

PANORAMA SOCIAL 38

LA CRISIS DE SALUD MENTAL: MÁS ALLÁ DE LAS ESTADÍSTICAS



Explosión diagnóstica de la depresión y ansiedad
Incidencia de los trastornos y acceso a los servicios sanitarios
El enfoque biomédico y el enfoque existencial-contextual
Trabajo, empleo y salud mental
Sentimientos de vulnerabilidad y esperanzas de restablecimiento

COLABORAN:

Paloma Aranguren, Elena Blanco de Tena-Dávila, Baptiste Brossard,
Patrick Brown, Amy Chandler, Sigita Doblytė, Víctor Fernández Castro,
Juan García Haro, Henar García-Pascual, M. Inmaculada Infantes-López,
Lourdes Lostao, David Luque, Miguel Ángel Malo, Mónica Martínez Sallent,
Almudena Moreno, Miguel Núñez de Prado, Ricardo Pagán, Raúl Payá,
Carmen Pedraza, Margarita Pérez-Martín, Enrique Regidor y Aroa Tejero

cecabank

Banking for business



www.cecabank.es



SEGUNDO SEMESTRE. 2023

PANORAMA SOCIAL 38

LA CRISIS DE SALUD MENTAL:
MÁS ALLÁ DE LAS ESTADÍSTICAS





PATRONATO

ISIDRO FAINÉ CASAS (*Presidente*)
JOSÉ MARÍA MÉNDEZ ÁLVAREZ-CEDRÓN (*Vicepresidente*)
FERNANDO CONLLEDO LANTERO (*Secretario*)
ANTÓN JOSEBA ARRIOLA BONETA
MANUEL AZUAGA MORENO
CARLOS EGEA KRAUEL
MIGUEL ÁNGEL ESCOTET ÁLVAREZ
AMADO FRANCO LAHOZ
PEDRO ANTONIO MERINO GARCÍA
ANTONIO PULIDO GUTIÉRREZ
VICTORIO VALLE SÁNCHEZ

PANORAMA SOCIAL

Número 38. Segundo semestre. 2023

CONSEJO DE REDACCIÓN

CARLOS OCAÑA PÉREZ DE TUDELA (*Director*)
ELISA CHULIÁ RODRIGO (*Editora*)
VÍCTOR PÉREZ-DÍAZ
ANTONIO JESÚS ROMERO MORA
VICTORIO VALLE SÁNCHEZ

PEDIDOS E INFORMACIÓN

Funcas
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.
Teléfono: 91 596 54 81
Fax: 91 596 57 96
Correo electrónico: publica@funcas.es

Impreso en España
Edita: Funcas
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.

© FUNCAS. Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, *offset* o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

ISSN Impreso: 1699-6852
ISSN Digital: 2254-3449
Depósito legal: M-23-401-2005
Maquetación: Funcas
Imprime: CECABANK

Las colaboraciones en esta revista reflejan exclusivamente la opinión de sus autores, y en modo alguno son suscritas o rechazadas por Funcas.

Índice

- | | |
|-----|---|
| 5 | PRESENTACIÓN |
| 9 | Explicar la “crisis de salud mental”: perspectivas sociológicas
BAPTISTE BROSSARD Y AMY CHANDLER |
| 23 | Dinámicas sociales en la explosión diagnóstica de la depresión
VÍCTOR FERNÁNDEZ CASTRO Y MIGUEL NÚÑEZ DE PRADO GORDILLO |
| 39 | Esclareciendo la oscura depresión y cómo tratarla
M. INMACULADA INFANTES-LÓPEZ, MARGARITA PÉREZ-MARTÍN Y CARMEN PEDRAZA |
| 53 | Más allá del modelo biomédico: el enfoque existencial-contextual
de la conducta suicida
JUAN GARCÍA-HARO, HENAR GARCÍA-PASCUAL, ELENA BLANCO DE TENA-DÁVILA,
MÓNICA MARTÍNEZ SALLENT Y PALOMA ARANGUREN RICO |
| 71 | Características sociodemográficas y tendencia de los problemas de salud
mental en España en las dos primeras décadas del siglo XXI
ALMUDENA MORENO, LOURDES LOSTAO Y ENRIQUE REGIDOR |
| 95 | No todos sufrieron igual: efectos diferenciales de la pandemia en la salud
mental de la población española
RICARDO PAGÁN Y MIGUEL ÁNGEL MALO |
| 111 | La ventaja de trabajar: salud mental, pobreza y empleo en España
AROA TEJERO Y SIGITA DOBLYTĖ |

- | | |
|-----|---|
| 131 | Riesgos psicosociales, salud mental y prolongación de la vida laboral
RAÚL PAYÁ CASTIBLANQUE Y DAVID LUQUE BALBONA |
| 147 | La esperanza en diferentes contextos sanitarios: salud mental y oncología
PATRICK BROWN |

Presentación

La salud mental atrae una creciente atención en el debate público de los países occidentales. En muchas sociedades de nuestro entorno, y también en la nuestra, profesionales de la salud, científicos, representantes de organizaciones de diverso tipo, políticos y medios de comunicación llaman recurrentemente la atención sobre indicadores que reflejan el amplio alcance de los problemas de salud mental en la población. Por lo que se refiere a España, abundan las noticias sobre el aumento de la incidencia de la depresión y el incremento de las tasas de consumo de antidepresivos y ansiolíticos, ya entre las más altas de Europa. Motivo de preocupación es también el deterioro de la salud mental de niños y adolescentes, que a menudo se pone en relación con el uso de dispositivos electrónicos y redes sociales. A todo ello se añade el aumento de la mortalidad por suicidio en los últimos años, convertido en la primera causa externa de muerte.

Ante estas evidencias, las respuestas suelen centrarse en el sistema de salud, reclamando más especialistas y más servicios para atender a quienes sufren trastornos de salud mental. Sin duda, una atención sanitaria accesible y adecuada es fundamental para aliviar el sufrimiento particular de los muchos afectados. Sin embargo, a estas tendencias en salud mental subyacen no solo problemas individuales, sino también sociales. Por tanto, las explicaciones y respuestas no pueden circunscribirse a lo patológico y biomédico; han de incluir también cuestiones relacionadas con la organización social, tales como las relaciones familiares y laborales, el acceso a bienes y servicios que protegen con-

tra la pobreza y procuran bienestar o las nuevas formas de comunicación interpersonal.

Este planteamiento ha impulsado la edición y publicación del número 38 de PANORAMA SOCIAL. Los artículos incluidos en este número han sido elaborados por investigadores de disciplinas tan diversas como la sociología, la filosofía, la psicología, la economía, la salud pública o las neurociencias. A través de enfoques teóricos y empíricos, cualitativos y cuantitativos, los artículos dan cuenta de la extensión y las diferentes dimensiones de los principales trastornos de salud mental, indagando en sus causas, además de reflexionando sobre las posibles vías de mejora de la situación actual.

El número comienza con un artículo de **Baptiste Brossard** (Universidad de York) y **Amy Chandler** (Universidad de Edimburgo), que introduce a los lectores en las explicaciones sociológicas de la actual “crisis de salud mental”. Como señalan los autores, la popularización de concepto “crisis” para referirse a este fenómeno ya tiene implicaciones sociales significativas. Pero la dimensión social de la salud mental cobra particular relieve cuando se expone su relación con las desigualdades entre grupos, la producción del estrés en el seno de la sociedad, la proliferación de etiquetas para las enfermedades mentales, así como también las dinámicas e influencias culturales en las experiencias y percepciones de tales enfermedades.

A continuación, **Víctor Fernández Castro** (Universidad de Granada) y **Miguel Núñez de Prado Gordillo** (Universidad de

Utrecht) formulan una paradoja: ¿cómo es posible que el número de casos de depresión no pare de crecer, a pesar de los avances en las técnicas de diagnóstico y tratamiento, así como de una mayor disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud mental? Los autores argumentan que, al menos parcialmente, esta explosión diagnóstica de la depresión se debe al “efecto bucle” producido por varios factores, entre ellos, el aumento de información relacionada con nuevas clasificaciones diagnósticas, la naturaleza social de nuestras capacidades meta-cognitivas y la aparición de ciertas narrativas que colocan al individuo como fuente principal de sus malestares.

Sobre la depresión versa también el tercer artículo, en el que **M. Inmaculada Infantes-López, Margarita Pérez-Martín y Carmen Pedraza** (Universidad de Málaga), trazan las manifestaciones clínicas de la depresión, sus causas y su impacto en el individuo y la sociedad. Pese a los numerosos agentes farmacológicos y las terapias psicológicas existentes para abordar este trastorno, las autoras señalan la eficiencia incompleta de los tratamientos actuales y destacan la importancia de la prevención, y en particular, de seguir estilos de vida saludables. A su juicio, aunque la búsqueda de nuevos tratamientos es crítica de cara al futuro, la inversión en salud y el autocuidado constituyen las herramientas más poderosas para combatir la depresión.

Una cuestión estrechamente relacionada con la salud mental es el suicidio, asunto sobre el que trata el artículo de **Juan García Haro** (Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA), **Henar García-Pascual** (SESPA), **Elena Blanco de Tena-Dávila** (Universidad Rovira i Virgili), **Mónica Martínez Sallent** (SESPA) y **Paloma Aranguren Rico** (SESPA). Los autores presentan los elementos que definen el modelo existencial-contextual, centrado más en las personas y sus circunstancias socio-biográficas que en el diagnóstico y la medicación. Sobre la base de su análisis, defienden abordajes al suicidio mucho más específicos y contextuales que los que a menudo se practican en aplicación del enfoque biomédico.

Centrando la atención en el caso español, **Almudena Moreno** (Universidad Pública de Navarra), **Lourdes Lostao** (Universidad Pública de Navarra) y **Enrique Regidor** (Universidad

Complutense de Madrid y CIBER de Epidemiología y Salud Pública) examinan los datos proporcionados por las Encuestas Nacionales y Europeas de Salud para estimar la evolución de trastornos mentales comunes (depresivos y de ansiedad), así como el consumo de psicofármacos. Entre sus hallazgos, los autores llaman la atención sobre la influencia de factores socio-demográficos en la salud mental y en el acceso a los servicios sanitarios.

En este mismo sentido, **Ricardo Pagán** (Universidad de Málaga) y **Miguel Ángel Malo** (Universidad de Salamanca) identifican el sexo y la edad como variables clave para explicar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población española. Los resultados de su investigación, basada en diversas encuestas nacionales, muestran que la emergencia sanitaria y las medidas que se adoptaron para combatirla afectaron más a las mujeres que a los hombres, y más a los jóvenes que a los mayores. De estas conclusiones extraen la recomendación de prestar especial atención a esos colectivos en el diseño y la aplicación de políticas de prevención y detección precoz de los problemas de salud mental.

La relación entre el trabajo y la salud mental constituye el objeto de investigación de **Aroa Tejero y Sigita Doblytė** (Universidad de Oviedo), que, a la luz de datos procedentes de varias encuestas nacionales, subrayan el papel del empleo como un factor protector de la salud mental, comprobación que hacen incluso en las posiciones bajas de la distribución de la renta. En otras palabras, trabajar favorece la inclusión más allá de la dimensión económica, toda vez que el empleo adquiere una capacidad fundamental de integración social a través del estatus y las relaciones personales.

Acerca de la influencia del trabajo en el bienestar emocional aportan también datos y argumentos **Raúl Payá Castiblanque** (Universidad de Valencia) y **David Luque Balbona** (Universidad de Oviedo), que, tras examinar los datos de la *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*, hallan una relación entre la elevada intensidad laboral –física, cognitiva y/o emocional– y el sufrimiento de patologías psicosomáticas. Observan asimismo que la capacidad de decisión sobre cuestiones tales como los ritmos o los métodos del trabajo favorece la prolongación de la vida laboral, un resul-

tado interesante no solo en el contexto actual de envejecimiento de la población trabajadora, sino también desde el punto de vista del bienestar mental de los trabajadores.

Finalmente, **Patrick Brown** (Universidad de Ámsterdam) se aproxima a la cuestión de la salud mental desde un ángulo particular, el de la esperanza de restablecimiento o, al menos, de mejora del trastorno emocional. Su artículo profundiza en las características y dinámicas de la esperanza en distintas situaciones de vulnerabilidad e incertidumbre. Qué se desea, qué es posible imaginar, qué se considera probable y qué tipo de esperanzas se perciben como legítimas entre quienes sufren situaciones de vulnerabilidad extrema, como los afectados por trastornos de salud mental, son preguntas vinculadas no solo con la propia enfermedad y las características individuales de los pacientes, sino también con factores institucionales y político-económicos.

En definitiva, si, como han escrito Brossard y Chandler en un libro de reciente publicación¹, “la sociología de la salud mental se ha convertido en una sociología de la mayoría”, es preciso que el conjunto de las ciencias sociales dedique tiempo y recursos a generar conocimiento y reflexión sobre un tema que afecta tan ampliamente a las sociedades contemporáneas. Tal ha sido el propósito de Funcas con este número de *Panorama Social*, cuyos artículos promueven el diálogo entre las distintas disciplinas sociales como vía para avanzar en la comprensión de la “crisis de salud mental”. Comprenderla mejor es imprescindible para diseñar las medidas y los medios que permitan contener la progresión de unas enfermedades que ya se perciben como epidémicas en este siglo.

¹ Brossard, B. y Chandler, A. (2022). *Explaining Mental Illness: Sociological Perspectives*. Bristol University Press.

Explicar la “crisis de salud mental”: perspectivas sociológicas

BAPTISTE BROSSARD* Y AMY CHANDLER**

RESUMEN ♦

Recientemente, el Norte Global ha experimentado una alarmante “crisis de salud mental”. Las ciencias sociales ofrecen perspectivas clave sobre los procesos subyacentes a esta crisis, tanto analizando su naturaleza como evaluando críticamente su narrativa. Este artículo examina las explicaciones sociológicas de esta crisis, considerándola como: a) una crisis de desigualdades e identidades; b) una crisis en la producción social y gestión del estrés; c) una crisis en la proliferación de etiquetas de enfermedades mentales; y d) una crisis cultural.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las poblaciones de todo el Norte Global (Europa, Norteamérica, Australia, Nueva Zelanda) han registrado estadísticas alarmantes sobre la salud mental y el bienestar de sus conciudadanos. Con distintos niveles de rigor metodológico, se han realizado

y difundido numerosos estudios que muestran el aumento del estrés psicológico y la ansiedad en varias sociedades occidentales.

No sorprende leer, por ejemplo, que “una de cada cinco personas en España sufre un trastorno mental, desde depresión a ansiedad, pasando por esquizofrenia o enfermedad bipolar”; que “el 6,7 por ciento de la población española padece actualmente ansiedad, el mismo porcentaje de personas afectadas por depresión”; que los españoles son “los mayores consumidores de ansiolíticos del mundo y los mayores consumidores de medicación psiquiátrica o psicotrópica de la Unión Europea” (The Local, 2022); que en España hay 2,5 millones de consumidores diarios de ansiolíticos e hipnóticos; que “más del 50 por ciento de los estudiantes buscaron ayuda profesional y consultaron a un psicólogo por sus problemas de salud mental” en los últimos cuatro meses (Erudera News, 2023). Incluso el presidente del Gobierno Pedro Sánchez tuiteó en 2021 que “el 10,8 por ciento de los españoles ha consumido tranquilizantes, relajantes o somníferos” (The Local, 2022).

¿Qué significa todo esto? “Crisis de salud mental” es una expresión comúnmente utilizada para describir el aumento de la prevalencia de la mayoría de los trastornos mentales, ya sea en países concretos o en el mundo. Significa que un gran número de personas declaran tener

* Universidad de York (baptiste.brossard@york.ac.uk).

** Universidad de Edimburgo (a.chandler@ed.ac.uk).

♦ Traducido del original (Explaining the ‘mental health crisis’) por María Miyar.

problemas emocionales y de comportamiento, que se mide su sufrimiento (mediante estudios o estadísticas oficiales) y que se despliega una vasta red de instituciones y servicios para controlar y tratar estos problemas. La narrativa de la “crisis de salud mental” también se convierte en una forma popular de enmarcar el malestar psicológico y las emociones en las culturas, como ilustran algunos títulos alarmistas publicados por los medios de comunicación en los últimos meses, entre ellos: “Pandemia de salud mental juvenil sin precedentes” (AP, 2023), “El malestar emocional ha aumentado en todo el mundo en la última década” (Mediavilla, 2023) o “La otra pandemia mortal” (Naim, 2023).

¿Qué nos dicen exactamente estas dramáticas historias y cifras sobre el mundo social? En 2011, la experta en teoría cultural Lauren Berlant (2011: 101) llamó la atención sobre cómo la adopción de la denominación “crisis” puede servir para hacer que un “problema” parezca reciente, nuevo y agudo, en lugar de un fenómeno con una larga historia y, por tanto, con raíces más profundas. Este razonamiento evoca preocupaciones similares a las planteadas en relación con el uso de la etiqueta “crisis” para referirse al suicidio masculino. Jordan y Chandler (2019) han discutido cómo esa denominación sirve para caracterizar las altas tasas de suicidio de los hombres (en comparación con las de las mujeres) como novedosas y “urgentes”. Estos autores señalan asimismo que, en este contexto, la palabra “crisis” se utiliza para sugerir que la “crisis” de masculinidad y de roles de género impulsa el suicidio masculino. Sin embargo, este enfoque no tiene en cuenta los procesos que históricamente han amenazado a la masculinidad (Macinnes, 1998; Connell, 2003). En este sentido, las ciencias sociales críticas y la teoría cultural ayudan a cuestionar la utilización del término “crisis” y sus implicaciones. Berlant (2011) sugiere la existencia de una tendencia a utilizar la etiqueta de “crisis” en situaciones que quizá no sean tan urgentes o recientes como la palabra sugiere.

En este artículo partimos de estas objeciones para reflexionar tanto sobre las causas como sobre los efectos de lo que se califica como una “crisis de salud mental”, “índices de angustia sin precedentes”, una “pandemia mortal” (en referencia al suicidio); o, de forma general, una “crisis” difusa.

Uno de los principales actores institucionales implicados en la construcción pública de la narrativa de la “crisis” —y sin duda uno de los más poderosos— es la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde la década de 1980, la OMS ha desplegado cientos de programas psicológicos en todo el mundo para abordar los problemas de salud mental en diversas poblaciones; estas iniciativas se justifican grandilocuentemente por la constatación de una “crisis”. En su *Informe sobre la Salud Mental en el Mundo de 2022*, la OMS menciona la palabra “crisis” en 56 ocasiones (WHO, 2022). En algunos casos, “crisis” se presenta en relación con una historia individual de enfermedad mental, como en el relato personal de los problemas psicológicos de Lion Gai Meir (2022: 24). El informe también hace referencia frecuente a los “servicios de crisis” o a la “respuesta a las crisis” en la atención a la salud mental. Por otra parte, el texto describe una serie de crisis mundiales que han afectado a la prevalencia de enfermedades mentales: desde crisis climáticas a crisis económicas. En una sección se afirma la necesidad de “una transformación de la salud mental”, como respuesta necesaria a “una crisis creciente”. La existencia de esta “crisis” se pone de relieve subrayando la alta prevalencia de enfermedades y trastornos mentales (una de cada ocho personas en todo el mundo), los “enormes” costes económicos que trae consigo la enfermedad y la brecha en los tratamientos, lo que significa que a muchos de los que sufren enfermedades mentales no se les ofrecen servicios “eficaces”. La “crisis de salud mental” se presenta como una crisis creciente —alentada por otras crisis (como la económica o la climática)— a la que no responden adecuadamente los servicios existentes, sobre todo, en los países de renta baja, que deberían, según se sugiere, adoptar las técnicas sanitarias desarrolladas en Occidente.

Por un lado, el informe de la OMS reconoce los factores históricos, estructurales y ambientales, así como también las catástrofes económicas y climáticas que intervienen en el núcleo de la “crisis de salud mental”. Se configura así un conjunto de crisis con una persistente sensación de gravedad y emergencia. Por otro lado, las respuestas a esta situación se centran abrumadoramente en “mejores servicios” y “mejor acceso a los servicios y al tratamiento”, con métodos de cálculo y organización típicos de los países de renta alta. El supuesto parece ser que, habida cuenta de que no podemos

cambiar las condiciones estructurales, hay que tomar medidas de emergencia, es decir, más iniciativas e instalaciones médicas y psicológicas, cuya eficacia se mide a través de herramientas de salud pública. En resumen, la narrativa de la crisis siempre tiene una función (geo)política: en este caso, crea la sensación de urgencia necesaria para que las herramientas estandarizadas y occidentales de asistencia sanitaria y gobernanza se apliquen a escala mundial.

Una crítica sociológica de la “crisis de salud mental” no puede ignorar el problema del sufrimiento que muchas personas experimentan. Sin embargo, según nuestra visión general del informe de la OMS, el reconocimiento del malestar tampoco debería impedir una evaluación crítica del uso de este término, de sus resultados políticos, de las repercusiones y raíces culturales, o del reconocimiento de sus causas estructurales. Las ciencias sociales pueden desentrañar los procesos subyacentes que entran en juego en la narrativa de la crisis, ofrecer explicaciones alternativas de lo que es tal “crisis” y, por tanto, invitar a buscar soluciones alternativas. A modo de ejemplo, nos basamos en nuestro libro recientemente publicado para explorar las explicaciones sociológicas de la “crisis de salud mental” (Brossard y Chandler, 2022). Nos preguntamos cuál podría ser la naturaleza de esta “crisis” y qué ideas pueden salir a la luz al aplicar un análisis sociológico crítico. Consideraremos este fenómeno como a) una crisis de desigualdades e identidades; b) una crisis en la producción social y la gestión del estrés; c) una crisis en la proliferación de etiquetas para la enfermedad mental; y d) una crisis cultural.

2. LA CRISIS DE LAS POSICIONES SOCIALES

Una contribución significativa que la sociología puede hacer para entender la “crisis de salud mental” se basa en la gran cantidad de investigaciones que, durante casi un siglo, han demostrado que cuanto más arriba se sitúan las personas en la jerarquía social, más protegidas están del malestar psicológico.

A partir de la década de 1930 se realizaron los primeros estudios comunitarios sobre enfermedades mentales, en los que se exami-

naron los niveles de malestar en “poblaciones generales” y no solo entre pacientes psiquiátricos. Estos estudios fueron los primeros en establecer la existencia de una relación entre los trastornos mentales y la posición social. Faris y Dunham (1939) inauguraron la aplicación de un enfoque ecológico a los trastornos mentales en el Chicago de los años 30, argumentando que los problemas sociales locales –aislamiento, conflictos étnicos o dificultades económicas– influían tanto en la tasa como en el tipo de enfermedades mentales que las personas eran más propensas a padecer. Dos décadas más tarde, un equipo dirigido por Hollingshead demostró en otra ciudad estadounidense (sitada en Connecticut) que los pacientes de clase alta, aunque diagnosticados con menor frecuencia, tenían más probabilidades de ser diagnosticados de patologías “neuróticas” (como la depresión), mientras que los pacientes de clase trabajadora tenían más probabilidades de ser diagnosticados de patologías “psicóticas” (como la esquizofrenia) (Hollingshead y Redlich, 1958). A partir de la década de 1980, los estudios comunitarios dieron paso progresivamente a los estudios poblacionales, favoreciendo las muestras nacionales representativas frente a las preexistentes, que procedían de comunidades locales, como el *Epidemiologic Catchment Area Study* (realizado sobre 20.000 personas en Estados Unidos entre 1980 y 1983). Aunque estos estudios tienen una menor capacidad de análisis del papel de la comunidad y el territorio en la configuración de la enfermedad mental, también demuestran una relación entre la posición social y las tasas de enfermedad mental (Departamento de Salud de Estados Unidos, 1994).

Cuanto más pobre, más enfermo, y viceversa: este repetido hallazgo de un gradiente de salud negativo, en múltiples contextos y con múltiples metodologías, ha asentado la idea de que el estatus socioeconómico es una *causa fundamental* de la salud, también de la salud mental (Link *et al.*, 1998). Muchos estudios recientes reproducen el mismo tipo de hallazgo respecto a otros aspectos de la posición social, como la pertenencia a grupos raciales desfavorecidos (Takeuchi y Williams, 2003), la orientación sexual (McDermott y Roen, 2016), las desigualdades de género (Platt *et al.*, 2020), el vecindario y las redes sociales (Riumallo-Herl *et al.*, 2014) o la edad. En cuanto a este último

factor, la prevalencia de los trastornos mentales suele seguir una forma de U: son más frecuentes en la adolescencia y la juventud, disminuyen a lo largo de la vida adulta y se incrementan de nuevo en la vejez (Bell, 2014).

La investigación ha tropezado durante mucho tiempo con una pregunta del tipo del “huevo” o la “gallina”, en cuanto a si las dificultades socioeconómicas provocan problemas de salud mental (la hipótesis de la causalidad) o, a la inversa, los problemas de salud mental impiden a los individuos alcanzar posiciones sociales más altas (la hipótesis de la selección). Por supuesto, es probable que ambos procesos se solapen (Mossakowski, 2014), de modo que el reto consiste en conceptualizar los complejos mecanismos a través de los que opera la relación bidireccional. En la literatura se pueden encontrar cinco líneas de razonamiento ideales: explicaciones culturales/conductuales (las diferencias en la socialización y el estilo de vida explican los resultados desiguales en salud); explicaciones materialistas (las variaciones en las condiciones de vida explican las desigualdades en salud mental); explicaciones en términos de apoyo social; explicaciones de estrés (las personas menos favorecidas sufren más estrés, que, a su vez, propicia el desarrollo de problemas de salud mental); y explicaciones de artefacto (a las personas desfavorecidas se les diagnostican más problemas de salud mental). Es probable, nuevamente, que estos mecanismos sociales se solapen para dar lugar a las correlaciones encontradas en la investigación sobre salud mental.

¿Cómo explicar en virtud de estos conocimientos tan arraigados el aumento de la prevalencia de la mayoría de los trastornos mentales? Una hipótesis es que el aumento de las desigualdades, especialmente las estructurales, que se asocian a las crisis económicas y las políticas de austeridad, representa un cambio en la articulación entre posición social y bienestar. En el Reino Unido, las tasas de prevalencia de la depresión aumentaron del 10 al 20 por ciento durante la pandemia del COVID-19, pero esta última cifra asciende al 37 por ciento en los segmentos más pobres de la población (Williams *et al.*, 2021). Un estudio llevado a cabo entre trabajadores asalariados españoles sugirió que las desigualdades en salud mental se habían reducido durante la pandemia. Esto habría obede-

cido más al empeoramiento de la salud mental de los grupos más acomodados que a cualquier mejora entre aquellos con salarios más bajos (Esteve-Matalí *et al.*, 2022). Así pues, aunque las desigualdades representan con frecuencia un factor determinante, la forma en que actúan y la relación con sus resultados respecto de la salud mental varían en función del contexto.

Algunas perspectivas alternativas a las desigualdades en salud mental contribuyen a una comprensión más compleja de su relación con las posiciones sociales. En particular, las *perspectivas interseccionales* han ayudado a reconceptualizar la posición social no como una *suma* de variables, sino abordando sus *interacciones* en términos de significados, identidad y poder. Bowleg (2008: 312) lo expresa bien: “negra + lesbiana + mujer ≠ mujer lesbiana negra”. Desde esta perspectiva, la salud mental no refleja solo la ventaja o la privación, sino también el paisaje de identidades en el que se sitúan los individuos. Se pone de relieve así un mundo de diferencias, tolerancia, competitividad y estereotipos que funcionan de forma diferente para quienes se sitúan en intersecciones de posiciones sociales (por ejemplo, negro, mujer, con discapacidad). Esta perspectiva se relaciona con el modo en que la cultura proporciona marcos para dar sentido a la posición en el mundo social y para buscar el reconocimiento de la identidad asociada a esta posición. Los países occidentales se ven sacudidos por intensas luchas en torno al reconocimiento cultural, al reconocimiento legal y a las raíces históricas de las identidades, como, por ejemplo, el impacto de la ley sobre la autoidentificación de género en la política española. Así pues, se puede suponer que la “crisis de salud mental” manifiesta un problema colectivo con las diferentes identidades, en el que algunas *intersecciones* acaban llevando a las personas a verse más afectadas por las dinámicas de poder y opresión que tienen lugar en su sociedad y, por extensión, a ser vulnerables a la enfermedad mental.

Otro enfoque alternativo de las desigualdades en salud mental se basa en la que denominamos *perspectiva configuracional*. Se trata de un enfoque metodológico de la posición social que sitúa a las personas en una red de diversos grupos e individuos, de modo que las desigualdades, diferencias y estereotipos en la

interacción diaria podrían desencadenar experiencias problemáticas en la vida social. Por ejemplo, el estudio de Brossard sobre autoevaluaciones (2018) identificó relaciones conflictivas entre los miembros de la familia relacionadas con diferentes ideales y expectativas con respecto a la clase social y la identidad de género. Por su parte, Lee y Kawachi (2017) descubrieron una correlación entre la manifestación de síntomas de depresión y la socialización con personas más ricas que uno mismo. Los autores propusieron como posible explicación de esta correlación la exposición a la injusticia o la sensación de una indebida desigualdad de riqueza. Desde este punto de vista, la “crisis de salud mental” podría responder a una mayor frecuencia de configuraciones compuestas que implican expectativas multiplicadoras (contradictorias o abrumadoras) para los individuos.

Por último, los *enfoques definitorios* sugieren que la propia definición y gestión de los trastornos mentales en las sociedades refleja y contribuye a la construcción de divisiones sociales. De hecho, la mayoría de las categorías diagnósticas tienen una trayectoria histórica propia, dirigiéndose a ciertos grupos. Por ejemplo, la depresión se concibió inicialmente, en el siglo XIX, como un trastorno que afectaba principalmente a las mujeres (Hirshbein, 2009). La mayoría de las clasificaciones psiquiátricas contienen criterios implícitos socialmente como el “trastorno disfórico premenstrual” y el “trastorno de interés/excitación sexual femenina” (Cohen, 2016). Desde esta perspectiva, la “crisis de salud mental” expresa la creciente coincidencia entre categorías psiquiátricas en aumento y cambiantes, y sus equivalentes en posiciones sociales.

Estas reflexiones convergen hacia un mismo punto. Más que entenderse como una cuestión individual, la salud mental se relaciona con la dinámica general de las desigualdades e identidades sociales. Está íntimamente entrelazada con los modos de producción económica, las divisiones sociales y las desigualdades, pero en formas que pueden ser más complejas que su mero reflejo. Así pues, es probable que la “crisis de salud mental” denote transformaciones sustanciales en estas estructuras sociales y culturales, tanto en cuanto a la inequidad como a las intersecciones y configuraciones “patógenas” de la posición social, reflejadas en categorías de salud mental.

3. TIEMPOS ESTRESANTES

Un segundo enfoque de la “crisis de salud mental” se refiere a una tendencia importante de la sociología de la salud mental, el *paradigma del estrés*. Este paradigma se incluye en un amplio abanico de trabajos que estudian cómo diversas dificultades, desde la discriminación hasta los accidentes de tráfico, pasando por los abusos sexuales y otros traumas, generan estrés. A su vez, el estrés, cuando no se amortigua con los recursos adecuados, materiales y psicológicos, constituye un catalizador de los trastornos mentales (Schieman, 2019; Thoits, 2017). Podríamos resumir su modelo central de la siguiente manera: el desequilibrio persistente entre la aparición de situaciones difíciles y los recursos de una persona para enfrentarlas es el mecanismo principal en la etiología de los trastornos mentales.

El historiador Jackson (2013) expuso cómo, desde finales del siglo XIX hasta el siglo XX, el estrés se convirtió en un tema de estudio científico, en gran medida, a partir del trabajo del endocrinólogo Hans Selye. Jackson sugiere que, más tarde, el estrés devino en objeto de explotación por parte de los mercados: consideremos la amplia gama de industrias que prometen reducir el estrés de sus clientes hoy en día a través de terapias, medicamentos, retiros o programas de ejercicios, entre otros. Esta preocupación por la estabilidad emocional tuvo eco entre los científicos sociales de principios del siglo XX, como Georg Simmel (2010), que se centraron en los supuestos retos del rápido cambio social (Fitzgerald, Rose y Singh, 2016). Sin embargo, en sociología, uno de los principales teóricos sobre el impacto del estrés en las enfermedades mentales es Leonard Pearlin, cuyos trabajos seminales convirtieron el estrés en una metodología sociológica operativa, probada por primera vez a partir de una muestra longitudinal de 1.106 personas residentes en el área de Chicago (Pearlin *et al.*, 1981). Basándose en escalas estandarizadas, Pearlin demostró correlaciones entre variables consideradas indicativas de estrés y malestar psicológico: cuanto más estresados estamos, más malestar experimentamos.

A partir de la década de 1980, el uso del paradigma del estrés se extendió de forma

espectacular. Cualquier emoción problemática asociada a cuestiones de salud mental, en este marco, puede ser reformulada como “estrés”. Esto significa que el estrés puede ser visto como una elaboración conceptual compatible con la mayoría de las perspectivas teóricas, pero también como una herramienta metodológicamente operacionalizable. Es decir, puede ser medido y analizado mediante herramientas tanto cuantitativas como cualitativas (Aneshensel y Avison, 2015). Trabajos posteriores pusieron el énfasis en el “efecto amortiguador” que suponen el apoyo social y las habilidades para manejar el estrés, o en cómo las trayectorias de los individuos antes del suceso estresante podían explicar su impacto en la salud mental (Wheaton, 1990). El éxito del paradigma del estrés condujo a una multiplicación de esquemas explicativos (Ensel y Lin, 1991) en los que las fuentes de estrés, denominadas “estresores”, los recursos para afrontarlos y el malestar emocional –que se considera una premisa de diversas enfermedades mentales– pueden ser causas, recursos, amortiguadores o resultados.

A pesar de su éxito, el paradigma del estrés adolece de muchas limitaciones. Se basa en la suposición infundada de que el estrés es un término universal que representa el malestar; asume “que los elementos estandarizados significan lo mismo para los miembros de diferentes grupos” (McLeod, 2012: 177); utiliza una comprensión superficial del contexto social como “factor de estrés” o proveedor de recursos para su alivio; es conservador en el sentido de que apunta a la necesidad de preservar el *statu quo* –menos estresante–; y, sobre todo en relación con la considerable cantidad de trabajos y publicaciones que ha generado, el paradigma del estrés ha sido bastante ineficiente en la producción de resultados novedosos: no es de extrañar que, cuando las personas están estresadas, sean más propensas a sentirse angustiadas.

De hecho, aunque las primeras ideas eran novedosas e importantes, el uso del paradigma del estrés ha tendido a generar conclusiones cada vez más predecibles sobre la “crisis de salud mental”. Por ejemplo, en repetidos estudios se constata que una convergencia de condiciones sociales adversas crea una presión arrolladora sobre los individuos que no se equilibra con los recursos necesarios, lo que genera un malestar colectivo de alcance desproporcionado.

En el Reino Unido, casi el 75 por ciento de las personas declaran haberse sentido abrumadas por el estrés en algún momento del último año¹. En España, antes de la pandemia, cuatro de cada diez personas declararon haber sufrido estrés en el último año².

Aunque no cabe duda del alcance del problema del estrés entre la población, lo que importa es el porqué y el cómo. Hay varios procesos que pueden asociarse al aumento de los niveles de estrés en las sociedades, como la “aceleración del tiempo” (Rosa, 2015) que trajeron consigo la gestión neoliberal en el lugar de trabajo y muchas innovaciones tecnológicas; la “cultura de la evaluación” que somete a las personas a juicio constante; y las luchas materiales propias, en particular, de la vida de los más desfavorecidos. Estos procesos no implican necesariamente un “empeoramiento” de las condiciones de vida; por ejemplo, en muchos sectores el contexto laboral ha mejorado en términos de salarios, jornada laboral o seguridad. Sin embargo, pueden haber surgido nuevos tipos de presión y/o conceptos que favorecen el estrés, especialmente con el auge del neoliberalismo. Estos cambios conllevan la percepción de la necesidad de “arreglárselas”, o de “relajarse”, para lo que es necesario más tiempo, más dinero, tipos específicos de capital cultural y redes sociales. Como efecto secundario típico de lo que a veces se denomina “modernidad”, el estrés y sus efectos más preocupantes quedan a cargo del aparato de salud mental, el amortiguador de un estilo de vida capitalista.

Sin embargo, por nuestra parte creemos que un enfoque orientado a las emociones es más constructivo. El estrés puede relacionarse con muchas emociones que incluyen el malestar, la ansiedad, el miedo, la incertidumbre, la tristeza o el malestar psicológico. Examinar la producción social de cada una de estas emociones podría ser un enfoque productivo en el análisis de esta “crisis”. Por ejemplo, la ira, emoción emblemática de la injusticia, es señalada por muchas personas que sufren diversos trastornos mentales (Fernández y Johnson, 2016), pero también se expresa en movimientos sociales como #metoo, Black Lives Matter, el 15M o Los Indignados. La ira surge ante situaciones consideradas injustas o discriminatorias, y su

¹ Véase: <https://www.mentalhealth.org.uk/statistics/>

² Véase: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/estudio-cinfasalud-estres/>

gestión social, a menudo proclive a las luchas entre grupos o clases, se sitúa en el centro de los procesos de cambio y patologización social. El psiquiatra estadounidense Jonathan Metz (2010), al estudiar cómo la psiquiatría trató a la población negra durante el movimiento por los derechos civiles, demostró que a menudo la ira fue interpretada en esa época como un síntoma individual. Es probable que muchos negros estuvieran enfadados debido a la discriminación real que limitaba sus oportunidades vitales, así como que los activistas se sintieran molestos por la reproducción de las estructuras discriminatorias y la criminalización de las actividades del movimiento por los derechos civiles por parte de las autoridades públicas. Nuestro enfoque subraya la variedad de posibles emociones subyacentes a los trastornos mentales y la forma en que cada una de estas emociones se genera socialmente como factores explicativos de la “crisis de salud mental”, más allá del estrecho horizonte del estrés. Es decir, se trata de una crisis de emociones, de cómo se expresan y cómo se tratan en las sociedades contemporáneas.

Otra alternativa al uso del estrés en el análisis de la “crisis de salud mental” se refiere a la dominación. El proceso social de producción de estrés debe entenderse como incrustado en las desigualdades, que, como ha demostrado la sociología durante décadas, giran en torno a los conceptos de clase, género y raza. El concepto de “estrés de las minorías” (Meyer, 2003) puede proporcionar algunas claves en este sentido porque sitúa el estrés en el espacio social: resalta cómo las discriminaciones “cotidianas” a las que se enfrentan las minorías raciales, de género o sexuales, así como la experiencia del desprecio de clase, pueden generar estrés. Esto desplaza la atención desde los factores estresantes “importantes” (como el divorcio o las lesiones físicas) hacia el estrés cotidiano y acumulativo que experimentan quienes ocupan posiciones sociales marginadas o estigmatizadas. Nuestra perspectiva supone que el estrés de las minorías se vuelve especialmente prevalente en sociedades en las que la combinación de la desigualdad y la conciencia de su carácter injusto anuncia una transición en la forma y la intensidad de las relaciones de dominación. Pero, de forma menos especulativa, la principal contribución del “estrés de las minorías” es la consideración de la diversidad de emociones que implican las relaciones desiguales en la vida cotidiana. Por ejemplo, el cambio de las relacio-

nes de género puede influir en cómo se expresa y experimenta el estrés.

Por lo tanto, una segunda forma de analizar sociológicamente la “crisis de salud mental” es asumir que esta es el resultado de una *transformación* tanto cuantitativa como cualitativa en la *producción social del estrés*: qué hace que la gente se estrese (por ejemplo, las condiciones laborales, el coste de la vida, las aspiraciones sociales, etc.), cómo la dominación social genera emociones (por ejemplo, cuestiones de justicia social, desigualdades, jerarquías cotidianas, etc.) y cómo se enmarcan culturalmente estas emociones (por ejemplo, cómo los movimientos sociales “canalizan” la ira colectiva, o cómo las terapias y los fármacos “atenúan” los sentimientos de ansiedad).

4. ¿CRISIS DE ETIQUETAS?

Otra forma de entender la “crisis de salud mental”, además de como una crisis de expansión y aumento del malestar psicológico, consiste en identificarla con una proliferación de etiquetas que se utilizan para dar nombre al sufrimiento en el mundo. Esto implica que la “crisis” no indica necesariamente un aumento del malestar en sí, sino de la gama de experiencias emocionales que se etiquetan como tales.

Desde algunos puntos de vista, esta proliferación es intrínsecamente cuestionable. Sociólogos como Horwitz (2002) y, más recientemente, Harbusch (2022) han afirmado que asistimos a una creciente medicalización de las emociones humanas, de forma que experiencias antes “normales”, desde el dolor hasta la inquietud, reciben ahora etiquetas psiquiátricas. Estas etiquetas se formalizan principalmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, y se someten a una serie de tratamientos, a menudo farmacéuticos. En este contexto, y aunque las “teorías del etiquetado” de las enfermedades mentales han caído en desuso dentro de la sociología de la salud y las enfermedades mentales, creemos que estos enfoques pueden aportar ideas críticas de interés.

En su formulación original, las teorías del etiquetado eran –y siguen siendo– algo contro-

vertidas. Siguiendo la estrategia sociológica de invertir las perspectivas, las teorías del etiquetado sostenían que, en lugar de nombrar una “condición” preexistente, las etiquetas desempeñan un papel crucial en la “creación” de la propia condición. Esta idea puede resultar difícil de entender, pero resulta más clara si consideramos cómo las formas de nombrar las cosas enmarcan su realidad en nuestras vidas. Por ejemplo, la etiqueta “depresión” no solo califica una forma de tristeza o anhedonia, sino que también determina cómo se manifiestan estos sentimientos en las personas “deprimidas”. Esta etiqueta, con la que a menudo se socializa a los que viven en contextos occidentales, configura una determinada experiencia (por ejemplo, incluyendo ciertas emociones y descartando otras), desencadena ciertos tipos de atención, incluida la medicación (nada menos que la modificación de los procesos neuroquímicos que implica tomar antidepresivos) y puede generar estigmas y reflexiones sobre uno mismo que, de otro modo, no habrían tenido lugar.

Algunos acusan a los teóricos del etiquetado de sugerir que la enfermedad mental no existe, es inventada o es un “mito” (utilizando la denominación del famoso antipsiquiatra Thomas Szasz). Sin embargo, esta es una tergiversación tanto de la teoría del etiquetado como de la sociología. De hecho, algo “socialmente construido” no es menos “real” que una “realidad biológica”. Las personas etiquetadas siguen experimentando aquello por lo que han sido etiquetadas, es decir, viven “a través” de cómo se etiqueta su vida. Algunas teorías sociales recientes subrayan la “realidad” del malestar psicológico y de sus efectos, pero también hacen hincapié en que su forma, nombre y trayectoria son sociales, culturales y políticos, como, por ejemplo, el “realismo crítico” de Pilgrim (2007) y el “nominalismo dinámico” de Hacking (1995). En otras palabras, esta crítica de las teorías del etiquetado no considera los argumentos y el potencial del análisis sociológico, que destaca cómo las organizaciones sociales y las relaciones de poder tienen efectos importantes y “reales” sobre las tasas de estrés, malestar y trastornos mentales diagnosticados. Las teorías del etiquetado proporcionan una capa adicional de análisis, profundizando en nuestra apreciación de la forma en que se relacionan la sociedad y la salud mental.

El legado intelectual de las teorías del etiquetado ha dado lugar a un rico *corpus* de estu-

dios sobre las múltiples formas en que surgen las etiquetas o categorías de “enfermedad mental”, su relación con la vida social y sus consecuencias en los individuos y las comunidades. Esto incluye la noción de “autoetiquetado” (Thoits, 1985), que es especialmente relevante en contextos contemporáneos occidentales en los que la información sobre enfermedades mentales está tan disponible que la gente se etiqueta a sí misma antes de consultar a un profesional. Del mismo modo, la obra de Foucault ha influido en las reflexiones críticas sobre la expansión de las redes de conocimientos especializados que rigen, definen y producen la “locura” y la “normalidad”. Esto se evidencia en el auge de la “medicina de vigilancia” (Armstrong, 1995), que se centra en la supervisión de los riesgos poblacionales. Se trata de una lente útil para abordar la proliferación de estadísticas que se relacionan con (y en parte conforman) una “crisis” de enfermedad mental. Otra extensión clave del trabajo de Foucault se materializa aquí a través de las contribuciones de Nikolas Rose (1996), según el cual la difusión de conocimientos psiquiátricos y psicológicos produce un cierto tipo de identidad. Esta sería compatible con las corrientes neoliberales más amplias que hacen hincapié en la autogestión, la autorreflexión y lo que Giddens (1992) podría denominar el “proyecto del yo”.

En resumen, la investigación sociológica considera que el conjunto de categorías de salud mental disponibles en una sociedad determinada —“depresión”, “ansiedad”, “ecoansiedad”, “trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)”, etc.— no es únicamente el resultado de los avances de la ciencia. Tales categorías constituyen también una forma de enmarcar la existencia de los individuos, de manera que resulten más o menos compatibles con las estructuras de poder imperantes. Pero ¿cómo pueden ayudarnos estas ideas a entender el creciente número de personas categorizadas o que se categorizan a sí mismas como individuos con un problema de salud mental?

Los procesos a través de los que se denomina al malestar psicológico y a las diferencias, que acaban legitimándose, así como el poder de esas etiquetas, cambian en relación con las dinámicas políticas, económicas y culturales. Por ejemplo, la “ecoansiedad” denota un sentimiento real que es el resultado de procesos políticos reales (la destrucción sistemática de

ecosistemas). Otro ejemplo es el aumento de los estudios, el activismo y las campañas en torno al concepto de neurodiversidad, que, en realidad, pretende reetiquetar categorías preexistentes (en pocas palabras, neurodiverso *frente a* neurotípico en lugar de autista *frente a* normal).

Además, mientras que las primeras teorías de etiquetado operaban en contextos históricos y sociales en los que el trastorno psiquiátrico estaba fuertemente estigmatizado, en la actualidad las etiquetas de salud mental frecuentemente se debaten, impugnan e, incluso, reivindican por parte de algunos individuos y grupos (Brinkmann, 2016; Lieu *et al.*, 2010; Nadesan, 2005). Las categorías diagnósticas pueden ser formas increíblemente poderosas y útiles para identificarse, buscar apoyo, reconocimiento y validación de la diferencia. En definitiva, las etiquetas no solo se han multiplicado y popularizado, sino que también han cambiado de significado.

Desde este punto de vista, la “crisis” de las enfermedades mentales puede reinterpretarse como un movimiento transformador, en el que cada vez más personas reivindican y reconocen sus diferencias emocionales y de comportamiento o su pertenencia a grupos más amplios, a menudo fuera del estricto control de los profesionales especializados. Tales personas consideran que deben hacerse algunas cosas para “compensar” sus dificultades. Estos grupos suelen entenderse como biosociales (Bradley, 2021) en el sentido de que, además de reivindicar una “diferencia cerebral”, proporcionan la pertenencia a un grupo social.

Es fundamental reconocer que la mayoría de los diagnósticos que conforman el “aumento” de las enfermedades mentales, como la depresión y la ansiedad, pueden utilizarse de muchas maneras. En las burocracias contemporáneas, y de hecho en los sistemas sanitarios, las etiquetas de una “enfermedad mental diagnosticable” son necesarias para acceder a ayuda y apoyo, a ajustes razonables o –cuando el contexto nacional lo permite– a prestaciones sociales, mientras los síntomas impidan participar en la “actividad económica” (Dowbiggin, 2011). Por lo tanto, hay razones importantes –incluso vitales– por las que tantas personas pueden buscar activamente un diagnóstico. Estos diagnósticos institucionalizan los “problemas” reales a los que se enfren-

tan muchas personas y proporcionan ajustes y respuestas importantes y necesarios. Es esta una teoría sociológica médica bastante tradicional en acción, la del “rol de enfermo”, en la que el papel de la medicina en la sociedad es nombrar, tratar y devolver a la “vida normal”.

En resumen, la teoría del etiquetado de las enfermedades mentales conduce a cuatro interpretaciones complementarias de la “crisis de salud mental”: a) una ampliación de las condiciones que se reconocen como problemas de salud mental, debido al aumento de las etiquetas disponibles en el mundo social; b) un mayor reconocimiento de la diversidad cognitiva, emocional y conductual bajo la forma de identidades emergentes; c) unas prácticas de categorización más intensas y conservadoras de los estados de ánimo atípicos, improductivos o tristes, y d) una mayor necesidad de formalizar las propias circunstancias –de buscar diagnósticos– para obtener ayuda institucional, compensaciones y ajustes.

5. PERSPECTIVAS CULTURALES SOBRE LA “CRISIS” DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Desde los inicios de la antropología, se han registrado en todo el mundo múltiples combinaciones de emociones, comportamientos y etiquetas. Estas observaciones han sugerido que lo que se denomina “enfermedad mental” varía en función del contexto cultural. La inclusión de “síndromes ligados a la cultura” en el DSM-IV (1994) legitimó, aunque de forma incompleta, estas observaciones, si bien persisten los debates sobre la universalidad de los trastornos mentales. En todo caso, la noción de cultura abre otra vía para interpretar la “crisis de salud mental”: en distintas culturas, la forma en que los trastornos mentales se experimentan e identifican como tales se halla estructurada por recursos, categorías, instituciones y dinámicas de poder específicas. Por ejemplo, es notable que la sintomatología de algunos trastornos mentales parezca reflejar las expectativas valoradas en una cultura, pero llevadas a su extremo (anorexia, con delgadez; estados maníacos, con productividad) o al revés (TDAH, con concentración; depresión, con autogestión y autonomía). La salud mental se inserta en las culturas, en el

sentido de que los trastornos mentales suelen consistir en la expresión extrema de formas de ser valoradas culturalmente.

Sin embargo, sería un error pensar que las culturas son la emanación “natural” de la vida social en un territorio determinado. Más bien, lo que llamamos “cultura” es el resultado de condiciones geopolíticas, que en el estado actual del mundo a menudo incluyen procesos poscoloniales y que, en el ámbito de la salud mental, atienden a políticas de Salud Mental Global (WHO, 2022). En pocas palabras, la Salud Mental Global designa una serie de iniciativas, a menudo lideradas por la OMS, destinadas a implementar programas psicológicos en todo el mundo tomando como modelo la infraestructura occidental, considerada más “rentable” (Mills, 2014). Estas políticas se basan en la idea de que, en todas partes del mundo, los trastornos mentales son lo mismo (con algunos arreglos “culturales” marginales) y que los enfoques terapéuticos cuya eficacia se ha medido en Occidente deben privilegiarse por encima de las técnicas curativas locales de cualquier otro lugar. Algunos estudios críticos sobre la Salud Mental Global plantean preocupaciones sobre la medida en que se exportan –de hecho, se imponen– modelos ostensiblemente “occidentales” de enfermedad mental (Kleinman, 1997). En este sentido, la Salud Mental Global aprovecha el legado colonial de la psiquiatría, parte de la cual contribuyó activamente a las iniciativas imperialistas a lo largo del siglo XX, participando en el mantenimiento del orden colonial, estigmatizando a las culturas indígenas como “bárbaras” y patologizando a los sujetos más reacios y rebeldes (McCulloch, 1995; Mahone y Vaughan, 2007). Estos procesos dejan su huella en la actualidad, cuando la mayoría de las políticas de salud mental de todo el mundo siguen dando prioridad a las categorías occidentales de comprensión y desestimando las definiciones indígenas del malestar psicológico y sus prácticas curativas. Este legado colonial queda claramente patente en algunas instalaciones sanitarias, tal y como muestra Bonnin (2018) sobre el lenguaje en un hospital psiquiátrico argentino. El autor expone cómo el español se utiliza para las interacciones y los documentos oficiales; las lenguas indígenas, a menudo en zonas liminares como las salas de espera y las calles, y el portugués, en algunas señales de dirección para orientar a los turistas brasileños adinerados.

En resumen, si los trastornos mentales se configuran en función de las culturas, y si, a su vez, las culturas están conformadas por dinámicas geopolíticas y coloniales, entonces la “crisis de enfermedad mental” bien podría verse como una crisis neocolonial del imperialismo occidental. Esto sería así tanto porque la categorización de ciertas emociones, pensamientos y comportamientos como “trastorno mental” se corresponde con las prácticas occidentales de salud pública, como porque la psiquiatría occidental estructura los significados y experiencias del malestar psicológico (Watters, 2010; Katzman *et al.*, 2004). De ahí se derivaría la “crisis” mundial de la salud mental.

Los enfoques culturales de la enfermedad mental pueden incluir modelos más complejos e integradores para explicar el malestar mental a través de varias dimensiones. Estos modelos intentan dar cuenta de la interacción entre los procesos biológicos y sociales, aunque por el momento sigan siendo muy teóricos (Roberts y McWade, 2021; Rose, Birk y Manning, 2022). Por su parte, otros modelos intentan combinar varios aspectos de la realidad social que suelen considerarse por separado. Es el caso de la teoría de los nichos ecológicos de Hacking (1998), que utiliza la metáfora del nicho ecológico para designar una configuración social compuesta por cuatro “vectores” convergentes que establecen la posibilidad de que las enfermedades mentales surjan y florezcan en épocas y lugares concretos:

1. Taxonomía médica: el conjunto de conductas y emociones atribuidas a la enfermedad debe integrarse en las concepciones médicas de la época, como las clasificaciones psiquiátricas.
2. Observabilidad: el trastorno debe ser visible e interpretado como un problema. Lógicamente, ninguna enfermedad mental podría existir socialmente sin ser observable por al menos una parte de la sociedad.
3. Polaridad cultural: “la enfermedad debe situarse entre dos elementos de la cultura contemporánea, uno romántico y virtuoso, el otro vicioso y tendente al crimen” (Hacking, 1998: 2).

4. Liberación: “la enfermedad, a pesar del dolor que produce, también debe proporcionar cierta liberación que no está disponible en ningún otro lugar de la cultura en la que prospera” (Hacking, 1998: 2).

El análisis de Moreno Pestaña (2006), basado en un trabajo de campo en Andalucía, muestra que cada uno de estos vectores puede utilizarse como umbral individual en los trastornos alimentarios: es cuando un individuo cruza cada uno de estos *umbrales* socialmente variables –y es etiquetado, observado, posicionado en un espacio marcado por estereotipos y por la desviación respecto a las expectativas– cuando “enferma”.

Según la teoría de Hacking, que en muchos aspectos propone una síntesis de las explicaciones sociológicas planteadas hasta ahora, la “crisis de salud mental” es el resultado de una multiplicación y una extensión de los nichos, como si fuera “más fácil” que antes, en nuestro mundo social, “abrir” estos nichos. En consonancia con la teoría del etiquetado, los vectores 1 y 2 apuntan a la creciente capacidad de etiquetado de la mayoría de las sociedades actuales: más profesionales, más categorías, más información disponible en línea y más formas de ser “observado” como enfermo mental. Los vectores 3 y 4 sugieren una imbricación más profunda del malestar psicológico en la cultura, en la que el primero “se nutre” de los problemas del segundo. Moreno Pestaña (2006) muestra, con el caso de la anorexia, que estos vectores adoptan formas diferentes en función de variables sociales, como la clase, el género y el estado civil. Por ejemplo, mientras que la anorexia evoca el significado cultural de la delgadez y la comida en las culturas occidentales, este “rasgo cultural” no se distribuye de manera uniforme en el mundo social, de modo que las mujeres jóvenes que comienzan a seguir una dieta estricta (el primer paso hacia la anorexia) experimentan diferentes reacciones familiares dependiendo de la clase social: en la clase trabajadora, esta iniciativa es desestimada como un capricho y estas jóvenes a menudo se ven obligadas a comer; mientras que en la clase media-alta, esta iniciativa es bienvenida como un signo de cuidado de las apariencias y de fortaleza de carácter. Además, según el mismo autor, las expectativas en torno a la delgadez tienden a disminuir cuando las personas se casan. Los nichos ecológicos

impulsan de forma desigual algunos aspectos de la cultura al ámbito de la “enfermedad mental”.

Así pues, sugerimos que la “crisis de salud mental” emana de cambios estructurales en las sociedades globales, incluyendo la expresión de valores culturales, las dinámicas (post)coloniales y la multiplicación de factores que contribuyen a la creación de nichos ecológicos.

6. CONCLUSIONES

El uso de los conocimientos sociológicos para comprender la “crisis de salud mental” nos ha llevado a generar varias interpretaciones; interpretaciones basadas en las desigualdades, la producción social del estrés, las etiquetas y los aspectos culturales. Esta reorganización de la sociología de la salud mental en cuatro áreas de razonamiento pretende no solo mostrar que las ciencias sociales pueden desarrollar sólidos programas de investigación que exploren las causas de los trastornos mentales, sino también formular mejor las implicaciones políticas de dichos programas.

Creemos que esto adquiere especial importancia en un momento en que las respuestas de salud mental a la “crisis” siguen siendo muy reducidas. La mayoría de las iniciativas desarrolladas en todo el mundo para hacer frente a esta “crisis” son poco imaginativas y bastante parecidas entre sí. Consisten en implantar estructuras asistenciales similares en todo el mundo, como prácticas terapéuticas y líneas telefónicas de ayuda. A menudo carecen de la necesaria reflexión y evidencia empírica sobre su eficacia real, al tiempo que establecen programas educativos para familiarizar a la población con las categorías occidentales de salud mental y, en ocasiones, también soslayan la escasez de medios para cometer suicidios. El informe sobre salud mental de la OMS (2022), comentado en la introducción, es típico en este sentido: aunque reconoce el peso de los factores socioculturales en la salud mental, señala que deben adoptarse intervenciones y servicios psicológicos occidentales “rentables” en todos los países del mundo. Estas intervenciones pretenden aliviar el malestar psicológico, pero manteniendo los órdenes sociales en su estado

actual. En consecuencia, funcionan como dispositivos conservadores de gobernanza tanto global como local.

En este contexto, nuestro análisis se basa en otros muchos trabajos de las ciencias sociales que han examinado las raíces y los significados de los trastornos mentales en diversas comunidades, grupos y países. En conjunto, estos trabajos ofrecen la demostración exhaustiva de que no puede haber una respuesta adecuada a la “crisis de salud mental” sin plantear los fundamentos sociales, económicos y políticos del malestar psicológico en cada contexto particular, lo que exige acciones que van mucho más allá de la prestación de servicios de salud mental; exige, en concreto, tomar en consideración (a) las desigualdades, las posiciones sociales y las identidades; (b) el encuadre social y la producción del estrés, así como las emociones relacionadas; (c) las políticas de categorización de las emociones y los comportamientos problemáticos; y (d) las dinámicas culturales, como los procesos coloniales y los “nichos ecológicos”.

BIBLIOGRAFÍA

ANESHENSEL, C. S. y AVISON, W. R. (2015). The stress process. *Society and Mental Health*, 5(2), pp. 67-85.

AP. (2023). Pandemic youth mental health toll unprecedented. *El País*. <https://english.elpais.com/society/2023-02-13/pandemic-youth-mental-health-toll-unprecedented-data-show.html>

BELL, A. (2014). Life-course and cohort trajectories of mental health in the UK, 1991-2008– a multilevel age-period-cohort analysis. *Social Science & Medicine*, 120, pp. 21-30.

BERLANT, L. (2011). *Cruel optimism*. Durham: Duke University Press.

BONNIN, J. E. (2018). *Discourse and mental health: Voice, inequality and resistance in medical settings*. Londres: Routledge.

BOWLEG, L. (2008). When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex Roles*, 59(56), pp. 312-325.

BRADLEY, B. (2021). From biosociality to biosolidarity: The looping effects of finding and forming social networks for body-focused repetitive behaviours. *Anthropology & Medicine*, 28(4), pp. 543-557.

BRINKMANN, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life*. Farnham: Ashgate.

BROSSARD, B. (2018). *Why do we hurt ourselves? Understanding self harm in social life*. Bloomington, IN: Indiana University Press.

BROSSARD, B. (2019). Why mental disorders flourish and wither: Extending the theory of ecological niches. *Social Science & Medicine*, 237, 112445.

BROSSARD, B. y CHANDLER, A. (2022). *Explaining mental illness: Sociological perspectives*. Policy Press.

COHEN, B. (2016). *Psychiatric hegemony: A Marxist theory of mental illness*. Londres: Palgrave Macmillan.

DOWBIGGIN, I. (2011). *The quest for mental health: A tale of science, medicine, scandal, sorrow, and mass society*. Nueva York, NY: Cambridge University Press.

ENSEL, W. M. y LIN, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, pp. 321-341.

ERUDERA NEWS. (2013, 10 de julio). Mental health crisis hits Spanish university campuses, study reveals. *Erudera News*. <https://erudera.com/news/mental-health-crisis-hits-spanish-university-campuses-study-reveals/>

ESTEVE-MATALÍ, L., LLORENS-SERRANO, C., ALONSO, J., VILAGUT, G., MONCADA, S. y NAVARRO-GINÉ, A. (2022). Mental health inequalities in times of crisis: Evolution between 2005 and 2021 among the Spanish salaried population. *Journal of Epidemiology and Community Health*.

FARIS, R. y DUNHAM, H. W. (1939). *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: University of Chicago Press.

FERNANDEZ, E. y JOHNSON, S. L. (2016). Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clinical Psychology Review*, 46, pp. 124-135.

FITZGERALD, D., ROSE, N. y SINGH, I. (2016). Revitalizing sociology: Urban life and mental illness between history and the present. *British Journal of Sociology*, 67, pp. 138-160.

HACKING, I. (1995). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

HACKING, I. (1998). *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

HARBUSCH, M. (Ed.). (2022). *Troubled persons industries: The expansion of psychiatric categories beyond psychiatry*. Cham: Springer Nature.

HIRSHBEIN, L. D. (2009). *American melancholy: Constructions of depression in the twentieth century*. New Brunswick: Rutgers University Press.

HOLLINGSHEAD, A. B. y REDLICH, F. C. (1958). *Social class and mental illness: A community study*. Nueva York: Wiley.

HORWITZ, A. V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.

JACKSON, M. (2013). *The age of stress: Science and the search for stability*. Oxford: Oxford University Press.

JORDAN, A. y CHANDLER, A. (2019). Crisis, what crisis? A feminist analysis of discourse on masculinities and suicide. *Journal of Gender Studies*, 28(4), pp. 462-474.

KATZMAN, M., HERMANS, K., VAN HOEKEN, D. y HOEK, H. (2004). Not your "typical island woman": Anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curacao. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, pp. 463-492.

KLEINMAN, A. (1997). Triumph or pyrrhic victory? The inclusion of culture in DSM-IV. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(6), pp. 343-344.

LEE, M. y KAWACHI, I. (2017). The company you keep: Is socialising with higher- status people bad for mental health? *Sociology of Health & Illness*, 39(7), pp. 1206-122.

MACINNES, J. (1998). *The end of masculinity*. Londres: Open University Press.

MAHONE, S. y VAUGHAN, M. (Eds.). (2007). *Psychiatry and empire*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

McCULLOCH, J. (1995). *Colonial psychiatry and the African mind*. Cambridge: Cambridge University Press.

MCDERMOTT, E. y ROEN, K. (2016). *Queer youth, suicide and self-arm - troubled subjects, troubling norms*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

MCLEOD, J. D. (2012). The meanings of stress. *Society and Mental Health*, 2, pp. 172-186.

MEDIAVILLA, D. (2023). Emotional distress has increased worldwide over the past decade. *El País*. <https://english.elpais.com/society/2023-03-28/emotional-distress-has-increased-worldwide-over-the-past-decade.html>

METZL, J. M. (2010). *Protest psychosis: How schizophrenia became a black disease*. Boston, USA: Beacon Press.

MILLS, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Londres: Routledge.

MORENO PESTAÑA, J. -L. (2006). Un cas de déviance dans les classes populaires: les seuils d'entrée dans les troubles alimentaires. *Cahiers d'Economie et de Sociologie Rurales*, 79, pp. 67-95.

NAIM, M. (2023). The other deadly pandemic. *El País*. <https://english.elpais.com/>

opinion/the-global-observer/2023-02-22/the-other-deadly-pandemic.html

PEARLIN, L. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), pp. 241-256.

PEARLIN, L. I., MENAGHAN, E. G., LIEBERMAN, M. A. y MULLAN, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 337-356.

PILGRIM, D. (2007). The survival of psychiatric diagnosis. *Social Science & Medicine*, 65(3), pp. 536-47.

PLATT, J. M., BATES, L. M., JAGER, J., McLAUGHLIN, K. A. y KEYES, K. M. (2020). Changes in the depression gender gap from 1992 to 2014: Cohort effects and mediation by gendered social position. *Social Science & Medicine*, 258, 113088.

RIUMALLO-HERL, C. J., KAWACHI, I. y AVENDANO, M. (2014). Social capital, mental health and biomarkers in Chile: Assessing the effects of social capital in a middle-income country. *Social Science & Medicine*, 105, pp. 47-58.

ROBERTS, C. y McWADE, B. (2021). Messengers of stress: Towards a cortisol sociology. *Sociology of Health & Illness*, 43(4), pp. 895-909.

ROSA, H. (2015). *Social acceleration: A new theory of modernity*. Columbia: Columbia University Press.

ROSE, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

ROSE, N., BIRK, R. y MANNING, N. (2022). Towards neuroecosociality: Mental health in adversity. *Theory, Culture & Society*, 39(3), pp. 121-144.

SCHIEMAN, S. (2019). Ordinary lives and the sociological character of stress: How work, family, and status contribute to emotional inequality. *Society and Mental Health*, 9(2), pp. 127-142.

SIMMEL, G. (2010). The metropolis and mental life. En G. BRIDGE y S. WATSON (Eds.), *The Blackwell City Reader* (pp. 103-110). Oxford: Blackwell.

