pata o a resultar inoportunos. Lo contrario también sería una falta de asertividad. Es decir, que expreséis con demasiada contundencia o agresividad vuestras opiniones, lo que es indicativo de una carencia de habilidades, que igualmente puede devenir en aislamiento, o en un cierto rechazo social. Para defenderse de las posibles amenazas a



nuestro bienestar que provienen de otras personas, o para conseguir nuestros objetivos, no es necesario ser agresivo, pero sí se necesita una dosis razonable de firmeza; es decir, un punto medio entre la pasividad y la agresividad.

Es por ello por lo que el aprendizaje de habilidades sociales es tan importante para la felicidad. En el taller de habilidades sociales, analizaremos las razones por las que existe una falta de asertividad y se harán ejercicios prácticos para entrenar esta habilidad que permitirá que ejerzamos nuestro derecho a expresarnos sin que exista sentimiento de culpa, ni una tendencia sistemática al enfado.

Otro de los efectos de este aprendizaje es la estabilidad emocional, la integración social, y un incremento de la autoestima positiva, lo cual propicia erradicar diversos conflictos relacionados con los sentimientos de insatisfacción.

Este taller va dirigido a personas de todas las edades y tipo de circunstancias que quieran mejorar su competencia y su capacidad para la resolución de situaciones conflictivas, o que necesiten reducir la ansiedad y aumentar su autoconfianza.



Nuevas estrategias en la lucha contra el estigma: **Realidad virtual** en intervenciones basadas en la terapia de aceptación y compromiso

Ponente: Prof. Dr. Adolfo J. Cangas

Doctor en Psicología clínica. Profesor de psicología en la Universidad de Almería. Director del grupo de investigación “Psicología, salud y educación”. Almería.

El estigma es hoy en día uno de los problemas principales en la recuperación e inclusión social de personas con problemas de salud mental. Afecta a la población general, incluido profesionales sanitarios, estudiantes, etc. Igualmente, son diferentes colectivos los que sufren sus consecuencias (como pueden ser personas con problemas de salud mental, diferencias raciales, con diversidad física o sexual, etc.). De ahí la importancia de indagar también en elementos comunes que contribuyan a su eliminación.

Los objetivos principales que se persiguen en este taller son los siguientes:

- Conocer los elementos fundamentales de los programas de sensibilización al estigma en salud mental.
- Ver la utilidad de la terapia de aceptación y compromiso como complemento en los programas antiestigma.
- Analizar la utilidad de las nuevas tecnologías en la reducción del estigma.

Todo ello se llevará a cabo ejemplificándolo con ejercicios prácticos. De modo particular, se harán ejercicios experienciales basados en el entrenamiento en aceptación y compromiso, para



ver su utilidad en la reducción del estigma en elementos clave como son los siguientes:

- Mostrar lo infructuoso que resulta muchas veces intentar eliminar los eventos privados desagradables, siendo más adecuado buscar estrategias de aceptación y de distanciamiento (por ejemplo, reconociendo que son solo una parte de nosotros, reconocer que podemos continuar a pesar de tener sentimientos o pensamientos molestos, etc.).
- Fomentar el autoconocimiento de nuestros eventos privados, facilitar la flexibilidad psicológica y reconocer que a veces el problema es el intento de control.
- Ver la importancia de normalizar experiencias privadas, particularmente en la adolescencia.

Todos estos elementos mostrarán también cómo se pueden llevar a cabo a través de diferentes recursos electrónicos, tales como programas de simulación 3D y de realidad virtual.



Promoción de la Salud Mental destinado a familiares y personas con problemas de salud mental

Ponente: D. Javier González Riera

*Psicólogo, Terapeuta Familiar. Técnico de Promoción de la Salud.
Distrito Sanitario. Jaén.*

**¿Cómo cambiar nuestros hábitos de alimentación,
actividad física y tabaquismo?**

0. Hábitos de salud en personas con trastorno mental grave (TMG): morbimortalidad y factores de riesgo.

La esperanza de vida de las personas con problemas de salud mental graves es entre 5 y 10 años menor que la de la población general (OMS, 2020). Los problemas de salud mental pueden ser tanto precursores como consecuencias de otras condiciones crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares, pulmonares, diabetes y/o cáncer. Gran proporción se debe a la coexistencia de otras Enfermedades No Transmisibles y todas pueden agravarse con el tabaquismo (*Tobacco use and mental health conditions, OMS, 2020*).

Existe una mayor morbimortalidad por causas físicas en personas con esquizofrenia, (*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2009*) asociada a patologías: enfermedades endocrino-metabólicas; diabetes y síndrome metabólico; enfermedades cardiovasculares; enfermedades respiratorias; relacionadas con otros factores además del tabaquismo; infección por virus hepatitis B y C y VIH; trastornos por abuso de sustancias.

Estas personas presentan factores de riesgo que favorecen la aparición de estas enfermedades: sedentarismo;



dieta hipercalórica y exceso de peso; déficit de autocuidados; tabaquismo. Según algunos estudios, estos factores se dan de dos a tres veces más frecuentemente en personas con problemas de salud mental que en la población general (OMS, 2020).

1. Especificidades de promoción de salud en personas con problemas de salud mental.

Seguir la dieta mediterránea es esencial para prevenir enfermedades físicas asociadas al trastorno mental severo: diabetes, hipertensión, obesidad y/o síndrome metabólico, donde destaca el riesgo de desarrollar este último por el uso de antipsicóticos (*Cuéntame tú, Guía para las personas con trastorno mental severo. FEAFES, Consejería de Salud et al, 2022*).

Intervenciones en personas con TMG. (*Mateo et al, 2012*). Las intervenciones conductuales para manejar el peso deben seguir tres metas: aumentar la actividad física, disminuir ingesta de calorías y reforzar cambios anteriores. Resultan más efectivos aquellos programas implementados en primeras fases del tratamiento antipsicótico antes de desarrollo de obesidad. También los que combinan intervenciones en actividad física y alimentación saludable.

En personas con tratamiento farmacológico, por tanto, existe un especial interés en seguimiento de su peso, con mayor eficacia en intervenciones simples. por ejemplo: la codificación color de alimentos, que se evidencian más efectivas que complejas como planificar dietas. Los programas personalizados con evaluación inicial y que promueven alianza terapéutica ofrecen mejores resultados.

La terapia cognitivo-conductual, junto al tratamiento farmacológico, resulta efectiva en personas con esquizofrenia. La entrevista motivacional ayuda más a las personas con baja motivación que otras intervenciones educacionales o informativas. Personas con TMG pueden tener menor motivación



para cambiar hábitos y más baja autoeficacia percibida, por lo que necesitan un mayor apoyo.

Una vida activa y actividad física habitual aumentan la percepción de calidad de vida, reducen el estrés y la depresión y producen beneficios en salud. En forma de ejercicio físico moderado y regular para prevenir enfermedades asociadas a antipsicóticos. Actividades creativas como pintar y escribir favorecen la concentración, disminuyen niveles de cortisol y ayudan a distraerse de situaciones difíciles. La lectura reduce el estrés y frena el deterioro cognitivo.

La entrevista motivacional permite la identificación de barreras para la práctica de ejercicio y búsqueda de soluciones, además de la autoevaluación y refuerzo de conducta. Esto se maximiza con el inestimable apoyo social de familiares y personas cercanas, que puede concretarse participando en actividades grupales conjuntas con personas usuarias. Son recomendables aprovechar y crear oportunidades en la vida diaria para cambiar hábitos. Todo ello supervisado desde un enfoque multidisciplinar y en red en donde participen diferentes profesionales que trabajan con personas con TMG.

2. La información no es suficiente: motivación para cambiar de hábitos.

Las personas con TMG suelen conocer los riesgos, aunque con frecuencia no se preocupan lo suficiente, por lo que debemos contribuir a crear acciones que reduzcan los factores de riesgo. Estas personas responden a programas psicoeducativos para modificar su actitud (*Mateo et al, 2012*) desde la promoción de la salud.

Solemos tener deseos de mejorar algún hábito de salud como hacer más ejercicio, comer más saludable o dejar de fumar. Incluso teniendo suficiente información sobre lo que deberíamos hacer, queremos y a la vez no queremos cambiar,



no ponemos fecha para el cambio o, a pesar de empezarlo, nos cuesta mantenerlo. Nos pasa porque tenemos ambivalencia hacia el cambio: quiero cambiar, pero en la balanza decisional pesan más otros factores como la comodidad o dependencia.

Para que la balanza se incline al cambio, hay que llenarla de motivación: deseo interno de cambiar, no estable, que fluctúa de un momento o de una situación a otra y puede verse influido por múltiples factores externos o internos (apoyo social, información, análisis de consecuencias, etc.). Proceso, desde que me preocupa algo y empiezo a pensar en cambiarlo hasta que me planteo una fecha y un plan, lo pongo en marcha, consigo el cambio y finalmente, lo mantengo.

Este recorrido del cambio se explica mediante el modelo de los estadios o fases de cambio de Prochaska y DiClemente (1984): Se entiende el cambio como proceso que transcurre a través de una serie de etapas/estadios. El cambio puede darse con o sin ayuda profesional. No se suele producir avance lineal, sino en espiral, con avances y retrocesos. Las fases del cambio son: precontemplativo, contemplativo, preparación, acción, mantenimiento y finalización. Se integra la recaída como parte del proceso (no como estadio, aunque sí, como tal, en versiones iniciales del modelo).

3. Herramientas básicas: la entrevista motivacional y la dinamización grupal.

El principal instrumento con evidencia científica para motivar cambio de hábitos en salud es la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1996), que podemos definir como forma de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de su problemas potenciales y presentes.

El objetivo consiste en aumentar la motivación intrínseca de la persona: el cambio surge de su interior, articulando su propia ambivalencia. El profesional facilita y asesora, ya que



la persuasión directa del modelo clínico tradicional no es un método efectivo de resolver la ambivalencia.

En síntesis, se trata de una entrevista breve, no confrontacional y semiestructurada, que identifica la etapa de cambio, centrada en las necesidades y experiencias de la persona, facilitando que la persona lleve el control y genera impulso para cambiar hábitos y estilos de vida.

Se pone en práctica a través de los principios de la entrevista motivacional: expresar empatía, crear una discrepancia, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia. Principios concretados en estrategias: preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmar, provocar afirmaciones automotivadoras y resumir.

Resulta clave en la dinamización de sesiones grupales el fomentar la participación activa de todos los miembros, otorgándoles un papel protagonista en su proceso de cambio. Se relaciona con potenciar sus recursos personales, dando sentido de competencia personal en la tarea. Metodología experiencial, participación en actividades diseñadas para facilitar la reflexión y revisión de su realidad.

4. Experiencias en atención primaria de salud de Andalucía.

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html>

Esta estrategia promueve los hábitos saludables en toda la población mediante intervenciones en el ámbito local, en todos los entornos y en todas las políticas y actuaciones sobre los determinantes que generan desigualdades en salud. Además, propone potenciar los activos personales y comunitarios que generan salud a lo largo de la vida para que la ciudadanía pueda afrontar el día a día con mayor bienestar. Aborda los siguientes



grupos de hábitos: alimentación saludable, actividad física, sueño saludable, bienestar emocional, sexualidad responsable, uso positivo de las TIC, etc.

Asimismo, los factores protectores y comportamientos saludables que esta estrategia fomenta de manera integral se vinculan y engloban objetivos y contenidos trabajados desde otros planes integrales, estrategias y programas anteriores, destacando: Planes Integrales de Tabaquismo y de Obesidad Infantil; Plan Andaluz de Vida Saludable; Creciendo en Salud y Forma Joven; Escuela de Pacientes; etc.

5. ¿Cómo implementar un programa de intervención específico en hábitos saludables? Pautas y contenidos en talleres y actividades.

Pautas de actividad física (OMS, 2018): entre 150 y 300 minutos de actividad aeróbica moderada a la semana (o el equivalente en actividad vigorosa) para todos los adultos. Y una media de 60 minutos de actividad física aeróbica moderada al día para niños y adolescentes. Toda actividad cuenta: puede integrarse en el trabajo, deporte y recreo o desplazamientos, así como tareas cotidianas. Al menos dos veces a la semana, parte de estas actividades físicas ayudan a mejorar y mantener fuerza muscular y flexibilidad.

En talleres y actividades se deben siempre destacar los beneficios actividad física (*Cuéntame tú, Guía para las personas con trastorno mental severo, FEAFES, Consejería de Salud et al, 2022*), como son: controlar los niveles de glucemia, peso corporal, colesterol y grasa visceral; activar el metabolismo corporal, reactivando todos los órganos; prevenir enfermedades cardiovasculares; favorecer la integración social; evitar la ansiedad, depresión y estrés.

Es muy recomendable equilibrar nuestra alimentación y actividad física para mantener un peso corporal apropiado,



evitando extremos de desnutrición o exceso de peso, favoreciendo un estilo de vida activo y saludable, con actividades enriquecedoras, evitando aburrimiento y compensación por ingesta (*Huizing et al, 2011*).

Partimos del consumo de alimentos variados, teniendo en cuenta aspectos gastronómicos y lúdicos de la comunidad. Incluimos en la dieta diaria todos los grupos nutricionales y agua como bebida de elección (1,5-2 l. al día), limitando bebidas azucaradas tales como refrescos, batidos, zumos ricos en grasas saturadas/trans y azúcares simples, presentes en bollería, golosinas, etc. Primamos las frutas, verduras y hortalizas, al menos cinco raciones al día. Frecuentemente, debemos consumir cereales integrales, legumbres, leche desnatada y pescado. Interés añadido en evitar el alcohol, ya que además de no aportar nutrientes, genera efectos adversos en tratamientos psicofarmacológicos en personas con TMG.

Es recomendable un horario regular de comidas, con tres principales y dos o tres tentempiés. Programados desde la elaboración de menú que resulten atractivos. Dando pautas sencillas sobre compra, conservación, transporte, manipulación y elaboración de alimentos. Con cocinados sencillos: asados, horno, vapor, etc., reduciendo fritos, empanados o rebozados y condimentar con aceite de oliva y especias, evitando salsas y precocinados. Además de reducir el consumo de sal, a menos de 5 gr/día, ya que causa hipertensión. La participación en preparativos favorece una buena alimentación, trabajando hábitos junto a las comidas y en talleres. Siendo clave desmentir mitos alimentación y no usar productos sin interés nutricional como gratificación.

Personas con TMG requieren un abordaje desde tres ámbitos:

- Identificar barreras que impiden el acceso de personas con problemas de salud mental a intervenciones y acciones adecuadas para tratarlas.



- Dos aspectos claves identificados por profesionales de salud mental: Formación y asesoramiento para dejar de fumar, junto a disponer de opciones de apoyo comunitario para las personas usuarias.

- Intervenciones para dejar de fumar en atención primaria, especialmente para personas con problemas de salud mental, ofreciendo intervenciones personalizadas.

(Tobacco use and mental health Conditions Policy brief. OMS, 2020)

6. Conclusiones.

Se debe destacar la promoción de hábitos saludables en salud mental como una necesidad y un derecho coincidiendo con el lema del Congreso, siendo fundamental el apoyo social de familiares y personas cercanas, participando en actividades grupales y para aprovechar y crear oportunidades en la vida diaria para cambiar hábitos y ganar salud.

Todo ello, apoyado desde el trabajo en red, donde participen diferentes profesionales que trabajan con personas con problemas de salud mental.



Enfermeras especialistas en Salud Mental: comprometidas en el cuidado con las personas, las familias y los grupos

Ponente: Dña. Aurora Alés Portillo

Enfermera especialista en Salud Mental. Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad. Coordinadora Foro Enfermeras Salud Mental AEESME / Andalucía. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

La salud mental ha sido desde siempre un campo donde los cuidados enfermeros han requerido una capacitación y formación específica. Históricamente hay numerosas referencias en las que se exigía que el cuidado a las personas con problemas de salud mental fuera llevado a cabo por personas preparadas para ello. En nuestro país el primer manual para la formación de enfermería en el campo psiquiátrico data de 1933: *La asistencia al enfermo mental*, de Luis Valenciano. Los primeros enfermeros especialistas en Psiquiatría comenzaron a formarse oficialmente en 1970, tras cursar los estudios de ATS, hasta 1987. Y a partir de 1998 es cuando se configura la especialización de las enfermeras en Salud Mental por la vía de la formación sanitaria especializada EIR, como el resto de las especialidades de Ciencias de la Salud.

Las enfermeras de Salud Mental basan su trabajo en el cuidar. Sigue estando vigente la definición de enfermería de Virginia Henderson: “La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.



La visión integradora y holística en los cuidados de salud mental ponen el foco no sólo en la persona atendida, sino en la familia y en los grupos humanos de los que esta persona forma parte, implicando un nivel de cuidados que mira hacia lo particular y hacia lo global.

En el campo de la salud mental, estos cuidados no pueden separarse de la relación terapéutica fundamentada en el proceso interpersonal entre la enfermera y las personas atendidas, entendida como una relación de propósito específico y orientada a la consecución de un objetivo: favorecer en la medida de lo posible los intereses y el pronóstico de las personas. (*Guía RNAO Establecimiento de la relación terapéutica*).

Según el programa formativo de la especialidad de enfermería de salud mental (*BOE no 123 Orden SPI/1356/2011*), la enfermera especialista en Salud Mental es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería.

Estos cuidados especializados se llevan a cabo en los diferentes niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental), teniendo en cuenta también los factores extrínsecos que intervienen en la aparición de las alteraciones de la salud mental.

Estos factores extrínsecos cobran una especial relevancia en los tiempos actuales, en los que el enfoque exclusivamente biomédico, la necesidad de satisfacción de la inmediatez y la tendencia a patologizar el malestar emocional pueden hacernos correr el riesgo de imponer una respuesta predominante ante las situaciones en las que imperan una mala salud mental. Sin embargo, no podemos alejar la mirada a la realidad de la influencia de las políticas públicas, las normas sociales y la



gestión macroeconómica en las oportunidades de salud de las personas y su impacto en situaciones concretas que repercuten negativamente en su salud mental: inequidad en el acceso a los recursos sanitarios, discriminación, desigualdades educativas, pobreza, precariedad laboral, desempleo, mayor exposición a contaminación, etc.

Los cuidados que prestan las enfermeras de salud mental están enmarcados en la cultura del trabajo en equipo. La enfermera cuida en y con el equipo, y facilita la continuidad de los cuidados entre profesionales y entre distintos equipos de trabajo. El compromiso y la ética profesional deben buscar la excelencia de los cuidados por encima de los personalismos o protagonismos de ninguna profesión sobre otra.

Existen numerosos retos que los nuevos (y rápidos) cambios sociales nos marcan para las nuevas relaciones de cuidados. En primer lugar, destacaríamos la digitalización y las nuevas formas de entablar y mantener relaciones sociales con iguales. Esta realidad está cambiando las claves comunicativas y tenemos que estar atentas para entender y atender cómo ello está influyendo en las necesidades de cuidados. También debemos aprender e incorporar aquellas oportunidades que el entorno digital nos brinda para mejorar la presencia de la enfermera en todos los ámbitos donde están las personas: también en los virtuales.

En segundo lugar, la tendencia creciente al desencanto por las expectativas idealizadas frente a la realidad de las personas. Crece la importancia social de la imagen frente a la palabra, y ello provoca en muchas ocasiones, sobre todo entre la gente más joven, una idealización de las situaciones que les provoca insatisfacción, desaliento y, frecuentemente, desconcierto.

Sin capacidad para extendernos aquí, podríamos hacer referencia a otros retos de interés a las que las enfermeras estaremos atentas por su influencia en la salud mental: cambios



en los patrones identitarios, flujos migratorios y globalización, preocupación por el impacto de la actividad humana en el clima y en el desarrollo de nuevas enfermedades, etc.

Este panorama global y el compromiso de las enfermeras en la atención a las personas, familias y grupos hacen indispensable una apuesta sin vacilación por la formación. El sistema de formación sanitaria especializada garantiza con la formación EIR que las enfermeras especialistas adquieran las competencias necesarias para cumplir con su perfil profesional en los diferentes ámbitos de actuación en los que desarrolla su trabajo. Socialmente debemos exigir los mejores cuidados posibles para la población, como garantes de calidad y seguridad para las personas, y estos son los cuidados especializados.



Obra de Teatro

Nombre de la obra:

Vecinos.

Dirección:

Javier Ceballos.

Compañía:

Esta obra está escrita y producida por la Asociación Ibn Hazm, surgida del aula del teatro de la experiencia de la universidad de Huelva para la difusión de la cultura y lengua árabes.