TAKEUCHI, D. y WILLIAMS, D. (2003). Race, ethnicity and mental health: Introduction to the special issue. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), pp. 233-236.

THE LOCAL. (2022, 10 de octubre). Mental health: Why Spain has become a nation of self-medicators. *The Local*. <https://www.thelocal.es/20221010/mental-health-why-spain-has-become-a-nation-of-self-medicators>

THOITS, P. A. (1985). Self-labeling processes in mental illness: The role of emotional deviance. *American Journal of Sociology*, 91(2), pp. 221-249.

THOITS, P. A. (2017). Sociological approaches to mental illness. En E. R. WRIGHT y T. L. SCHEID (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 126-144). Cambridge: Cambridge University Press.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Y NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. (1994). *Epidemiologic Catchment Area Study, 1980-1985*. <https://www.icpsr.umich.edu/web/ICPSR/studies/6153>

WATTERS, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Nueva York, NY: Free Press.

WHEATON, B. (2007). The twain meet: Distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). *Health*, 11, pp. 303-319.

Dinámicas sociales en la explosión diagnóstica de la depresión

VÍCTOR FERNÁNDEZ CASTRO* Y MIGUEL NÚÑEZ DE PRADO GORDILLO**

RESUMEN♦

El aumento de la depresión en el mundo plantea una paradoja: ¿cómo es posible que la incidencia no pare de crecer a pesar del aumento de la inversión en salud mental e investigación? Apoyándonos en varias herramientas de la filosofía de la mente contemporánea, argumentaremos que el efecto bucle (producido por el aumento de información relativa a un fenómeno que modifica el propio fenómeno), la naturaleza social de nuestras capacidades metacognitivas y la aparición de ciertas narrativas que colocan al individuo como fuente principal de sus malestares, contribuyen a explicar esa explosión diagnóstica.

1. INTRODUCCIÓN: LA PARADOJA DE LA DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos, incluyendo la depresión mayor y la distimia o trastorno depre-

sivo persistente, suponen uno de los mayores riesgos para la salud en el mundo (American Psychological Association, 2022). Su enorme coste humano y social se refleja en el elevado número de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés) relacionados con la depresión; es decir, el número de años de vida sin discapacidad perdidos a causa de algún trastorno depresivo. En España, el número de DALY alcanzó los 470.000 en 2019, lo que supone el 3,7 por ciento del total de años de vida saludable perdidos debidos a cualquier causa. Con un incremento del 11 por ciento en la última década, los trastornos depresivos constituyen la sexta causa de discapacidad o muerte (combinadas) en España; su tasa estandarizada por edad (854,2 DALY/100.000 habitantes), de hecho, sitúa a nuestro país a la cabeza de Europa, solo por detrás de Grecia (Dattani, Ritchie y Roser, 2021; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020). El gráfico 1 representa la evolución en España del número de DALY debidos a la depresión desde 1990.

Una de las consecuencias más alarmantes del aumento de la depresión es el incremento de los índices de suicidio. En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2021 el suicidio era la primera causa externa de mortalidad (con una tasa de 8,46 suicidios por 100.000 habitantes), por delante de las caídas y los accidentes de tráfico. Según un estudio publicado en *Archives of Suicide Research*, la tasa de suicidio ha seguido una tendencia creciente desde los años ochenta (Alfonso-Sánchez *et al.*, 2020). Esta pauta también se refleja en los datos más actualizados proce-

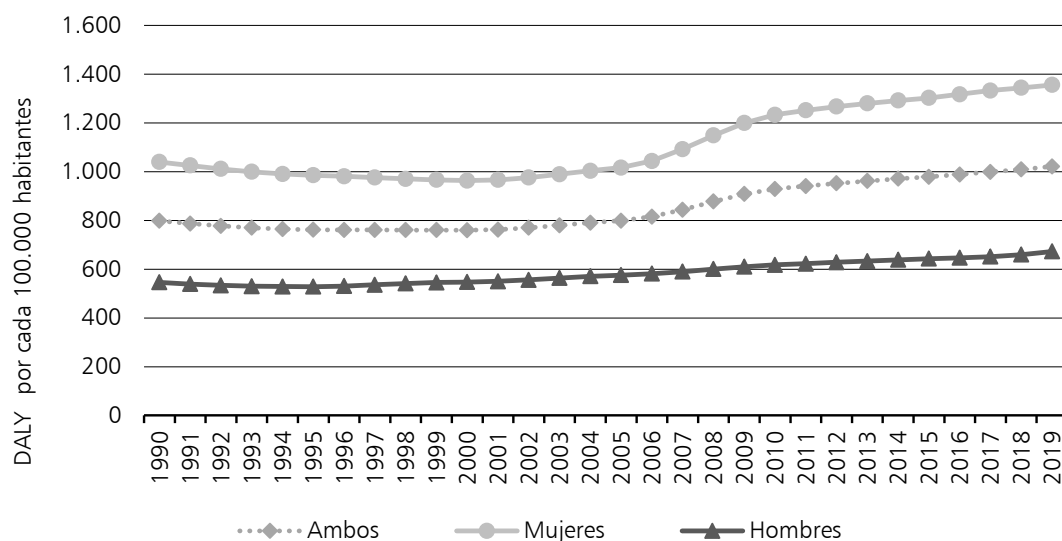
* Universidad de Granada (vfernandezcastro@ugr.es).

** Utrecht University (m.nunezdepradogordillo@uu.nl).

♦ El desarrollo de este trabajo ha sido financiado por la Fundación BBVA (Beca Leonardo 2021 para Investigadores y Creadores Culturales) y del Ministerio Español de Ciencia e Innovación (Ayuda de Investigación Juan de la Cierva IJC2019-040199-I (ambas otorgadas a Víctor Fernández Castro), así como también por el proyecto "Las raíces sociales de la salud mental (PID2021-126826NA-I00)" de la Agencia Española de Investigación (en el que participan ambos autores). El trabajo también recibió apoyo del proyecto 'Shaping our action space: A situated perspective on self-control' (VI.Vidi.195.116) del Dutch Research Council (NWO), en el que participa Miguel Núñez de Prado.

GRÁFICO 1

EVOLUCIÓN DE AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (DALY) DEBIDOS A TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ESPAÑA (1990 - 2019)



Fuente: Base de datos *Global Burden of Disease 2019*.

dentes de Eurostat, que indican un incremento de más de un punto en la tasa de suicidios por 100.000 habitantes en España, de 6,7 en 2011 a 7,9 en 2020.

El acusado aumento del riesgo de discapacidad o muerte asociado a la depresión se debe, entre otras razones, al crecimiento de sus índices de prevalencia (casos existentes) e incidencia (tasa de casos nuevos). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 280 millones de personas en el mundo padecen algún tipo de trastorno depresivo. En España, esta cifra se sitúa en torno a los 2,63 millones de personas, con el doble de mujeres (1,75 millones) que de hombres. La *Encuesta Europea de Salud* de 2020, realizada en España por el INE como parte del *European Health Interview Survey*, situaba la prevalencia de la depresión en el 5,3 por ciento de la población mayor de 15 años (3,2 por ciento en hombres y 7,2 por ciento en mujeres; INE, 2020).

Aunque la encuesta muestra resultados más positivos en 2020 que en su edición de 2014, cuando la prevalencia era del 7,4

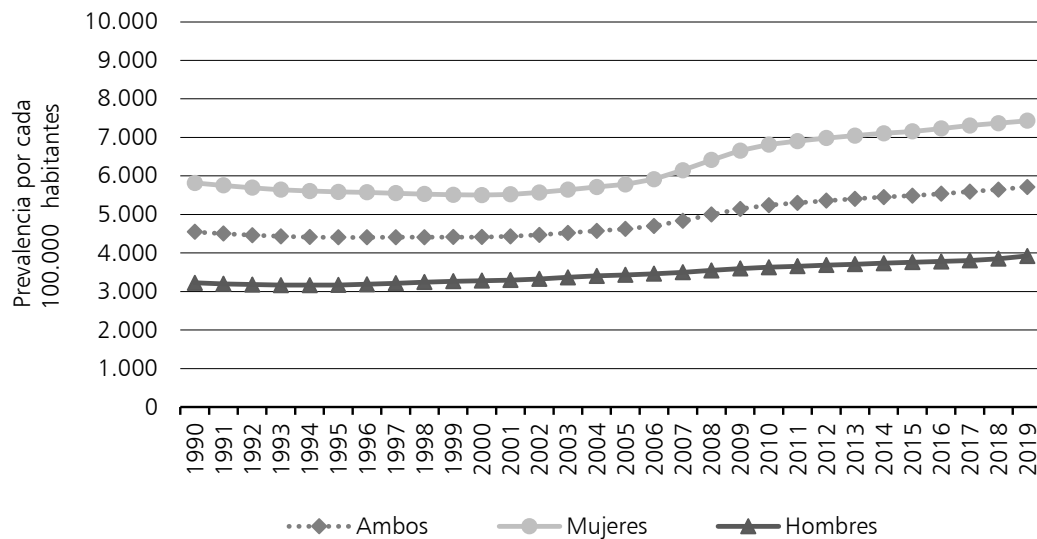
por ciento, otros estudios revelan una tendencia menos alentadora. Según el estudio *Global Burden of Disease 2019*, la prevalencia de la depresión en España ha aumentado de forma constante desde 1990, pasando de un 4,6 por ciento a un 5,7 por ciento en 2019. Asimismo, la incidencia también ha subido, de un 5,1 por ciento en 1990 a un 6,7 por ciento en 2019. A lo largo de todo el periodo, tanto la prevalencia como la incidencia se han mantenido notablemente superiores entre las mujeres que entre los hombres (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020)¹. Los gráficos 2 y 3 presentan estas evoluciones.

Al enorme coste humano y social que implica esta tendencia se suma su impacto económico. De acuerdo con el *Mental Health Atlas* de la OMS (2020), los países europeos dedican en torno al 3,6 por ciento de sus presupuestos gubernamentales destinados a sanidad a la prevención e intervención en salud mental. En el caso de España, un estudio aparecido en la

¹ Véanse también GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020) y GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022).

GRÁFICO 2

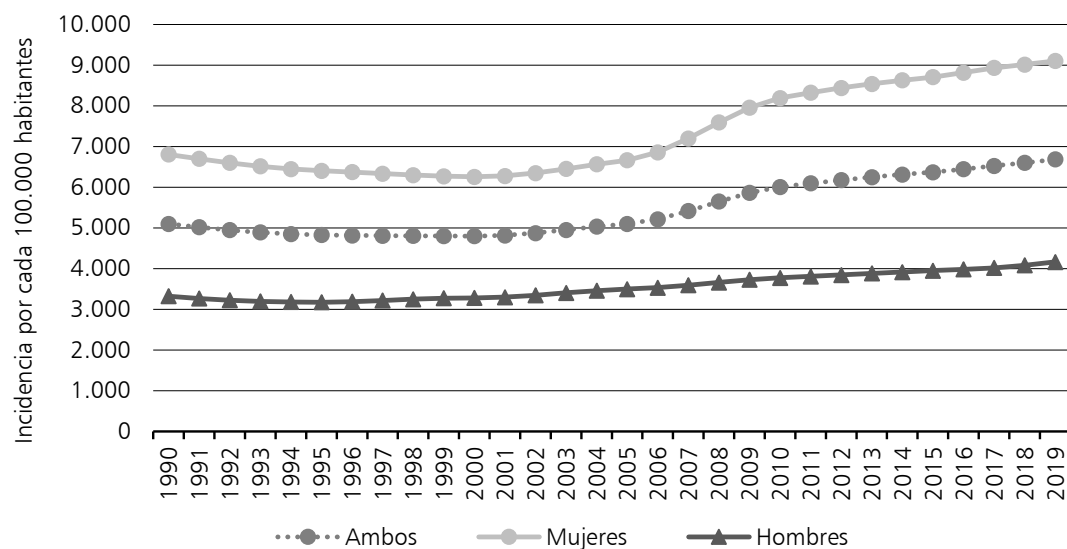
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ESPAÑA (1990-2019)



Fuente: Base de datos *Global Burden of Disease 2019*.

GRÁFICO 3

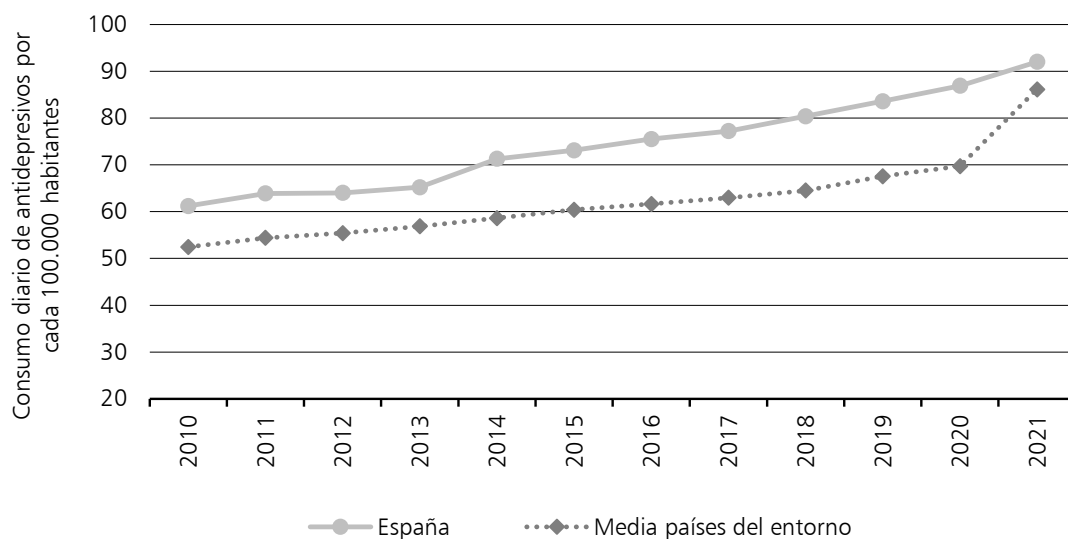
EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ESPAÑA (1990 - 2019)



Fuente: Base de datos *Global Burden of Disease 2019*.

GRÁFICO 4

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS EN ESPAÑA (2010 - 2021)



Nota: Para la obtención de la media de consumo diario de antidepresivos en países del entorno, se tuvieron en cuenta los siguientes países europeos: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Turquía. En 2021, solo 12 de estos países aportaron datos.

Fuente: OECD Statistics.

revista *European Neuropsychopharmacology* en 2021 estimaba el coste de los trastornos depresivos en torno a los 6.145 millones de euros en 2017 (Vieta *et al.*, 2021). Del total, un 18 por ciento (1.100 millones de euros) correspondería a costes de salud directos (por ejemplo, intervenciones farmacológicas o tiempo de hospitalización). El porcentaje restante recoge los gastos derivados del elevado impacto incapacitante de la depresión. En España, los recursos sanitarios dedicados a intentar frenar esta “pandemia invisible” han experimentado un incremento continuado en la última década. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2021), el número de psiquiatras por 1.000 habitantes se ha incrementado en España el 20 por ciento entre 2010 y 2020. Más llamativo todavía resulta el incremento en el consumo de psicofármacos destinados a tratar la depresión; según la misma fuente, el consumo de antidepresivos ha aumentado más de un 50 por ciento en la última década, pasando de 60 antidepresivos diarios por 100.000 habitantes en 2010 a 92 en 2021 (gráfico 4).

Dado este incremento en los recursos destinados a frenar la depresión y las mejoras en el acceso a esos recursos, resulta sorprendente el aumento continuado de su prevalencia e incidencia². ¿Cómo es posible que una mayor disponibilidad de servicios de salud mental y de accesibilidad a ellos no solo no se refleje en mejoras perceptibles, sino que coincida con el empeoramiento sostenido de los indicadores de depresión? Por lo demás, estos datos negativos también contrastan con el supuesto avance en las técnicas de diagnóstico y tratamiento, incluyendo la introducción de psicofármacos de nueva generación y el refinamiento de áreas de estudio, como la neurociencia y la neurop-

² Por el contrario, los datos del INE apuntan de nuevo a una tendencia descendente: si bien en 2014 el 5,6 por ciento de la población consumió antidepresivos o estimulantes en las dos semanas previas a la encuesta, en 2020 este porcentaje se situó en el 4,52 por ciento. Sin embargo, si tenemos en cuenta la relación con los índices de prevalencia obtenidos en la misma encuesta, estos datos apuntan a la misma paradoja: un menor acceso a medicación antidepresiva debería ir seguido de un aumento en la prevalencia de la depresión, no de un descenso como el observado en el mismo estudio.

siquiatría. Voces críticas con la psiquiatría han partido de observaciones similares para argumentar que el modelo biomédico subyacente a gran parte de esta investigación, que identifica los problemas de salud mental con problemas del sistema nervioso, es fallido (por ejemplo, Moncrieff *et al.*, 2022). De acuerdo con esta narrativa, los nuevos métodos psiquiátricos y las intervenciones psicofarmacológicas son poco más que quimeras sin capacidad terapéutica real. Frente al relato convencional, la psiquiatría y psicofarmacología contemporáneas serían, en el mejor de los casos, herramientas inútiles cuyo uso continuado responde a los intereses de la *big pharma* y no de los usuarios de servicios de salud mental; en el peor, instrumentos de control social con un elevado riesgo de producir daño iatrogénico (Whitaker, 2002)³.

Si bien es indudable que los intereses de la industria farmacéutica y las instituciones psiquiátricas desempeñan un papel importante en la concepción de la salud mental y las formas de abordar sus retos, un relato unicausal como el trazado simplifica el problema en exceso. Sin perder de vista las limitaciones del modelo biomédico, es necesario atender a otras posibles explicaciones de la explosión diagnóstica de la depresión y la paradoja que supone su coincidencia en el tiempo con el incremento de los recursos dedicados a la salud mental en España y otros países de su entorno.

En lo que resta del artículo exploramos un marco interpretativo complementario a las explicaciones existentes sobre la explosión diagnóstica. Esta alternativa, elaborada a través de herramientas conceptuales que podemos encontrar en la filosofía de la mente contemporánea, se basa en dos ideas fundamentales. La primera idea señala que la explosión diagnóstica se debe, en parte, a dinámicas sociales que producen un *efecto bucle* (Hacking, 1995 y 1999), fruto de la interacción entre las clasificaciones diagnósticas y la información clínica sobre la depresión y las propias personas con rasgos depresivos. La segunda de estas ideas sostiene que dicho efecto bucle solo puede producirse si asumimos que nuestras capacidades metacognitivas –capacidades para conocer, evaluar y regular nuestra cognición y conducta– tienen un componente interpretativo que depende

³ Argumento que no es nuevo: véase también Szasz (1961).

de nuestro nicho social y normativo (McGeer, 2015; Zawidzki, 2013). Esto, además, permite explicar por qué una persona puede experimentar cierto grado de incertidumbre sobre si la fuente de sus propias acciones o experiencias es ella misma o algún factor cuasiexterno –una enfermedad, falta de sueño, una adicción o un automatismo (Sadler, 2007; Dings y Glas, 2020; Dings y de Bruin, 2022). Este marco interpretativo, argumentaremos, no solo nos permite complementar las teorías existentes, sino también dar cuenta de algunas intuiciones sobre el rol que el sistema sociopolítico y ciertas narrativas sobre la depresión pueden jugar en su emergencia o evolución.

El artículo está estructurado como sigue. En la segunda sección trazamos las explicaciones evolutivas más relevantes en la literatura reciente sobre la explosión diagnóstica de la depresión. En la tercera, presentamos nuestra posición, que se apoya en una interpretación de la teoría del efecto bucle desde el postulado de ciertos mecanismos psicológicos que sirven para modelar nuestra cognición. Por último, en la cuarta sección apuntamos a la capacidad de nuestro marco interpretativo para dar cuenta de ciertos aspectos importantes relacionados con la explosión diagnóstica de la depresión y con el rol que determinadas narrativas, así como la información clínica y científica disponibles, juegan en nuestras capacidades metacognitivas.

2. EVOLUCIÓN, NEOLIBERALISMO Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL AUMENTO DE LA DEPRESIÓN

Existen diversas formas de abordar la paradoja del aumento de la depresión, que se corresponden con diferentes marcos teóricos. Uno de estos marcos es el que podría denominarse “marco evolutivo”, que parte de la idea de que la depresión, en particular, y los trastornos mentales, en general, se pueden explicar desde la teoría evolutiva. Uno de los mayores defensores de este tipo de propuesta ha sido el filósofo americano Jerome Wakefield (1992 y 2007) que desde hace décadas defiende la idea de que los trastornos mentales son disfunciones biológicas dañinas o perjudiciales. Desde su punto de vista, las facultades o rasgos mentales son mecanismos biológicos que existen porque han

contribuido al incremento de la aptitud biológica de los organismos, entendida en términos de aumento del éxito reproductivo o supervivencia. Por lo tanto, sistemas cognitivos como las disposiciones y las estructuras mentales de tipo afectivo, motivacional, cognitivo o perceptivo habrían contribuido al éxito evolutivo de los organismos que las poseían.

Ahora bien, para Wakefield, estas funciones pueden sufrir alteraciones o daños, impidiendo que cumplan con las funciones para las que evolucionaron por la selección natural. Si tal disfunción genera daño o sufrimiento en una persona, nos encontramos ante un caso de trastorno mental. Según Wakefield, existen estructuras de tipo afectivo y emocional que tienen la función adaptativa de manejar situaciones específicas de pérdida, y que pueden ir desde la pérdida de un ser querido o una relación afectiva hasta la pérdida de recursos. De acuerdo con la posición de Wakefield y su compañero Allan Horwitz, esas situaciones disparan mecanismos afectivos o motivacionales de tristeza o pena extrema. En todo caso, implican una reacción proporcional en intensidad y tiempo, y solo emergen en esos contextos específicos (Horwitz y Wakefield, 2007: 27-29). Aunque Horwitz y Wakefield no se comprometen con ninguna posición específica respecto a la ventaja adaptativa que estos mecanismos podrían haber tenido, los autores apuntan a varias opciones plausibles discutidas frecuentemente en la literatura. Por ejemplo, los mecanismos de tristeza podrían haber trabajado como comportamientos expresivos de alerta para el entorno de la persona afectada, favoreciendo que le proporcionen ayuda para subsanar la pérdida o sus consecuencias (Hagen, 1999).

Sea cual fuera la historia evolutiva de los rasgos adaptativos de la tristeza, para Horwitz y Wakefield, los casos de depresión clínica son aquellos en los que estos mecanismos no realizan la función natural para la que fueron diseñados; es decir, casos donde la reacción a los contextos específicos es desproporcionada en tiempo o intensidad, o aquellos donde los mecanismos se disparan a pesar de no darse un contexto de pérdida. Ahora bien, ¿cómo explican estos autores la explosión diagnóstica y la paradoja de la depresión? Aunque Horwitz y Wakefield admiten que diferentes rasgos del entorno actual podrían producir daños en este tipo de mecanismos, su principal contribución es

la defensa de que los casos de trastorno depresivo de hecho no han aumentado. La explosión diagnóstica resultaría más bien de un aumento de los falsos positivos, debido principalmente a la confusión en el diagnóstico al discriminar casos de tristeza extrema y casos de depresión mayor. En sus propias palabras:

Sostenemos que la reciente explosión de supuestos trastornos depresivos, de hecho, no se debe principalmente a un aumento real en esta condición. En cambio, es en gran parte un producto de la confusión de dos categorías conceptualmente distintas, la tristeza normal y el trastorno depresivo, y, por lo tanto, de la clasificación de muchas instancias de tristeza normal como trastornos mentales⁴ (Horwitz y Wakefield, 2007: 6).

De acuerdo con estos autores, esa confusión obedece, sobre todo, a la relajación de ciertos criterios diagnósticos, especialmente a partir de la edición de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)*⁵, en el que desaparecieron las referencias a las causas de los trastornos y se redujo el tiempo considerado como prototípicamente normal ante una situación de pérdida. Además, aunque esta relajación de criterios está contenida en el caso clínico –por ejemplo, las personas no suelen acudir al médico cuando la causa de su tristeza tiene un detonante obvio–, ha sido directamente asumida por estudios epistemológicos, que han tendido, además, a incorporar en sus datos a personas no diagnosticadas pero que experimentan los síntomas especificados en el DMS (Horwitz y Wakefield, 2007: 130-132).

Aunque Horwitz y Wakefield representan destacadamente la perspectiva evolutiva, no son los únicos. En las últimas décadas, una nueva corriente en psiquiatría y psicología ha abordado los trastornos mentales desde la pers-

⁴ Todas las citas han sido traducidas por los autores.

⁵ Los autores de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)* intentaron promover una estrategia vacua de unificación que buscaba abordar los trastornos mentales según su nosología, y no por su etiología; es decir, separar la observación psiquiátrica de las teorías. Esta estrategia permitió resolver diversas necesidades prácticas, como llevar a cabo estudios epidemiológicos, facilitar la comunicación entre profesionales de diferentes enfoques teóricos o proporcionar una herramienta de evaluación para asuntos relacionados con los seguros médicos (Murphy, 2020).

pectiva evolutiva, con la idea de generar nuevas hipótesis sobre su naturaleza y sus causas (Abed y John-Smith, 2022). Dentro de esta corriente, varios autores han presentado diferentes posiciones sobre el origen de la depresión (Allen y Badcock, 2006; Hagen, 2011). Para el caso que nos ocupa, el modelo más relevante es el que se conoce como el modelo de incongruencia o desregulación, conforme al cual la depresión representa una respuesta maladaptativa provocada por desajustes entre el entorno actual y el entorno en el que evolucionaron los seres humanos (Gilbert, 1992; Nesse, 2000; Allen y Badcock, 2003). Desde esta perspectiva, y al igual que para Horwitz y Wakefield, las versiones atenuadas de la depresión mayor, como el bajo estado de ánimo, la melancolía o la tristeza extrema, son respuestas adaptativas que producen ventajas y mejoran el éxito evolutivo del portador. Sin embargo, a diferencia de Horwitz y Wakefield, estos autores consideran que los casos de depresión sí han aumentado, lo que se debe a que los efectos patológicos negativos y exacerbados asociados con la depresión clínica aparecen cuando las estructuras afectivas y emocionales están sometidas a contextos distintos a los que aparecieron durante su evolución, provocando una sobreactivación crónica de esos mecanismos.

Las diversas versiones del modelo de desregulación presentan distintas teorías evolutivas que explican el desarrollo de la tristeza o el bajo estado de ánimo, permitiendo especular con variadas razones sobre el aumento de la depresión clínica. Por ejemplo, Nesse (2000) considera que el estado de ánimo depresivo aparece cuando invertimos demasiados recursos en una actividad de vida poco gratificante, lo que lleva a un reajuste de los recursos y a la inhibición de la inversión en actividades que producen bajo rendimiento. Desde ese punto de vista, un contexto de competitividad económica y condiciones de trabajo precarias, como el que se da en la mayoría de las democracias contemporáneas, podría explicar el aumento de la sobreactivación de los mecanismos de bajo estado de ánimo y, por tanto, la aparición de la depresión. Por su parte, la hipótesis del riesgo social de Allen y Badcock (2003) propone que la función adaptativa del bajo estado de ánimo se relaciona con el riesgo social. Según esta teoría, los mecanismos de bajo estado de ánimo se activan en respuesta a amenazas a la autonomía personal para alcanzar objetivos específicos o a la capacidad de

desarrollar vínculos sociales beneficiosos. Un fracaso en estos aspectos puede conducir a consecuencias interpersonales como la humillación, la falta de reputación, la exclusión o el rechazo. Parte de la explosión diagnóstica podría atribuirse a que el entorno contemporáneo, con su mayor aislamiento social y sus contextos más competitivos y complejos, dificulta que las personas consigan sus objetivos.

A pesar de que el modelo de desregulación plantea hipótesis generales interesantes sobre la creciente frecuencia de diagnósticos, deja muchas preguntas sin resolver. Un interrogante clave es el motivo del aumento de casos de depresión en esta época específica, a pesar de que el entorno en que evolucionaron nuestros mecanismos depresivos era radicalmente diferente también al de otros períodos históricos. Tampoco aclara las razones por las que hay sectores de la población, como las mujeres, que son más sensibles a la depresión mayor, ni los aspectos específicos del entorno contemporáneo que sobreactivan los mecanismos de bajo estado de ánimo. Sin hipótesis más específicas o desarrollos teóricos, parece que esta aproximación evolutiva no es suficiente para poder dar cuenta del fenómeno de la explosión diagnóstica o de la paradoja de la depresión.

Una forma de enriquecer la hipótesis de la desregulación podría consistir en examinar las diferencias contextuales específicas de las últimas décadas en comparación con épocas anteriores, así como respecto al contexto histórico en el que surgieron estos mecanismos. Algunos autores contemporáneos han ligado el creciente aumento de la depresión con las dinámicas sociales específicas del capitalismo contemporáneo. Por ejemplo, Davies (2021) argumenta que en EE. UU. y Reino Unido, el aumento de la depresión está estrechamente ligado a las políticas implementadas desde la época de Margaret Thatcher y Ronald Reagan hasta hoy en día, caracterizadas por una disminución de las políticas sociales y un aumento de las políticas neoliberales. De acuerdo con este autor, la falta de protección social y el incremento de la precarización de los trabajos y de las deudas de las familias promueven un aumento de los malestares de la población que, sumada a otros factores, contribuye al crecimiento de la depresión. Entre otras causas relevantes, Davies apunta, como Horwitz y Wakefield, a la relajación de los criterios diagnósticos que conllevan una patologiza-

ción y medicalización de episodios emocionales que, por otro lado, serían normales, aunque promovidos por las dinámicas neoliberales. Si a esto, además, le sumamos la tendencia a prescribir psicofármacos que pueden cronificar la depresión a largo plazo (Bockting *et al.*, 2008; Vittengl, 2017) y la implementación de programas públicos de terapias poco efectivas (Griffiths y Steen, 2013) que sitúan al individuo como origen último de sus propios malestares, nos encontramos en un entorno propicio para el notable aumento de los casos de depresión.

En resumen, el marco evolutivo sobre los trastornos mentales y los estudios en ciencias sociales sobre la situación actual de la población permiten formular hipótesis explicativas interesantes sobre el aumento de la incidencia de la depresión y, por tanto, encontrar maneras de explicar la paradoja. Estas mismas hipótesis, en principio, pueden contribuir a dar cuenta del fenómeno español y de por qué, por ejemplo, el aumento de la depresión ha sido especialmente acentuado desde la crisis económica de 2008 o desde que se empezaron a implementar las metodologías epidemiológicas que Horwitz y Wakefield señalan. No obstante, en las secciones siguientes exponemos una explicación diferente, aunque complementaria, sobre la explosión diagnóstica de la depresión clínica en los últimos años.

3. EFECTO BUCLE Y METACOGNICIÓN EN EL AUMENTO DE LA DEPRESIÓN

Antes de desarrollar nuestra propuesta, es importante destacar que, aunque las teorías presentadas se originan en marcos teóricos distintos, sus explicaciones sobre el aumento de la frecuencia de diagnósticos no son necesariamente incompatibles entre sí. Así, cabe suponer que la relajación de los criterios diagnósticos conlleva un incremento en los falsos positivos, y, al mismo tiempo, considerar que la patologización de la tristeza, resultado de esa misma relajación, podría contribuir al aumento de la depresión, dado que, por ejemplo, el uso extendido de psicofármacos bajo estos criterios más laxos eleva el riesgo de depresión crónica a largo plazo. En esta sección presentamos una propuesta complementaria a la planteada en la sección anterior, añadiendo una dimensión más

de complejidad. Nuestro marco sugiere que la combinación de criterios diagnósticos más flexibles y la mayor disponibilidad de información sobre trastornos mentales, especialmente sobre la depresión, podría efectivamente incrementar los casos de depresión. Esto se debe a que estas condiciones fomentan dinámicas sociales y psicológicas que llevan a las personas a una autointerpretación de sus experiencias y comportamientos de una manera que favorece el diagnóstico de depresión.

Para desarrollar nuestra propuesta, comenzaremos con lo que se denomina la teoría del efecto bucle (*looping effect*), formulada por el filósofo Ian Hacking (1995 y 1999). Hacking sostiene que los objetos de clasificación en las ciencias humanas y sociales, que él denomina “tipos humanos” o “tipos interactivos”, son fundamentalmente diferentes de los estudiados en las ciencias naturales, como la física y la química. En concreto, argumenta que las clasificaciones en las ciencias humanas hacen que los tipos estudiados sean inherentemente inestables. A diferencia de los objetos de clasificación en las ciencias naturales, que son indiferentes a cómo se clasifican (por ejemplo, los electrones o el agua), los objetos de clasificación en las ciencias humanas (por ejemplo, niños con autismo o individuos con esquizofrenia) interactúan con sus clasificaciones. Las mismas clasificaciones y los rasgos atribuidos llevan a que las personas que se identifican con esas etiquetas modifiquen sus comportamientos y experiencias de manera que colmen las expectativas asociadas a dichos rasgos. Diferentes mecanismos psicológicos, como la tendencia a colmar estereotipos, generan el efecto bucle de los tipos humanos, de manera que el significado de una clasificación termina cambiando las propias experiencias y comportamientos de las personas clasificadas. Además, Hacking sugiere que las personas clasificadas no solo se ajustan o se autointerpretan de forma acorde a como son descritas, sino que también evolucionan de formas propias, lo que lleva a la necesidad de revisión constante de la clasificación. En definitiva, los objetos de clasificación en las ciencias humanas son “objetos móviles”.

Ahora bien, ¿qué hace que un individuo tenga la disposición a colmar las expectativas y los rasgos asociados a una clasificación? Algunos autores (Fernández Castro, 2020; McGeer, 2007, 2015 y 2021; Zawidzki, 2013) han argu-

mentado que los seres humanos están equipados con diferentes mecanismos sociales y del desarrollo orientados al “moldeado de la mente” (*mindshaping*) de su portador o de otros, de acuerdo con los patrones y normas sociales que pueblan su nicho social. Por ejemplo, Zawidzki (2013) postula que la selección natural habría motivado varios mecanismos de desarrollo diseñados para que su portador sea capaz de aprender normas de conducta y estrategias cognitivas que le permitan comportarse, sentir o tomar decisiones conforme a los cánones sociales de su nicho social. Estos mecanismos supusieron un aumento de la aptitud biológica de sus portadores en tanto que promovieron una homogeneización de las conductas de la población, mejorando las habilidades de coordinación y la cohesión del grupo, con las ventajas para la explotación de recursos y supervivencia que ello conlleva.

Algunos ejemplos de estos mecanismos son: la imitación, la pedagogía natural, el reconocimiento y la aplicación de normas, o las suposiciones estereotipadas⁶ (Zawidzki, 2013: 24-69). Por poner algunos ejemplos, a diferencia de otros primates, las crías humanas no solo imitan el comportamiento de otros, sino que compulsivamente “sobreimitan” el comportamiento de los adultos con un alto grado de fidelidad. La sobreimitación facilita la adquisición de patrones de comportamiento que, a su vez, promueven las interacciones sociales. En primer lugar, mejora la predicción, ya que una vez que copiamos ciertos comportamientos en un contexto, los demás esperarán que nos comportemos de esa manera en tales contextos. En segundo lugar, la sobreimitación mejora la cooperación porque ayuda a copiar patrones cooperativos de comportamiento que, a su vez, promueven lazos afectivos entre los cooperantes.

Otros ejemplos de moldeado de la mente se encuentran en los mecanismos de pedagogía natural (Csibra y Gergely, 2009), un conjunto de disposiciones que ayudan a los bebés a adquirir ciertos comportamientos de sus cuidadores. Por ejemplo, desde una edad temprana, los bebés entienden el contacto visual con sus cui-

⁶ Los mecanismos que moldean la mente (*mindshaping mechanisms*) son una clase heterogénea. Pueden variar según diferentes factores: el objetivo, el modelo, etc. Por ejemplo, el mecanismo puede ser implementado en la mente que está siendo moldeada o en la mente que moldea a la otra mente (Zawidzki, 2013: 29-64).

dadores como una señal para prestar atención al comportamiento posterior. Este mecanismo refuerza el aprendizaje de acciones, en tanto que ayuda a aprender qué acción es adecuada en cada situación. Además, algunas tendencias en los cuidadores fortalecen estas capacidades de aprendizaje, como exagerar el comportamiento en presencia de los bebés. Esto genera una dinámica de aprendizaje en virtud de la cual los bebés entienden y copian los patrones de comportamiento correspondientes.

Por otro lado, los mecanismos del desarrollo no son los únicos que ayudan a reforzar las dinámicas de moldeado de la mente. De hecho, muchas estrategias sociales están orientadas a mostrar desaprobación hacia conductas socialmente no aceptadas o promover ciertos patrones de acción (McGeer, 2007 y 2015). Por ejemplo, los seres humanos exhiben una tendencia a castigar acciones contranormativas. Henrich *et al.* (2006) han defendido la existencia de una tendencia transcultural en los seres humanos a castigar algunos comportamientos no cooperativos o irracionales a pesar del coste que supone para quien inflige el castigo. De nuevo, este mecanismo ayuda a homogeneizar los comportamientos individuales haciéndolos más predecibles y cooperativos.

Bajo esta perspectiva de los mecanismos sociocognitivos humanos, es posible entender cómo la clasificación diagnóstica puede afectar a los comportamientos y las experiencias de aquellos individuos que reciben una etiqueta psiquiátrica. Por ejemplo, si un individuo considera que está deprimido, su tendencia a colmar los estereotipos sociales con los que se identifica podría promover el refuerzo de los rasgos deprimidos. Más aún, el acceso a información sobre los rasgos asociados a la categoría podría hacer que algunos de sus comportamientos y experiencias previamente no considerados como rasgos psicopatológicos se interpretaran de ese modo, provocando el desarrollo de ciertas disposiciones psicopatológicas que antes no existían.

Para entender cómo podrían operar estos mecanismos, prestemos atención al fenómeno conocido como “ambigüedad yo-enfermedad” (*self-illness ambiguity*), fenómeno que ha atraído la atención de filósofos y psicólogos (Sadler, 2007; Dings y Glas, 2020; Dings y De Bruin, 2022; Jeppsson, 2022) que han discutido

su naturaleza y el rol fundamental que podría jugar dentro del tratamiento clínico. Este fenómeno hace referencia a los casos en los que una persona experimenta cierta ambigüedad cuando se plantea si una conducta o experiencia está motivada por su trastorno o es fruto de su propia agencia. En palabras de Jeppsson (2022: 294):

Los pacientes psiquiátricos a veces se preguntan dónde trazar la línea divisoria entre lo que son —su yo— y su enfermedad mental. ¿Soy yo realmente? ¿Realmente me siento así o es solo mi ansiedad? ¿Tengo una personalidad asertiva o mi comportamiento actual es un síntoma de manía? Los amigos y la familia también pueden decir cosas como: ‘Ahora mismo, no sé si quien habla es él o la enfermedad’.

Este fenómeno no está restringido a las personas con cierta aflicción psiquiátrica. Un individuo sano puede experimentar un fenómeno análogo, por ejemplo, cuando no sabe si un sentimiento de ira o enfado desmedido está generado por la indignación o agravio del contexto o porque está privado de sueño o cansado. En estos casos, uno puede experimentar dudas sobre si su comportamiento es fruto de su propia agencia o si se debe a otro tipo de rasgos de su situación o su estado.

Nótese que, para que surja el fenómeno de la “ambigüedad yo-enfermedad”, los mecanismos de moldeado de mente expuestos deben desempeñar un papel fundamental a nivel metacognitivo (Fernández Castro y Martínez-Manrique, 2021; Srijbos y de Bruin, 2015; Zawidzki, 2016). A menudo, monitorizamos e interpretamos nuestros comportamientos y nuestras experiencias a través de estructuras normativas como narrativas propias, estereotipos con los que nos identificamos o reglas sociales. Estos marcos interpretativos no solo dan coherencia a una amalgama de experiencias, recuerdos y acciones pasadas, sino que sirven para regular nuestras conductas futuras al trazar trayectorias cognitivas y conductuales que debemos colmar en el futuro. Por eso, cuando explicamos una conducta o experiencia ocurrida bajo un determinado marco interpretativo (por ejemplo, cuando interpretamos nuestra conducta como fruto de la depresión), no solo estamos interpretando dicha conducta o experiencia, sino también estamos influyendo

en nuestra conducta futura al establecer una serie de estructuras normativas (por ejemplo, expectativas sociales, reglas de conducta, etc.) a las que nuestro comportamiento actual tenderá a conformarse. Más aún, estas estructuras normativas pueden favorecer conductas y experiencias que no habíamos experimentado previamente. Así, por ejemplo, una persona con acceso a la información relevante sobre el perfil sintomatológico de la depresión podría comenzar a experimentar baja autoestima tras conocer que este es uno de los rasgos característicos de la depresión.

El fenómeno de la “ambigüedad yo-enfermedad” no solo destaca el conflicto entre una narrativa propia del sujeto y una asociada a una enfermedad, sino que, además, subraya que la mente no es una máquina que pasa de estado a estado de manera paramecánica. Más bien, existe un espacio para la (auto)interpretación, y esta puede contribuir a explicar la conducta. Además, dichas interpretaciones se hallan, en la mayoría de los casos, mediadas por las normas sociales y la información procedente del entorno, lo que hace que nuestras acciones y experiencias resulten a menudo influidas por nuestras relaciones interpersonales y los estereotipos y reglas que gobiernan nuestro nicho social.

A grandes rasgos, el marco interpretativo que proponemos descansa en la idea según la cual la explosión diagnóstica podría deberse, en parte, a una dinámica social específica que responde al “efecto bucle”. La modificación de la información pertinente en las categorías diagnósticas y su creciente accesibilidad para la población podrían provocar que categorías como la de la depresión interactúen con individuos que presentan rasgos depresivos, un comportamiento susceptible de fomentar tanto el desarrollo de estos rasgos como la aparición de nuevos comportamientos vinculados al diagnóstico, resultando en un aumento de los casos diagnosticados. Al mismo tiempo, hemos defendido que existen mecanismos metacognitivos de autointerpretación que, al estar mediados por estructuras normativas sociales, pueden hacer que, de hecho, la persona empiece a entender ciertos rasgos propios en términos psicopatológicos, lo que, a su vez, desembocaría en patologías depresivas. Estos procesos autointerpretativos no solo ayudan a explicar los mecanismos psicológicos subyacentes al “efecto bucle”, sino que también ofrecen una base para

especular sobre diferentes modos en los que la propia información clínica y psiquiátrica accesible a través de diferentes fuentes puede constituir un elemento importante en el análisis causal de la explosión diagnóstica.

4. PATOLOGIZACIÓN Y DESPOLITIZACIÓN DE LOS MALESTARES

En la sección anterior hemos argumentado que existen mecanismos autointerpretativos de moldeado de la mente que influyen en las personas a través de diferentes fuentes de información social, como estereotipos, reglas sociales o narrativas de algún tipo. En esta sección mantenemos que este marco interpretativo permite, por un lado, hacer compatible la idea de que la explosión diagnóstica está relacionada con el aumento de falsos positivos con el resto de las explicaciones expuestas en la sección 2. Por otro lado, conceptualizamos dos preocupaciones que la bibliografía especializada ha venido señalando en los últimos años y que aparecen interconectadas: el peligro de abordar la salud mental como un problema centrado en el individuo, y el de patologizar la angustia de origen social o político.

En primer lugar, recordemos que nuestro marco interpretativo permite explicar cómo el acceso a cierto tipo de información relacionada con el trastorno puede, de hecho, aumentar los casos de depresión. Por ejemplo, cuando una persona se identifica con cierto rol social, las estructuras normativas asociadas a ese rol pueden desempeñar un papel fundamental fomentando una autointerpretación de las experiencias, conductas y cogniciones de una persona. Estas estructuras generan cierto tipo de expectativas que la persona intenta colmar al identificarse con ellas, bien de manera consciente o inconsciente. Esto hace que, incluso aunque en primera instancia el aumento en los casos de depresión estuviere relacionado con un aumento de falsos positivos, los casos de tristeza extrema acaben convirtiéndose en casos genuinos de depresión debido al efecto bucle y al rol de los mecanismos de moldeado de mente.

Desde este punto de vista, el rol pernicioso de la patologización de la tristeza o el bajo estado de ánimo que señalan Horwitz y

Wakefield trasciende el problema de los falsos positivos o de los posibles daños ocasionados por la medicalización de personas que en principio no lo necesitan. Es decir, la asignación de una etiqueta psiquiátrica a personas que se comportan de manera similar a alguien con depresión puede desembocar en el desarrollo de esa misma patología como efecto colateral. Por supuesto, esto no significa que el fenómeno pueda darse sin que existan experiencias o conductas previas que ya sean negativas. Al fin y al cabo, difícilmente alguien que no experimenta falta de sueño, bajo ánimo o falta de apetito va a desarrollar depresión simplemente por tener acceso a cierta información clínica, interacciones personales o narrativas. Sin embargo, la existencia de esas experiencias crea el entorno para que se produzca el efecto bucle y, por tanto, se dispare la aparición del trastorno. De hecho, que los efectos de moldeado de mentes solo se produzcan en casos en los que ya se verifican rasgos depresivos, como los de la tristeza extrema, hace que cobren más sentido algunas de las propuestas evolutivas expuestas en la sección 2. Por ejemplo, desde nuestra perspectiva, tiene sentido pensar que los mecanismos evolutivos asociados con el bajo estado de ánimo puedan activarse excesivamente y, por tanto, desregularse, no solo debido a factores ambientales o sociales, sino también por una sobreestimulación causada por procesos de interpretación y autointerpretación. Tales procesos pueden promover reacciones emocionales depresivas al interpretar la propia conducta y el contexto desde la perspectiva del trastorno. En este sentido, nuestro marco permite articular una interpretación de la emergencia de la explosión diagnóstica desde una pluralidad de causas.

En segundo lugar, este marco interpretativo ofrece no solo una explicación más unificada sobre el aumento de la depresión, sino que también contribuye a dar cuenta de dos preocupaciones frecuentes en la literatura contemporánea: en primer lugar, que, como sugerían algunas perspectivas evolutivas (sección 2), una parte importante del aumento de la depresión está relacionada con el modelo socioeconómico actual; en segundo lugar, el enfoque individualista de ciertas terapias y estrategias para tratar los trastornos, además de obstaculizar un enfoque sociopolítico más efectivo del problema, podría estar potenciando los efectos adversos de estas dinámicas sociales (Davies, 2021; Frazer-Carroll, 2023).

Para entender estas dos ideas y cómo se conectan, tengamos en cuenta que numerosos estudios aportan evidencia sobre la influencia de determinados factores sociales –como el aumento de la desigualdad (Murali y Oyeboode, 2004) o de la deuda (Fitch *et al.*, 2011; Hojman, Miranda y Ruiz-Tagle, 2016), la falta de protección social (De Silva *et al.*, 2005) o de suficientes recursos para cubrir las necesidades (Muntaner *et al.*, 1998)– incrementan el riesgo en salud mental, en general, y de la depresión, en particular. Sin embargo, a estos factores se suma la exposición a narrativas que promueven no solo el individualismo y la competitividad, sino que también ponen el foco en el sujeto como fuente fundamental de sus problemas mentales. Como varios autores han destacado⁷, el neoliberalismo, sobre todo a partir de los años ochenta del pasado siglo, viene acompañado de la idea según la cual los ciudadanos deben aspirar a un ideal de independencia y autonomía entendido en términos de talento y esfuerzo, de modo que la financiación colectiva de la salud solo es sostenible si los ciudadanos son responsables de su propia salud (Oosterhuis, 2018: 537-539). En este sentido, el éxito de algunas terapias clínicas, como la terapia cognitivo conductual (Dalal, 2018) se basa en ofrecer a los usuarios las herramientas necesarias para desarrollar las habilidades orientadas al rendimiento y los logros personales, entendidos estos de manera implícita en términos de beneficios y mantenimiento de la capacidad de producción. De esta visión se desprende que los individuos capaces de controlarse a sí mismos, gobernarse y automotivarse pueden tener el control sobre su propia salud y bienestar, independientemente del contexto social y económico en el que se encuentran, siendo responsables de su propio proceso de “recuperación” (Woods, Hard y Spandler, 2022).

Esta interpretación se obvia con frecuencia en la representación del trastorno que ofrece el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)*. Filósofos como Serife Tekin (2015), por ejemplo, han defendido que vivimos en una “cultura del DSM” que promueve una visión del trastorno mental como algo aislable, manejable e independiente del individuo. Esta visión sugiere que el trastorno es un agente externo que afecta las capacidades del individuo, sin relación alguna

con su contexto vital o con otros aspectos de su situación. De acuerdo con Tekin, el *DSM* proyecta una imagen insensible al contexto e hiponarrativa del trastorno mental, posibilitando que los individuos interpreten sus propios rasgos personales con una caracterización vaga y amplia de la personalidad asociada a un diagnóstico, incluso cuando dicha caracterización no se corresponde con su personalidad. Estos argumentos críticos apuntan en una dirección: mientras que una gran parte de los diagnósticos depresivos podrían estar causados por factores sociales –y principalmente necesitados de intervención política–, los modos de afrontar el trastorno, tanto a nivel terapéutico como desde el propio diagnóstico, ponen el énfasis en la funcionalidad individual. Esto, además, contribuye a responsabilizar –y, en cierto modo, a culpabilizar– a los individuos de su propio trastorno.

Existe otro problema añadido a lo anterior. La narrativa individualista que se promueve desde el *DSM*, la terapia cognitivo-conductual o las propias instituciones que gestionan las políticas públicas podrían estar no solo haciendo pasar casos de tristeza, desafección o ansiedad derivados de los problemas sociales como (falsos) casos de depresión; sino que, además, considerando los mecanismos de moldeado de la mente y el efecto bucle, podrían generar activamente casos de depresión. Esto ocurre porque, en primer lugar, la prevalencia de narrativas sociales individualistas y patologizantes favorece la interpretación de experiencias que no son necesariamente patológicas, y que a menudo son consecuencia de las dinámicas sociales propias del modelo de producción capitalista (como la fatiga crónica, el estado de ánimo bajo, la ansiedad o la falta de sueño), como si fueran disfunciones internas del individuo; una interpretación que puede desencadenar un tipo de efecto bucle similar al generado por la información y clasificaciones clínicas discutidas anteriormente. Esta dinámica puede intensificar los problemas existentes y provocar nuevas conductas y experiencias depresivas como resultado de la adaptación a las expectativas sociales asociadas al diagnóstico.

En definitiva, los mecanismos de moldeado mental y el efecto bucle ayudan a comprender por qué el aumento en los diagnósticos debido a un incremento de falsos positivos no contradice la posibilidad de un aumento real de

⁷ Entre ellos, Davies (2021), González Duro (2017) y Oosterhuis (2018).

casos. Desde nuestra perspectiva, interpretar el malestar generado por condiciones sociales a través de un enfoque individualista, asumiendo que estas emociones y comportamientos son el resultado de una disfunción interna, puede llevar a las personas a desarrollar efectivamente un trastorno clínico de depresión.

5. CONCLUSIONES

Las estadísticas globales sobre la prevalencia e incidencia de la depresión presentan una paradoja llamativa. A pesar de vivir en una sociedad cada vez más sensibilizada con la salud mental, que asigna más recursos a su cuidado y en la que se verifica el progreso científico y médico, parece que los casos de depresión están en aumento. Este artículo ofrece una posible solución a esta paradoja desde la filosofía de la mente contemporánea. Tras examinar cómo el efecto bucle y los mecanismos psicológicos que moldean la mente podrían explicar el notable aumento en los diagnósticos de depresión como resultado de los procesos de autointerpretación humana y de ciertas dinámicas sociales, hemos argumentado que el aumento de la depresión podría precisamente verse, al menos parcialmente, como un subproducto del conocimiento científico y clínico, pero también del tipo de narrativas sociales y perspectivas individualistas sobre la enfermedad mental promovidas por las instituciones encargadas de políticas de salud mental, el DMS o incluso algunas terapias.

BIBLIOGRAFÍA

ABED, R. y ST. JOHN-SMITH, P. (2022). Introduction to evolutionary psychiatry. En R. ABED y P. ST JOHN-SMITH (Eds.), *Evolutionary Psychiatry: Current Perspectives on Evolution and Mental Health* (pp. 1-18). Cambridge University Press.

ALFONSO-SÁNCHEZ, J. L., MARTÍN-MORENO, J. M., MARTÍNEZ, I. M. y MARTÍNEZ, A. A. (2020). Epidemiological study and cost analysis of suicide in Spain: Over 100 years of evolution. *Archives of Suicide Research*, 24(sup2), S356-S369.

ALLEN, N. B. y BADCOCK, P. B. (2003). The social risk hypothesis of depressed mood:

Evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspectives. *Psychological Bulletin*, 129(6), p. 887.

ALLEN, N. B. y BADCOCK, P. B. (2006). Darwinian models of depression: A review of evolutionary accounts of mood and mood disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(5), pp. 815-826.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TRTM, revised 5th ed.* American Psychiatric Publishing, Inc.

BOCKTING, C. L., TEN DOESSCHATE, M. C., SPIJKER, J., SPINHOVEN, P., KOETER, M. W., SCHENE, A. H. y DELTA STUDY GROUP. (2008). Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(1), pp. 17-26.

CSIBRA, G. y GERGELY, G. (2009). Natural pedagogy. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(4), pp. 148-153.

DALAL, F. (2018). *CBT: The cognitive behavioural tsunami: Managerialism, politics and the corruptions of science*. Routledge.

DATTANI, S., RITCHIE, H. y ROSER, M. (2021). *Mental health*. Our World in Data 2021. <https://ourworldindata.org/mental-health>

DAVIES, J. (2021). *Sedated: How modern capitalism created our mental health crisis*. Atlantic Book London.

DE SILVA, M. J., MCKENZIE, K., HARPHAM, T. y HUTTLY, S. R. (2005). Social capital and mental illness: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, pp. 619-627.

DINGS, R. y DE BRUIN, L. C. (2022). What's special about 'not feeling like oneself'? A deflationary account of self (-illness) ambiguity. *Philosophical Explorations*, 25(3), pp. 269-289.

DINGS, R. y GLAS, G. (2020). Self-management in psychiatry as reducing self-illness ambiguity. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 27(4), pp. 333-347.

FERNÁNDEZ CASTRO, V. (2020). Regulation, normativity and folk psychology. *Topoi*, 39, pp. 57–67.

FERNÁNDEZ CASTRO y MARTÍNEZ-MANRIQUE, F. (2021). Shaping your own mind. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 20(1), pp.139-167.

FITCH, C., HAMILTON, S., BASSETT, P. y DAVEY, R. (2011). The relationship between personal debt and mental health: a systematic review. *Mental Health Review Journal*, 16(4), pp. 153-166.

FRAZER-CARROLL, M. (2023). *Mad World: The politics of mental health*. Pluto Press.

GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10258), pp. 1204–1222.

GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), pp. 137-150.

GILBERT, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Lawrence Erlbaum Associates y Guilford.

GONZÁLEZ DURO, E. (2017). *Capital, individualismo y salud mental*. Cisma Editorial.

GRIFFITHS, S. y STEEN, S. (2013). Improving access to psychological therapies (IAPT) programme: Setting key performance indicators in a more robust context: A new perspective. *Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 2, pp. 133-141.

HACKING, I. (1995). The looping effects of human kinds. En D. SPERBER, D. PREMACK y A. J. PREMACK (Eds.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–83). Clarendon Press.

HACKING, I. (1999). *The social construction of what?* Harvard University Press.

HAGEN, E. H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, 20(5), pp. 325–359.

HAGEN, E. H. (2011). Evolutionary theories of depression: a critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), pp. 716-726.

HENRICH, J., McELREATH, R., BARR, A., ENSMINGER, J., BARRETT, C., BOLYANATZ, A. y ZIKER, J. (2006). *Costly punishment across human societies*. *Science*, 312(5781), pp. 1767-1770.

HOJMAN, D. A., MIRANDA, Á. y RUIZ-TAGLE, J. (2016). Debt trajectories and mental health. *Social Science & Medicine*, 167, pp. 54-62.

HORWITZ, A. V. y WAKEFIELD, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. (2020). *GBD Results*. IHME, University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> y <https://www.healthdata.org/spain>. (Acceso el 16/05/2023).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2020). Encuesta Europea de Salud 2020. Prevalencia de cuadros depresivos activos según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. <http://www.ine.es> (acceso el 16/05/2023).

JEPPSSON, S. M. J. (2022). Solving the self-illness ambiguity: The case for construction over discovery. *Philosophical Explorations*, 25(3), pp. 294-313.

McGEER, V. (2007). The regulative dimension of folk psychology. En D. HUTTO y M. RATCLIFFE (Eds.), *Folk psychology re-assessed* (pp. 137–156). Springer.

McGEER, V. (2015). Mind-making practices: The social infrastructure of self-knowing agency and responsibility. *Philosophical Explorations*, 18(2), pp. 259–281.

McGEER, V. (2021). Enculturating folk psychologists. *Synthese*, 199, pp. 1039–1063.

MONCRIEFF, J., COOPER, R. E., STOCKMANN, T., AMENDOLA, S., HENGARTNER, M. P. y HOROWITZ, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, pp. 1-14.

MUNTANER, C., EATON, W. W., DIALA, C., KESSLER, R. C. y SORLIE, P. D. (1998). Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social Science & Medicine*, 47, pp. 2043-2053.

MURALI, V. y OYEBODE, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), pp. 216-224.

MURPHY, D. (2020). Philosophy of psychiatry. En E. N. ZALTA (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/psychiatry/>

NESSE, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, pp. 14-20.

OOSTERHUIS, H. (2018). Locura, salud mental y ciudadanía: del individualismo posesivo al neoliberalismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), pp. 515-545.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2020). *Mental Health Atlas 2020*. Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS. (2021). *OECD Statistics*. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. <https://stats.oecd.org/> (Acceso 16/05/2023).

SADLER, J. Z. (2007). The psychiatric significance of the personal Self. *Psychiatry*, 70(2), pp. 113-129.

STRIJBOS, D. W. y DE BRUIN, L. (2015). Self-interpretation as first-person mindshaping: Implications for confabulation research. *Ethical Theory and Moral Practice*, 18, pp. 297-307.

SZASZ, T. S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Perennial.

TEKIN, Ş. (2015). Against hyponarrating grief: Incompatible research and treatment interests in the DSM-5. En S. DEMAZEUX, P. SINGY (Eds), *The DSM-5 in perspective. History, philosophy and theory of the life sciences*, vol. 10. Springer.

VIETA, E., ALONSO, J., PÉREZ-SOLA, V., ROCA, M., HERNANDO, T., SICRAS-MAINAR, A., SICRAS-NAVARRO, A., HERRERA, B. y GABILONDO, A. (2021). Epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: The EPICO study. *European Neuropsychopharmacology*, 50, pp. 93-103.

VITTENGL, J. R. (2017). Poorer long-term outcomes among persons with major depressive disorder treated with medication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), pp. 302-304.

WAKEFIELD, J. (1992). The concept of medical disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), pp. 373-388.

WAKEFIELD, J. (2007). The concept of mental disorder. *World Psychiatry*, 6(2), pp. 149-156.

WHITAKER, R. (2001). *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Basic Books.

WHITAKER, R. (2002). *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Basic Books

WOODS, A., HART, A. y SPANDLER, H. (2022). The recovery narrative: Politics and possibilities of a genre. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 46(2), pp. 221-247.

ZAWIDZKI, T. W. (2013). *Mindshaping: A new framework for understanding human social cognition*. MIT Press.

ZAWIDZKI, T. W. (2016). Mindshaping and self-interpretation. En J. KIVERSTEIN (Ed.), *The Routledge Handbook of Philosophy of the Social Mind*. Routledge.

Esclareciendo la oscura depresión y cómo tratarla

M. INMACULADA INFANTES-LÓPEZ, MARGARITA PÉREZ-MARTÍN Y CARMEN PEDRAZA*

RESUMEN♦

La salud mental se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública actuales, sobre todo, la depresión. Este trastorno, lejos de ser exclusivo de la mente, implica muchas otras alteraciones y presenta una complejidad significativa. El conocimiento actual de la depresión es limitado, al igual que los tratamientos contra ella. Si bien la terapia con medicamentos y/o psicológica es capaz de ayudar a muchos pacientes, para otros presenta importantes limitaciones. Por eso, hasta que nuevas investigaciones den sus frutos, una de nuestras armas más poderosa es la prevención.

1. UN TRASTORNO MÁS FRECUENTE DE LO QUE PARECE

Los problemas de salud mental, que acaorean importantes consecuencias negativas en

* Universidad de Málaga (infanteslopez@uma.es, marper@uma.es y mdpedraza@uma.es).

♦ Los resultados de investigación que se exponen en este artículo proceden de investigaciones financiadas por MCIN/AEI (PID2020-117464RB-I00), Consejería de Conocimiento, Investigación y Universidad, Junta de Andalucía (P20_00460), y Junta de Andalucía. (UMA20-FEDERJA-112).

quienes los padecen, presentan una alta incidencia. De hecho, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 12,5 por ciento de los problemas de salud afectan a la salud mental, una cifra que supera los datos de cáncer y de problemas cardiovasculares. Se estima que una de cada cuatro personas sufrirá un problema de salud mental a lo largo de su vida. De estas personas, entre el 35 y el 50 por ciento no recibe ningún tratamiento o el que reciben no es el adecuado. Por todo ello, según la OMS, los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo en 2030 (World Health Organization, 2008).

El estilo de vida del nuevo siglo ha contribuido a empeorar las cifras a un ritmo alarmante, lo que repercute terriblemente en la calidad de vida (Blackburn, 2019). Por tanto, en los últimos años, el interés social por los problemas relacionados con la salud mental está creciendo y están empezando a ser considerados como una de las principales preocupaciones de la salud pública (OECD, 2022). Esto es así especialmente tras la pandemia por COVID-19, que ha contribuido al aumento de casos. En efecto, desde 2020, la soledad, el miedo al contagio o a la muerte, las preocupaciones económicas, la incertidumbre por el futuro, la pérdida de un ser querido o las complicaciones a largo plazo de la infección “pos-covid-19” han sido factores determinantes en el incremento de la inciden-

cia de problemas de salud mental (Mazza *et al.*, 2022). Además, la conflictiva situación sociopolítica mundial contribuye a la continuidad en el aumento de casos.

De entre los problemas de salud mental, la depresión es de los más frecuentes. Un reciente metaanálisis, que revisa en profundidad trabajos publicados sobre el tema, sitúa la prevalencia de la depresión en cifras cercanas al 23 por ciento de la población (Bower *et al.*, 2023). Además, otro metaanálisis señala que el 34 por ciento de los adolescentes con edades comprendidas entre los 10-19 años están en riesgo de sufrir depresión (Shorey, Ng y Chee, 2021). Todo ello insta a profesionales e investigadores a desarrollar programas de prevención e intervención dirigidos a combatir esta pandemia “oculta” que constituyen los problemas de salud mental.

Una cuestión relevante sobre este asunto es si todo el mundo presenta el mismo riesgo de padecer depresión. Parece que no. Por ejemplo, se estima que el riesgo de las mujeres es el doble que el de los hombres (Salk, Hyde y Abramson, 2017). Esta mayor probabilidad se atribuye, en primer lugar, a variables biológicas como las hormonas y sus cambios (Labaka *et al.*, 2018). De hecho, estas diferencias entre hombres y mujeres se empiezan a desarrollar en la preadolescencia, cuando comienza la madurez hormonal, y se mantienen a lo largo de la vida adulta (Willi y Ehler, 2019). Algunos autores han propuesto como explicación de esta disparidad las posibles diferencias en las experiencias vitales de hombres y mujeres. También se ha observado que se prescriben fármacos a las mujeres con mayor frecuencia que a los hombres y que, en cualquier caso, las mujeres reportan una peor calidad de vida en relación con su salud. También se ha planteado la posibilidad de que se esté priorizando la medicación para tratar la depresión en mujeres, en detrimento de la gestión de las desigualdades sociales que la favorecen (Bacigalupe y Martín, 2021; Cherepanov *et al.*, 2010; Salk, Hyde y Abramson, 2017; Ussher, 2010).

En todo caso, conviene tratar las diferencias de género en la prevalencia de la depresión con cautela, pues pueden contribuir a estigmatizar este trastorno y a considerarlo principalmente femenino. De ello se podría derivar un falso sobrediagnóstico del trastorno en muje-

res y, por lo tanto, una sobremedicación. En cuanto a los hombres, la consideración de la depresión como un fenómeno principalmente femenino podría contribuir al efecto contrario: un diagnóstico menos frecuente del adecuado y la invisibilidad de sus efectos y tratamiento. En este contexto, no cabe pasar por alto que los hombres son de tres a diez veces más propensos al suicidio que las mujeres (Hausmann, Rutz y Benke, 2008).

2. CONOCIENDO AL ENEMIGO Y BUSCANDO LA FORMA DE ENFRENTARNOS A ÉL

Popularmente, la depresión se identifica con estar desanimado o triste. Según la Real Academia de la Lengua Española, se define como un “síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos”. En todo caso, este trastorno es bastante más complejo de lo que puedan indicar definiciones generalistas como estas.

Los manuales diagnósticos establecen una serie de criterios estandarizados para diagnosticar la depresión, al igual que sucede con cualquier otra patología. Estos criterios se actualizan cada cierto tiempo, siendo actualmente válidos los criterios de diagnóstico de DSM-5 (Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, del inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edición) y CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª edición). Así, los criterios del DSM-5 indican que, para poder diagnosticar a un/a paciente de depresión, tiene que cumplir con cinco o más síntomas de depresión durante un periodo de al menos dos semanas. Además, al menos uno de estos síntomas tiene que ser un estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés o placer, también llamado anhedonia. Los otros síntomas se refieren a la pérdida de peso y apetito, la reducción de la capacidad de pensamiento y de movimiento físico, la fatiga y las alteraciones del sueño (aumento o disminución), la concentración reducida, la sensación de culpa o los pensamientos suicidas, entre otros. Si se cumplen esos criterios, se determina la presencia o ausencia de un episodio de depresión mayor (Tolentino y Schmidt, 2018).