Integrantes:

Juana Marcos, Mari Carmen Sánchez, Felisa Gallego, Elena Gutiérrez, Tere Domínguez, José Manuel Vázquez, José María Amador, Anselmo Díaz, Esperanza Abileo y Mercedes Boza.

Sinopsis:

Se trata de una reunión de vecinos en la que surge un problema de salud mental. Se envían cinco puntos importantes sobre este tema. Es un mensaje para la sociedad.





Imagen de la representación de la obra de teatro ‘Vecinos’.



Comunicaciones Científicas Premiadas

CATEGORÍA EDUCACIÓN SOCIAL

1er Tipo: Trabajos de investigación empíricos o experimentales

Modalidad presentación: ORAL

Título: Educación sexual y alumnado universitario: qué saben y cómo lo saben

Autores de la Comunicación:

1. García Rojas, Antonio
2. Rodríguez Vargas, Susana
3. Del Río Olvera, Francisco Javier

CATEGORÍA MEDICINA

2º Tipo: Trabajos de investigación empíricos o experimentales

Modalidad presentación: ORAL

Título: Cómo evitar la contención mecánica en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental

Autores de la Comunicación:

1. Velarde Pedraza, Guillermo
2. Sánchez Gayango, Agustín
3. López Sánchez, Emilio José



CATEGORÍA PSICOLOGÍA

3er Tipo: Trabajos de investigación empíricos o experimentales

Modalidad presentación: ORAL

Título: Eficacia del programa TEACCH para la comunicación funcional y aspectos relacionados en niños con autismo

Autoras de la Comunicación:

1. Vera López, Mercedes
2. Rosu Stanciu, Mónica

CATEGORÍA GENERAL

4º Tipo: Trabajos de investigación empíricos o experimentales

Modalidad presentación: ORAL

Título: Efectividad del programa de intervención “Psicología Clínica en Atención Primaria”: Cambios en la severidad sintomatológica tras tres meses de tratamiento

Autores de la Comunicación:

1. Batanero Díaz, M. Carmen
2. Narváez Camargo, Marta
3. De La Rosa Cáceres, Ana
4. Campoy Díaz, Alejandra
5. Alonso Martín, Matilde
6. Yeste Delgado, Gloria



CATEGORÍA ENFERMERÍA

5º Tipo: Trabajos de investigación teórica: revisión sistémica

Modalidad presentación: ORAL

Título: Cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva

Autores de la Comunicación:

1. Márquez Suárez, Juan José
2. Acosta Moya, Inmaculada
3. Rodríguez Vázquez, María Ángeles

***Mención especial por la categoría enfermería a la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.**

Tipo: Trabajos de investigación teórica: revisión sistemática.

Modalidad presentación: ORAL

Título: Herramientas para la prevención del suicidio infantil y adolescente desde la perspectiva Enfermera.

Autora de la Comunicación:

1. Pérez Campina, Rocío

CATEGORÍA INTERNIVELES

6º Tipo: Trabajos de investigación empíricos o experimentales

Modalidad: Presentación oral

Título: Performance of Andalusian Small Mental Health Areas from Balanced Care Model Perspective



Autores de la Comunicación:

1. Díaz Milanés, Diego
2. Almeda, Nerea
3. García Alonso, Carlos Ramón
4. Rodero Cosano, María Luisa
5. Salinas Pérez, José Alberto
6. Salvador Carulla, Luis

CATEGORÍA MULTIDISCIPLINAR

7º Tipo: Trabajos de investigación empíricos o experimentales

Modalidad: Presentación oral

Título: Eficacia de un programa de entrenamiento en mindfulness en los trastornos de la conducta alimentaria para la prevención y tratamiento de la ansiedad y depresión asociadas

Autoras de la comunicación:

1. Noval Díaz, Marta
2. Lineros Linero, Rosario

CATEGORÍA TRABAJO SOCIAL

8º Tipo: Trabajos de investigación empíricos o experimentales

Modalidad: Presentación oral

Título: Opiniones y vivencias de personas sin hogar y con trastorno adictivo sobre su integración en la sociedad

Autora de la Comunicación:

1. Yébenes Aguilera, Inmaculada



MESA REDONDA

Trastorno de la Conducta Alimentaria

Moderadora: Dña. Lourdes Hernández González

Psiquiatra. Coordinadora de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Huelva.

Ponente: Prof. ^a. Dra. Raquel Remesal Cobreros

Doctora en Psicología. FEA Psicología Clínica en la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental- Huelva. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. UHSM. Hospital Juan Ramón Jiménez. Profesora Asociada al Departamento de Psicología de la Universidad de Huelva. Huelva.

Evaluación y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental

Esta Unidad de Salud Mental es un dispositivo integrado en la red de salud mental, de estancia breve, destinado a atender a pacientes con psicopatología aguda y/o grave.

En el caso de los trastornos de la alimentación, se han establecido unos criterios de hospitalización completa cuyos objetivos principales son abordar principalmente la recuperación ponderal y corrección de las posibles complicaciones orgánicas, la rehabilitación nutricional y el abordaje de los problemas psicosociales subyacentes y derivados. Tales criterios, no absolutos, son:

1. Si el estado biológico implica riesgo de complicaciones graves: nula ingesta de alimentos/líquidos, IMC inferior a 16, alteraciones iónicas, vómitos autoinducidos continuados, abuso de laxantes y uso de diuréticos, hematemesis y rectorragias.



2. Si otros trastornos psicopatológicos impiden el tratamiento ambulatorio: síntomas depresivos importantes, riesgo autolítico, conductas autolesivas, fracaso del tratamiento ambulatorio, alteraciones conductuales graves, psicopatología familiar, evolución tórpida del peso.

El ingreso se realizaría preferentemente con carácter voluntario, aunque podría realizarse de modo involuntario si el/la paciente se negara a ingresar y se dieran los siguientes supuestos: riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica, menor de edad y falta de capacidad para decidir.

Los objetivos del tratamiento hospitalario en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental son la recuperación ponderal y corrección de las posibles complicaciones orgánicas; la rehabilitación nutricional y recuperación de las pautas normales de alimentación; el abordaje de los problemas psicosociales subyacentes y derivados.

La intervención se realiza de forma multidisciplinar y engloba el tratamiento nutricional, psicofarmacológico (si procede) y psicoterapéutico, dependiendo la secuencia de éstos de la gravedad del estado clínico de cada paciente.

- Tratamiento nutricional.

Los objetivos son restaurar el peso, tratar las complicaciones médicas y normalizar los hábitos alimenticios. Para ello es preciso realizar el cálculo de los requerimientos energéticos, limitar el aporte energético al gasto energético en reposo o inferior para ir incrementándolo progresivamente y realizarlo la distribución calórica de forma equilibrada con el fin de prevenir el síndrome de realimentación. Las opciones de renutrición serían:

- Alimentación natural: plantear una dieta equilibrada, en principio consensuada, salvo comportamientos aberrantes o



desequilibrados y que eviten la saciedad (evitar alimentos ricos en fibra, fritos). Al inicio hay que valorar la conveniencia de algún procinético o complemento nutricional artificial.

- Alimentación artificial por sonda nasogástrica: indicada en casos de desnutrición severa y fracaso en el programa de alimentación natural. En estos casos es importante controlar la ingesta hídrica.

- Alimentación parenteral total: es excepcional. Sólo estaría indicada en casos de extrema gravedad y es de aplicación exclusivamente hospitalaria.

- Tratamiento psicofarmacológico.

Dependerá de la sintomatología comórbida asociada: sintomatología ansiosa, depresiva, obsesiva o psicótica.

- Tratamiento psicológico:

Los objetivos principales son ayudar al paciente a tomar conciencia de la necesidad de cooperar en la rehabilitación física y psicológica, modificar conductas y actitudes disfuncionales relacionadas con la alimentación, mejorar el funcionamiento interpersonal y social, tratar la psicopatología asociada y los conflictos psicológicos que refuerzan y mantienen las conductas relacionadas con la alteración alimentaria.

Es fundamental gestionar/manejar con el/la paciente, familiares y personal de enfermería el tratamiento nutricional ya que la renutrición no se consigue si no se acompaña de un abordaje psicoterapéutico que incluya medidas conductuales, cognitivas, de regulación emocional y motivacionales. La intervención se realiza a diferentes niveles: individual, familiar y también a nivel de los profesionales sanitarios que están en contacto directo con el/la paciente hospitalizado/a. Los errores más frecuentes que suelen cometer los profesionales que



atienden a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son: hacer juicios de valor, dejarse llevar por estereotipos, simplificar el trastorno a relaciones causales únicas, hacer generalizaciones sobre el modo de actuar de estos/as pacientes, entrar en confrontación con el/la paciente o familiares, cuestionar las pautas de tratamiento indicadas.

- Intervención a nivel familiar:

El acompañamiento durante la hospitalización por parte de algún familiar permite observar la dinámica de relación para poder intervenir. No es excepcional observar una alianza entre el/la paciente y la figura de apoyo (normalmente la figura materna) que, al igual que este/a, termina cuestionando las medidas terapéuticas. Tampoco es excepcional el intento por parte del/la paciente de reproducir la misma dinámica familiar entre el personal sanitario (conflictos, contradicciones, manipulaciones). Tales modos de actuar se enmarcarían en el contexto de resistencias implícitas que tratarían de impedir la ruptura de la homeostasis familiar que mantiene el trastorno. En este sentido, resulta fundamental la actuación consensuada de todo el equipo sanitario implicado en el tratamiento.

- Intervención a nivel individual:

El tratamiento de esta patología lleva consigo una serie de complicaciones que dificultan de forma considerable el mismo, siendo las más habituales la negación de la enfermedad, el rechazo de ayuda, la vergüenza, la falta de sinceridad, la escasa motivación y la resistencia al cambio. Es por ello que resulta importante valorar el estadio de cambio en el que se encuentra el/la paciente según el modelo de conducta adictiva desarrollado por Prochaska y D'Clemente y adaptar la intervención en función del momento en el que se sitúe. Lo habitual en el caso de la anorexia nerviosa, es que el/la paciente esté colocado/a en una etapa precontemplativa, esto es, no se plantea cambiar y tiene nula conciencia de padecer un trastorno de la alimentación



ya que con su conducta de control de la ingesta logra más aspectos gratificantes que aversivos. Dado que la evidencia es otra, es preciso visibilizar su realidad mediante datos objetivos (desnutrición, riesgo vital, presencia de atracones, abandono de objetivos vitales, aislamiento, etc.) y depositar en el/la paciente la capacidad de control para conseguir su objetivo (el alta hospitalaria). Por su parte, ante la negación del trastorno, resulta fundamental señalar las contradicciones entre las intenciones y verbalizaciones manifestadas y las conductas observadas.

Desde la perspectiva de la terapia cognitivo-conductual, uno de los objetivos es el de modificar el contenido de los pensamientos. Este trabajo metacognitivo permitirá abordar las rumiaciones cognitivas egosintónicas en relación con la comida y los pensamientos disfuncionales asociados, siendo los más frecuentes los que se señalan a continuación:

- Sobregeneralización: “cuando comía dulces estaba gorda, por lo que he de rechazarlos completamente ahora o me convertiré en obesa”.
- Abstracción selectiva o filtraje: “no tengo autocontrol, la semana pasada comí flan en el desayuno a pesar de que me había propuesto no hacerlo”.
- Catastrofismo o sobreestimación de la amenaza: “si gano 1 kg de peso me moriré”
- Pensamiento polarizado: “si pruebo los dulces no pararé de comerlos; prefiero no probarlos en absoluto”.
- Personalización: “todo el mundo se da cuenta de que he aumentado 200 g.; todos se fijan en mi cuerpo cuando estoy en bañador”.
- Pensamiento mágico: “la comida se va directamente a los muslos” “Me he tomado un vaso de leche con galletas y acabo de engordar 3 kg.”.

No obstante, cambiar los pensamientos y conductas no es suficiente y en ocasiones no es efectivo siendo necesario explorar los conflictos psicológicos subyacentes al trastorno



de la alimentación, tales como sentimientos de abandono, desconfianza, dependencia, sentimientos de fracaso, autocontrol insuficiente, perfeccionismo o necesidad de sacrificio (*Teoría de los Esquemas Disfuncionales Tempranos de Young*).

Por su parte, desde la perspectiva de las terapias de 3ª generación o terapias contextuales y concretamente desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT) no se persiguen cambios en el contenido de los pensamientos sino cambios en la relación que el sujeto mantiene con sus eventos privados (pensamientos, sentimientos, sensaciones fisiológicas o perceptivas). Se sostiene que la evitación experiencial, o los esfuerzos que realiza la persona para erradicar o reducir la angustia provocada por experiencias internas desagradables está en la raíz de buena parte del sufrimiento psicológico. Por tanto, los intentos excesivos de controlar los eventos internos mantendrían los problemas psicológicos.

En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, la sobreestimación del peso y la figura, así como el control sobre la alimentación y los esfuerzos extremos para obtener dicho control son componentes clave en el desarrollo y mantenimiento de esta patología, de tal forma que la restricción, el purgado y otras conductas compensatorias actuarían como conductas de evitación o escape de los eventos internos angustiantes.

La terapia de aceptación y compromiso identifica una serie de fases diferenciadas en el proceso terapéutico en las que se trabajan objetivos terapéuticos específicos, sin una secuencia cronológica establecida. Dichas fases son: creación de un estado de desesperanza creativa; trabajo en valores; el control como problema; difusión cognitiva/deslateralización; yo contexto; y compromiso para la acción.

A modo de conclusión, los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos complejos en los que confluyen una multiplicidad de factores y en el que las complicaciones médico-



psicológicas pueden ser irreversibles. En el momento actual se recomienda la aplicación de tratamientos multidisciplinares y multinivel, dependiendo de la severidad y del momento en el que se encuentre la persona que padece esta patología. El ingreso en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental debe ser una medida excepcional y preferentemente evitable, recomendándose el tratamiento a nivel ambulatorio, en régimen de hospitalización parcial o en Unidades específicas de TCA, siendo necesaria una adecuada valoración del caso para determinar las actuaciones en los diferentes niveles de atención.

Ponente: D^a. Cristina Moreno Amezcua

Enfermera. Especialista en Salud Mental de UTCA del Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves que afectan a millones de personas en todo el mundo, independientemente de su raza, edad, nacionalidad o sexo, con graves repercusiones a nivel personal, familiar y social. Se trata de un grupo de enfermedades de origen multifactorial, un fenómeno muy complejo en términos de causalidad, morbimortalidad, comorbilidad, migración transdiagnóstica, tendencia a cronicidad, impacto psicosocial y manejo terapéutico por lo que su abordaje es imprescindible desde un enfoque interdisciplinar. Diferentes estudios, siempre realizados en menores de 21 años, sitúan la prevalencia de los TCA en torno al 6,2% en las mujeres y del 0,3% en los varones, dato que ascendió a un 17,9% y un 2,4% respectivamente, tras la pandemia de la COVID-19.

El aumento de estas cifras es debido a una mayor exposición en redes sociales, presión social con respecto al tallaje, mayor exposición a dietas y “productos milagros”, además de la escasa conciencia de conductas patológicas. Con todo esto, nos encontramos ante un trastorno psiquiátrico grave, con un incremento del riesgo de mortalidad de seis veces respecto a la



población general y una tasa de mortalidad bruta del 4%. Esta mortalidad se debe fundamentalmente, a las consecuencias físicas del trastorno, si bien en uno de cada cinco casos el fallecimiento se debe al suicidio.

En cuanto a la evolución de estos trastornos alimentarios cabe esperar una recuperación completa en un 30-50% de los casos en un periodo de 2-3 años y la cronificación en el 50% de los pacientes. Estos datos, ponen de manifiesto la gravedad de esta patología y con esto, la necesidad de una rápida detección por parte de las familias, el sistema educativo en caso de jóvenes y adolescentes y los profesionales de atención primaria en todos los casos, quienes derivarán a las unidades de salud mental o específicas de TCA para comenzar un tratamiento multidisciplinar tan intensivo como sea preciso.

Las unidades específicas de TCA cuentan con un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras y psicólogos, enfermeras especialistas de salud mental y profesionales de la nutrición y endocrinología. Dentro de este equipo, los enfermeros especialistas de salud mental se encargan de proporcionar cuidados que difieren considerablemente de los cuidados tradicionales proporcionados en una unidad clásica de hospitalización, dejando apartado el componente más técnico de la enfermería para atender las esferas psicosocial y emocional del paciente.

La atención y asistencia de enfermería se segmenta en varias esferas; Recuperación de salud orgánica: la enfermera se encargará de evaluar la evolución física a través de medidas antropométricas (peso, talla, IMC, pliegues corporales, etc.), bioimpedancia eléctrica vectorial y/o análisis sanguíneos. Cabe señalar, que la oscilación ponderal que experimentan los pacientes con trastornos alimentarios provoca una reducción de las medidas antropométricas, mientras que las proteínas viscerales y resto de valores analíticos suelen mantenerse normales, esto se debe a que este proceso de desnutrición en



caso de anorexia nerviosa, o malnutrición en la bulimia nerviosa tiene lugar lentamente, lo que permite al organismo adaptarse a ese déficit.

Es por esto, que los métodos tradicionales de evaluación del estado nutricional, basados en medidas antropométricas, a pesar de su bajo coste, no suelen resultar útiles. Uno de los métodos más fiables para medir el estado nutricional y la evolución del tratamiento de los pacientes con TCA en proceso de renutrición es el estudio de la composición corporal medido a través de impedancia eléctrica vectorial (BIA), una técnica usada para medir la composición corporal del organismo basada en la capacidad de este para conducir una corriente eléctrica, de este modo nos aporta información sobre el porcentaje de materia grasa, magra y agua entre otras, del organismo. Además, como enfermeras de salud mental ayudaremos a solucionar o paliar las complicaciones físicas mediante un proceso de ayuda enfocado hacia la necesidad de modificación de la alimentación y conductas arraigadas al TCA.

Modificación conductual: a través de educación para la salud y entrevista motivacional, basadas en hábitos nutricionales y ejercicio físico saludables, ofreciendo alternativas a las conductas patológicas relacionadas con la alimentación, control de comportamientos impulsivos (atracones, vómitos, hiperactividad física, consumo de tóxicos, etc.) Recuperación cognitiva: otra esfera donde trabajaremos como enfermeras especialistas de salud mental es la distorsión de la imagen corporal propia del diagnóstico de TCA, ayudando a establecer una percepción realista de su cuerpo, aumentando así su autoestima y confianza, reforzando sus valores, creencias y sentimientos frente a los estereotipos sociales de moda.

Para esto, debemos de tener en cuenta que para poder trabajar en este apartado hay que recuperar un mínimo de salud física. Recuperación emocional: en la mayoría de estos pacientes se produce una asociación entre un estado de ánimo alterado y la



conducta alimentaria. Exploraremos psicopatología asociada al trastorno alimentario como trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo, etc.

Además, buscaremos mecanismos de defensa más eficaces y trataremos de ayudar en la búsqueda de su identidad alejada del trastorno alimentario Trabajo en equipo con el resto de la familia: como ya se ha comentado, el TCA afecta a toda la dinámica familiar por lo que contar con la familia como parte del tratamiento se hace indispensable, trabajaremos formando e informando a los cuidadores de estas pacientes acerca del trastorno y en la resolución de conflictos alrededor de la enfermedad.

Por último, exploraremos la red social del paciente, a menudo deteriorada y marcada por un profundo aislamiento, sobre todo en casos más crónicos. Muchos de estos pacientes han limitado su vida al trastorno, permaneciendo en primer plano en su listado de intereses todo lo relacionado con la enfermedad o la imagen corporal (alimentación, actividad física, etc). Exploraremos habilidades sociales deterioradas y las entrenaremos para que puedan integrarse con sus iguales y en la comunidad.

La tórpida evolución de este tipo de trastornos, con episodios de recaídas de duración variable, tentativas de suicidio frecuentes y complicaciones orgánicas severas hace indispensable una atención especializada dentro de unidades específicas de TCA, que cuenten con profesionales formados y preparados para abordar el tratamiento tan complejo de estos pacientes.

Como enfermeras, debemos fomentar la educación y promoción de la salud, centrado en motivar a la población en el seguimiento de hábitos de vida saludables, habilidades de gestión emocional y fortalecimiento de su autoestima, tan debilitada en estos casos.



CONFERENCIA

Impacto Emocional de la Pandemia

Moderador: Prof. Dr. Juan Gómez Salgado

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Huelva. Huelva.