Además, los individuos con depresión tienden a presentar mayor irritabilidad y rumiación excesiva, a sentir una preocupación exagerada por su entorno y su salud física, y a padecer dolor. De hecho, es bastante frecuente la aparición comórbida de ansiedad, considerándose como un especificador de la depresión (DSM-5) o indicador de trastorno mixto ansioso-depresivo (CIE-11). También debe tenerse en cuenta que este trastorno, lejos de estar exclusivamente ligado a la “cabeza”, suele aparecer junto con otros problemas de salud, lo que aumenta su complejidad clínica (Kapfhammer, 2006). Algunos de ellos son el síndrome del intestino irritable, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o el consumo de sustancias (Serrano-Blanco *et al.*, 2010). Asimismo, se asocia con numerosos trastornos médicos, como el asma, la diabetes, la obesidad y los problemas cardiovasculares (Pan *et al.*, 2011).

Como se puede intuir, la amplia gama de síntomas, comorbilidades y criterios restrictivos de diagnóstico complica la detección adecuada y el tratamiento con eficacia de este trastorno (Salk, Hyde y Abramson, 2017). Es frecuente que pacientes cuyos síntomas presentan una intensidad más moderada no sean diagnosticados correctamente y, por tanto, no busquen tratamiento. Ni siquiera todos aquellos con problemas diagnosticados lo hacen: se estima que dos tercios de las personas con depresión no buscan tratamiento (Centers for Disease Control and Prevention, 2011).

La depresión no puede ser considerada como una alteración transitoria y habitual del estado de ánimo de una persona. Antes bien, debe entenderse como un trastorno muy común e incapacitante en la población. Genera secuelas a nivel laboral, personal, familiar y social, y presenta un riesgo de recaídas considerable. De hecho, hace ya más de una década se estimó que la economía mundial destinaba cerca de mil millones de dólares al año para el tratamiento de la depresión y la ansiedad, problemática con la que presenta una alta comorbilidad (Al-Harbi, 2012).

Las causas de la depresión son diversas y complejas. Mientras que muchas enfermedades presentan un claro componente genético y son directamente causadas por alguna mutación en un gen determinado, las fuentes de la depresión parecen ir más allá. Desde un punto de

vista genético solo podrían explicarse entre el 30 y el 40 por ciento de los casos. En todo caso, la identidad de los genes “culpables” y potencialmente responsables de este trastorno sigue todavía siendo un misterio (McIntosh, Sullivan y Lewis, 2019).

El consenso actual sostiene que la confluencia de un fondo genético específico, aunque aún no totalmente definido, combinado con ciertas condiciones ambientales, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar depresión. Es decir, la epigenética –las modificaciones sobre la expresión y el funcionamiento de los genes debidas a factores ambientales en un sentido amplio– desempeña un papel prioritario en la depresión, más que la genética en sí. Desde luego, la influencia de las condiciones ambientales en la aparición de este trastorno en una alta proporción de casos ha sido extensamente constatada. Por ejemplo, se ha encontrado evidencia clara del papel de variables como el estrés crónico, la alimentación, las situaciones traumáticas, el estilo de vida, las relaciones interpersonales, los tratamientos farmacológicos o el clima.

De entre estas condiciones, el estrés juega un papel esencial, hasta el punto de considerarse la primera causa del desarrollo de depresión. Se puede entender por estrés todas aquellas situaciones que perturban el bienestar y el buen funcionamiento del organismo y en las que se presentan dificultades para superar algunos obstáculos internos o externos (Nabeshima y Kim, 2013; Saveanu y Nemeroff, 2012). En este sentido debe considerarse no solo el estrés laboral o académico, sino también el estrés social, causado por el estilo de vida actual y las redes sociales, entre otros. Hoy en día, la mayor parte de estresores son de tipo psicogénico, es decir, tienen un origen psicológico, frente a los estresores fisiogénicos, que se originan por alteraciones moleculares o estructurales del cuerpo (Bell, Rajendran y Theiler, 2012; Hawksley, 2007).

El estrés psicogénico se procesa en múltiples regiones del cerebro, incluyendo la corteza prefrontal, el hipocampo y la amígdala. La información generada en estas estructuras se conduce al hipotálamo, que la integra y que, junto con la información correspondiente a los estresores fisiogénicos, induce una respuesta hormonal que se libera a la sangre y prepara

al organismo para una respuesta al estrés controlada. Este proceso es natural y nuestro organismo está diseñado para realizarlo cuando sea necesario. Sin embargo, cuando los estresores son muy intensos o su duración en el tiempo es muy prolongada, el sistema se agota y empieza a funcionar de manera anómala, fomentando la aparición de alteraciones como la depresión (Bao, Meynen y Swaab, 2008; Keeney *et al.*, 2006).

La comprensión de los mecanismos neurobiológicos que subyacen a este trastorno sigue siendo limitada. Durante más de treinta años, la evidencia se ha reducido al papel de la desregulación del sistema de la serotonina, una molécula que las neuronas usan para comunicarse entre ellas y cuyos niveles adecuados se asocian a la felicidad, así como al de otras como la noradrenalina y la dopamina (Albert, Benkelfat y Descarries, 2012).

También se ha puesto de relieve el efecto del cortisol, la hormona del estrés, sobre la probabilidad de padecer depresión. En efecto, se han encontrado evidencias de que los pacientes de depresión tienen un nivel elevado de esta hormona, que participa en la descompensación emocional y cognitiva, especialmente en la región cerebral del hipocampo. Esta estructura tiene la capacidad de generar nuevas neuronas y conexiones sinápticas (neuroplásticas) que ayudan al aprendizaje y a una correcta salud mental. Los niveles altos de cortisol disminuyen esta neuroplasticidad. Asimismo, la inflamación, también mayor en los pacientes deprimidos, contribuye a su disminución (Wiedenmayer *et al.*, 2006).

Más recientemente, se ha apuntado también a la relación entre la microbiota intestinal y la depresión. La microbiota intestinal es el conjunto de microorganismos (bacterias, virus, hongos, etc.) que habitan en nuestro aparato digestivo. Si bien es ahora cuando se está empezando a desentrañar la relación entre ambas, se se conoce plenamente que existe una alteración de la composición de la microbiota en pacientes con depresión, que podría estar relacionada con un aumento de la inflamación, entre otros cambios (Liu *et al.*, 2023).

A la luz de lo expuesto, se puede afirmar que, si bien se dispone de conocimiento

sobre los factores implicados en la aparición de la depresión, ya sean genéticos o ambientales, son muchos y variados, y el conocimiento sobre ellos es tan solo parcial. Además, en cuanto a uno de los más relevantes, el estrés, las evidencias señalan que las alteraciones que origina son muy dependientes del tipo de estresor, la duración, la edad o la situación socioeconómica del paciente, entre otros factores. Por tanto, sus posibles efectos son muy variables entre individuos, lo que complica considerablemente el esclarecimiento completo de los mecanismos que producen esta patología.

3. LA IMPERANTE NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO

Tratar la depresión como una alteración sin consecuencias relevantes en el individuo o en la sociedad constituye un gran error. De hecho, se reconoce como una de las primeras causas de discapacidad en el mundo (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Además de los problemas que esta enfermedad puede causar de forma directa, su impacto indirecto también es muy relevante.

Entre las consecuencias indirectas del impacto de la depresión en la salud hay que destacar el empeoramiento de la condición física de las personas. Un estado de ánimo deprimido puede favorecer un estilo de vida menos saludable, sobre todo, en cuanto a un menor movimiento y, por ende, una menor actividad física. A esto se pueden sumar problemas de alimentación, bien por una disminución o por un aumento del apetito, bien por una peor calidad de la dieta, que agravan la situación (Ohmori *et al.*, 2017) y desembocan en patologías como la obesidad o el dolor crónico (Ouakinin, Barreira y Gosh, 2018; Voineskos, Daskalakis y Blumberger, 2020). Asimismo, las alteraciones del sueño repercuten en la capacidad de concentración, en el aprendizaje (Cain *et al.*, 2011), la regulación emocional, la toma de decisiones (Rezaie *et al.*, 2023) y en la reducción de la energía (Murru *et al.*, 2019).

Por otra parte, pacientes con otras patologías pueden acabar desarrollando depresión, lo que empeora su pronóstico y condición. Por

ejemplo, un 40 por ciento de los pacientes de Parkinson suelen presentar, además, un cuadro de depresión (Laux, 2022), probablemente debido a las numerosas alteraciones neuronales que se producen en esta patología. En todo caso, a veces la relación no es tan evidente: los pacientes de depresión tienen un marcado aumento de riesgo de padecer otros trastornos médicos importantes, como enfermedad cardiovascular, ictus, enfermedades autoinmunes, diabetes o cáncer (Benros *et al.*, 2013; Bortolato *et al.*, 2017; Windle y Windle, 2013).

En otra dimensión, la económica, el gran impacto de la depresión también es considerable. Los pacientes deprimidos, en cualquiera de sus manifestaciones, suelen experimentar una reducción de su productividad laboral. Siendo la falta de concentración o el impedimento motor síntomas clave de la depresión, no sorprende que las actividades laborales de quienes sufren depresión se vean negativamente afectadas. En los casos más extremos, los trabajadores pueden hacer uso de su baja laboral, lo que supone un coste económico para la empresa, pero incluso en los casos más leves en los que no se produce la baja, el rendimiento suele aminorarse. Así, a principios de la segunda década de este siglo, las pérdidas económicas provocadas por depresiones se estimaron en 30.000 millones de dólares al año solo en Estados Unidos (Al-Harbi, 2012). Cabe también considerar el fenómeno del *burnout*, un término de actualidad que hace referencia a la extenuación laboral. Suele desencadenar, en el mejor de los casos, una profunda desmotivación respecto al trabajo, pero frecuentemente deviene en trastornos más graves, como la depresión mayor. El ritmo de vida frenético de la economía actual propicia este tipo de situaciones, generando una suerte de círculo vicioso (Al-Harbi, 2012; Blackburn, 2019).

Cabe asimismo destacar que la depresión supone una de las principales causas de muerte entre los jóvenes. En el Reino Unido, el suicidio es el tipo de muerte más frecuente entre los jóvenes (James *et al.*, 2018), y en los Estados Unidos, la segunda causa más habitual, junto con las muertes accidentales (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Se estima que en el mundo se produce una muerte por suicidio cada 11 minutos (Centers for Disease Control and Prevention, 2023), y cada año mueren por suicidio el doble de personas que por homicidio. Según el estudio realizado

por Karch *et al.* (2012), casi una cuarta parte de las víctimas de suicidio en Estados Unidos se encontraban en tratamiento con antidepresivos. Con una adecuada prevención y tratamiento, muchas de estas muertes podrían ser evitadas.

En la actualidad, el tratamiento de las alteraciones del estado de ánimo se basa principalmente en fórmulas farmacológicas y en la psicoterapia. Ambas son terapias cuyo uso se basa en la evidencia científica, y que consideran la experiencia y el conocimiento del terapeuta en el tema y las propias preferencias y condiciones del paciente. En muchas ocasiones, la farmacoterapia y la psicoterapia se combinan en el tratamiento de los pacientes.

Tradicionalmente, la aproximación farmacológica a la depresión se ha focalizado en el sistema monoaminérgico, es decir, utilizando fármacos que ayudan a restablecer los niveles adecuados de moléculas afectadas, principalmente la ya mencionada serotonina (Albert, Benkelfat y Descarries, 2012). Entre estos fármacos se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que son los más conocidos y entre los que se encuentra la mal llamada “droga de la felicidad”. El mecanismo de acción de estas sustancias se puede explicar de forma simplificada indicando que incrementan la disponibilidad de serotonina en el cerebro, lo que contribuye a la mejora del estado de ánimo.

Debido a que la hipótesis de la alteración serotoninérgica ha sido tradicionalmente una de las más extendidas para explicar la depresión, el uso de ISRS se ha establecido como una de las primeras opciones farmacológicas para su tratamiento (Ionescu, Rosenbaum y Alpert, 2015; Olfson *et al.*, 2009). Sin embargo, el análisis exhaustivo de la evidencia empírica sobre estos fármacos indica la ausencia de suficientes pruebas para sostener su papel central en el tratamiento de la depresión (Moncrieff *et al.*, 2022). Conviene también tener en cuenta que el tratamiento del sistema de la serotonina requiere aproximadamente de un mes para la obtención de efectos sensibles, tiempo que puede suponer un empeoramiento crucial en el pronóstico del paciente. Por lo demás, aunque este tratamiento es eficaz en muchos pacientes, resultados de estudios recientes cuestionan su verdadera eficacia en el grueso de los afectados, ya que entre el 30 y el 50 por ciento de los pacientes no refie-

ren mejoría de la sintomatología depresiva tras su uso (Ionescu, Rosenbaum y Alpert, 2015) y muchos de ellos padecen numerosos efectos secundarios (Gerhard, Wohleb y Duman, 2016).

Paralelamente a los ISRS, existen otros tratamientos basados en el sistema de las monoaminas, diferentes a la serotonina, que también cumplen funciones similares. Se basan principalmente, en la norepinefrina y la dopamina. Estos tratamientos incluyen, por ejemplo, antidepresivos tricíclicos que permiten que estas monoaminas no se retiren de su funcionamiento y, por tanto, operen durante más tiempo en el cerebro. Otra aproximación es la de los inhibidores de la monoamina oxidasa, que impiden la degradación de las monoaminas y, por tanto, favorecen su actuación más prolongada.

En el caso de los antidepresivos tricíclicos, y pese a tener una eficacia similar a los ISRS, su escasa especificidad causa muchos efectos secundarios, como pérdida de memoria, la sedación, la boca seca y el aumento de la frecuencia cardíaca. En cuanto a los inhibidores de la monoamina oxidasa, aunque son eficaces en la mejora de los procesos depresivos, no se suelen usar debido a que pueden producir una reacción fatal en combinación con alimentos ricos en tiramina, como las comidas fermentadas, causando aumento de la presión sanguínea, ataques al corazón o ictus (Gerhard, Wohleb y Duman, 2016). Por estas razones, estos fármacos se usan menos frecuentemente que los ISRS. Basados también en la norepinefrina y en un concepto similar a los ISRS, existen los inhibidores selectivos de la recaptación de norepinefrina (ISRN), que permiten que esta actúe más tiempo sobre las neuronas. Con menos efectos secundarios que los tricíclicos o los inhibidores de la monoamina oxidasa, se ha comprobado que esta medicación mejora la motivación de los pacientes. Sin embargo, en relación con la disminución de los intentos de suicidio, los efectos de estas terapias parecen ser limitados, un aspecto que los clínicos deben tener muy en cuenta en el momento de seleccionar el tipo de tratamiento (Brunello, 2002).

En todo caso, estas no son las únicas estrategias farmacológicas disponibles en la actualidad. Avances recientes han dado lugar a tratamientos basados en distintos sistemas de comunicación neuronal, como el sistema del glutamato. Dentro de estos, la ketamina se des-

taca como una de las sustancias más conocidas. Esta sustancia consigue, mediante el bloqueo de unos receptores llamados NMDA, aumentar la señal que causa el glutamato en las neuronas, compensando la menor cantidad que se observa en los pacientes de depresión. Una de las principales ventajas de este tratamiento es la inmediatez del efecto, que se consigue apenas unas horas tras su primera administración (Gerhard, Wohleb y Duman, 2016).

En los últimos años, se ha promovido el uso de otras sustancias cuya eficacia carece de un soporte empírico sólido y cuyo mecanismo de acción se centra en el sistema monoaminérgico; en concreto, los probióticos (Romijn *et al.*, 2017) y otros componentes alimentarios, como la cúrcuma (Yu *et al.*, 2015), a los que se atribuye capacidad específica de controlar la microbiota intestinal, entre otros beneficios (Haroon *et al.*, 2016).

En cuanto a la terapia psicológica reviste especial importancia en casos leves y moderados. Al igual que en el tratamiento farmacológico, existen muchos abordajes en esta línea, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia sistémica, la psicoanalítica o las terapias de tercera generación, entre otras. Es necesario un mayor conocimiento de la eficacia de las terapias psicológicas, que probablemente se desarrollará en los próximos años. En todo caso, es importante señalar que uno de los objetivos del tratamiento psicológico consiste en evitar las recaídas, ofreciendo estabilidad en los resultados terapéuticos (Holmes *et al.*, 2018). Además, sus efectos suelen ser más duraderos que los de los fármacos, son las preferidas por la mayoría de los pacientes y pueden aplicarse de forma flexible, con diferentes formatos y dirigidas a diferentes poblaciones. Sin embargo, uno de los principales problemas reside en la escasa adherencia a largo plazo de los pacientes a la terapia (Cuijpers *et al.*, 2008). En cualquier caso, la prolongación del tratamiento para garantizar mejores resultados dependerá de la aproximación empleada y la gravedad de cada paciente (Nieuwsma *et al.*, 2012).

En resumen, el tratamiento actual de la depresión comprende una diversidad de enfoques, incluyendo actualmente más de una cuarentena de agentes farmacológicos y una amplia gama de terapias psicológicas. Los fármacos han demostrado eficacia en pacientes de depre-

sión, observándose asimismo mayor efectividad cuando se combinan con psicoterapia.

4. LA REALIDAD: A FALTA DE EFICIENCIA EN EL TRATAMIENTO, LA CLAVE ES LA PREVENCIÓN

Como evidencia lo hasta aquí expuesto, la variedad de tratamientos para la depresión, especialmente cuando se combinan, amplía significativamente las opciones terapéuticas (Peng *et al.*, 2015). Por lo tanto, cabría esperar que el tratamiento de la depresión estuviera bajo control y que los pacientes diagnosticados tuvieran un pronóstico favorable en la mayoría de los casos. Lamentablemente, la realidad actual no cumple estas expectativas.

En 2021, un análisis que incluía múltiples estudios realizados en diversos países europeos mostró que solo el 24,2 por ciento de los pacientes sometidos a tratamiento con medicamentos y/o psicoterapia lograron superar completamente el trastorno y recuperarse plenamente. A pesar de que el 41,4 por ciento de los pacientes respondieron positivamente al tratamiento inicial, muchos experimentaron una recaída tras un periodo de tiempo o poco después de interrumpirlo. En torno a un tercio de los pacientes (34,3 por ciento) no respondieron a ningún tratamiento, clasificándose como resistentes al mismo, lo que representa un significativo desafío para el paradigma terapéutico actual. Más aún, entre los pacientes que sufren recaídas, muchos afrontan un alto riesgo de desarrollar resistencia al tratamiento (Bartova *et al.*, 2021).

Aunque hay muchos motivos que puedan explicar esta dinámica, algunos tienen un gran peso en la ecuación. Por un lado, existe una alta heterogeneidad de síntomas y manifestaciones clínicas de la depresión, posiblemente con diferentes bases biológicas, por lo que probablemente el tratamiento debería ser más “personalizado” y diseñado a medida. Por otra parte, el grueso de los descubrimientos neurobiológicos y las terapias farmacológicas se desarrollan primero en animales de experimentación, que, aunque son fundamentales para el avance en el conocimiento de la patología, no modelizan del todo la compleja combinación de síntomas en

humanos. De todas maneras, debido a diferencias hoy por hoy insalvables, no se habla de animales que padezcan depresión, sino síntomas similares a ella. Por este motivo, es de enorme importancia la consideración de este aspecto en el diseño de los experimentos y en la interpretación cautelosa de los resultados que de ellos se obtengan para su traslado al tratamiento en humanos.

Por lo demás, a pesar de la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres, tal como ya se ha referido, existe un claro hándicap en los estudios con modelos animales. En este sentido, una búsqueda bibliográfica realizada hasta junio de 2023 en la principal base de datos de bibliografía neurobiológica (Pubmed) revela que solo en aproximadamente un 20 por ciento de los estudios se emplearon animales de ambos sexos, de modo que la mayor parte de la evidencia procede de observaciones únicamente con animales machos. Ante esta evidencia, cabe afirmar que existe un sesgo considerable en la investigación y en los mecanismos neurobiológicos de este trastorno, lo que puede estar interviniendo en la eficacia de los tratamientos.

Si bien aún queda un largo camino por recorrer en la investigación y mejora de los tratamientos para la depresión, actualmente se conocen diversas prácticas que pueden ayudar a prevenir su alta incidencia. Sin perjuicio de la importancia crucial de atender a los pacientes que ya sufren este trastorno, la máxima “mejor prevenir que curar” cobra especial relevancia en el contexto de los trastornos de salud mental. Uno de los principales métodos de prevención radica en la práctica de un estilo de vida saludable que incluya el ejercicio físico regular, una buena alimentación o la higiene de sueño. El deporte es esencial para el mantenimiento de las articulaciones y la musculatura, pero también es beneficioso para la prevención de la depresión. Al hacer deporte, se liberan unas sustancias llamadas endorfinas, que provocan una sensación de felicidad. Asimismo, el ejercicio físico contribuye a la eliminación de toxinas y previene la inflamación crónica, lo cual genera un entorno agradable de trabajo a las neuronas y el organismo (Stillman *et al.*, 2016).

La dieta saludable también es importante porque, por una parte, provee de los nutrientes que las demandantes neuronas requieren, como minerales y vitaminas, y, por otra,

ayuda a mantener una buena salud intestinal y, en consecuencia, de la microbiota (Oliphant y Allen-Vercoe, 2019). Asimismo, el sueño es un proceso esencial, ya que ayuda a procesar las memorias vividas a lo largo del día para gestionarla correctamente y que no sean fuente de estrés. También se encarga de la limpieza de los desechos producidos por la intensa actividad neuronal diurna (Dewald-Kaufmann, Oort y Meijer, 2014).

Por otro lado, dado que el estrés es una de las principales causas de desarrollo de depresión, es importante disponer de estrategias para gestionarlo que atiendan a la situación concreta de cada persona. El conocimiento de este tipo de estrategias permitirá una mejor respuesta ante su aparición, de forma que no se disparen inmediatamente los mecanismos de respuesta anómala. No menos importante es rodearse de un entorno sano de relaciones sociales, que propicia un ambiente de confianza favorable a la buena gestión del estrés. Además, la interacción social se ha relacionado con la activación de determinados centros de control como los circuitos de recompensa, que potencian la salud mental (Orzechowska *et al.*, 2013).

Otras prácticas, como la meditación, han demostrado capacidad de disminuir los niveles de ansiedad y de rumiación excesiva de pensamientos. De la misma manera, se ha comprobado que la práctica del “baño en la naturaleza” o *shinrin yoku*, popularizada a finales de los años ochenta en Japón y consistente en el contacto con la naturaleza y su contemplación, mejora el estado de pacientes afectados por trastornos de salud mental y, en concreto, de depresión (Balanzá-Martínez y Cervera-Martínez, 2022).

Todos estos mecanismos se retroalimentan entre ellos, de modo que en periodos estresantes se suele tener una dieta menos saludable, se reduce el ejercicio físico, empeora la calidad del sueño y se reducen las interacciones sociales, lo que a su vez disminuye la capacidad para hacer frente al estrés (Ross *et al.*, 2023). Es en estos momentos cuando más tenemos que invertir en salud, pero justo hacemos lo contrario.

Por contra, cualquier esfuerzo dedicado a mejorar uno o varios de estos aspectos tiene su recompensa. La concentración de esfuerzos en un área puede tener repercusiones benefi-

ciosas en otras, ya que todas se hallan conectadas, favoreciendo así el manejo de la situación. El objetivo de cambiar todos nuestros hábitos de vida de golpe, especialmente en el mundo actual, es muy complejo, lo que puede suponer estrés y generar frustración si no se consigue. Sin embargo, cualquier cambio que se introduzca, por pequeño que parezca en principio, puede conducir, si se mantiene en el tiempo, a cambios mayores y a una vida más saludable.

5. CONCLUSIONES: EN EL BUEN CAMINO

Tal y como se desprende de lo expuesto hasta aquí, la depresión es un trastorno complejo y heterogéneo. En los últimos años se han encontrado relaciones significativas entre el trastorno depresivo y alteraciones en sistemas aparentemente alejados, como por ejemplo el endocrino o el digestivo. También es muy frecuente la aparición de depresión junto con otras patologías. Por tanto, idear un tratamiento que funcione realmente para la mayor parte de los pacientes parece algo cercano a lo imposible con esta visión reduccionista.

Este razonamiento, lejos de favorecer el desánimo, debe impulsar la búsqueda de nuevas perspectivas de tratamiento de esta enfermedad. El uso de técnicas más completas de diagnóstico que permitan afinar más en el subtipo de depresión podría contribuir a una elección más acertada del tratamiento. Además, dado que la depresión es un trastorno fisiológico, conviene plantear la inclusión de pruebas de marcadores moleculares, más allá del enfoque predominantemente conductual que se ha venido adoptando.

Un enfoque más prometedor pasa por investigaciones en modelos animales más adaptados, una interpretación más cuidada de los datos experimentales y una medicina de mayor precisión dirigida a las alteraciones que muestre cada tipo de paciente. Si bien esto es complicado y puede suponer una inversión mayor de tiempo y dinero a corto plazo, parece la única solución viable de cara al futuro. Debemos estar preparados para poner freno a una evolución que aboque a lo que los expertos han denominado la “próxima pandemia”.

En todo caso, diferentes estudios han demostrado la existencia de una herramienta muy poderosa para reducir la elevada prevalencia de la depresión: la prevención. Por un lado, el tratamiento psicológico de personas con depresión subumbral resulta eficaz para la prevención de depresión mayor, y, por otro, la inversión en salud y el autocuidado constituyen herramientas de gran utilidad para evitar la depresión antes de que suceda. Una adecuada gestión del estrés, combinada con la práctica regular de ejercicio físico, una dieta equilibrada, una red de relaciones sociales y el aprendizaje y la práctica regular de técnicas de relajación o meditación, constituye probablemente la estrategia de protección más eficaz ante la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

ALBERT, P. R., BENKELFAT, C. y DESCARRIES, L. (2012). The neurobiology of depression—revisiting the serotonin hypothesis. I. Cellular and molecular mechanisms. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 367(1601), pp. 2378-2381. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0190>

AL-HARBI, K. S. (2012). Treatment-resistant depression: Therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient Preference and Adherence*, 6, pp. 369-388. <https://doi.org/10.2147/PPA.S29716>

BACIGALUPE, A. y MARTÍN, U. (2021). Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(3), pp. 317-324. <https://doi.org/10.1177/1403494820944736>

BALANZÁ-MARTÍNEZ, V. y CERVERA-MARTÍNEZ, J. (2022). Lifestyle Prescription for Depression with a Focus on Nature Exposure and Screen Time: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5094. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095094>

BAO, A. M., MEYNEN, G. y SWAAB, D. F. (2008). The stress system in depression and neurodegeneration: Focus on the human

hypothalamus. *Brain Research Reviews*, 57(2), pp. 531-553. <https://doi.org/10.1016/J.BRAINRESREV.2007.04.005>

BARTOVA, L., FUGGER, G., DOLD, M., SWOBODA, M. M. M., ZOHAR, J., MENDLEWICZ, J., SOUERY, D., MONTGOMERY, S., FABBRI, C., SERRETTI, A. y KASPER, S. (2021). Combining psychopharmacotherapy and psychotherapy is not associated with better treatment outcome in major depressive disorder – evidence from the European Group for the Study of Resistant Depression. *Journal of Psychiatric Research*, 141, pp. 167-175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.028>

BELL, A. S., RAJENDRAN, D. y THEILER, S. (2012). Job stress, wellbeing, work-life balance and work-life conflict among Australian academics. *E-Journal of Applied Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.7790/ejap.v8i1.320>

BENROS, M. E., WALTOFT, B. L., NORDENTOFT, M., OSTERGAARD, S. D., EATON, W. W., KROGH, J. y MORTENSEN, P. B. (2013). Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for mood disorders a nationwide study. *JAMA Psychiatry*, 70(8), pp. 812-820. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1111>

BLACKBURN, T. P. (2019). Depressive disorders: Treatment failures and poor prognosis over the last 50 years. *Pharmacology Research and Perspectives*, 7(3), pp. 1-20. <https://doi.org/10.1002/prp2.472>

BORTOLATO, B., HYPHANTIS, T. N., VALPIONE, S., PERINI, G., MAES, M., MORRIS, G., KUBERA, M., KÖHLER, C. A., FERNANDES, B. S., STUBBS, B., PAVLIDIS, N. y CARVALHO, A. F. (2017). Depression in cancer: The many biobehavioral pathways driving tumor progression. *Cancer Treatment Reviews*, 52, pp. 58-70. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.11.004>

BOWER, M., SMOUT, S., DONOHOE-BALES, A., O'DEAN, S., TEESON, L., BOYLE, J., LIM, D., NGUYEN, A., CALEAR, A. L., BATTERHAM, P. J., GOURNAY, K. y TEESON, M. (2023). A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence on mental health in the time of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1107560>

BRUNELLO, N. (2002). The role of noradrenaline and selective noradrenaline reuptake inhibition in depression. *European Neuropsychopharmacology*, 12(5), pp. 461-475. [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(02\)00057-3](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(02)00057-3)

CAIN, S. W., SILVA, E. J., CHANG, A.-M., RONDA, J. M. y DUFFY, J. F. (2011). One night of sleep deprivation affects reaction time, but not interference or facilitation in a Stroop task. *Brain and Cognition*, 76(1), pp. 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2011.03.005>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2011). *Mental Health Awareness*. <https://www.cdc.gov/genomics/resources/diseases/mental.htm#:~:text=About one in four adults,disorders do not seek treatment.>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2020). *WISQARS. Leading causes of death visualization tool*. <https://wisqars.cdc.gov/data/lcd/home>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2023). *Suicide Prevention*. <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html#:~:text=Suicide affects people of all,-14 and 20-34.>

CHEREPANOV, D., PALTA, M., FRYBACK, D. G. y ROBERT, S. A. (2010). Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: Evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research*, 19(8), pp. 1115-1124. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9673-x>

CUJIPERS, P., VAN STRATEN, A., ANDERSSON, G. y VAN OPPEN, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), pp. 909-922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>

DEWALD-KAUFMANN, J. F., OORT, F. J. y MEIJER, A. M. (2014). The effects of sleep extension and sleep hygiene advice on sleep and depressive symptoms in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), pp. 273-283. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12157>

GERHARD, D. M., WOHLER, E. S. y DUMAN, R. S. (2016). Emerging treatment mechanisms for depression: focus on glutamate and synaptic plasticity. *Drug Discovery Today*, 21(3), pp. 454-464. <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2016.01.016>

HAROON, E., FLEISCHER, C. C., FELGER, J. C., CHEN, X., WOOLWINE, B. J., PATEL, T., HU, X. P. y MILLER, A. H. (2016). Conceptual convergence: increased inflammation is associated with increased basal ganglia glutamate in patients with major depression. *Molecular Psychiatry*, 21(10), pp. 1351-1357. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.206>

HAUSMANN, A., RUTZ, W. y BENKE, U. (2008). [Women seek for help – men die! Is depression really a female disease?]. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 22(1), pp. 43-48.

HAWKSLEY, B. (2007). Work-related stress, work/life balance and personal life coaching. *British Journal of Community Nursing*, 12(1), pp. 34-36. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2007.12.1.22690>

HOLMES, E. A., GHADERI, A., HARMER, C. J., RAMCHANDANI, P. G., CUIJPERS, P., MORRISON, A. P., ROISER, J. P., BOCKTING, C. L. H., O'CONNOR, R. C., SHAFRAN, R., MOULDS, M. L. y CRASKE, M. G. (2018). The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), pp. 237-286. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30513-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30513-8)

IONESCU, D. F., ROSENBAUM, J. F. y ALPERT, J. E. (2015). Pharmacological approaches to the challenge of treatment-resistant depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), pp. 111-126. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/dionescu>

JAMES, S. L., ABATE, D., ABATE, K. H., ABAY, S. M., ABBAFATI, C., ABBASI, N., ABBASTABAR, H., ABD-ALLAH, F., ABDELA, J., ABDELALIM, A., ABDOLLAHPUR, I., ABDULKADER, R. S., ABEBE, Z., ABERA, S. F., ABIL, O. Z., ABRAHA, H. N., ABU-RADDAD, L. J., ABU-RMEILEH, N. M. E., ACCROMBESSI, M. M. K., ... MURRAY, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for

354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), pp. 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

KAPFHAMMER, H.-P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2), pp. 227-239. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer>

KARCH, D. L., LOGAN, J., McDANIEL, D., PARKS, S., PATEL, N. y CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2012). Surveillance for violent deaths-National Violent Death Reporting System, 16 states, 2009. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002)*, 61(6), pp. 1-43. <https://doi.org/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22971797/>

KEENEY, A., JESSOP, D. S., HARBUZ, M. S., MARSDEN, C. A., HOGG, S. y BLACKBURN-MUNRO, R. E. (2006). Differential effects of acute and chronic social defeat stress on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and hippocampal serotonin release in mice. *Journal of Neuroendocrinology*, 18(5), pp. 330-338. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2006.01422.x>

LABAKA, A., GOÑI-BALENTZIAGA, O., LEBEÑA, A. y PÉREZ-TEJADA, J. (2018). Biological Sex Differences in Depression: A Systematic Review. *Biological Research For Nursing*, 20(4), pp. 383-392. <https://doi.org/10.1177/1099800418776082>

LAUX, G. (2022). Parkinson and depression: review and outlook. *Journal of Neural Transmission*, 129(5-6), pp. 601-608. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02456-3>

LIU, L., WANG, H., CHEN, X., ZHANG, Y., ZHANG, H. y XIE, P. (2023). Gut microbiota and its metabolites in depression: from pathogenesis to treatment. *eBioMedicine*, 90, 104527. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2023.104527>

MAZZA, M. G., PALLADINI, M., POLETTI, S. y BENEDETTI, F. (2022). Post-COVID-19 Depressive Symptoms: Epidemiology, Pathophysiology, and Pharmacological Treatment. *CNS Drugs*, 36(7), pp. 681-702. <https://doi.org/10.1007/s40263-022-00931-3>

McINTOSH, A. M., SULLIVAN, P. F. y LEWIS, C. M. (2019). Uncovering the Genetic Architecture of Major Depression. *Neuron*, 102(1), pp. 91-103. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.03.022>

MONCRIEFF, J., COOPER, R. E., STOCKMANN, T., AMENDOLA, S., HENGARTNER, M. P. y HOROWITZ, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

MURRU, A., GUISSO, G., BARBUTI, M., ANMELLA, G., VERDOLINI, N., SAMALIN, L., AZORIN, J. M., ANGST, J. J., BOWDEN, C. L., MOSOLOV, S., YOUNG, A. H., POPOVIC, D., VALDES, M., PERUGI, G., VIETA, E. y PACCHIAROTTI, I. (2019). The implications of hypersomnia in the context of major depression: Results from a large, international, observational study. *European Neuropsychopharmacology*, 29(4), pp. 471-481. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.02.011>

NABESHIMA, T. y KIM, H.-C. (2013). Involvement of Genetic and Environmental Factors in the Onset of Depression. *Experimental Neurobiology*, 22(4), pp. 235-243. <https://doi.org/10.5607/en.2013.22.4.235>

NIEUWSMA, J. A., TRIVEDI, R. B., McDUFFIE, J., KRONISH, I., BENJAMIN, D. y WILLIAMS, J. W. (2012). Brief Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), pp. 129-151. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.c>

OECD. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

OHMORI, Y., ITO, H., MORITA, A., DEURA, K., MIYACHI, M. y SAKU COHORT STUDY GROUP. (2017). Associations between depression and unhealthy behaviours related to metabolic syndrome: a cross sectional study. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 26(1), pp. 130-140. <https://doi.org/10.6133/apjcn.112015.01>

OLFSON, M., MOJTABAI, R., SAMPSON, N. A., HWANG, I., DRUSS, B., WANG, P. S., WELLS, K. B., PINCUS, H. A. y KESSLER, R. C. (2009). Dropout From Outpatient Mental Health Care in the United States. *Psychiatric Services*, 60(7), pp. 898-907. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.898>

OLIPHANT, K. y ALLEN-VERCOE, E. (2019). Macronutrient metabolism by the human gut microbiome: major fermentation by-products and their impact on host health. *Microbiome*, 7(1), p. 91. <https://doi.org/10.1186/s40168-019-0704-8>

ORZECZOWSKA, A., ZAJĄCZKOWSKA, M., TALAROWSKA, M. y GALECKI, P. (2013). Depression and ways of coping with stress: A preliminary study. *Medical Science Monitor*, 19, pp. 1050-1056. <https://doi.org/10.12659/MSM.889778>

OUAKININ, S. R. S., BARREIRA, D. P. y GOIS, C. J. (2018). Depression and Obesity: Integrating the Role of Stress, Neuroendocrine Dysfunction and Inflammatory Pathways. *Frontiers in endocrinology*, 9, p. 431. <https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00431>

PAN, A., SUN, Q., OKEREKE, O. I., REXRODE, K. M. y HU, F. B. (2011). Depression and Risk of Stroke Morbidity and Mortality. *JAMA*, 306(11), p. 1241. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1282>

PENG, G., TIAN, J., GAO, X., ZHOU, Y. y QIN, X. (2015). Research on the Pathological Mechanism and Drug Treatment Mechanism of Depression. *Current Neuropharmacology*, 13(4), pp. 514-523. <https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831120428>

REZAIE, L., NOROUZI, E., BRATTY, A. J. y KHAZAIE, H. (2023). Better sleep quality and higher physical activity levels predict lower emotion dysregulation among persons with major depression disorder. *BMC Psychology*, 11(1), p. 171. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01213-3>

ROMIJN, A. R., RUCKLIDGE, J. J., KUIJER, R. G. y FRAMPTON, C. (2017). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of Lactobacillus helveticus and Bifidobacterium longum for the symptoms of depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(8), pp. 810-821. <https://doi.org/10.1177/0004867416686694>

ROSS, R. E., VANDERWERKER, C. J., SALADIN, M. E. y GREGORY, C. M. (2023). The role of exercise in the treatment of depression: biological underpinnings and clinical outcomes. *Molecular*

Psychiatry, 28(1), pp. 298-328. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01819-w>

SALK, R. H., HYDE, J. S. y ABRAMSON, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), pp. 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>

SAVEANU, R. V. y NEMEROFF, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), pp. 51-71. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>

SERRANO-BLANCO, A., PALAO, D. J., LUCIANO, J. V., PINTO-MEZA, A., LUJÁN, L., FERNÁNDEZ, A., ROURA, P., BERTSCH, J., MERCADER, M. y HARO, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), pp. 201-210. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>

SHOREY, S. Y., NG, E. D. y CHEE, C. Y. I. (2021). Anxiety and depressive symptoms of women in the perinatal period during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(7), pp. 730-740. <https://doi.org/10.1177/14034948211011793>

STILLMAN, C. M., COHEN, J., LEHMAN, M. E. y ERICKSON, K. I. (2016). Mediators of Physical Activity on Neurocognitive Function: A Review at Multiple Levels of Analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00626>

TOLENTINO, J. C. y SCHMIDT, S. L. (2018). DSM-5 criteria and depression severity: Implications for clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, 9(OCT), p. 450. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00450>

USSHER, J. M. (2010). Are We Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression. *Feminism & Psychology*, 20(1), pp. 9-35. <https://doi.org/10.1177/0959353509350213>

VOINESKOS, D., DASKALAKIS, Z. J. y BLUMBERGER, D. M. (2020). Management of treatment-resistant depression: Challenges and strategies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, pp. 221-234. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198774>

WIEDENMAYER, C. P., BANSAL, R., ANDERSON, G. M., ZHU, H., AMAT, J., WHITEMAN, R. y PETERSON, B. S. (2006). Cortisol Levels and Hippocampus Volumes in Healthy Preadolescent Children. *Biological Psychiatry*, 60(8), pp. 856-861. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.011>

WILLI, J. y EHLERT, U. (2019). Assessment of perimenopausal depression: A review. *Journal of Affective Disorders*, 249, pp. 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.029>

WINDLE, M. y WINDLE, R. C. (2013). Recurrent depression, cardiovascular disease, and diabetes among middle-aged and older adult women. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), pp. 895-902. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.008>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2008). *The global burden of disease. 2004 Update*.

YU, J.-J., PEI, L.-B., ZHANG, Y., WEN, Z.-Y. y YANG, J.-L. (2015). Chronic Supplementation of Curcumin Enhances the Efficacy of Antidepressants in Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35(4), pp. 406-410. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000352>

Más allá del modelo biomédico: el enfoque existencial-contextual de la conducta suicida

JUAN GARCÍA-HARO*, HENAR GARCÍA-PASCUAL*, ELENA BLANCO DE TENA-DÁVILA**, MÓNICA MARTÍNEZ SALLENT*
Y PALOMA ARANGUREN RICO*

RESUMEN

Actualmente coexisten dos modelos opuestos para abordar el suicidio: el biomédico y el existencial-contextual transdisciplinar. Cada uno activa una agenda diferente de producción de conocimiento científico, intervención sanitaria y prevención. Este artículo presenta ambos modelos y aboga por un enfoque existencial-contextual centrado en las personas y sus circunstancias sociobiográficas. Este enfoque se basa en los conceptos de situación límite y crisis vital como claves para la comprensión del fenómeno suicida, y tiene la ventaja de ser transversal a todas las tipologías o semánticas de suicidio.

*Allí estaba el vacío en el centro mismo de la vida....
Clarissa se daba cuenta de lo que le faltaba.
No era ni belleza ni inteligencia.
Era algo central que lo impregnaba todo...*
(V. Woolf, *La señora Dalloway*, 2006: 49-50).

La literatura científica recoge una pluralidad de discursos y perspectivas respecto de la naturaleza del suicidio (Menéndez Osorio, 2018, 2020). En efecto, no existe un modo científico único ni consensuado de pensar qué

es (ontología o estudio de la naturaleza de un fenómeno) ni cómo estudiar (epistemología o teoría del conocimiento y metodología) el suicidio. De ahí se deriva que, ante este fenómeno, tampoco exista una modalidad única de orientar la prevención, la intervención ni la "posvenición" (la ayuda a las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido por suicidio).

Este artículo presenta un modelo existencial-contextual del suicidio alternativo al biomédico. El trabajo se divide en cuatro apartados. El primero expone una breve panorámica de la magnitud del suicidio en el contexto mundial y nacional. En el segundo se problematiza la definición de suicidio y se desarrollan algunas dimensiones del fenómeno suicida, así como sus implicaciones. El tercero y cuarto apartados tematizan, respectivamente, la epistemología y ontología de cada uno de estos dos modelos.

1. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

El suicidio es un fenómeno transcultural de gran relevancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se suicidan en el mundo más de 700.000 personas, una cifra superada largamente por quie-

* Servicio de Salud del Principado de Asturias (juan-manuel.garciah@sespa.es, henar.garcia@sespa.es, monica.martinez@sespa.es, paloma.aranguren@sespa.es).

** Universitat Rovira i Virgili (elena.blanco@urv.cat).

nes intentan hacerlo¹. Según la OMS, el suicidio es un problema de salud pública y su prevención, una tarea global, urgente y prioritaria. El suicidio es una de las principales causas de años de vida perdidos por muerte prematura y, también, de muerte entre adolescentes y jóvenes (OMS, 2014). Supone, aproximadamente, el 1,4 por ciento de las muertes prematuras, el 15 por ciento de las muertes por lesiones (Bachmann, 2018; Värnik, 2012), y el 8,5 por ciento de todas las muertes entre los adolescentes y adultos jóvenes (15-29 años) anuales a nivel global (OMS, 2018).

En España, según datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE), en 2022 fallecieron por suicidio 4.097 personas, lo que supone un aumento del 2,3 por ciento respecto al año anterior. En 2021 se registró en España una tasa de 8,46 suicidios por 100.000 habitantes (frente a 8,32 de 2020 y 7,79 de 2019) y una media de 11 muertes al día. En cuanto al género, murieron por suicidio más hombres que mujeres (75 por ciento vs. 25 por ciento), una tendencia habitual en España y otras regiones de altos ingresos (Chang, Yip y Chen, 2019; OMS, 2019).

La tasa de suicidio es especialmente elevada en personas mayores de 75 años (OMS, 2015). En España, por ejemplo, en 2021, se produjeron 19,39 suicidios por cada 100.000 personas de entre 90 y 94 años, frente a 6,80 de entre 30 y 34 años. Pero el suicidio constituye la primera causa de muerte en España en el grupo de edad de 15 a 29 años, por delante de los tumores (333 frente a 274) (INE, 2023)². En 2022, el número de suicidios en menores de 20 años fue de 84, frente a los 75 de 2021. De ellos, 12 de los fallecidos contaban entre 10 y 14 años, y 72 entre 15 y 19 años (INE, 2023). Los suicidios en menores de 15 años (suicidio infantil) tienen menor incidencia que en el resto de rangos etarios, oscilando ligeramente las cifras a lo largo de los últimos años (7 en 2019, 22 en 2021, 12 en 2022).

Para comprender la magnitud de las muertes por suicidio, conviene tener en cuenta que en 2021 multiplicaron por 2,5 las provocadas por los accidentes de tráfico o por 14 las causadas por homicidios. Dentro de las causas exter-

¹ Véase: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

² Este trabajo se elaboró antes de que el INE publicara los datos definitivos del año 2022, (19.12.2023) por lo que existen discrepancias entre los datos provisionales y los definitivos.

nas de muerte que registra el INE, y tomando todas las edades, en 2022 las muertes por suicidio solo fueron superadas por las ocasionadas por ahogamiento, sumersión o sofocación accidentales (4.097 frente a 4.012 muertes)³. No cabe pasar por alto que los datos expuestos podrían estar infraestimados debido a una subnotificación, así como a fragilidades en los sistemas de vigilancia epidemiológica, la dificultad en el establecimiento de la intencionalidad de la muerte o cuestiones morales y socioculturales, entre otras (Hagaman, 2017; Khan y Hyder, 2006; Ponte de Souza y Yamall Orellana, 2018). De hecho, algunos autores calculan un mínimo de 1.000.000 de suicidios anuales en todo el planeta (Värnik, 2012). De todas formas, y a pesar de las limitaciones, los datos presentados dan cuenta del profundo impacto del suicidio en las sociedades contemporáneas y ponen de manifiesto la urgente necesidad de avances en la investigación suicidológica y de mejoras en las estrategias de prevención del suicidio.

Además, el fenómeno del suicidio no se limita a las muertes consumadas, sino que se relaciona íntimamente con otras conductas como los intentos y la ideación suicida (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021). Se estiman unos 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado en el mundo (OMS, 2018). La prevalencia de ideación suicida en población adolescente española se sitúa en torno al 30 por ciento, y la relativa a intentos de suicidio es aproximadamente del 4 por ciento (Bousoño *et al.*, 2017; Carli *et al.*, 2014; Fonseca-Pedrero *et al.*, 2018, 2020). Cabe asimismo recordar que el entorno sociofamiliar de las personas que atraviesan experiencias suicidas puede quedar profundamente afectado en múltiples planos y procesos vitales biopsicosociales (duelo, estigma, culpa, vergüenza, dificultades comunicacionales y relacionales, entre otros) (Antón, 2019; Contessa *et al.*, 2023).

A pesar de la creciente investigación científica y sensibilización social sobre el suicidio en los últimos años, el fenómeno sigue rodeado de considerables estigmas, tabúes, desconocimiento y falsas creencias. Estos mitos abundan entre la población general, pero en ocasiones también entre investigadores, docentes y profesionales de la salud mental, lo que supone una

³ Se pueden encontrar más datos sobre el suicidio en España en el artículo de Moreno, Lostao y Regidor (2023), publicado en este mismo número.

barrera adicional para el abordaje integral y la prevención efectiva, así como para la búsqueda de ayuda (Al-Halabí, García-Haro y Gutiérrez López, 2021). Estudiar y prevenir el suicidio consumado implica comprender su relación con otros procesos y manifestaciones suicidas como la ideación, la planificación, la autonegligencia, la comunicación suicida, la autolesión o los intentos de suicidio (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Avanci *et al.*, 2018). Estos procesos son dinámicos y sus manifestaciones pueden variar en intensidad, control, duración, letalidad, impulsividad o funcionalidad, entre otros aspectos. Sus características e incidencia varían en función de diferentes factores sociodemográficos, históricos, económicos, políticos, geográficos y culturales (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Maung, 2020).

En los últimos años, se habla más sobre suicidio, aunque no siempre con el compromiso y rigor necesarios (González-Ortiz, 2019; Niederkroenthaler *et al.*, 2020). Además, tras la pandemia de COVID-19, la presencia de noticias sobre el suicidio ha aumentado considerablemente. La literatura científica y los medios de comunicación sugieren a menudo la presencia de una “epidemia silenciosa” de suicidios, enfatizando el aumento constante de casos y estableciendo nuevos máximos históricos en las tasas de muerte por suicidio. Además, no es infrecuente el uso de titulares sensacionalistas y dramáticos, así como la aportación de explicaciones simplistas sobre las motivaciones suicidas y, en ocasiones, descripciones morbosamente detalladas de los casos de suicidio. Estas prácticas, en lugar de fomentar la prevención, pueden generar un ambiente de alarmismo innecesario. Además, contribuyen a difundir métodos y narrativas de suicidio que tienden a favorecer procesos de imitación y romantización del suicidio, especialmente entre los más jóvenes (Domaradzki, 2021; Rodríguez, 2022).

2. CONCEPTUALIZACIÓN Y DIMENSIONES DE LA CONDUCTA SUICIDA

Desde la definición clásica de Durkheim a finales del siglo XIX –que lo concretó en “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado” (Durkheim, 2004: 22)– se

sigue sin contar con una definición consensuada de suicidio. Diferentes autores e instituciones formulan descripciones muy heterogéneas de este fenómeno (O’Carroll *et al.*, 1996; Silverman *et al.*, 2007a, 2007b). La OMS (1986), por ejemplo, define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. Esta definición y otras más populares pivotan sobre cuatro conceptos clave: agencia, conocimiento de un posible resultado fatal, intención y resultado. La intención y el resultado parecen ser las características más consensuadas entre las múltiples definiciones de suicidio (Goodfellow, Kölves y de Leo, 2019). La agencia o autoría de la acción ayudan a discriminar entre reacciones “sintomáticas” que acaban en muerte (propias, por ejemplo, de quien, en plena crisis psicótica, escucha voces imperativas que le instan a saltar por la ventana, o durante un episodio agudo de manía cree tener la capacidad omnipotente de volar), suicidios inducidos y suicidios propiamente dichos. La intencionalidad de morir es fundamental para diferenciar entre un accidente con resultado mortal (intoxicación involuntaria), una autolesión (no existe intencionalidad de muerte) y un suicidio *sensu stricto*. Por último, el conocimiento del resultado fatal de la acción permite discriminar, por ejemplo, entre supuestos suicidios infantiles (donde no existe, por parte del niño o de la niña, la noción de muerte como proceso irreversible) y la conducta suicida.

En trabajos previos se han considerado tres dimensiones de la conducta o proceso suicida (Al-Halabí y García Haro, 2021; Al-Halabí, García-Haro y Gutiérrez López, 2021; García Haro *et al.*, 2023a; González González *et al.*, 2021). Primero, el suicidio es un fenómeno plural y diverso, más que único, unívoco y uniforme (Rendueles, 2018). Esta dimensión remite a tres consideraciones. En primer lugar, existen diferentes familias de suicidio (suicidio político, altruista, de protesta, testimonial, asistido, existencial, clínico, extensivo, entre otros). En segundo lugar, existen diferentes semánticas o motivaciones tras la conducta suicida (por ejemplo, huir de un sufrimiento insostenible, escapar de una tortura psicológica, defender la coherencia y la dignidad personal, acabar con una vida cercenada por una enfermedad invalidante y sin esperanza de mejoría) (Menéndez Osorio, 2020; Villegas, 2023). Por

último, la delimitación entre lo que es suicidio y no lo es (el problema de la demarcación) es más una cuestión hermenéutica que un asunto de ciencia natural (se requiere la verificación de una intencionalidad suicida para catalogar una muerte como suicidio, y ninguna autopsia de un cadáver puede arrojar información sobre esa cuestión). Sin tener en cuenta una teoría del sujeto (Castilla del Pino, 2000) y un análisis de la función de la conducta (qué quiere conseguir o evitar una persona haciendo lo que hace) no parece posible dar un paso en firme en la clarificación del fenómeno del suicidio.

Hablar genéricamente de suicidio implica nivelar fenómenos que pueden ser cualitativamente diferentes. Es por ello que algunos autores prefieren utilizar el plural y hablar de "suicidio(s)" (Rendueles, 2018). Esta es una cuestión científica teórica aún por dilucidar: saber si el suicidio es un fenómeno con diferentes caras o si, más bien, hay diferentes fenómenos del suicidio, cada uno de ellos con unas características específicas (sociodemográficas, clínicas y existenciales). En ese sentido, algunos autores plantean que la eutanasia, las muertes voluntarias a través de actos de protesta, de actos heroicos, de condenas, así como aquellas muertes resultantes de determinados ritos y rituales, no serían formas de suicidio (Villar Cabeza, 2022). Se trata de un tema sobre el que conviene deliberar y adoptar decisiones consensuadas, pues de ello se derivan importantes implicaciones prácticas tanto para la investigación y la epidemiología como para el diseño de estrategias de prevención y ayuda.

La segunda dimensión sobre la que aquí llamamos la atención es la de que el suicidio es un fenómeno abierto, contextual y existencial, más que cerrado, natural y sustantivo. De acuerdo con nuestra propuesta, tiene que ver más con cómo nos relacionamos y construimos nuestra experiencia y existencia, que con ser víctimas pasivas de una esencia biológica (típicamente una enfermedad o una "avería" en la maquinaria biocerebral) o ambiental (como una infancia traumática, una pérdida o una adversidad) que actúa en nosotros y a través de nosotros y, en consecuencia, nos arrastra indefectiblemente hacia el suicidio. Conforme al planteamiento existencial que defendemos, el suicidio es, primaria y radicalmente, un asunto biográfico. Tiene que ver con lo que hacemos con aquello que nos pasa, y es, por tanto, inseparable de la capacidad de elegir, atribuir signi-

ficado y valorar (sea siquiera el valor que damos a nuestra vida, identidad, dignidad, a lo que es razonable sufrir o al balance entre sufrimiento y valores). De ahí que el suicidio remita siempre a un campo de acción/decisión, y no a uno de reacción/síntoma. Esta dimensión abierta, contextual y existencial se contrapone a la consideración del suicidio como evento cerrado, natural, positivista y sustantivo, normalmente entendido en nuestra cultura occidental y médica como síntoma de una enfermedad.

Finalmente, el suicidio es un fenómeno de naturaleza fluctuante, dinámica e interactiva, más que una realidad fija, estática e independiente del observador. Se refiere al hecho de que la persona en situación de riesgo siempre está luchando en una crisis de ambivalencia: desea morir si su vida continúa de la misma manera, y desea vivir si en ella se produjeran pequeños cambios significativos (Cholbi, 2017; De Leo *et al.*, 2006). Como lo expresó la poetisa argentina Alfonsina Storni: "Tienes un deseo: morir. Y una esperanza: no morir". Los deseos de vivir y de morir son siempre dinámicos y cambiantes, por más que, a veces, se manifiesten como estables y definitivos. Es por ello que la crisis suicida presenta una alta variabilidad y fluctuación intrapersonal a lo largo del tiempo (incluso dentro del mismo día) en función de los eventos (disparadores y protectores). Pequeños acontecimientos del azar pueden inclinar la balanza hacia la vida o la muerte. A menudo ocurre que personas completamente decididas a ejecutar su plan suicida realizan una rectificación subjetiva en el último momento, por ejemplo, cuando reciben la llamada de una persona especial que, de alguna forma, les reconecta con lo que hace que vivir merezca la pena. Esta propiedad fluctuante, dinámica e interactiva del suicidio es coherente con la teoría de la vulnerabilidad fluida (Bryan y Rudd, 2018; Rudd, 2006).

Las tres dimensiones del proceso o conducta suicida esbozadas en los párrafos anteriores tienen importantes implicaciones teórico-conceptuales y clínico-prácticas. Si existen diferentes familias de suicidio o semánticas del acto suicida, la investigación debe especificar a qué grupo se refiere cada una. Asimismo, la persona con ideación suicida que precise ayuda requiere de un profesional que sepa entrar en el mundo idiosincrásico de sentido y significado personal que motiva dicha ideación. Pensamos que no existe un determinismo trá-

gico en la base del suicidio, por lo que siempre cabe preguntarse cómo podemos ayudar a la persona en crisis a (re)construir una experiencia vital más satisfactoria y valiosa, una existencia con la que tenga sentido continuar a pesar y a través del sufrimiento y las adversidades. La estimación del riesgo suicida debería incluir, entonces, tanto propiedades temporales estables, como dinámicas que fluctúen en respuesta a procesos del entorno y del individuo. Si bien siempre existe una considerable incertidumbre en la evaluación, la calidad de la relación terapéutica cumple una función primordial en la estimación fiable del riesgo. En efecto, la relación de ayuda influye en el proceso suicida, por lo que, en función de cómo sea dicha relación (fría y cosificadora, cálida e interpersonal, centrada en detectar el riesgo mediante una escala o centrada en la comprensión empática y el acompañamiento), puede aumentar o disminuir el riesgo suicida. La importancia de este hecho radica en que “sin confianza no hay confianza”, y sin confianza, la evaluación y la ayuda quedan seriamente comprometidas.

3. EPISTEMOLOGÍA DEL SUICIDIO: LOS MODELOS BIOMÉDICO Y EXISTENCIAL-CONTEXTUAL

La generación de conocimiento científico sobre el suicidio influye en la percepción y el enfoque de intervención tanto dentro como fuera del ámbito sanitario. En el sector de la salud, y concretamente en salud mental, no prevalece un modelo único; antes bien, se pueden identificar al menos cuatro enfoques distintos: biomédico, epidemiológico, psicológico y social⁴. Cada enfoque se distingue por su propia aproximación ontológica, epistemológica, retórica y metodológica, e incorpora una agenda de intereses y valores pragmáticos. Estos elementos influyen en la formulación de políticas de prevención, en la implementación de estrategias de cuidado en salud mental y en el desarrollo de relaciones terapéuticas específicas.

Los cuatro enfoques mencionados muestran afinidades significativas en pares. El modelo biomédico se alinea estrechamente con el epidemiológico, mientras que el psicológico

⁴ Wasserman (2021) ofrece una revisión de estos cuatro modelos.

guarda similitudes con el social. Conforme a Pérez-Álvarez (2021), la afinidad entre el biomédico y el epidemiológico se basa en una ontología natural y sustantiva, además de un enfoque positivista de la ciencia natural. Por otro lado, la afinidad entre el psicológico y el social se centra en una ontología interactiva (Hacking, 1995) y un enfoque de la ciencia humana que es holístico o contextual. Estos cuatro enfoques se pueden reducir a dos modelos básicos que apenas empiezan a diferenciarse en la suicidología contemporánea (García-Haro *et al.*, 2020a). Por un lado estaría el modelo biomédico⁵ y, por el otro, el existencial-contextual⁶.

Si bien el modelo biomédico predomina en los sistemas de atención a la salud mental en todo el mundo occidental, como expone para el contexto español Doblytė (2020, 2021), en los últimos años se están consolidando nuevas fórmulas de comprensión, explicación, intervención, prevención y “posvención” del suicidio más contextuales, fenomenológicas, existenciales y etnográficas (Canetto, 2021; Chandler, 2019; Laso, Contreras y Macías-Esparza, 2023; Vitenti, 2016). Este giro conceptual hacia un modelo existencial-contextual, en línea con una postsuicidología o suicidología crítica (Chandler, 2019; Marsh, 2020), recupera la centralidad de los factores biográficos, espirituales, morales, narrativos, psicológicos, históricos, políticos, socioeconómicos, geográficos y culturales en la comprensión, prevención y abordaje de los fenómenos suicidas.

3.1. El modelo biomédico

A pesar de que la prevención del suicidio se ha establecido como una prioridad en las políticas sanitarias de la mayoría de los países de nuestro entorno, España aún no cuenta con una Estrategia o Plan Nacional unificado que coordine y dirija los esfuerzos realizados en este ámbito. Como resultado, los servicios de salud de todas las comunidades autónomas han desarrollado sus propios planes, estrategias, programas o protocolos para abordar el suicidio. Estas

⁵ Véase, entre otros, Ayuso-Mateos *et al.* (2012) y Navío Acosta y Pérez Sola (2020).

⁶ Véase García-Haro, García-Pascual y González González (2018); García-Haro, González González y García-Pascual (2018); García-Haro *et al.* (2023a, 2023b); González González, García-Haro y García Pascual (2019) y González González *et al.* (2021).

iniciativas autonómicas tienden a seguir un enfoque predominantemente biomédico y centrado en el diagnóstico del suicidio (García-Haro *et al.*, 2020a).

El modelo biomédico es el que, en el trasfondo de los sistemas sanitarios, prevalece en la comprensión de los fenómenos psicológicos y de la conducta suicida (García-Haro *et al.*, 2020a). En esencia, este abordaje asume que, primero, las crisis o conductas suicidas son síntomas, consecuencias o complicaciones de trastornos mentales subyacentes, fundamentalmente, de la depresión. Segundo, la reducción de síntomas (típicamente a través de psicofármacos) se percibe como la vía regia para la disminución del riesgo, y tercero, cuando el riesgo es alto, la medida preventiva más adecuada es el ingreso de la persona (incluso en contra de su voluntad si hiciera falta) en una unidad de hospitalización psiquiátrica (García-Haro *et al.*, 2020a, 2022).

El discurso biomédico interviene en la configuración del lenguaje y las prácticas de gestión del sufrimiento psíquico (Bueno Gómez, 2022) y del fenómeno suicida (García-Haro *et al.*, 2020a). Así, se habla de “paciente suicida”, “sintomatología suicida”, “falta de conciencia de enfermedad”, “gestión del riesgo” o “heredabilidad del suicidio”. La naturalización reduccionista del suicidio impacta tanto en los enfoques clínicos del suicidio, como en los procesos de subjetivación que experimentan las personas con problemas mentales. La cosmovisión biomédica propone ciertas formas supuestamente correctas de actuar como paciente, de pensar sobre sí mismo o de evaluar a los demás, así como también de sentir o expresar emociones. Además, tiende a simplificar la amplia variedad de métodos de auto-comprensión y de lógicas de autoconstitución que podrían ser clave para abordar, prevenir y resolver de manera efectiva los problemas que afectan a las personas en riesgo de suicidio. También, al desviarse de las directivas biomédicas, los usuarios de los servicios de salud pueden sentirse sancionados a través de la pérdida de estatus, lo que amenaza sus vínculos sociales. La persona con problemas de salud mental puede acabar así atada a emociones como la culpa o la vergüenza, que funcionan como poderosos mecanismos de control social y de autorregulación (Doblyté, 2022).

En el modelo biomédico, la prevención se centra en la detección temprana y la rápida derivación a los servicios de salud mental para un diagnóstico y tratamiento farmacológico inmediatos, supuestamente curativos de la “enfermedad mental” subyacente a la ideación suicida. Sin embargo, esta estrategia preventiva puede ser revisada críticamente a la luz de dos aspectos: la cuestionable centralidad del diagnóstico psicopatológico en las conductas suicidas, y las limitaciones y los riesgos que presenta en su aplicación práctica en el ámbito sanitario.

La suicidología tradicional ha llegado a plantear que los trastornos mentales están detrás del 90 por ciento de los suicidios (Bryan, 2022), estableciendo un vínculo causal entre los trastornos mentales y las conductas suicidas. De ahí se deriva toda una agenda asistencial que pivota en torno al eje de detección, diagnóstico, tratamiento y hospitalización, acompañada de una política sanitaria de solicitud de aumento de las ratios de profesionales de salud mental.

Sin embargo, esta lectura causal del binomio trastorno mental y suicidio ha sido recientemente cuestionada con argumentos sólidos. El argumento crítico principal consiste en que se confunde un antecedente con una causa. No está demostrado, salvo desde una lógica tautológica, que los diagnósticos psiquiátricos sean las causas de las ideas y conductas suicidas. En efecto, que una persona sea diagnosticada con trastorno mental no implica que la crisis suicida esté necesariamente causada por el diagnóstico, que muchas veces se solapa con circunstancias adversas de la vida o problemáticos bucles yomundo que lo explican. En psicopatología, los diagnósticos son meras etiquetas descriptivas de un campo de fenómenos y actos de conducta, sin contexto biográfico, que conllevan sufrimiento; no sus causas explicativas. Las realidades que nombran los diagnósticos clínicos no son “cosas que se tienen dentro”, del mismo modo que se “tiene” un hueso roto, una queratosis seborreica o un virus sincitial respiratorio. Tomar el diagnóstico nosográfico como la explicación (biológica) de las experiencias y conductas suicidas es un error conceptual que bien merece un código de alarma.

Una mejor comprensión de la relación entre trastornos y comportamiento suicida sería posible si se llevaran a cabo investigaciones en

el ámbito de la epidemiología motivacional del suicidio, centradas en explorar las razones subyacentes que impulsan a las personas a desear terminar con sus vidas. Este tipo de estudios, sin embargo, no son habituales. En cambio, predomina una epidemiología diagnóstica enfocada hacia el catálogo de síntomas y enfermedades, generando un volumen de información susceptible de sesgos de interpretación y confirmación y que suele asociar el suicidio con la presencia de un diagnóstico clínico.

A falta de una epidemiología motivacional, una posible aproximación es la del análisis de notas y cartas de suicidio que recogen narrativas sobre motivos para querer morir. En un estudio realizado en 2010 se encontró que el 54 por ciento de las motivaciones suicidas se relacionaban con situaciones psicosociales (amorosas, económicas, provocadas por pérdidas, etc.), mientras que solo el 16 por ciento tenían que ver con trastornos mentales (Jiménez Félix y García Caballero, 2010). Un estudio cualitativo publicado en 2017 describió que los problemas existenciales motivaban más suicidios que los trastornos mentales (Hjelmeland y Knizek, 2017). En reciente estudio, Mejías-Martín *et al.* (2023) destacan entre las motivaciones más frecuentes las relacionadas con situaciones de salud (empeoramiento del estado funcional y aumento de la dependencia, diagnóstico reciente de cáncer, enfermedad de Alzheimer o esquizofrenia, presencia de dolor insoportable o síntomas depresivos severos), circunstancias familiares adversas (muertes de seres queridos o procesos de separación y de ruptura de la familia), dificultades económicas (quiebra, desalojo y desempleo) y problemas judiciales (órdenes de restricción, demandas y juicios).

La interpretación biomédica del vínculo entre suicidio y trastorno mental sugiere que solo una pequeña parte de los suicidios, en torno al 10 por ciento, ocurre en personas sin enfermedad mental diagnosticada. Aun aceptando esta cifra, argumentamos que, salvo en casos extremos con una clara disminución o alteración de la capacidad mental (como en episodios psicóticos agudos), la mayoría de las personas son capaces de explicar racionalmente sus motivaciones suicidas, incluso aquellas con un diagnóstico de salud mental. Concluimos este primer argumento crítico frente a las estrategias preventivas biomédicas apuntando que, aunque

la presencia de un trastorno mental (normalmente depresión) y la conducta suicida puedan relacionarse, el diagnóstico nosográfico nunca es la causa (Pridmore, 2015), ni explica la razón por la que una persona concreta desea, intenta o se quita la vida (O'Connor, 2021).

Por otro lado, es preciso poner de relieve una serie de limitaciones y riesgos que presenta el modelo biomédico para la prevención del suicidio. Sin afán de exhaustividad, se señalan aquí cuatro de sus principales problemas.

En primer lugar, la biomedicina investiga un área mínima del fenómeno del suicidio, la punta del iceberg donde la ideación suicida se solapa con un diagnóstico clínico (suicidio en depresión, suicidio en trastornos de personalidad, etc.). Este enfoque presta nula o escasa atención al resto de familias de suicidio(s) (Rendueles, 2018) o de semánticas del acto suicida (Villegas, 2023). En segundo lugar, presenta limitaciones a la hora de dialogar con el dolor concreto (idiográfico) de cada persona, y dice bastante poco acerca de cuál es el drama íntimo que hace que una determinada persona (con nombre y apellido concretos) desee poner fin a su vida. En tercer lugar, este enfoque proporciona poca orientación sobre cómo asistir o ayudar a alguien a superar una crisis suicida, limitándose a soluciones genéricas aplicables a un grupo indeterminado, como tratar los síntomas de la enfermedad mental o restringir el acceso a métodos letales (Zalsman *et al.*, 2016). Si bien estas medidas son necesarias, resultan claramente insuficientes. Un tratamiento que se centra únicamente en los síntomas apenas aborda la raíz del problema o la complejidad existencial inherente al suicidio (García Haro *et al.*, 2023a; González González *et al.*, 2021). Finalmente, el enfoque biomédico comete una doble simplificación. Primero, desconecta a la persona de sus circunstancias y sus experiencias de vida, tanto pasadas como futuras. Segundo, separa sus síntomas internos o mentales (como apatía, tristeza, alteraciones del sueño, irritabilidad, anhedonia) del contexto sociobiográfico que subyace a su sufrimiento (soledad, injusticia, maltrato, abandono, indignidad, abuso, acoso, invalidación, etc.) y que incide profundamente en su deseo de vivir, contribuyendo a la ideación suicida.

Las limitaciones mencionadas conllevan dos riesgos significativos. Por una parte, una

perspectiva estrictamente biomédica del suicidio eclipsa los factores sociales y sociopolíticos que a menudo contribuyen al sufrimiento individual y colectivo, como la pobreza, el desempleo, la discriminación, la injusticia social, la violencia, la indignidad, la explotación y otras manifestaciones de exclusión social. Por otra parte, puede funcionar como un panóptico de vigilancia que promueve un reajuste y aumento de dosis farmacológicas, ignorando así el drama existencial de la persona con ideación suicida. Esta aproximación al suicidio, lejos de disminuir su riesgo, puede incluso incrementarlo como consecuencia de los efectos adversos de la química en la biología del individuo y la consolidación de una identidad del o de la paciente centrada en la enfermedad (Rendueles, 2020).

3.2. El modelo existencial-contextual

El enfoque existencial-contextual del suicidio concede prioridad a la persona, entendiéndola en cuatro sentidos: como víctima de la emoción dolorosa, del sufrimiento o *pathos*; como agente de la acción-experiencia; como autor y protagonista de su vida y trayectoria existencial; y como centro bioético del proceso de ayuda. Esta perspectiva parte del concepto “problemas de la vida” como base experiencial-conductual del sufrimiento y de los problemas clínicos. También enfatiza la relación de acompañamiento y cuidado como eje central de la relación terapéutica y, además, coloca el foco de la ayuda en el proceso (o la conducta) suicida en sí mismo, más que en el manejo del riesgo o el tratamiento de la enfermedad mental.

Las ventajas de este modelo son varias. Primero, no se ciñe al estudio de un solo tipo o semántica de suicidio (suicidio asociado al diagnóstico psiquiátrico), sino que trata de entender la pluralidad del fenómeno desde todos los contextos institucionales que configuran la vida de las personas en una sociedad y época histórica determinadas (educación, justicia, sanidad, servicios sociales, etc.). Segundo, este enfoque adopta una perspectiva socialmente comprometida, empática y atenta a las diferencias individuales y a las variaciones culturales y geográficas del suicidio. El modelo se alinea

con la suicidología crítica o postsuicidología (Chandler, 2019; Marsh, 2020) y, como se ha mencionado, recupera la centralidad de los factores biográficos, espirituales, morales, narrativos, psicológicos, históricos, políticos, sociales, económicos, geográficos y culturales implicados en la comprensión, prevención y gestión de las crisis suicidas. Trasciende el factor nivelador del diagnóstico nosográfico y el análisis estadístico de factores de protección y riesgo.

Por otra parte, esta perspectiva subraya los aspectos sociales involucrados en el suicidio⁷. Esto no significa que el suicidio se pueda explicar únicamente por estructuras sociales objetivas adversas (Durkheim, 2004)⁸. Asimismo, considera tanto el diagnóstico como las experiencias y conductas suicidas como cuestiones que deben ser explicadas. Para ello, parte de la escala fenomenológico-conductual (biográfica) del mundo vivido de la persona y los desafíos que encuentra en su entorno. Es decir, parte de los “problemas de la vida” (Pérez-Álvarez, 2021), lo que refuerza una comprensión del suicidio como evento principalmente biográfico y no (psico)patológico.

Finalmente, este enfoque impulsa una nueva agenda de investigación, de orientación idiográfica y cualitativa (Rogers *et al.*, 2007; Rogers y Soyka, 2004; Rogers, 2001, 2003). Su objetivo es superar el predominante y omnipresente análisis nomotético y cuantitativo (estadístico, epidemiológico) de factores de riesgo y correlatos psicobiológicos cuya aportación al entendimiento del suicidio ha sido limitada, circunscribiéndose a una pequeña parte ya bien conocida del problema (González González *et al.*, 2021; White *et al.*, 2016).

En resumen, si la investigación epidemiológica tradicional toma como base el promedio grupal y utiliza la significación estadística para establecer conexiones entre variables, el modelo existencial-contextual destaca el estudio del mundo vivido o construido por la persona con ideación suicida, centrándose en su experiencia individual.

⁷ Como muestran Doblyte (2022), Fernández de Sanmamed *et al.* (2018), Markez, Gordaliza y Casus (2022), Navarrete Betancort, Herrera Rodríguez y León Pérez (2019).

⁸ Una lectura sociológica actualizada del suicidio, superadora del dualismo individuo vs. sociedad, y merecedora de más atención, procede de la mirada de Bourdieu y su noción de *hysteresis* (Doblyte, 2022).

4. ONTOLOGÍA DEL SUICIDIO: COMPRENDIENDO LA NATURALEZA DEL SUICIDIO

Los dos modelos de suicidio que se han expuesto son ontológicamente diferentes. Uno parte de una concepción sustancialista de la conducta suicida y se apoya en un modelo de ciencia positivista natural, y el otro entiende que la naturaleza del suicidio es interactiva, y lo aborda de forma transdisciplinar, desde un modelo de ciencia humana, holista o contextual (Pérez-Álvarez, 2019 y 2021).

El modelo biomédico explica que la persona con ideación suicida tendría una enfermedad mental como cualquier otra (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007), típicamente un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar o un trastorno límite de la personalidad. Esta enfermedad sería la explicación última de dicho fenómeno. La conducta suicida sería a la enfermedad mental lo que la fiebre a una infección o los temblores en reposo a la enfermedad de Parkinson. En cambio, si se entiende el suicidio, tal y como hace el modelo existencial-contextual, como una solución límite a un problema de la vida, es menos probable que se conciba como un síntoma, consecuencia o complicación derivada de una enfermedad mental. La visión de la conducta suicida como una salida intencional a una situación de crisis, ruptura y atascamiento existencial impide su comprensión como un signo médico, positivo y natural de un trastorno (García-Haro *et al.*, 2023a).

Esta dualidad de enfoques sobre el suicidio (biológico y cerebral vs. biográfico y existencial) no es nueva en el ámbito de las ciencias sociales ni tampoco se debe entender como una anomalía en las ciencias *psi*. De hecho, refleja la dualidad inherente a estas ciencias, que abarcan tanto aspectos biomédicos como contextuales (Pérez-Álvarez, 2017, 2019, 2021). Esta dualidad tiene sus raíces en la distinción filosófica fundamental entre las ciencias naturales y las ciencias sociales o humanas (Bourdieu *et al.*, 2013; Pérez Álvarez, 2021). Binomios como causas vs. razones, explicación vs. comprensión, interpretaciones mecanicistas vs. funcionales, son ejemplos representativos de los enfoques predominantes en cada uno de estos ámbitos científicos.

La siguiente cita del psiquiatra escocés Laing ilustra de forma bastante clara las implicaciones diferenciales de cada modelo en su intento de comprensión de la conducta suicida: “si estamos oyendo hablar a otra persona, podemos o bien: (a) estar estudiando la conducta verbal en función de procesos nerviosos y de todo el aparato de vocalización, o (b) estar tratando de comprender lo que está diciendo” (Laing, 1993: 17).

El modelo biomédico centra su atención en captar y tratar enfermedades desde una óptica nomotética, privilegiando la perspectiva de tercera persona y la ontología sustancialista. Por su parte, el enfoque existencial-contextual trata de comprender a la persona desde la óptica de una interacción entre el yo y su circunstancia (siempre histórica y social) donde surgen bucles problemáticos de percepción y acción que atascan y generan sufrimiento y deseos de muerte. Se trata de un enfoque idiográfico que privilegia una perspectiva de primera (mundo vivido) y de segunda persona (comprensión empática) y ponen en juego una ontología relacional o interactiva (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2018; García, 2022).

Esta dualidad de enfoques se suele entender como una dicotomía de extremos. Permite reflexionar, por ejemplo, sobre la distinción clásica entre *suicidio patológico* y *suicidio soberano* (Neira, 2017), también llamado *suicidio filosófico*. Berrios (2013) define el suicidio filosófico como el acto de poner fin a la propia vida que es llevado a cabo por sujetos sanos y en posesión íntegra de sus capacidades mentales y morales. Las definiciones y fronteras entre estos dos tipos de suicidio presentan profundas ambigüedades, relacionadas, entre otras cuestiones, con la imposibilidad de evaluar de forma objetiva los epítetos *sano*, *enfermo*, *íntegro*, *mental* o *moral*. Berrios distingue un tercer tipo de suicidio, similar a la eutanasia, denominado *suicidio racional*. Se refiere a aquel que implica una decisión “comprensible” de poner fin a la vida cuando la persona vive en un contexto de sufrimiento límite irreversible a causa de una enfermedad terminal. Entendemos que esta dicotomía, asumida por la literatura suicidológica y por los profesionales de salud mental, representa una abstracción teórica que no concuerda con la naturaleza siempre dinámica, cambiante e histórica de la vida humana. Pueden existir, en la realidad, elementos decisio-

les en el llamado suicidio patológico, y elementos del *pathos* en el suicidio soberano o filosófico. La inmensa mayoría de personas diagnosticadas de una enfermedad mental son conscientes de su decisión de suicidarse; es decir, comprenden que son agentes activos en su acción. Por más forzada que una persona se sienta a actuar de una manera determinada, salvo autoengaños o “mala fe” sartriana, sabe que su acto es una

decisión personal y no simplemente un síntoma médico. Si el suicidio se redujera a una reacción o síntoma ajeno a la capacidad de acción y decisión nos encontraríamos ante una situación paradójica pues ya no sería una conducta suicida propiamente dicha. La carta de despedida escrita por Virginia Woolf antes de su suicidio ilustra lo burdo y maniqueo de dividir las actuaciones suicidas entre sanas y enfermas (Woolf, 1975).

CUADRO 1

DIFERENCIAS CONCEPTUALES ENTRE LOS ENFOQUES BIOMÉDICO Y EXISTENCIAL-CONTEXTUAL DEL SUICIDIO

<i>Dimensiones</i>	<i>Modelo biomédico</i>	<i>Modelo existencial-contextual</i>
Concepción teórica	• Suicidio como síntoma o enfermedad (enfoque diagnosticocéntrico).	• Suicidio como acción o decisión de una persona en un contexto vital biográfico (enfoque existencial).
Fundamento teórico	• Epidemiológico estadístico (factores de riesgo y de protección; trastorno mental como principal factor de riesgo).	• Fenomenológico, contextual, funcional, existencial, constructivista (comportamiento de una persona en su contexto biográfico, espiritual, moral, narrativo, psicológico, histórico, político, socioeconómico, geográfico y cultural).
Visión de la ciencia, del mundo y de los problemas humanos	• Formista mecanicista (Pepper, 1942/1961). • Ciencia natural positivista.	• Holista funcional (Pepper, 1942/1961). • Ciencia humana (transdisciplinar, contextual).
Metodología de investigación	• Cuantitativa, nomotética, poblacional (diseño de grupos). • Ensayo controlado aleatorizado, metaanálisis.	• Mixta (cualitativa y cuantitativa), idiográfica. • Método clínico (caso único), grupo focal.
Instrumentos	• Entrevista clínica centrada en la identificación de factores de riesgo y parámetros cuantitativos de la conducta suicida. • Anamnesis y exploración psicopatológica. • Escalas de riesgo psicométricas.	• Entrevista clínica narrativa, colaborativa y fenomenológica, centrada en la evaluación funcional, el mundo vivido y el mundo construido o mundo de significados.
Evaluación	• Centrada en el riesgo. • Estimación, predicción y estratificación del riesgo (leve, moderado, alto). • Principalmente mediante escalas.	• Centrada en la comprensión del proceso o conducta suicida en sí mismos como problema vital biográfico (no como síntoma de un trastorno mental). • Principalmente mediante la entrevista funcional fenomenológica.

CUADRO 1 (CONTINUACIÓN)

DIFERENCIAS CONCEPTUALES ENTRE LOS ENFOQUES BIOMÉDICO Y EXISTENCIAL-CONTEXTUAL DEL SUICIDIO

<i>Dimensiones</i>	<i>Modelo biomédico</i>	<i>Modelo existencial-contextual</i>
Intervención	• Centrada en la toma de decisiones: derivación o ingreso. • Centrada en el tratamiento del trastorno mental (control de síntomas mediante psicofármacos). • Centrada en el manejo del riesgo (psicofármacos, vigilancia, control de métodos potencialmente letales y plan de seguridad).	• Centrada en la psicoterapia y el acompañamiento comunitario. • Centrada en el proceso o conducta suicida en sí mismo como problema vital biográfico. • Relación de cuidado y acompañamiento.
Prevención	• Predicción y prevención de trastornos y factores de riesgo. • Centrada en campañas de concienciación sobre el suicidio como síntoma, consecuencia o sinónimo de enfermedad mental (normalmente depresión). • Énfasis en la necesidad de cribado, detección, diagnóstico y tratamiento farmacológico inmediato.	• Promoción de contextos de vida saludables y factores de protección. • Centrada en campañas de concienciación sobre el suicidio como un problema humano (existencial) que puede beneficiarse de la búsqueda de ayuda (personas cercanas, grupos naturales, asociaciones, teléfonos de ayuda, profesionales).
Posvención	• Centrada en el tratamiento preventivo de síntomas de salud mental en el superviviente mediante medicación psiquiátrica.	• Centrada en la elaboración del duelo del superviviente mediante la relación de cuidado y acompañamiento.

Fuente: Modificado de García Haro *et al.* (2023a: 52-53).

En este punto, y considerando el resumen de ambos modelos presentado en el cuadro 1, surge una pregunta fundamental: ¿cuál es el enfoque científico más adecuado para estudiar la conducta suicida? La respuesta tiene implicaciones profundas, ya que influirá tanto en el tipo de investigación a realizar (¿qué temas se abordarán y con qué enfoques metodológicos?), como en el diseño de estrategias preventivas a nivel social y sanitario (¿qué acciones son las más recomendables?). En cuanto a la investigación, los dos modelos sugieren sendos escenarios: (1) un énfasis en el estudio cuantitativo de factores de riesgo, diagnósticos, correlatos biopsicológicos asociados, sustancias ingeridas, estaciones del año o días de la semana con mayor tasa de muertes, etc.; vs. 2) un foco en el análisis funcional-existencial del drama indivi-

dual. Respecto a las estrategias de prevención: (1) campañas centradas en la relación entre trastorno y suicidio, tratamientos farmacológicos para el control de síntomas y pautas de prevención estándar; vs. (2) iniciativas de concienciación sobre la importancia de la dimensión vital y biográfica del sufrimiento (problemas vitales y dinámicas yo-mundo problemáticas) y estrategias de acompañamiento y apoyo psicosocial para superar la crisis o para reavivar el deseo de vivir.

Los problemas y enfoques cuyo estudio se priorice influirán en la disminución o el incremento del estigma asociado a la salud mental, así como en los procesos de búsqueda de ayuda, tanto en el entorno cercano (familia, amigos, redes sociales) como en contextos pro-

fesionales (líneas de ayuda, servicios sociales, sistema de salud). El estigma tradicionalmente asociado a la enfermedad mental es una de las principales barreras para buscar ayuda y revelar la ideación suicida. Hay evidencia científica indicativa de que las campañas de prevención que tratan de naturalizar la conducta suicida en clave de enfermedad mental necesitada de diagnóstico y medicación no solo son ineficaces en la reducción del estigma, sino que pueden incluso aumentar el riesgo (Masedo *et al.*, 2021; Oexle *et al.*, 2017a y 2017b; Xu *et al.*, 2018).

Pensamos que las debilidades del discurso suicidológico biomédico podrían paliarse si se empezara a asumir la conducta suicida como, efectivamente, un acto de conducta (Castilla del Pino, 2000). Esto implica entender la conducta suicida como la acción o decisión de un sujeto, dependiente del contexto vital biográfico, y con dos funciones básicas: una expresiva (interactiva y comunicacional) y otra autorregulativa (Chiles, Strosahl y Roberts, 2019). Una comprensión más global de la conducta suicida debería partir de los mismos criterios epistemológicos que usamos para explicar la conducta opuesta, es decir, la voluntad de vivir (Valls Blanco, 1985).

Las profundas diferencias conceptuales (ontológicas) que existen entre los dos modelos expuestos no deberían ser un obstáculo para una colaboración sinérgica en el ámbito clínico y asistencial. Las aportaciones biomédicas, como el diagnóstico, los fármacos o la hospitalización, pueden y deben usarse siempre que sean necesarias. La cuestión central es determinar qué clase de integración conviene realizar: si incorporar la rama existencial-contextual al tronco biomédico o lo contrario. Cabe señalar que estas son dos visiones distintas que darían lugar a discursos, líneas de investigación y políticas asistenciales diferentes.

5. CONCLUSIONES

Dentro de la suicidología contemporánea conviven, entrelazados, dos modelos que son fundamentalmente antagónicos en su concepción ontológica de la naturaleza del suicidio: un modelo biomédico y uno existencial-contextual transdisciplinar. Cada uno de estos modelos activa un discurso de legitimación y una

agenda de producción de conocimiento científico diferente.

Frente al modelo biomédico, de ontología positivista, reivindicamos un enfoque existencial-contextual centrado en las personas y sus circunstancias sociobiográficas. Este enfoque se basa en los conceptos de situación límite y crisis vital como claves para la comprensión del fenómeno suicida, y tiene la ventaja de ser transversal a todas las tipologías o semánticas de suicidio. Partimos de la idea de que no es posible avanzar en la comprensión del suicidio ni pensar en intervenciones eficaces sin asumir una teoría del sujeto (Castilla del Pino, 2000). Debemos, entonces, tener en cuenta la funcionalidad (el para qué) y la semántica (el sentido) del acto suicida, ya sea desde dentro, desde la óptica y narrativa del propio sujeto, o desde fuera, desde la observación en tercera persona.

Se requiere un cambio de paradigma respecto a la caracterización, investigación, prevención y posvención del suicidio que, lejos de reducirlo al ámbito de la patología mental, lo contemple como un fenómeno complejo, multidimensional y asociado a la condición humana y a las circunstancias de vida. Este cambio de paradigma requiere pasar de una lógica que prioriza lo patológico, biológico y farmacológico, a otra que enfatiza la dimensión social, psicológica y política del suicidio, y que integre las aportaciones del modelo biomédico sin situarlas, ni teórica ni asistencialmente, por delante.

En línea con las posiciones de otros autores⁹, mantenemos que la producción de conocimiento científico apoyado en el modelo existencial-contextual, afín a la suicidología crítica, sería esencial, además, para la reflexión metacientífica transdisciplinar sobre el suicidio y para la propuesta de intervenciones intersectoriales más allá del diagnóstico y el plano sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

AL-HALABÍ, S. y FONSECA-PEDRERO, E. (2021). Suicidal behaviour prevention: The time to act is now. *Clínica y Salud*, 32(2), pp. 89-92.

⁹ Por ejemplo, Marsh (2020), White (2015) y White *et al.* (2016).

AL-HALABÍ, S. y GARCÍA-HARO, J. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. FONSECA PEDRERO (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos: adultos* (pp. 639-675). Pirámide.

AL-HALABÍ, S., GARCÍA HARO, J. M. y GUTIÉRREZ LÓPEZ, B. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida en adolescentes. En E. FONSECA PEDRERO (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp. 577-615). Pirámide.

ANTÓN, J. M. (2019). Suicidios y familias. Ingredientes en la evolución de los procesos de duelo y líneas de intervención. *REDES. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 39, pp. 83-96.

AVANCI, J. Q., GONÇAVES, A., BAHIA, C. A., SERPELONI, F., FORTES, J., PINTO, J., . . . DE ASSIS, S. G. (2018). *Violência autoprovocada na infância e na adolescência*. CNPq.

AYUSO-MATEOS, J. L., BACA-GARCÍA, E., BOBES, J., GINER, J., GINER, L., PÉREZ, V., ... RUIZ, J. (2012). Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), pp. 8-23.

BACHMANN, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), p. 1425. doi:10.3390/ijerph15071425

BERRIOS, G. E. (2013). Suicidio "filosófico": historia y epistemología. En J. GINER, A. MEDINA y L. GINER (Eds.), *Suicidio en el siglo XXI. Tratamiento, manejo clínico e investigaciones futuras* (pp. 11-18). Enfoque editorial SC.

BOURDIEU, P., CAHMBOREDON, J-C. y PASSERON, J-C. (2013). *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos* (2ª ed.). Siglo XXI.

BOUSOÑO, M., AL-HALABÍ, S., BURÓN, P., GARRIDO, M., DÍAZ-MESA, M., GALVÁN, G., GARCÍA-ÁLVAREZ, L., CARLI, V., HOVEN, C., SARCHIAPONE, M., WASSERMAN, D., BOUSOÑO, M., GARCÍA-PORTILLA, M. P. IGLESIAS, C., SÁIZ, P. A. y BOBES, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en

adolescentes (Substance use or abuse, internet use, psychopathology and suicidal ideation in adolescents). *Adicciones*, 29(2), pp. 97-104.

BRYAN, C. J. (2022). *Rethinking suicide. Why prevention fails, and how we can do better*. Oxford University Press.

BRYAN, C. J. y RUDD, M. D. (2018). *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention*. Guilford Press.

BUENO GÓMEZ, N. (2022). *Filosofía del sufrimiento*. Tirant Humanidades.

CANETTO, S. S. (2021). Language, culture, gender, and intersectionalities in suicide theory, research, and prevention: Challenges and changes. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), pp. 1045-1054.

CARLI, V., HOVEN, C. W., WASSERMAN, C., CHIESA, F., GUFFANTI, G., SARCHIAPONE, M., APTER, A., BALAZS, J., BRUNNER, R., CORCORAN, P., COSMAN, D., HARING, C., IOSUE, M., KAESS, M., KAHN, J. P., KEELEY, H., POSTUVAN, V., SAIZ, P., VARNIK, A. y WASSERMAN, D. (2014). A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), pp. 78-86.

CASTILLA DEL PINO, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Tusquets.

CHANDLER, A. (2019). Boys don't cry? Critical phenomenology, self-harm and suicide. *The Sociological Review*, 67(6), pp. 1350-1366.

CHANG, Q., YIP, P. S. y CHEN, Y. Y. (2019). Gender inequality and suicide gender ratios in the world. *Journal of Affective Disorders*, 243, pp. 297-304.

CHILES, J. A., STROSAHL, K. D. y ROBERTS, L. W. (2019). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients* (2ª ed.). American Psychiatric Association.

CHOLBI, M. (2017). Suicide. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Acceso el 20 de octubre de 2023. <https://plato.stanford.edu/entries/suicide/>

CONTESSA, J. C., PADOAN, C. S., DA SILVA, J. L. y MAGALHÃES, P. V. (2023). A Qualitative Study on Traumatic Experiences of Suicide Survivors. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 87(3), pp. 730-744.

DE LEO, D., BURGUIS, S., BERTOLTE, J. M., KERKHOF, A. J. y BILLIE-BRAHE, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis*, 27(1), pp. 4-15.

DOBLYTÉ, S. (2020). Under- or Overtreatment of Mental Distress? Practices, Consequences, and Resistance in the Field of Mental Health Care. *Qualitative Health Research*, 30(10), pp. 1503–1516.

DOBLYTÉ, S. (2021). The almighty pill and the blessed healthcare provider': Medicalisation of mental distress from an Eliasian perspective. *Social Theory & Health*, 20(4), pp. 363-379.

DOBLYTÉ, S. (2022). Why (not) suicide: Habitus in hysteresis and the space of possibles. *European Journal of Social Theory*, 25(4), pp. 614–631.

DOMARADZKI, J. (2021). The Werther Effect, the Papageno Effect or No Effect? A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), pp. 2396.

DURKHEIM, E. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología*. Losada.

FERNÁNDEZ DE SANMAMED, M. J., GARCÍA, J., MAZO, M. V., MENDIVE, J. M., SERRANO, E. y ZAPATER, F. (2018). *Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio a propósito del Código Riesgo de Suicidio*. Fòrum Català d'Atenció Primària.

FONSECA-PEDRERO, E., Díez-GÓMEZ, A., DE LA BARRERA, U., SEBASTIAN-ENESCO, C., ORTUÑO-SIERRA, J., MONTÓYA-CASTILLA, I., LUCAS-MOLINA, B., INCHAUSTI, F. y PÉREZ-ALBÉNIZ, A. (2020). Suicidal behaviour in adolescents: A network analysis. Conducta suicida en adolescentes: un análisis de redes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, S1888-9891(20)30032-X. Advance online publication.

FONSECA-PEDRERO, E., INCHAUSTI, F., PÉREZ-GUTIÉRREZ, L., ARITIO SOLANA, R., ORTUÑO-SIERRA, J.,

SÁNCHEZ-GARCÍA, M., LUCAS-MOLINA, B., DOMÍNGUEZ, C., FONCEA, D., ESPINOSA, V., GORRÍA, A., URBIOLA-MERINA, E., FERNÁNDEZ, M., MERINA DÍAZ, C., GUTIÉRREZ, C., AURES, M., CAMPOS, M. S., DOMÍNGUEZ-GARRIDO, E. y PÉREZ DE ALBÉNIZ ITURRIAGA, A. (2018). Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), pp. 76-85.

GARCÍA, P. E. (2022). *Conciencia y yo en la fenomenología de Dan Zahavi*. EUNSA.

GARCÍA-HARO, J., GARCÍA-PASCUAL, H., ARANGUREN, P., MARTÍNEZ-SALLEN, M., BLANCO, E., BARRIO-MARTÍNEZ, S. y SÁNCHEZ PÉREZ, M. (2023b). Una meditación existencial-contextual sobre el suicidio. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), pp. 117-135.

GARCÍA-HARO, J., GARCÍA-PASCUAL, H. y GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), pp. 381-400.

GARCÍA-HARO, J. M., GARCÍA-PASCUAL, H., GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M., SÁNCHEZ PÉREZ, M. T. y BARRIO-MARTÍNEZ, S. (2020a). Abordaje y prevención del comportamiento suicida en el sistema sanitario español: enfoque, límites y riesgos. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 17(1), pp. 56-81.

GARCÍA-HARO, J., GARCÍA-PASCUAL, H., MARTÍNEZ SALLEN, M., ARANGUREN RICO, P. y SÁNCHEZ PÉREZ, M. T. (2022). A contracorriente: repensar la relación entre trastorno mental y suicidio desde los problemas de la vida. *Ábaco*, 4(114), pp. 70-88.

GARCÍA HARO, J., GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M., FONSECA PEDRERO, E. y AL-HALABÍ, S. (2023a). Conceptualización de la conducta suicida. En S. AL-HALABÍ y E. FONSECA-PEDRERO (Coords.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 31-68). Pirámide.

GARCÍA-HARO, J., GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M. y GARCÍA-PASCUAL, H. (2018). Dos modelos de crisis suicida. Una perspectiva clínica. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), pp. 167-185.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M., GARCÍA-HARO, J. y GARCÍA-PASCUAL, H. (2019). Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), pp. 15-31.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M., GARCÍA-HARO, J. M., GARCÍA-PASCUAL, H., SÁNCHEZ PÉREZ, M. T., BARRIO-MARTÍNEZ, S. y VOCES OVIEDO, J. (2021). Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención. *Clínica Contemporánea*, 1(12), pp. 1-10.

GONZÁLEZ PARDO, H. y PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Alianza Editorial.

GONZÁLEZ-ORTIZ, G. (2019). Informar sobre el suicidio: rigor, respeto y responsabilidad. *Cuadernos de Periodistas*, 39, pp. 31-41.

GOODFELLOW, B., KÖLVES, K. y DE LEO, D. (2019). Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(2), pp. 488-504.

HACKING, I. (1995). The looping effects on human kinds. En D. SPERBER, D. PREMACK y A. PREMACK (Eds.), *Causal Cognition: An interdisciplinary approach* (pp. 351-183). Oxford University Press.

HAGAMAN, A. K. (2017). *Hidden Death and Social Suffering: A Critical Investigation of Suicide, Death Surveillance, and Implications for Addressing a Complex Health Burden in Nepal*. Arizona State University.

HJELMELAND, H. y KNIZEK, B. L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death studies*, 41(8), pp. 481-492.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2023). *Estadística sobre defunciones por causas de muerte 2022*. Datos provisionales. Notas de prensa 27 de junio de 2023. <https://www.ine.es/>

JIMÉNEZ FÉLIZ, J. y GARCÍA CABALLERO, A. (2010). Características forenses, psicológicas y lingüísticas de una muestra de notas suicidas en Galicia. *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*, 17, pp. 31-47.

KHAN, M. M. y HYDER, A. A. (2006). Suicides in the Developing World: Case Study from Pakistan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(1), pp. 76-81.

LAING, R. D. (1993). *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. Fondo de Cultura Económica.

LASO, E., CONTERAS, K. A. y MACÍAS-ESPARZA, L. K. (2023). Entre la culpa y la vergüenza: Una aproximación al suicidio desde una perspectiva de género en clave emocional. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), pp. 47-70.

MARKEZ, I., GORDALIZA, A. y CASUS, P. (2022). Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), pp. 187-205.

MARSH, I. (2020). The Social Production of Psychocentric Knowledge in Suicidology. *A Journal of Knowledge, Culture and Policy*, 34(6), pp. 544-554.

MASEDO, A., GRANDÓN, P., SALDIVIA, S., VIELMA-AGUILERA, A., CASTRO-ALZATE, E. S., BUSTOS, C., ROMERO-LÓPEZ-ALBERCA, C., PENA-ANDREU, J. M., XAVIER, M. y MORENO-KÜSTNER, B. (2021). A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC medical education*, 21(1), p. 324.

MAUNG, H. H. (2020). Pluralism and incommensurability in suicide research. *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences*, 101247.

MEJÍAS-MARTÍN, Y., MARTÍ-GARCÍA, C., RODRÍGUEZ-MEJÍAS, Y., ESTEBAN-BURGOS, A. A., CRUZ-GARCÍA, V. y GARCÍA-CARO, M. P. (2023). Understanding for Prevention: Qualitative and Quantitative Analyses of Suicide Notes and Forensic Reports. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2281.

MENÉNDEZ OSORIO, F. (2018). El saber psicopatológico y sus instrumentos. El constructo de salud, enfermedad y estigma. *Revista Anales de la Fundación Canis Majoris*, 3, pp. 171-197.

MENÉNDEZ OSORIO, F. (2020). Suicidio: clínica o voluntad de morir. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 17(1), pp. 10-26.

MORENO, A., LOSTAO, L. y REGIDOR, E. (2023). Características sociodemográficas y tendencia de los problemas de salud mental en España. *Panorama Social*, 38.

NAVARRETE BETANCORT, E. M., HERRERA RODRÍGUEZ, J. y LEÓN PÉREZ, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), pp. 193-214.

NAVÍO ACOSTA, M. y PÉREZ SOLA, V. (2020) (Coords.). Depresión y suicidio 2020. *Documento estratégico para la promoción de la salud mental*. Wecare-U.

NEIRA, H. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. Ideas y valores: *Revista Colombiana de Filosofía*, 66(164), pp. 151-179.

NIEDERKROTENTHALER, T., GUNNELL, D., ARENSMAN, E., PIRKIS, J., APPLEBY, L., HAWTON, K., . . . ICSPRC. (2020). Suicide Research, Prevention, and COVID-19. *Crisis*, 41(5), pp. 321-330.

O'CARROLL, P. W., BERMAN, A. L., MARIS, R. W., MOSCICKI, E. K., TANNEY, B. L. y SILVERMAN, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & life-threatening behavior*, 26(3), pp. 237-252.

O'CONNOR, R. (2021). *When it is darkest. Why people die by suicide and what we can do to prevent it*. Vermilion.

OEXLE, N., AJDACIC-GROSS, V., KILIAN, R., MÜLLER, M., RODGERS, S., XU, Z., RÖSSLER, W. y RÜSCH, N. (2017a). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(1), pp. 53-60.

OEXLE, N., RÜSCH, N., VIERING, S., WYSS, C., SEIFRITZ, E., XU, Z. y KAWOHL, W. (2017b). Self-stigma and suicidality: A longitudinal study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(4), pp. 359-361.

OMS (1986). *Summary Report. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide*. WHO Regional Office for Europe.

OMS (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Panamericana de la Salud.

OMS (2015). Suicide Data. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

OMS (2018). World Health Statistics data visualizations dashboard (Target 3.4 Suicide). <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>

OMS (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. World Health Organization.

PEPPER, S. C. (1961). *World hypotheses. A study in evidence*. University of California Press.

PÉREZ-ÁLVAREZ, M. (2017). El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 14(1), pp. 32-52.

PÉREZ-ÁLVAREZ, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40, pp. 1-14.

PÉREZ-ÁLVAREZ, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. Más allá de la corriente principal*. Alianza.

PÉREZ-ÁLVAREZ, M. y GARCÍA-MONTES, J. M. (2018). Evaluación fenomenológica más allá de los síntomas. En E. FONSECA-PEDRERO (Coord.), *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico* (pp. 331-363). Pirámide.

PONTE DE SOUZA, M. L. y YAMALL ORELLANA, J. D. (2018). Qualidade do registro de óbitos por suicídio em município amazônico com alta proporção de autodeclarados indígenas. En D. DURAN GUTIERREZ y J. H. DE SOUZA RIBEIRO. *Suicídio: Diálogos interdisciplinares* (pp. 75-94). EDUA Digital.

PRIDMORE, S. (2015). Mental disorder and suicide: a faulty connection. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(1), pp. 18-20.

RENDUELES, G. (2018). *Suicidio(s)*. Grupo 5.

RENDUELES, G. (2020). La utopía del prevenir: ¿un bello día, un mundo libre de suicidios? *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 17(1), pp. 27-55.

RODRÍGUEZ, A. E. (2022). *Análisis de contenido de El Diario sobre noticias de suicidio en el 2019 frente a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación. Universidad Católica de Pereira.

ROGERS, J. R. (2001). Theoretical grounding: The "missing link" in suicide research. *Journal of Counseling & Development*, 79, pp. 16-25.

ROGERS, J. R. (2003). The anatomy of suicidology: a psychological science perspective on the status of suicide research. 2002 Shneidman Award Address. *Suicide & life-threatening behavior*, 33(1), pp. 9-20.

ROGERS, J. R. y SOYKA, K. M. (2004). "One size fits all": An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, pp. 7-22.

ROGERS, J. R., BROMLEY, J. L., McNALLY, C. J. y LESTER, D. (2007). Content analysis of suicide notes as a test of the motivational component of the existential-constructivist model of suicide. *Journal of Counseling and Development*, 85, pp. 182-188.

RUDD, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. En T. E. (Ed.), *Cognition and suicide: theory, research and therapy* (pp. 355-368). American Psychological Association.

SILVERMAN, M. M., BERMAN, A. L., SANDDAL, N. D., O'CARROLL, P. W. y JOINER, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(3), pp. 248-263.

SILVERMAN, M. M., BERMAN, A. L., SANDDAL, N. D., O'CARROLL, P. W. y JOINER, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related

ideations, communications, and behaviors. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(3), pp. 264-277.

VALLS BLANCO, J. M. (1985). Suicidio e identidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 5(12), pp. 29-36.

VÄRNIK, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), pp. 760-771.

VILLAR CABEZA, F. (2022). *Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia*. Herder.

VILLEGAS, M. (2023). Semántica del suicidio. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), pp. 11-35.

VITENTI, L. (2016). *Los pueblos indígenas americanos y la práctica del suicidio*. Una reseña crítica. Prometeo.

WASSERMAN, D. (Ed.) (2021). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (2ª ed.). Oxford University Press.

WHITE, J. (2015). Shaking Up Suicidology. *Social Epistemology Review and Reply Collective*, 4(6), pp. 1-4.

WHITE, J., MARSH, I., KRAL, M. J. y MORRIS, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology. Transforming suicide research and preventive for the 21st century*. UBC Press.

WOOLF, L. (1975). *La muerte de Virginia Woolf*. Lumen.

WOOLF, V. (2006). *La señora Dalloway*. Alianza.

XU, Z., MÜLLER, M., LAY, B., OEXLE, N., DRACK, T., BLEIKER, M., LENGELER, S., BLANK, C., VETTER, S., RÖSSLER, W. y RÜSCH, N. (2018). Involuntary hospitalization, stigma stress and suicidality: A longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(3), pp. 309-312.

ZALSMAN, G., HAWTON, K., WASSERMAN, D., VAN HEERINGEN, K., ARENSMAN, E., SARCHIAPONE, M., CARLI, V., HÖSCHL, C., BARZILAY, R., BALAZS, J., PUREBL, G., KAHN, J. P., SÁIZ, P. A., LIPSICAS, C. B., BOBES, J., COZMAN, D., HEGERL, U. y ZOHAR, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The lancet. Psychiatry*, 3(7), pp. 646-659.

Características sociodemográficas y tendencia de los problemas de salud mental en España en las dos primeras décadas del siglo XXI

ALMUDENA MORENO*, LOURDES LOSTAO** Y ENRIQUE REGIDOR***

RESUMEN

Los instrumentos de medida para evaluar la magnitud y tendencia de los problemas de salud mental en la población son diversos. La definición operacional de los problemas de salud mental difiere de unos instrumentos a otros, por lo que su cuantificación varía en función del instrumento empleado. En este trabajo se han utilizado los datos proporcionados por las encuestas de salud por entrevista de ámbito nacional, con el objetivo de estimar la evolución de la salud mental en la población española según diversas características sociodemográficas. En el caso del suicidio, se ha utilizado la información proporcionada por la estadística de defunciones según la causa de la muerte.

en EE. UU. señalan que aproximadamente una cuarta parte de los adultos en ese país sufre una enfermedad mental, y casi la mitad desarrollará al menos una enfermedad mental durante toda su vida (Kessler *et al.*, 2005).

Hay numerosas pruebas empíricas acerca de la asociación entre las enfermedades mentales y las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, el asma, la epilepsia y el cáncer (Chapman *et al.*, 2005; Evans *et al.*, 2005). Esa asociación es especialmente evidente entre las personas con enfermedades mentales más graves e incapacitantes, que corren el riesgo de morir prematuramente por enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas. Asimismo, las tasas de lesiones intencionales –suicidio y homicidio– y no intencionales –vehículo motorizado–, son entre dos y seis veces mayores entre las personas con enfermedad mental que entre la población total (Hiroeh *et al.*, 2001, Wan *et al.*, 2006). La enfermedad mental también se asocia con el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol (Lasser *et al.*, 2000).

Las enfermedades mentales causan más discapacidad en los países desarrollados que cualquier otro grupo de enfermedades, incluyendo el cáncer y las enfermedades del corazón (World Health Organization, 2004). Por ese motivo, la Región Europea de la OMS ha

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales constituyen un importante problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada ocho personas en el mundo vive con una enfermedad mental. Algunas estimaciones

* Universidad Pública de Navarra.

** Universidad Pública de Navarra (llostao@unavarra.es).

*** Universidad Complutense de Madrid y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (Madrid).

identificado la salud mental como una prioridad clave en su *European Programme of Work, 2020-2025 'United Action for Better Health'*. Mediante una Coalición de Salud Mental de los países de la Región Europea, la OMS considera que se cambiará la forma en que las sociedades de estos países se enfrentan con la salud mental, ayudándoles también a mejorar la forma en la que sus servicios de salud trabajan con las personas y las comunidades para mejorar su salud mental (WHO Regional Office for Europe, 2020)

El objetivo de este trabajo consiste en mostrar la evolución de diversos indicadores de salud mental en la población en España. Se utiliza para ello como fuente de información las encuestas nacionales de salud por entrevista. Por otra parte, la estadística de defunciones según causa de muerte permite trazar la evolución del suicidio. La información se ofrece desagregada según diversas características demográficas y sociales.

2. MONITORIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Los gobiernos y las instituciones públicas y privadas en diferentes países han desarrollado o están desarrollando infraestructuras para recoger información de manera sistemática, con el propósito de integrar, procesar, analizar, interpretar y publicar datos sobre salud mental de la población. Estos datos deberían ofrecer información acerca de cuál es la situación y la tendencia en salud mental en cada ámbito geográfico y político-administrativo concreto, posibilitando así la evaluación de medidas de prevención, promoción y asistencia sanitaria en salud mental. La implementación de la infraestructura mencionada requiere dos pasos previos: en primer lugar, identificar los indicadores o medidas de salud mental; y, en segundo lugar, poner en marcha el sistema de recogida de datos que permita obtener esos indicadores. Solo de esa forma es posible la realización de comparaciones entre diversas áreas geográficas y a lo largo del tiempo.

Sin embargo, el logro de tales objetivos no siempre es posible. El traslado de las defi-

niciones conceptuales sobre enfermedades o trastornos mentales a términos operacionales conlleva gran dificultad. Y la forma de solventar esa dificultad puede variar de unas instituciones a otras. De ahí que la definición operacional pueda no coincidir en los instrumentos de medida que se emplean en diferentes territorios o instituciones. Por ejemplo, la medición de la depresión puede realizarse de una forma en un país, pero de otra distinta en otro país. Incluso, en un mismo país o en cualquier otro ámbito político-administrativo, el instrumento de medida de la depresión puede cambiar a lo largo del tiempo. Esto se debe a que la definición operacional para la medición de un trastorno de salud mental puede sustituirse por otra considerada más válida. Cuando así ocurre, se mejora la aproximación a la verdadera magnitud del trastorno, pero se pierde la posibilidad de valorar su tendencia. Por ese motivo, la elección entre uno u otro instrumento de medida es difícil. A menudo hay que elegir entre acercarse a un conocimiento válido de la magnitud de un problema de salud mental en un momento dado, a costa de renunciar a saber si su magnitud ha variado a lo largo del tiempo; o bien optar por un conocimiento de su tendencia, renunciando a saber la verdadera magnitud del problema.

En otras ocasiones la aproximación a la cuantificación de un problema de salud mental se realiza con instrumentos de medida distintos. Esta circunstancia contribuye a la confusión, tanto de los profesionales, como de las personas encargadas de la toma de decisiones en relación con los programas de salud mental. Sirva de ejemplo un trabajo acerca de la evolución de la salud mental en la población adulta en edad laboral en Inglaterra, entre 1991 y 2010, en el que se ofrecen estimaciones de sucesivas encuestas nacionales de salud realizadas en varios años (Katikireddi *et al.*, 2012). La medida de la salud mental se basó en el cuestionario de 12 ítems para detectar trastornos mentales comunes como ansiedad y depresión (GHQ-12 es el acrónimo en inglés). La frecuencia de problemas de salud mental fue prácticamente la misma en 1991 y en 2010, 16,0 por ciento y 15,5 por ciento, respectivamente. Sin embargo, la evidencia de ausencia de variación en la prevalencia de problemas mentales en la población inglesa choca con las observaciones realizadas mediante la encuesta de morbilidad psiquiátrica en 1993, 2000, 2007 y 2014. Esta encuesta, que reco-

gió la información mediante entrevistas clínicas estructuradas, indicó una tendencia ascendente de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión (McManus *et al.*, 2014). Los hallazgos contradictorios entre ambos estudios en torno a la evolución de la prevalencia de problemas de salud mental en Inglaterra reflejan una circunstancia habitual que se produce cuando se utilizan instrumentos de medida diferentes para medir un mismo fenómeno.

La variedad de instrumentos de medida de los problemas de salud mental puede contribuir a explicar la heterogeneidad de resultados en la prevalencia de trastornos mentales entre unos lugares y otros. Es el caso de los hallazgos obtenidos en un trabajo de revisión sistemática sobre la prevalencia de trastornos mentales comunes. Los estudios analizados abarcaron el periodo de 1980 a 2013. Los autores del trabajo revisaron 174 estudios procedentes de 63 países. El rango intercuartílico en la prevalencia de trastornos mentales oscilaba entre el 12,3 por ciento y el 24,3 por ciento (Steel *et al.*, 2014). Una amplitud similar se encontró en otro trabajo que evaluó la prevalencia de trastornos mentales mayores en diferentes estudios procedentes de 28 países (Kessler *et al.*, 2009).

En cualquier caso, la variedad de instrumentos de medida no tiene por qué ser la única razón de la heterogeneidad de hallazgos en la frecuencia de problemas de salud mental. Así, por ejemplo, la estimación de la prevalencia de depresión en los países de la Unión Europea, a través de la Encuesta Europea de Salud de 2014, reveló que la prevalencia era tres veces más alta en unos países que en otros (OECD, 2017). Y algo similar pudo observarse en la Encuesta Europea de Salud de 2019. La prevalencia de depresión declarada por los entrevistados osciló entre el 2,5 por ciento en Chipre y el 2,7 por ciento en Grecia, y el 10,5 por ciento en Suecia y el 10,8 por ciento en Francia. La prevalencia en España se situó en 4,8 por ciento. Dado que se utilizó el mismo cuestionario, es posible que esas importantes diferencias se deban a diferencias culturales en torno al significado de la enfermedad mental.

En líneas generales, las encuestas generales de población se utilizan para estimar la prevalencia de ciertos síntomas de enfermedades mentales en las poblaciones y, al repetir las encuestas a lo largo del tiempo, se pueden

usar para detectar y caracterizar tendencias. Las encuestas no se pueden utilizar para diagnosticar trastornos mentales con el mismo nivel de especificidad que un examen clínico individual realizado por un psiquiatra experimentado u otro profesional de la salud mental. En su lugar, estas encuestas recopilan información sobre una variedad de manifestaciones subjetivas de alteraciones en el pensamiento, el estado de ánimo, el comportamiento y la angustia.

Hay dos formas de estimar la prevalencia de problemas de salud mental a partir de las encuestas de población. En primer lugar, mediante la utilización de preguntas para averiguar la presencia o no de trastornos mentales comunes. Las estimaciones de estas encuestas varían según los síntomas que se recopilan y la forma en que se corresponden con varias enfermedades mentales definidas. La otra opción es la inclusión de cuestionarios de salud mental que han sido validados empíricamente para distinguir entre personas con y sin enfermedades mentales específicas o angustia psicológica general. Por los motivos antes mencionados, las estimaciones realizadas de una y de otra forma en una determinada población no pueden compararse, como tampoco pueden compararse las estimaciones realizadas en distintas poblaciones. En cambio, la utilización de las mismas preguntas y el mismo cuestionario en una población, a lo largo del tiempo, permite detectar y caracterizar tendencias en la carga de problemas de salud mental en esa población.

En el presente trabajo, los datos sobre los indicadores de salud proceden de las Encuestas Nacionales de Salud de 2006, 2011 y 2017, y de las Encuestas Europeas de Salud en España de 2014 y 2020, elaboradas por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística (INE). Estas encuestas obtienen información de los individuos sobre su estado de salud, el uso que realizan de los servicios sanitarios y los determinantes de la salud –sociales, ambientales y de estilos de vida–, que van más allá del sistema sanitario¹.

El marco muestral de las Encuestas Nacionales de Salud es la población española no institucionalizada. El diseño muestral de estas encuestas se lleva a cabo en tres etapas. Las unidades de primera etapa son las seccio-

¹ Aunque no en todas las encuestas se recogió información de los indicadores analizados.

nes censales estratificadas por el tamaño de la población del municipio de residencia. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Las unidades de tercera etapa se seleccionan a partir de la relación de personas encuestables en la vivienda en el momento de la realización de la entrevista. Dentro de cada hogar se selecciona a un adulto –15 o más años– para cumplimentar el Cuestionario de Adultos y, en caso de que hubiera menores –de 0 a 14 años–, se selecciona asimismo un menor para cumplimentar el Cuestionario de Menores. El diseño muestral es similar en el caso de las Encuestas Europeas de Salud en España, con la excepción de que estas solo se dirigen a la población adulta.

Los datos sobre suicidio proceden de la estadística de causas de muerte elaborada por el INE. Cuando se produce el fallecimiento de una persona por muerte natural, el médico correspondiente emite el Certificado Médico de Defunción/ Boletín Estadístico de Defunción, y lo facilita a los familiares o al personal autorizado. Este documento se entrega en la Oficina del Registro Civil de la localidad donde debe inscribirse la defunción y expedirse la licencia de enterramiento o la autorización para la incineración del cadáver. El INE recibe la información sobre defunciones de los encargados de los Registros Civiles y, a partir de esa información, elabora anualmente la estadística de causas de muerte.

En el caso de muertes por causas no naturales –muertes violentas o sospechosas de criminalidad–, el médico no emite el Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción, sino que informa del fallecimiento al juzgado. Una vez que el juez ha determinado la causa de la muerte, en el juzgado se cumplimenta el Boletín Estadístico de Defunción Judicial con los datos necesarios para que se ordene la inscripción de la defunción en el Registro Civil, que, a su vez, transfiere el Boletín Estadístico de Defunción Judicial al INE, con el fin de que la información se incorpore a la estadística de causas de muerte.

3. TRASTORNOS MENTALES COMUNES EN ESPAÑA

Los trastornos mentales comunes se refieren a los trastornos depresivos y los trastornos

de ansiedad. Estos trastornos son altamente prevalentes en la población –lo que justifica el calificativo de “comunes”– y repercuten en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad –de leves a severos– y duración –de meses a años– (OPS, 2017). Los trastornos mentales comunes causan angustia emocional marcada e interfieren con la función diaria, pero no suelen afectar a la percepción o cognición. Por lo general, estos trastornos son menos incapacitantes que los principales trastornos psiquiátricos. No obstante, su mayor prevalencia significa que el coste para la sociedad es grande.

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo, rendir en sus estudios o hacer frente a su vida cotidiana. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y una preocupación excesivos, así como por trastornos del comportamiento. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importantes.

En las encuestas de salud se pregunta a cada uno de los entrevistados seleccionados en la muestra: “¿Ha padecido alguna vez depresión?”. En caso de respuesta afirmativa, se pregunta: “¿La ha padecido en los últimos doce meses?” y “¿Le ha dicho un médico que la padece?”. Análogamente, se pregunta a los entrevistados si han padecido alguna vez ansiedad crónica. En caso de respuesta afirmativa, se les plantean las siguientes preguntas: “¿La ha padecido en los últimos doce meses?” y “¿Le ha dicho un médico que la padece?”. En el presente trabajo se considera que un sujeto padece depresión/ansiedad si la ha padecido en los últimos doce meses y un médico le ha comunicado el diagnóstico.

El cuadro 1 permite observar que el porcentaje de personas con depresión aumentó en 2014 con respecto a 2011, si bien luego su magnitud descendió en 2017 y 2020. El porcentaje de población española con depresión en 2011 y 2020 fue, respetivamente, del 5,9 por ciento y del 5,3 por ciento. Ese porcentaje es

CUADRO 1

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN*, SEGÚN SEXO Y EDAD (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	5,9	6,9	6,7	5,3
Sexo				
Hombres	3,0	3,9	4,0	3,2
Mujeres	8,7	9,7	9,2	7,2
Edad				
15-24	0,7	1,2	1,2	1,5
25-34	2,1	3,1	3,0	2,4
35-44	3,8	4,6	4,2	3,1
45-54	6,2	7,1	6,5	5,3
55-64	10,2	10,4	10,1	6,9
65-74	11,1	11,3	10,6	8,5
75 o más	11,1	13,5	13,0	10,9

* A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez depresión?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece depresión si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

más alto en mujeres que en hombres. En 2020, el 7,2 por ciento de las mujeres frente al 3,2 por ciento de los hombres manifestaba haber padecido depresión en el último año. El porcentaje de personas con depresión muestra la magnitud más baja en los sujetos jóvenes, y la más alta en los sujetos mayores. En 2020, el 1,5 por ciento

de las personas de 15 a 24 años frente al 10,9 por ciento de las personas de 75 o más años manifestaban padecer depresión.

El cuadro 2 muestra un gradiente socioeconómico inverso en la magnitud de ese porcentaje. En 2020, el 13,1 por ciento de las personas

CUADRO 2

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE OCUPACIONAL (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	5,9	6,9	6,7	5,3
Nivel de estudios				
Sin estudios	13,3	16,4	15,1	13,1
Primer grado	10,4	9,5	10,7	7,3
2º grado, primer ciclo	5,8	6,0	5,9	5,3
2º grado, segundo ciclo	3,4	4,7	4,9	4,3
Tercer grado	2,1	3,0	2,6	2,2
Clase social**				
I	2,7	2,8	2,9	2,8
II	4,5	5,0	4,3	3,4
III	4,6	5,3	5,5	4,8

CUADRO 2 (CONTINUACIÓN)

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE OCUPACIONAL (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Clase social**				
IV	5,5	7,4	6,3	5,4
V	6,6	8,0	8,3	5,9
VI	8,7	10,3	8,5	7,7

* A los entrevistados se les pregunta: “¿Ha padecido alguna vez depresión?”. En caso de respuesta afirmativa se pregunta: “¿La ha padecido en los últimos doce meses?” y “¿Le ha dicho un médico que la padece?”. Se considera que un sujeto padece depresión si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

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

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

sin estudios, frente al 2,2 por ciento de las personas con estudios de tercer grado, reconocían sufrir depresión. Atendiendo a la clase social, el 7,7 por ciento de las personas ubicadas en la clase más baja, frente al 2,8 por ciento de las pertenecientes a la clase más alta, padecían depresión. El cuadro 3 indica la relación entre esta variable y el tamaño de los municipios de residencia. Llama la atención que las personas residentes en municipios de más de 400.000

habitantes mostraban la menor frecuencia de depresión.

En el cuadro 4 se observa que el porcentaje de personas con ansiedad fue muy similar en los años 2011, 2014 y 2017 –alrededor del 6,7 por ciento–, y descendió al 5,8 por ciento en 2020. De nuevo, ese porcentaje es más alto en mujeres que en hombres. En 2020, el 8,1 por ciento de las mujeres frente al 3,5 por ciento

CUADRO 3

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN*, SEGÚN TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	5,9	6,9	6,7	5,3
Municipio de residencia				
Hasta 10.000 habitantes	5,9	7,3	7,7	5,2
10.001-50.000 habitantes	6,7	6,8	6,5	5,7
50.001-100.000 habitantes	5,5	7,8	5,8	5,6
100.001- 400.000 habitantes	6,2	6,7	7,0	5,5
Más de 400.000 habitantes	4,5	6,2	6,1	4,3

* A los entrevistados se les pregunta: “¿Ha padecido alguna vez depresión?”. En caso de respuesta afirmativa se pregunta: “¿La ha padecido en los últimos doce meses?” y “¿Le ha dicho un médico que la padece?”. Se considera que un sujeto padece depresión si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 4

PORCENTAJE DE ADULTOS CON ANSIEDAD*, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	6,7	6,8	6,7	5,8
Sexo				
Hombres	3,5	4,0	4,3	3,5
Mujeres	9,7	9,6	9,1	8,1
Edad				
15-24	1,7	2,3	2,1	2,6
25-34	3,3	4,1	4,8	3,8
35-44	5,9	5,7	5,7	4,8
45-54	8,0	7,7	7,8	6,7
55-64	10,3	10,5	9,8	7,5
65-74	10,0	9,7	8,3	8,1
75 o más	9,7	8,9	8,7	7,3

* A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez ansiedad crónica?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece ansiedad si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

de los hombres manifestaba haber padecido ansiedad en el último año. El porcentaje más bajo corresponde a los entrevistados jóvenes, y el más alto, a los mayores. En 2020, el 2,6 por ciento de las personas de 15 a 24 años frente al 7,3 por ciento de las personas de 75 o más años manifestaban padecer ansiedad.

Los datos recogidos en el cuadro 5 también indican un gradiente socioeconómico inverso en la magnitud del porcentaje de prevalencia de ansiedad. En 2020, el 11,0 por ciento de las personas sin estudios, frente al 3,0 por ciento de las que contaban con estudios universitarios, manifestaban padecer ansiedad. El porcentaje

CUADRO 5

PORCENTAJE DE ADULTOS CON ANSIEDAD*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE SOCIAL (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	6,7	6,8	6,7	5,8
Nivel de estudios				
Sin estudios	11,8	13,1	11,3	11,0
Primer grado	10,2	8,2	9,2	7,4
2º grado, primer ciclo	6,9	7,4	7,0	6,3
2º grado, segundo ciclo	4,8	5,2	5,4	5,3
Tercer grado	3,6	3,6	3,9	3,0
Clase social*				
I	4,0	3,7	3,9	3,3
II	6,2	5,5	4,8	4,7
III	5,8	5,1	6,0	5,5

CUADRO 5 (CONTINUACIÓN)

PORCENTAJE DE ADULTOS CON ANSIEDAD*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE SOCIAL (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Clase social*				
IV	6,3	7,4	6,4	5,6
V	7,2	7,9	7,6	6,3
VI	8,9	9,4	8,7	8,2

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

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

de personas que padecían ansiedad ascendía al 8,2 por ciento de los entrevistados procedentes de la clase social más baja, más del doble que entre los pertenecientes a la clase social más alta (3,3 por ciento). El cuadro 6 permite observar que, en todos los años, el porcentaje de personas con ansiedad es menor entre los residentes en los municipios con más de 400.000 habitantes.

Dado que las personas de mayor edad presentan las frecuencias más altas de depresión y de ansiedad, y puesto que la proporción de estas per-

sonas es mayor en el grupo de quienes ostentan menor nivel de estudios y viven en los municipios con menos población, cabría pensar que la edad es la variable clave. Sin embargo, el análisis por grupos de edad no respalda esta hipótesis. Según los datos incluidos en el cuadro 7, en los diferentes grupos de edad se reproduce el patrón observado para el conjunto de la población, con la excepción de los entrevistados entre 15 y 44 años. En este grupo de edad, las menores frecuencias de depresión y ansiedad se observan entre los residentes de los municipios menos poblados.

CUADRO 6

PORCENTAJE DE ADULTOS CON ANSIEDAD*, SEGÚN TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	6,7	6,8	6,7	5,8
Municipio de residencia				
Hasta 10.000 habitantes	6,7	6,8	6,8	5,2
10.001-50.000 habitantes	8,0	6,7	6,8	6,5
50.001-100.000 habitantes	5,6	7,6	6,3	6,1
100.001- 400.000 habitantes	7,4	7,0	7,5	6,2
Más de 400.000 habitantes	4,9	6,2	5,9	5,1

* A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez ansiedad crónica?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece ansiedad si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 7

PORCENTAJE DE ADULTOS CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS, CLASE SOCIAL Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA, POR GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2020)

	Depresión			Ansiedad		
	15-44	45-64	65 y más	15-44	45-64	65 y más
Nivel de estudios						
Sin estudios	4,3	13,5	14,0	4,1	15,0	10,7
Primer grado	2,5	7,3	9,4	5,3	8,6	7,5
2º grado, primer ciclo	3,1	7,2	8,2	5,0	7,8	6,9
2º grado, segundo ciclo	2,4	5,8	8,4	3,7	7,2	6,9
Tercer grado	1,4	2,6	4,3	2,4	3,4	4,0
Clase social**						
I	2,0	2,8	4,6	2,7	3,6	4,2
II	1,1	3,8	8,0	3,1	5,9	6,2
III	2,6	5,1	8,7	4,1	6,0	7,5
IV	1,4	5,8	11,2	2,9	7,4	7,8
V	2,4	7,2	10,3	4,2	8,0	7,8
VI	4,7	9,5	11,7	5,5	10,3	11,0
Municipio de residencia						
Hasta 10.000 habitantes	1,7	5,4	9,6	3,2	6,2	6,6
10.001- 50.000 habitantes	2,5	6,8	11,1	4,1	8,1	9,2
50.001-100.000 habitantes	2,8	5,8	12,0	4,1	7,0	9,2
100.001-400.000 habitantes	2,3	7,0	9,1	4,3	7,4	8,0
Más de 400.000 habitantes	2,8	4,4	7,2	3,6	6,1	6,4

*A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez depresión?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece depresión si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

A los entrevistados se les pregunta: "¿Ha padecido alguna vez ansiedad crónica?". En caso de respuesta afirmativa se pregunta: "¿La ha padecido en los últimos doce meses?" y "¿Le ha dicho un médico que la padece?". Se considera que un sujeto padece ansiedad si la ha padecido en los últimos doce meses y le ha dicho un médico que la padece.

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

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

En las encuestas de salud también se obtiene información de la salud mental del adulto a través del *Cuestionario de Salud General* de 12 preguntas –GHQ12–. El GHQ es un test autoadministrado que detecta los trastornos psiquiátricos no psicóticos (Goldberg, 1972). Explora síntomas subjetivos de distrés psicológico y manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad, depresión,

dificultades de relación y de cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales. Sintetiza, por tanto, la evaluación que hace la persona de su estado de bienestar general. Es un instrumento de cribado y no de diagnóstico. Al principio se utilizó en contextos como la atención primaria, pero también en población general (Goldberg y Williams, 1988). Aunque la versión original contenía 60 preguntas,

RECUADRO 1

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (12 PREGUNTAS)*¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?*

0. Mejor que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos que lo habitual; 3. Mucho menos que lo habitual.

¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

0. Más útil que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos útil que lo habitual; 3. Mucho menos útil que lo habitual.

¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

0. Más capaz que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos capaz que lo habitual; 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

0. Más que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos que lo habitual; 3. Mucho menos que lo habitual.

¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

0. Más capaz que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos capaz que lo habitual; 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

0. No, en absoluto; 1. No más que lo habitual; 2. Algo más que lo habitual; 3. Mucho más que lo habitual.

¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

0. Más feliz que lo habitual; 1. Igual que lo habitual; 2. Menos feliz que lo habitual; 3. Mucho menos feliz que lo habitual.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

posteriormente se han elaborado otras versiones con menor número de preguntas. La versión con doce preguntas se ha traducido y adaptado a numerosos idiomas (Goldberg, 1978) y, por su brevedad y sus características psicométricas, el GHQ12 es considerado uno de los instrumentos de cribado validado más utilizado en todo el mundo (Hewitt *et al.*, 2010). Ciertamente, su uso se ha extendido más allá de lo que sería un cribado y se incluye en las encuestas nacionales de salud de varios países para monitorizar la salud mental de la población².

Algunos autores señalan que el GHQ12 tiene dos factores: depresión/ansiedad y dis-

² Véase al respecto Gao *et al.* (2004), Whaley *et al.* (2005), Wiggins *et al.*, (2004) y Rocha *et al.* (2010).

función social (Picardi *et al.*, 2001; Politi *et al.*, 1994;). Otros, en cambio, defienden la existencia de tres factores: estrategias de afrontamiento, autoestima y estrés (Campbell *et al.*, 2003; French y Tait, 2004;). Finalmente, otros consideran que el GHQ-12 debería utilizarse como un instrumento de cribado unidimensional (Gao *et al.*, 2004; Rocha *et al.*, 2011). Lo cierto es que se observa un interés creciente en utilizar este instrumento de cribado para medir la salud mental de la población.