Ponente: Prof. Dr. Fernando Tomasina González

Profesor del departamento de Salud Ocupacional de la Universidad de la República de Uruguay. Uruguay.

La pandemia por COVID-19 colocó en tensión extrema al personal de salud y expuso las carencias estructurales y funcionales históricas de los sistemas sanitarios a lo largo del mundo. Esta situación con marcados matices, según grado de desarrollo y dependencia de los países, se extendió globalmente y en general tuvo como consecuencia la amplificación del impacto negativo, que de por sí tienen los procesos laborales en el ámbito sanitario, sobre el bienestar psicofísico y social del personal de salud (*Lancet, 2020*). Por otra parte, el impacto que generó la pandemia trasciende al ámbito sanitario, determinando cambios en lo social, económico y cultural que va más allá del fenómeno meramente biológico (*Azzi, 2020*).

Se puede afirmar que el personal de salud está habitualmente exigido y expuesto a múltiples factores de riesgo, cargas o exigencias derivado de un proceso laboral complejo que tiene como eje el cuidado de las personas. Este último aspecto identifica al colectivo de trabajadores de la salud donde no solo actúa su cuerpo, sino que principalmente su psiquis y sus emociones. Interactuar con otro en situaciones límites tiene elevados costos psíquicos y emocionales. Los factores de riesgos psicosociales juntamente con otros riesgos como los biológicos,



la exposición a agentes químicos y físicos, y los derivados de aspectos ergonómicos configuran un perfil de carga y exigencia particular en el personal de salud. Estos riesgos determinan un perfil de salud-enfermedad propio de este colectivo (*Tomasina et al., 2011*).

La pandemia se ha expresado como un fenómeno complejo, que en el personal de salud incluye el riesgo biológico por la enfermedad infecciosa por COVID-19, con riesgo alto de enfermar y/o de morir y el riesgo psicosocial con impacto en la salud mental y somática del trabajador. En el riesgo psicosocial juegan un rol importante los aspectos derivados de la sobrecarga asistencial, las situaciones límites vividas con los pacientes y/o familiares, los miedos a enfermarse o enfermar a los suyos, así como las molestias derivadas por discriminación hacia su condición de trabajador de la salud.

Todos estos aspectos sin duda han repercutido en el bienestar de los integrantes de los equipos de salud y pueden ser considerados una secuela más de las que ha estado dejando la pandemia por COVID-19. En tal sentido, son múltiples los estudios del impacto de los factores de riesgos psicosociales en el personal de salud, en donde se destacan la fatiga, el estrés laboral síndrome de *burnout*, los trastornos del sueño, angustia y depresión, y los trastornos por estrés postraumático (*Lai et al., 2020; Mediavilla et al., 2021; Serrano-Ripoll et al., 2020; World Health Organization, 2020*).

En diferentes encuestas realizadas en nuestro país, los resultados marcan aspectos similares a lo hallado en los trabajos internacionales. En la encuesta realizada en abril del 2021 por el Sindicato Médico del Uruguay, en una muestra representativa del padrón de afiliados que incluyó a 541 médicos, el 70% de los mismos manifiestan sufrir estrés y más de la mitad entiende que existe sobrecarga laboral durante la pandemia. El 37% percibe que trabaja más horas que las debidas (*Arteta, 2021*). En las entrevistas en profundidad realizadas a



trabajadores de la salud, en la policlínica del departamento de salud ocupacional de la Facultad de Medicina, era frecuente la referencia sobre la exigencia emocional que supone el sufrimiento por fallecimientos de pacientes que se agravaban en forma muy rápida, casi inesperada y que evolucionaban a la muerte en pocas horas. Se refieren a pacientes que estaban plenamente activos durante los días previos. Varios expresan la alta carga emocional que supone ser portavoz de mensajes de pacientes asilados y graves a sus familiares. Estas situaciones eran vividas con mucho dolor por el colectivo de trabajadores y sentidas como altamente desgastantes. Este escenario fue referido particularmente durante los meses más difíciles de la pandemia que vivió el país, de diciembre del 2020 a junio del 2021 (*Ministerio de Salud Pública, 2021*).

Alguna experiencia de abordar la problemática.

De las diferentes respuestas institucionales que se generaron en el país, formales y no formales, se destacan:

- La formación de redes virtuales, como espacio de información, asesoramiento, pero sobre todo como espacio de contención emocional a partir del apoyo entre pares. Un ejemplo es la red creada de los referentes de salud laboral en las diferentes unidades ejecutoras de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Frecuentemente, en la misma, se aportaba información que disminuía en parte las incertidumbres que se viven en el marco de la pandemia y operó como forma de control de ansiedades y angustias entre el personal (*Tejera & Levin, 2020*).

Otra experiencia similar ocurrió entre médicos y profesionales del área de la salud ocupacional que también permitió, entre otros temas, el intercambio de información sobre recursos existentes en el sistema sanitario para la atención de trabajadores con sufrimiento en la esfera de la salud mental durante la pandemia (estrés laboral, depresión, etc.). Asimismo, operó positivamente sobre los profesionales de los servicios de



salud y prevención en el trabajo, básicamente por la acción de sentirse acompañados en la actividad de cuidado.

- Las diferentes instituciones sindicales, colegios de profesionales, sociedades científicas y de las estructuras universitarias se sintieron éticamente obligadas a generar recursos orientados al apoyo emocional a partir de intervenciones grupales y/o individuales. Al respecto, se conformó una grilla de los recursos para la atención en salud mental del personal de salud que estaba disponible a través de las redes sociales.

- Creación de espacios para la reflexión deliberativa, generando lugares que permiten verbalizar y escuchar el sufrimiento, que opera como espacio reparador y de apoyo colectivo (*Pascale Molinier, 2009*). El espacio de deliberación, al decir de C. Dejours (2013) “es el lugar donde mejor pueden expresarse opiniones relativas conjuntamente a lo real y a la vida (el trabajo vivo), sin más mediación que la palabra viva”. En tal sentido, un ejemplo es la experiencia del Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina (Udelar) en la que se configuraron grupos homogéneos de enfermería de áreas de internación cerradas, en particular de CTI del Hospital de Clínicas. De forma similar se crearon, también auspiciados desde el departamento, otros espacios de reflexión colectiva dirigidos a médicos del trabajo. Se destaca que todas estas iniciativas parten de la demanda de los propios trabajadores.

- La conformación de actividades dirigidas a los equipos de salud que fueron organizadas por la comisión de bienestar de médicos residentes y posgrados de la Escuela de Graduados, el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina y el programa ECHO, integrantes de la Universidad de la República (Udelar). Con este marco se realizaron de forma sistemática actividades que consistieron en talleres virtuales con grillas de situaciones que viven o vivieron los equipos de salud y que generaron diferentes problemas o tensiones hacia la interna. La actividad tenían una etapa de análisis de la situación entre los



participantes y luego la búsqueda de soluciones a proponer. En general, finalizaba la actividad con la realización de técnicas de relajación o meditación para el manejo del estrés. En otros, la actividad final era de carácter cultural o lúdica.

- Generación de espacios creativos para el personal de salud. En el Hospital Universitario se ha desarrollado una iniciativa, propiciada por el Núcleo Interdisciplinario de Salud Auditiva y Ergonomía de los Músicos de la UdeLaR y la jefatura de enfermería, para la conformación de un espacio coral para el personal de salud del Hospital. El mismo está en funcionamiento desde hace varios meses.

Conclusiones

En términos generales, la pandemia ha revitalizado la importancia de la articulación de los espacios académicos, sindicales y el rol del estado para el desarrollo de políticas en salud laboral.

En lo que se refiere al sector salud, la pandemia paradójicamente resultó en una oportunidad de visibilizar los riesgos psicosociales. La incorporación de políticas públicas que atiendan al bienestar del colectivo de trabajadores de la salud se imponen, tanto por los trabajadores como por la calidad de la atención a la población. En tal sentido, se plantea rediscutir la forma de la organización del trabajo en el sector, en particular incluyendo el tiempo de trabajo, el tiempo de descanso, el tiempo para el desarrollo personal y la recreación.

La necesidad de generación de espacios de contención emocional y alternativos que ayuden al control del desgaste psíquico del personal de la salud quedó claramente demostrada.

Se observó, además, la importancia de potenciar el rol de los espacios bipartitos de salud y seguridad en el trabajo incluyendo la temática de los factores psicosociales. En tal



sentido, el rol de las comisiones bipartitas de salud y seguridad y los servicios de salud y prevención en el trabajo deberían actuar activamente en acciones de promoción de la salud laboral y la prevención de los riesgos identificados, con una óptica integral, incluyendo estrategias específicas sobre los factores de riesgos psicosociales.

Claro está que todos estos tópicos suponen un debate complejo a dar en las instituciones sanitarias. Entiendo que las organizaciones de los trabajadores del sector así como los espacios universitarios deberán jugar un rol central a la hora de la discusión de propuestas de mejoras organizacionales.



MESA COLOQUIO

El Suicidio

Moderador: Prof. D. Manuel Márquez Garrido

Profesor Honorario de la Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva. Huelva.

Ponente: D. Javier Romero Cuesta

Psiquiatra. Coordinador autonómico del programa integral de Salud Mental y director UGC de Salud Mental del Hospital Virgen de La Victoria de Málaga. Málaga.

Propuesta de organización a la atención a la conducta suicida en Andalucía desde el Plan Integral de Salud Mental.

En la atención a la conducta suicida nos enfrentamos a una serie de mitos como:

- El suicidio no se puede prevenir
- Hablar sobre el suicidio puede incrementar el riesgo de que se lleva a cabo una conducta suicida
- El suicidio es una reacción normal ante experiencias negativas.
- Las personas que hablan de suicidio no lo cometen.

Mitos muy arraigados en la sociedad a los que tenemos que enfrentarnos todas las personas que trabajamos en la prevención y atención a las personas con conducta suicida. Hay que partir de la base de que la conducta suicida es un fenómeno complejo y multifactorial. No hay una única causa y nos aproximamos con muchas incertidumbres a ella analizando factores de riesgos y factores protectores tanto clínicos como sociales.

Desde el Plan Integral de Salud Mental (PISMA) se lleva muchos años trabajando en la prevención del suicidio, enfocado



a la prevención y detección de la conducta suicida mediante la formación y la sensibilización sobre la importancia de la prevención del suicidio. Sin embargo, ha sido más recientemente, con la pandemia, cuando desde el Ministerio de Sanidad se plantea la creación de una estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Ello, con una línea estratégica exclusiva dedicada a la prevención de la conducta suicida en la que se fijan objetivos y acciones a llevar a cabo por las comunidades autónomas.

En Andalucía, al igual que otras comunidades autónomas, la situación de pandemia pone en evidencia la necesidad de abordar la problemática de la conducta suicida en todos los niveles. Por este motivo, bajo el auspicio de la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios de la Consejería de Salud y Familias y liderado por el Programa de Salud Mental y el PISMA, se constituyó a principios del 2021 un grupo motor con el objetivo de elaborar un plan de acción en el SSPA para la prevención, atención y postvención del suicidio, que presentó su resultado en septiembre de 2021.

Este plan iba dirigido, en un primer lugar, a la prevención indicada ante la alarma social y sanitaria que provocó el aumento de la conducta suicida en la pandemia. En él se busca mejorar las actuaciones sobre suicidio en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en detección precoz, intervención en crisis, seguimiento terapéutico intensivo, continuidad asistencial y adherencia al seguimiento. Todo ello con especial atención a la infancia y adolescencia, sin dejar atrás la postvención, la investigación y las propuestas de formación.

Para llevar a cabo este plan de acción, se necesitaba un incremento de recursos, por lo que se reforzó con facultativos, psiquiatras o psicólogos clínicos todas las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGCSM). La dedicación de estos profesionales de referencia sería exclusiva (o casi exclusiva según el tamaño de la UGCSM) para el desarrollo, implementación y



evaluación de un programa de abordaje intensivo, priorizando pacientes vulnerables y con mayor concurrencia de factores de riesgo, como adolescentes y pacientes con trastorno mental grave.

El objetivo es contar con referentes de un programa de atención a la conducta suicida en cada UGC de salud mental y ampliar el marco de actuación de manera progresiva a otros dispositivos como servicios de urgencia y atención primaria. También se persigue establecer y aumentar vínculos con otros ámbitos y agentes claves en prevención del suicidio, como educación y servicios sociales comunitarios.

Tras terminar el plan de acción, el grupo sobre prevención indicada ha continuado trabajando entre otros objetivos en la elaboración de un código suicidio a nivel andaluz dentro de la historia clínica digital, para asegurar un seguimiento adecuado del paciente con conducta suicida. También trabajando estrechamente con la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias desde una perspectiva de formación como de mejora en la coordinación de la red asistencial a las crisis.

Tras presentar el plan de acción sobre prevención indicada era necesario ampliar el campo de visión a una perspectiva más social de cara a abordar de manera más integral la prevención de la conducta suicida. Para ello, se creó un grupo de trabajo para prevención selectiva y universal con el objetivo de culminar con una Estrategia Andaluza sobre la conducta suicida para el año 2022-2023.

Finalmente, sobre la mesa está el proyecto de creación de un observatorio andaluz del suicidio que permita mejorar la formación, la información y la investigación en el que deben participar todos los sectores de la administración y de la sociedad andaluza implicada en este fenómeno de salud pública de primera magnitud que supone la conducta suicida.



Ponente: D. Francisco Javier Moreno de la Torre

Persona con experiencia propia. Presidente del Comité de Salud Mental de Andalucía. Sevilla.

“¿Qué hago Aquí? ¿Quién soy yo?” La verdad, esas preguntas me las he hecho yo al ver el programa completo de este congreso, así como la composición de la mesa en la que me han invitado a participar.

Tras una reflexión, no demasiado corta, creo que ha sido un acierto, pues yo, Javier, no tengo titulación académica en psicología ni en psiquiatría. De ahí que mi lenguaje no sea demasiado técnico, sino más coloquial. Procuraré, además, no mencionar datos, aunque no sean desconocidos para mí. Puesto que nosotros, los que sufrimos tanto por nuestra salud mental, como por la relación con el suicidio, somos personas.

Pero he bebido de las fuentes de la vida. Llevo más de quince años visitando a facultativos de salud mental, pues tengo un problema “emocional” diagnosticado. Siendo dicha etiqueta, que ya me he quitado, como las que cortamos de las camisetas que compramos para que no suene la alarma al entrar o salir de los comercios.

Y vaya... Casualidad. Sí, el diagnóstico (trastorno límite de la personalidad o TLP) parece que me relaciona con el tema de la mesa: el suicidio. Pues entre las personas que compartimos este tipo de sufrimiento es más frecuente el suicidio, tanto consumado como tentativas e ideaciones.

Actualmente me encuentro “recuperado”, o “estable”. Aunque las ideas de desaparecer de este mundo no se han terminado, pues como me dijo un voluntario en Proyecto Hombre (entidad especializada en la atención integral a personas y familias con problemas de adicciones): “las ganas de consumo no desaparecen nunca”. Pues con la idea de que la solución es el suicidio, para los que la hemos mamado desde pequeños



tampoco. Al menos desde mi experiencia. Entonces, ¿qué les voy o les puedo contar? Sencillo: mi propia experiencia.

Antes de continuar, me gustaría comentar que algunos autores tratan de explicar el deseo de suicidarse como poner fin a un sufrimiento o dolor, del cual distinguen varios tipos: físico, emocional, social, etc. Pero al oírlo en una ponencia durante unas jornadas sobre prevención del suicidio, me sonó a que podía entenderse como una justificación de las conductas e ideas autolíticas. Y puede llegar a cierta frivolidad por los medios de comunicación. Así podemos ver titulares como “le dejó su pareja y se ahorcó”; “estaba parado, le agobiaban las deudas y se atiborró a pastillas”; etc.

Además, el decirnos que el dolor o sufrimiento puede ser origen de las ideas suicidas, puede dar lugar a que se contemple esto como causa para pedir la eutanasia como ocurre en España desde el año 2021.

Para mí, y según datos manejados por los expertos profesionales, la gran mayoría de suicidios, en todos sus grados (fallecimiento, tentativa, ideación), se producen en personas con un problema de salud mental. Y esta es mi vivencia, mi experiencia, tanto en mi persona como en bastantes personas que conozco. A modo de ejemplo, hace muy poco en un grupo de terapia una persona nos confesó que deseaba morir, pues se sentía un estorbo para este mundo. Esto lo contempla, en cierto modo, la doctora en psicología Marsha Linehan con una amplia trayectoria profesional y experiencia propia en suicidio al comentar que “creen que son malos”.

Comencemos mi historia: yo nací en el seno de una familia con poco nivel cultural. Ni mis padres, ni mis hermanos mayores, tenían estudios. En cuanto a la economía, teníamos un techo y comida, pero nuestros recursos dinerarios eran más bien justitos. En esta situación, es posible que yo fuese una persona o niño de altas capacidades. Llegué a segundo curso



de primaria directamente desde párvulos, es decir, no cursé primero. Al llegar a dicho grado, a mitad de curso, aprendí solo a dividir mientras observaba a mi compañero de pupitre. Yo tenía seis años y mi compañero siete. Con menos de catorce diseñé un algoritmo matemático, que fue reconocido con un premio para jóvenes científicos.

Yo veía cómo otros niños o adolescentes que les costaba más el aprendizaje, tenían proyectados sus estudios superiores. Yo ni me lo planteaba, pero no por carecer de dicho deseo. Me sentía incomprendido, no sólo por mis capacidades intelectuales. No le veía sentido a la vida, me sentía culpable de todo lo que no era positivo. No me encontraba en mi ser, mi cuerpo, el mundo que me tocó vivir. Tenía pesadillas inconfesables, como inundaciones y ríos de sangre (esto, nadar en un mar de sangre, hace poco también lo compartió públicamente a otra persona con experiencia propia). No comprendía nada. Sólo veía una solución: desaparecer. Así se conseguiría un mundo mejor.

Esto me hacía sufrir aún más, pues mi mente racional, dominadora sobre la mente emocional me decía que no estaba bien matarme, ni desear desaparecer, no ver un nuevo amanecer. Todo ello, unido a otras circunstancias, hicieron que me protegiera. Me creé una coraza. No mostraba o no me permitía emocionarme en ningún sentido. Perdí a mi padre súbitamente a los diecisiete años. No derramé una lágrima. Mi hermano falleció de forma traumática, antes de yo cumplir los treinta. Tampoco derramé una lágrima.

¿Como sobrevivía? Me “automedicaba”. ¿Cómo? Con una sustancia adictiva y tóxica pero legal y de fácil acceso y bajo coste: el alcohol. Era mi antidepresivo, mi ansiolítico, mi desinhibidor...

Pero el suicidio me perseguía. Un familiar de primer grado falleció por suicidio. Un compañero con el que rehusé tomar una cervecita amaneció en el hospital con las muñecas cortadas. Y,



cómo no, mi obsesiva idea de dejar este mundo estaba presente. Pero de forma infalible, sin sufrimiento ni dolor. Sin perjudicar a nadie, pues si me iba era para salvar al mundo. Esto hizo que sobreviviera durante bastantes años. Pero no disfrutaba de la vida.

Sobreviví gracias a mi coraza, el alcohol, la adicción a ocupar el tiempo trabajando y estudiando. Casi no dormía. Mi mente no podía relajarse. No podía parar. No debía sentir emociones. Y gracias a mi mente racional, conseguí un buen empleo. Era oficial del ejército, capitán, estaba casado y a pesar de nuestras discusiones manteníamos la familia que habíamos creado, con hijo e hija sanos. Pero mi cabeza no paraba de dar vueltas al asunto. Mi vida era... Bueno, no era feliz. Era una existencia plana o triste salvo momentos puntuales de alegría y lucidez (conocer a mi pareja, mi hija e hijo). Pero mi comportamiento no era muy asemejable a lo esperado o habitual. De hecho, en algunos entornos me llamaban “el loco”.

La situación se hizo insostenible. No dormía de noche, aunque sí lo hacía de pie, comiendo o en cualquier lugar que no fuera la cama. La irascibilidad puede que se tornara en algunas situaciones en violencia. Y la idea de irme de este mundo no paraba, sino todo lo contrario: se hacía más intensa y persistente. Pero, ¿a quién le podía contar que mi gran deseo, mi verdadero deseo era matarme? La respuesta la sabía, o la suponía: ¿pero tú, que problema tienes? Me preguntaba cómo explicar que el daño estaba en mí mismo, en mi interior...