El recuadro 1 presenta las doce preguntas de GHQ12 utilizadas en las Encuestas Nacionales de Salud de España de 2006, 2011 y 2017. En las cuatro categorías de respuesta de las que consta dicho cuestionario, se adjudicó el valor

CUADRO 8

PORCENTAJE DE ADULTOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	21,3	20,4	18,0
Sexo			
Hombres	15,6	16,8	13,9
Mujeres	26,8	23,9	21,9
Edad			
15-24	16,8	12,5	12,6
25-34	17,9	17,7	14,5
35-44	19,4	21,4	15,6
45-54	21,1	22,3	19,4
55-64	22,9	22,4	19,9
65-74	25,4	19,8	17,7
75 o más	33,5	27,2	28,3

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 12 preguntas del cuestionario GHQ12. Se considera que un individuo con una puntuación de 3 o más está en riesgo de padecer un trastorno mental.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

0 a las respuestas 1 y 2, y el valor 1 a las respuestas 3 y 4. Posteriormente se sumaron los valores obtenidos en las 12 preguntas, resultando un valor de 0 a 12 de mejor a peor salud mental. El punto de corte para identificar los posibles casos psiquiátricos se estableció en 3, de manera que un individuo que obtenga una puntuación de 3 o más se encuentra en riesgo de padecer un trastorno mental, teniendo en cuenta que se trata de un instrumento de cribado y no de diagnóstico. Se utiliza la expresión “mala salud mental” para esta puntuación. Los datos presentados aquí se han extraído de las publicaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad en su página web.

Conforme a la información recogida en el cuadro 8, el porcentaje de personas en riesgo de “mala salud mental” descendió del 21,3 por ciento en 2006 al 18,0 por ciento en 2017. El porcentaje es más alto entre las mujeres: en 2017, el 21,9 por ciento de ellas, frente al 13,9 por ciento de ellos, se hallaban en riesgo de “mala salud mental”. Este porcentaje muestra la magnitud más baja en los sujetos jóvenes, y la más alta, en los sujetos mayores. En 2017, el 12,6 por ciento de las personas de 15 a 24 años, frente al 28,3 por ciento de las que cuen-

tan 75 o más años, se hallaban en riesgo de “mala salud mental”.

En el cuadro 9 se observa que la magnitud del porcentaje de personas que afrontan este riesgo muestra un gradiente socioeconómico inverso. En 2017, el 30,3 por ciento de las que carecían de estudios reglados, frente al 13,0 por ciento de las que habían concluido estudios universitarios se encontraban en riesgo de “mala salud mental”. En esa situación se encontraban el 23,6 por ciento de las personas pertenecientes a la clase social más baja, frente al 12,4 por ciento de las integradas en la clase social más alta. En cuanto al tamaño de los municipios de residencia, en líneas generales, se aprecian escasas diferencias en la proporción de personas en riesgo de “mala salud mental”, si bien en 2006 y en 2017 el porcentaje más bajo se observó en los residentes en municipios con menos de 10.000 habitantes (cuadro 10).

La distribución de personas en riesgo de “mala salud mental” según las medidas de posición socioeconómica, en diferentes grupos de edad, revela un patrón similar al conjunto de la población, como permite distinguir el cuadro 11. Sin embargo, en el caso del municipio de resi-

CUADRO 9

PORCENTAJE DE ADULTOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE SOCIAL DE LA PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	21,3	20,4	18,0
Nivel de estudios			
Sin estudios	33,7	28,3	30,3
Primer grado	23,0	24,4	21,3
2º grado, primer ciclo	22,0	21,9	18,4
2º grado, segundo ciclo	18,9	17,1	15,1
Tercer grado	15,3	14,8	13,0
Clase social**			
I	15,2	14,4	12,4
II	18,7	16,6	13,3
III	21,0	18,9	15,9
IV	21,1	18,9	18,0
V	22,9	22,5	19,7
VI	25,9	25,0	23,6

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 12 preguntas del cuestionario GHQ12. Se considera que un individuo con una puntuación de 3 o más está en riesgo de padecer un trastorno mental.

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

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 10

PORCENTAJE DE ADULTOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN TAMAÑO POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2011	2011	2017
Total	21,3	20,4	18,0
Municipio de residencia			
Hasta 10.000 habitantes	20,1	19,6	16,5
10.001-50.000 habitantes	21,8	21,6	18,3
50.001-100.000 habitantes	21,6	20,3	18,8
100.001- 400.000 habitantes	21,1	21,1	18,3
Más de 400.000 habitantes	22,1	18,8	18,4

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 12 preguntas del cuestionario GHQ12. Se considera que un individuo con una puntuación de 3 o más está en riesgo de padecer un trastorno mental.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

RECUADRO 2

CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES

	<i>No es cierto</i>	<i>Un tanto cierto</i>	<i>Absolutamente cierto</i>
Síntomas emocionales			
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	0	1	2
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	0	1	2
Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	0	1	2
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	0	1	2
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	0	1	2
Problemas de conducta			
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	0	1	2
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	2	1	0
Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos	0	1	2
A menudo miente o engaña	0	1	2
Roba en casa, en la escuela o en otros sitios	0	1	2
Hiperactividad			
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	0	1	2
Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a	0	1	2
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	0	1	2
Piensa las cosas antes de hacerlas	2	1	0
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	2	1	0
Problemas con compañeros/as			
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	0	1	2
Tiene por lo menos un buen amigo	2	1	0
Por lo general cae bien a los otros niños	2	1	0
Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	0	1	2
Se lleva mejor con adultos que con otros niños	0	1	2
Conducta prosocial			
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	0	1	2
Comparte frecuentemente con otros niños chucherías, juguetes, lápices	0	1	2
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo	0	1	2
Trata bien a los niños más pequeños	0	1	2
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	0	1	2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

dencia, el menor porcentaje de personas que afrontan este riesgo se observa, entre los residentes en municipios de más de 400.000 habitantes, en las personas de más edad (65 o más años), pero, entre los residentes en municipios con menos de 10.000 habitantes, en las más jóvenes (15-24 años).

Igualmente, de las Encuestas Nacionales de Salud se obtiene información sobre la salud mental en la población infantil a través del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ). Diseñado por Goodman en el Instituto de Psiquiatría de Londres (Goodman, 1997), ha sido traducido y validado en varios idiomas. El SDQ

es el instrumento más ampliamente utilizado en investigación en salud mental infantil desde 1997 (Vostanis, 2006; Muris *et al.*, 2003). Ha demostrado sus propiedades psicométricas en diferentes culturas, convirtiéndose en un instrumento de cribado ampliamente utilizado que permite detectar casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en niños y jóvenes (Woerner *et al.*, 2004; Goodman y Goodman, 2011).

El recuadro 2 incluye las 25 preguntas del cuestionario de capacidades y dificultades. Fue utilizado en las Encuestas Nacionales de Salud de España de 2006, 2011 y 2017. Esas 25 preguntas se dividen en cinco escalas —síntomas

CUADRO 11

PORCENTAJE DE ADULTOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS, CLASE SOCIAL Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA POR GRUPO DE EDAD. (ESPAÑA, 2017)

	15-24	25-44	45-64	65 y más
Nivel de estudios				
Sin estudios	--	17,6	30,2	31,8
Primer grado	13,4	19,4	22,7	21,9
2º grado, primer ciclo	14,5	16,9	22,5	17,0
2º grado, segundo ciclo	9,9	14,3	18,1	14,8
Tercer grado	12,3	13,4	12,6	12,9
Clase social**				
I	9,7	14,4	10,1	14,8
II	11,7	11,1	14,9	15,9
III	10,4	14,3	17,0	20,3
IV	12,8	13,2	21,5	20,9
V	13,1	16,6	21,7	24,6
VI	17,1	18,2	26,7	30,9
Municipio de residencia				
Hasta 10.000 habitantes	9,7	14,2	16,4	22,1
10.001- 50.000 habitantes	12,9	14,7	20,2	25,1
50.001-100.000 habitantes	12,5	16,5	20,0	24,4
100.001-400.000 habitantes	12,6	15,0	20,8	22,3
Más de 400.000 habitantes	15,6	15,7	21,1	20,2

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 12 preguntas del cuestionario GHQ12. Se considera que un individuo con una puntuación de 3 o más está en riesgo de padecer un trastorno mental.

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

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017 (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 12

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 4 A 14 AÑOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	22,5	17,1	13,2
Sexo			
Niños	23,7	18,2	15,6
Niñas	21,3	15,9	10,5
Edad			
4-9	24,7	18,2	14,2
10-14	20,1	15,7	11,9

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 25 preguntas del cuestionario SDQ. Se considera que un individuo con una puntuación de 14 o más se encuentra en riesgo de mala salud mental.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 13

PORCENTAJE DE NIÑOS DE 4 A 14 AÑOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS Y CLASE SOCIAL DE LA PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	22,5	17,1	13,2
Nivel de estudios			
Sin estudios	31,8	26,3	16,1
Primer grado	28,3	22,6	13,6
2º grado, primer ciclo	25,8	21,8	16,9
2º grado, segundo ciclo	20,4	14,1	14,0
Tercer grado	15,9	11,1	8,2
Clase social**			
I	12,1	11,5	8,5
II	17,3	10,3	9,2
III	18,2	15,0	10,4
IV	25,0	17,0	12,6
V	29,8	20,3	15,7
VI	33,7	23,0	21,0

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 25 preguntas del cuestionario SDQ. Se considera que un individuo con una puntuación de 14 o más se encuentra en riesgo de mala salud mental.

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

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 14

PORCENTAJE DE NIÑOS ENTRE 4 Y 14 AÑOS EN RIESGO DE MALA SALUD MENTAL*, SEGÚN TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA (ESPAÑA, 2006, 2011 Y 2017)

	2006	2011	2017
Total	22,5	17,1	13,2
Municipio de residencia			
Hasta 10.000 habitantes	20,7	16,3	12,9
10.001-50.000 habitantes	24,0	17,3	12,5
50.001-100.000 habitantes	22,9	17,3	14,7
100.001- 400.000 habitantes	22,7	17,7	13,8
Más de 400.000 habitantes	21,8	16,8	12,6

* Se han sumado los valores obtenidos en las respuestas a cada una de las 25 preguntas del cuestionario SDQ. Se considera que un individuo con una puntuación de 14 o más se encuentra en riesgo de mala salud mental.

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial—, con cinco preguntas cada una. Cada ítem se puntúa entre 0 y 2: la categoría “un tanto cierto” se puntúa siempre como 1, pero las puntuaciones de “no es cierto” y “absolutamente cierto” varían según cada ítem. Cada escala o dimensión puntúa entre 0 y 10 (a más puntuación, peor salud mental), excepto para la dimensión prosocial, que puntúa en dirección contraria (a más puntuación, mejor salud mental). La suma de las cuatro primeras dimensiones —todas, excepto la prosocial— genera la puntuación total de dificultades, cuyo recorrido comprende entre 0 y 40 puntos (a más puntuación, peor salud mental). Los autores del instrumento han desarrollado puntos de corte que no determinan la prevalencia real de problemas de salud mental, pero sí una mayor probabilidad o riesgo de padecerlos. Las personas que obtienen 14 o más puntos —excluida la escala de conducta prosocial—, se consideran en riesgo de mala salud mental.

Según se aprecia en el cuadro 12, el porcentaje de población de 4 a 14 años en riesgo de “mala salud mental” descendió del 22,5 por ciento en 2006 al 13,2 por ciento en 2017. Es más alto en niños que en niñas: en 2017, el 10,5 por ciento de las niñas frente al 15,6 por ciento de los niños se hallaban en riesgo de “mala salud mental”. El porcentaje de población de 4 a 14 años afectado por este riesgo es mayor entre los niños y niñas de 4 a 9 años (14,2 por ciento) que entre los de 10 a 14 años (11,9 por ciento).

El cuadro 13 muestra un gradiente socioeconómico inverso en la magnitud de ese porcentaje. En 2017, el 16,1 por ciento de los sujetos de 4 a 14 años cuyos padres carecían de estudios reglados, frente al 8,2 por ciento de aquellos con progenitores universitarios se hallaban en riesgo de “mala salud mental”. Y mientras el 21,0 por ciento de los chicos y chicas de 4 a 14 años pertenecientes a la clase social más baja afrontaban ese riesgo, entre los que pertenecían a la clase más alta representaba el 8,5 por ciento. Como se advierte en el cuadro 14, las diferencias entre los porcentajes de población en riesgo de “mala salud mental” que vive en municipios de distinto tamaño son escasas.

4. CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS Y TRANQUILIZANTES

El consumo de medicamentos en la población puede estimarse a través de los datos de ventas y a través de encuestas de salud por entrevista. Los datos que se ofrecen aquí proceden de las Encuestas Nacionales de Salud de 2011 y 2017, por una parte, y de las Encuestas Europeas de Salud en España de 2014 y 2020, por otra. En ellas, se preguntó a los entrevistados si habían consumido algún medicamento en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Y a los que contestaron afirmativamente se les enseñó una lista de medicamentos para que señalaran cuál o cuáles de ellos habían consumido.

CUADRO 15

PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO ANTIDEPRESIVOS O ESTIMULANTES* EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	7,0	8,4	5,6	4,5
Edad				
15 a 24 años	1,0	1,0	0,9	0,7
25 a 44 años	3,8	5,7	2,8	2,4
45 a 64 años	9,0	10,2	6,8	5,6
65 y más años	10,0	10,8	10,4	7,8
Hombres	3,1	5,3	3,2	2,6
15 a 24 años	0,0	0,8	0,9	0,7
25 a 44 años	2,3	4,9	2,1	1,8
45 a 64 años	4,2	6,0	4,2	3,5
65 y más años	3,4	5,9	4,8	3,6
Mujeres	10,0	10,7	7,9	6,3
15 a 24 años	1,6	1,2	0,9	0,6
25 a 44 años	5,0	6,4	3,5	3,0
45 a 64 años	13,0	13,8	9,4	7,8
65 y más años	14,5	14,4	14,8	11,1

* A los entrevistados se les presentó una lista de medicamentos y se les preguntó si habían consumido cada uno de ellos en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Se considera que un individuo ha consumido antidepresivos o estimulantes si responde afirmativamente a este consumo.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

Tal como muestra el cuadro 15, el porcentaje de personas que declaró haber consumido antidepresivos o estimulantes aumentó del 7,0 por ciento en 2011 al 8,4 por ciento en 2014, pero luego descendió al 5,6 por ciento en 2017 y al 4,5 por ciento en 2020. El consumo fue más alto en personas mayores que en jóvenes. En 2020, ese porcentaje se situó en el 0,7 por ciento entre las personas de 15 a 24 años, pero ascendió al 7,8 por ciento entre las de 65 o más años. Ese año, el porcentaje de mujeres que consumieron estos medicamentos (6,3 por ciento) dobló sobradamente al de hombres (2,6 por ciento).

Los datos incluidos en el cuadro 16 muestran que el consumo de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir es significativamente más alto que el de antidepresivos o estimulantes. En efecto, el porcentaje de personas que declaró haber consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir aumentó del 18,3 por ciento en 2011 al 18,9 por ciento en 2014, si bien descendió al 12,5 por ciento en 2017 y

al 10,9 por ciento en 2020. Al igual que sucede con los antidepresivos o estimulantes, el consumo fue más alto entre las personas mayores. En 2020 no llegaban al 2 por ciento las personas de 15 a 24 años que consumían tranquilizantes, relajantes o comprimidos indicados en el tratamiento del insomnio, pero sí lo hacía el 22,8 por ciento de las de 65 o más años. El porcentaje entre las mujeres (14,2 por ciento) casi dobló al porcentaje entre los hombres (7,3 por ciento), hallándose la mayor diferencia (en puntos porcentuales) entre hombres y mujeres en el grupo de 65 o más años de edad, en el que ellos declararon haber consumido tranquilizantes en un 14 por ciento, y ellas, en un 29,6 por ciento. El menor y mayor consumo de ambos tipos de medicamentos se observa entre las personas de la clase social más alta y más baja, respectivamente (cuadro 17).

En un estudio realizado en EE. UU., a partir de los datos de la *Encuesta Nacional de Salud* de ese país, apenas se observaron diferencias en el porcentaje de personas que declaraban con-

CUADRO 16

PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO TRANQUILIZANTES, RELAJANTES O PASTILLAS PARA DORMIR, EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA (ESPAÑA, 2011, 2014, 2017 Y 2020)

	2011	2014	2017	2020
Total	18,3	18,9	12,5	10,9
Edad				
15 a 24 años	3,7	4,1	2,1	1,6
25 a 44 años	11,3	11,7	6,3	5,1
45 a 64 años	19,6	20,0	13,3	11,6
65 o más años	28,7	28,8	25,9	22,8
Hombres	12,6	13,2	8,6	7,3
15 a 24 años	2,2	6,2	2,1	1,8
25 a 44 años	10,3	10,1	5,6	4,4
45 a 64 años	13,2	12,7	10,1	8,2
65 o más años	17,4	18,7	15,4	14,0
Mujeres	22,6	23,3	16,1	14,2
15 a 24 años	4,8	2,8	2,1	1,3
25 a 44 años	12,1	12,9	7,1	5,8
45 a 64 años	24,7	26,2	16,5	14,9
65 o más años	36,6	36,2	34,1	29,6

* A los entrevistados se les presentó una lista de medicamentos y se les preguntó si habían consumido cada uno de ellos en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Se considera que un individuo ha consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir si responde afirmativamente a este consumo.

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

CUADRO 17

PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO TRANQUILIZANTES, RELAJANTES O PASTILLAS PARA DORMIR, ANTIDEPRESIVOS O ESTIMULANTES* EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA (ESPAÑA, 2011, 2017 Y 2020)

Clase social**	Tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir			Antidepresivos, estimulantes		
	2011	2017	2020	2011	2017	2020
I	13,0	5,9	7,5	3,9	2,8	3,1
II	14,6	8,2	7,9	6,4	4,2	3,3
III	14,6	9,7	10,1	6,7	4,7	4,2
IV	16,0	11,7	11,2	6,5	5,5	5,0
V	17,9	12,0	11,4	7,5	6,5	4,7
VI	20,8	13,2	14,2	8,8	7,0	6,2

* A los entrevistados se les presentó una lista de medicamentos y se les preguntó si habían consumido cada uno de ellos en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Se considera que un individuo ha consumido antidepresivos o estimulantes si responde afirmativamente a este consumo.

A los entrevistados se les presentó una lista de medicamentos y se les preguntó si habían consumido cada uno de ellos en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. Se considera que un individuo ha consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir si responde afirmativamente a este consumo.

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

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Sistema de Información Sanitaria).

sumir antidepresivos en 2013 y 2018 (Brody y Gu, 2020). Tanto en este país como en España, estas estimaciones de consumo contrastan con las estimaciones sobre la base de las prescripciones realizadas por los médicos. Las razones de esta discrepancia no están claras. Una posible explicación reside en que, aun cuando los antidepresivos están fundamentalmente indicados para el tratamiento de trastornos depresivos y de ansiedad, algunos de ellos han sido autorizados para el tratamiento del dolor crónico neuropático (Moore *et al.*, 2002) o la deshabituación tabáquica. Y, probablemente, también se utilicen para tratar otros problemas de salud. Lo cierto es que, en todos los países de altos ingresos, se ha verificado una tendencia ascendente en el consumo de fármacos antidepresivos. En los países de la OCDE, este consumo se ha duplicado en las dos primeras décadas del siglo XXI (OCDE, 2021 y 2023).

España es uno de los países de la Unión Europea con tasas de mortalidad por suicidio más bajas, un 30 por ciento menor que la media. Y, al igual que en la mayoría de los países, la tasa de suicidio es más alta en hombres que en mujeres: casi tres veces más, según los datos recogidos en el cuadro 18. En ella también se identifica una tasa de mortalidad por suicidio ascendente entre 2011 y 2014, descendente entre 2014 y 2019 y, seguida de incrementos en 2020 y 2021. Las tasas correspondientes al año 2021 en hombres y mujeres —12,9 y 4,2 por 100.000 habitantes, respectivamente— son similares a las obtenidas en 2013.

En líneas generales, la evolución de las tasas de mortalidad por suicidio en los diferentes grupos de edad refleja una tendencia similar a la del conjunto de la población. El suicidio es más frecuente en las edades mayores, sobre todo en hombres. La tasa de mortalidad por suicidio más alta la presentan los hombres de 75 o más años; en 2021, la tasa ascendió a 31,8 por 100.000 habitantes, cifra que aproximadamente quintuplica a la de las mujeres de la misma edad (6,5 por 100.000 habitantes). El cuadro 19 también muestra la tasa de mortalidad estandarizada por edad según el nivel de estudios en hombres y en mujeres. Entre ellos, se observa un claro gradiente inverso en la mortalidad por suicidio, cuya tasa más alta y más baja la presentaron quienes contaban con estudios primarios o inferiores y quienes alcanzaron titulación universitaria, respectivamente. Entre las mujeres, en cambio, la tasa de mortalidad más alta se encuentra en el grupo de quienes han superado, como máximo, estudios secundarios.

5. SUICIDIO: FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD

El suicidio generalmente ocurre en el contexto de un trastorno psiquiátrico. Más del 90 por ciento de las víctimas de suicidio sufren una enfermedad psiquiátrica diagnosticable; también la sufre la mayoría de las personas que intentan suicidarse. Los trastornos de personalidad, el abuso de alcohol y otras sustancias, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia constituyen factores de riesgo de suicidio (Sher y Okendo, 2023).

CUADRO 18

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO* POR 100.000 HABITANTES, SEGÚN SEXO (ESPAÑA, 2011-2021)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total	6,8	7,6	8,3	8,4	7,8	7,7	7,9	7,6	7,8	8,3	8,5
Hombres	10,6	11,8	12,7	12,9	11,8	11,7	11,9	11,4	12,0	12,6	12,9
Mujeres	3,1	3,4	4,1	4,1	3,9	3,8	4,1	3,9	3,8	4,2	4,2

* Las muertes por suicidio corresponden a las defunciones cuya causa de muerte ha sido codificada con los códigos X60 a X84 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión.

Fuente: Estimaciones realizadas a partir de los fallecidos por suicidio y las cifras de población publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO 19

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO* POR 100.000 HABITANTES, SEGÚN EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS, EN HOMBRES Y EN MUJERES (ESPAÑA, 2018-2021)

	Hombres				Mujeres			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Grupos de edad								
< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5-14	0,2	0,2	0,3	0,6	0,1	0,1	0,3	0,3
15-24	5,1	5,2	4,6	4,9	1,8	1,9	1,5	2,3
25-34	8,1	9,0	9,5	9,7	2,2	2,5	2,7	2,5
35-44	10,9	12,1	12,5	13,1	3,6	3,9	4,1	3,8
45-54	15,6	16,2	16,4	16,7	5,2	5,1	5,7	6,7
55-64	16,1	15,4	16,6	18,0	6,0	5,6	7,0	5,8
65-74	15,1	16,1	17,2	14,5	6,0	5,0	5,3	5,2
75 y más	28,0	29,2	32,0	31,8	6,2	5,8	6,6	6,5
Nivel de estudios**								
Primaria o inferior	14,8	15,1	16,4	17,3	4,1	3,9	5,2	4,2
Secundaria, 1ª etapa	15,9	17,9	17,9	18,1	4,7	4,8	4,8	5,3
Secundaria, 2ª etapa	11,6	11,4	13,3	13,2	5,2	4,5	4,8	4,8
Universitarios	9,3	9,5	9,8	9,9	4,1	4,3	4,6	4,7

* Las muertes por suicidio corresponden a las defunciones cuya causa de muerte ha sido codificada con los códigos X60 a X84 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión.

** Las tasas por nivel de estudios corresponden a la tasa de mortalidad estandarizada por edad por 100.000 habitantes en hombres y en mujeres de 25 años o más. Las estimaciones por edad se han realizado a partir de los fallecidos por suicidio y las cifras de población publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Fuente: Los datos se han obtenido de los indicadores de mortalidad publicados por el Instituto Nacional de Estadística.

6. CONCLUSIONES

Los hallazgos procedentes de las Encuestas Nacionales de Salud y las Encuestas Europeas de Salud en España analizadas en este artículo indican que a lo largo de la segunda década de este siglo, el porcentaje de personas que declaran problemas de salud mental y el de personas en riesgo de mala salud mental tendió a descender, aun cuando mostrando diferencias ostensibles entre grupos sociales. Así, los porcentajes de personas que declararon sufrir depresión o ansiedad y los de quienes se hallaban en riesgo de "mala salud mental" arrojan valores más altos entre las mujeres que entre los hombres. Todos estos trastornos abundaron también más entre las personas mayores y entre quienes declararon haber alcanzado niveles más bajos

de estudios o proceder de clases sociales más bajas.

Las mismas encuestas también muestran un descenso del porcentaje de niños y niñas en riesgo de mala salud mental entre 2011 y 2017, reforzando una tendencia a la baja que ya se apuntó entre 2006 y 2011. Los porcentajes, más altos entre los niños que entre las niñas, permiten distinguir un gradiente inverso con el nivel de estudios y la clase social de la persona de referencia del hogar.

Una tendencia favorable hasta 2020 también se aprecia en el consumo de medicamentos relacionados con los problemas de salud mental. El porcentaje de personas que declararon consumir antidepresivos o estimulantes es más alto en mujeres que en hombres, y también

destaca entre las personas mayores. Asimismo, la magnitud de ese porcentaje muestra un gradiente inverso con la clase social.

En cuanto a la tasa de mortalidad por suicidio, la tendencia descendente desde 2014 se revertió en 2020. La tasa es más alta en hombres que en mujeres, alcanzando esta diferencia sus valores más altos entre las personas mayores. Entre los hombres, la tasa de mortalidad presenta un gradiente inverso con el nivel de estudios, de tal forma que su mayor magnitud se observa entre quienes cuentan con estudios primarios o inferiores; en cambio, entre las mujeres, la tasa de mortalidad por suicidio más alta se observa en el grupo de quienes acreditan el nivel de estudios secundarios.

BIBLIOGRAFÍA

BRODY, D. J. y GU, Q. (2020). Antidepressant use among adults: Unites States 2015-2018. *NCHA Data Brief*, 277, September.

CAMPBELL, A., WALKER, J. y FARRELL, G. (2003). Confirmatory factor analysis of the GHQ-12: Can I see that again? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, pp. 475-483.

CHAPMAN, D. P., PERRY, G. S. y STRINE, T. W. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prev Chronic Dis*, 2(1), p. A14. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm

EVANS, D. L., CHARNEY, D. S., LEWIS, L., GOLDEN, R. N., GORMAN, J. M. y KRISHNAN, K. R. ET AL. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 58(3), pp.175-189.

FRENCH, D. J. y TAIT, R. J. (2004). Measurement invariance in the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, pp, 1-7.

GAO, F., LOU, N., THUMBOO, J., FONES, C., LI, S. y CHEUNG, Y. (2004). Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors

and do we need them? *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(63), 1-7.

GARCÍA HARO, J., GARCÍA PASCUAL, H., BLANCO DE TENA-DÁVILA, E., MARTÍNEZ SALLENT, M. y ARANGUREN RICO, P. (2023). Más allá del modelo biomédico: El enfoque existencial-contextual de la conducta suicida. *Panorama Social*, 38.

GOLDBERG, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire* (Maudsley Monograph No. 21). Oxford University Press.

GOLDBERG, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER Publishing Company.

GOLDBERG, D. y WILLIAMS, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.

GOODMAN, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, pp. 581-586.

GOODMAN, A. y GOODMAN, R. (2011). Population mean scores predict child mental disorder rates: validating SDQ prevalence estimators in Britain. *J Child Psychol Psychiatry*, 52, pp. 100-108.

HEWITT, C. E., PERRY, A. E., ADAMS, B. y GILBODY, S. M. (2010). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal Affective Disorders*, 128(1), 72-82.

HIROEH, U., APPLEBY, L., MORTENSEN, P. B. y DUNN, G. (2001). Death by homicide, suicide and other unnatural causes in people with mental illness: A population-based study. *Lancet*, 358, pp. 2110-2112.

KATIKIREDDI, S. V., NIEDZWIEDZ, C. L. y POPHAM, F. (2012). Trends in population mental health before and after the 2008 recession: A repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. *BMJ Open*, 2, p. e001790.

KESSLER, R. C., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., CHATTERJI, S., LEE, S. y ÜSTÜN, T. B. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie (Stuttg)*, 1(6), pp. 5-9.

KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K. R. y WALTERS, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, pp. 593–602.

LESSER, K., BOYD, J. W., WOOLHANDLER, S., HIMMELSTEIN, D. U., MCCORMICK, D. y DOR, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, 284, pp. 2606–2610.

McMANUS, S., BEBBINGTON, P., JENKINS, R. ET AL. (eds.) (2016). Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. NHS Digital.

MOORE, R. A., DERRY, S., ALDINGTON, D., COLE, P. y WIFFEN, P. J. (2012). Amitriptyline for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, p- CD008242.

MURIS, P., MEESTERS, C. y VAN DEN BERG, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1, pp. 1-8.

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017*. OECD Publishing.

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021*. OECD Publishing.

OECD. (2023). Pharmaceutical market. *OECD Health Statistics* (database). <https://doi.org/10.1787/data-00545-en>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud.

PICARDI, A., ABENI, D. y PASQUINI, P. (2001). Assessing psychological distress in patients with skin diseases: Reliability, validity and factor structure of the GHQ12. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 15, pp. 410–417.

POLITI, P. L., PICCINELLI, M. y WILKINSON, G. (1994). Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, pp. 432–437.

ROCHA, K. B., PÉREZ, K., RODRÍGUEZ-SANZ, M., BORRELL, C. y OBIOLS, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22, pp. 389-395.

ROCHA, K. B., PÉREZ, K., RODRÍGUEZ-SANZ, M., BORRELL, C. y OBIOLS, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), pp. 125-139.

SHER, L. y OQUENDO, A. (2023). Suicide: An overview for clinicians. *Medical Clinics of North America*, 107, pp. 119-130.

STEEL, Z., MARNANE, C., IRANPOUR, C., CHEY, T., JACKSON, J. W., PATEL, W. y SILOVE, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, 43, pp. 476-483.

VOSTANIS, P. (2006). Strengths and Difficulties Questionnaire: Research and clinical applications. *Curr Opin Psychiatry*, 19, pp. 367-372.

WAN, J. J., MORABITO, D. J., KHAW, J., KNUDSON, M. M. y DICKER, R. A. (2006). Mental illness as an independent risk factor for unintentional injury and injury recidivism. *J Trauma*, 61, pp. 1299–1304.

WHALEY, C. J., MORRISON, D. L., WALL, T. D., PAYNE, R. L. y FRITSCHI, L. (2005). Chronicity of psychological strain in occupational settings and the accuracy of the General Health Questionnaire. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), pp. 310-319.

WIGGINS, R. D., SCHOFIELD, P., SACKER, A., HEAD, J. y BARTLEY, M. (2004). Social position and minor psychiatric morbidity over time in the British Household Panel Survey 1991-1998. *Epidemiology and Community Health*, 58, pp. 779-787.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (summary report). World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. (2020). European Programme of Work, 2020- 2025 "United Action for Better Health". World Health Organization.

WOERNER, W., BECKER, A. y ROTHENBERGER, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, pp. 3-10.

No todos sufrieron igual: efectos diferenciales de la pandemia en la salud mental de la población española

RICARDO PAGÁN* Y MIGUEL ÁNGEL MALO**

RESUMEN

Este artículo analiza el efecto de la crisis del coronavirus en la salud mental desagregada por componentes (ansiedad, tristeza, problemas de sueño y sentimiento de soledad). Los resultados muestran que las mujeres experimentaron un mayor empeoramiento de su salud mental (en todos los componentes analizados). Sin embargo, los jóvenes (menores de 30 años) son quienes en mayor proporción declararon haber sentido soledad durante la pandemia. La incorporación de nuevos mecanismos de detección precoz y seguimiento de los problemas de salud mental se incluyen como recomendaciones de política pública.

datos del Ministerio de Sanidad a 30 de junio de 2023, el número total de personas contagiadas y registradas por el SARS-CoV-2 ascendió a 13,9 millones, y el de fallecidas, a 121.760. Para evitar la propagación del virus, los gobiernos impusieron medidas restrictivas que afectaron a la libre movilidad, al contacto y a la interacción social de los individuos. No obstante, estas medidas restrictivas, que buscaban limitar el contagio, también generaron consecuencias negativas en la salud física y mental (Atzendorf y Gruber, 2021).

1. INTRODUCCIÓN

La aparición del SARS-CoV-2 (más conocido como COVID-19) a comienzos de marzo de 2020 provocó un impacto fuerte y repentino en todas las sociedades. El colectivo de personas mayores fue uno de los que sufrió con mayor virulencia los efectos de la pandemia, muy en especial al inicio. Así, en España, según los

En este artículo se analizan los efectos de la COVID-19 en los niveles de salud mental de los residentes en España, prestando atención especial a las diferencias por tramos de edad y por sexo. Para ello, se han utilizado diferentes fuentes. El análisis detallado de los mayores se basa, sobre todo, en la encuesta internacional para personas de 50 o más años conocida como *SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. Se utilizan las olas de la *SHARE* que cubren el periodo 2019-2021, es decir, para años pre y pos COVID-19. Para el análisis comparativo de todas las franjas de edad, se han utilizado los datos de las diferentes encuestas realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) durante la pandemia, en concreto, desde octubre de 2020 a diciembre de 2021. Ambas fuentes

* Universidad de Málaga (rpr@uma.es).

** Universidad de Salamanca (malo@usal.es).

incluyen información sobre diferentes componentes del estado de salud mental individual, los cuales, sin ser exactamente iguales, son lo suficientemente semejantes como para permitir un análisis coherente. Por otro lado, dichos componentes pueden ser agregados en cada fuente para construir un indicador agregado o sintético de salud mental. Para el caso del *SHARE*, los componentes utilizados son: ansiedad, tristeza/depresión, problemas del sueño y sentimiento de soledad. En coherencia con estos componentes, las mencionadas encuestas del CIS recogen información sobre la ansiedad, soledad, depresión y tristeza.

El resto del artículo se estructura como sigue. En el siguiente apartado se realiza una revisión de la bibliografía nacional e internacional sobre los efectos del COVID-19 en la salud mental. El tercer apartado ofrece una descripción detallada de las bases de datos y de las variables utilizadas en el análisis. El cuarto presenta los resultados obtenidos, tanto para cada uno de los componentes, como para el indicador agregado de salud mental, haciendo hincapié en las diferencias por tramos de edad y por sexo. En la última sección se resumen las conclusiones del artículo y se discuten recomendaciones de política pública a partir de los resultados.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para proporcionar un contexto a los análisis subsiguientes resulta necesario hacer un breve repaso de las investigaciones previas sobre el efecto de eventos como la pandemia en la salud mental de personas de diferentes edades. Los análisis que centran la atención en las personas mayores parten básicamente de las siguientes hipótesis. Por un lado, los mayores empeoran su situación de soledad con la pandemia al evitar necesariamente las relaciones sociales para disminuir el riesgo de contagio; por otro lado, las mujeres sufren un empeoramiento respecto de los hombres al recaer sobre ellas una mayor carga de cuidados, en especial, durante el periodo de confinamiento estricto.

La aproximación general de la investigación empírica consiste en construir indicadores

sintéticos de salud mental a partir de otros indicadores de problemas específicos de salud mental, como sentimientos de depresión o tristeza, soledad o, incluso, frecuencia de pensamientos de muerte o ideas suicidas. La mayor parte de trabajos que analizan el impacto diferencial de la pandemia en los grupos de edad utiliza como base preguntas sobre la experiencia de sentimientos de soledad, depresión, tristeza y ansiedad. La agregación en un indicador sintético de salud mental tiende a ser sencilla, resultante de sumas o medias de los diferentes indicadores.

Aunque los estudios son bastante heterogéneos en cuanto a calidad de los datos utilizados, Escudero-Castillo (2021) destaca que, durante el confinamiento, hubo un empeoramiento generalizado de la salud mental de toda la población respecto del periodo anterior a la pandemia. Este empeoramiento fue más intenso entre las mujeres que entre los hombres y, en general, estuvo relacionado con la convivencia estrecha con personas que requieren cuidados.

Los diferentes estudios a nivel internacional también encuentran diferencias por edades en distintos aspectos asociados con la salud mental, como sentimientos de tristeza, depresión o soledad, frecuencia de pensamientos sobre la muerte, etc. Las hipótesis más intuitivas destacan que los mayores constituyeron el colectivo más proclive a desarrollar problemas mentales durante el confinamiento. De hecho, manifestaron un mayor temor frente a los efectos del coronavirus que la población general (García-Portilla *et al.*, 2001), algo muy relacionado con la mayor mortalidad que registraron al inicio de la pandemia¹. Sin embargo, los resultados empíricos han mostrado que han sido los adultos jóvenes quienes han desarrollado con más frecuencia diferentes problemas relacionados con la salud mental (Lee, Cadigan y Rhew, 2020; O'Connor *et al.*, 2021; Wilson, Lee y Shook, 2021). Algunos estudios centrados de manera exclusiva en los mayores de 50 años, como Van Winkle, Ferragina y Recchi (2021), han concluido incluso que, en general, su salud mental podría haber mejorado tras el confi-

¹ Gao, Mosazadeh y Nazari (2023) vinculan la intensificación del miedo generado por la pandemia con sentimientos de depresión y soledad entre mayores que viven en residencias. Los resultados que se mencionan a continuación en el cuerpo principal del texto se refieren a mayores que viven en hogares.

namiento. De hecho, Van Winkle, Ferragina y Recchi (2021) estiman que la probabilidad de tener sentimientos de depresión disminuyó 14,5 puntos porcentuales en media para los 11 países europeos analizados en la encuesta *SHARE*. En el caso de Estados Unidos, Sojli *et al.* (2021) hallan unas diferencias semejantes por edades: la salud mental de los adultos jóvenes (18 a 34 años) fue la más afectada por las restricciones, mientras que la de los adultos mayores (por encima de 55 años) fue la menos afectada. En el caso de Austria, Pieh, Budimir y Probst (2020) hallaron resultados parecidos, mostrando que los menores de 35 reconocieron haber padecido más problemas de salud mental durante el periodo del confinamiento que en el año previo.

Por su parte, Atzendorf y Gruber (2021) analizan la situación de personas de 60 o más años en 25 países europeos, más Israel, combinando individuales con datos agregados para cada país, como las muertes por cada 100.000 habitantes y el número de días durante los cuales se impuso el confinamiento estricto. Sus resultados muestran que dichos indicadores agregados están correlacionados con incrementos en los sentimientos de tristeza y depresión de este colectivo, si bien son los factores individuales los cruciales para entender el aumento de la sensación de soledad en los meses posteriores al primer confinamiento. Estos efectos negativos sobre los sentimientos de tristeza, depresión y soledad son más intensos entre los entrevistados de más edad y entre quienes viven solos, con independencia de la edad.

En definitiva, durante el confinamiento los adultos jóvenes experimentaron más problemas de salud mental que los mayores, pero los problemas de estos últimos, cuando se dan, cobran más intensidad. Aunque algunos autores califican este hallazgo como sorprendente (por ejemplo, Van Winkle, Ferragina y Recchi, 2021), cabe pensar que los adultos, conforme aumenta su edad, están más motivados para maximizar su bienestar en el tiempo que estiman que les queda por delante (Carstensen, 2006). Por otro lado, los jóvenes tienden a recuperarse con mayor rapidez de esos problemas que los mayores, quienes parecen más propensos a sufrir los nuevos problemas de salud mental de forma más duradera. En este sentido, los adultos mayores pueden encon-

trar más dificultades para lidiar con estresores graves y prolongados (Charles, 2010) y con implicaciones negativas sobre la salud mental a largo plazo.

Por el momento, las investigaciones existentes cubren forzosamente un periodo relativamente corto desde el inicio de la pandemia (en los trabajos publicados, habitualmente, hasta finales de 2020 o el inicio de 2021). Por tanto, la enseñanza general de la investigación existente es que los mayores han experimentado menores respuestas negativas de salud mental, a la par que afrontaban riesgos generales más elevados en relación con la pandemia (Wilson, Lee y Shook, 2021; Bruine de Bruin, 2021). Así pues, los adultos mayores durante el primer año de la pandemia parecen haber regulado mejor sus emociones que los adultos jóvenes. Ahora bien, si esta regulación de las emociones acaba siendo demasiado optimista en comparación con la situación real, puede dar lugar a que, en un plazo más largo de tiempo, aparezcan efectos más negativos sobre la salud mental (Bruine de Bruin, 2021). Además, existe evidencia empírica centrada exclusivamente en los mayores de 55 años de acuerdo con la cual experimentar soledad y disminuir la actividad física han sido factores de riesgo de un empeoramiento de la salud mental durante la pandemia en este grupo de edad (Creese *et al.*, 2021)².

En resumen, las investigaciones disponibles nos indicarían de cara a nuestro análisis en los siguientes apartados, que la pandemia habrá empeorado más la salud mental de los adultos jóvenes que la de los mayores, aunque puede haber variables (como vivir solo o la relación con el mercado de trabajo) que maticen de manera importante esta relación.

² No obstante, hay que tener en cuenta que la inmensa mayoría de los estudios disponibles sobre los efectos de la pandemia en los mayores solo tienen en cuenta a los mayores que viven en hogares particulares, y no incluyen a quienes viven en residencias, pues, en general, las encuestas de población rara vez incluyen hogares colectivos, además de los hogares familiares. A nivel internacional, Arpacioğlu *et al.* (2021) destacan que los mayores que viven en residencias vieron aumentar su estrés y disminuir su satisfacción con la vida durante el confinamiento, en especial, los que formaban el grupo de mayor edad (80 o más años). Posteriormente, con la autorización de las visitas de familiares disminuyeron significativamente estos problemas entre los mayores de 80 años.

3. METODOLOGÍA

3.1. Bases de datos

En este trabajo se utilizan dos bases de datos diferentes. En primer lugar, se han explotado los microdatos de la encuesta *SHARE* para el caso español. Esta encuesta, dirigida exclusivamente a las personas de 50 o más años, se realiza en 27 países de la Unión Europea (además de Israel) y se ha convertido en una fuente de un valor inestimable para entender multitud de aspectos del envejecimiento desde una perspectiva comparada. Además, dentro del marco de esta encuesta, se han implementado dos cuestionarios sobre el impacto de la COVID-19 en el colectivo de personas de 50 o más años³. El primer cuestionario se realizó de junio a agosto de 2020, es decir, justo después de finalizar los confinamientos estrictos en la Unión Europea, y el segundo, en entre junio y agosto de 2021. En segundo lugar, se han utilizado los microdatos de los estudios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) durante la pandemia. Desde octubre de 2020 a diciembre de 2021, el CIS ha efectuado seis estudios sobre efectos y consecuencias del coronavirus⁴. Aunque estas encuestas no tienen exactamente la misma estructura que *SHARE*, permiten un seguimiento de aspectos relacionados con la salud mental desagregando por grupos de edad desde los 18 años en adelante. Adicionalmente, el CIS realizó una encuesta sobre salud mental durante la pandemia, en febrero de 2021, que también utilizaremos.

3.2. Definición y creación de la variable de salud mental

Los estudios acerca del efecto de la pandemia en la salud mental mediante encuestas

³ Las guías técnicas de la encuesta (tanto de las olas "normales", como de las especiales dedicadas a la COVID-19) se pueden encontrar en el siguiente enlace: <https://share-eric.eu/data/data-documentation/release-guides>

⁴ Estos estudios se llevaron a cabo en octubre de 2020, noviembre de 2020, diciembre de 2020, mayo de 2021, septiembre de 2021 y diciembre de 2021.

utilizan preguntas sobre diferentes tipos de sentimientos experimentados que se consideran asociados al desarrollo de problemas de salud tal. Para conocer el impacto de un acontecimiento como este, caben dos estrategias analíticas: comparar las respuestas sobre salud mental de las mismas personas en momentos sucesivos del tiempo o analizar las respuestas que se dan en diferentes momentos del tiempo de forma agregada. Expresado de forma más técnica, se puede adoptar una perspectiva longitudinal o de corte transversal. Bertoni *et al.* (2021) siguen la primera aproximación⁵, y Atzendorf y Gruber (2021), la segunda. En la presente investigación hemos optado por seguir a Atzendorf y Gruber (2021), los cuales utilizan solo las preguntas relativas a la tristeza/depresión (ambas se incluyen simultáneamente en la misma pregunta) y soledad del primer cuestionario COVID-19 para analizar los niveles de salud mental en la Unión Europea e Israel. Estos autores crean para cada dimensión una variable ficticia que toma el valor 1 si la persona declara sufrir más problemas de tristeza/depresión o soledad desde la aparición de la COVID-19, y 0 en todos los casos restantes (es decir, no padecer tristeza/depresión o soledad en el último mes, o, de padecer estos sentimientos, están menos o igual de presentes que antes de la aparición de la COVID-19). Estos autores no crean un indicador agregado de salud mental, tal y como hacen Bertoni *et al.* (2021), sino que analizan estas dos dimensiones (tristeza/depresión o soledad) de manera separada. Sin embargo, es muy sencillo crear un indicador agregado a partir de este enfoque siguiendo la técnica de otras investigaciones.

El procedimiento que aplicamos difiere ligeramente cuando usamos datos de *SHARE* y cuando utilizamos datos del CIS. En el caso de la primera encuesta, tomamos cuatro componentes de problemas de salud mental: ansiedad, tristeza/depresión, problemas del sueño y sentimiento de soledad. A aquellos que declaran haber tenido dichos sentimientos se les atribuye

⁵ Bertoni *et al.* (2021) utilizan un indicador de salud agregado basado en tres indicadores: tristeza/depresión, problemas del sueño y soledad. Su indicador toma el valor -1 (es decir, peor salud mental) si el individuo no tenía ninguno de estos tres problemas (tristeza/depresión, problemas del sueño y soledad) en la octava ola y sí reporta al menos uno de ellos en el cuestionario de la COVID-19. Toma el valor 1 (mejor salud mental) si reportaba al menos uno en la octava ola y ninguno de ellos en la del Covid-19. Finalmente, un valor de 0 (misma salud mental) si no ha existido ningún cambio entre la ola octava ola y el cuestionario COVID-19.

el valor 1, y a quienes no los han experimentado se les da el valor 0. Procedemos de esta forma con el cuestionario de 2019 y los dos cuestionarios COVID-19 (veranos de 2020 y 2021). A continuación, calculamos el indicador agregado o sintético de salud mental como la suma simple de los valores obtenidos en cada uno de los cuatro componentes para cada individuo en esos tres momentos del tiempo. Por tanto, el índice sintético o agregado se puede interpretar, para cada individuo, como acumulación de problemas relacionados con la salud mental, con un valor mínimo 0 (ningún problema en ningún momento) y un valor máximo 11 (todos los problemas en todos los momentos observados). El máximo es 11, y no 12, porque la dimensión de los sentimientos de ansiedad no está incluida en la encuesta *SHARE* en 2019. Por tanto, para esta dimensión de la salud mental, el rango del indicador oscila entre 0 y 2.

Puesto que cada componente se refiere a problemas de diferente tipo, el indicador agregado no debería interpretarse tanto en términos cardinales como ordinales. Por ejemplo, si una persona tiene un valor de 4 en el indicador agregado y otra de 2, eso no significa que la salud mental de la primera duplique en negativo la salud mental de la segunda, sino que simplemente es peor que la de esta última.

Cuando utilizamos las encuestas del CIS, nos adaptamos todo lo posible a la misma estructura, pero, por las peculiaridades del cuestionario, no es posible usar exactamente los mismos cuatro componentes. En las encuestas de octubre de 2020, septiembre de 2021 y diciembre de 2021, los componentes se corresponden con haber tenido últimamente sentimientos de ansiedad, soledad, depresión y tristeza. Como se ve, una categoría del cuestionario COVID-19 de la *SHARE* se desdobra (depresión y tristeza), pero perdemos la categoría de problemas de sueño. Por su parte, la encuesta del CIS de junio de 2021 (monográfica sobre problemas de salud mental) permite usar los siguientes cuatro componentes: ansiedad, soledad, depresión y nerviosismo. Por tanto, contamos con tres categorías comunes y una nueva (nerviosismo), que sustituye a tristeza. En comparación con el cuestionario COVID-19 de la *SHARE*, depresión y tristeza aparecen desagregadas (como en las otras dos encuestas del CIS) y no contamos con la categoría de problemas de sueño. A cada uno de los cuatro componentes en las

encuestas del CIS le atribuimos los siguientes valores: 0, si nunca ha experimentado ese sentimiento; 1, si lo ha experimentado a veces; y 2 si lo ha experimentado siempre o la mayor parte del tiempo. A partir de los cuatro componentes, definimos el indicador sintético o agregado de acumulación de problemas de salud mental como la suma de los valores que el individuo tiene en cada componente. Así pues, el mínimo oscila entre el valor 0 (no ha experimentado ninguno de los cuatro tipos de sentimientos asociados a problemas de salud mental), y el valor 8 (ha experimentado constantemente o la mayor parte del tiempo los cuatro sentimientos). De nuevo, la interpretación del indicador agregado debe hacerse en términos ordinales y no cardinales, como se explicó arriba.

Una diferencia importante entre los datos de ambas fuentes de información es que en *SHARE* podemos seguir a los mismos individuos a lo largo del tiempo (son datos longitudinales). Por tanto, el indicador construido no permite valorar solo la situación en uno de los momentos del tiempo considerados, o el cambio entre dos de ellos, sino que ofrece una aproximación a la trayectoria en cuanto a cada dimensión de salud mental. Al calcular la media para todos los individuos de un cierto grupo de edad (mayores de 70, por ejemplo), se estaría ofreciendo una media de la acumulación del problema de que se trate a lo largo de los tres años considerados (uno anterior a la pandemia y dos durante la pandemia). De esta forma, se estaría ofreciendo una imagen de la transitoriedad o de la permanencia en el tiempo de cada dimensión de la salud mental, lo cual permite analizar de una manera más precisa y concreta los efectos de la pandemia sobre la salud mental de las personas entrevistadas en esos tres diferentes momentos.

En el caso de las encuestas del CIS, los datos disponibles son de corte transversal, por lo que la información que compara diferentes momentos del tiempo contiene a diferentes personas; es decir, simplemente se compara lo que sucede en diferentes momentos del tiempo a un determinado grupo de individuos, pero no se efectúa un seguimiento de exactamente las mismas personas a lo largo del tiempo. A efectos de comparabilidad, las encuestas del CIS de octubre de 2020, septiembre de 2021 y diciembre de 2021 son comparables entre sí porque efectúan las preguntas de la misma manera y se refieren a si esos sentimientos se han experimentado

“últimamente”, es decir, en un momento cercano al de la encuesta. La encuesta de febrero de 2021 indaga en la salud mental durante todo el periodo de la pandemia y, por tanto, las preguntas asimilables a las que usamos en las otras dos no se refieren al periodo inmediatamente anterior a la encuesta, sino a todo el periodo transcurrido desde el inicio de la pandemia. Por esta razón, los datos de octubre de 2020, septiembre y diciembre de 2021 pueden interpretarse como la evolución de una misma cuestión, mientras que los de febrero de 2021 ofrecen una especie de síntesis de lo ocurrido hasta ese momento.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis por componentes de la salud mental

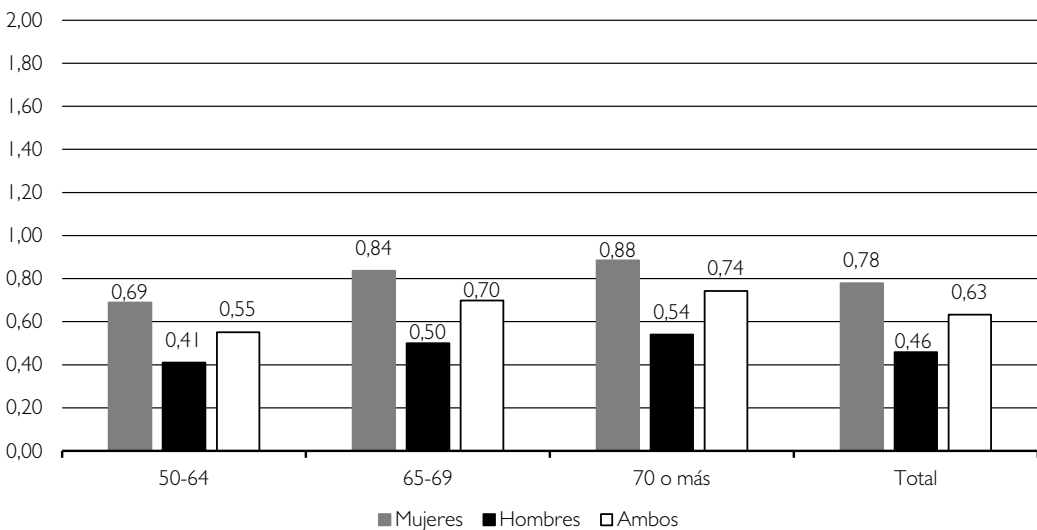
A continuación, se presentan los resultados correspondientes a España obtenidos del

segundo cuestionario especial sobre COVID-19 realizado en el marco de la encuesta *SHARE* a la población de 50 o más años. Se han efectuado los cálculos por grupos de edad: 50 a 64, 65 a 69 y 70 o más. Aunque hubiera sido deseable contar con grupos más pequeños (por quinquenios de edad, por ejemplo), no ha sido posible, dado el reducido tamaño de las muestras.

En primer lugar, se ofrece la información sobre los sentimientos de ansiedad o nerviosismo intensos, dimensión de la salud mental que solo cabe observar en dos momentos del tiempo (2020 y 2021) y que, por tanto, oscila entre un mínimo de 0 y un máximo de 2. En el gráfico 1 se representa el promedio por sexo y para cada grupo de edad, considerando dos momentos durante la pandemia. Se aprecia que los valores entre las mujeres son sistemáticamente más elevados que entre los hombres, tanto en general como para cada grupo de edad. Además, aunque en ambos sexos se aprecia un incremento del indicador conforme aumenta la edad, parece más claro en el caso de las mujeres, sobre todo, al pasar del grupo de 50-64 años al de 65-69 años. Son las mujeres

GRÁFICO 1

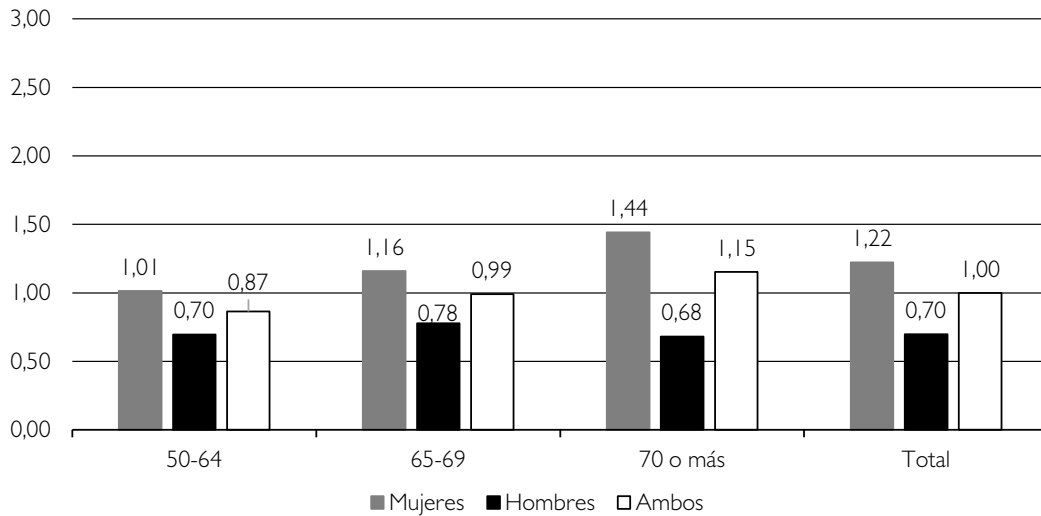
PROMEDIO DE LA ACUMULACIÓN DE SENTIMIENTOS INTENSOS DE ANSIEDAD O NERVIOSISMO A LO LARGO DEL TIEMPO PARA LAS PERSONAS CON 50 O MÁS AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir del primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta *SHARE* (veranos de 2020 y 2021).

GRÁFICO 2

**PROMEDIO DE LA ACUMULACIÓN DE SENTIMIENTOS DE TRISTEZA O DEPRESIÓN
A LO LARGO DEL TIEMPO PARA LAS PERSONAS CON 50 O MÁS AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD**



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2019 y del primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta SHARE (veranos de 2020 y 2021).

de 70 o más años quienes reportan el valor más elevado en la acumulación de sentimientos de ansiedad o nerviosismo a lo largo del tiempo.

Por lo que se refiere a los sentimientos de tristeza o depresión, recogidos en el gráfico 2, las diferencias por sexo coinciden básicamente con las anteriores: el promedio de acumulación de este problema a lo largo del tiempo siempre es mayor entre las mujeres en todos los grupos de edad. En contraste con la dimensión anterior, ahora la mayor distancia en el indicador se da entre quienes tienen 70 o más años, y el incremento con la edad se evidencia solo entre las mujeres (entre los hombres parece estable). El grupo de mujeres de 70 o más años presenta el valor más elevado. En cuanto a los problemas de sueño, representados en el gráfico 3, de nuevo llama la atención el mismo tipo de diferencia por sexo que muestra una mayor acumulación a lo largo del tiempo de este tipo de problema entre las mujeres. A diferencia de lo que sucedía con las dos dimensiones anteriores, entre las mujeres aumenta el valor del indicador al pasar del grupo de 50-64 años al de 65-69 años, si bien el aumento al pasar al grupo de 70 o más años es mucho más pequeño. Final-

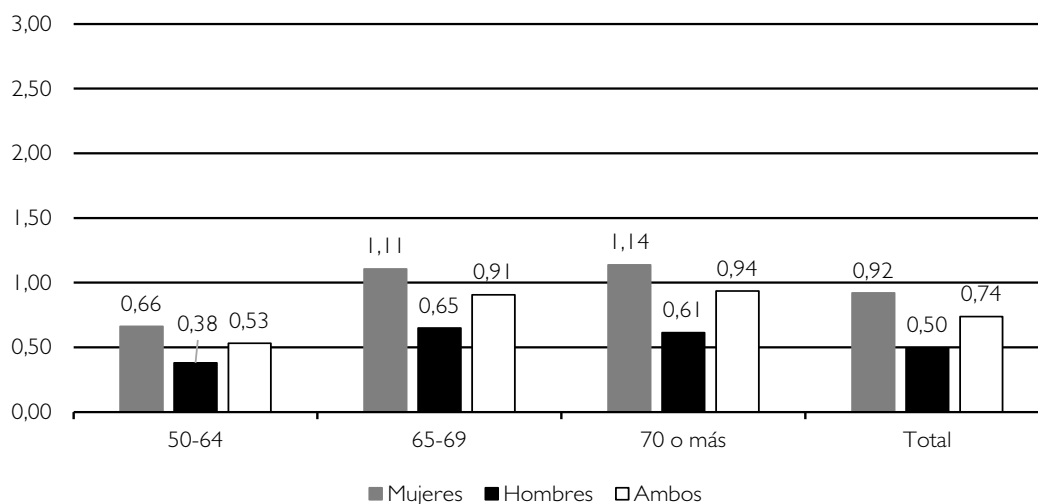
mente, el gráfico 4 muestra el mismo tipo de resultados para el sentimiento de soledad⁶. También aquí las mujeres declaran, en promedio, más problemas que los hombres. Al igual que en la anterior dimensión, ellas muestran una tendencia creciente, mientras que entre los hombres se observa una evolución en forma de U invertida, de manera que el grupo de edad de 65 a 69 años de los hombres es el que presenta un valor más elevado. Las mujeres que superan los 70 años reúnen el valor más elevado de los sentimientos de soledad acumulados a lo largo de los tres años considerados.

Para saber si la situación de los mayores es igual, mejor o peor que la del resto de individuos, analizamos continuación los datos procedentes de las encuestas del CIS, representativas de la población española de 18 o más

⁶ Conviene recordar que en los dos cuestionarios COVID-19 de la encuesta SHARE se recoge información sobre el sentimiento de soledad exclusivamente con una pregunta de autoevaluación. Sin embargo, en el cuestionario de 2019 se recoge a partir del indicador estandarizado de soledad conocido como R-UCLA (Malo y Pagán, 2019), incluido en dicha edición de la encuesta y también en algunos años anteriores.

GRÁFICO 3

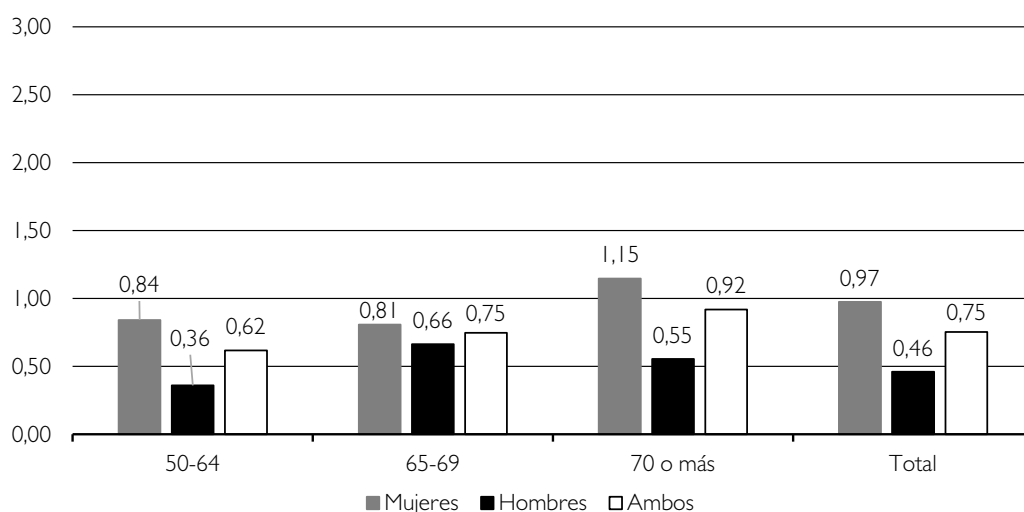
PROMEDIO DE LA ACUMULACIÓN DE PROBLEMAS DE SUEÑO A LO LARGO DEL TIEMPO PARA LAS PERSONAS CON 50 O MÁS AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de 2019 y del primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta SHARE (veranos de 2020 y 2021).

GRÁFICO 4

PROMEDIO DE LA ACUMULACIÓN DE SENTIMIENTOS DE SOLEDAD A LO LARGO DEL TIEMPO PARA LAS PERSONAS CON 50 O MÁS AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de 2019 y del primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta SHARE (veranos de 2020 y 2021).

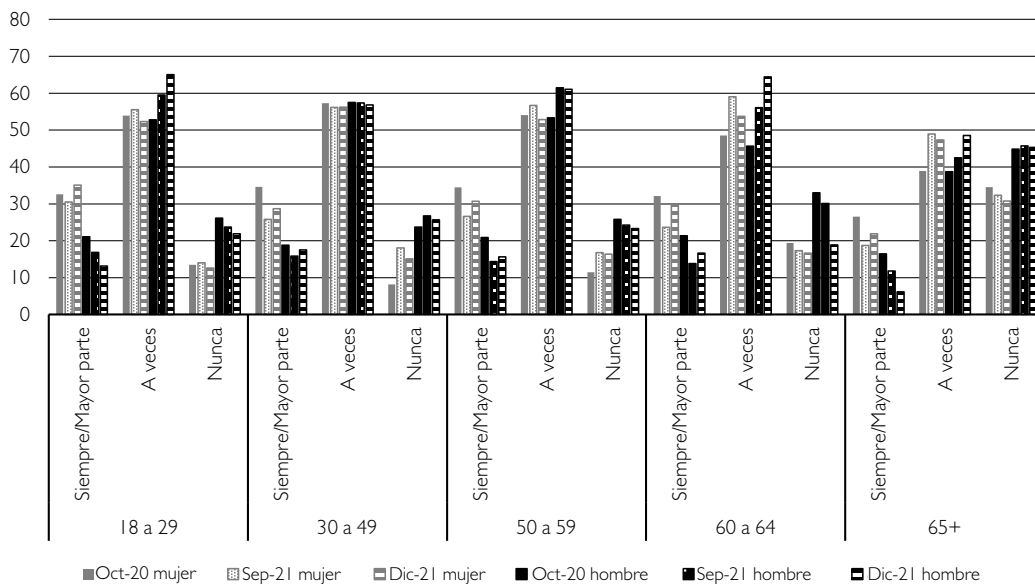
años. A diferencia de la información expuesta de la encuesta *SHARE*, ahora contamos con porcentajes, dentro de cada grupo de edad y sexo, correspondientes a una de estas tres categorías: siempre o la mayor parte del tiempo sintieron ese problema; a veces lo sintieron; y nunca lo sintieron. Los gráficos siguientes muestran los resultados para las cuatro dimensiones utilizadas: ansiedad, soledad, depresión y tristeza.

Respecto a la dimensión de ansiedad (gráfico 5), en todos los grupos de edad son los hombres quienes en mayor proporción afirman “nunca” haber experimentado sentimientos intensos de ansiedad, mientras que, también en todos los grupos de edad, las mujeres reconocen en proporciones mayores haber experimentado “siempre o la mayor parte del tiempo” sentimientos intensos de ansiedad. Los porcentajes de quienes siempre o la mayor parte del tiempo experimentaron ansiedad son bastante semejantes en los grupos de edad por debajo de 60 años y disminuyen en cierto grado entre quienes superan ese umbral de edad. Los mayores de 65

años (hombres y mujeres) son quienes ostentan los porcentajes más altos en la categoría de no haber experimentado “nunca” sentimientos intensos de ansiedad. En cuanto a la dimensión de soledad (gráfico 6), la categoría “nunca” es la que presenta porcentajes más altos (sobrepasando el 45 por ciento) en todos los grupos de edad e independientemente del sexo, en especial entre los mayores de 65 años. La única excepción a esta pauta se da entre las mujeres de 18 a 29 años en la encuesta de diciembre de 2021 (en la cual el porcentaje más elevado se observa en la categoría “a veces”). En la categoría que reúne a quienes “nunca” han experimentado sentimientos de soledad, los hombres muestran porcentajes más elevados que las mujeres. Son los más jóvenes (de 18 a 29 años), tanto hombres como mujeres, quienes presentan porcentajes más bajos en la categoría “nunca”, ofreciendo los valores más elevados en la categoría “a veces” en comparación con el resto de los grupos de edad. El grupo de los que “siempre o la mayor parte del tiempo” han sentido soledad es algo más voluminoso en el caso de las mujeres, pero bastante estable para todos los grupos de edad.

GRÁFICO 5

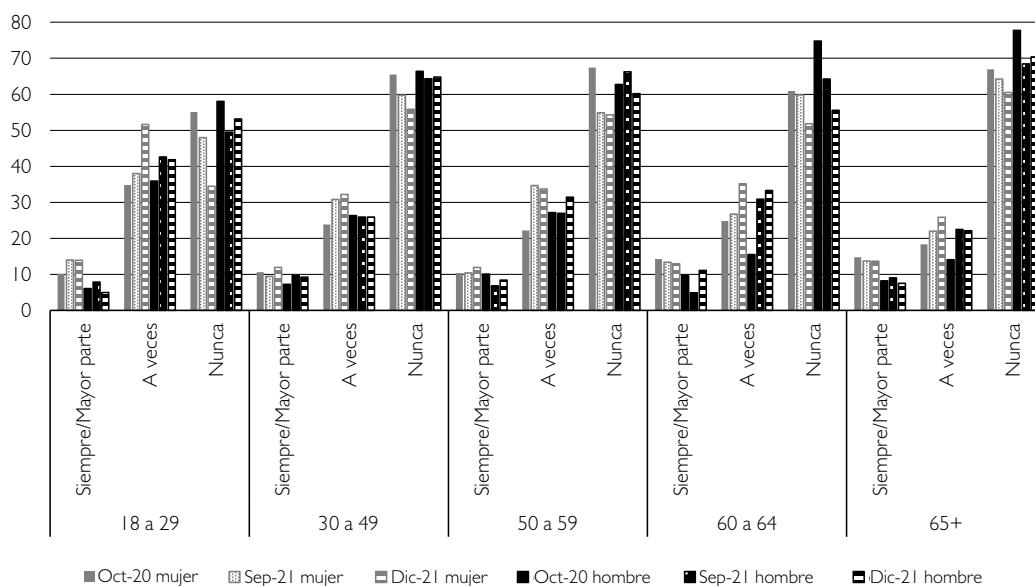
PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE EXPERIMENTARON SENTIMIENTOS INTENSOS DE ANSIEDAD EN LOS DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA (OCTUBRE DE 2020, SEPTIEMBRE DE 2021 Y DICIEMBRE DE 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS.

GRÁFICO 6

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE EXPERIMENTARON SENTIMIENTOS DE SOLEDAD EN LOS DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA (OCTUBRE DE 2020, SEPTIEMBRE DE 2021 Y DICIEMBRE DE 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS.

En definitiva, los más jóvenes y las mujeres son quienes parecen haber experimentado más la soledad, aunque ocasionalmente (“a veces”), no de manera permanente (“siempre o la mayor parte del tiempo”).

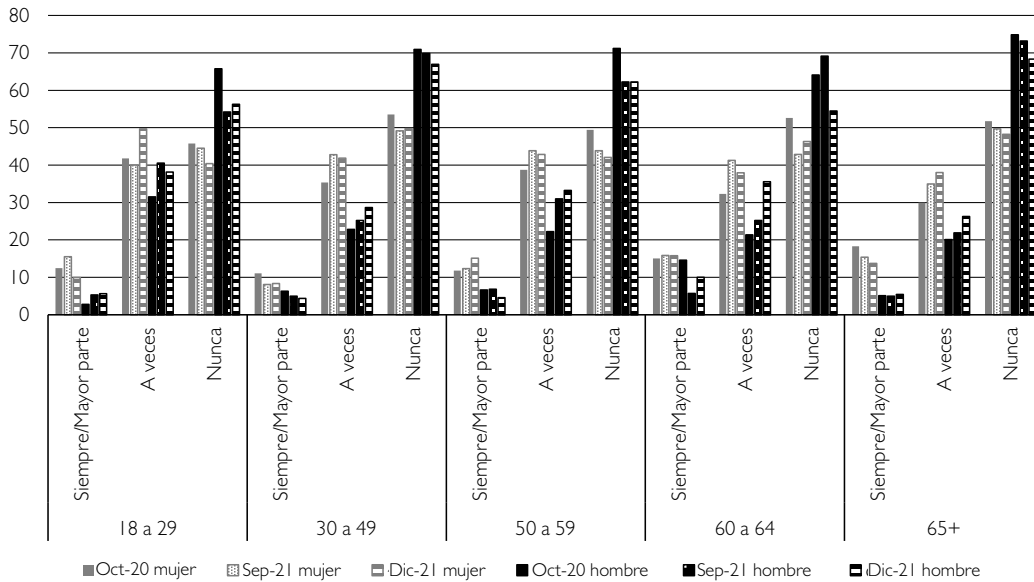
Por lo que respecta a los sentimientos de depresión (gráfico 7), la categoría “nunca” es la mayoritaria en todos los grupos de edad, en especial entre los hombres. La categoría “a veces” es la predominante entre los jóvenes (de 16 a 29 años), mientras que la categoría “siempre o la mayor parte del tiempo” muestra unos porcentajes semejantes en todos los grupos de edad, aunque, entre las mujeres, algo más alta y se apunta una pauta creciente con la edad. Por último, por lo que se refiere a la dimensión de los sentimientos de tristeza (gráfico 8), la categoría “a veces” es la que predomina en todos los grupos de edad y en ambos sexos. No obstante, se observa una pauta decreciente con la edad; además, los porcentajes son mayores entre las mujeres y han aumentado desde la primera a la última encuesta. Por lo demás, se aprecia que en las categorías “siempre” y “a veces” las muje-

res muestran invariablemente porcentajes más altos que los hombres, mientras que en “nunca” predominan ellos. Así pues, los sentimientos de tristeza parecen haber afectado en mayor medida a los más jóvenes y a las mujeres.

En resumen, los datos sugieren una serie de pautas generales en el conjunto de sentimientos asociados a la mala salud mental analizados. En cuanto a las diferencias por grupos de edad, los mayores que “nunca” experimentan cualquiera de los cuatro problemas analizados superan proporcionalmente a los adultos jóvenes que nunca los experimentan. Los resultados confirman, por tanto, los hallazgos de investigaciones internacionales según los cuales los jóvenes han experimentado con más frecuencia problemas de salud mental relacionados con la pandemia que los mayores. Además, nuestro análisis muestra que esta diferencia entre grupos de edad se da tanto en ambos sexos. En cuanto a la categoría que recoge a quienes sienten más intensamente los cuatro problemas (“siempre o la mayor parte del tiempo”), se aprecia, en el caso de la ansiedad, una concen-

GRÁFICO 7

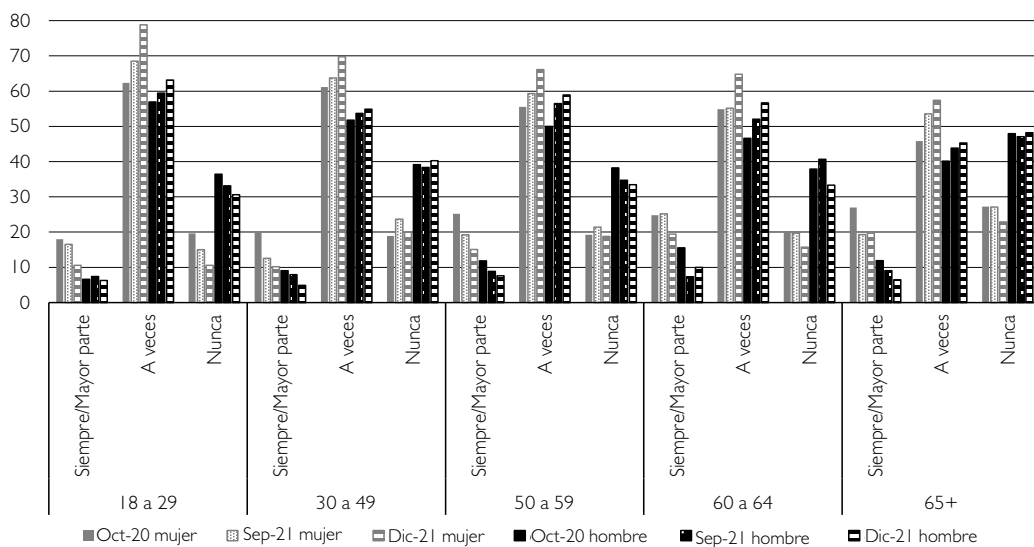
PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE EXPERIMENTARON DEPRESIÓN EN LOS DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA (OCTUBRE DE 2020, SEPTIEMBRE DE 2021 Y DICIEMBRE DE 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS.

GRÁFICO 8

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE EXPERIMENTARON SENTIMIENTOS DE TRISTEZA EN LOS DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA (OCTUBRE DE 2020, SEPTIEMBRE DE 2021 Y DICIEMBRE DE 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS.

tracción algo mayor entre los adultos jóvenes en comparación con los mayores de 65, pero no en el caso de la soledad, la depresión o la tristeza (en especial, entre las mujeres)⁷.

Por tanto, no obtenemos confirmación de que los mayores hayan sufrido problemas de salud mental con más frecuencia que los jóvenes (más bien al contrario), pero tampoco parece que los mayores que han tenido problemas de salud mental, los hayan sufrido con más intensidad (salvo en el caso de la ansiedad). Por lo que respecta a las diferencias por sexo, las mujeres están menos concentradas en la categoría “nunca”, y más en “siempre o en mayor parte”. Esto confirma que a las mujeres les han afectado con más frecuencia todos los problemas examinados. Finalmente, por lo que hace a la evolución temporal, tanto mujeres como hombres presentan porcentajes más bajos en las categorías extremas (“siempre” y “nunca”) en diciembre de 2021 que en octubre de 2020, engrosando así la categoría intermedia (“a veces”).

4.2. Análisis agregado del empeoramiento de la salud mental

Gracias a las dimensiones de calidad de vida que venimos analizando, es posible construir un indicador agregado o sintético de salud mental, tanto en un momento del tiempo como a lo largo de él. Como se explicó con anterioridad, se trata sencillamente de la suma de los valores asignados a cada dimensión. Con la encuesta *SHARE*, este indicador sintético tiene un mínimo de 0 (la persona no sufre ninguno de los cuatro problemas en ningún momento) y un máximo de 11 (la persona sufre todos los problemas en todas las encuestas realizadas). En el caso de las encuestas realizadas por el CIS, el indicador sintético tiene un mínimo de 0 (ningún problema) y un máximo de 8 (ha sufrido todos los problemas todo el tiempo o la mayor parte del tiempo).

⁷ Los datos de la encuesta realizada en febrero de 2021, referidos al conjunto de la pandemia (no incluidos aquí), muestran un resultado en la misma línea; incluso resultan más claros en lo referido a los sentimientos de soledad y depresión, más frecuentes entre los adultos jóvenes, y menos, entre los mayores de 64 años.

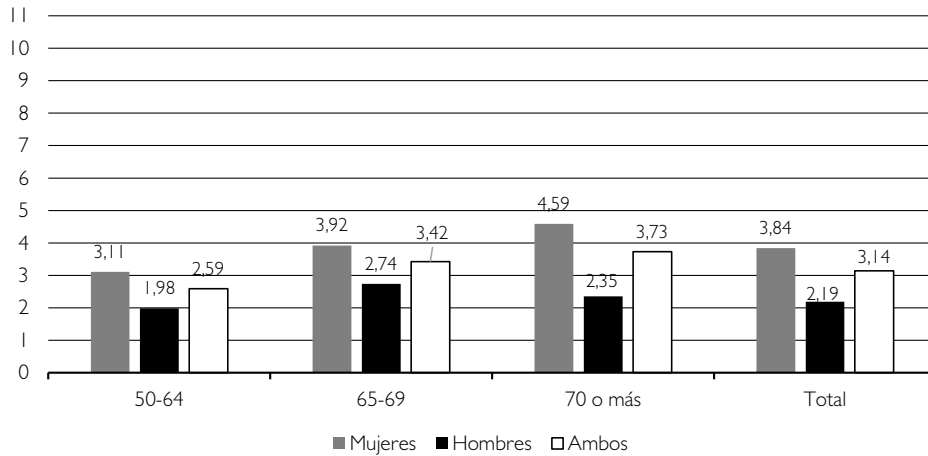
El gráfico 9 muestra el indicador sintético de salud mental elaborado con los datos de *SHARE*, por sexo y grupo de edad, a partir de 50 años. Puede interpretarse como el promedio de acumulación de problemas de salud mental a lo largo de tres años (2019, 2020 y 2021). El promedio para España es de 3,14, lo que indica la prevalencia de algo más de tres problemas de salud mental a lo largo de los tres años considerados. En consonancia con los resultados de cada dimensión por separado comentados con anterioridad, los valores del indicador sintético correspondientes a las mujeres siempre se encuentran por encima de los valores de los hombres, tanto en general (3,84 entre las mujeres frente a 3,19 entre los hombres) como también en todos los grupos de edad. Entre las mujeres también se observa una pauta creciente con la edad, mientras que entre los hombres la línea adquiere cierta forma de U invertida, pues el indicador sintético disminuye a partir de los 70 años. Quienes presentan un índice agregado más elevado de problemas de salud mental son las mujeres de 70 o más años, que alcanzan un 4,59. Entre los hombres, el valor más alto se alcanza en el grupo de edad de 65 a 69 años, con un 2,74.

Los indicadores sintéticos correspondientes a todos los grupos de edad están calculados a partir de las encuestas del CIS aquí utilizadas y se presentan en los gráficos 10 y 11. En el gráfico 10, que muestra la evolución de octubre de 2020 a diciembre de 2021, las mujeres aparecen, en todos los grupos de edad, con valores más altos que los varones. Tanto entre las mujeres como entre los hombres, no obstante, los adultos jóvenes (18 a 29 años) presentan valores claramente más elevados que los mayores de 65 años, observándose una situación intermedia, más o menos estable, en el resto de los grupos de edad.

En cuanto a la evolución entre octubre de 2020 y septiembre de 2021, se aprecia una tendencia hacia la reducción de respuestas indicativas de problemas de salud mental en ambos sexos, aunque, en algunos casos, son prácticamente iguales entre ambos momentos del tiempo o muy ligeramente superiores. Ahora bien, se dan dos claras excepciones a esta tendencia general, concretamente en los grupos de mujeres y de hombres de 18 a 29 años, que muestran un incremento entre ambos momentos del tiempo. En cuanto a los datos corres-

GRÁFICO 9

INDICADOR SINTÉTICO DE ACUMULACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA A LO LARGO DEL TIEMPO (2019, 2020 Y 2021), POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD A PARTIR DE 50 AÑOS (JUNIO DE 2020)



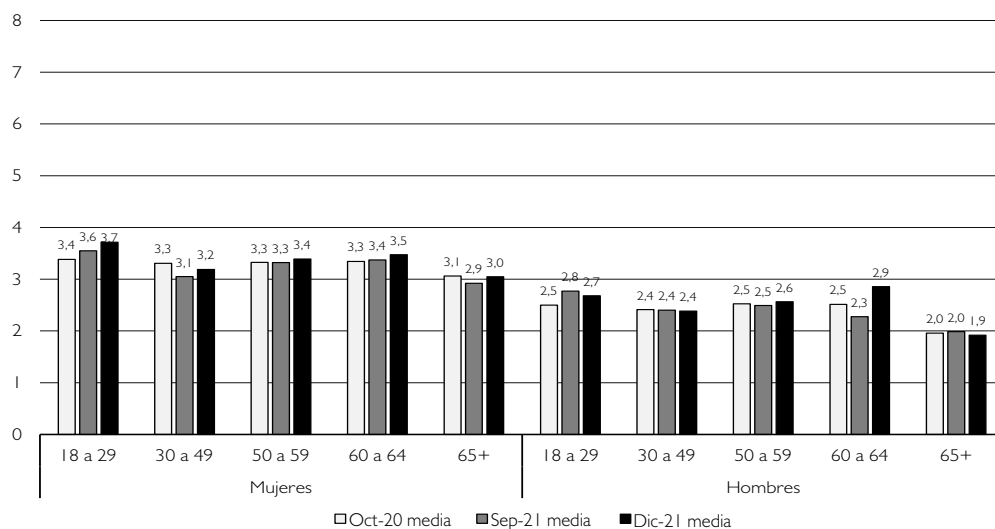
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de 2019 y primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta SHARE (veranos de 2020 y 2021).

pondientes a diciembre de 2021, se distingue cierto aumento en el índice agregado de salud mental en las mujeres de todos los grupos de edad. Sin embargo, los hombres presentan lige-

ros cambios al alza y a la baja, con la excepción de quienes cuentan entre 60 y 64 años que, con claridad, ven incrementarse sus problemas de salud mental.

GRÁFICO 10

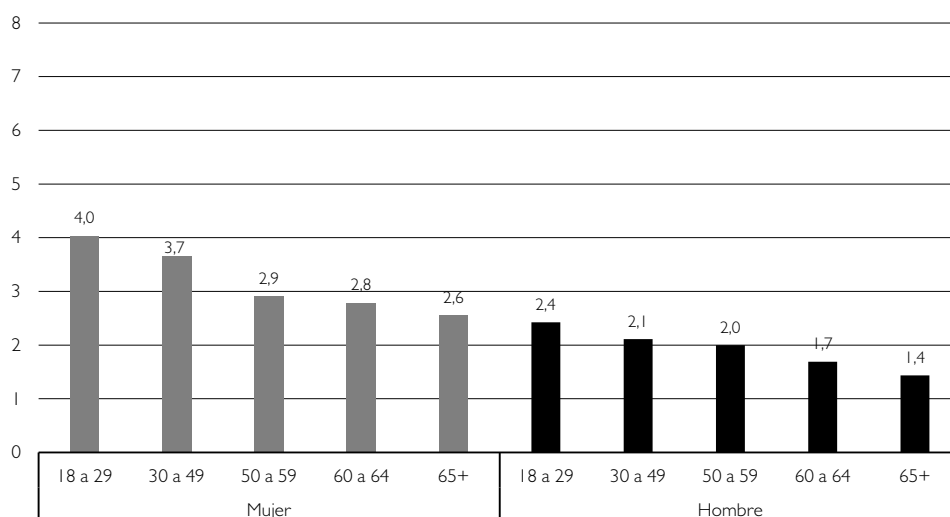
INDICADOR SINTÉTICO DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD A PARTIR DE 18 AÑOS



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS (octubre de 2020, septiembre de 2021 y diciembre de 2021).

GRÁFICO 11

INDICADOR SINTÉTICO DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD A PARTIR DE 18 AÑOS



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 3312 del CIS (febrero de 2021).

Por último, atendiendo al indicador sintético elaborado con la encuesta específica del CIS sobre salud mental desde el inicio de la pandemia hasta febrero de 2021, las relaciones van en el mismo sentido (gráfico 11). De hecho, las comparaciones resultan mucho más claras: por un lado, las mujeres muestran siempre valores más altos que los varones, de manera que incluso el valor más bajo entre las mujeres supera a cualquier valor entre los hombres; y, por otro lado, dentro de cada sexo, el aumento de la edad se relaciona con menores niveles de acumulación de las limitaciones de calidad de vida analizadas.

En definitiva, el indicador sintético confirma los resultados por dimensiones individuales expuestos arriba. Por un lado, los adultos jóvenes de 18 a 29 años presentan más problemas acumulados de salud mental en promedio que los mayores de 65 años. Por otro lado, las mujeres aparecen, en todos los grupos de edad, más afectadas por problemas de salud mental que los hombres. No obstante, las mujeres de más edad (70 o más años) acumulan en promedio más salud mental que las más jóvenes (entre 50 y 54 años, y entre 65 y 69 años), mientras que los hombres, a partir de los 70 años, mantienen (o solo reducen ligeramente) la cantidad de problemas de salud mental que padecen.

5. CONCLUSIONES

En este artículo se han analizado los niveles de salud mental antes y durante la pandemia del coronavirus en España durante el periodo 2019-2021; en concreto, en el año 2019, el verano de 2020 y el verano de 2021. Las fuentes de datos empleadas (*SHARE* y encuestas del CIS) han permitido calcular cuatro componentes de la salud mental: ansiedad, tristeza, problemas de insomnio y sentimiento de soledad. A partir de estos componentes, se ha creado un indicador sintético o agregado de problemas de salud mental con cada fuente de datos. Esto ha permitido analizar las diferencias existentes por tramos de edad y por sexo.

El análisis ha arrojado los siguientes hallazgos. En primer lugar, de acuerdo con los datos de *SHARE* correspondientes a la muestra española, las mujeres de 55 o más años padecen de manera sistemática (en todos los tramos de edad analizados) mayores niveles de ansiedad que los hombres. Además, se observa un aumento en este componente conforme aumenta la edad. Similares resultados se han obtenido para el

resto de los componentes (tristeza, problemas de sueño y sentimiento de soledad). En segundo lugar, los datos del CIS muestran que los efectos negativos sobre la aparición de problemas de salud mental se acumulan de manera significativa en los adultos jóvenes (de 18 a 30 años), si bien las mujeres de 70 o más años parecen formar un grupo que acumula, en promedio, una cantidad total relevante de problemas de salud mental. La investigación internacional sobre los efectos de la pandemia en la salud ha destacado que, en el caso de los mayores, puede darse una mayor intensidad de los problemas de salud mental, aunque sean menos frecuentes. Nuestro análisis no respalda esta hipótesis, salvo para el caso de la ansiedad.

A partir de los resultados obtenidos en este trabajo es posible proponer algunas recomendaciones de política pública dirigidas a mejorar los niveles de salud mental. La primera se concreta en el diseño y la implementación de actuaciones de prevención de problemas de salud mental específicas para las personas menores de 30 años, con una aproximación general a este colectivo, sin establecer distinciones significativas entre subgrupos. En segundo lugar, los resultados han puesto de manifiesto que la salud mental de las mujeres se ha visto más afectada por la pandemia y las restricciones que se impusieron para controlarla, en especial, entre las mujeres de 70 o más años. En definitiva, aunque la pandemia ha castigado la salud mental de hombres y mujeres, los resultados aconsejan incorporar nuevos mecanismos de detección precoz y seguimiento de problemas de salud mental. Al diseño de estos mecanismos debería preceder una investigación más profunda y exhaustiva sobre los principales determinantes de la salud mental, teniendo en cuenta factores como el capital social, la tipología del hogar, la situación laboral, el grado de dependencia y los niveles de renta. Los colectivos con mayor riesgo de deterioro de su salud mental deberían estar mejor definidos, con el fin de ajustar protocolos que amortigüen los efectos de acontecimientos como los vividos durante la pandemia. Incluir en los estudios sobre los mayores a la población que vive en residencias representaría un avance considerable para que los estudios sobre la salud mental de este grupo de población no queden incompletos. Finalmente, es preciso generar fuentes de datos longitudinales a nivel nacional para realizar análisis más precisos que permitan comprender mejor la evolución de los

problemas de salud mental y sus determinantes, con el fin de diseñar protocolos que los resuelvan o, al menos, mitiguen eficazmente.

BIBLIOGRAFÍA

ARPACIOGLU, S., YALÇIN, M., TÜRKMEÑOGLU, F., ÜNÜBOL, B. y ÇAKIROĞLU, O. Ç. (2021). Mental health and factors related to life satisfaction in nursing home and community-dwelling older adults during Covid-19 pandemic in Turkey. *Psychogeriatrics*, 21, pp. 881-891.

ATZENDORF, J. y GRUBER, S. (2021). Depression and loneliness of older adults in Europe and Israel after the first wave of Covid-19. *European Journal of Ageing*, 19, pp. 849-861.

BERTONI, M., CELIDONI, M., DAL BIANCO, C. y WEBER, G. (2021). How did European retirees respond to the COVID-19 pandemic? *Economic Letters*, 203, 109853.

BRUIJNE DE BRUIN, W. (2021). Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health: Evidence from a national U.S. survey conducted in March 2020. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 76(2), e24-e29.

CARSTENSEN, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, pp. 1913-1915.

CHARLES, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 136(6), pp. 1068-1091.

CREESE, B., KHAN, Z., HENLEY, W., O'DWYER, S., CORBETT, A., VASCONCELOS DA SILVA, M., MILLS, K., WRIGHT, N., TESTAD, I. y BALLARD, C. (2021). Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: A longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. *International Psychogeriatrics*, 33(5), pp. 505-514.

ESCUDERO-CASTILLO, I. (2021). Bienestar psicológico en tiempos de coronavirus: el cuidado

y la salud mental durante el confinamiento. *Panorama Social*, 33, pp. 127-144.

GAO, P., MOSAZADEH, H. y NAZARI, N. (2023). The buffering role of self-compassion in the association between loneliness with depressive symptoms: A cross-sectional survey study among older adults living in residential care homes during Covid-19. *International Journal of Mental Health and Addiction* [próxima publicación].

GARCÍA-PORTILLA, P., DE LA FUENTE TOMÁS, L., BOBES-BASCARÁN, T., JIMÉNEZ TREVIÑO, L., ZURRÓN MADERA, P., SUÁREZ ÁLVAREZ, M., MENÉNDEZ MIRANDA, I., GARCÍA ÁLVAREZ, L., SÁIZ MARTÍNEZ, P. A. y BOBES, J. (2021). Are older adults also at higher psychological risk from COVID-19? *Aging & Mental Health*, 25(7), pp. 1297-1304.

LEE, C. M., CADIGAN, J. M. y RHEW, I. C. (2020). Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems. *Journal of Adolescent Health* 67, pp. 714-717.

MALO, M. A. y PAGAN, R. (2019). Soledad, discapacidad y mercado de trabajo. Funcas, *Estudios de la Fundación. Serie Economía y Sociedad*, 91, pp. 1-84.

O'CONNOR, R., WETHERALL, K., CLEARE, S., MCCLELLAND, H., MELSON, A. J., NIEDZWIEDZ, C. L., O'CARROLLO, R. E., O'CONNOR, D. B., PLATT, S., SCOWCROFT, E., WATSON, B., ZORTEA, T., FERGUSON, E. y ROBB, K. A. (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing Study. *British Journal of Psychiatry*, 218, pp. 326-333.

PIEH, C., BUDIMIR, S. y PROBST, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110186.

SOJLI, E., THAM, W.S., BRYANT, R. y McALEER, M. (2021). COVID-19 restrictions and age-specific mental health—U.S. probability-based panel evidence. *Translational Psychiatry*, 11(418).

VAN WINKLE, Z., FERRAGINA, E. y RECCHI, E. (2021). The unexpected decline in feelings of depression among adults ages 50 and older in 11 European countries amid the Covid-19 pandemic. *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 7, pp. 1-11.

WILSON, J. M., LEE, J. y SHOOK, N. J. (2021). COVID-19 worries and mental health: The moderating effect of age. *Aging & Mental Health*, 25(7), pp. 1289-1296.

La ventaja de trabajar: salud mental, pobreza y empleo en España

AROA TEJERO* Y SIGITA DOBLYTÉ**

RESUMEN

En este artículo se analiza la relación entre salud mental, pobreza y participación laboral en España. La participación en el mercado laboral se constituye en factor protector de la salud mental: aquellas personas que trabajan tienen menores tasas de trastornos mentales comunes que aquellas que se encuentran desempleadas. Esta influencia positiva del trabajo en la salud mental se mantiene incluso en situaciones de insuficiencia de recursos. El trabajo protege de los trastornos mentales comunes debido a su capacidad de inclusión en otras esferas de la sociedad y de mejora de la valoración individual y social.

1. INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental afectan a alrededor de 75 millones de personas en Europa, y a 8 millones de personas en España, siendo los más habituales la ansiedad (5,8 por ciento y 5,4 por ciento, respectivamente) y la depresión (4,6 por ciento y 6 por ciento, res-

pectivamente) (Global Burden of Disease [GBD], 2019). La alta prevalencia de estos trastornos mentales comunes afecta especialmente a la población en edad laboral (Ruiz-Rodríguez *et al.*, 2017), lo que supone una pérdida de salud y bienestar en edades centrales del ciclo vital y afecta a otras dimensiones de las condiciones de vida.

En este contexto, está creciendo el interés por analizar los trastornos mentales comunes a través de los determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014): el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen influencia sobre el estado de salud de las personas (OMS, 2004). Entre estos factores se encuentran los ingresos, los bienes y servicios a los que se puede acceder, las condiciones de trabajo y el acceso a la atención sanitaria. Más concretamente, se destacan la posición socioeconómica y la participación en el mercado de trabajo como dos dimensiones en las que se encuentran algunos de los factores de riesgo de salud mental más importantes: la insuficiencia económica, la situación de privación, el desempleo y/o la precariedad laboral.

Por un lado, es extensa la literatura que evidencia la influencia de la pobreza sobre la salud mental. Las personas con una peor posición socioeconómica tienen menos oportuni-

* Departamento de Sociología, Universidad de Oviedo (tejeroaroa@uniovi.es).

** Departamento de Sociología, Universidad de Oviedo (doblytesigita@uniovi.es).

des de controlar sus recursos para satisfacer sus necesidades básicas, lo que incide directamente en su nivel de salud mental (Aneshensel, 2009; Kuruvilla y Jacob, 2007; Murali y Oyeboode, 2004; OMS, 2014; Patel y Kleimann, 2003). Por otro lado, tanto la desconexión del mercado de trabajo, como la participación en trabajos precarios inciden directamente en la probabilidad de padecer una enfermedad mental (Escudero-Castillo, Mato Díaz y Rodríguez-Álvarez, 2022 y 2023). Estas condiciones no influyen en la salud mental de manera aislada, sino que también interactúan entre ellas multiplicando sus efectos, por lo que se señala la necesidad de aclarar las relaciones causales entre estos determinantes sociales específicos (Baumgartner y Burns, 2014).

Examinar los factores que contribuyen a una mejor o peor salud mental es complejo. Por una parte, porque implica conceptualizar tanto lo que se quiere explicar (la salud mental), como los factores influyentes (los determinantes sociales de la salud). Esas conceptualizaciones son constructos que funcionan en un contexto social particular y un momento histórico determinado (Mills, 2015) y requieren fuentes de datos e indicadores que permitan una medición adecuada (Lund, 2014). Por otra parte, porque la relación de la salud mental con esos determinantes sociales puede ser bidireccional (Alegría *et al.*, 2019; OMS, 2014). Las condiciones de vida influyen en el nivel de salud mental y, a su vez, la salud mental condiciona las oportunidades y los recursos para alcanzar condiciones de vida que garanticen un bienestar adecuado. Por lo tanto, se crea un contexto de interacciones mutuas difícil de desentrañar.

El objetivo general de este artículo consiste en analizar la relación entre salud mental, pobreza y participación laboral en España con las fuentes de datos disponibles. Más concretamente, se busca entender la conexión entre la situación socioeconómica (medida a través de diferentes indicadores de pobreza y del nivel de renta) y los trastornos mentales comunes, así como también describir la relación entre la participación laboral (el desempleo y la precariedad laboral) y la salud mental. Además, se presta especial atención a la interacción entre el bienestar psicológico, la posición socioeconómica y la participación laboral, con la pretensión de determinar si la situación de desventaja económica y laboral se superponen multiplicando sus consecuencias sobre la salud mental; o si el tra-

bajo, más allá de la generación de recursos económicos, supone un factor de protección de la salud mental.

La estructura del artículo es la siguiente. Tras la introducción, el segundo apartado traza el concepto de salud mental del que se parte, y expone las fuentes de datos y los indicadores que, en posteriores apartados, se emplean en el análisis descriptivo. En el tercer apartado se analiza la relación entre la posición socioeconómica y la salud mental y en el cuarto, la relación entre la salud mental y la participación laboral. En el quinto apartado se examina la relación entre los tres fenómenos, y en el sexto se resumen las principales conclusiones de la investigación.

2. LA MEDICIÓN DE LA SALUD MENTAL EN RELACIÓN CON LA POBREZA Y LA PARTICIPACIÓN LABORAL

Los problemas de salud mental se pueden dividir en dos tipos: por un lado, los problemas o trastornos psicológicos que no alcanzan las condiciones para un diagnóstico clínico dentro de los sistemas de clasificación psiquiátricos. Por otro lado, los trastornos mentales con diagnóstico que se “caracterizan por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo” (OCDE, 2012; OMS, 2022). Estos últimos pueden ser comunes (ansiedad y depresión) o severos (esquizofrenia, trastorno bipolar o abuso de alcohol y drogas) (OMS, 2014).

En este artículo se parte de esta conceptualización de problemas de salud mental para analizar los trastornos mentales comunes (con y sin diagnóstico). Sin embargo, el reto se presenta a la hora de medir la incidencia de estas afecciones en relación con la pobreza y la participación laboral, ya que se requiere de fuentes de datos que incluyan información sobre las condiciones materiales de los hogares (pobreza), la participación laboral de los individuos y la salud (mental). Actualmente, no hay ninguna fuente de datos que tenga por objetivo recoger información para sistematizar indicadores de estas tres dimensiones. En el cuadro 1 se presenta un

CUADRO 1

FUENTES DE DATOS Y VARIABLES PARA LA MEDICIÓN DE LA SALUD MENTAL

<i>Fuente de datos</i>	<i>Años</i>	<i>Medición de la salud mental</i>
<i>Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)</i>	2021	Pregunta: "Durante la pandemia provocada por la COVID-19, ¿considera que su estado de ánimo se ha visto afectado? (ansiedad, miedo, preocupación, estrés, etc.)"
<i>Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales FOESSA (EINSFOESSA)</i>	2021	Pregunta: "¿Ha sido diagnosticado de trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, depresión, ansiedad, TOC, ...)?"
<i>Encuesta Nacional de Salud (ENS)</i>	2017	Cuestionario General de Salud (<i>General Health Questionnaire – GHQ12</i>)

Fuente: Elaboración propia.

resumen de las fuentes de datos seleccionadas, los años para los que se han recogido los datos y la operacionalización del concepto de trastorno mental.

El cuadro 1 incluye dos encuestas de referencia en el estudio de la pobreza y la exclusión social. En primer lugar, la *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)*, recoge información sobre los ingresos y otras dimensiones de bienestar de los hogares, así como también sobre la participación laboral individual. Sin embargo, y aunque incluye un módulo sobre salud que se repite en todas las ediciones, no tiene entre sus objetivos la monitorización de la salud mental. Para este artículo se han seleccionado los resultados de 2021 porque es la única edición que incluye una pregunta específica relacionada con la salud mental autopercibida (y no diagnosticada) en el contexto de la COVID-19: en concreto, se pregunta sobre si han experimentado cambios en el ánimo (haciendo referencia específica a la ansiedad, el miedo, la preocupación, el estrés, etcétera) como consecuencia de la COVID-19. Por lo tanto, este indicador estaría recogiendo trastornos psicológicos sin hacer referencia al diagnóstico de esas condiciones.

La principal desventaja de esta pregunta es que hace referencia a la COVID-19, una situación extraordinaria que complica la comparación. Sin embargo, los niveles de afectación del ánimo detectados con esta pregunta son muy similares a los que la OMS y la OCDE definen como riesgo de depresión, recogidos a través de una escala que incluye información sobre cinco dimensiones (sentirse alegre, tranquilo/a, activo/a, descansado/a y que la vida diaria está

llena de cosas interesantes) medidas en un intervalo de 0 a 100, donde puntuaciones superiores a 50 indican riesgo de padecer depresión (OCDE, 2021).

En segundo lugar, la *Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales FOESSA (EINSFOESSA)*, tiene como principal objetivo cuantificar y analizar las condiciones de vida y la exclusión social en España (FOESSA, 2019). Esta fuente de datos permite la medición de la pobreza y la exclusión desde una perspectiva multidimensional, ya que recoge información sobre empleo, consumo, participación política, educación, vivienda, salud, conflicto y aislamiento sociales. Respecto a la salud mental, permite medir la prevalencia de los trastornos mentales comunes, ya que se pregunta sobre el diagnóstico de trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, etcétera).

Junto a estas dos encuestas se analizan los microdatos de una de las encuestas de referencia en el estudio de la salud y sus determinantes, la *Encuesta Nacional de Salud (ENS)*. Su objetivo es conocer el estado de salud individual y sus factores determinantes. Esta fuente de datos es la que facilita una mejor operacionalización del riesgo de padecer trastornos de salud mental, ya que incluye el Cuestionario General de Salud (*General Health Questionnaire, GHQ*) que permite construir la escala *GHQ-12*. Esta prueba psicométrica está diseñada para detectar trastornos psiquiátricos diagnosticables y es el instrumento de detección de trastornos mentales comunes más utilizado, además de una medida general de bienestar psicológico

(Sánchez-López y Dresch, 2008). El rango de puntuación es de 0 a 12, y se considera que una persona está en riesgo de trastornos mentales comunes cuando su puntuación es de 3 o más puntos. La *ENS* también recoge mucha información sobre la situación laboral de las personas encuestadas. Sin embargo, no permite analizar con tanto detalle el contexto de pobreza y exclusión social.

3. POBREZA Y SALUD MENTAL ¿INFLUYEN MÁS LOS ASPECTOS ECONÓMICOS, MATERIALES O SUBJETIVOS?

En la bibliografía académica prevalece el consenso sobre la influencia de la posición socioeconómica en la salud mental, aunque la conexión es compleja. Concretamente, se ha analizado la importancia de la pobreza como factor condicionante de los trastornos mentales comunes (Aneshensel, 2009; OMS, 2014; Patel y Kleimann, 2003). Otros estudios han empleado un concepto más amplio como el de exclusión social, llegando a la misma conclusión de influencia mutua (Baumgartner y Burns, 2014; Oliveros, Agulló-Tomás y Máquez-Álvarez, 2022). En general, la pobreza y la exclusión social se entienden como fenómenos multidimensionales que implican una incapacidad para satisfacer las necesidades básicas y se relacionan con la baja educación y la mala salud (Murali y Oyebode, 2004; Kuruvilla y Jacob, 2007). La principal diferencia entre ambos conceptos es que la pobreza suele referirse a las dimensiones económicas y materiales de las condiciones de vida (aunque desde diferentes perspectivas), mientras que la exclusión social incluye también otras esferas sociales (como la inclusión laboral o la participación social, entre otras).

Sin embargo, la complejidad de esta relación no se debe solo a esa multidimensionalidad y la diversidad de factores que intermedian, sino a que es una relación bidireccional de retroalimentación que produce un círculo vicioso (Lund, 2012; OMS, 2014; Patel y Kleimann, 2003; Santos y Ribeiro, 2011): la pobreza aumenta la probabilidad de sufrir un trastorno de salud mental y, a su vez, esos trastornos llevan a ingresos más reducidos y menores oportunidades de empleo, lo que conduce nuevamente a la pobreza y a un aumento del riesgo de mala salud mental. Por tanto, la pobreza puede ser

tanto una causa (estrés derivado de la mala situación económica o aumento de los costes que produce padecer una enfermedad mental), como una consecuencia de la mala salud mental (porque dificulta la consecución de recursos económicos o por el efecto que puede tener un diagnóstico psiquiátrico en las probabilidades de pobreza).

De lo anterior se derivan las posibles explicaciones teóricas sobre la relación entre pobreza y salud mental que refuerzan la idea de causalidad retroalimentativa entre ambas situaciones (Lund, 2012; Murali y Oyebode, 2004; Saraceno, Levav y Kohn, 2005). Por un lado, la explicación de la causación social destaca que serían las situaciones adversas (inseguridad económica, laboral, alimentaria, etc.), sumadas a la falta de recursos para poder enfrentarlas, lo que podría contribuir al deterioro de la salud mental (Aneshensel, 2009). Por otro lado, la hipótesis de la selección social señala que quienes viven con enfermedades mentales tienen más probabilidad de caer y persistir en la situación de pobreza. Como consecuencia de una menor inclusión laboral, un mayor gasto en salud y el estigma asociado a la condición mental (Costello *et al.*, 2003). La hipótesis de la causación social está más asociada a los trastornos mentales comunes, mientras que la hipótesis de la selección social se relaciona con los trastornos mentales severos (Saraceno, Levav y Kohn, 2005). De todas formas, la relación entre estas dos situaciones es compleja, y, en la mayoría de las enfermedades mentales, los mecanismos causales se mueven en las dos direcciones (Lund, 2012).

El análisis de la relación bidireccional entre la pobreza y la salud mental se complica aún más por la diversidad de definiciones, conceptos y estrategias de medición (Baumgartner y Burns, 2014; Lund *et al.*, 2010, Santos y Ribeiro, 2011). En efecto, las medidas de pobreza y salud mental inconsistentes e imprecisas representan un claro obstáculo en esta área de investigación (Cooper, Lund y Kakuma, 2012). Por un lado, no se discute la asociación entre los dos fenómenos, pero se señala que la intensidad de esa asociación depende del indicador de pobreza que se utilice (OMS, 2014). Por otro lado, el debate actual gira en torno a qué dimensiones de la pobreza tienen mayor influencia, reconociendo que el uso de indicadores únicamente económicos no refleja la privación en otras dimensiones (Lund, 2014).

CUADRO 2

INDICADORES DE POBREZA, SEGÚN TIPO, DEFINICIÓN Y FUENTE DE DATOS

Indicador	Definición	Fuente de datos
Riesgo de pobreza	Hogares cuya renta disponible equivalente se sitúa por debajo del 60 por ciento de dicho ingreso para toda la población	ECV, EINSFOESSA
Pobreza severa	Hogares cuya renta disponible equivalente se sitúa por debajo del 40 por ciento de dicho ingreso para toda la población	ECV, EINSFOESSA
Privación material	Hogares privados de, al menos 4 ítems, de una lista de 9 considerados básicos	ECV, EINSFOESSA
Indicador Sintético de Exclusión Social (ISES)	Hogares excluidos: aquellos que tienen un ISES de más del doble de la media de la sociedad	EINSFOESSA
Pobreza subjetiva	Autopercepción de incapacidad de llegar a fin de mes	ECV, EINSFOESSA
Quintil de renta	Quintil de renta disponible equivalente	ECV
Nivel de ingreso	Nivel de ingreso autodefinido	ENS

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro 2 reúne los diferentes indicadores de pobreza y posición socioeconómica. En primer lugar, el indicador de riesgo de pobreza identifica a aquellas personas que viven en hogares cuyos ingresos se sitúan por debajo del umbral de pobreza (60 por ciento de la renta mediana equivalente). Es decir, se trata de un indicador económico y relativo: tiene en cuenta todos los ingresos que se reciben en el hogar (laborales y transferencias) e identifica a las personas en situación de pobreza por comparación con los ingresos del resto de hogares en la sociedad. El indicador de pobreza severa, incluido en segundo lugar, es similar al anterior, pero sitúa el umbral de pobreza en el 40 por ciento de la renta mediana equivalente.

En tercer lugar, se presenta la tasa de privación material severa que identifica a aquellos hogares que, de una lista de nueve ítems que se consideran importantes para la inclusión social,

no pueden acceder, al menos, a cuatro de ellos¹. En cuarto lugar, se mide la exclusión social a través del Indicador Sintético de Exclusión Social (ISES), que agrega información sobre 35 indicadores de empleo, consumo, participación política, educación, vivienda, salud, conflicto y aislamiento sociales. El resultado es un índice que permite distinguir a los hogares en inclusión (que no tienen ningún problema detectado o con algún problema, pero con un ISES en torno a la media de la sociedad) de los hogares excluidos (el ISES supone, al menos, más del doble de la media del conjunto de España).

¹ No puede permitirse: ir de vacaciones al menos una semana al año; una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días; mantener la vivienda con una temperatura adecuada; disponer de un automóvil; disponer de teléfono; disponer de un televisor; disponer de una lavadora; no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos; ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses.

En quinto lugar, se incorpora un indicador subjetivo basado en las percepciones individuales sobre la propia situación económica y que mide la tensión económica. Esta perspectiva es importante porque algunos estudios han mostrado que la tensión económica se halla fuertemente asociada con el comienzo y con la duración de los episodios de mala salud mental (Weich y Lewis, 1998). El indicador seleccionado identifica aquellos hogares que declaran llegar con mucha dificultad a fin de mes, una medida adecuada porque refleja la apreciación subjetiva tanto de los gastos habituales necesarios del hogar, como de la suficiencia de sus ingresos para llegar a fin de mes (Filandri, Pasqua y Struffolino, 2020).

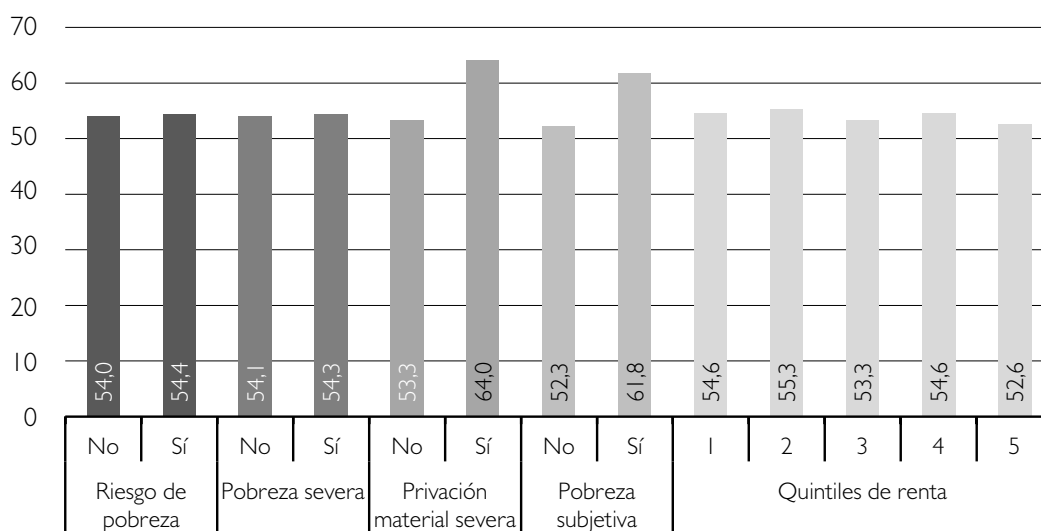
Por último, para poder medir la situación socioeconómica con la *ENS*, se utiliza un indicador de nivel de ingreso autodefinido basado en la indicación del rango de ingresos en el que las personas encuestadas incluyen la renta de sus hogares. Con el fin de complementar esta última perspectiva, también se añade un indicador similar derivado de la *ECV* que recoge la posición en la distribución de la renta dividida en quintiles. Aunque, estrictamente, estas

variables no permiten identificar la situación de pobreza, sí ofrecen la posibilidad de analizar si la relación entre la situación socioeconómica y la salud mental difiere en función del nivel de ingreso/riqueza. Algunas investigaciones señalan la importancia de no diferenciar solo a los pobres de los no pobres, sino de incluir diferentes niveles de ingreso para ver la gradación de esta relación (Lund, 2014).

Los resultados de la *ECV* y de su indicador de afectación del ánimo durante la pandemia muestran la ausencia de diferencias significativas cuando se mide la situación económica: la tasa de afectación del ánimo entre personas en riesgo de pobreza o pobreza severa y las que no están en la pobreza es similar, en torno al 54 por ciento (gráfico 1). Tampoco se observan grandes desigualdades entre las posiciones en la distribución de la renta, que varían de un 52,6 por ciento en el quintil más alto que indican padecer afectación del ánimo, a un 54,6 por ciento que indican esa misma situación en el quintil más bajo. Sí hay una mayor incidencia de la mala salud mental entre quienes se encuentran en situación de privación material severa (64 por ciento) o pobreza subjetiva (61,8 por ciento). Es

GRÁFICO 1

AFECCIÓN DEL ÁNIMO (ANSIEDAD, MIEDO, PREOCUPACIÓN, ESTRÉS, ETC.), SEGÚN INDICADORES DE POBREZA Y POSICIÓN EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA RENTA (PORCENTAJE)



Fuente: Microdatos de la *ECV* 2021.

probable que la similitud en los resultados de esta encuesta se deba a la alusión directa que hace la pregunta a cómo afectó la pandemia al ánimo de las personas encuestadas, derivando un efecto igualador de la COVID-19 entre las diferentes posiciones socioeconómicas.

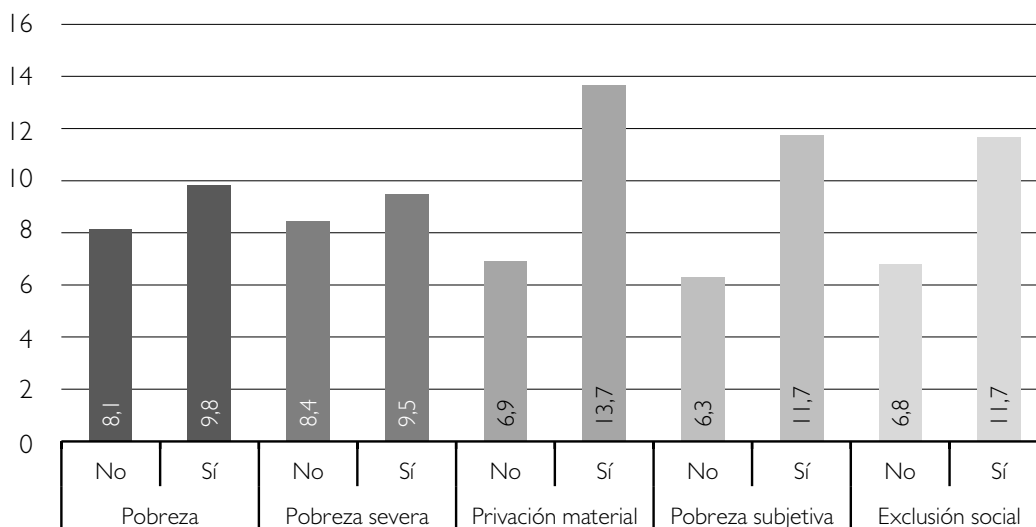
Los datos de la *EINSFOESSA* ya muestran un panorama algo más diverso, aunque las diferencias entre quienes padecen y no padecen pobreza/exclusión social siguen siendo mayores con los indicadores no económicos (gráfico 2). La tasa de afectación del ánimo de las personas en riesgo de pobreza y en situación de pobreza severa vuelve a ser similar (9,5-9,8 por ciento), aunque más alta que la del resto (8,1-8,4 por ciento). En cambio, los indicadores no económicos sí influyen en el grado de incidencia de los trastornos mentales comunes. Por un lado, el 13,7 por ciento de las personas en situación de privación material severa señalan estar diagnosticadas de depresión, ansiedad o una afectación similar. Y, por otro lado, el 11,7 por ciento de las que sufren tensión económica o exclusión social se reconocen aquejadas de un trastorno del estado del ánimo.

La *ENS* solo permite un acercamiento a la posición socioeconómica y no a la pobreza o la exclusión social. Sin embargo, el resultado es claro en cuanto al riesgo de trastornos mentales comunes (gráfico 3): a mejor posición económica, menor incidencia de tales trastornos. Las tasas de problemas de salud mental medidos con la escala *GHQ-12* varían del 35,4 por ciento entre las personas que viven con menos de 570 euros al mes, al 11,3 por ciento entre las que viven con más de 2.700 euros al mes. Se podrían establecer tres niveles de ingreso con tres grados de incidencia de los problemas de salud mental: tasas altas de trastornos mentales comunes (23-35 por ciento), cuando se ingresa menos de 1.050 euros al mes; tasas medias (18-20 por ciento), cuando los ingresos oscilan entre 1.050 y 1.800 euros al mes; y tasas bajas (11-15 por ciento), cuando las rentas son superiores a 1.800 euros al mes.

De los datos anteriores se desprenden tres conclusiones. Por un lado, como señalan algunos autores ya referidos, el uso del indicador de pobreza puede afectar al resultado sobre la intensidad de la relación entre la posición

GRÁFICO 2

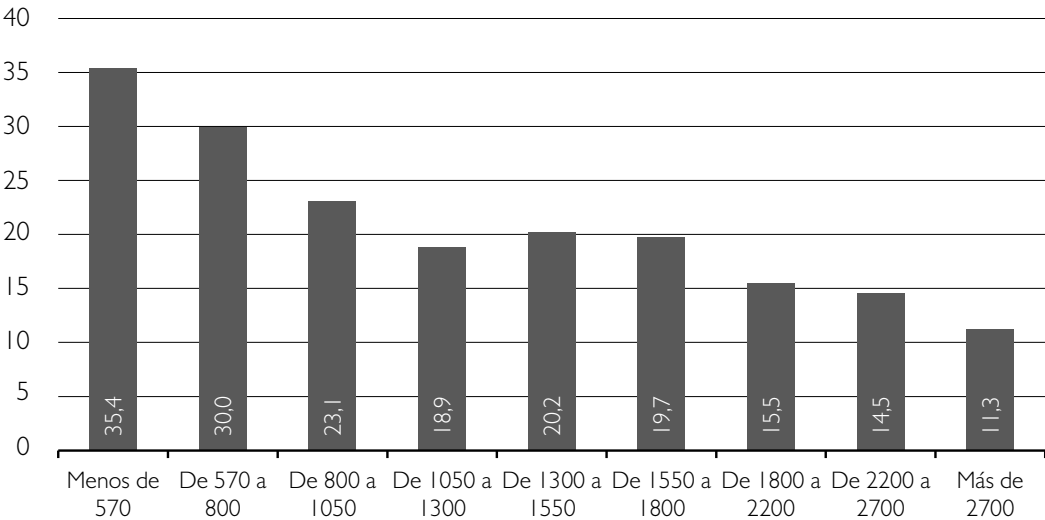
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ETC.), SEGÚN INDICADORES DE POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL (PORCENTAJE)



Fuente: Microdatos de la *EINSFOESSA* 2021.

GRÁFICO 3

TRASTORNOS MENTALES COMUNES, SEGÚN NIVEL DE INGRESO (PORCENTAJE)



Fuente: Microdatos de la ENS 2017.

socioeconómica y los trastornos mentales (OMS, 2014). Por otro lado, los indicadores económicos de pobreza muestran una asociación más débil con los trastornos mentales (Patel y Kleimann, 2003), por lo que se pone de manifiesto la necesidad de incluir otras dimensiones de pobreza para poder analizar mejor su conexión con la salud mental. Por último, se corrobora la “gradación social” de la relación de los ingresos y la salud mental, según la cual la influencia de la posición socioeconómica sucede a lo largo de un continuo, no es una variable dicotómica: las personas en peores posiciones socioeconómicas tienen mayores riesgos de salud mental, pero los riesgos se distribuyen entre toda la población (Alegría *et al.*, 2019; Allen *et al.*, 2014; Moreno, Lostao y Regidor, 2023).

4. TRABAJO Y SALUD MENTAL: ¿SUPONE UN MAYOR RIESGO EL DESEMPLEO O LA PRECARIEDAD?

La relación entre la salud mental y la participación en el mercado laboral tampoco está

exenta de complejidad. Las investigaciones al respecto enfocan la atención en dos tipos de influencias sobre el bienestar psicológico: la del desempleo y la de la precariedad laboral. Las principales conclusiones derivadas de la primera línea de investigación (desempleo-salud mental) destacan que la situación de empleo es uno de los factores más importantes a la hora de explicar las diferencias en la prevalencia de los trastornos mentales en adultos. Es decir, la falta y la pérdida de empleo suelen estar relacionadas con un aumento del riesgo de mala salud mental (Escudero-Castillo, Mato Díaz y Rodríguez-Álvarez, 2022; Murali y Oyebode, 2004; Virgolino *et al.*, 2022) y, concretamente, de la depresión y la ansiedad (OMS, 2014). Trabajar constituye una de las mejores estrategias para conseguir recursos que garanticen un mayor bienestar económico y material, pero también de salud mental (Ford *et al.*, 2010; Llena-Nozal, Lindeboom y Portrait, 2004; Jahoda, 1981).

Aunque esta relación parece clara, nuevamente, se articula como bidireccional: la participación laboral afecta a la salud mental, pero también la salud mental influye en cómo se

participa en el mercado laboral (OCDE, 2021). Esa doble causalidad genera un círculo vicioso similar al de la pobreza (Escudero-Castillo, Mato Díaz y Rodríguez-Álvarez, 2022). Tener una mala salud mental aumenta las probabilidades de perder un empleo y disminuye las oportunidades de volver al mercado laboral, empeorando la situación de exclusión social que acaba incidiendo en una mayor prevalencia e intensidad de los trastornos mentales; que, a su vez, implican volver al principio del círculo, aumentando la situación de exclusión.

La segunda línea de investigación evalúa el impacto de la precariedad laboral en la salud mental desde diferentes dimensiones. En general, una mayor precariedad laboral aumenta los riesgos de padecer un trastorno de salud men-

tal (Escudero-Castillo, Mato Díaz y Rodríguez-Álvarez, 2023). Esta influencia se produce a través de varios mecanismos: el entorno laboral estresante asociado a un empleo precario; el mayor riesgo de privación por los bajos salarios y las malas condiciones laborales; las limitaciones vitales derivadas de la inestabilidad laboral; la mayor probabilidad de empleos en ambientes peligrosos con menor salud laboral y estándares de seguridad más bajos; el mayor riesgo de desempleo y de entrar en ciclos de empleo-desempleo; y la mayor tensión laboral (Vives *et al.*, 2013). En definitiva, el empleo precario supone una mayor discontinuidad e inseguridad laboral, un menor control sobre las condiciones de trabajo y una menor protección legal (acceso a derechos) y económica (bajos salarios y menor acceso a prestaciones).

CUADRO 3

INDICADORES DE PARTICIPACIÓN LABORAL SEGÚN TIPO, DEFINICIÓN Y FUENTE DE DATOS

<i>Indicador</i>	<i>Definición</i>	<i>Fuente de datos</i>
Situación laboral	Distingue las situaciones de: trabajo, desempleo (de menos y más de un año) e inactividad (no se ejerce ninguna actividad económica)	ECV, EINSFOESSA
Tipo de contrato	Distingue contrato indefinido y temporal	ECV, EINSFOESSA
Tipo de jornada	Distingue jornada parcial y completa	ECV, EINSFOESSA, ENS
Tipo de empleo	Distingue las situaciones de: trabajo con contrato indefinido, trabajo con contrato temporal (de más y menos de un año) y trabajo atípico (sin contrato, contrato verbal o ayuda familiar)	ENS
Exclusión de empleo	El hogar se encuentra en, al menos, una de las siguientes situaciones: sustentador/a principal (SP) en desempleo de larga duración, SP en oficio de exclusión, SP en empleo irregular (sin contrato ni cobertura de la Seguridad Social); al menos una persona en desempleo de larga duración, sin titulación, ni formación en el último año; todas las personas activas en desempleo; SP en inestabilidad laboral grave	EINSFOESSA
Inestabilidad laboral grave	SP ha trabajado con tres o más contratos, en tres o más empresas o ha sufrido tres o más meses en desempleo.	EINSFOESSA

Fuente: Elaboración propia.

La inseguridad y la inestabilidad laboral parecen ser las condiciones que más influyen en la salud mental de los trabajadores (Escudero-Castillo, Mato Díaz y Rodríguez-Álvarez, 2023; Karabchuk y Soboleva, 2020). Tener un empleo temporal, informal o una falta de rutina empeora el bienestar psicológico de las personas. Así, la precariedad laboral, cuando es muy intensa (y se acumulan las desventajas en varias dimensiones), provoca consecuencias tan negativas como el desempleo (Broom *et al.*, 2006). Es decir, los beneficios en términos de salud que supone tener un empleo dependen mucho de la calidad de este (Butterworth *et al.*, 2012).

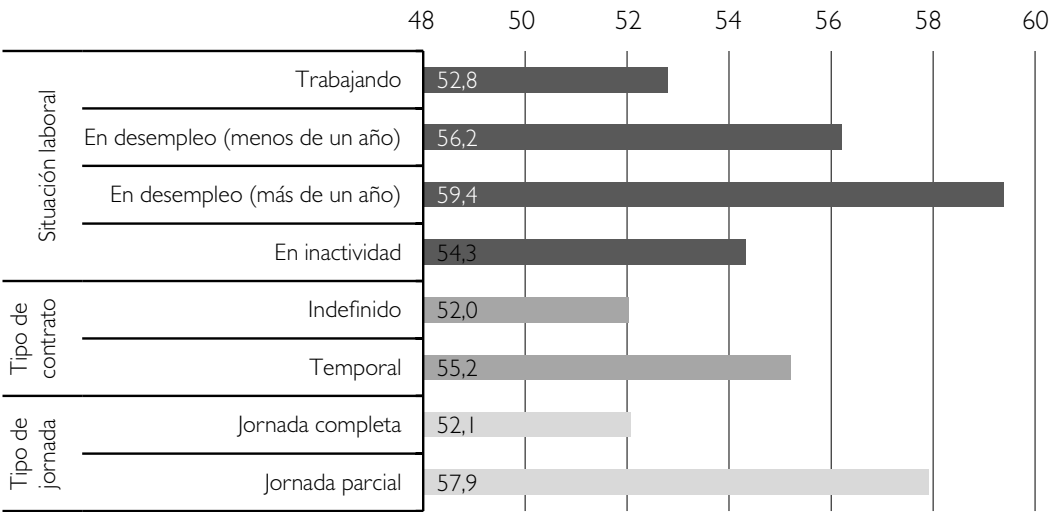
Para el análisis de la influencia de la participación laboral sobre la salud mental se operacionaliza, por un lado, el concepto de situación laboral (cuadro 3). Este indicador distingue a las personas que están trabajando, de las que están en desempleo (de larga duración, cuando su situación dura más de un año) y de las inactivas (es decir, de todas aquellas que no ejercen ninguna actividad económica, por ejemplo, las jubiladas, incapacitadas para trabajar, dedi-

cadadas a las labores domésticas y de cuidado o los estudiantes). Por otro lado, en tanto concepto multidimensional, la precariedad laboral incluye las siguientes dimensiones: el tipo de contrato (indefinido o temporal); el tipo de jornada (parcial o completa); el tipo de empleo, que, además del contrato indefinido, distingue la duración del contrato temporal e incluye el trabajo atípico (sin contrato, con contrato verbal o de ayuda familiar); la exclusión de empleo, que se mide mediante un índice que agrega información sobre la situación de empleo de las personas activas del hogar y del oficio y tipo de empleo de la persona sustentadora principal; y la inestabilidad laboral grave, que identifica a los hogares cuyo sustentador/a principal ha tenido durante un año tres o más contratos, ha trabajado en tres o más empresas o ha sufrido más de tres meses en desempleo.

En el gráfico 4 se presentan los resultados sobre la afectación del ánimo según la situación laboral, el tipo de contrato y el tipo de jornada. Los resultados muestran que tanto el acceso al empleo como su calidad inciden en la valoración que las personas encuestadas han hecho

GRÁFICO 4

AFECTACIÓN DEL ÁNIMO (ANSIEDAD, MIEDO, PREOCUPACIÓN, ESTRÉS, ETC.), SEGÚN CARACTERÍSTICAS LABORALES (PORCENTAJE)



Fuente: Microdatos de la ECV 2021.

de su bienestar psicológico. Por un lado, quienes trabajan tienen menor tasa de afectación del ánimo (52,8 por ciento) que las personas desempleadas y, especialmente, que quienes están en desempleo de larga duración (59,4 por ciento). Por otro lado, los trabajos temporales y a jornada parcial aparecen asociados a un mayor riesgo de afecciones mentales comunes (55,2 por ciento y 57,9 por ciento, respectivamente). Los datos indican que el efecto igualador de la influencia de la pandemia sobre la salud mental en función de la posición socioeconómica no se observa tan claramente cuando se analiza la participación laboral.

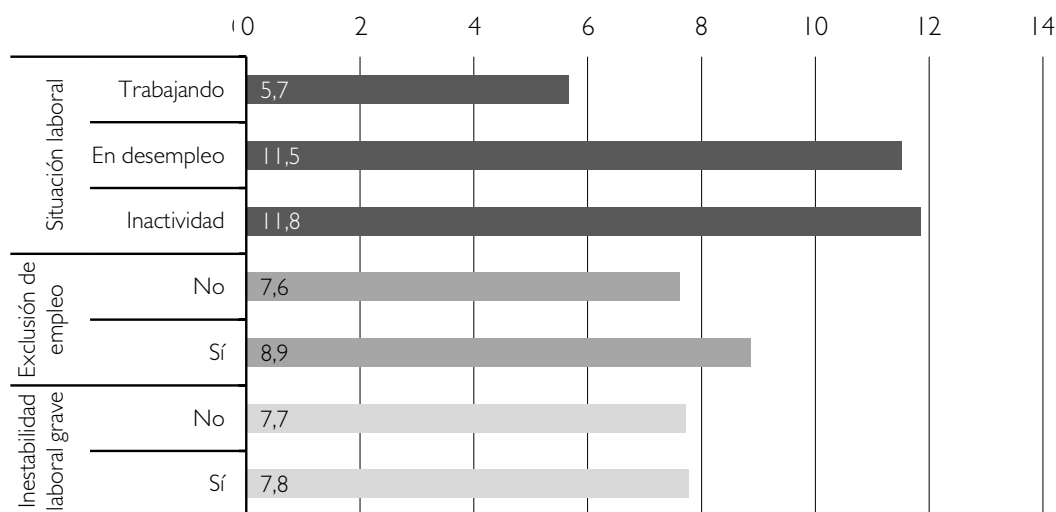
En el gráfico 5 se analizan las características laborales, pero, en este caso, sobre los trastornos del estado de ánimo. También se presentan indicadores que miden la situación laboral y la precariedad. Respecto al primero de ellos, se vuelve a ver la importancia de trabajar para evitar el riesgo de mala salud mental: la tasa de trastornos del estado del ánimo de las personas que trabajan (5,7 por ciento) es la mitad que las desempleadas e inactivas (11,5-11,8 por ciento). Las personas que viven en hogares en

situación de exclusión laboral presentan una mayor tasa de trastornos del estado de ánimo (8,9 por ciento). Además, el indicador específico de inestabilidad laboral grave no muestra diferencias significativas con quienes no se hallan en esta situación (7,7-7,8 por ciento).