Así llegué a que solo faltara apretar el gatillo para terminar con mi vida. ¿Qué me salvó? ¿Qué me mantuvo aquí? Pues, curiosamente, mi bondad para con los demás. Sí. En un último instante de lucidez pensé que mi madre no soportaría la desaparición de otro hijo.

Pero seguía con el mismo problema. ¿A quién le cuento mis verdaderos e internos sentimientos? Sin problema: una



nueva borrachera. Y en ese estado, le confesé a mi pareja lo poco que me faltó para no estar con ella. Ni con ella ni con nadie.

Bien, ¿no? Pues no. Se retrasó el hecho, seguía viéndome y sintiéndome mal, incomprendido, desando morir en soledad, planeando cómo conseguirlo. Y además tenía una nueva preocupación: esta vez no llevarme a mi madre conmigo me ha salvado. No obstante, lo natural es que fallezca ella antes que yo. ¿Cómo frenaré ese impulso entonces?

Solución: ponerme en manos de profesionales de psicología y psiquiatría, aconsejado por mi esposa. Más bien, fue un ultimátum gracias al cual estoy aquí y lo puedo contar.

Inicié un largo, y no menos sinuoso, camino hacia la recuperación. Importante: el malestar no estaba en el exterior, ni en otras personas. Mi malestar era propio. Emanaba desde mi mundo interior. Esta reflexión no es baladí, pues quizás sea una de las premisas para tomar el camino hacia la recuperación. La otra es tomar conciencia de que tenemos un problema de salud mental.

Pasé por la etiqueta que puede suponer un diagnóstico en salud mental, consultas de psicología, psiquiatría, constelaciones familiares. También por Proyecto Hombre, y dejé de calmar mis males en la bebida. Y cómo no, todo ellos con el apoyo familiar de mi esposa e hijos. Y el movimiento asociativo en salud mental al que pertenezco. Comencé en la Asociación AVANCE-TP, de Sevilla. Posteriormente, también estuve en la Federación Salud Mental Andalucía y la Confederación Salud Mental España.

Al principio, solo recibía apoyos por parte de profesionales y compañeros, sufridores en SM. Con el proceso de recuperación fui empadronándome y vi que podía facilitar la recuperación de otras personas. Actualmente soy un representante de nuestro colectivo. Portavoz del Comité Pro SMA, compuesto por personas con experiencia propia en SM.



Por último, no quiero terminar esta ponencia sin dejar un mensaje de ESPERANZA, pues la recuperación es posible. Actualmente, en mi opinión, vivo una vida plena, en el sentido de que disfruto de la vida, procurando hacerlo en cada momento y cada cosa que realizo.

No dudes en pedir ayuda.

Ponente: Prof. Dr. Fausto Amaro

Catedrático de Sociología. Universidad del Atlántico. Lisboa.

1. As variáveis Sexo, Idade e Região

Segundo os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, de Portugal, a taxa bruta de suicídios, em Portugal, foi 9,5 por 100 000 habitantes, entre a população residente. No mesmo ano, a taxa padronizada foi de 7,9. No quadro n.o 1, são apresentadas taxas brutas para o ano 2002, para o ano da crise económica de 2008, para o ano 2013 que marca o lançamento do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e para 2019 que corresponde aos últimos dados publicados.

O ano de 2019 apresenta o valor mais baixo, sendo menor do que média europeia (10,5), segundo os dados da Organização Mundial de Saúde, mas continua mais alta do que a Espanha (7,6).

As mortes por suicídio constituem um verdadeiro problema de saúde pública ultrapassando bastante as mortes por homicídio (1000 mortes por suicídio comparadas com 89 mortes por homicídio voluntário consumado, em 2019) (*Portugal, 2020*).

As taxas de suicídio por sexo mostram uma tendência universal, sendo os homens sempre em maior número do que as mulheres. No ano em análise o número de suicídios entre os homens foi 3,5 vezes maior do que nas mulheres. Embora



todos os autores comentem este facto e acrescentem que há menos mortes entre as mulheres, mas as mulheres fazem mais tentativas, a verdade é que estas diferenças ainda não se encontram bem explicadas.

Quadro nº 1

**Tasa de Suicidio en Portugal, según el sexo
(por cada 100.000 habitantes)**

| Año | Total | Varones | Mujeres |
|-------------|--------------|----------------|----------------|
| 2019 | 9,5 | 15,2 | 4,4 |
| 2013 | 10,1 | 16,3 | 4,4 |
| 2008 | 9,7 | 15,4 | 4,5 |
| 2002 | 11,6 | 18,7 | 4,9 |

No que respeita à variável idade, o quadro n.º 2 mostra as diferenças por grupos de idade, verificando-se um aumento de mortes por suicídio à medida que se avança no escalão etário. A figura n.º 1 mostra, nitidamente, este fenómeno que se torna mais acentuado a partir dos 65 anos. Também esta variável não é característica de Portugal, pois em todo o mundo o número de mortes por suicídio é maior nos grupos de idade mais avançada.

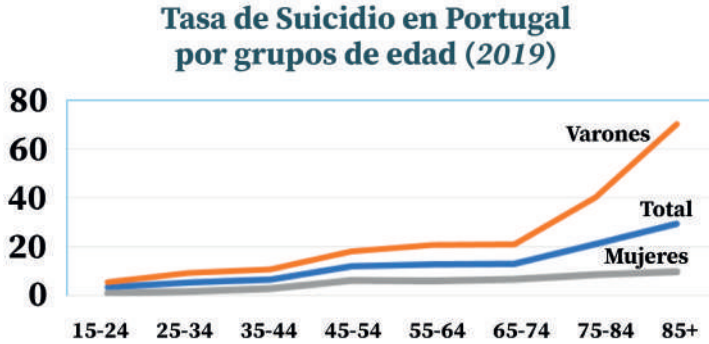
Quadro nº 2

**Suicidio en Portugal por grupos de edad
(cada 100.000 habitantes, 2019)**

| Grupo de edad | Total | Varones | Mujeres |
|----------------------|--------------|----------------|----------------|
| 15-24 | 3,4 | 5,6 | 1,1 |
| 25-34 | 5,5 | 9,4 | 1,8 |
| 35-44 | 6,6 | 10,7 | 2,9 |
| 45-54 | 12 | 18,2 | 6,3 |
| 55-64 | 12,9 | 20,7 | 6,1 |
| 65-74 | 13,1 | 21 | 6,7 |
| 75-84 | 21,2 | 40,3 | 8,7 |
| 85+ | 29,4 | 70,2 | 9,8 |



Figura nº 1



A terceira variável analisada é a região do país onde ocorrem as mortes por suicídio. Conforme se pode ver pela figura n.º 2, os valores mais baixos registam-se no norte do país, na região de Lisboa e Vale do Tejo e na região Autónoma da Madeira; os valores mais altos registam-se a sul, nas regiões do Alentejo e Algarve.

Figura nº 2

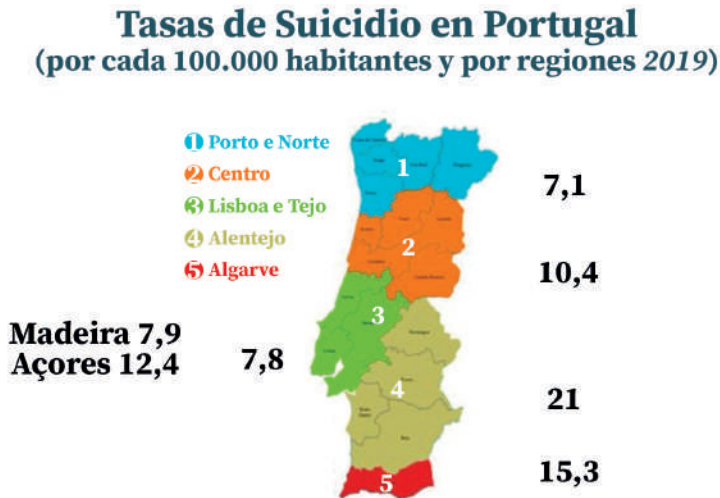


Figura nº3



As explicações com base na geografia não parecem adequadas. Se compararmos as taxas de suicídio nas comunidades autónomas de Espanha mais próximas geograficamente de Portugal (Figura n.º 3), verificamos que enquanto a região norte de Portugal apresenta a taxa mais baixa do país, a vizinha Galiza tem uma das taxas mais elevadas de Espanha. Se analisarmos o sul de Portugal, o Alentejo (taxa: 21,0) e Algarve (taxa: 15,3) têm as taxas mais altas, mas ao seu lado as comunidades espanholas vizinhas têm taxas inferiores ou semelhantes à média nacional (Extremadura: 6,6 e Andaluzia: 7,8). Porquê estas diferenças?

Apresentamos duas hipóteses, que naturalmente, exigem investigação aprofundada.

1 – O número elevado de suicídios está relacionado com a cultura destas regiões.

2 – O número elevado de suicídios está relacionado com a estrutura social.

No que respeita à cultura, o sul do país é caracterizado por menor religiosidade quando comparado com o Norte que é uma



zona fortemente influenciada pela religião e tradição católica romana. Este pode ser um fator, considerando que o catolicismo sempre foi associado a taxas mais baixas de suicídio.

O segundo fator de origem cultural parece estar relacionado com a escolha do suicídio como resposta a questões de honra, numa sociedade em que os homens e mulheres das classes baixas viam os seus direitos violados por pessoas mais poderosas e de quem dependiam economicamente. Perante uma questão em que se sentiam atingidos na honra e ao mesmo tempo impotentes para reagir, a única resposta seria o consumo do álcool e o suicídio para evitar a vergonha pública. A romancista Maria José Nuncio ilustra estas situações no seu romance *O que se cala é como se não existisse* (2018).

Por outro lado, o suicídio parece fazer parte do imaginário alentejano e já tem sido representado em desfiles alegóricos, como por exemplo no período de Carnaval.

Quanto à segunda hipótese, relacionada com a estrutura social, ela parece encontrar algum fundamento na estrutura da propriedade no Alentejo e no norte do país. Enquanto no Alentejo existe menor divisão da propriedade, no Norte predomina a pequena propriedade. Esta diferente estrutura levaria as pessoas da região Norte a terem um maior apego à terra e à família, o que funcionaria como fator protetor do suicídio, enquanto no Sul, a vida dos assalariados rurais levaria a uma maior dependência económica e a um menor apego à vida e à família, sendo por isso um fator de vulnerabilidade do suicídio.

2. Estratégia de Prevenção

O primeiro plano de prevenção do suicídio, a nível nacional foi aprovado pelo Ministério da Saúde para o período 2013-2017. Este plano tem como principais valores e princípios:

1. Acessibilidade e equidade.
2. Multiculturalidade e multidisciplinaridade.



3. Proximidade
4. Sustentabilidade
5. Baseados na evidência científica e boas prática

O plano estabelece um conjunto de ações prioritárias dirigidas a:

- a) População em Geral
- b) Profissionais de saúde
- c) Adolescentes
- d) População Idosa
- e) População prisional
- f) Forças de Segurança (Polícia, GNR)
- g) Grupo LGBT
- h) Pessoas com deficiência intelectual

Tendo em vista a monitorização e avaliação das intervenções previstas, o plano estabeleceu um conjunto de indicadores com esse objetivo e propõe uma terminologia a adotar pelos profissionais de saúde e outros técnicos.

De entre as estratégias de prevenção, destaca-se a intervenção nas comunidades locais, para diminuir as situações de oportunidade, como o acesso a pontos elevados, caminho de ferro, pesticidas, etc.

Por outro lado, é considerado fundamental a melhoria e acesso aos serviços de saúde mental, dinamizando as equipas comunitárias de saúde mental e prevenção da depressão.

Tendo em conta o elevado número de comportamentos suicidários em algumas regiões, o Plano refere a necessidade de se realizarem ações prioritárias nessas regiões.

3. A Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS)

A SPS foi fundada no ano 2000, com o objetivo de contribuir para o estudo e prevenção do suicídio. A sua intervenção situa-se a vários níveis:



a) Investigação (Exemplo: O projeto de investigação/ação para o estudo e prevenção do suicídio na rede ferroviária nacional)

b) Ação formativa: A SPS organiza todos os anos um Simpósio sobre o suicídio, dirigido a profissionais e estudantes da área da saúde mental e outros interessados. Participa igualmente em cursos e ações de formação.

c) Consciencialização da população para o problema do suicídio. A SPS assinala todos os anos o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio (10 de setembro) e colabora com entidades públicas e privadas com o objetivo de criar uma maior consciencialização da sociedade portuguesa para a prevenção do suicídio.

d) A SPS presta serviços de consultoria quando é solicitada.

Ponente: Dña. Iria Sazatornil González

Departamento de Psiquiatria y Salud Mental del Centro Hospitalario Universitario del Algarve. Portugal.

Suicidio: mitos, realidad e intervención

El concepto de suicidio va mucho más allá que el simple acto de quitarse la vida. Estamos presentes ante uno de los mayores problemas de salud pública.

Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo. Según los datos internacionales la tasa de suicidio consumado es mayor en las personas del sexo masculino. Actualmente el suicidio se encuentra entre las primeras tres causas de muerte entre los jóvenes.

Los datos de estudios portugueses nos indican un aumento de las tasas de suicidio en este último año. Son variados



sus factores de riesgo: personalidad, enfermedad mental previa, factores sociales, biológicos, circunstanciales y culturales, entre otros.

Como auxilio de la entrevista de evaluación del paciente podremos utilizar la escala de SADPERSONS: S- Sexo masculino; A - Edad (age) < 20 o > 45; D - Depresión - Tentativa suicida previa; E - Abuso de alcohol (etanol); R- Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos); S- Carencia de soporte social; O- Plan organizado de suicidio; N- No pareja o cónyuges- Enfermedad Somática.

En todo el proceso Terapéutico, lo primordial es saber escuchar al paciente con pensamientos suicidas, sus preocupaciones, sus angustias y ayudarle a mejor gestionar sus emociones y pensamientos. La intervención debe ser multidisciplinaria, estando presentes, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales.

En enfermería especializada en salud mental les podremos ayudar con intervenciones tales como la promoción de la esperanza, el entrenamiento metacognitivo, el mindfulness, técnicas de relajación y relación de ayuda.

Está en la mano de todos ayudar a personas con pensamientos suicidas, porque el suicidio no es un problema individual, ¡es un problema de la sociedad!



SEMINARIO Y TALLERES

Técnicas de **reducción** **del estrés** en usuarios y cuidadores

Ponente: Dña. Marta Martín Gómez

Trabajadora Social. Directora de “Evoluziona Social”. Huelva.

Ponente: Dr. D. Juan José Mancheño Barba

*Psiquiatría. Director de la Unidad de Gestión Clínica
de Salud Mental. Área Hospitalaria Universitaria
Juan Ramón Jiménez de Huelva. Huelva.*

La meditación es una serie múltiple de ejercicios mentales de tradición milenaria, ubicua por todo el planeta y en todas las culturas. Sin embargo, es en los últimos 40 años cuando ha comenzado a tener protagonismo en el mundo de la ciencia, sobre todo en los últimos 25. Esto se debe a dos ejes que se han cruzado entre sí.

Uno es el vector cultural de la tradición oriental y su incursión en occidente, que sirvió de caldo de cultivo. Ya filósofos como Voltaire, Hegel y Schopenhauer se interesaron por el budismo. Por otra parte, la Teosofía tuvo cierta influencia en la cultura y arte de occidente. La popularización definitiva de la tradición oriental en occidente vino de la mano de las novelas de Herman Hesse, que unido a la psicodelia dieron lugar al movimiento hippie (postbeat). A este ambiente cultural hay que añadir la invasión china del Tíbet y el éxodo de monjes que ello dio lugar.

El otro eje está representado por las observaciones, que comenzaron a difundirse, de cómo estos monjes habían



adquirido la capacidad de modificar cualidades neurofisiológicas y somáticas de manera voluntaria (influir en la actividad inconsciente del sistema autónomo) a través de distintas técnicas de meditación. El descubrimiento de técnicas de neuroimagen que permiten captar lo que ocurre en el cerebro vivo (innovación disruptiva) y la demostración de la teoría de la neuroplasticidad, dan argumentos teóricos demostrables a la práctica de la meditación.

La década 1990-2000 fue declarada “Década del cerebro” por el gobierno de EEUU. Luego se unió Europa, al destinar 500 millones de euros al proyecto *Cerebro Humano*.

Según las investigaciones, la meditación desarrolla sobre todo el área prefrontal y orbital izquierdos, implicando a funciones relacionadas con la expresión del afecto positivo, el control de los afectos negativos, mentalización, toma de decisiones, aprendizaje y memoria de trabajo.

Para Siegel (2007) la meditación puede desconectar el llamado “piloto automático del modo hacer” del SNC, que intenta controlar la incertidumbre del futuro comparándolo con experiencias pasadas inefectivas (YODA, es decir, “Si Observas, Desconectas la Automaticidad”). Esto se consigue por la activación y desarrollo de la corteza prefrontal dorsolateral y medial. Uno de los investigadores más importante en este sentido es Richard Davidson en Wisconsin, y por supuesto las aportaciones de Jon Kabat Zinn en Massachusetts.

Pero llegar hasta aquí no ha sido un camino fácil. En 1967, el Dr. H. Benson, de la Escuela de Medicina de Harvard, decidió realizar sus investigaciones sobre la meditación con practicantes de la Meditación Trascendental, para medirles su ritmo cardiaco, su presión sanguínea, la temperatura de la piel y la temperatura rectal. Demostró que, al meditar, cambiaban estos parámetros y prolongaban en el tiempo sus ondas theta en el cerebro, pero sin dormirse. Así, junto con el Dr. G. Jacobs, encontró que, durante



diferentes prácticas de meditación, el metabolismo de reposo ([Vdot] O₂) podría ser elevado (hasta un 61%) y reducido (64%). En el EEG, se encontró una marcada asimetría en ondas alfa y beta de la actividad entre los hemisferios, con aumento de la actividad beta.

Es decir, que son 50 años de investigación. Han sido las modernas técnicas de neuroimagen, la aceptación generalizada de la neuroplasticidad, y la epigenética lo que terminan por desterrar el mito del efecto placebo de las técnicas meditativas en la práctica clínica.

Desde 2004 la psicoterapia basada en mindfulness aparece en la guía NICE de la depresión, recomendada para evitar las recaídas; en 2006 la Cochrane evidencia su eficacia en los trastornos de ansiedad; la Guía Canadiense del Medicamento recomienda desde 2012 la meditación para la reducción de peso en la obesidad. En 2006 la publicación *Psicoterapia* dedica los no 66/67 al mindfulness. En 2014 un estudio fue publicado en la revista “*Journal Psychoneuroendocrinology*” que trata de una investigación realizada entre España (IIBB-CSIC- IDIBAPS, por Perla Kaliman), Francia (U. Lyon) y EEUU (Wisconsin, R. Davidson) donde se demuestra cómo las meditaciones de atención plena producen cambios genéticos (epigenéticos), que tienen efectos antiinflamatorios. Así mismo, otros estudios sugieren un efecto positivo en la actividad de las enzimas relacionadas con la longevidad y salud del material genético.

Los estudios de imagen funcional revisados indican que la atención plena se asocia con mecanismos neuronales que involucran múltiples regiones del cerebro.

Múltiples estudios implican mecanismos que involucran regiones frontales. Algunos estudios implican regiones laterales, incluyendo la corteza prefrontal ventrolateral (VLPFC) y la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC). Sin embargo, la evidencia más sólida es para las regiones frontales medias,



incluida la corteza cingulada anterior (ACC). Las regiones medias posteriores también están implicadas principalmente en el área de la corteza cingulada posterior (PCC) y el precúneo.

Conceptos fundamentales del Mindfulness

Si deseas ver la verdad, entonces no sostengas opiniones a favor o en contra de nada. Establecer lo que te gusta versus lo que no te gusta es la enfermedad de la mente. Cuando el significado más profundo de las cosas no es comprendido, la paz esencial de la mente se perturba.

“El Camino es perfecto como el espacio vasto en el que nada falta y nada sobra. De hecho, es debido a nuestra decisión de aceptar o rechazar que no vemos la verdadera naturaleza de las cosas” (Seng-T’Sang, monje budista chino del SVII).

El término mindfulness significa conciencia plena o atención plena. Hanh la definió como mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente; y Kabat-Zinn como llevar la propia atención a las experiencias del ahora, en el presente momento a momento y sin juzgarlas. Para Bishop sería una forma de atención que no juzga, centrada en el presente, en la que cada evento que aparece en la consciencia es reconocida y aceptada tal como es.

Por lo tanto, mindfulness es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia. En palabras de Siegel, mindfulness es la disolución de las influencias del aprendizaje previo sobre la sensación del presente.

Conforme se desarrolla la práctica de la atención plena al momento presente, se van poniendo en evidencia los fundamentos de estas meditaciones. A medida que se atiende a los eventos que aparecen en la consciencia con curiosidad, como



si fuera la primera vez que los percibimos, y nos mantenemos en el nivel perceptivo, dejando ir cualquier concepto mental preconcebido, sin juzgar ni clasificar estos eventos como malos o buenos, positivos o negativos, se comienza a desarrollar la aceptación del presente tal como es. Es importante que entendamos que aceptar no es lo mismo que resignarse, o que estar de acuerdo; simplemente es estar en el presente con lo que hay. En la práctica se observa que todos los eventos que van apareciendo en la consciencia terminan desapareciendo, siendo desplazados por otros, si no nos dejamos atrapar por ellos (cuando rechazamos un sentimiento o un pensamiento lo reforzamos y termina volviendo una y otra vez). Es decir, se caracterizan por su impermanencia. Son efímeros.

También van surgiendo otros aspectos de gran alcance terapéutico. Al observar el tránsito continuo de eventos en la consciencia, estos se perciben como lo que son, simples pensamientos, sensaciones, sentimientos. La mente deja de identificarse con ellos; yo no soy este pensamiento, ni este sentimiento. Se vuelve menos reactiva. El pensamiento deja de controlar la conducta, deja de ser una realidad absoluta (nunca lo fue). Fenómeno que llamamos desidentificación.

Nuestra mente, desde hace muchos milenios, está acostumbrada a predecir. Continuamente compara la información disponible con los acontecimientos del presente para decidir que movimientos debemos de hacer. El problema de hoy en día es que la inmensa información que le llega al cerebro es falsa en su mayoría, y no sirve realmente al propósito original, ya que lo que pretende es que nuestra vida gire en torno al consumo y en torno a unos valores artificiales, más de tipo egocéntrico.

En cualquier caso, nuestro cerebro está instaurado en el “modo hacer”, en el piloto automático. Esa facultad que nos permite montar en bicicleta o conducir, y hacerlo bien mientras pensamos en otras cosas. Nuestra mente entonces se centra en



comparar lo que está ocurriendo en el presente con lo que predijo que debería de ocurrir según nuestros intereses. Se centra en percibir la discrepancia entre lo esperado y lo presentado. Y lo peor: esta discrepancia se erige en verdad absoluta suplantando al presente. Por lo tanto, la mente transforma el presente en malestar cada vez que este no se adapta a nuestras necesidades.

Aunque la meditación es anterior a Buda y es multicultural, el canon budista presenta un minucioso desglose teórico y práctico, sin implicaciones religiosas, que facilita mucho su trasvase al mundo de la ciencia. En el cuerpo teórico del budismo original se especifica cómo el sufrimiento surge del rechazo o del deseo de los eventos de nuestra consciencia. La observación neutra (sin rechazo, ni deseo) de estos eventos de manera persistente e íntima nos lleva a discernir acerca de la naturaleza de estos eventos como lo que realmente son. Contactar con el yo observador (presencia) por medio de la práctica de mindfulness nos pone en contacto con la realidad que somos siendo. Es decir, se estabiliza en el SER, y no en el hacer. Este ser siendo al que nos lleva el fluir del presente es completamente distinto a vivir en el futuro y en el pasado, desde el pensamiento. Cuando el eje de cada momento presente son el futuro o el pasado, vivimos en el tiempo de la imaginación y vivir se convierte en una continua comparación entre lo imaginado y lo vivido; es decir no vivimos realmente.

Haze et al (2011) revisaron la literatura y resumieron cuatro componentes de cómo la meditación consciente puede funcionar: regulación de la atención, conciencia del cuerpo, regulación de las emociones (incluyendo reevaluación, exposición, extinción y reconsolidación), y cambio en perspectiva del yo. Los autores indican que la práctica de mindfulness comprende un proceso de autorregulación mejorada que se puede diferenciar en componentes distintos pero interrelacionados.

Hay que dejar claro que el mindfulness NO ES UNA PSICOTERAPIA. Hay que distinguir entre el mindfulness como



técnica o herramienta mental, y el mindfulness utilizado y encuadrado en determinadas psicoterapias como la Terapia Dialéctico Conductual (DCT, M. Linehan), la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT, Williams, Tesdale, Seagal), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes), la Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBRS, J. Kabbat-Zinn), el Mindfulness para la Prevención de las Recaídas en adicciones (MBRP, Marlatt) o Terapia Breve Relacional (BRT, Safran y Muran).

La Práctica:

Durante el taller realizaremos ejercicios de meditación que se realizan en las diversas psicoterapias comentadas centrados en la respiración, el cuerpo y las emociones.

Finalmente, terminaremos el taller realizando la Meditación de los 3 minutos, focalizada en la espiración. Indicada en los padecimientos del espectro ansioso.





Gestión de Conflictos destinado a técnicos y estudiantes

Ponente: Prof. Dr. José Antonio Climent Rodríguez

Psicólogo. Profesor de Psicología del Trabajo y Recursos Humanos del Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social de la Universidad de Huelva. Huelva.

Ponente: Prof. ^a Patricia Vaz García

Profesora del Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Huelva. Huelva.

El conflicto es parte ineludible de la vida y por extensión de las organizaciones, por ello es necesario superar las visiones negativas del conflicto en las organizaciones y adoptar enfoques más positivos. Adecuadamente gestionado, el conflicto es estimulador de la creatividad, supone una oportunidad para el crecimiento grupal y personal, una vía a la transformación organizacional e incluso tener repercusiones positivas en el rendimiento y consecución de objetivos de los equipos laborales, a pesar de que en ocasiones se pueda vivir con tensión o malestar. Distinguiremos entre conflictos funcionales y disfuncionales, siendo los funcionales aquellos que invitan a la superación y transformación.

En este taller no solo abordaremos los diferentes estilos conductuales que adoptan las personas al afrontar sus conflictos, basándonos en los modelos de autores como Rahin y Bonoma o Van de Vliert y Euwema (*Munduate, L y Medina F. J, 2005*), sino que analizaremos qué factores (tanto a nivel personal como organizacionales) son favorecedores de la aparición de conflictos o dificultan su gestión en el ámbito laboral.



Adentrándonos ya en cómo gestionar y resolver conflictos, planteamos qué tipos de liderazgos son los que contribuyen a una gestión más eficaz de los mismos, qué formas de trabajar en equipo disminuyen la aparición de conflictos disfuncionales y el abordaje de los funcionales de forma eficiente, reflexionando sobre qué condiciones son necesarias para ello, teniendo implicaciones no solo personales, sino también organizacionales.

Finalizaremos reflexionando sobre la importancia de la comunicación, las palabras que empleamos y las narrativas que construimos cuando nos enfrentamos un conflicto.



Primeros auxilios y Soporte Vital

Ponente: Prof.^a Dra. Regina Allande Cusso

Enfermera y psicóloga. Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Sevilla.

El soporte vital y los primeros auxilios son maniobras iniciales que cualquier ciudadano/a debería implementar hasta la llegada de los servicios de emergencias. Se consideran, por tanto, dentro de los conocimientos que la población general debería adquirir, y se conciben dentro del ámbito de la salud pública.

El objetivo del taller fue la adquisición de competencias en las maniobras de primeros auxilios y soporte vital a los participantes del Congreso. Se llevó a cabo un taller demostrativo, aunque eminentemente participativo, de las acciones a ejecutar con relación a la cadena de supervivencia, al algoritmo de soporte vital básico, y las maniobras de primeros auxilios en situaciones de síncope, anafilaxia, hipoglucemia, hipotensión, golpe de calor y crisis epilépticas.

Tras la fase demostrativa y la práctica de las maniobras, también se desarrolló un breve *debriefing* con los participantes, con el que expresaron la necesidad de participar en este tipo de talleres para no perder habilidades aprendidas de forma periódica, así como su importancia para la población general.



***Curso 4: “Acompañamiento profesional en el proceso de morir para familias”. Aula B.8. Facultad de Enfermería.**

Prof.^a Dra. Ángela Ortega Galán
*Enfermera. Departamento de Enfermería
de la Universidad de Huelva. Huelva.*



***Curso 5: “Habilidades Sociales destinadas a técnicos y estudiantes”. Salón de Grados. Facultad de Trabajo Social y Ciencias del Trabajo.**

Prof.^a Dra. Mónica Rosu Stanciu
*Profesora del departamento de Psicología, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos de la UNED y Profesora del Departamento
de Psicología Clínica y Experimental, Área de Metodología de las
Ciencias del Comportamiento, Universidad de Huelva. Huelva.*



Nutrición y Salud Mental

Ponente: Dña. Rosario Vaz Hidalgo

Nutricionista. Diplomada en Nutrición. Huelva.

En el taller de alimentación y salud mental, transmití las diferencias entre nutrición y alimentación de una forma breve:

- Nutrición: ingesta de alimentos en el organismo, que este aprovecha tomando sus nutrientes para sus necesidades dietéticas. Es inconsciente e involuntario.

- Alimentación: acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer. Es consciente y voluntario.

Una buena alimentación es necesaria para promover una mejor salud mental

Existen estudios científicos que relacionan la alimentación con la salud mental, al igual que ocurre con la salud física. Una alimentación pobre o deficiente puede llegar a desarrollar enfermedades mentales. Existen nutrientes que pueden aliviar o aumentar los síntomas. Personas con distintos tipos de enfermedades mentales tienen carencias de ciertos nutrientes:

- Ácidos grasos poliinsaturados (pescados y aceites de vegetales).
- Minerales como el zinc (carnes, granos, legumbres, leche), el magnesio (vegetales de hoja verde, nueces, granos) y el hierro (carne roja, vegetales de hoja verde, huevos, algunas frutas).
- Vitamina B (vegetales de hoja verde, cereales fortificados, lácteos, levadura, granos).
- Vitaminas antioxidantes como la C y la E (frutas, vegetales).



Un mayor consumo de frutas y verduras puede ser un factor de protección para la salud mental, mientras que el consumo de grasas saturadas (comida rápida) y azúcar es un factor de riesgo. Un buen estado nutricional es muy importante para la salud mental. Lo contrario contribuiría al desarrollo de alguna patología mental.

Una alimentación saludable es aquella que aporta al organismo los nutrientes necesarios para mantenerse sano. Para poder llevarla a cabo, es necesario incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta diaria.

A nuestro alcance tenemos herramientas como las guías alimentarias, tales como la pirámide de los alimentos y el plato saludable, entre otras muchas.

Una compra inteligente debe de ser:

- Organizada. Llevar siempre la lista de la compra.
- Racional. Planificar las comidas a realizar.
- Con criterio. Leer las etiquetas de los alimentos.
- Segura. Ordenada según las características de conservación.
- Mejor después de comer, nos ayuda a adquirir solo lo necesario.
- Más mercado menos supermercado.

Desmintiendo mitos.

1. El desayuno no es la comida más importante del día.

El desayuno es una comida más. Es, con diferencia, la comida del día menos saludable de la población en la que se ingieren más cantidad de azúcares y ultra procesados. No se debe recomendar desayunar a quien no lo hace habitualmente como medida para perder peso.

Si no se desayuna, no va a haber una disminución del rendimiento por falta de glucosa en el cerebro.



2. Un número más frecuente de comidas no es sinónimo de mejor salud.

Comer un número determinado de veces al día para activar el metabolismo o de que saltarse el desayuno engorda, no tienen ningún sustento científico. El sistema digestivo necesita disponer de horas de reposo para poder utilizar la energía en otros procesos y para mantener su propia homeóstasis.

El ayuno intermitente es una herramienta interesante con propiedades beneficiosas en patologías como obesidad o diabetes. No se come menos, sino el mismo número de calorías concentradas en una ventana horaria menor.

La condición necesaria para que el ayuno intermitente sea una herramienta útil es que las comidas se realicen con criterios saludables y tomemos “comida real”.

3. No podemos comer de todo, aunque sea con moderación.

Desde la industria alimentaria, bajo el argumento de que solo importan las calorías, nos invitan a comer productos insanos a diario mientras que uno se modere, dando importancia únicamente a la cantidad de calorías y justificando la ingesta de bollería u otros ultraprocesados mientras la persona no exceda el consumo calórico o lo compense con ejercicio.

Las calorías importan, pero no es lo único. Es necesario priorizar la calidad de alimento.

4. Los huevos no aumentan nuestro colesterol.

Existen estudios que demuestran como su ingesta no sólo no aumenta los niveles de colesterol LDL, sino que pueden mejorar el perfil lipídico y reducir el riesgo cardiovascular. Se trata de un alimento muy saciante, versátil en cocina y denso nutricionalmente por lo que es una excelente opción.



5. Las grasas deben estar incluidas en una dieta saludable.

Una dieta puede contener un porcentaje importante de grasas saludables (aguacate, coco, pescado azul, frutos secos, aceite de oliva virgen, etc.) y contribuir a la pérdida de peso.

Son perjudiciales, por otro lado, las grasas saturadas que se procesan industrialmente o se calientan a altas temperaturas, y no las saturadas que se ingieren en crudo.

Las grasas que se han de rechazar y que sí están asociadas a problemas de salud son las grasas hidrogenadas y grasas trans, ambas presentes en productos industriales y no en la naturaleza.

6. Seis galletas equivalen en peso a un donut.

No se debe recomendar la ingesta de galletas tipo María. Su composición es la misma que la de cualquier otro producto de bollería como un croissant o un donut: harina de trigo, azúcar, aceite de palma y sal son los primeros cuatro ingredientes.

7. La ingesta de leche entera no empeora el perfil lipídico.

La leche entera proporciona mayor saciedad y mejor perfil nutricional, a cambios de muy pocas calorías más, y favorece una mayor síntesis de proteínas tras realizar actividad física.. La leche desnatada, sin embargo, está asociada con una mayor dificultad para perder peso que la entera.

8. La ingesta de lácteos no es fundamental para mantener una correcta salud ósea.

De hecho, diversos estudios demuestran que no es necesaria. Para alcanzar una densidad ósea adecuada y lograr una salud ósea, dependemos mayoritariamente de otros factores como la actividad física, especialmente el ejercicio de fuerza, y el aporte de otros nutrientes como la vitamina D o el magnesio.



Si la ingesta de lácteos es principalmente a través de productos lácteos ricos en azúcar, se convierte en un promotor de la desmineralización ósea.

9. La fruta después de las comidas no dificulta su digestión.

El mito de que la fruta como postre dificulta la digestión puede provocar el cambio por otros alimentos de peor calidad (natillas, postres azucarados, etc.).

Algunas frutas como la papaya o la piña pueden ayudar a la digestión por su contenido en enzimas digestivas como la bromelina o la papaína.

10. Los refrescos sin azúcar tienen efectos nocivos para nuestra salud.

El uso de edulcorantes en los refrescos crea dudas respecto a su utilidad y efectos secundarios: mayor dificultad para la pérdida de peso, incrementando la sensación de hambre; mayores niveles de insulina y glucemia; efecto nocivo sobre la diversidad del microbiota intestinal, lo cual puede tener consecuencias negativas incluso a nivel cerebral (eje cerebro-intestino).

11. Los frutos secos son alimentos cardiosaludables.

Se sigue pensando que se deben evitar en dietas para perder peso, por su elevado aporte calórico. Sin embargo, proporcionan saciedad, aportan micronutrientes como ácidos grasos esenciales, minerales, vitaminas y fibra. Además, la totalidad de sus calorías no son metabolizables, por lo que su aporte calórico final es mucho menor, gracias a la fibra que contienen. Recientes revisiones indican poder ser un aliado en las estrategias para cambiar la composición corporal, además de mejorar en pacientes diabéticos los parámetros inflamatorios y cardiovasculares.





Promoción de Salud Mental destinada a técnicos y estudiantes

Ponente: D. Javier González Riera

*Psicólogo, Terapeuta Familiar. Técnico de Promoción
de la Salud. Distrito Sanitario. Jaén.*

**¿Cómo cambiar hábitos de alimentación,
actividad física y tabaquismo?**

0. Hábitos de Salud en personas con Trastorno Mental Grave (TMG): morbilidad y factores de riesgo.

La esperanza de vida de las personas con problemas de salud mental graves es entre 5 y 10 años menor que la de la población general. OMS (2020). Los problemas de salud mental pueden ser tanto precursores como consecuencias de otras condiciones crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares, pulmonares, diabetes y/o cáncer. Gran proporción se debe a la coexistencia de otras enfermedades no transmisibles y todas pueden agravarse con el tabaquismo (*Tobacco use and mental health conditions, OMS, 2020*).

Existe una mayor morbilidad por causas físicas en personas con esquizofrenia, (*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2009*) asociada a diferentes patologías: enfermedades endocrino-metabólicas, diabetes y síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, relacionadas con otros factores además del tabaquismo, infección por virus hepatitis B y C y VIH, trastornos por abuso de sustancias, etc. Estas personas presentan factores de riesgo que favorecen la aparición de estas enfermedades tales como: sedentarismo; dieta hipercalórica y exceso de peso; déficit de



autocuidados; tabaquismo, etc. Según algunos estudios, esto se da de dos a tres veces más frecuentemente en personas con problemas de salud mental que en la población general (OMS, 2020).

1. Especificidades de promoción de salud en personas con problemas de salud mental.

Seguir la dieta mediterránea es esencial para prevenir enfermedades físicas asociadas al trastorno mental severo: diabetes, hipertensión, obesidad y/o síndrome metabólico. Destaca el riesgo de desarrollar este último síndrome por el uso de antipsicóticos (*Cuéntame tú, Guía para las personas con trastorno mental severo, FEAFES, Consejería de Salud et al. 2022*).

Intervenciones en personas con TMG. (Mateo et al. 2012): Las intervenciones conductuales para manejar el peso deben seguir tres metas: aumentar la actividad física, disminuir ingesta de calorías y reforzar cambios anteriores.

Resultan más efectivos aquellos programas implementados en primeras fases del tratamiento antipsicótico antes de desarrollo de obesidad. También los que combinan intervenciones en actividad física y alimentación saludable.

En personas con tratamiento farmacológico, por tanto, existe un especial interés en el seguimiento de su peso, con mayor eficacia en intervenciones simples, (por ejemplo, la codificación color de alimentos), pues se evidencian más efectivas que unas más complejas como la de planificar dietas. Programas personalizados, con evaluación inicial y que promueven alianza terapéutica ofrecen mejores resultados.

La terapia cognitivo-conductual, junto al tratamiento farmacológico, resulta efectiva en personas con esquizofrenia. La entrevista motivacional ayuda más a las personas con baja motivación que otras intervenciones educacionales o



informativas. Personas con TMG pueden tener menor motivación para cambiar hábitos y más baja autoeficacia percibida, por lo que necesitan un mayor apoyo.

Una vida activa y actividad física habitual aumentan la percepción de calidad de vida, reducen el estrés y la depresión y producen beneficios en la salud. El ejercicio físico moderado y regular sirve para prevenir enfermedades asociadas a antipsicóticos. Actividades creativas como pintar y escribir favorecen la concentración, disminuyen los niveles de cortisol y ayudan a distraerse de situaciones difíciles. La lectura reduce el estrés y frena el deterioro cognitivo.

Estrategias para motivar el cambio.

La entrevista motivacional permite la identificación de barreras para la práctica de ejercicio y la búsqueda de soluciones, además de la autoevaluación y refuerzo de la conducta. Esto se maximiza con el inestimable apoyo social de familiares y personas cercanas, que puede concretarse participando en actividades grupales conjuntas con personas usuarias.

Es recomendable aprovechar y crear oportunidades en la vida diaria para cambiar nuestros hábitos. Todo ello supervisado desde un enfoque multidisciplinar y en red donde participen diferentes profesionales que trabajan con personas con trastorno mental grave.

2. La información no es suficiente: motivación para cambiar de hábitos.

Las personas con TMG suelen conocer los riesgos, aunque con frecuencia no se preocupan lo suficiente, por lo que debemos contribuir a crear acciones que reduzcan los factores de riesgo. Estas personas responden a programas psicoeducativos para modificar su actitud, (*Mateo et al. 2012*), desde la promoción de la salud.



La ambivalencia ante el cambio: solemos tener deseos de mejorar algún hábito de salud como, por ejemplo, hacer más ejercicio, comer más saludable o dejar de fumar. Incluso teniendo suficiente información sobre lo que deberíamos hacer, queremos y a la vez no queremos cambiar. No ponemos fecha para el cambio, o lo empezamos pero nos cuesta mantenerlo. Nos pasa porque tenemos ambivalencia hacia el cambio. Esto es: quiero cambiar, pero en la balanza decisional pesan más otros factores como la comodidad o la dependencia.