El gráfico 6 recoge los datos de la ENS que muestran la relación entre los trastornos mentales comunes y diferentes características laborales. Por un lado, respecto a la situación de empleo, se refleja la misma tendencia que en las otras encuestas: las personas que trabajan disfrutan de mejor salud mental que las inactivas o desempleadas. Por otro lado, los datos indican que, a mayor precariedad, mayor incidencia de trastornos de salud mental: los asalariados con contrato indefinido destacan por su menor tasa (12,1 por ciento); les siguen aquellos que cuentan con contratos temporales de menos de un año de duración (13,6 por ciento) y de más de un año (14,6 por ciento), así como los que declaran un trabajo atípico (17 por ciento). El tipo de jornada también muestra esta incidencia de la precariedad: el 16,2 por ciento de los trabajadores con jor-

GRÁFICO 5

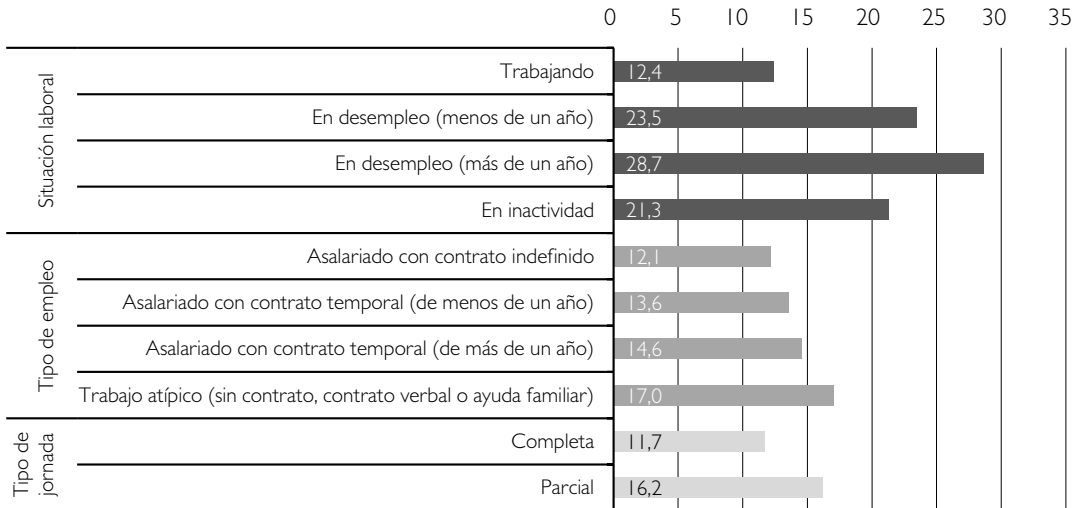
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ETC.), SEGÚN CARACTERÍSTICAS LABORALES (PORCENTAJE)



Fuente: Microdatos de la EINSFOESSA 2021.

GRÁFICO 6

TRASTORNOS MENTALES COMUNES, SEGÚN CARACTERÍSTICAS LABORALES (PORCENTAJE)



Fuente: Microdatos de la ENS 2017.

nada parcial manifiestan padecer algún trastorno mental común.

A pesar de los diferentes indicadores y datos empleados para medir la prevalencia de la mala salud mental, los resultados indican consistentemente una mayor influencia del desempleo que del empleo precario. Además, se vislumbra también cierta gradación en la prevalencia de los trastornos mentales comunes en función del nivel de precariedad, desde las menores tasas del trabajo indefinido, pasando por la duración de la temporalidad, la parcialidad y el trabajo atípico que, siendo el más inseguro (por su falta de contrato y, por tanto, de regulación de las condiciones de trabajo), refleja los grados más altos de malestar psicológico.

5. POBREZA, TRABAJO Y SALUD MENTAL: ¿A IGUALDAD DE SITUACIÓN ECONÓMICA, EL TRABAJO PROTEGE DE LA MALA SALUD MENTAL?

Tanto la revisión de la literatura como la descripción de los datos disponibles para España

han permitido mostrar la relación entre la pobreza y la salud mental, por un lado, y la participación laboral y la salud mental, por otro. Sin embargo, y aunque la complejidad de esas asociaciones ya es muy alta, resulta de interés analizar la relación de esas dos situaciones de exclusión (económica y laboral) con la salud mental (Murali y Oyebode, 2004). A continuación, se busca determinar dos de las posibles explicaciones para esta relación a tres bandas. Por una parte, cabe la posibilidad de que la pobreza y la participación laboral se retroalimenten provocando un mayor riesgo de padecer algún trastorno mental común (un círculo aún más vicioso). Por otra parte, el trabajo (entendido como inclusión social y no solo económica) podría suponer un factor protector de la salud mental de las personas que se encuentran en situación de pobreza.

La posible profundización del círculo vicioso resulta de la mayor probabilidad de que las personas que se encuentran en situación de pobreza participen en el mercado de trabajo de manera precaria, multiplicando los efectos negativos de la exclusión económica y la exclusión laboral. La participación laboral con-

diciona el nivel económico de las personas y, a su vez, las personas con una mejor posición económica tienen más margen para buscar un empleo que no sea precario. En este contexto, las malas condiciones laborales estarían asociadas a la discontinuidad laboral que produce incapacidad para mantener los estándares de vida (Escudero-Castillo, Mato Díaz y Rodríguez-Álvarez, 2023). Es decir, la precariedad está asociada a la pobreza cuando se traduce en carreras laborales discontinuas de empleo-desempleo y cuando los periodos de empleo no generan ni los suficientes ingresos, ni los suficientes derechos de protección, para el mantenimiento del nivel de vida en periodos de desempleo. La población en situación de pobreza también está expuesta a ambientes de empleo más estresantes y poco gratificantes y a un menor acceso a información y redes de apoyo social (Murali y Oyeboode, 2004). Todo lo anterior redunda en mayores probabilidades de padecer una enfermedad mental, condicionando una menor empleabilidad y volviendo al inicio del círculo a través de un aumento del riesgo de pobreza y exclusión social (Oliveros, Agulló-Tomás y Márquez-Álvarez, 2022).

El segundo argumento se basa en que el trabajo puede ser un factor protector de la salud mental de las personas que sufren pobreza. La participación laboral implica una inclusión que trasciende la dimensión económica pudiendo incidir en algunos de los factores de protección de la salud mental señalados por la OMS (2004): mayor acceso a redes de apoyo social, mayor autonomía, mayor sentimiento de dominio y control, y vida en un ambiente más previsible. Estos factores protectores se relacionan con las funciones no económicas y con los aspectos positivos del trabajo (Jahoda, 1981; Salanova, Hontangas y Peiró, 1996): estatus y prestigio social (un lugar en la jerarquía social y un significado de esa posición), fuente de identidad personal que permite desarrollar las capacidades propias, oportunidades para la interacción social, estructuración del tiempo y de la vida diaria. La ausencia de estas funciones que, en muchas ocasiones, trae consigo el desempleo es un determinante del aumento de los trastornos mentales comunes (Escudero-Castillo, Mato Díaz y Rodríguez-Álvarez, 2022).

En los gráficos 7, 8 y 9 se presenta información procedente de las tres encuestas analizadas para describir si, a igualdad de posición

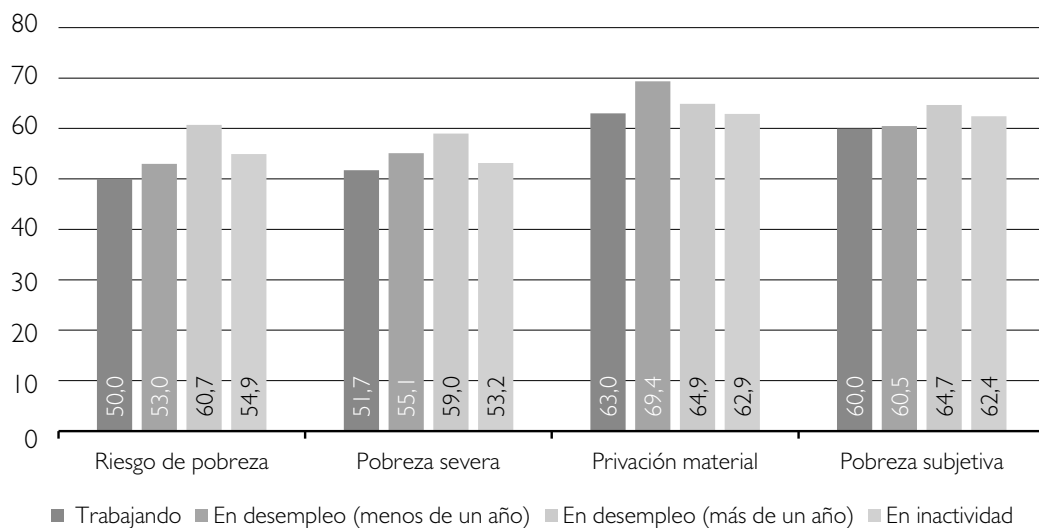
socioeconómica (de pobreza en sus diferentes dimensiones o de posición en la distribución de la renta), la participación laboral sigue influyendo en la salud mental. Si las personas que se encuentran en situación de pobreza (o en una misma posición de renta) afrontaran el mismo riesgo de mala salud mental, independientemente de la situación de empleo, se apreciaría una profundización del círculo vicioso entre pobreza, participación laboral y salud mental; trabajar supondría el mismo o mayor riesgo de trastorno mental común que estar en desempleo. Sin embargo, si se observan diferencias (quienes trabajan declaran mejor salud mental que quienes están en desempleo) se podría concluir que el trabajo protege de un posible empeoramiento de la salud mental, incluso en situaciones de exclusión económica, material y/o social.

Cuando se observa el riesgo de afectación del ánimo de las personas en situación de pobreza en función de la participación laboral (gráfico 7), se aprecia que la situación de empleo sigue influyendo más allá de la experiencia de pobreza. La tasa de afectación del ánimo es menor entre las personas pobres que trabajan, que entre las inactivas o desempleadas (y muy especialmente que entre quienes sufren desempleo de larga duración). Esta tendencia se manifiesta con todos los indicadores de pobreza, salvo una excepción: el riesgo de afectación del ánimo durante la pandemia entre las personas que, considerándose subjetivamente pobres, trabajaban o se hallaban desempleadas es similar. Con otras palabras, cuando se comparte la percepción negativa sobre las circunstancias económicas del hogar, la situación laboral influye en menor medida.

Los datos de la encuesta *EINSFOESSA*, con un indicador más específico de los trastornos mentales comunes, también ofrecen respaldo al argumento según el cual el empleo representa el factor de protección más eficaz contra los problemas de salud mental (gráfico 8). Independientemente de los indicadores de pobreza y exclusión social que se utilicen, la incidencia de los trastornos del estado del ánimo es menor entre las personas ocupadas que entre las desempleadas y las inactivas. Además, se observa que cuanto menor conexión con el mercado laboral existe, mayor es la tasa de mala salud mental, ya que son las personas inactivas las que presentan un riesgo mucho más alto.

GRÁFICO 7

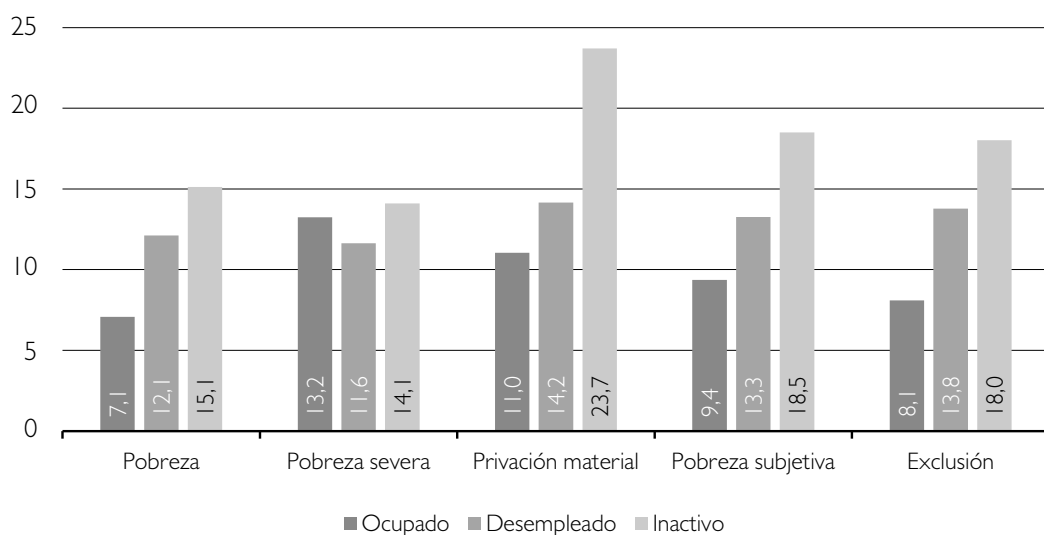
**AFECCIÓN DEL ÁNIMO (ANSIEDAD, MIEDO, PREOCUPACIÓN, ESTRÉS, ETC.),
SEGÚN INDICADORES DE POBREZA Y SITUACIÓN LABORAL
(PORCENTAJE)**



Fuente: Microdatos de la ECV 2021.

GRÁFICO 8

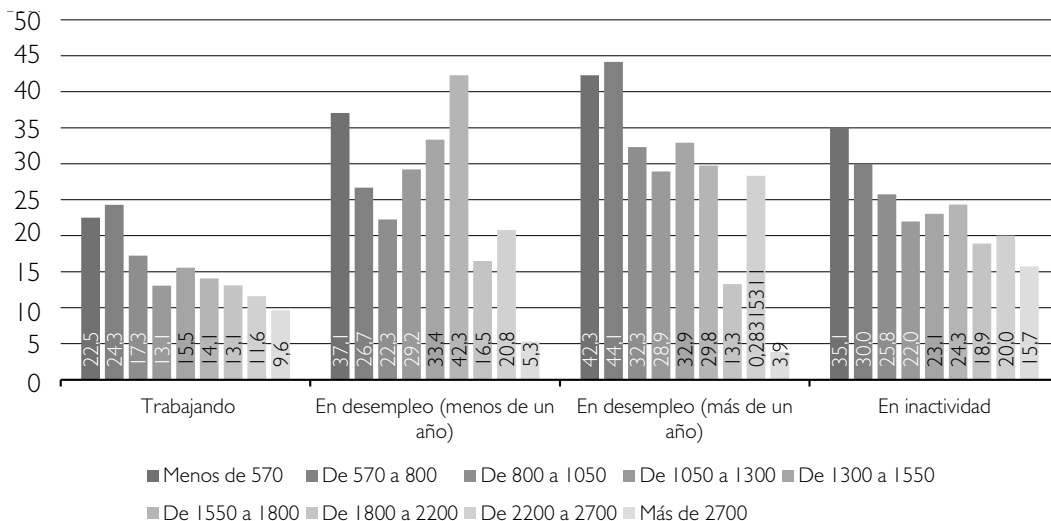
**TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ETC.),
SEGÚN INDICADORES DE POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL Y SITUACIÓN DE EMPLEO
(PORCENTAJE)**



Fuente: Microdatos de la EINSFOESSA 2021.

GRÁFICO 9

TRASTORNOS MENTALES COMUNES, SEGÚN NIVEL DE INGRESOS Y SITUACIÓN DE EMPLEO (PORCENTAJE)



Fuente: Microdatos de la ENS 2017.

La única excepción a esta tendencia se da entre las personas que se encuentran en situación de pobreza severa, ya que, entre ellas, quienes trabajan presentan un riesgo de mala salud mental algo superior (13,2 por ciento) que quienes están desempleados (11,6 por ciento). En este caso, parece que la profundización del círculo vicioso se da entre quienes se hallan en la posición más baja de la distribución de la renta.

Por último, los resultados derivados de la ENS también reafirman la importancia del empleo como factor protector contra los trastornos mentales comunes para las personas que están en las posiciones más bajas de la distribución de la renta (gráfico 9). Tener un empleo está relacionado con menores tasas de mala salud mental (en ningún caso superiores a 24,3 por ciento), independientemente del nivel de ingresos. Sin embargo, las personas desempleadas (de corta y larga duración) e inactivas solo consiguen reducir su riesgo de trastorno mental común más allá del 20 por ciento cuando ostentan niveles de ingresos altos (superiores a los 1.800 euros mensuales). La tendencia general, en casi todas las situaciones de empleo, sugiere

que, a mayor nivel de ingreso, menor riesgo de padecer mala salud mental. Sin embargo, esto no sucede tan claramente entre las personas desempleadas de corta duración: el riesgo de mala salud mental disminuye en los tres niveles de ingresos más bajos, pero aumenta en los niveles medios. Para estas personas parece que, una vez que las necesidades básicas están cubiertas, lo que importa para su bienestar no es el nivel de ingresos por sí mismos, sino las expectativas sobre la propia vida (Cooper y Stewart, 2015).

En resumen, el análisis de los datos también arroja pautas consistentes entre las dimensiones socioeconómica y laboral y el estado psicológico. Los datos de los tres indicadores de salud mental indican que la participación en el mercado laboral protege frente a una profundización de los riesgos de padecer trastornos mentales comunes. Incluso cuando se compara a personas en una misma situación económica adversa, aquellas que trabajan muestran niveles más altos de bienestar psicológico, de lo que se desprende que no es la situación económica únicamente la que produce mala salud mental,

sino que la exclusión de otras esferas sociales (como puede ser la laboral) también influye ostensiblemente.

6. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha buscado realizar un acercamiento a la relación entre salud mental, pobreza y participación laboral en España. Se han revisado las principales investigaciones que han estudiado las relaciones entre estos fenómenos y se han evaluado las fuentes de datos disponibles. Los resultados obtenidos permiten establecer algunas conclusiones sobre las que pueden basarse futuras investigaciones y, eventualmente, desarrollar posibles aplicaciones en forma de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de vida de las personas que sufren exclusión social, laboral y/o de salud (mental).

En primer lugar, se ha corroborado la relación entre la situación socioeconómica y el riesgo de mala salud mental. En general, los datos de las tres encuestas analizadas muestran que la situación de pobreza, la exclusión social o la posición más baja en la distribución de la renta implican un mayor riesgo de padecer un trastorno mental común. Sin embargo, se observan diferencias entre los indicadores de pobreza seleccionados y parece que los que adoptan una perspectiva económica no reflejan una asociación tan clara con la mala salud mental (Patel y Kleimann, 2003). Cobra relevancia, por tanto, analizar la pobreza desde una perspectiva multidimensional para garantizar la correcta medición de su relación con los trastornos mentales comunes. La perspectiva económica es más adecuada para establecer la gradación de la relación con la salud mental (Alegría *et al.*, 2019; Allen *et al.*, 2014): el riesgo de padecer un trastorno mental común no desaparece cuando no se sufre pobreza, sino que disminuye gradualmente a medida que se ocupa una mejor posición en la distribución de la renta.

En segundo lugar, también se ha confirmado la asociación entre la participación laboral y los riesgos de padecer trastornos mentales comunes. Tanto las personas desempleadas, como las ocupadas precariamente afrontan

una mayor probabilidad de padecer una enfermedad mental común, en comparación con quienes están integrados en el mercado laboral (Escudero-Castillo, Mato Díaz y Rodríguez-Álvarez, 2022 y 2023). Los resultados derivados de las tres fuentes de datos estudiadas confirman que la situación laboral influye más que la precariedad en el bienestar psicológico. Es decir, las personas desempleadas (sobre todo, si el desempleo es de larga duración) muestran tasas más altas de trastornos mentales comunes que las que trabajan (aunque el trabajo sea temporal, a tiempo parcial o atípico).

Para finalizar, esta investigación también ha buscado desentrañar la complejidad de las relaciones que se producen entre la situación socioeconómica, la participación laboral y la salud mental: ¿la exclusión económico-social y la laboral se retroalimentan creando una profundización de sus consecuencias? ¿O el trabajo puede proteger a quien sufre pobreza de la exclusión en otras dimensiones sociales? Los resultados evidencian que, salvo en las situaciones de pobreza severa, el empleo representa un factor protector de la salud mental, incluso en las posiciones bajas en la distribución de la renta. Por tanto, la situación de desempleo influye en la salud mental por sí misma, y no solo porque suponga una bajada de los ingresos (Ford *et al.*, 2010). Se confirma así que el trabajo favorece la inclusión en otras esferas sociales, más allá de la económica: estar activo y participar en la esfera productiva de la sociedad mejora la salud mental a través de una mayor valoración personal y del mayor reconocimiento del resto de la sociedad (Laaser y Karlsson, 2022). De hecho, quienes participan activamente en el mercado laboral en empleos que exigen capacidades y responsabilidad, y ofrecen la posibilidad de participar en la toma de decisiones, están dispuestos a trabajar más allá de la edad de jubilación (Payá Castiblanque y Luque Balbona, 2023), corroborando la importancia de la dimensión laboral en la inclusión social.

De todo lo anterior se derivan tres posibles estrategias de políticas públicas para mejorar la situación de las personas que enfrentan una mala salud mental como consecuencia de su exclusión social y/o laboral. Por un lado, algunas investigaciones han mostrado la importancia de las políticas activas de empleo en diferentes contextos institucionales, llegando a la conclusión de que aquellos países que acompañan el

desempleo con inclusión laboral (además de económica) tienen mejores indicadores de salud mental (OMS, 2014). Por otro lado, también se han realizado propuestas orientadas a mejorar los programas de garantía de mínimos como medidas que no solo luchan contra la pobreza, sino también a favor del mantenimiento de la salud mental (Oliveros, Agulló-Tomás y Márquez-Álvarez, 2022). Por último, se podrían combinar ambas estrategias acompañando las medidas de protección orientadas a mejorar los ingresos de la población en situación de pobreza con mecanismos de activación laboral (Tejero, López Rodríguez y Gutiérrez, 2022).

Sin embargo, para la determinación de las medidas más adecuadas se necesitan análisis más exhaustivos que indaguen en cómo se producen las relaciones causales entre la pobreza, la participación laboral y la salud mental. Todas las líneas de investigación futuras pasan por la necesidad de recoger datos de calidad que posibiliten la medición de diferentes dimensiones de pobreza, la evaluación adecuada de la salud mental y la inclusión de información sobre las trayectorias laborales. Asimismo, se requieren estrategias analíticas apropiadas que permitan aclarar esas relaciones causales entre los tres fenómenos que se retroalimentan.

BIBLIOGRAFÍA

ALEGRÍA, M., NEMOYER, A., FALGAS, I., WANG, Y. y ALVAREZ, K. (2019). Social determinants of mental health: Where we are and where we need to go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), p. 95.

ALLEN, J., BALFOUR, R., BELL, R. y MARMOT, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), pp. 392-407.

ANESHENSEL, C. S. (2009). Toward explaining mental health disparities. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(4), pp. 377-394.

BAUMGARTNER, J. N. y BURNS, J. K. (2014). Measuring social inclusion—A key outcome in global mental health. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), pp. 354-364.

BROOM, D. H., D'SOUZA, R. M., STRAZDINS, L., BUTTERWORTH, P., PARSLow, R. y RODGERS, B. (2006).

The lesser evil: Bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *SOCIAL SCIENCE & MEDICINE*, 63(3), pp. 575-586.

BUTTERWORTH, P., LEACH, L. S., McMANUS, S. y STANSFELD, S. A. (2012). Common mental disorders, unemployment and psychosocial job quality: Is a poor job better than no job at all? *Psychological Medicine*, 43(8), pp. 1763-1772.

COOPER, K. y STEWART, K. (2015). *Does money in adulthood affect adult outcomes?* Joseph Rowntree Foundation. Disponible en: <https://www.jrf.org.uk/file/46169/download?to ken=ooMJrhpg& filetype=full-report>

COOPER, S., LUND, C. y KAKUMA, R. (2012). The measurement of poverty in psychiatric epidemiology in LMICs: Critical review and recommendations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), pp. 1499-1516.

COSTELLO, E. J., COMPTON, S. N., KEELER, G. y ANGOLD, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *JAMA*, 290(15), p. 2023.

ESCUDERO-CASTILLO, I., MATO DÍAZ, F. J. y RODRÍGUEZ-ALVAREZ, A. (2022). The effect of being unemployed on mental health: The Spanish case. *The Journal of Mental Health, Policy and Economics*, 25(3), pp. 79-89.

ESCUDERO-CASTILLO, I., MATO DÍAZ, F. J. y RODRÍGUEZ-ALVAREZ, A. (2023). Effects of precarious work on mental health: Evidence from Spain. *Applied Economics*, 55(14), pp. 1603-1620.

FILANDRI, M., PASQUA, S. y STRUFFOLINO, E. (2020). Being working poor or feeling working poor? The role of work intensity and job stability for subjective poverty. *Social Indicators Research*, 147(3), pp. 781-803.

FORD, E., CLARK, C., McMANUS, S., HARRIS, J., JENKINS, R., BEBBINGTON, P., BRUGHA, T., MELTZER, H. y STANSFELD, S. A. (2010). Common mental disorders, unemployment and welfare benefits in England. *Public Health*, 124(12), pp. 675-681.

FOESSA (Eds.). (2019). *Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. VIII.* Fundación Foessa: Cáritas Española Editores. <https://bit.ly/36PnCQP>

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY. (2019). Results. Seattle, Estados Unidos: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

JAHODA, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 36(2), pp. 184-191.

KARABCHUK, T. y SOBOLEVA, N. (2020). Temporary employment, informal work and subjective well-being across Europe: Does labor legislation matter? *Journal of Happiness Studies*, 21(5), pp. 1879-1901.

KURUVILLA, A. y JACOB, K. S. (2007). Poverty, social stress & mental health. *Indian Journal of Medical Research*, 126(4), pp. 273-278.

LAASER, K. y KARLSSON, J. C. (2022). Towards a Sociology of Meaningful Work. *Work, Employment and Society*, 36(5), pp. 798-815.

LLENA-NOZAL, A., LINDEBOOM, M. y PORTRAIT, F. (2004). The effect of work on mental health: Does occupation matter? *Health Economics*, 13(10), pp. 1045-1062.

LUND, C. (2012). Poverty and mental health: A review of practice and policies. *Neuropsychiatry*, 2(3), pp. 213-219.

LUND, C. (2014). Poverty and mental health: Towards a research agenda for low and middle-income countries. Commentary on Tampubolon and Hanandita (2014). *Social Science & Medicine*, 111, pp. 134-136.

LUND, C., BREEN, A., FLISHER, A. J., KAKUMA, R., CORRIGALL, J., JOSKA, J. A., SWARTZ, L. y PATEL, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), pp. 517-528.

MILLS, C. (2015). The psychiatrization of poverty: Rethinking the mental health-poverty nexus. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(5), pp. 213-222.

MORENO, A., LOSTAO, L. y REGIDOR, E. (2023). Características sociodemográficas y tendencia

de los problemas de salud mental en España. *Panorama Social*, 38.

MURALI, V. y OYEBODE, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), pp. 216-224.

OLIVEROS, B., AGULLÓ-TOMÁS, E. y MÁRQUEZ-ÁLVAREZ, L. J. (2022). Risk and protective factors of mental health conditions: Impact of employment, deprivation and social relationships. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), p. 6781.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE). (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. OECD Publishing.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE). (2021). *Fitter minds, fitter jobs: From awareness to change in integrated mental health, skills and work policies*. OECD Publishing.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2004). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2014). *Social determinants of mental health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2022). *Trastornos mentales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

PATEL, V. y KLEINMAN, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), pp. 609-615.

PAYÁ CASTIBLANQUE, R. y LUQUE BALBONA, D. (2023). Riesgos psicosociales, salud mental y prolongación de la vida laboral. *Panorama Social*, 38.

RUIZ-RODRÍGUEZ, P., CANO-VINDEL, A., MUÑOZ NAVARRO, R., MEDRANO, L., MORIANA, J. A., BUIZA AGUADO, C., JIMÉNEZ CABRÉ, G. y GONZÁLEZ-BLANCH, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: Una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), pp. 118-123.

SALANOVA, M., HONTANGAS, P. y PEIRÓ, J. M. (1996). Motivación laboral. En J. M. PEIRÓ y F. PRIETO (Eds.), *Tratado de Psicología del Trabajo* (pp. 215-249). Síntesis.

SÁNCHEZ-LÓPEZ M. P. y DRESCH, V. (2008). The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), pp. 839-43.

SANTOS, M. y RIBEIRO, A. E. (2011). Poverty and mental illness: An unbreakable cycle? *European Psychiatry*, 26(S2), pp. 577-577.

SARACENO, B., LEVAV, I. y KOHN, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*, 4(3), pp. 181-185.

TEJERO, A., LÓPEZ RODRÍGUEZ, F. y GUTIÉRREZ, R. (2022). Riesgo de pobreza de las personas en edad de trabajar en España. Efectos de la combinación de rentas laborales y transferencias sociales. *Colección Desigualdad y Pacto Social*, Informe 13. Fundación "la Caixa". <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/riesgo-de-pobreza-de-las-personas-en-edad-de-trabajar-en-espana>

VIRGOLINO, A., COSTA, J., SANTOS, O., PEREIRA, M. E., ANTUNES, R., AMBRÓSIO, S., HEITOR, M. J. y VAZ CARNEIRO, A. (2022). Lost in transition: A systematic review of the association between unemployment and mental health. *Journal of Mental Health*, 31(3), pp. 432-444.

VIVES, A., AMABLE, M., FERRER, M., MONCADA, S., LLORENS, C., MUNTANER, C., BENAVIDES, F. G. y BENACH, J. (2013). Employment precariousness and poor mental health: Evidence from Spain on a new social determinant of Health. *Journal of Environmental and Public Health*, 2013, pp. 1-10.

WEICH, S. y LEWIS, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. *BMJ*, 317(7151), pp. 115-119.

Riesgos psicosociales, salud mental y prolongación de la vida laboral

RAÚL PAYÁ CASTIBLANQUE* Y DAVID LUQUE BALBONA**

RESUMEN ♦

Este trabajo se plantea con un doble objetivo: analizar el impacto de determinadas condiciones de trabajo sobre la salud mental de la población trabajadora y explorar la relación entre esas condiciones y la predisposición a prolongar la vida laboral. Siguiendo al modelo Demandas-Control-Apoyo social (DCA), se analizan los datos de la *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Los resultados ofrecen respaldo a los postulados del modelo e indican que las personas se consideran en mayor medida capaces de trabajar durante más tiempo de vida cuando las demandas de la ocupación son moderadas y pueden participar en la organización de su trabajo.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el cambio estructural experimentado por las economías occidentales, junto con las presiones competitivas derivadas de la globalización, ha tenido un

impacto significativo en la precarización de las relaciones de empleo y de las condiciones de trabajo. Este aumento de la precariedad laboral ha provocado, a su vez, un incremento de los factores disfuncionales de riesgo laboral, tanto por el aumento de las demandas físicas (aceleración y ausencia de control sobre los ritmos de producción provocados por el uso de algoritmos o la dislocación de los tiempos de trabajo), como también de las de tipo cognitivo y sensorial (dificultad para controlar y estructurar toda la información en las nuevas sociedades del conocimiento) o emocional (desplazamiento de la economía hacia la prestación de servicios, lo que, entre otras implicaciones, trae consigo un aumento de las exigencias a los trabajadores en la interacción con los consumidores).

Paralelamente, el proceso de envejecimiento de la población que están experimentando las sociedades occidentales también afecta a la población trabajadora. En respuesta, las instituciones europeas han impulsado políticas activas para incrementar la tasa de empleo del segmento de la población activa de mayor edad (entre los 55 y 64 años). Además, muchos países están retrasando la edad ordinaria de jubilación más allá de los 65 años y restringiendo los itinerarios hacia la jubilación anticipada. La creciente edad media de la población trabajadora es un factor que afecta a las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores.

* Universitat de València (raul.paya@uv.es).

** Universidad de Oviedo (luquedavid@uniovi.es).

• Investigación realizada en el marco del proyecto "Prolongación de la vida laboral: estrategias, ajustes y efectos" (PROVILA) con referencia: PID2020-112585RA-I00; financiado por Ministerio de Ciencia e Innovación.

Así, las políticas que fomentan la prolongación de la vida laboral deberían ir acompañadas de medidas orientadas a garantizar la seguridad y salud en el trabajo; particularmente, las que previenen riesgos psicosociales que inciden en la salud mental.

Este trabajo tiene como objetivos, por un lado, analizar los efectos de los riesgos psicosociales sobre la salud mental de la población trabajadora y, por otro lado, estudiar las relaciones existentes entre las condiciones de trabajo vinculadas a los riesgos psicosociales y la predisposición de los trabajadores a prolongar su vida laboral más allá de la edad ordinaria de jubilación.

Con estos objetivos, el texto se estructura de la siguiente forma. Tras esta introducción, se contextualiza el objeto de estudio, destacando el incremento de las demandas psicosociales en el entorno de trabajo, en paralelo al envejecimiento de la población trabajadora. Posteriormente, en la parte central del trabajo, se presentan el marco analítico, la fuente de información empleada en el análisis y los resultados obtenidos. Por último, se exponen las conclusiones de la investigación.

2. EL AUMENTO DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN UN CONTEXTO DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA

2.1. El incremento de los factores de riesgo psicosocial en el entorno de trabajo...

Los cambios acontecidos en el ámbito laboral en las últimas décadas han influido significativamente en la transformación de la naturaleza del trabajo y del empleo. Inicialmente, los cambios tecnológicos y organizativos derivados de la industrialización en sus diferentes fases provocaron un incremento sostenido de los requerimientos físicos asociados al desempeño del trabajo (levantar cargas pesadas, realizar movimientos repetitivos) y la exposi-

ción a riesgos físicos, químicos y biológicos. En la actualidad, el cambio experimentado en el mundo del trabajo y de las organizaciones, derivado del efecto combinado de la terciarización de la actividad económica y la transformación digital, ha hecho emerger los factores de riesgo laboral de tipo psicosocial¹ (Backhaus *et al.*, 2023). El advenimiento de la sociedad postindustrial (Bell, 1976), que ha supuesto el desplazamiento de la actividad económica hacia el comercio y los servicios, ha resultado beneficioso para la reducción de los factores de riesgo clásicos de tipo industrial (físicos, químicos y ambientales); sin embargo, ha provocado el aumento de condiciones psicosociales disfuncionales en el entorno laboral que actúan como factores desencadenantes de tensión y estrés. Los riesgos psicosociales provienen, en buena medida, de las nuevas formas de trabajo y del dinamismo de las organizaciones para hacer frente a la intensificación de la competencia a escala mundial. La aceleración de los ritmos de producción, el incremento de la presión temporal, la reducción del control sobre los procesos de trabajo, las exigencias emocionales del trato con los clientes o la elevada inseguridad contractual son algunos ejemplos de los factores de riesgo psicosocial.

En lo referido al caso español, el reciente estudio longitudinal de Navarro-Giné *et al.*, (2022) ha identificado, durante el periodo 2005-2021, un incremento del 20 por ciento del número de trabajadores que declararon tener que realizar su actividad a un ritmo muy rápido o conforme a plazos ajustados, llegando a afectar la intensificación laboral a más de la mitad de la población asalariada al final del periodo. Situación similar afecta a los niveles de autonomía y control que poseen los trabajadores, dado que mientras en 2005 dos quintas partes declararon no tener influencia sobre las decisiones que afectan a su trabajo, en 2021 dicha circunstancia afectaba casi a la mitad de los trabajadores. La situación se agrava por la falta de apoyo social por parte de los compañeros y, sobre todo, de los supervisores, en la medida en que más del 30 por ciento de los trabajadores declararon en 2021 carecer de ayuda de la estruc-

¹ La OIT (1986) define los riesgos psicosociales como las interacciones que ejercen una influencia negativa en la salud de los trabajadores entre el contenido, la gestión y la organización del trabajo y otras condiciones ambientales y organizativas, por un lado, y las competencias y necesidades de los trabajadores, por el otro.

tura jerárquica de la empresa. La confluencia de estos procesos ha contribuido decisivamente al incremento del número de personas asalariadas con riesgo de padecer trastornos psicológicos (55,9 por ciento en 2021 respecto al 14,9 por ciento en 2005). El aumento es particularmente destacable en el riesgo de una mala salud mental severa de la población asalariada (18,9 por ciento en 2021 frente al 1,2 por ciento en 2005). Ante estos datos, algunos autores se han referido a “la nueva pandemia” de salud mental tras la COVID-19 (Alonso *et al.*, 2021; Llorens-Serrano *et al.*, 2021).

En este punto, la literatura científica internacional confirma que la exposición a riesgos psicosociales afecta negativamente tanto a la salud física (enfermedades cardiovasculares, diabetes o problemas musculoesqueléticos) como a la mental (estrés, ansiedad, depresión) del conjunto de la población trabajadora (Backhaus *et al.*, 2023; Niedhammer, Bertrais y Witt, 2021). Así, por ejemplo, los trabajadores sometidos a elevadas demandas, bajo control y reducido apoyo social presentan una mayor probabilidad de padecer obesidad, síndrome metabólico, trastornos musculoesqueléticos (dolor lumbar y en las extremidades superiores) o problemas relacionados con la salud mental. Además, el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa o la falta de reciprocidad aumentan la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares o psicosomáticas. Por ello, ante la expansión creciente de los riesgos psicosociales y las graves patologías a ellos asociadas, es necesario impulsar nuevas investigaciones que permitan mejorar las políticas de seguridad y salud ocupacional.

2.2. ... en paralelo al proceso de envejecimiento de la población trabajadora

El envejecimiento de la población es uno de los cambios demográficos más significativos, y novedosos, que han experimentado las sociedades occidentales desde la segunda mitad del siglo XX. El progresivo envejecimiento de la población es el resultado del descenso de las tasas de natalidad, el aumento de la longevidad (mayor esperanza de vida) y de la progresión de

la generación del *baby boom* hacia edades más avanzadas.

Esta evolución demográfica no afecta solo al gasto en pensiones (y en sanidad), que monopoliza el debate político. Uno de los principales retos que plantea es el de cómo ofrecer oportunidades de empleo a una población trabajadora cada vez más envejecida. De este modo, el envejecimiento de la población no implica únicamente el incremento del peso absoluto y relativo de las personas de 65 o más años²; también afecta a la composición por edad de la población económicamente activa. Las palabras de Guillemard (2013: 60) pronunciadas hace una década mantienen su vigencia: “el envejecimiento de la mano de obra es un gigantesco reto para las sociedades desarrolladas; [pero] su alcance no ha sido suficientemente evaluado”. En el mismo sentido se han manifestado Burke, Cooper y Field (2013: 1) en relación con este reto: “Ha habido algunas ‘palabras’ por parte de gobiernos y organizaciones, pero poca ‘acción’”.

El envejecimiento de la población activa plantea desafíos tanto a nivel social, como organizativo e individual (Adams *et al.*, 2013). A nivel social, el interés por mantener durante el mayor tiempo posible a las personas en la población económicamente activa obedece, al menos parcialmente, a las implicaciones económicas sobre la sostenibilidad de los sistemas de pensiones de reparto que se derivan del aumento progresivo de la tasa de dependencia de los mayores³. A nivel organizativo, los empleadores están interesados, al menos potencialmente, en el mantenimiento de los trabajadores de mayor edad, dada la escasez de mano de obra cualificada y la pérdida de conocimientos específicos sobre la organización que se produce cuando los trabajadores con más experiencia la abandonan. Por su parte, los trabajadores mayores no solo expresan su interés en continuar trabajando por cuestiones meramente económicas, sino también por el deseo de mantenerse activos, conservar relaciones sociales y otros retornos no financieros del trabajo. Así, por

² En Europa, se proyecta que la población de 65 o más años pasará de representar el 20 por ciento de la población total (2022) al 29 por ciento en 2050 (Jiménez y Viola, 2023).

³ En Europa, se proyecta una tasa de dependencia, definida como la proporción de personas de 65 o más años en relación con la población en edad de activa (15-64 años), del 50 por ciento en 2050.

CUADRO 1

EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE EDAD DE LA POBLACIÓN ACTIVA EN ESPAÑA

	<i>Población activa 55 años o más</i>	<i>Población activa total</i>	<i>55 años o más (porcentaje)</i>
2002T1	1.838,60	18.635,10	9,9
2010T1	2.663,50	23.270,50	11,5
2020T1	4.206,50	22.994,20	18,3
2023T1	4.790,20	23.580,50	20,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la *Encuesta de Población Activa* (INE).

ejemplo, como señalan Tejero y Doblytė (en este número), la participación en el mercado de trabajo se articula como un factor protector de la salud mental.

En este contexto, desde finales de la década de los noventa se ha verificado un amplio despliegue de medidas dirigidas a la prolongación de la vida laboral, en claro contraste con las dos décadas previas en las que las actuaciones estuvieron dirigidas a facilitar la salida temprana, y en muchos casos no traumática, del mercado de trabajo de las personas de mayor edad. En las últimas décadas, la gestión de los trabajadores mayores⁴ ha pasado de planteamientos “pro-retiro” a políticas “pro-trabajo” (Wang y Shultz, 2010). En definitiva, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida precisan de una reformulación del balance entre el tiempo dedicado a trabajar y el tiempo de retiro (Engelhardt, 2012).

De este modo, las últimas reformas del sistema de pensiones en España, como en el resto de los países de nuestro entorno, han incentivado la prolongación de la vida laboral y penalizado las vías de acceso a la jubilación anticipada. Uno de los principales hitos de la reforma de 2011 fue el retraso gradual de la edad ordinaria de jubilación de los 65 años hasta los 67 años en 2027. Además, se reforzaron los incentivos económicos a la prolongación de la vida laboral a través de incrementos en la base reguladora por cada año completo cotizado más allá de la edad ordinaria de jubilación. La reforma de 2021 ha incluido, entre otros aspectos, varias

⁴ Aunque no existe un consenso, en términos generales, se considera trabajadores mayores a las personas de 55 o más años.

medidas destinadas a acercar la edad real de jubilación a la edad ordinaria (restricciones adicionales a la jubilación anticipada voluntaria e involuntaria, refuerzo de los incentivos al retraso de la edad de jubilación y limitaciones a la jubilación forzosa). Como resultado de las sucesivas reformas, las personas trabajadoras tendrán que mantenerse activas durante más años. Pero más allá de los cambios legislativos en el ámbito de las pensiones, las condiciones de trabajo constituyen uno de los factores más relevantes para el mantenimiento en el empleo de los trabajadores mayores. Entre esas condiciones hay que prestar particular atención a las que generan estrés y sentimientos de creciente rutinización del trabajo (Phillipson y Smith, 2005).

2.3. Los riesgos psicosociales en la población trabajadora de mayor edad

La exposición a riesgos psicosociales afecta de manera desigual a la salud de la población trabajadora debido a que existen experiencias laborales con desventajas únicas por razones de género, edad, etnia, clase social y/o tipo de actividad (Bambra, 2022). Así, por ejemplo, ha quedado acreditado que los trabajadores (manuales) de “cuello azul” están más expuestos que los técnicos de “cuello blanco” a trabajar bajo la presión de elevadas demandas laborales (repetición, plazos ajustados, ritmo de producción) y escaso control sobre el trabajo (velocidad de las tareas impuestas por las máquinas), lo que se traduce en mayores índices de patologías psicósomáticas.

Como se ha mostrado, en las últimas décadas el número de trabajadores mayores se ha incrementado sustancialmente. Por ello, los estudios que miden el desigual efecto de los riesgos psicosociales sobre la salud de la población activa de más edad cobran mayor relevancia. En términos generales, los riesgos psicosociales tienen un impacto diferencial sobre la salud física, cognitiva y psicológica de los trabajadores mayores, dado que necesitan más tiempo para recuperarse de tareas física o psicosocialmente exigentes que los trabajadores más jóvenes (van der Noordt *et al.*, 2019; von Bonsdorff *et al.*, 2023).

En este sentido, ha quedado acreditado que las elevadas exigencias físicas (sobreesfuerzos y trabajo repetitivo) y el incremento de las demandas psicológicas (largas jornadas de trabajo, sobrecarga y presión temporal) afectan con mayor intensidad al funcionamiento físico y psicológico de las personas de mayor edad (Theorell *et al.*, 2015). Sin embargo, los recursos psicosociales (autonomía o capacidad de tomar decisiones con respecto al trabajo) se asocian con una mejor función cognitiva en la edad media y avanzada (Nexø, Meng y Borg, 2016). Es decir, los mayores recursos psicosociales podrían contrarrestar los efectos perjudiciales de las demandas físicas y psicosociales sobre el funcionamiento físico, psicológico y cognitivo, y asociarse con una mejor funcionalidad cognitiva y psicológica en las personas trabajadoras de mayor edad. En definitiva, garantizar una empleabilidad sostenible requiere ampliar el conocimiento sobre las tendencias de salud de los trabajadores mayores, de manera que contribuya a un mejor ajuste entre las demandas laborales y los recursos psicosociales de los trabajadores (von Bonsdorff *et al.*, 2023).

3. EL MODELO DE DEMANDA-CONTROL-APOYO SOCIAL

Para el análisis de las condiciones de trabajo disfuncionales generadoras de riesgos psicosociales y patologías psicosomáticas tomamos como marco analítico de referencia el modelo de Demanda-Control-Apoyo social (DCA), desarrollado por Karasek (1979) y Johnson y Hall (1988). Este modelo identifica dos factores ocupacionales desencadenantes de las patologías

psicosomáticas (estrés, ansiedad, nerviosismo, alteración del sueño, etc.): las demandas laborales, por un lado, y el control sobre los procesos de trabajo, por otro (Martín-Arribas, 2007).

En el primer caso, se trata de demandas derivadas de las exigencias psicológicas presentes en el ámbito laboral, que pueden ser tanto cuantitativas (carga de trabajo, intensificación de los ritmos de producción, porcentaje de trabajo realizado bajo presión temporal, etc.), como de tipo cognitivo-sensorial (niveles de concentración requerida o dificultad para estructurar los procesos de trabajo) y emocional (gestión de las emociones y sentimientos en la interacción con terceros). Por su parte, el control hace referencia, por un lado, a la capacidad de que disponen los trabajadores para influir en la toma de decisiones relacionadas con su trabajo y, por el otro, al grado en el que el trabajo permite a las personas desarrollar sus capacidades (creatividad, aprendizaje, trabajo variado) (Martín-Arribas, 2007; Vega-Martínez, 2001). Por último, Karasek y Johnson incorporaron en 1982 al modelo de Demanda-Control, como tercera dimensión, el apoyo social, diferenciando entre apoyo socioemocional (grado de integración social y emocional entre compañeros y supervisores) y apoyo social instrumental (grado de colaboración para la ejecución de las tareas entre compañeros y supervisores) (Johnson y Hall, 1988).

El cuadro 2 distingue las cuatro situaciones que cabe trazar a partir de la teoría de DCA expuesta por Vega-Martínez (2001) en la Nota Técnica de Prevención (NTP) 603 sobre riesgos psicosociales:

- (1) “alta tensión” (cuadrante inferior derecho), producida por el efecto combinado entre elevadas demandas laborales, bajo control sobre los procesos de trabajo y deficiente apoyo social, lo que favorece la emergencia de patologías psicosomáticas (estrés, ansiedad, nerviosismo);
- (2) “aprendizaje activo” (cuadrante superior derecho), que se genera cuando las demandas laborales son elevadas, pero la descentralización de la toma de decisiones permite a los trabajadores participar en la organización del trabajo, lo que incrementan la motivación y las posibilidades de crecimiento y desarrollo profesional;

CUADRO 2

MODELO DE DEMANDA-CONTROL

		<i>Demandas (exigencias psicológicas)</i>	
		<i>Pocas</i>	<i>Muchas</i>
<i>Control (margen decisorio)</i>	<i>Alto</i>	3. Baja tensión	2. Aprendizaje activo
	<i>Bajo</i>	4. Aprendizaje pasivo	1. Alta tensión

Fuente: Elaboración propia a partir de Vega-Martínez (2001).

(3) “baja tensión” residual (cuadrante superior izquierdo), que aparece cuando los trabajadores poseen una gran capacidad de control sobre los procesos laborales, de manera que los estresores que entraña el propio trabajo (demandas) son susceptibles de convertirse en desafíos y en acción;

(4) “aprendizaje pasivo” (cuadrante inferior izquierdo), resultante de la combinación de bajas exigencias laborales y bajo control, una ausencia de estímulos positivos que puede provocar la pérdida gradual de las capacidades laborales previamente adquiridas.

entrevistas se llevaron a cabo en el domicilio de los encuestados y tuvieron una duración media de 42,2 minutos (2 horas de extensión máxima y 20 minutos de mínima). La selección de la muestra se hizo de acuerdo con un sistema de muestreo trietápico estratificado, considerándose como estrato el cruce entre la comunidad autónoma, el grado de urbanización del municipio y la población ocupada según la *Encuesta de Población Activa (EPA)*, lo que permitió obtener una muestra representativa de la población activa de España. Con un error muestral de $\pm 1,72$ para un nivel de confianza del 95,5 por ciento, los análisis estadísticos aplicados garantizan la validez y fiabilidad del presente estudio (INSHT, 2017:105-106).

4. LA ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO

Este artículo toma como fuente de información la *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2015 (ENCT 2015)*, elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2017). La *ENCT 2015* se basa en la explotación de las entrevistas realizadas en España en el marco de la 6ª *Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (EECT)*, realizada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound). Esta encuesta se desarrolló entre el 3 de marzo y el 29 de septiembre de 2015, con la participación de 134 entrevistadores, registrándose un total de 3.364 entrevistas personales a personas ocupadas de 16 o más años (1.714 hombres y 1.650 mujeres) residentes en todo el territorio nacional, a excepción de Ceuta y Melilla. Las

Siguiendo el modelo DCA, se han seleccionado 17 preguntas de la *ENCT 2015* relacionadas con las tres dimensiones del modelo (demanda, control y apoyo social) y sus efectos psicosomáticos (cuadro 3). Respecto a la dimensión “demanda”, se han seleccionado seis indicadores de factores de riesgo psicosocial en relación con las exigencias del trabajo, tanto en su vertiente cuantitativa (intensidad) como emocional (derivadas de la interacción entre la persona trabajadora y la destinataria de su trabajo: cliente, paciente, pasajero, alumno, etcétera). Por lo que se refiere a la dimensión “control”, se han seleccionado cinco indicadores de riesgo relacionados con la autonomía en el trabajo (posibilidad de elegir o cambiar el orden de las tareas, los métodos, el ritmo de trabajo o los descansos) y la participación en la organización de los procesos. Por último, la dimensión apoyo social está representada por dos indicadores, uno referido a la posibilidad de asistencia que se puede recibir de los compañe-

CUADRO 3

SELECCIÓN DE INDICADORES RELATIVOS A LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y LAS PATOLOGÍAS PSICOSOMÁTICAS***Demandas****Exigencias cuantitativas (intensidad)*

- P48A ¿Conlleva su trabajo tareas breves y repetitivas de menos de 1 minuto?
- P48B ¿Conlleva su trabajo tareas breves y repetitivas de menos de 10 minutos?
- P49A ¿Y podría decirme si su trabajo conlleva trabajar a gran velocidad?
- P49B ¿Y podría decirme si su trabajo conlleva trabajar con plazos muy ajustados?

Exigencias emociones

- P30G Tratar con personas enfadadas, como clientes, alumnos, pacientes, etcétera
- P30H Estar en situaciones que pueden molestarle emocionalmente

Control (autonomía en el trabajo)

- P54A ¿Tiene la posibilidad de elegir o cambiar el orden de sus tareas?
- P54B ¿Tiene la posibilidad de elegir o cambiar sus métodos de trabajo?
- P54C ¿Tiene la posibilidad de elegir o cambiar su velocidad o ritmo de trabajo?
- P61D Participa en la mejora de la organización del trabajo o de los procesos de trabajo de su departamento u organización
- P61F Puede tomarse un descanso cuando lo desea

Apoyo social

- P61A Sus compañeros de trabajo le ayudan y le apoyan
- P61B Su jefe le ayuda y le apoya

Patologías psicosomáticas

- P61M Experimenta estrés en su trabajo
- P78H Ansiedad
- P78I Cansancio general
- P79A Dificultad para dormir

Prolongación de vida laboral

- P94 ¿Hasta qué edad cree usted que va a ser capaz de hacer su trabajo actual o uno similar?

Fuente: Elaboración propia.

ros, y el otro al apoyo que pueden prestar los superiores. En cuanto a los efectos psicosomáticos, en la encuesta se pueden identificar cuatro principales: estrés en el trabajo, ansiedad, cansancio y problemas con el sueño.

Adicionalmente, de forma novedosa, en este estudio se analiza la relación entre los factores de riesgo psicosocial y las expectativas de prolongación de la vida laboral. Para ello, se incorpora como variable de estudio la pregunta 94 de la encuesta, relacionada por la percepción subjetiva sobre la edad hasta la cual la persona

entrevistada cree que será capaz de realizar su trabajo actual (o uno similar)⁵.

Una vez seleccionas las variables, con el objetivo de simplificar el análisis, se dicotomizaron las preguntas con más de dos opciones de

⁵ La 6ª EECT, realizada en 2015, es la última edición de la encuesta que recoge información de la percepción subjetiva sobre la edad hasta la cual la persona entrevistada cree que será capaz de realizar su trabajo actual (o uno similar). La edición extraordinaria de 2021, realizada telefónicamente tras a la suspensión del trabajo de campo (presencial) de la edición (ordinaria) de 2020 por la pandemia del COVID-19, no recoge tal información.

respuesta. Así, por ejemplo, en lo que respecta a la primera dimensión ("demandas"), se consideró que los trabajadores no estaban expuestos a altas demandas si contestaban "nunca", "casi nunca" o "más o menos 1/4 parte del tiempo"; mientras que si respondían "más o menos la mitad del tiempo", "más o menos 3/4 partes del tiempo", "casi siempre" o "siempre" se les consideró expuestos al factor de riesgo psicosocial. Los indicadores correspondientes a las dimensiones "control" y "apoyo social" con más de dos opciones de respuesta fueron transformados de igual forma. Así, a quienes contestaron "siempre", "casi siempre" o "a veces" se les supuso capacidad de participar en la mejora de la organización, tomarse un descanso cuando lo desearan o recibir el apoyo de sus compañeros y superiores; en cambio, a quienes contestaron "raramente" o "nunca" se les consideró privados de tales posibilidades ni apoyos. Finalmente, los indicadores correspondientes a las patologías psicosomáticas, salvo el estrés laboral, no necesitaron ningún tipo de transformación para realizar el análisis, toda vez que solo incluían dos opciones de respuesta ("sí"/"no").

5. DEMANDA, CONTROL Y APOYO SOCIAL EN EL TRABAJO, PATOLOGÍAS PSICOSOMÁTICAS Y PROLONGACIÓN DE LA VIDA LABORAL

Según los datos de la *ENCT 2015*, la patología psicosomática más extendida en el mercado de trabajo español es el estrés laboral: dos terceras partes (66,6 por ciento) de la población trabajadora manifestó aquel año sufrir dicha patología. Al estrés le siguen, por este orden, el cansancio general (44,6 por ciento), los problemas para conciliar el sueño (31,6 por ciento) y la ansiedad o el nerviosismo (17,7 por ciento).

Siguiendo el modelo DCA descrito previamente, en este apartado se analiza, en primer lugar, la incidencia de cada una de sus dimensiones en la manifestación de las principales patologías psicosomáticas. Posteriormente, se aborda la relación entre la exposición a los principales factores de riesgo psicosocial y la capacidad percibida por los trabajadores de prolongar su vida laboral más allá de la edad ordinaria de jubilación.

5.1. La incidencia de las demandas laborales en las patologías psicosomáticas

Las filas del cuadro 4 muestran los indicadores relativos a los factores de riesgo psicosocial derivados de las demandas del trabajo (exigencias), tanto cuantitativas como emocionales; mientras que las columnas incluyen las patologías psicosomáticas recogidas en la *ENCT 2015*. Cada celda indica el porcentaje de personas trabajadoras expuestas a cada factor de riesgo (fila) que manifiesta padecer cada tipo de patología psicosomática (columna)⁶. Entre paréntesis se especifica la variación en la incidencia de cada patología que supone la exposición a cada factor de riesgo, en puntos porcentuales (pp) respecto de la población no expuesta a tal factor de riesgo laboral. Así, por ejemplo, la lectura de la primera fila sería la siguiente: de las personas cuyo trabajo conlleva la realización de tareas breves y repetitivas de menos de 1 minuto de duración, el 69,4 por ciento manifiesta padecer estrés laboral, el 19,3 por ciento ansiedad, el 52,7 por ciento cansancio general y el 35,8 por ciento problemas para dormir. La presencia de este factor de riesgo supone un incremento de 4,7 pp en la incidencia del estrés laboral, de 2,8 pp en la ansiedad, de 10,1 pp en el cansancio general, y de 7,0 pp en los problemas para dormir, respecto a las personas no expuestas a tareas repetitivas de duración inferior a un minuto.

Como conclusión general, se confirma que los factores de riesgo relacionados con las exigencias del trabajo (filas), tanto cuantitativas como emocionales, tienen un efecto negativo sobre la salud mental. De este modo, las personas expuestas a trabajar a alta velocidad, en tareas repetitivas, bajo plazos ajustados y en situaciones que pueden molestar emocionalmente, refieren un porcentaje más alto de estrés laboral, ansiedad, cansancio y problemas para dormir, que las personas no expuestas (todas las

⁶ Según la clasificación de las distintas fuentes de información sobre la salud mental realizada por Moreno, Lostao y Regidor (en este mismo número), la *ENCT*, aun sin ser la salud mental su objeto central, entraría en el grupo de encuestas que recopilan información sobre una variedad de manifestaciones subjetivas de alteraciones en el pensamiento, el estado de ánimo, el comportamiento y la angustia.

CUADRO 4

INCIDENCIA DE LAS DEMANDAS LABORALES SOBRE LAS PATOLOGÍAS PSICOSOMÁTICAS

	<i>Estrés laboral</i>		<i>Ansiedad</i>		<i>Cansancio general</i>		<i>Problemas para dormir</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>
<i>Demandas cuantitativas</i>								
Tareas repetitivas (1 minuto)	69,4	(+4,7)	19,3	(+2,8)	52,7	(+10,1)	35,8	(+7,0)
Tareas repetitivas (10 minutos)	69,1	(+5,4)	19,5	(+3,9)	47,7	(+6,8)	35,8	(+8,5)
Alta velocidad	79,5	(+28,7)	22,4	(+10,7)	52,4	(+16,8)	39,9	(+18,2)
Plazos ajustados	80,4	(+30,8)	20,7	(+6,9)	51,9	(+15,8)	39,0	(+16,3)
<i>Demandas emocionales</i>								
Trato con personas enfadadas	76,6	(+16,7)	21,5	(+6,6)	51,3	(+10,8)	36,0	(+7,1)
Situaciones que molestan emocionalmente	83,7	(+23,5)	28,8	(+15,4)	56,4	(+15,9)	42,2	(+14,3)

* Entre paréntesis se especifica la variación en la incidencia de cada patología psicosomática que supone la exposición a cada factor de riesgo, en puntos porcentuales, respecto de la población trabajadora no expuesta.

Fuente: Elaboración propia a partir de la *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2015* (INSHT).

diferencias entre la presencia y la ausencia de cada factor de riesgo en la incidencia de cada patología psicosomática son positivas).

Si realizamos una lectura del cuadro 4 por tipo de patología psicosomática (columnas), los trabajos que implican "situaciones que molestan emocionalmente" (83,7 por ciento), que conllevan trabajar con "plazos muy ajustados" (80,4 por ciento) y "a alta velocidad" (79,5 por ciento) son los que se vinculan a una mayor incidencia de estrés laboral. En cuanto a la ansiedad, cabe destacar que el factor de riesgo que se vincula con un mayor incremento de su incidencia es la presencia de "situaciones que molestan emocionalmente" (+15,4 pp). En lo referido al cansancio, lo son trabajar "a alta velocidad" (+16,8 pp), con "plazos ajustados" (+15,8 pp) y en "situaciones que molestan emocionalmente" (+15,9 pp). Por último, las "situaciones que molestan emocionalmente" son las que muestran una mayor incidencia en

los problemas para conciliar el sueño (42,2 por ciento).

En síntesis, los factores de riesgo psicosocial vinculados a las demandas del trabajo presentan un efecto desigual según el tipo de patología psicosomática. Con carácter general, cabe destacar que las exigencias de trabajar con mucha rapidez y en contextos emocionalmente tensos son las que incrementan la probabilidad de dichas patologías.

5.2. La incidencia del grado de control sobre el trabajo en las patologías psicosomáticas

El cuadro 5 muestra, en sus filas, los indicadores relativos a los factores de riesgo psico-

social vinculados al grado de control sobre el proceso de trabajo y, en sus columnas, las patologías psicosomáticas. La interpretación de las celdas sigue la misma lógica que en el cuadro anterior. Cabe recordar que, según el modelo DCA, se espera, con carácter general, una asociación entre un mayor grado de control sobre el trabajo y una menor incidencia de patologías psicosomáticas. Es decir, en este caso, el factor de riesgo es la ausencia de control sobre el trabajo.

De este modo, en el cuadro 5 se aprecia que las diferencias en la incidencia de los distintos indicadores de ausencia de control sobre el proceso productivo en las patologías psicosomáticas presentan mayoritariamente signo positivo. Los resultados muestran, por tanto, que, en términos generales, las personas trabajadoras que carecen de capacidad para decidir cómo ordenar las tareas, los métodos de trabajo a

emplear, los ritmos de producción o los descansos, refieren con mayor probabilidad patologías psicosomáticas.

No obstante, conviene señalar dos matices. En primer lugar, dicha relación no siempre se produce. Así, carecer de la mencionada capacidad para elegir los métodos de trabajo no aumenta la incidencia de padecer ansiedad o problemas con el sueño; y tampoco la incidencia de la ansiedad y el cansancio aumenta la incapacidad de elegir los ritmos de trabajo.

En segundo lugar, los factores de riesgo psicosocial relacionados con la dimensión "control" tienen un efecto menor sobre las patologías psicosomáticas que los vinculados con las demandas laborales. Es decir, trabajar a alta velocidad o bajo plazos ajustados provoca un efecto perjudicial mayor sobre el estrés o la

CUADRO 5

INCIDENCIA DE LA FALTA DE CONTROL DE LOS PROCESOS DE TRABAJO SOBRE LAS PATOLOGÍAS PSICOSOMÁTICAS

	<i>Estrés laboral</i>		<i>Ansiedad</i>		<i>Cansancio general</i>		<i>Problemas para dormir</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>
No puede elegir el orden de las tareas	68,7	(+3,2)	18,4	(+1,5)	46,1	(+2,2)	32,3	(+0,8)
No puede elegir los métodos de trabajo	67,9	(+2,0)	17,4	(-0,4)	46,7	(+3,1)	30,7	(-1,4)
No puede elegir el ritmo de trabajo	69,6	(+4,4)	17,4	(-0,3)	43,3	(-1,7)	32,7	(+1,6)
No puede participar en la organización de los procesos	68,0	(+2,6)	18,6	(+1,4)	47,3	(+3,8)	32,7	(+1,6)
No puede elegir los descansos	72,6	(+13,7)	18,7	(+2,4)	49,3	(+10,4)	34,5	(+6,2)

* Entre paréntesis se especifica la variación en la incidencia de cada patología psicosomática que supone la exposición a cada factor de riesgo, en puntos porcentuales, respecto de la población trabajadora no expuesta.

Fuente: Elaboración propia a partir de la *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2015* (INSHT).

ansiedad que la incapacidad para elegir el orden de las tareas o los métodos de trabajo. Esto se aprecia con claridad al comparar las diferencias en la incidencia de las patologías psicosomáticas entre las personas expuestas y las no expuestas a los factores de riesgo laboral de cada dimensión. Así, por ejemplo, las personas sin capacidad para elegir el orden de las tareas aparecen con 3,2 puntos porcentuales más de estrés laboral que las que pueden tomar tal decisión (cuadro 5); en cambio, las personas que trabajan con plazos ajustados muestran 30,8 puntos porcentuales más de estrés laboral que las no expuestas a tales exigencias (cuadro 4).

Finalmente, cabe destacar que la ausencia de la posibilidad de elección de los descansos es el indicador que en mayor medida se vincula con un aumento de la incidencia de patologías psicosomáticas dentro de la dimensión "control".

modelo DCA, un limitado apoyo social, tanto de los compañeros como de los superiores, estaría vinculado a un mayor riesgo de incidencia de patologías psicosomáticas.

Los resultados hallados en esta dimensión son los esperados. Las personas trabajadoras que cuentan con el apoyo de sus compañeros o supervisores presentan menor probabilidad de referir patologías psicosomáticas que aquellas que no cuentan con tal apoyo (todas las diferencias son negativas). De hecho, el 75,7 por ciento de las personas que carecen del apoyo de sus compañeros refieren estrés laboral, llegando a situarse en el 77,2 por ciento en el caso de no contar con el apoyo de sus superiores. Cabe destacar, por último, que el apoyo de los superiores reduce más la incidencia de las patologías psicosomáticas que el apoyo de los iguales.