Para que la balanza se incline al cambio hay que llenarla de motivación: deseo interno de cambiar, no estable, que fluctúa de un momento o de una situación a otra y puede verse influido por múltiples factores externos o internos (apoyo social, información, análisis de consecuencias, etc.). Se trata de un proceso que emerge desde que me preocupa algo y empiezo a pensar en cambiarlo hasta que me planteo una fecha y un plan, lo pongo en marcha, consigo el cambio y, finalmente, lo mantengo.

Este recorrido del cambio se explica mediante el *Modelo de los estadios o fases de cambio de Prochaska y DiClemente (1984)*: se entiende el cambio como proceso que transcurre a través de una serie de etapas/estadios. Este puede darse con o sin ayuda profesional. No se suele producir avance lineal, sino en espiral, con avances y retrocesos. Las fases del cambio son: precontemplativo, contemplativo, preparación, acción, mantenimiento y finalización. Se integra la recaída como parte del proceso. No como estadio, aunque sí, como tal, en versiones iniciales del modelo.

3. Herramientas básicas: la entrevista motivacional y la dinamización grupal.

El principal instrumento con evidencia científica para motivar cambio de hábitos en salud es la entrevista motivacional (*Miller y Rollnick. 1996*), que podemos definir como forma de



ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de su problemas potenciales y presentes. El objetivo consiste en aumentar la motivación intrínseca de la persona: el cambio surge de su interior, articulando su propia ambivalencia. El profesional facilita y asesora, ya que la persuasión directa del modelo clínico tradicional no es un método efectivo de resolver la ambivalencia.

En síntesis, se trata de una entrevista breve, no confrontacional y semiestructurada, que identifica la etapa de cambio, centrada en las necesidades y experiencias de la persona, facilitando que la persona lleve el control y genere impulso para cambiar hábitos y estilos de vida.

Se pone en práctica a través de los principios de la entrevista motivacional: expresar empatía, crear una discrepancia, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia. Estos principios se concretan en una serie de estrategias: preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmar, provocar afirmaciones automotivadoras y resumir.

Por otro lado, la clave para la dinamización de sesiones grupales es la de fomentar la participación activa de todos los miembros, otorgándoles un papel protagonista en su proceso de cambio. Se relaciona con potenciar sus recursos personales, dando sentido de competencia personal en la tarea a través de una metodología experiencial y la participación en actividades diseñadas para facilitar la reflexión y la revisión de su realidad.

4. Experiencias en Atención Primaria de Salud de Andalucía. Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía.
(<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html>)

Promueve los hábitos saludables en toda la población. Y lo hace mediante intervenciones en el ámbito local, en todos los entornos y en todas las políticas y actuaciones sobre los



determinantes que generan desigualdades en salud. Además, propone potenciar los activos personales y comunitarios que generan salud a lo largo de la vida para que la ciudadanía pueda afrontar el día a día con mayor bienestar. Aborda los siguientes grupos de hábitos: alimentación saludable, actividad física, sueño saludable, bienestar emocional, sexualidad responsable, uso positivo de las TIC, etc.

Asimismo, los factores protectores y comportamientos saludables que esta estrategia fomenta de manera integral se vinculan y engloba objetivos y contenidos trabajados desde otros planes integrales, estrategias y programas anteriores, destacando: *Planes Integrales de Tabaquismo y de Obesidad Infantil, Plan Andaluz de Vida Saludable, Creciendo en Salud y Forma Joven, Escuela de Pacientes*, etc.

5. ¿Cómo implementar un programa de intervención específico en hábitos saludables? Pautas y contenidos en talleres y actividades.

Pautas de Actividad física (OMS, 2018): se recomienda una media de entre 150 y 300 minutos de actividad aeróbica moderada a la semana (o el equivalente en actividad vigorosa) para todos los adultos. En el caso de niños y adolescentes, una media de 60 minutos de actividad física aeróbica moderada al día. Toda actividad cuenta: puede integrarse en el trabajo, deporte y recreo o desplazamientos, así como en tareas cotidianas. Al realizarse al menos dos veces a la semana, estas actividades físicas ayudan a mejorar y mantener fuerza muscular y flexibilidad.

En talleres y actividades se deben destacar los beneficios de la actividad física (*Cuéntame tú, Guía para las personas con trastorno mental severo, FEAFES, Consejería de Salud et al. 2022*): controla los niveles de glucemia, peso corporal, colesterol y grasa visceral; activa el metabolismo corporal, reactivando todos los órganos; previene enfermedades cardiovasculares; favorece la integración social; evita la ansiedad, depresión y estrés.



Alimentación Equilibrada (Huizing et al., 2011). Debemos equilibrar nuestra alimentación y nuestra actividad física para mantener un peso corporal apropiado, evitando extremos de desnutrición o exceso de peso, favoreciendo así a un estilo de vida activo y saludable, con actividades enriquecedoras, evitando el aburrimiento y la compensación por ingesta.

Partimos del consumo de alimentos variados, teniendo en cuenta aspectos gastronómicos y lúdicos de la comunidad. Es vital incluir en la dieta diaria todos los grupos nutricionales y el agua como bebida de elección (1,5 / 2 l. al día), limitando bebidas azucaradas tales como refrescos, batidos, zumo o ricos en grasas saturadas/trans y azúcares simples, presentes en bollería, golosinas, etc. También primando frutas, verduras y hortalizas (al menos cinco raciones al día).

Debe ser frecuente la ingesta de cereales integrales, legumbres, leche desnatada y pescado. Interés añadido en evitar el alcohol, ya que además de no aportar nutrientes, genera efectos adversos en tratamientos psicofarmacológicos en personas con TMG.

Es recomendable un horario regular de comidas, con tres principales y dos o tres tentempiés. Esto debe ser programado desde la elaboración de menús que resulten atractivos, dando pautas sencillas sobre compra, conservación, transporte, manipulación y elaboración de alimentos. Los cocinados sencillos deben estar presentes: asados, horno o vapor, reduciendo fritos, empanados o rebozados y condimentando con aceite de oliva y especias, evitando salsas y precocinados. Además, se debe reducir el consumo de sal a menos de 5 gr/día, ya que causa hipertensión.

La participación en la preparación favorece a una buena alimentación, trabajando hábitos junto a las comidas y en talleres. Es clave desmentir muchos mitos sobre la alimentación y dejar de usar productos sin interés nutricional como gratificación.



Recomendaciones sobre Tabaquismo. (*Tobacco use and mental health Conditions Policy brief. OMS, 2020*) La persona con TMG requiere un abordaje complejo desde tres ámbitos:

1. Identificar las barreras que impiden el acceso de personas con problemas de salud mental a intervenciones y acciones adecuadas para abordarlas.

2. Dos aspectos claves identificados por profesionales de salud mental son: la formación y el asesoramiento para dejar de fumar, junto a disponer de opciones de apoyo comunitario para las personas usuarias.

3. Intervenciones para dejar de fumar en atención primaria, especialmente con personas con problemas de salud mental, ofreciéndoles intervenciones personalizadas.

6. Conclusiones.

Destacamos la promoción de hábitos saludables en salud mental como necesidad y derecho coincidiendo con el lema del congreso, siendo fundamental el apoyo social de familiares y personas cercanas, participando en actividades grupales y aprovechando y creando oportunidades en la vida diaria para cambiar hábitos y ganar salud.

Todo ello, apoyado desde el trabajo en red, donde participen diferentes profesionales que trabajan con personas con problemas de salud mental.



MESA-COLOQUIO

La Mujer y la Salud Mental

Moderadora: Dña. María Luisa Cruz García

*Enfermera. Coordinadora de Salud Mental del Hospital
Juan Ramón Jiménez. Huelva Intercentro. Huelva.*

Ponente: Dña. Carmen Graciela Cueva Sánchez

*Trabajadora Social. Socia-fundadora de
OPTA Consultora Social. Perú.*

I. Ser mujer adolescente en el Perú. Ya de por sí conjugar estas dos palabras, mujer y adolescente, da cuenta de un binomio altamente vulnerable en general, pues la adolescencia es una de las etapas más críticas en la mayoría de los casos. Esto es principalmente por los cambios que se generan a todos los niveles, desde lo intrapsíquico hasta lo relacional y social.

El contexto actual lo hace más complicado aún. La sociedad gaseosa y cambiante colinda con la inestabilidad de las familias, con los adultos, que en una gran mayoría han demostrado incapacidad para hacerse cargo de sí mismos, y mucho menos de sus hijos. Gran parte de ellos, han prolongado su etapa adolescente hacia la adultez y muchos otros deteriorados en su salud mental, entendiéndose esta no solamente como enfermedad-salud, sino como la ausencia de bienestar integral en todos los aspectos básicos de la vida (alimentación, vivienda, trabajo, etc).

La adolescente está expuesta a estos factores de riesgo, pero también a un mundo más global en el que cae lo positivo y



lo negativo, lo que le suma y lo que le resta. Básicamente, lo que suceda dependerá del entorno (principalmente de sus padres) y del nivel de contención y acompañamiento en su desarrollo que este le brinde. Ser adolescente en la actualidad se convierte así en un gran desafío con muchos riesgos.

Si contextualizamos la realidad de una adolescente latinoamericana y peruana específicamente, encontramos algunas variables más que acentúan y ponen en mayor riesgo su integridad y salud mental. Variables que están presentes en el día a día. El machismo, con todos sus estereotipos y sesgos inconscientes, es sin duda una de estas variables que predominan, que se muestran desde el acoso más sutil hasta la violencia sexual, física y psicológica más letal, una cultura permisiva y normalizadora del sometimiento de la mujer hacia los hombres, una constante transgresión a la dignidad y el respeto de las mujeres como personas tan sujetas de derechos y valor como cualquiera. Una competitividad insana entre mujeres permanece siempre expectante y vigilante, lista a atacar y apuntar a aquella que cometa “un mérito” por el cual pueda ser prontamente expuesta y apuntada. Entonces, vemos que el machismo no proviene exclusivamente de los hombres, sino también de las mujeres.

Si por un lado, hay una historia de grandes y valiosas y valerosas mujeres peruanas de antes y de ahora, mujeres con temple que se esfuerzan día a día por cambiar desde sus mismos testimonios de vida y que enriquecen la historia de las mujeres peruanas, existe esta otra realidad que es la que afecta y daña el autoconcepto de una adolescente mujer, su autoestima.

Lamentablemente, se lesiona muchas veces su mundo interno, sobre todo a través de esa violencia en todas sus formas, en una sociedad que le impone innumerables patrones de belleza, de éxitos como estudiante, de éxitos sociales, del deber de “salir adelante a pesar de”, de asumir responsabilidades de adultos, etc.



La adolescente cumple o no estos mandatos, pero lo lamentable es que en ambos casos se encontrará muchas veces en un callejón sin salida y buscará escapar, tener un soporte en las drogas, mantener relaciones tóxicas, se autolesionará, se pondrá rebelde, abandonará los estudios. Hasta intentará acabar con su vida.

Estas son las adolescentes que llegan a una consulta en terapia. Están mal porque no se adaptan o porque están sobreadaptadas. ¿Cuál es la mejor de estas dos situaciones? Quizá la rebelde da cuenta de una adolescente luchando aún por ella, pero para ese tiempo ya puede tener muchos daños colaterales de esa lucha. ¿Y si esta sobreadaptada? Pues quizá ni siquiera sabe por qué quiere morir; solo sabe que hay un profundo vacío en su existencia que la lleva a querer desaparecer, pero no entiende el motivo, ni por qué fue anulada totalmente, que en el aquí y ahora ya ni se ve.

¿Podemos mirar estos problemas solamente como problemas de salud mental? La respuesta es definitivamente que no. Como trabajadora social y psicoterapeuta, no sería posible entender o mirar estos problemas desde un solo enfoque intrapsíquico.

Por todo lo dicho y explicado, se entiende que mirar solo desde la perspectiva intrapsíquica sería limitado y erróneo. Los problemas de salud mental de las adolescentes existen en un contexto en un entorno que puede ser favorable o desfavorable y su condición será determinada por estos factores externos. He aquí la importancia de afianzarnos hacia una propuesta de salud mental más integrativa en los abordajes.

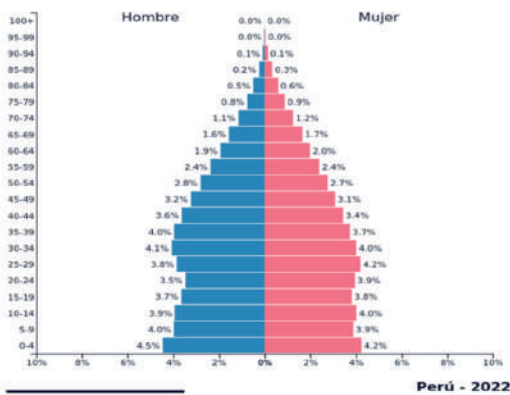
Se debe visibilizar también la responsabilidad adulta que hay, desde los padres y madres y/o cuidadores, profesores, tutores hasta toda la sociedad adulta, que ha de partir primero mirando su propia salud mental y sus propios paradigmas mentales y culturales. Es desde allí desde donde debe reconocer



sus necesidades de atención y mejora. Esto repercutirá significativamente en la salud mental integral de las adolescentes.

Dicho esto, a continuación, detallaré algunos de los aspectos más relevantes de la situación de la salud mental de mujeres adolescentes de Perú en el marco de una experiencia de trabajo social psicoterapéutico en consultorio privado.

I-Data



El Perú tiene una población entre el rango de edad de 15 y 29 años de 8 millones 377 mil, que representa el 27% del total de la población. (2018)

II. Principales problemáticas psicosociales que afectan a las adolescentes:

1.- Depresión /ansiedad.

2.- **Violencia:** sexual, física, psicológica, familiar, bullying, política, sociocultural y racial. Más del 50% las mujeres en el Perú han sufrido violencia domestica. Durante la pandemia, las cifras aumentaron a 22.456 casos de violencia sexual y de estos el 64% en mujeres menores de 18 años. Este grupo, en este contexto, se quedó sin acceso a mecanismos protectores tales como la escuela, la comunidad, etc.

3.- **Embarazos:** colocando a las adolescentes en desventaja para el resto de sus vidas, vulnerando y haciendo menos accesible



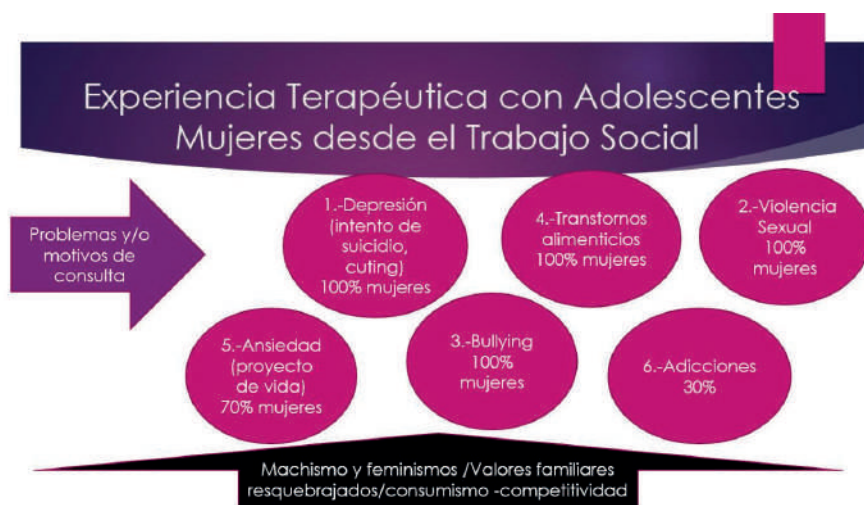
a sus derechos, 47 de cada 100 mujeres de entre 15 y 17 años son madres. Esto genera un círculo que perpetúa la pobreza, y que es muy difícil de romper. El 12,8% de los adolescentes de entre 15 y 19 años quedaron embarazadas en el año 2015.

4.- **Desigualdad e inequidades:** en la pandemia, cada semana las adolescentes han dedicado 8 horas semanales a labor doméstica mientras que los adolescentes hombres han dedicado 5 horas. El acceso a la educación de los varones ha sido mayor que el de las mujeres adolescentes durante la pandemia.

5.- **Deserción escolar:** el 17% de entre 15 y 19 años ni estudia, ni trabaja.

6.- **Mirada de abordaje preventivo sesgado** hacia el cuidado y la seguridad de las mujeres, pero no a los cambios estructurales de crianza machista.

7.- **Corrupción y pobreza.**



Fuente: data de atención en Consultorio -Psicoterapeuta Carmen Graciela Cueva Sánchez



III.- Principales desafíos:

- Abordaje integral para superar la fragmentación y pasar de la multidisciplinariedad a la inter o transdisciplinariedad.
 - Romper paradigmas clínicos paramétricos desde enfoques solamente biológicos, intrapsíquicos y que están utilizados.
 - Apertura de mentalidad a nuevas formas de abordajes reconociendo el valor y utilidad que cada uno tiene.
 - Ética.
 - Sistemas de atención en salud mental, sean desde lo público o lo privado, interconectados.
 - Visibilización específica de la problemática de la salud mental de las adolescentes. Especialización.
 - Urge documentar las experiencias en intervención adolescente tras la pandemia y generar conocimiento y marcos teóricos referenciales.
 - Cambios de paradigmas parentales respecto a igualdad, éxito, competitividad, alineación, racismo, etc.
-

Ponente: Dña. Antonieta Quijada Sandoval

Trabajadora social. Máster en Humanidades, directora y dueña de proyección LTDA. Chile.

Desde la experiencia de trabajar con mujeres por muchos años, primero por mi profesión, luego como Directora de Humanidades en INACAP, con estudiantes de Trabajo Social y talleres a mujeres emprendedoras de la comunidad y finalmente con mi emprendimiento social propio (Proyección Ltda), aportando para lograr terminar estudios en escuela básica y media, en mujeres que habían dejado de lado todo por trabajar, casarse y la crianza de los hijos, realicé pequeñas indagaciones, pues me interesaba saber la mirada de la mujer sobre la mujer.

Sin una estructura de investigación formal, el interés era movido principalmente porque lo que leía en diarios, libros, estadísticas y opiniones sobre la mujer era sin la mujer.



La inquietud se concretó preguntando: ¿con qué palabras asocias la palabra mujer? Le pregunté a mujeres con las que interactuaba: alumnas y profesoras de la universidad, alumnas del emprendimiento social, dueñas de casa, mujeres jefas de hogar, mujeres trabajando fuera de la casa, administrativas de mi universidad, etc.

Se les hacía difícil responder al principio, pues nunca se lo habían preguntado. Luego, surgían palabras como amor, abrazo, contención, sufrimiento, sacrificio, retener (al hijo, al marido, a los padres), vida, soledad, embarazo, espera lenta, sacrificio... Así, innumerables otras palabras.

Hace unos años leí un libro de Pilar Sordo, una psicóloga chilena, llamado *Viva la diferencia*. Lo fui contrastando con lo que yo había hecho, con el fin de que me fuera dando luces para el análisis.

Luego, crucé esta información con la invisibilidad de la salud mental de la mujer, pues, aunque hay estadísticas sobre esta condición, se miden como “percepción” e incluso por cantidad de licencias médicas para quienes están insertas en el mundo laboral. Aunque la mujer sigue cumpliendo con su rol y su labor en todos los ámbitos, a pesar de los impedimentos de salud.

Si bien las indagaciones de cómo ve la mujer a la mujer solo pretendían ver puntos en común que tal vez ayudaran a establecer una imagen para trabajar la autoestima, veía que el peor enemigo de la mujer era la propia mujer. Ocurrió lo que en investigación se conoce como serendipia: asociando palabras fui encontrando algunas ideas que me permitían dilucidar por qué la salud mental en la mujer se ha ido invisibilizando, incluso desde la propia mujer.

La mujer tiene la capacidad de retener sentimientos que hacen daño, del temor de perder a los hijos, al marido, a las amigas,



a los padres, de creerse todopoderosa y buscar ser perfecta para los otros a costa de sus sentimientos, deseos y necesidades, pero a la vez exteriorizar que ser mujer no es bueno, porque se sufre y se debe someter a condiciones, personas y hechos. Existe una culpabilidad de tener espacios para descansar y salir con amigas o simplemente sentarse a ver una telenovela, e incluso sentirse enferma, exteriorizarlo, ver médicos, para luego decir que están bien. Existe una multiplicidad de situaciones que están afectando emocionalmente a la mujer y esto no es visible.

Para asegurar algo de estas conclusiones, le hice preguntas a los hombres, las que pretendían darme luces sobre cómo visibilizarían las alertas de salud mental en la mujer, la mirada desde el otro género, hombres cercanos, como maridos, hijos, amigos y hermanos. Estos, definitivamente, no se habían preguntado si la mujer podría sufrir de alguna condición que vulnerara su salud mental. Otros, lo presumían saber, pero no habían ni siquiera considerado la posibilidad.

También les pregunté a estos hombres si se darían cuenta en caso de que estas mujeres cercanas tuvieran algún síntoma de depresión, por ejemplo. La mayoría de las respuestas fueron: “creo que sí”. Sin embargo, al preguntar sobre cómo se darían cuenta, las respuestas fueron: “yo creo que me diría”; “tal vez dejaría de hacer algo, no sé qué podría ser, pero algo dejaría de hacer...”. Tanta imprecisión que me lleva a pensar que era la afirmación real sobre lo invisibilidad de la salud mental en el entorno cercano de la mujer.

Si lo extrapolamos el entorno cercano de la mujer (parejas, padres, hijos, hermanos, amigos, etc.) y lo llevamos a la sociedad, entonces tenemos el cuadro completo y la afirmación se hace real. Culturalmente, si la mujer llora, dice que está cansada, va a consultar al médico, se le etiqueta de histérica, loca o exagerada. Esto contribuye a invisibilizar la salud mental y, por consiguiente, a no tener un tratamiento oportuno. Esto me ha desafiado a una tarea: primero sistematizar y luego buscar



elementos para aportar y visibilizar alertas sobre la salud mental de la mujer.

Queda mucho por hacer y por indagar. Este trabajo no es una investigación formal, nace solo de una inquietud que quiero compartir.

Ponente: Prof.^a Dña. Belén Ríos Vizcaíno

Trabajadora social. Profesora del Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública de la Universidad de Huelva. Gerenta Euthopía Formación. Huelva.



Ponente: Dña. Lola Martínez

Jurista del Servicio de Asistencia a las Víctimas de Andalucía (SAVA). Huelva.

En primer lugar, quiero agradecer a la organización del Congreso haber contado conmigo y considerar que la aportación que yo pueda hacer sea de relevancia. Agradezco la oportunidad que me brindan para compartir con ustedes el trabajo que venimos realizando desde los Servicios de Atención a Víctimas de Andalucía. Dicho esto, mi experiencia es en el ámbito de la criminología, y voy a centrar mi exposición en el modelo victimo asistencial español y los instrumentos de que dispone para evitar el incremento del daño emocional que sufren las víctimas cuando piden ayuda institucional. Es decir, lo que llamamos victimización secundaria.

Este término hace referencia no sólo al recorrido de una víctima por el sistema judicial, sino también al recorrido tedioso que en muchas ocasiones tiene que transitar para cubrir las necesidades que surgen tras la victimización primaria. Me refiero a necesidades sociosanitarias y económicas, amén de las judiciales y jurídicas que aparecen tras poner una denuncia.



¿Qué instrumentos tenemos para combatir la violencia de género?

Por un lado, una estructura legislativa que incide en todos los ámbitos que influyen en la violencia, desde la prevención a través de la educación hasta el aumento de los castigos en aquellas conductas más lesivas. Y, por otro lado, los dispositivos asistenciales para trabajar la recuperación de las mujeres víctimas de violencia de género.

En Andalucía, se crean en 1997 los servicios de atención a víctimas del delito, un servicio público, universal y gratuito para trabajar en esta línea asistencial desde el ámbito judicial y desde una perspectiva integral aborda las necesidades de la víctima para afrontar su proceso de recuperación. Para este modelo de trabajo son herramientas imprescindibles una información adecuada, la coordinación y la colaboración institucional.

Nuestro objetivo es el de trabajar en el proceso de recuperación de la víctima. No podemos evitar la victimización primaria, pero sí podemos acompañar a las víctimas en la toma de decisiones y potenciar su recuperación. Tenemos herramientas suficientes para trabajar en la recuperación de la víctima, pero es fundamental que se implementen adecuadamente estas políticas victimo asistenciales, y que se evalúen las intervenciones que se llevan a cabo para validar la eficacia de los resultados de estas.

Ponente: Dña. María Ángela Elías Marroquín

*Investigadora adhonorem del Observatorio de Políticas Públicas,
Universidad de El Salvador. El Salvador.*

Agradecer la invitación a participar este III Congreso de Salud Mental de FEAFES HUELVA para conversar desde El Salvador en este panel de expertas acerca de la mujer y su salud mental. Un fraternal saludo a las colegas de este panel, a



su moderadora María Luisa, un especial saludo para el Dr. Juan Salgado, por haberme invitado a participar en este trascendental congreso que aborda áreas poco conversadas desde los sistemas de salud. Saludos a todas las personas participantes.

A medida de introducción, para conversar sobre este tema, es importante considerar qué significa ser mujer, desde la categoría de análisis de género, donde ser mujer es el resultado de un proceso de construcción social, que es diverso para cada una y en cada país, esto nos determina como mujeres. En ese sentido y para contextualizar esta presentación, se debe considerar que las mujeres representamos el 49,5% de la población mundial, pero somos las más invisibilizadas en diversos ámbitos y principalmente en los puestos poder, en ese sentido según el PNUD (2021), más allá de las desigualdades y brechas en el ingreso económico, persisten otras formas de desigualdad, entre ellas las brechas de género en participación laboral y horas de trabajo remunerado, en ese sentido, hay estudios que demuestran que durante la pandemia las mujeres tuvimos aumento de las horas laborales (*Amilpas García, México 2020*), debido a la denominada “triple jornada”, situación que es consistente con lo que sucedió en El Salvador.

Vivimos uno de los más largos períodos de encierro en los hogares, decretándose cuarentena obligatoria en los hogares, sin posibilidad de salir, con el trabajo virtual, a excepción de las profesiones indispensables para atender la salud y la seguridad. Sometiendo a las mujeres trabajadoras de las instituciones y empresas a realizar trabajo virtual, que además de intenso se vuelve prolongo.

Según la DIGESTYC (2021), El Salvador tiene una población de 6.325.827 de personas, de las cuales el 53,3% son mujeres, con un índice de masculinidad general de 0,88, de estas mujeres las que actualmente ocupan puestos de poder a nivel de diputaciones son 25 mujeres de 84 escaños legislativos, que representan el 20,57% de las personas legisladoras, además con



una Asamblea Legislativa poco pluralista, no permite mejorar la actual legislación en favor de los derechos de las mujeres, tal es el caso del Código Penal, que prohíbe el aborto por cualquiera de sus causas. En cuanto a los gobiernos locales, de 252 municipios, únicamente en 30 de ellos (11,45%) son mujeres.

Un indicador internacional que mide la desigualdad de las mujeres es el índice de desigualdad de género, siendo uno de sus parámetros la participación de la mujer en la política. En ese sentido, según el último dato disponible para El Salvador, este indicador fue de 0,397, aproximándose más a la igualdad y mejorando con relación al 2009 que fue de 0,653 (*PNUD 2018*). Actualmente es imposible conocer cómo está la brecha, ya que no hay estadísticas disponibles. Se ha decretado reserva de la información pública.

1. Violencia contra las mujeres en El Salvador

El país cuenta con un marco regulatorio que tiene como finalidad garantizar una vida libre de violencia para las mujeres, que fue aprobado durante las dos gestiones de gobierno de izquierda del país (2009-2019). Los instrumentos más importantes son la Ley Integral para una Vida Libre de Violencia contra las Mujeres (2011), la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la discriminación contra las Mujeres (2009), la Política Nacional de la Mujer (2014), la Ley de Protección a la Niñez y Adolescencia, ahora Ley Crecer con Cariño, que protege a las niñas y adolescentes.

Estas regulaciones han generado condiciones para que las instituciones del Estado, garantes de los derechos de las mujeres, estén obligadas a aplicarlas, generando instancias e instrumentos institucionales. En este ámbito, es importante señalar que las organizaciones de mujeres juegan un importante papel para que tengan acceso a la justicia y se cumplan sus derechos y los debidos procesos. Entre estas organizaciones están ORMUSA, Las Melidas, Las Dignas, La mesa de SSR del



Foro Nacional de Salud, entre otras. También me gustaría compartir que la Universidad de El Salvador, comprometida con los derechos de las mujeres de la comunidad universitaria, desde la instancia rectora, que es el Centro de Estudios de Género, ha realizado este año la actualización de la política para la equidad de género en el recinto universitario.

Por otra parte, una de las situaciones a la que nos enfrentamos diariamente es la violencia de género y la violencia contra las mujeres. En ese sentido, según el ISDEMU (2021), en el año 2021 sucedieron un total de 24.993 hechos de violencia contra la mujer, que según el mapa de violencia el mayor número de actos de violencia se produjeron en la capital, San Salvador. Le seguían la Libertad, Santa Ana y Ahuachapán. Por supuesto, estos datos representan las mujeres que tuvieron la valentía de hacer su denuncia y ejercer su derecho a tener una vida libre de violencia, pues el resto de agresiones contra la mujer y tipificados en la LEIV quedan invisibilizados. La misma institución reporta que solo en el mes de julio del 2021, atendieron por primera vez denuncias de 371 mujeres, que brindaron atención psicológica a 839, atención social a 315 y atención legal a 238.

Para ese mismo año, durante los meses de enero a septiembre, se reportaron 868 muertes por violencia, de las cuales 72 fueron catalogadas como feminicidios. Del total de 102 muertes violentas en mujeres, el 69,61% fueron feminicidios (71 mujeres), que de acuerdo con el observatorio de violencia de ORMUSA en diciembre del mismo año ascendieron a 132 feminicidios.

De acuerdo con los datos del observatorio de género (2021), las mujeres fallecidas por violencia están en los rangos de edades desde 14 años a más de 60, siendo uno de los grupos más golpeados el de las adolescentes y las mujeres menores de 30 años. Cabe decir que uno de los problemas más serios en el país es el embarazo en adolescentes. En cuanto a la distribución geográfica de los feminicidios, están concentrados en la capital.



Siempre con relación a las denuncias, según los delitos tipificados en la Ley Integral para una *Vida Libre de Violencia para las Mujeres* (2011), la mayoría de las denuncias que se tipifican en expresiones de violencia contra las mujeres son: difusión ilegal de información, sustracción patrimonial, feminicidios agravados, favorecimiento de actos sexuales y suicidio por inducción (DIGESTYC, 2021).

Desde el Observatorio de Política Públicas y Salud, del Centro de Investigación y Desarrollo en Salud, de la Universidad de El Salvador, hemos realizado investigaciones relacionadas con los derechos de las mujeres, en el marco del proyecto *Mujeres empoderadas por los derechos sexuales y derechos reproductivos y la erradicación de la violencia contra las mujeres*, financiado por el Gobierno Vasco con la gestión de Medicus Mundi Gipuskoa. Entre ellas, la ruta de acceso a la justicia, análisis de la LEIV, así como el desarrollo de procesos formativos tanto para personas garantes de derechos como lideresas de los territorios.

Uno de los principales resultados del estudio de ruta de acceso a la justicia, en el caso de los feminicidios, es que las sentencias condenatorias han sido sumamente bajas con relación al número de casos. En 2019-2020, únicamente se han dictado sentencias para 22 casos (Reyes, 2021), situación que según las mujeres les decepciona porque en muchos de los casos no concluyen y duran períodos muy largos, representando para ellas un fuerte desgaste físico, emocional y financiero. En este mismo estudio se analiza la ruta de acceso a la justicia, encontrando que son muchas las instituciones involucradas; unas tienen función de asesoría y acompañamiento, otras son de asistencia (como es el caso de salud). A unas les corresponde dar atención integral y a otras el proceso judicial, encontrando nudos críticos al interponer la denuncia, principalmente afectada por prejuicios y estereotipos, así como la falta de personal especializado. Otro nudo crítico es el otorgamiento de medidas cautelares. No siempre se les notifican a las personas agresoras oportunamente.



Salud Mental de las Mujeres

Débora Kastel, directora para la Salud Mental de la OMS, en su mensaje del día mundial de la salud mental expresó: “cada semana enfrentamos nuevos retos para nuestra salud mental personal y colectiva. Los conflictos, las enfermedades y el cambio climático nos obligan a desarrollar nuevas formas de resiliencia para proteger nuestra salud mental” (OMS 2022).

Desde la salud colectiva se incorpora el análisis desde la determinación social de la salud. Por tanto, en este contexto agregaría los efectos de la migración, las condiciones de vida y trabajo de las mujeres en sistemas patriarcales y en ambientes cada vez menos democráticos. En nuestro caso, existe restricción de derechos. El país lleva desde el mes de marzo a la fecha con decretos de estado de excepción, siendo coherente con lo referido este año el informe de desarrollo humanos (PNUD 2022). Lo ha denominado, ante las adversidades del mundo, como *Tiempos inciertos, vidas inestables*.

Por otra parte, fue realizado bajo la coordinación científica de la Universidad de Huelva, y con carácter multicéntrico, el estudio de impacto psicológico del COVID-19. En este estudio en El Salvador se identificó que el 68% de las personas encuestadas sufrieron de estrés, ocasionado principalmente por la carga laboral en entornos virtuales, el encierro prolongado por la cuarentena y la situación económica de la familia (Elías *et al*, 2021). En cuanto a la medición del ajuste psicológico, las mujeres, ante el padecer de algún problema de salud, reflejan más altos porcentajes de frecuencia en la pérdida del sueño, con constante tensión, sintiéndose con frecuencia poco felices, así como dificultades para superar las adversidades.

Aguilar (2021) menciona, en su estudio salud mental y COVID, que de las personas salvadoreñas, para aumentar o fortalecer la salud mental, un 61% realiza alguna estrategia o algunas actividades para mantener su bienestar mental. Entre



dichas estrategias están la planificación del día, los ejercicios de respiración, el yoga, la meditación, diversas artesanías, bordado y tejido, entre otros.

2. Reflexiones finales:

a) La salud mental de las mujeres está directamente relacionada con sus condiciones de vida y salud, con su concepción personal del ser mujer y de su inserción en la vida laboral. Su abordaje requiere análisis que trasciendan lo individual, como es el abordaje de la determinación social.

b) Es posible vivir mejor como mujeres si somos capaces de ser resilientes, de construir redes fuertes a nivel organizativo, si contamos con saberes para identificar signos de alerta que están alterando nuestra salud mental.

c) Se debe considerar la violencia contra las mujeres como un problema serio de salud pública, que debe ser reflexionado con un enfoque socio estructural y multidisciplinar.

d) Es importante construir espacios saludables libres de violencia en los ámbitos laborales, comunitarios y familiares.

e) La pandemia ha impactado en la salud mental de las mujeres de todos los estratos, especialmente los más pobres de clase trabajadora, identificando muy baja intervención para apoyar a su resiliencia.



ANÓNIMA

Historia de Vida

Hay cosas que la vida tiene tan programadas y que encontramos tan predecibles, es ésta tan odiosamente cíclica, cuadrículada, que aun viniendo bien para mantenernos en nuestra zona segura de «no confort», no tienes más remedio que garabatear con cierta inmadurez todos los esquemas, imprevisiblemente, para sentirte más humano y menos autómata. Jugamos con las dualidades. Hacemos malabares con los todo y los nada, realmente sabemos que estos absolutismos ni nos vienen mal a todos, ni vienen bien a nadie. Quizás hayamos sido creados precisamente para eso: para ser los artistas de este marco privilegiado. Ser los revolucionarios de la era millennial impersonal, imprimiendo más amor y equilibrio a este caldo de cultivo de un superego que nos hace un jaque mate en pocos movimientos. Empezamos a respirar deshilachando este velado caos que impide vernos el alma inmaculada escondida dentro de esta cáscara de piel y huesos.

Mi historia de vida empieza como muchísimas personas con las que he compartido una porción de nuestro micro mundo ideal de emociones validadas casi clandestinamente. Dar la cara no es de valientes, es de suicidas. Hacemos un pacto de respeto, no juicio y silencio. Todos nos hemos visto en una semejante infancia particular, una niña especialmente sensible. Especialmente mente sensible. Con emociones a flor de piel y nudos en la garganta al leer poesía, interpretar el trasfondo de las películas, percibiendo los problemas y necesidades de los demás como propias. Soñando despierta con un mundo ideal sin gustar en absoluto de los cuentos de princesas ni hadas.

Nuestro factor común son ramilletes de sentimientos con dificultad de encajarlos en cinco cajas de emociones



básicas: alegría, tristeza, miedo, sorpresa, asco, ira. Recuerdo perfectamente que a la última nunca le había dado rienda suelta.

La palabra odio y la demostración de ira nunca aparecieron ni aparecen en mi historia. Pero la rabia sí. La primera vez, hace catorce años, cuando sentí mi voz muda y mi ser denostado. Un sentimiento de soledad oscuro que aparecía incluso en pesadillas. La rabia se soltó desde una tristeza profunda, una denuncia a viva voz de los estereotipos, una reivindicación legítima de amor, comprensión, apoyo, comunicación...

La profunda tristeza y la ira a veces comparten vestidos. Me sobrepasó la presión de los roles (familiar, de pareja, social y laboral). En un flashback, en aquella infancia. Un detonante familiar, un secreto y un pecado, un juego entre no iguales; el “sólo sí es sí” no es un slogan admisible. Una suma de muchas cosas a la vez pulsó el interruptor de ¿encendido o apagado? Valoradlo vosotros mismos. Con una mente y un corazón sentados con las piernas entre los barrotes del balcón colgando casi al borde de la fragilidad. Cuestionando y comprendiendo cosas de forma inusual para esas edades.

Mucha metafísica, mucho raciocinio, mucha filosofía, muchas normas, muchos paradigmas, mucha fe y mucha razón. Mucho todo... Un cerebro hiperactivo que necesitaba tiempos muertos. Dos hemisferios que no alcanzaban a darse la mano.

Resetear. Se necesita resetear, dependiendo del alcance de los estímulos. Darse tiempos muertos para el mundo y vivificantes para el espíritu. Y separar la razón del instinto corazonada se iba haciendo una contrariedad, una incoherencia. Iba más allá de la apariencia de las cosas, de los eventos, de los problemas, de la imagen que muestran las personas.

Estaba interesada en desentrañar los porqués y para qué. Nerviosa, inquieta, pizpireta, extrovertida, amable, educada, leal, prudente, sensible a todo lo que impacta directa



e indirectamente a los seis sentidos... Demasiado todo. Y eso no pasaba desapercibido.

Sentía las películas como una muestra de una realidad que quisiera cambiar para un protagonista incomprendido, solo, necesitado de escucha y amor. La pantalla era mi ventana al mundo. Me hice así a una rutina que guiara sin asfixiar mi creatividad poco ambiciosa. ¡Ya ves! Cambiar el atrezzo y algunos muebles de sitio aprovechando que hago limpieza energética.

Hoy, aún intento en esa sobreempatía cambiar desde mi minúsculo papel en sus vidas, cambiar un grado el devenir del día en la sutil demanda de alguien. Le cedo una porción enorme de mi energía y la regalo. Antes, ahora, y muchas veces, a cambio de nada. Otras, para cumplir expectativas ajenas, para cumplir con un pacto no escrito de “quid pro quo”. Ya sé que así no se escribe, ya, pero me lo permito porque me gusta lo imperfecto, romper esquemas. Aunque en realidad sé que sí está bien escrito, pero me gustaría haberlo escrito mal, para permitirme la equivocación sin devaluarme.

Aquí pierdo mis límites, veo violada mi área personal e íntima y permito sin darme cuenta que los trasgreden sistemáticamente. Crees que quizás no estás hecha para este mundo tan cruel, tan exigente, buscando una perfección antinatural. Tenía a toda la familia, los profesores, las compañeras y amigas del colegio como figuras de apego en todas sus formas. Desarrollé una capacidad de adaptación tremenda con tal de ser aceptada y admitida. Y no es que me rechazaran o no me acompañaran. Era una apreciación. Admito que estaba hecha de pedacitos de cada una/o de ellas/os, un *patchwork* humano.

Mis límites se difuminan. Una persona así es imposible que pase inadvertida y, créanme, eso es lo que quería: pasar inadvertida. Y a la vez abrazar el disfrute de todo el potencial que pudiera tener esta enérgica personalidad agotadora.



Después de la degustación multisensorial, necesitas aislarte lo justo para sanarte, amarte, hacer las paces contigo por haber sido demasiado alegre, demasiado melancólica, demasiado confiada, demasiado cándida, demasiado apasionada, demasiado asertiva sin ser tenida en cuenta, demasiado consternada, demasiado confundida, demasiado frustrada.

Finalmente, con la rabia de no estar a la altura de los esquemas sociales y a la demanda, soy autocastigada al destierro y la no comunicación, a la soledad absoluta. Este ritmo, esta realidad, parece ser incompatible con un mundo apremiante. Si das lo máximo y nunca parece suficiente y reclamando aún más de ti, ¿dónde está la zona de protección?

Me cobijaba en rincones de la casa, me cuidaba con espacios íntimos y aprendía de mi madre regalándole momentos de sonrisas a cambio de besos y abrazos. Esperaba en una cuenta atrás la vuelta de mi padre del trabajo sin despegarme de él ni un solo instante. Mis figuras de protección no vieron que alrededor había un gran peligro para el peso de la culpa y la vergüenza. Perdí mi identidad antes de vislumbrarla, era imposible imaginar un futuro, una sexualidad definida. Guardé un secreto durante años como pacto de sangre y pecado mortal. Un papel bajo la almohada me ayudaba a empezar el día con la promesa de la redención “Jesús es Amor y Él te ama incondicionalmente”.

Durante años me he creído indigna, pecadora, embustera, poca cosa, demasiado sensible, llorona o exultante de energía. De cualquier manera, tarada. Vine con una tara. Como las cosas que te llegan por internet y las devuelves sin problema porque “no funcionan correctamente”. Hasta hace nada, he creído que las consecuencias de jugar a ser mayor con sólo seis, siete y ocho años y el hecho de contarle a mi expareja (con la que tuve dos hijos maravillosos) son un castigo merecido.

Al final de mi adolescencia, por iniciativa propia, por fin pedí ayuda a mis hermanas y fui a mi primera psicóloga. Pocas



sesiones. La dejé por falta de recursos. Conocí durante ese corto tiempo al padre de mis dos hijos. Encontré el trabajo de mi vida. Normas. Límites claros y precisos. ¡Bien! Zona segura no confortable. Un lugar definido en el mundo, ¡por fin! Era fácil, aparentemente. Salvo por el instinto competitivo que hay detrás de ese escaparate. Es la jungla. Y yo no soy depredadora.

Fui madre, fruto de amor a la vida. Dos cesáreas complicadas. Mi pequeño enfermó y todo se enredó. Pedí ayuda y comencé a ir a salud mental por mi familia, mi marido y mis hijos, la máxima expresión de mi amor a la vida. A pesar de las huellas de depresión posparto, hice de tripas corazón y agradecí cada día de abundancia. Con ese sentimiento de soledad y sobreesfuerzo, los rincones de mi hogar se impregnaron de risas, juegos, atenciones, cuentos, besos, abrazos, paseos, etc.

Cada detalle es mi gran tesoro de madre, sólo míos. Son únicos porque son tesoros de una Madre Naturaleza. Un instinto maternal fue creciendo en mí con mis hijos tan intensamente que hoy pienso que me reencarnaría en mí de nuevo con tal de volver a experimentar ese milagro. Porque si te cabe alguna duda, ¡existen los milagros!

Con el tiempo, con mucha responsabilidad, demasiada presencia en la vida de todos, me perdía y me difuminaba en ellos, me veía diferente al resto e, incluso así, me ceñí a la norma y fui como dicen: presente, eficaz y eficiente. ¡Al menos, di la talla en esto!

En todos los ámbitos di sin límite hasta vaciarme, sintiéndome sola, no reconocida, más demandada aún, utilizada, incomprendida, aislada, sobrepasada, incapaz de dar más del máximo, pero dándolo todo a cambio de ser aceptada, escuchada, valorada, validada y todo lo que una persona se merece. Escribía, lloraba, rezaba, acudía desesperada a mis terapias sin faltar absolutamente a ninguna, ni llegar tarde en todos estos años, me culpabilizaba, me castigaba, me aislaba,



me escapaba por ver trasgredidos constantemente los pocos límites que me permitía gritar.

Sí, grité, alguna vez, varias, muchas veces, para que se me escuchara, para pedir ayuda... Me escapé avergonzada por perder mi equilibrio idealizado de madre, esposa, mujer trabajadora, persona íntegra. Cómo se puede estar rodeada de gente pero sentirse sola y fuera de este mundo, desesperada, y aun así no perder el rumbo. Mi historia de vida es una historia de soledades emocionales. Lo idealicé todo demasiado. Una sumisión y entrega absoluta. Sin límites. Puse todo el poder sobre mí en manos ajenas. Hasta perder la voz y el voto, el arranque femenino, el poder de la mujer reducido a una cotidianidad donde advertí que el Amor era el impulso de cada día. El poder del ahora y el momento vivido.

El perdón y el agradecimiento fueron la fuente inagotable hasta el último hálito de la esperanza de vivir feliz y en paz conmigo. Fuera culpa, fuera silencio, fuera castigo, fuera exigencia, fuera expectativa, fuera sumisión, fuera soledad. Bienvenido límite, bienvenida clemencia, bienvenida comprensión, bienvenido amor, bienvenida aceptación.

Este último año ha sido una estrella de neutrones. Pero el mundo gira a un ritmo trepidante, con demasiada prisa por lo efímero. Demasiado ego, demasiado juicio, demasiada vendetta. Un atisbo de la mujer completa que podría ser se corta de raíz. La insuficiencia, la culpa, la soledad, el vacío, la incomprensión y la vergüenza forjan los Yo incapaces de amarse y de poner límites infranqueables. Otra vez, el poder es ajeno. Vuelvo a la infancia.

Nosotros bailamos con el tiempo pretérito, presente y futuro. Después de todo lo vivido, el impulso son los hijos, un instinto primario más fuerte que el miedo y la supervivencia. Lo he comprobado, sin duda alguna: el AMOR. Reconocimos en sus momentos los desencadenantes del ciclo vital y acordamos romperlos con anticipación con estrategias varias. Apliqué de



todo. Repetí todas las letanías. Me ayudaron a perdonar, olvidar, regalarme tiempo y espacio e intenté enseñarles a dárme los y agradecer tanto esfuerzo, tanta dádiva, a respetar y validar mi ser y estar, marqué ritmos seguros y no he vuelto a idear cosas feas que como muchas personas así lo intentan llevar a cabo.

Les digo: el instinto de supervivencia está muy arraigado en nuestra naturaleza. No vas a conseguir hacer nada de lo que estás pensando. Actualmente, no trabajo. Tengo historias detalladas de esto. El bullying laboral en la mujer es bestial allí. Es un patriarcado. Un machismo denunciado. Un coloso. Mi validación como madre está en tela de juicio.

Las leyes están mayoritaria y prácticamente hechas por varones o mujeres en tierras enemigas. El prejuicio y la falta de tacto y preparación para abordar temas delicados con personas vulnerables es evidente. La puesta en escena, la pausa en las preguntas y las respuestas, la credibilidad que se da a una mujer con trastorno de salud mental, persona dudosamente maltratada en virtud de lo que piensen y opinen los estudiosos del tema, todo y nada, me lleva a afirmar que esta sociedad tiene un gran problema en su responsabilidad ante estos ámbitos que llevan a una persona de alta sensibilidad a caer al vacío absoluto.

Actualmente, estoy colaborando como voluntaria en FEAFES Huelva. Aquí encontré un rayito de mi luz perdida, una posibilidad de ayudar, una causa para cambiar el mundo, abrazos, besos, apoyo escucha, motivación y mucho más. Me dan esta vía para inspirar a alguien, a uno al menos de quienes quieran conocer qué hay detrás de este problema de salud mental.

Este es el grano de arena que puedo aportar para ayudar a visibilizar a la mujer con problemas de salud mental, lo que se esconde detrás de ella. Hagamos lo posible por cambiar el mundo injusto. Quiero aprender muchas cosas, quiero formarme sin expectativas. Me paraliza mentalmente ante un examen sea del



tipo que sea, tartamudeo si encienden el interruptor, me bloqueo si entro en competitividad, soy consciente de mis legítimos límites razonables y negociables, necesito y tengo derecho a contar en cierto modo la verdad de mi sentir y la experiencia.

Agradezco muchísimo esta oportunidad. Sin FEAFES, no sé qué realidad hubiera vivido este año tan intenso. Sin mi madre y mis hermanas, tampoco. Sin el objetivo de mis hijos, tampoco. Pero sin mí, no sería nada. Yo deseo... Deseo lo mismo que cualquier persona: recomponer una vida y volver a creer que hay posibilidades de ser feliz como me merezco. Gracias.

**Esta carta la escribo de forma anónima por respeto a todas estas personas.*



CLAUSURA

III Congreso Internacional de **Salud Mental** y Premios Científicos

María Domínguez Macías,
Presidenta de FEAFES Huelva

Buenas tardes, compañeros/as, estudiantes y medios de comunicación. Ha sido un orgullo tanto para mí, como para la familia de FEAFES Huelva, haber podido compartir con todos vosotros y vosotras estos dos días de aprendizaje mutuo. Este año FEAFES Huelva cumple su 30 aniversario desde que inició su lucha por la salud mental, y con eventos como este queremos demostrar que seguiremos peleando e intentando conseguir todos los objetivos que tenemos pendientes con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y de sus familiares.

En este III Congreso Internacional hemos podido contar con un gran número de inscritos (cerca de 300 personas) que han querido aportar su grano de arena en el mundo de la salud mental. Asimismo, hemos contado con 17 talleres, numerosas mesas redondas sobre adicciones, trastornos de la conducta alimentaria, suicidio o conferencias de prevención y seguridad, impacto emocional de la pandemia, entre otros. En ellos han participado profesionales internacionales.

Me gustaría dar las gracias a todas las personas que han hecho partícipe este congreso, especialmente a la Universidad de Huelva, al Hospital Juan Ramón Jiménez y a todos los colaboradores y los laboratorios que también nos han tendido su mano. GRACIAS.

Gracias también a todo el comité científico y organizador, que ha estado al pie del cañón, para que todo saliera adelante.



Antes de despedirme, me gustaría decir una frase de Helen Keller:

“Las mejores y más bellas cosas en el mundo no se pueden ver, ni siquiera tocar; deben ser sentidas por el corazón”.

Con ello, doy por clausurado el III Congreso Internacional de Salud Mental. Muchísimas gracias a todos y a todas.

Nos vemos pronto.



COORDINACIÓN EDITORIAL

Dña. MARÍA DOMÍNGUEZ MACÍAS. Presidenta de FEAFES Huelva Salud Mental. Huelva.

Prof. Dr. Juan Gómez Salgado. Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. Huelva.

D^a. Lorena Martín Álvarez. Técnica del Área de intervención familiar de FEAFES-HUELVA. España.

D^a. Silvia Ponce De León. Psicóloga del Área de intervención familiar de FEAFES-HUELVA. España.

COMITÉ ORGANIZADOR

D. Manuel Movilla Movilla. Presidente de la Federación Salud Mental Andalucía. Huelva.

D. Daniel Juan León. Trabajador social, Área coordinación, Planificación y Programación de FEAFES-HUELVA. España.

D^a. Lorena Martín Álvarez. Técnica del Área de intervención familiar de FEAFES-HUELVA. España.

D^a. Margarita Marín López. Técnica del Área Educación de FEAFES-HUELVA. España.

D^a. Silvia Ponce De León. Psicóloga del Área de intervención familiar de FEAFES-HUELVA. España.

D^a. Alba Maria Moreno Harana. Técnica del Centro de Ocio y Tiempo Libre de FEAFES-HUELVA. España.



D. Alejandro Pérez Báez. GESTIÓN ECONÓMICA, ADMINISTRACIÓN, RECURSOS HUMANOS. FEAFES-HUELVA. España.

D^a. Ana Rodríguez Sánchez Toscano. Técnica del Centro de Ocio y Tiempo Libre de FEAFES-HUELVA. España.

D^a. M^a Ángeles Corralejo Romero. Técnica del Centro de Ocio y Tiempo Libre de Valverde del Camino. FEAFES-HUELVA. España.

COMITÉ CIENTÍFICO

Prof. Dr. Juan Gómez Salgado. Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. Huelva.

Dr. D. Juan José Mancheño Barba. Psiquiatra. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Área Hospitalaria Universitaria Juan Ramón Jiménez de Huelva. España.

Prof. D. Manuel Márquez Garrido. Profesor Honorario de la Facultad de Enfermería. Universidad de Huelva. España.

Dra. D^a. Natalia Albein-Urios. School of Psychology, Cognitive Neuroscience. Unit Melbourne Burwood Campus. Deakin University.

D^a. María Luisa Cruz García. Enfermera. Coordinadora de Cuidados de Salud Mental del Hospital "Juan Ramón Jiménez". USC Salud Mental Huelva Intercentros. España.

Prof. Dr. Adriano Díaz. Director del programa de Posgrado Salud Pública. Facultad de Medicina de Botucatu UNESP. Brasil.



Prof. Dr. George Dutschke. Director del centro de Investigación CESBO, Lisboa. Portugal.

Prof. Mg. María Ángela Elías Marroquín. Investigadora ad honorem. Observatorio de Políticas Públicas. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Universidad de El Salvador.

Prof. Dra. Fátima Frade. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Investigadora Integrada do Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP). Portugal.

Prof. Dra. Begoña García Navarro. Directora de Salud de la Universidad de Huelva. Facultad de Enfermería, Huelva. España.

Prof. Dra. Ángela Ortega Galán. Doctora Profesora Universitaria en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva. Miembro del Comité de Bioética Asistencia de la Comunidad Autónoma Andaluza. España.

Prof. Dr. D. Antonio M. Hernández Martínez. Profesor Universidad de Castilla la Mancha, Ciudad Real. España.

Prof. Dra. Lía Jacobson. Profesora Titular de la Escuela Superior de Salud. Universidad Atlántica, Lisboa. Portugal.

Prof. Dr. Óscar Lozano Rojas. Profesor Investigador Universidad de Huelva. España.

Prof. Dra. Leticia Elizabeth Luque. Profesora Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Prof. Dra. María Claudia Morales Rodríguez. Doctora en CC de la Enfermería – Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.



Dr. D. Juan Ramírez López. Psiquiatra. Médico Coordinador en Diputación de Huelva. España.

D^a. María José Ríos García. Trabajadora Social. Unidad de Salud Mental Comunitaria “Plaza Houston”, UGC Salud Mental, Huelva. España.

Prof. Dr. Julián Rodríguez Almagro. Profesor Universidad de Castilla la Mancha. Ciudad Real. España.

D^a. M^a Carmen Romero Cabezas. Presidenta de la Delegación de Huelva del COPAO (Colegio Oficial de

Psicología de Andalucía Occidental). PSI del departamento de Psicología Clínica y experimental de la UHU. España.

Prof. D^a. Mónica Rosu Stanciu. Profesora Departamento de Psicología, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la UNED y profesora del departamento de psicología clínica y experimental, Área de metodología de la ciencia del comportamiento, Universidad de Huelva. Huelva.

Prof. D. Antonio Verdejo-García. .Associate professor in the School of Psychological Sciences and the Monash Institute of Cognitive and Clinical Neurosciences at Monash University. NHMRC Leadership Fellow. Co-Chair, Neuroscience. Interest Group, International Society of Addiction Medicine. Leader, Science Stream, Monash Addiction Research Centre. Deputy Lead, Addiction and Mental Health Program, Turner Institute for Brain and Mental Health. Fellow of the Young Academy of Spain. Melbourne. Australia.

D^a. Selena Camacho Martín. Enfermera. Hospital Juan Ramón Jiménez. Servicio Andaluz de Salud. Huelva. España.



Prof. Dr. Juan Jesús García Iglesias. Prof. Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Huelva, España.

Prof. Dr. Javier Fagundo Rivera. Profesor Titular. Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla. Sevilla. España.

Cristina Morgado Toscano. Enfermera Especialista en Salud Mental. Doctoranda en Ciencias de la Salud. Unidad de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Huelva. España

Prof. Dr. Rafael T. Andujar Barroso. Psicólogo Clínico Especialista. Profesor Departamento de Psicología Clínica y Experimental. Universidad de Huelva.

Prof. Dra. Regina Allande Cussó. Profesora Asociada, Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla Enfermera, Unidad de Urgencias Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Prof. Dr. Andrés Molero Chamizo. Departamento de Psicología Clínica y Experimental, área de Psicobiología. Universidad de Huelva.





Bibliografía

Andrés-Olivera P, García-Aparicio J, Lozano López MT, Benito Sánchez JA, Martín C, Maciá- Casas A, González-Sánchez -, Marcos M, Roncero C. Impact on Sleep Quality, Mood, Anxiety, and Personal Satisfaction of Doctors Assigned to COVID-19 Units. *Int J Environ Res Public Health*. 2022, 25;19(5):2712. doi: 10.3390/ijerph19052712.

Arteta, Z. (2021, mayo 12). Encuesta del SMU arroja buen nivel de vacunación contra la COVID- 19 entre los médicos además de estrés y sobrecarga laboral. M24. [https://www.m24.com.uy/encuesta-del-smu-arroja-buen-nivel-de- vacunacion-contra-la- covid-19-entre-los-medicos-ademas-de-estres-y-sobrecarga-laboral](https://www.m24.com.uy/encuesta-del-smu-arroja-buen-nivel-de-vacunacion-contra-la-covid-19-entre-los-medicos-ademas-de-estres-y-sobrecarga-laboral).

Azzi, M. (2020). World Day for Safety and Health at Work 2020— Stop the pandemic: Safety and health at work can save lives.

BISHOP, S. R., LAU, M., SHAPIRO, S., CARLSON, L., ANDERSON, N. D., CARMODY, J., SEGAL, Z. V., ABBEY, S., SPECA, M., VELTING, D., & DEVINS, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11: 230-241

Castro MJ, Valero-Perez M, Belmonte S, de Diego M. Educación alimentaria y nutricional en los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutr Hosp* 2022;39 (Extra-2):27-32.

DIGESTYC (2021). Estadísticas de género. Sistema de Vigilancia de Violencia contra las Mujeres. El Salvador. Recuperado en http://aplicaciones.digestyc.gob.sv/observatorio.genero/informe_violencia/muerte_viol_fem.aspx

Dejours, C. (2013). Trabajo vivo: Vol. 2. Trabajo y emancipación. Topia, colección Pisonalisis, Sociedad y Cultura.



De Mateo Silleras B, Redondo del Río P, Camina Martín A, Soto Célix M, Alonso Torre SR, Miján de la Torre A. Efecto de la realimentación en la composición corporal de mujeres con anorexia nerviosa restrictiva; antropometría frente a impedancia bioeléctrica. *Nutr Hosp*. 2013;28(5):1717-1724.

Dr. Herbert Benson MD, Dr. M. S. Malhotra MD, Dr. Ralph F. Goldman PhD, Dr. Gregg D. Jacobs PhD & Dr. P. Jeffrey Hopkins PhD (1990) Three Case Reports of the Metabolic and Electroencephalographic Changes during Advanced Buddhist Meditation Techniques, *Behavioral Medicine*, 16:2, 90-95, DOI: 10.1080/08964289.1990.9934596.

Eating disorders: recognition and treatment (2017). National Institute for Care and Excellence. NICE guideline.

Elías et al (2021). Impacto psicológico del COVID19 en El Salvador. Informe de investigación en edición. Observatorio de Políticas Públicas, Universidad de El Salvador.

Fernández Rivas, A. Anorexia nerviosa del adolescente y covid 19: la pandemia colateral. *Revista Española Endocrinología Pediátrica*. 2021; 12(2)

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Grau-López L, Daigre C, Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Egidio Á, Casas M, Roncero C. Administrative prevalence of insomnia and associated clinical features in patients with addiction during active substance use. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(2):64-71.

Güler Aksu G, Kütük MÖ, Tufan AE, Sanberk S, Güzel E, Dağ P, Tan ME, Akyol B, Toros F. Correlates and predictors of re-incarceration among Turkish adolescent male offenders:



A single-center, cross-sectional study. *Int J Law Psychiatry*. 2022;80:101726. doi: 10.1016/j.ijlp.2021.101726.

HANH, T. N. (1987). *The Miracle of Mindfulness*. Beacon Press. Boston

Hernangomez Criado L. Apego y trastornos Alimentarios: Implicaicones para la intervención psicoterapéutica. *Rev Psicoterapia*, 2018.29 (111), 69-92.

ISDEMU (2020). *Informe de Labores*. El Salvador. Recuperado en <https://isdemu.gob.sv/memorias-de-labores/>