5.3. La incidencia del apoyo social en las patologías psicosomáticas

Las filas del cuadro 6 muestran los indicadores relativos a los factores de riesgo psicosocial vinculados al apoyo social y las columnas incluyen las patologías psicosomáticas. Según el

5.4. El modelo DCA y la capacidad percibida para prolongar la vida laboral

Más allá de la incidencia de las patologías psicosomáticas, es razonable suponer que aquellas personas que gozan de mejores condiciones de trabajo, en términos de deman-

CUADRO 6

INCIDENCIA DE LA FALTA DE APOYO SOCIAL SOBRE LAS PATOLOGÍAS PSICOSOMÁTICAS

	<i>Estrés laboral</i>		<i>Ansiedad</i>		<i>Cansancio general</i>		<i>Problemas para dormir</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Dif.*</i>
No cuenta con el apoyo de los/as compañero/as	75,7	(+8,5)	26,1	(+10,3)	42,6	(+12,7)	53,3	(+9,6)
No cuenta con el apoyo de los/as jefes/as	77,2	(+14,4)	27,3	(+14,7)	41,4	(+13,7)	57,0	(+17,2)

* Entre paréntesis se especifica la variación en la incidencia de cada patología psicosomática que supone la exposición a cada factor de riesgo, en puntos porcentuales, respecto de la población trabajadora no expuesta.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2015 (INSHT).

CUADRO 7

EDAD HASTA LA CUAL LA POBLACIÓN ENCUESTADA SE CONSIDERA CAPAZ DE HACER SU TRABAJO ACTUAL (O UNO SIMILAR) E INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

	Hasta 65 años (porcentaje)	Hasta 66 o más años (porcentaje)	Diferencia (pp)
<i>Demandas</i>			
Tareas repetitivas (1 minuto)	41,4	36,6	-4,8
Tareas repetitivas (10 minutos)	52,0	46,5	-5,5
Alta velocidad	51,7	47,1	-4,6
Plazos ajustados	52,7	50,0	-2,7
Trato con personas enfadadas	38,3	30,2	-8,1
Situaciones que molestan emocionalmente	25,6	21,3	-4,3
<i>Control</i>			
No puede elegir el orden de las tareas	31,2	15,7	-15,5
No puede elegir los métodos de trabajo	32,9	21,5	-11,4
No puede elegir el ritmo de trabajo	28,1	21,5	-6,6
No puede participar en la organización de los procesos	39,1	22,0	-17,1
No puede elegir los descansos	51,2	33,2	-18,0
<i>Apoyo social</i>			
No cuenta con el apoyo de los/as compañero/as	14,0	19,0	5,0
No cuenta con el apoyo de los/as jefes/as	25,2	26,2	1,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2015* (INSHT).

das, control y apoyo social, serán más proclives a trabajar durante más años. Por ello, en este epígrafe se utiliza el modelo DCA para explorar la relación existente entre las características de los puestos de trabajo y la percepción que tienen las personas de su capacidad de prolongar su carrera laboral y, en consecuencia, retrasar su jubilación.

En el cuadro 7, las filas muestran los indicadores de los factores de riesgo psicosocial agrupados por dimensiones (demanda, control y apoyo social), y las columnas, la edad hasta la que las personas encuestadas creen que van a ser capaces de realizar su trabajo actual o uno similar⁷. Las celdas recogen el porcentaje de personas de cada grupo que están expuestas al factor de riesgo psicosocial. La tercera columna

⁷ Las respuestas se han agrupado teniendo en cuenta la edad ordinaria de jubilación en el momento de realizar la encuesta, 65 años.

muestra la variación de la incidencia de cada factor de riesgo entre el colectivo de personas que creen que, como mucho, podrán trabajar hasta los 65 años y de aquellas que creen que podrán trabajar más allá de la edad ordinaria de jubilación. De este modo, que la diferencia de la incidencia del factor de riesgo entre los dos grupos de trabajadores resulte negativa implica que las personas que creen que serán capaces de trabajar hasta una edad más avanzada se hallan en menor medida expuestas a ese factor de riesgo. Cuando las diferencias son positivas, deben interpretarse como que las personas que se consideran capaces de trabajar hasta una edad más avanzada están expuestas en mayor medida a ese factor de riesgo. Por ejemplo, de acuerdo con los datos de la primera fila, de entre las personas que se consideran capaces de realizar su trabajo actual (o uno similar) hasta, como mucho, los 65 años, el 41,4 por ciento afirmó que su trabajo implicaba la realización de tareas breves y repetitivas de duración infe-

rior a un minuto. Por otro lado, de las personas que consideran que podrán realizar su trabajo (o uno similar) más allá de los 65 años, el 36,6 por ciento están expuestas a tareas repetitivas de menos de un minuto. En síntesis, la diferencia con signo negativo de la última columna nos indica que las personas que se consideran capaces de trabajar hasta una edad más avanzada están en menor medida expuestas a dicho factor de riesgo psicosocial.

Se observa, por tanto, que –por lo que se refiere a la dimensión de las demandas– las personas que se consideran capaces de llevar a cabo su trabajo actual (o uno similar), como mucho, hasta los 65 años están expuestas en mayor medida a exigencias, tanto de tipo cuantitativo como emocional, que aquellas que se consideran capaces de trabajar más allá de los 65 años (todas las diferencias presentan signo negativo).

Respecto a la dimensión “control”, las personas que se consideran capaces de desarrollar su trabajo actual, como mucho, hasta los 65 años presentan un menor grado de control sobre el proceso de trabajo (todas las diferencias con signo negativo). Finalmente, contar con el apoyo de compañeros y superiores no se asocia con la percepción de mayor capacidad de extender la vida laboral por encima del umbral marcado por la edad ordinaria de jubilación.

Cabe destacar, además, que las diferencias halladas entre las dos agrupaciones de trabajadores son sustancialmente mayores en los indicadores relacionados con la dimensión “control” que en los vinculados con la dimensión “demandas”. Esto es, la capacidad de decisión sobre los ritmos y los métodos de trabajo, así la participación en la toma de decisiones tiene un efecto diferencial importante sobre la capacidad percibida para prolongar la actividad laboral más allá de la edad ordinaria de jubilación.

En síntesis, los resultados obtenidos indican que las personas trabajadoras se consideran más capaces de prolongar su actividad laboral más allá de la edad ordinaria de jubilación cuando en su trabajo actual están menos expuestas a condiciones de trabajo disfuncionales (altas demandas y bajo control). Las personas ocupadas en puestos intensivos (alta velocidad

y plazos ajustados) y que carecen en mayor medida de la capacidad para decidir los ritmos de trabajo y las pausas durante la jornada laboral (bajo control), muestran una menor capacidad percibida para prolongar su actividad profesional más allá de los 65 años.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación expuesta en este artículo prestan respaldo a los postulados del modelo DCA. De acuerdo con los datos analizados, en España, los trabajadores que afrontan en mayor medida una elevada intensidad laboral (altas demandas) y carecen de capacidad de decisión sobre los procesos de producción (bajo control) sufren más probablemente patologías psicosomáticas (estrés, ansiedad, cansancio y problemas de sueño). Estos trabajadores son, precisamente, los que ocupan las posiciones de “alta tensión” del modelo DCA (cuadro 2).

De las tres dimensiones del modelo DCA, se ha comprobado que los indicadores relativos a los factores de riesgo psicosocial vinculados a las demandas laborales se asocian con mayor intensidad al sufrimiento de patologías psicosomáticas; particularmente, las exigencias emocionales derivadas de la interacción entre la persona trabajadora y la destinataria de su trabajo. Este último aspecto reviste gran relevancia, dado el creciente peso del sector servicios en la actividad económica. En las principales actividades de este sector, los trabajadores deben gestionar sus emociones y sentimientos de forma satisfactoria para los destinatarios del servicio (cliente, paciente, estudiante, pasajero, etcétera), lo que aumenta las exigencias emocionales del trabajo.

Por otro lado, los resultados ponen de manifiesto en qué condiciones de trabajo las personas trabajadoras consideran en mayor medida que son capaces de prolongar su vida laboral más allá de la edad ordinaria de jubilación. En este caso, los indicadores relativos a los factores de riesgo psicosocial vinculados a la dimensión “control” son los más relevantes. Así, las organizaciones que descentralizan la toma de decisiones y permiten a los trabajadores par-

participar activamente en la elección de los métodos de trabajo, en la distribución de las tareas de su ocupación y en el devenir de la organización, favorecen la prolongación de la vida laboral de sus empleados. La capacidad de retener durante más tiempo a los trabajadores de mayor edad irá ganando mayor importancia para las organizaciones, tanto públicas como privadas, a medida que progresa de forma inexorable el envejecimiento de la población. Aquellas organizaciones que no sean capaces de retener a sus trabajadores de mayor edad se pueden enfrentar a graves problemas de reemplazo generacional.

En definitiva, los resultados de esta investigación pueden contribuir al diseño de políticas de recursos humanos en las organizaciones que creen entornos de trabajo más saludables y, también, más favorables a la prolongación de la vida laboral.

BIBLIOGRAFÍA

ADAMS, G. A., DEARMOND, S., JEX, S. M. y WEBSTER, J. R. (2013). Older workers, occupational stress, and safety. En J. FIELD, R. J. BURKE y C. L. COOPER (Eds.), *The SAGE Handbook of Aging, Work and Society* (pp 266-282). SAGE.

ALONSO, J. et al. (2021). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(2), 90-105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.12.001>

BACKHAUS, I., GERO, K., DRAGANO, N., y BAMBRA, C. (2023). *Health inequalities related to psychosocial working conditions in Europe*. The European Trade Union Institute. <https://www.etui.org/publications/health-inequalities-related-psychosocial-working-conditions-europe>

BAMBRA, C. (2022). Placing intersectional inequalities in health. *Health and Place*, 75, 102761. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102761>

BELL, D. (1976). *El advenimiento de la sociedad postindustrial: un intento de prognosis social*. Alianza.

BURKE, R. J., COOPER, C. L. y FIELD, J. (2013). The aging workforce: Individual, organizational, and societal opportunities and challenges. En J. FIELD, R. J. BURKE y C. L. COOPER (Eds.), *The SAGE Handbook of Aging, Work and Society* (pp. 1-19). SAGE.

ENGELHARDT, H. (2012). Late careers in Europe: Effects of individual and institutional factors. *European Sociological Review*, 28, pp. 550-563. <https://doi.org/10.1093/esr/jcr024>

GUILLEMARD, A. -M. (2013). Prolonging working life in an aging world: A cross-national perspective on labor market and welfare policies toward active aging. En J. FIELD, R. J. BURKE. y C. L. COOPER, *The SAGE Handbook of Aging, Work and Society* (pp. 60-74). SAGE.

INSHT. (2017). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – España*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo>

JIMÉNEZ, S. y VIOLA, A. (2023). El futuro del sistema de pensiones: demografía, mercado de trabajo y reformas. *Estudios sobre la Economía Española* 2023/15. Fedea. <https://fedea.net/el-futuro-del-sistema-de-pensiones-demografia-mercado-de-trabajo-y-reformas/>

JOHNSON, J. V. y HALL, E. M. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Public Health Association*, 78(10), pp. 1336-1342. <https://doi.org/10.2105.AJPH.78.10.1336>

KARASEK, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 285-309. <https://doi.org/10.2307/2392498>

LLORENS-SERRANO, C., NAVARRO-GINÉ, A., SALAS-NICÁS, S. y MONCADA LLUÍS, S. (2021). *Condiciones*

de trabajo y salud tras un año de pandemia. Resultados de la encuesta COTS en 2021 y comparación con 2020. UAB, ISTAS-CCOO. <https://www.ccoo.es/>

MARTÍN-ARRIBAS, M. C. (2007). Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. *Enfermería Intensiva*, 18(4), pp. 168-181. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)74400-0](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74400-0)

MORENO, A., LOSTAO, L. y REGIDOR, E. (2023). Características sociodemográficas y tendencia de los problemas de salud mental en España, *Panorama Social*, 38.

NAVARRO-GINÉ, A., ESTEVE-MATALÍ, L., LLORENS-SERRANO, C., SALAS-NICÁS, S. y MONCADA I LLUÍS, S. (2022). Exposición a riesgos laborales psicosociales y salud mental: evidencias en España en el período 2005-2021. *Anuario IET de trabajo y relaciones laborales*, 8, pp. 43-63. <https://doi.org/10.5565/rev/aiet.106>

NEXØ, M. A., MENG, A. y BORG, V. (2016). ¿Can psychosocial work conditions protect against age-related cognitive decline? Results from a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(7), pp. 487-96. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103550>

NIEDHAMMER, I., BERTRAIS, S. y WITT, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: A meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7), pp. 489-508. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>

OIT. (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control* (Vol. 56). International Labour Office.

PHILLIPSON, C. y SMITH, A. (2005). Extending working life: A review of the research literature. *Department for Work and Pension, Research Report No 299*.

TEJERO, A. y DOBLYTĖ, S. (2023). Salud mental, pobreza y trabajo: ¿es el trabajo un factor protector? *Panorama Social*, 38.

THEORELL, T., HAMMARSTRÖM, A., ARONSSON, G., TRÅSKMAN BENDZ, L., GRAPE, T., HOGSTEDT, C., MARTEINSDOTTIR, I., SKOOG, I. y HALL, C. (2015). A systematic review including metaanalysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15, p. 738. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>

VAN DER NOORDT, M., HORDIJK, H. J., IJZELBERG, W., VAN TILBURG, T. G., VAN DER PAS, S. y DEEG, D. J. H. (2019). Trends in working conditions and health across three cohorts of older workers in 1993, 2003 and 2013: A cross-sequential study. *BMC Public Health*, 19(1), p. 1376. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7736-7>

VEGA-MARTÍNEZ, S. (2001). *NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I)*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_603.pdf/f15ca511-259c-480b-9f12-28ef5349b3c1

VON BONSDORFF, M. B., MUNUKKA, M., VAN SCHOOR, N. M., VON BONSDORFF, M. E., KORTELAINE, L., DEEG, D. J. H., y DE BREIJ, S. (2023). Changes in physical performance according to job demands across three cohorts of older workers in the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *European Journal of Ageing*, 20(1), p. 21. <https://doi.org/10.1007/s10433-023-00768-9>

WANG, M. y SHULTZ, K. S. (2010). Employee retirement: A re-view and recommendations for future investigation. *Journal of Management*, 36, pp. 172-206. <https://doi.org/10.1177/0149206309347957>

La esperanza en diferentes contextos sanitarios: salud mental y oncología

PATRICK BROWN*

RESUMEN*

Este artículo explora las propiedades y estructuras de la esperanza en contextos sanitarios distintos, pero caracterizados por la extrema vulnerabilidad y la incertidumbre: en servicios sanitarios para pacientes diagnosticados con psicosis y para pacientes oncológicos. Los rasgos comunes de la esperanza, tales como sus tensiones inherentes y su fragilidad, aparecen configurados de manera distinta según los contextos socioculturales. Diferentes estructuras y procesos del “mundo de la vida” (*Lebenswelt*) moldean específicamente la esperanza: lo que se desea, lo que es pensable, lo que se considera probable, normal y legítimo. A su vez, la configuración de estos “mundos de la vida de esperanza” depende de los “sistemas” político-económicos y de sus intereses subyacentes.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos números de *Panorama Social* (sin ir más lejos, en el 36) han aparecido diversas referencias a los “tiempos de crisis” que corren. Los científicos sociales, en general, y los sociólogos, en particular, llevan mucho tiempo

teorizando sobre las características fundamentales de las sociedades europeas modernas en las que se producen esas crisis. Algunos llaman la atención sobre las tensiones inherentes a la legitimidad política, el avance de la ciencia o los procesos de toma de decisiones que tienden a conducir a crisis recurrentes (Habermas, 1976). Al escribir sobre la modernidad “tardía” (es decir, “en crisis”), Habermas (1976) se basaba en la tradición de la Escuela de Frankfurt (por ejemplo, Adorno y Horkheimer, 1947), que trataba de diagnosticar las tendencias patológicas de los sistemas políticos y culturales manifestadas en los procesos de modernización. Más tarde, Ulrich Beck (1992), basándose a su vez en la obra de Habermas, describió procesos sistémicos similares en la ciencia y la política. Desde la óptica de Beck, estos procesos dan lugar a que las sociedades modernas se vean dominadas por riesgos tecnológicos e incertidumbres respecto a la ciencia, mientras continúan “fabri-cándolos”.

Estos enfoques clásicos para comprender las crisis y las características del sistema que las sustenta tienen utilidad analítica para desarrollar las consideraciones sobre la esperanza que expongo en este artículo. La esperanza constituye una forma poderosa de responder y hacer frente a una crisis o, de hecho, a múltiples crisis, y ello porque implica un bloqueo parcial de la incertidumbre y de la vulnerabilidad del

* Universidad de Ámsterdam (p.r.brown@uva.nl).

• Traducido de la lengua inglesa por Elisa Chuliá.

presente (Brown, 2021), al tiempo que se centra en un objeto o resultado futuro que puede estimular la acción y el cambio, tanto para los individuos como para las comunidades (Bloch *et al.*, 1986).

Por supuesto, la esperanza no es el único enfoque o la única lógica para hacer frente al crecimiento de la incertidumbre y la vulnerabilidad asociadas a las crisis. De hecho, resulta útil analizarla junto con otras estrategias para comprender mejor en qué difiere de ellas, y así, además, entender cómo puede funcionar, junto con esas otras estrategias o en combinación con ellas, para imaginar futuros inciertos (Zinn, 2008). En la siguiente sección se tratará el concepto de esperanza y de esas otras lógicas (por ejemplo, el riesgo y la confianza), como base para extraer las características clave de la esperanza, entre ellas, sus dimensiones “post-formales” (Lomranz y Benyamini, 2009). En el presente artículo utilizo este enfoque postformal, primero, para identificar las características comunes de diversas experiencias de esperanza, y, luego, para desarrollar un marco teórico que permita entender cómo la esperanza varía en diferentes contextos socioculturales, o “mundos de la vida” (*Lebenswelt*), por utilizar el concepto acuñado por Habermas, analizando asimismo cómo los “sistemas” (*System*) de poder y los factores económicos influyen en ellos.

Tras ese trabajo teórico-conceptual, en las secciones tercera y cuarta expongo algunas evidencias cualitativas recogidas en investigaciones empíricas desarrolladas en dos contextos sanitarios, en concreto, de atención oncológica y de atención psiquiátrica. Aunque implican “mundos de la vida” y “sistemas” de esperanza bastante diferentes, en ambos contextos sanitarios se puede detectar el fenómeno de crisis en términos de mayor vulnerabilidad e incertidumbre. Las conclusiones de estos estudios contribuyen al objetivo de mejorar la comprensión de las tensiones y dificultades de la esperanza, las formas en que las esperanzas se gestionan y configuran, voluntaria e involuntariamente, dentro de sus correspondientes “sistemas”, y las formas en que estos pueden, a su vez, promover distintas configuraciones y, por lo tanto, generar diferentes tensiones.

Por lo que se refiere a las investigaciones empíricas en las que baso mi análisis, conviene precisar que el estudio sobre la esperanza en el campo de las ciencias sociales críticas no se

limita en absoluto a los contextos sanitarios¹. Sin embargo, los procesos sociales de vulnerabilidad, riesgo e incertidumbre destacan, sobre todo, en los ámbitos en que se muestran de forma más intensa (Brown y Calnan, 2012), como puede ser el caso de contextos sanitarios tales como los servicios oncológicos y psiquiátricos. En los contextos de atención oncológica, la vulnerabilidad existencial que acompaña a los diagnósticos de cáncer en fase avanzada y los pronósticos de esperanza de vida limitada a un número de meses conllevan una agudización de los procesos relativos a la construcción de significado de los individuos (Brown y de Graaf, 2013). Del mismo modo, en los servicios de salud mental –y, sobre todo, en los casos de personas con diagnósticos de psicosis– se acentúan el recelo y el estigma en torno al diagnóstico, así como también la incertidumbre, en particular, cuando vivir con la enfermedad mental implica la desestabilización del sentido de uno mismo y de la “consistencia” de las relaciones sociales (la “seguridad ontológica”, siguiendo a Giddens, 1991: 92).

Al explorar estos temas, expongo diversas perspectivas sobre los procesos de esperanza, aplicando las consideraciones teóricas y la bibliografía presentadas en la segunda sección. Ilustro, además, estas ideas con extractos de entrevistas procedentes de estudios que he llevado a cabo o supervisado en los dos ámbitos médicos referidos. Los datos obtenidos de entrevistas con pacientes sometidos a tratamiento contra el cáncer proceden de dos estudios, uno de ellos basado en 20 entrevistas semiestructuradas en profundidad con pacientes sometidos a tratamiento y/o estudio por cáncer de cuello de útero en el sur de Inglaterra (Brown, 2009), y el otro, en 13 entrevistas semiestructuradas en profundidad realizadas a pacientes de los Países Bajos que sufrían diferentes formas de cáncer en estadio avanzado cuyo tratamiento incluía ensayos clínicos con nuevos medicamentos oncológicos².

En cuanto al ámbito psiquiátrico, me basaré en entrevistas semiestructuradas en profundidad con ocho usuarios de servicios de salud mental diagnosticados con psicosis o que estuvieron en contacto con los servicios que atienden este trastorno. Realicé estas entrevistas

¹ Véase, por ejemplo, Cook (2016).

² Sabine de Graaf llevó a cabo estas entrevistas. Véase Brown y de Graaf (2013).

como parte de un estudio más amplio que dirigí junto con Michael Calnan sobre los procesos de (des)confianza en los servicios psiquiátricos en un área en el sur de Inglaterra (Brown y Calnan, 2012).

Así pues, se trata de tres estudios diferentes realizados en momentos distintos. El objetivo que persigo en las secciones tercera y cuarta no es realizar una síntesis sistemática y un análisis comparativo de los tres conjuntos de datos, sino, más bien, reflexionar sobre distintas pautas en relación con la esperanza, tal como la evidencian estos estudios. El carácter exhaustivo, reducido y no probabilístico de las muestras en ningún caso permitiría generalizar las diferencias entre estos ámbitos. Los datos se emplean aquí fundamentalmente para resaltar similitudes y diferencias observadas en los distintos análisis, con el fin de propiciar una reflexión más profunda sobre los aspectos definitorios de distintos enfoques de la esperanza.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Las características clave de la esperanza

Los estudios críticos en ciencias sociales sobre la vida en contextos de incertidumbre, riesgo y crisis (Douglas, 1992; Zinn, 2008) suelen reconocer que el uso de métodos basados en evidencias y cálculos racionales para evaluar riesgos constituye una estrategia primordial para afrontar la incertidumbre en diversos entornos³. Sin embargo, el recorrido de estos enfoques probabilísticos es limitado (Brown, 2021). En el día a día, esos enfoques técnicos casi siempre se complementan con una serie de “lógicas” adicionales con las que se afronta y maneja la incertidumbre (Horlick-Jones, Walls y Kitzinger, 2007; Österholm, Olaison y Taghizadeh, 2023).

Zinn (2008) establece una serie de lógicas diferentes a lo largo de un espectro que incluye: la racional-calculadora, como los métodos probabilísticos de modelización del riesgo; la “no

³ Véase, por ejemplo, Norddal, Wifstad y Lian (2022).

racional”, como la esperanza, la fe y la magia; y las denominadas lógicas “intermedias”, como la confianza, las emociones o la intuición, que combinan lógicas racionales y no racionales. La confianza, por ejemplo, suele basarse en experiencias concretas y pruebas del pasado, pero también debe implicar un “acto de fe” no racional (Möllering, 2001: 411) para actuar “como si” ya se conociera el futuro (Lewis y Weigert, 1985: 969; Möllering, 2001: 410).

Lejos de ser excluyentes, Zinn (2008) sugiere que estas lógicas se combinan a menudo en el manejo cotidiano de la incertidumbre. Un ejemplo extraído de mi investigación con Sabine de Graaf puede ayudar a concretar un poco más este esquema abstracto. El paciente, Thijs, era un hombre al que se le había diagnosticado un cáncer en fase avanzada con un tumor de gran tamaño inoperable. En la entrevista, el paciente aludió a la posibilidad de que el ensayo farmacológico en el que participaba redujera el tumor lo suficiente como para poder operarlo. Thijs describió cómo su médico “mencionó, creo, un 0,5 por ciento [de probabilidades de éxito], y eso es, por supuesto, muy poco, pero sí, quieres aferrarte a eso con fuerza... Un comentario así da esperanza” (Brown y de Graaf, 2013: 551). Aquí vemos que Thijs se refiere a un marco probabilístico del futuro (0,5 por ciento), se toma en serio esta estimación y parece confiar en el médico que se la ofrece. Este resultado poco probable abre un proceso de esperanza para Thijs (Brown, 2021: 92).

Mientras que Zinn (2008) distingue entre lógicas racionales, no racionales e “intermedias”, en mi propia investigación me ha parecido más útil presentar estas alternativas como formas o formatos diferentes de conocimiento (Brown, 2021). Basándome en la investigación de Alice Lam (2000), he destacado las diferencias entre el conocimiento cognitivo “codificado”, como la modelización probabilística del riesgo, y las formas de conocimiento que las personas experimentan de forma más directa, como la confianza, la emoción y la intuición (Brown, 2021: 94). Además, siguiendo a Jacob Lomranz, considero la esperanza como una vía “postformal” de conocimiento (Lomranz y Benyamini, 2009; Brown et al., 2015a; Brown, 2021).

El uso que hace Lomranz del término “postformal” se inspira en los revolucionarios

avances de las ciencias físicas, como la relatividad, la mecánica cuántica y el caos, que a menudo pueden sonar contradictorios en el lenguaje formal de la física “clásica” aristotélica y newtoniana (Lomranz y Benyamini, 2009: 2; Brown, 2021: 94). Lomranz argumenta que los científicos sociales también deben prestar atención a los datos y hallazgos que parecen absurdos o contradictorios en el lenguaje “formal” de sus disciplinas. Sugiere que deben tomarse en serio estas tensiones para mejorar la comprensión del desorden propio del mundo social empírico. Así lo hizo al tratar de “corregir”, sobre la base de planteamientos previos, el pensamiento contradictorio (puesto de manifiesto al estudiar la “disonancia cognitiva”), pero abandonó este enfoque clásico y formal. De hecho, en sus estudios sobre los supervivientes del Holocausto descubrió que los que parecían soportar mejor la situación eran los que expresaban formas más contradictorias y creativamente disonantes de afrontar y (no) recordar sus pasados (Lomranz y Benyamini, 2009).

Basándose en este enfoque postformal, en un trabajo anterior sobre la esperanza nosotras prestamos especial atención a las contradicciones, tensiones y anomalías de los datos (Brown *et al.*, 2015a). Este análisis postformal permitió descubrir que la esperanza es inherentemente contradictoria, en el sentido de que siempre implica tensiones entre los futuros que deseamos, incluso anhelamos, y los futuros que consideramos más probables (Simpson, 2004), de manera que vivir con estas tensiones es intrínseco a la esperanza (Brown *et al.*, 2015a).

2.2. De la esperanza individual a los sistemas de esperanza

Al principio de este artículo presenté la esperanza como un mecanismo para manejarse en entornos de incertidumbre, crisis y riesgo, señalando que nuestra comprensión de la crisis y el riesgo se ha desarrollado a partir de la teoría social orientada particularmente al análisis de los sistemas sociales. Sin embargo, la mayoría de los estudios recientes sobre la esperanza tienden a ignorar este análisis sistémico. Además, son pocos los trabajos que tratan de comprender cómo los individuos afrontan estos

desafíos en su vida diaria dentro de sistemas e instituciones sociales más amplios.

El trabajo de Mary-Jo del Vecchio Good constituye una excepción a este respecto. Su investigación sobre una “cultura de la esperanza” en la atención oncológica estadounidense analiza cómo las tendencias generales del sistema, influidas por grandes intereses institucionales (como la investigación y la industria farmacéutica), se manifiestan en lo que ella denomina un “abrazo biotécnico” (Del Vecchio Good, 2001; Del Vecchio Good *et al.*, 1990); un concepto que hace referencia a cómo se anima y empuja al paciente a buscar esperanza, lo que, a su vez, se refleja en las narrativas clínicas individuales. Esta autora señala que la conexión entre el individuo y el sistema funciona tanto de manera ascendente (del individuo hacia el sistema) como descendente (del sistema hacia el individuo):

Ya se trate de nuevas tecnologías reproductivas, terapias eficaces para tratar el SIDA o la MDR TB [tuberculosis multirresistente], procedimientos innovadores de trasplante de órganos, avances en la manipulación genética terapéutica o tratamientos eficaces para enfermedades comunes potencialmente mortales, como el cáncer y las cardiopatías, el entusiasmo que despierta la imaginación médica también impulsa la economía política de la esperanza y la inversión de nuestra sociedad en aventuras y desventuras médicas (Del Vecchio Good, 2001: 399).

Del Vecchio Good amplía así la perspectiva para conectar la forma en que los individuos afrontan las situaciones de riesgo y vulnerabilidad con tendencias sistémicas más generales. Su trabajo invita a desarrollar un enfoque más ambivalente y crítico de la esperanza. En este sentido, queda clara la necesidad de tener esperanza, tan poderosa y vital para el paciente y el médico, pero sin dejar de evidenciar su “lado oscuro” (Brown, 2021: 410).

Este lado negativo de los sistemas de esperanza también se pone de manifiesto en el trabajo de Van Dantzig y de Swaan (1978), basado en su investigación sobre las formas en que los pacientes afrontan su situación en un hospital oncológico de los Países Bajos. De forma similar, describieron un “sistema” de esperanza del que muchos se beneficiaban y del que, por tanto, muchos eran cómplices. Sin embargo,

también señalaron cómo los oncólogos más veteranos eran los que más tenían que ganar y los que menos tenían que perder con este sistema. Mientras tanto, los pacientes y el personal clínico subalterno eran los que se enfrentaban a la confusión y el sufrimiento, especialmente cuando las esperanzas se desvanecían en medio de malas noticias, como las generadas por los resultados de nuevas pruebas. Este sufrimiento ante las esperanzas desvanecidas también quedó patente en una investigación propia más reciente; Roos, otro paciente de cáncer que participó en un ensayo clínico y fue entrevistado por Sabine de Graaf, relató lo siguiente:

El 2 de agosto supe cuál era la situación y cuál era mi pronóstico [4-6 meses]. Entonces todo mi mundo se vino abajo [Roos] (Brown y de Graaf, 2013: 551).

Las cuestiones sobre quién se beneficia o quién sale perdiendo de los “sistemas de esperanza” se exploran más a fondo en el trabajo de Nik Brown (2015: 119), para quien las esperanzas son formas encarnadas de emoción “discursivamente ordenadas y estructuradas como objetos y efectos de poder” en el marco de “régimen de esperanza” más amplios. Siguiendo a Del Vecchio Good *et al.* (1990), Brown (2015: 129) señala cómo “la tensión entre la verdad y la negación es una característica crucial de la política de la esperanza que aflora en las intersecciones entre la biomedicina y la importancia legal concedida a la información clínica completa”. De este modo, las obligaciones legales y morales de los oncólogos por lo se refiere a la franqueza del diagnóstico y el pronóstico van incómodamente de la mano de las normas profesionales relativas al deber moral y bioético de cultivar y mantener la esperanza. Estos compromisos morales y éticos son asumidos por los profesionales y, a su vez, aplicados al paciente.

La atención a los sistemas, regímenes y economías morales o políticas de la esperanza conduce a varias líneas de investigación —que se desarrollan en la siguiente sección— sobre diversos aspectos: la relación entre las pruebas científicas y las normas ético-morales dentro de culturas y regímenes institucionales específicos (por ejemplo, la atención oncológica estadounidense); la forma en que las jerarquías existentes modelan la gestión (y ruptura) de la esperanza, y cómo estas jerarquías pueden reproducirse a través de esos mismos procesos; y, en relación

con esto, los intereses y poderes institucionales más amplios que intervienen en la configuración de los “sistemas de esperanza”.

3. TENSIONES, COMPLEJIDADES Y DIFICULTADES IMPLÍCITAS EN LA ESPERANZA QUE EMERGEN EN DIFERENTES “SISTEMAS” Y “MUNDOS DE LA VIDA”

Como se desprende de una reciente revisión de la literatura académica sobre la esperanza en el ámbito de la provisión de cuidados (Lohne, 2022), la investigación sobre la esperanza tiende a centrarse en sus beneficios positivos en términos de motivación y capacidad de afrontar dificultades, especialmente en contextos de enfermedades crónicas y cuidados de larga duración. Esta perspectiva contrasta con la de las ciencias sociales críticas, que ponen de relieve los intereses a los que sirve la esperanza, así como las dificultades y características negativas que puede conllevar⁴.

El enfoque postformal de la esperanza, tal como se ha descrito anteriormente (Brown *et al.*, 2015a), llama la atención sobre las tensiones y contradicciones inherentes a la esperanza. El siguiente extracto procede de mi entrevista a un joven, de nombre Tom, que había sufrido varios episodios de psicosis sin haber recibido un diagnóstico formal. El paciente había descrito una serie de experiencias negativas con los servicios de salud mental, de los que había obtenido escasa ayuda constructiva. Sin embargo, contaba cómo pronto iba a empezar a visitar de nuevo a un psicólogo en el mismo servicio:

Y [el servicio] me dio de alta... alrededor de septiembre [del año] y me dijo: ‘si vuelve a haber algún problema, contacte de nuevo con nosotros’. Les contacté, no sé por qué, todo lo que sé es que si hay algo que se pueda hacer, hay que hacerlo, así que volví [al servicio]. Tengo una primera cita [con un psicólogo]... el lunes por la mañana. Es una nueva vía, odio decir que es ‘dar palos de ciego’, pero es... es... espero que sea lo correcto [Tom] (Brown, Scrivener y Calnan, 2023: 8).

⁴ Para una visión general, véase De Graaf (2016).

Aquí vemos a Tom lidiando con la falta de argumentos claros o experiencias pasadas positivas que hagan más razonable su esperanza. El modo en que las esperanzas se basan en el futuro posible imaginado, en contraposición al pasado, las hace poderosas, maleables y, sin embargo, frágiles. De hecho, el desasosiego en la esperanza de Tom era evidente en su forma de hablar. La gran incertidumbre que seguía existiendo sobre su estado (de ahí la falta de diagnóstico) y las dudas sobre las mejores formas de ayudarlo son fundamentales para entender la precariedad de la esperanza que expresaba aquí. Esto es, de hecho, muy frecuente en contextos de salud mental.

En cambio, los contextos de atención al cáncer avanzado se caracterizan por una escasa incertidumbre diagnóstica. La relativa certeza y gravedad del diagnóstico planteado suele generar graves incertidumbres existenciales a los pacientes. Antes he citado la entrevista a Thijs y su esperanza en la probabilidad del 0,5 por ciento de que la administración de un fármaco de prueba redujera el tumor lo suficiente como para permitir la intervención quirúrgica. A medida que avanzaba la entrevista dijo:

La única esperanza es que... después del verano, hacia finales de año, haya otro [nuevo] medicamento [Thijs] (Brown y de Graaf, 2013: 551).

Al afirmar que su participación en un futuro ensayo constituía su única esperanza, Thijs daba a entender que la esperanza anterior (referida al ensayo actual) no era realmente una esperanza plena. Mientras que un análisis cualitativo típico podría inclinarse a pasar por alto esta incoherencia, nuestro enfoque postformal hace hincapié en las aparentes tensiones entre estas dos expresiones diferentes y en lo que esto nos dice sobre la naturaleza compleja y contraria de la esperanza. Aquí, la coexistencia de estas tensiones para Thijs significaba vivir con esperanza (Brown *et al.*, 2015a), pero estas tensiones no parecen conducir a una confrontación seria para el paciente. De hecho, en otras partes de la entrevista parecía reconocer lo razonable e inevitable de la esperanza, incluso cuando las posibilidades eran escasas:

...se me ha dicho claramente que esta es una enfermedad que no se puede curar. Solo cuando se puede operar, entonces es

otra historia. Y sí, pero aparte de eso no puedes tener esperanza.

[Y unas frases más tarde]

A veces pasa algo, bueno, puedes centrar tu esperanza en eso. Creo que todo el mundo que está enfermo hace eso. Que esperas que se encuentre una cura, o que seas tú el que pueda ser operado. Esa es una esperanza que yo tengo [Thijs] (Brown *et al.*, 2015a: 220).

Aquí, Thijs parece reflexionar sobre las dificultades o la naturaleza improbable de su esperanza, pero este enfoque en posibilidades remotas es, a su vez, integrado en una norma cultural más amplia de esperanza, al señalar que eso es justo lo que hace “todo el mundo que está enfermo”. Aquí vemos cómo las estructuras de un mundo de la vida cultural más amplio –entendimientos comunes y compartidos de “lo que uno hace” para sobrellevar una enfermedad grave– permiten, exigen y suavizan una narrativa particular de pensamiento esperanzado, a pesar de sus tensiones inherentes.

Estas normas culturales más amplias que parecen dar forma a la esperanza (Del Vecchio Good, 2001) también van acompañadas del modo en que las relaciones sociales más directas, y su mantenimiento, pueden funcionar para estructurar las prácticas de esperanza. A continuación, una paciente de cáncer de cuello de útero, Caroline, describió dos experiencias claramente negativas de atención sanitaria en las primeras fases de su tratamiento. Una de las experiencias se debió a un control deficiente del impacto de la radioterapia en su piel –“me quemé hasta las cejas”–, y la otra, a una atención postoperatoria deficiente:

En dos ocasiones, mis bolsas de drenaje, mi catéter y el drenaje linfático [del post-operatorio] se llenaron demasiado, así que estaba muy incómoda . . . Umm, así que no es sorprendente que tuviera una infección [post-operatoria]. Y sé que están ocupados, pero podrían haber estado un poco ocupados conmigo durante cinco minutos... Quiero decir que [las enfermeras] son chicas encantadoras – [pero] no volvería allí. Y espero no

tener que hacerlo nunca [Caroline] (Brown, 2009: 397-398).

En este contexto de atención oncológica, la esperanza implicaba un conjunto diferente de horizontes. Esto se debía, en parte, a la mala atención que había experimentado directamente la paciente, y que quería “alejar” de sí misma (Brown, 2009: 402) y confinar al pasado, con la esperanza de no tener que soportar tal negligencia en el futuro. Al vivir con estas experiencias negativas o tratar de sobrellevarlas, Caroline expresó su esperanza de no tener que volver al hospital. Sin embargo, más tarde recordó cómo volvió, pero racionalizando estas esperanzas frustradas en la confianza que le merecía su oncólogo principal, que iba a estar presente allí:

Esa fue la única razón por la que volví a [ese] hospital, para serte sincera, no habría ido de otra forma. Fue solo porque él lo hacía, *sí* [énfasis original]. Si me hubieran pasado a otro médico les habría dicho ‘no, no voy’ [Caroline] (Brown, 2009: 398).

Como puede observarse, los procesos de confianza y esperanza pueden entrelazarse, con efectos relevantes (Brown *et al.*, 2015b). El caso de Caroline muestra cómo las tensiones inherentes y la fragilidad de la esperanza se resolvieron en parte a través de la confianza. No obstante, como se verá más adelante, las relaciones de confianza también pueden servir para estructurar y “exigir” subjetividades esperanzadas. Lo que también vemos en la cita precedente es cómo experiencias contrarias de atención sanitaria (atención deficiente por parte de las enfermeras y atención de alta calidad por parte del oncólogo) pueden crear el contexto en el que la esperanza se hace necesaria y en el que se negocian las tensiones de estas esperanzas (a través de la confianza).

Tomemos como ejemplo a Lucas, otro paciente de cáncer entrevistado por Sabine de Graaf. En el siguiente fragmento, Lucas habla de las esperanzas frágiles y necesarias que asoció a su participación en el ensayo clínico:

Es como tener el problema de estar en un avión que está a punto de estrellarse. Hay diez personas en el avión, nueve paracaí-

das de verdad y uno que no es más que una mochila normal... Es la última oportunidad... Y entonces solo puedes esperar que no tengas una mochila vacía en lugar de un paracaídas, porque este ensayo no tiene nada que ver con una cura potencial... [Lucas] (Brown *et al.*, 2015b: 319).

Una vez más, aquí quedan patentes las tensiones entre las esperanzas de Lucas y la fragilidad de no saber hasta qué punto podría ser eficaz la novedosa tecnología del ensayo. Sin embargo, como pone de manifiesto su analogía del paracaídas, Lucas sentía que no tenía más opción que participar y esperar lo mejor, aunque lo mejor no fuera una cura como tal. Aquí se pueden entender las esperanzas de Lucas, incluso su participación en el ensayo, como una “opción forzada” (Barbalet, 2009; Brown *et al.*, 2015b) en la medida en que las estructuras políticas, tecnológicas y económicas configuran el “mundo de la vida” de lo que es pensable, factible y posible.

La influencia de estos intereses en las relaciones e imaginaciones del “mundo de la vida” se hace más evidente si volvemos al tema, planteado sucintamente antes, de cómo la esperanza y la confianza se entrelazan a menudo para hacer frente a la vulnerabilidad y la incertidumbre (Zinn, 2008; Brown *et al.*, 2015b). Lucas se mostró pragmático sobre sus esperanzas, aceptando lo limitadas que eran, aunque también habló de la necesidad de mantener estas y otras opciones para el futuro. De hecho, como también se ha señalado, Lucas fue el único paciente con cáncer en fase avanzada del estudio que describió explícitamente la desconfianza, tras una larga serie de interacciones negativas con oncólogos, diagnósticos incorrectos y retrasos en el tratamiento (Brown *et al.*, 2015b: 319). Sin embargo, también manifestó su intención de mantener sus relaciones con los médicos, a pesar de su falta de confianza, “porque no quería perturbar la relación con él [médico del ensayo]” (Brown *et al.*, 2015b: 319).

El propósito expresado por Lucas de mantener esa relación se basaba en la necesidad de conservar el acceso a opciones en el futuro, y en las esperanzas asociadas a tales opciones. Mientras tanto, Caroline continuó con su tratamiento oncológico, a pesar de las experiencias negativas del pasado y con la esperanza de no tener que revivirlas, gracias a la confianza puesta en

su oncólogo. Entrelazadas, esta esperanza y confianza contribuyen destacadamente a comprender cómo los intereses económicos y/o políticos configuran e impelen los procesos de esperanza y compromiso con las tecnologías, aun cuando estas esperanzas sean frágiles y estén atravesadas por tensiones (Brown *et al.*, 2015b). También he señalado las formas más amplias en que los procesos del “mundo de la vida” configuran la construcción del significado y de lo que es concebible en términos de cultura, legitimando o constriñendo algunas esperanzas (y no otras) a través de las relaciones sociales jerárquicas.

Es en este punto donde los intereses integrados en los “sistemas de esperanza” se hacen más visibles. Mientras que los otros dos estudios se llevaron a cabo en entornos asistenciales locales (municipales) con actividades de investigación limitadas, los intereses de la investigación académica y el desarrollo de la tecnología farmacéutica eran más evidentes en los contextos de atención oncológica avanzada en los que De Graaf recopiló sus datos. Estos intereses de poder (por ejemplo, las instituciones biomédicas académicas) y dinero (por ejemplo, los imperativos económicos que sustentan gran parte de la investigación biomédica/farmacéutica) pueden entenderse como la configuración de una “economía política de la esperanza” específica que obliga a diferentes actores –y también a los pacientes– a participar, recogidos en un “abrazo biotécnico” (Del Vecchio Good, 2001).

En el ejemplo de Thijs mencionado anteriormente, los oncólogos se comunicaban de una forma que minimizaba las esperanzas. Sin embargo, en mis entrevistas con oncólogos ginecológicos y con pacientes de oncología ginecológica, este tipo de gestión intencionada de las esperanzas fue mucho menos evidente; desde luego, mucho menos que en la atención sanitaria mental (como se podrá comprobar en la cuarta sección de este artículo). Una posibilidad de entender por qué la esperanza se gestionó de forma diferente, o menos explícita, reside en enfocar la atención en las culturas subyacentes de los dos ámbitos. La psiquiatría y la psicología están más orientadas a abordar fenómenos afectivos y psicosociales como la esperanza. En Inglaterra, la esperanza también se ha abordado bastante específicamente en la formulación de políticas nacionales y en la práctica psiquiátrica, donde a menudo un discurso de “recuperación”

se considera vinculado con la esperanza en contextos de atención a la psicosis (Schrank *et al.*, 2012; Rtor.org, 2023). De este modo, los marcos cognitivos, las políticas y las prácticas subyacentes conforman una base de evidencias y discursos éticos que pueden favorecer que la esperanza resulte más explícita y reflexiva.

Por otro lado, de los tres estudios presentados aquí se desprenden diferencias en cuanto al marco temporal, como ya se ha mencionado. Los pacientes con formas más avanzadas de cáncer a menudo se enfrentaban a futuros limitados, con esperanzas orientadas a ampliar estos futuros. Por el contrario, las narrativas de esperanza en personas diagnosticadas con psicosis se enfocaban hacia la superación de un futuro ilimitado de enfermedad crónica a través de la recuperación y la normalidad. Los contextos cronológicos de las pacientes con cáncer de cuello de útero variaban algo más, entre algunas que aún se enfrentaban a una gran incertidumbre sobre su enfermedad y su futuro, y otras que se encontraban en el final de su tratamiento y esperaban mantenerse en remisión y evitar más sufrimiento gracias a los tratamientos que habían soportado (a menudo, diversas combinaciones de cirugía, quimioterapia, radioterapia y braquiterapia).

Como ya se ha señalado, los relatos de los pacientes en contextos de cáncer avanzado se distinguían no solo por su cronología y la relativa proximidad ontológica de la muerte, sino también por el hecho de que estos pacientes habían participado o seguían participando en ensayos con fármacos (Brown *et al.*, 2015b). Este factor conformaba sus “mundos de la vida”, ofreciéndoles posibilidades de esperanza, a pesar de sus diagnósticos y pronósticos. Por lo tanto, aunque no detectamos muchos indicios de que los profesionales intentaran deliberadamente generar esperanza en este ámbito, el posicionamiento de esta atención oncológica en entornos clínicos orientados a la investigación y la participación de los pacientes en los ensayos fomentaban esperanzas, si bien a menudo bastante frágiles.

En este sentido, y como se ha visto a lo largo de esta sección, la experiencia subjetiva individual y la práctica afectiva de la esperanza quedan configuradas tanto por marcos culturales más amplios, como por interacciones y relaciones más específicas dentro de organizaciones

y redes sociales. Estas tres capas de los “mundos de la vida” (cultura, redes sociales, identidad) proporcionan los repertorios de significado y legitimación (Habermas, 1987: 143) que amoldan la esperanza de un modo que, aunque vital, está plagado de fragilidades y tensiones. Como se explica en la siguiente sección, estas estructuras de esperanza varían en función de la forma en que se configuran los “mundos de la vida” de los individuos y, por lo tanto, de cómo se desarrolla, experimenta y gestiona la esperanza.

4. LA GESTIÓN (INVOLUNTARIA) DE LA ESPERANZA

En el estudio sobre el cáncer de cuello de útero, las mujeres a las que entrevisté no habían sido diagnosticadas de cáncer en estadio avanzado y solían tener mejor pronóstico que los entrevistados por De Graaf, como el ya citado Thijs. Esto daba lugar a una formulación diferente de las esperanzas, que se orientaban más allá del tratamiento, a diferencia de los pacientes con cáncer en estadio avanzado, cuyas esperanzas tendían a centrarse mucho en los medicamentos y las tecnologías.

Además, el “tiempo futuro” o la “cantidad y calidad específica de tiempo previsto en el futuro” (Brown y de Graaf, 2013: 544) –que se asocia con la esperanza– se acortaba particularmente entre aquellos pacientes con un diagnóstico terminal, que solían referirse a cantidades de tiempo en un futuro cercano:

Siempre tienes la esperanza de poder tener un poco más de tiempo [la participante se emociona en este punto]. Mira, sé bien que si entras en la quimio y estás mejorando, entonces sabes por qué estás haciendo quimio. Pero, ¿y si no mejoras? Por supuesto que es muy duro. Solo esperas tener un poco más de tiempo [Sanne] (Brown y de Graaf, 2013: 550).

Pacientes como Sanne también tendían a describir las orientaciones de su esperanza en términos más específicos, relativos a tecnologías o medicamentos que pudieran abrir nuevas posibilidades y/o conceder más tiempo.

En los otros dos estudios, los pacientes expresaron esperanzas más generalizadas, a menudo orientadas hacia la recuperación en un sentido más general, en el cual el “tiempo futuro” tenía un sentido mucho más laxo y general. La mayoría de los usuarios de servicios psiquiátricos que entrevisté expresaron la esperanza de volver a una vida más “normal”. Así lo describió Dave, diagnosticado de esquizofrenia:

Sí... Ya sabes, esa es la luz al final del túnel... Porquetú... solo puedes imaginar... Ya sabes... ¿Cómo podrías tener una novia? Nadie entendería por qué este Equipo de Ayuda Asertiva se te acerca y nadie lo consideraría aceptable [Dave] (Brown, Scrivener y Calnan, 2023: 6).

El Equipo de Ayuda Asertiva (*Assertive Outreach Team*) fue uno de los servicios de salud mental que estudiamos. Practicaba una forma de “atención” más proactiva y aplicada a las personas que se habían resistido a recibir atención en el pasado, consideradas en mayor riesgo de recaída y/o, en ocasiones, como un riesgo para los demás. Como Dave menciona aquí, los cuidados de salud mental más intensivos proporcionados por los profesionales de este equipo, así como el estigma en torno a la psicosis asociado a este servicio, podían dificultar las relaciones cotidianas normales.

Janet, una mujer de unos 60 años que había vivido con un diagnóstico de esquizofrenia y con el tratamiento correspondiente durante unas cuatro décadas, y que relataba varias experiencias negativas con los servicios de psiquiatría (especialmente, cuando estaba ingresada en hospitales psiquiátricos), expresaba una esperanza general de recuperación para cuando pudiera arreglárselas por sí misma, con menos intervención de los servicios de salud mental y viviendo de forma mucho más independiente:

Y la cosa es, lo que encuentro en estos últimos años, que el pensamiento negativo no es bueno. Debes pensar en positivo. Si pienso en positivo, entonces estoy en el camino, en el camino de conseguir ese objetivo que tanto deseo. Así que estoy preparada para conseguir ese objetivo... y espero poder decir algún día que puedo ir por mi cuenta, como estoy aprendiendo ahora, poco a poco... no me lanzo de golpe... por-

que sé que puedo tomármelo con calma y sentir mi camino [Janet] (Brown, Scrivener y Calnan, 2023: 6-7).

En esta narrativa se aprecian tensiones entre la recuperación (Janet habló en otra parte de la entrevista de la esperanza de que su psiquiatra le “dé el alta algún día”) y el reconocimiento de la cronicidad de la enfermedad y de la necesidad de tomarse las cosas con calma. Como en el caso de Dave citado anteriormente, la esperanza se orientaba hacia una mayor independencia en algún momento futuro, construida a partir de combinaciones de normas sociales (cultura) y la evitación del estigma (identidad erosionada) en las relaciones (redes sociales).

En este último sentido, parece haber una configuración de expectativas y esperanzas en los “mundos de la vida” de los participantes, aunque también se evidencia la gestión de las esperanzas “por el yo sobre el yo” (Hochschild, 1979: 562), en algunos casos basada en experiencias anteriores con la esperanza y la decepción (Brown, Scrivener y Calnan, 2023). Como describió Emily, de unos 30 años y con un diagnóstico bipolar, había “aprendido” a gestionar sus esperanzas tras episodios previos en los que tras dejar de tomar sus medicamentos, se había puesto muy enferma:

Creo que la clave [en el pasado] era que no podía aceptar que se trataba de una enfermedad a largo plazo... En parte tiene que ver con el concepto de debilidad, pero quería pensar que la había superado y punto, y solía haber periodos bastante largos entre las recaídas, así que pensaba que había llegado al otro lado [Emily] (Brown, Scrivener y Calnan, 2023: 7).

Emily explicó aquí cómo había aprendido a no albergar demasiadas esperanzas, reflejándose esta moderación de la esperanza en sus pautas actuales de consumo de medicamentos:

Hay veces que reduzco un poco la medicación, pero no la dejo... Siento que ahora hay tantas cosas positivas en mi vida por las que he luchado tanto, sobre todo mi trabajo, que sería una tontería tirarlas por la borda [Emily] (Brown, Scrivener y Calnan, 2023: 7).

La narración de Emily hacía hincapié en su propio aprendizaje a partir de experiencias pasadas. Sin embargo, mis otras entrevistas con usuarios de servicios de salud mental indicaron que sus esperanzas eran más comúnmente gestionadas por otros, especialmente por sus psiquiatras. Así, Chris, rondando también la treintena y diagnosticada de esquizofrenia, describió recurrentemente sus esperanzas de “una vida normal”, pero señaló cómo uno de sus psiquiatras las atenuaba:

Espero superarla [la esquizofrenia] en algún momento y poder llevar una vida normal... A veces es preocupante... El médico que me atendió en el hospital en el que estuve hace poco me dijo que probablemente tendría que tomar medicación el resto de mi vida y que nunca me recuperaría del todo, que probablemente estaría enfermo para siempre. Pero [antes] el otro médico me dijo que tendría que tomar la medicación durante al menos un año, y eso... me dio una perspectiva mucho más positiva [Chris] (Brown, Scrivener y Calnan, 2023: 7).

Lo interesante aquí es la influencia de dos psiquiatras diferentes en las esperanzas de Chris. Estas visiones del futuro no eran incompatibles entre sí, pero tuvieron un impacto y un significado muy diferentes para el paciente. El psiquiatra “anterior” puede haber estado reconociendo los límites de su propia previsión profesional, y/o tal vez tratando de “mantener la esperanza sin dejar de ser veraz” (Del Vecchio Good *et al.*, 1990: 64, 65). El relato de Chris no ofrece información para afirmar si se trata de una u otra opción. Del mismo modo, el psiquiatra con el que habló posteriormente, más pesimista, puede o no haber estado tratando de manejar las esperanzas de Chris, pero, a sabiendas o no, sin duda lo hizo.

Con el ejemplo de Chris, y al igual que en el caso de Thijs a propósito del 0,5 por ciento antes mencionado, parece ciertamente probable y, en varios sentidos inevitable, que los profesionales sanitarios gestionen involuntariamente las esperanzas de sus pacientes, ya sea lanzando destellos de posibilidad, o aplastando las posibilidades de recuperarse algún día. Una aproximación fenomenológica haría hincapié en la agencia de quien toma las manifestaciones de los profesionales y les atribuye diversos significados como base para crear expectativas y “poner entre paréntesis” determinadas posibilidades

respecto del futuro (Brown, 2009). Recordemos que a Thijs también le dijeron que su cáncer era incurable, pero eso no le impidió interpretar la información de sus médicos con esperanza.

En todo caso, junto a esta posibilidad de que los profesionales dijeran involuntariamente cosas que luego se interpretarían como esperanzas, o que contribuyeran a socavarlas, los profesionales que entrevistamos en los servicios de salud mental también hablaron específicamente de gestionar las esperanzas:

... y supongo que ahí es donde entran en juego las habilidades de la gente, es mantener viva esa esperanza, pero ser realista al mismo tiempo, y creo que ese es el gran reto, el equilibrio más difícil (Brown, Scrivener y Calnan, 2023: 5).

La gestión intencionada y la involuntaria de las esperanzas de los demás, como se ha señalado en el apartado anterior, fue planteada por los profesionales de la salud mental no solo como algo estrictamente aplicable a los usuarios de los servicios. En efecto, los profesionales de alto nivel también reflexionaron sobre las esperanzas de sus colegas y la necesidad de gestionarlas para mantener un “equilibrio” adecuado. En este sentido, las esperanzas de los profesionales deben ser suficientes para motivarles, pero no cándidas. Como señaló un psicólogo sénior:

Al principio creo que idealizábamos al grupo de usuarios de servicios, de modo que llevábamos la esperanza hasta un punto ridículo, casi como la creencia de que todo el mundo podía mejorar. Y eso pareció convertirse luego en una determinación... pero no podemos hacerlo... Es una expectativa poco realista (Brown, Scrivener y Calnan, 2023: 6).

En las entrevistas señalaron asimismo los aspectos negativos de esas esperanzas excesivamente elevadas en cuanto a la carga emocional que suponen para los compañeros cuando se ven defraudadas, lo que también podría suponer un riesgo de agotamiento o de fatiga y enfermedad del personal. Para contrarrestarlo, el mismo psicólogo sénior describió cómo el equipo había empezado a abordar y gestionar las esperanzas de forma más explícita:

Así que últimamente creo que estamos respondiendo a eso, a la tensión de trabajar

con este grupo de usuarios de servicios... intentando encontrar ese equilibrio entre tener expectativas realistas y aun así... estar motivados para hacer lo mejor posible para el grupo de usuarios de servicios... (Brown, Scrivener y Calnan, 2023: 6).

Estas son pruebas concretas de que las esperanzas se “ordenan discursivamente” (Brown, 2015: 119) promoviendo y reproduciendo las jerarquías existentes dentro del equipo, de manera que los profesionales de mayor rango dirigen los debates para gestionar las esperanzas de sus colegas más jóvenes, con el fin de que el equipo siga funcionando óptimamente, mientras se cuida del bienestar de estos colegas. El entrelazamiento de procesos de ordenación, jerarquía y atención también se puso de manifiesto en la gestión de las esperanzas de los usuarios de los servicios, tal como se argumentó en la sección anterior.

5. CONCLUSIÓN: HACIA LA CARTOGRAFÍA Y EL ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS “MUNDOS DE LA VIDA DE ESPERANZA” Y DE LOS “SISTEMAS DE ESPERANZA”

Comencé este artículo poniendo de relieve una tradición crítica en la teoría social que ayuda a comprender diversos procesos sociopolíticos que aumentan la probabilidad de crisis y de la extensión de incertidumbre. Situé a Habermas (1976) como un pensador clave en esta tradición, cuyas reflexiones sobre los “sistemas” y los “mundos de la vida” (1987) han pretendido contribuir a una valoración menos pesimista, más redimible, de los procesos de modernización (Adorno y Horkheimer, 1947). Sobre la base de estos argumentos, trabajos posteriores se han planteado cómo los sistemas sociales y los individuos manejan la incertidumbre y el riesgo (Beck, 1992).

La conceptualización de tres capas de Habermas (1987) del “mundo de la vida” (cultura, sociedad/redes sociales y subjetividad/yo) ha informado este análisis, en el que he tratado de aprovechar y ampliar el trabajo crítico de las ciencias sociales sobre la esperanza de Mary-Jo del Vecchio Good (2001) y Nik Brown (2015) y, en particular, los sistemas o regímenes de

esperanza. Mi análisis presentado en las secciones anteriores permiten visibilizar las vulnerabilidades y las incertidumbres, y, por tanto, los procesos de esperanza que se abren ante enfermedades graves. Centrando la atención en los elementos comunes presentes en tres contextos asistenciales diferentes, se pone de relieve la fragilidad de la esperanza en medio de tensiones intrínsecas entre lo deseado y lo considerado probable. En este sentido cobra importancia el papel cultural de los “mundos de la vida” a la hora de dar forma a lo que se desea, lo que es pensable, lo que se estima probable y el tipo de esperanzas que se consideran “normales” y “apropiadas”. Por ejemplo, las normas de la esperanza como forma común y aceptada de afrontar el cáncer en fase avanzada parecían normalizar las esperanzas incómodas y frágiles de algunos participantes, a pesar de las tensiones inherentes. Las relaciones, redes e interacciones sociales, poderosa fuerza legitimadora dentro de los mundos de los participantes, también fueron importantes a la hora de dar forma a las vulnerabilidades pasadas y presentes (relacionadas con experiencias de tratamiento, diagnóstico y estigma) y de legitimar o cuestionar esperanzas específicas como medio “apropiado” de afrontar y enmarcar futuros inciertos.

Al perfilar los procesos del “mundo de la vida” de este modo, también he explorado las posibles diferencias en las estructuras de tales mundos en los tres contextos de estudio. Las diferentes epistemologías y bases empíricas subyacentes, la naturaleza crónica o aguda de las enfermedades, los niveles de incertidumbre en torno al diagnóstico, las repercusiones en la subjetividad del diagnóstico y el pronóstico, así como la participación en nuevos ensayos clínicos, constituyeron algunos de los procesos estructurantes de los “mundos de la vida” en los contextos asistenciales, lo que, a su vez, configuró de diferentes maneras las posibilidades y la fragilidad de la esperanza. Estas bases culturales fueron a menudo mediadas por profesionales y (re)interpretadas por los propios pacientes/usuarios de los servicios. En particular, he llamado la atención sobre las diferentes formas en que las esperanzas pueden gestionarse explícitamente, dentro de diferentes contextos del “mundo de la vida”, con subjetividades particulares hacia la esperanza considerada como “legítima” o no (Brown *et al.*, 2023).

Para comprender cómo funcionan los “mundos de la vida de esperanza” puede ser

útil distinguir entre los diferentes procesos que entrañan: la creación de significado (cultura), el reconocimiento y legitimación (relaciones sociales) y la subjetividad individual (Del Vecchio Good, 2001). Pero, siguiendo a Habermas (1987), también es fundamental distinguir entre estos procesos del “mundo de la vida” y la forma en que otros, relacionados con el sistema (de lo político y lo económico), actúan, a su vez, para configurar y desfigurar cómo se desarrollan los primeros. En este sentido, me he fijado en cómo los intereses propios de la investigación mediante ensayos configuran las esperanzas de una forma particular, por ejemplo, como “opciones forzadas” (Barbalet, 2009) cuando se entrelazan con la confianza, exponiendo asimismo varios ejemplos sobre cómo la jerarquía actúa en la estructuración de diferentes formas de “gestionar” las esperanzas y se reproduce a través de ellas.

Mi propia esperanza es que el marco conceptual esbozado y aplicado en este artículo sirva para promover y posibilitar un estudio comparativo más exhaustivo de las diferentes estructuras sociales de la esperanza. Aunque hasta ahora la literatura sobre el tema se ha referido a regímenes o “sistemas de esperanza”, la distinción entre “mundos de la vida de esperanza” socioculturales (como imaginarios que hacen que las cosas sean pensables; como normas que legitiman; como posibilidades del ser y del yo) y “sistemas (político-económicos) de esperanza” (estructuras de intereses que configuran los “mundos de la vida”) representaría un paso importante en la dirección que propongo.

Si bien las ideas presentadas en este artículo contribuyen al desarrollo del enfoque conceptual, no aportan una comparación sistemática. Sin duda, una mejor comprensión de cómo se configuran los procesos de esperanza precisa unos enfoques más exhaustivos y sistemáticos que permitan comparar los “mundos de la vida de esperanza” y los “sistemas de esperanza”, que posibilitarían un cuestionamiento ético más incisivo de las tensiones intrínsecas a la esperanza y las presiones a las que se halla sometida. Por ejemplo, la forma en que la esperanza se entrelaza con la confianza (Brown *et al.*, 2015b), y cómo esta imbricación puede funcionar de manera diferente en contextos de alta y baja confianza (los servicios psiquiátricos a menudo se consideran contextos de baja confianza), contribuiría a “destapar” el funcionamiento de la esperanza, facilitando la reflexión

ética sobre ella. Algunos ámbitos de la asistencia sanitaria (por ejemplo, los servicios de salud mental) pueden estar más familiarizados con las cuestiones de la esperanza que otros. Pero todos pueden beneficiarse de una conversación más reflexiva sobre la esperanza; una conversación basada en estudios críticos enmarcados en las ciencias sociales.

BIBLIOGRAFÍA

ADORNO, T. y HORKHEIMER, M. (1947). *Dialectic of Enlightenment*. New York: Verso.

BARBALET, J. (2009). A characterization of trust, and its consequences. *Theory and Society*, 38(4), pp. 367–382.

BECK, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: SAGE.

BLOCH, E., PLAICE, N., PLAICE, S. y KNIGHT, P. (1986). The principle of hope (Vol. 3, pp. 1954–1959). Cambridge, MA: Mit Press.

BROWN, N. (2015). Metrics of hope: Disciplining affect in oncology. *Health*, 19(2), pp. 119–136.

BROWN, P. (2009). The phenomenology of trust: a Schutzian analysis of the social construction of knowledge by gynae-oncology patients. *Health, Risk & Society*, 11(5), pp. 391–407.

BROWN, P. (2021). *On Vulnerability: a critical introduction*. London: Routledge.

BROWN, P. y CALNAN, M. (2012). *Trusting on the Edge: Managing Uncertainty and Vulnerability in the Midst of Serious Mental Health Problems*. Bristol: Policy Press.

BROWN, P. y DE GRAAF, S. (2013). Considering a future which may not exist: the construction of time and expectations amidst advanced-stage cancer. *Health, Risk & Society*, 15(6–7), pp. 543–560.

BROWN, P., DE GRAAF, S., HILLEN, M., SMETS, E. y VAN LAARHOVEN, H. (2015). The interweaving

of pharmaceutical and medical expectations as dynamics of micro-pharmaceuticalisation: advanced-stage cancer patients' hope in medicines alongside trust in professionals. *Social Science & Medicine*, 131, pp. 313–321.

BROWN, P., SCRIVENER, A. y CALNAN, M. (2023). The co-construction and emotion management of hope within psychosis services. *Frontiers in Sociology*, 8, 1270539. doi: 10.3389/fsoc.2023.1270539

COOK, J. (2016). Young adults' hopes for the long-term future: from re-enchantment with technology to faith in humanity. *Journal of Youth Studies*, 19(4), pp. 517–532.

DE GRAAF, S. (2016). The Construction and Use of Hope within Health-Settings: Recent Developments in Qualitative Research and Ethnographic Studies. *Sociology Compass*, 10(7), pp. 603–612.

DEL VECCHIO GOOD, M.-J. (2001). The biotechnical embrace. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 25, pp. 395–410.

DEL VECCHIO GOOD, M.-J., GOOD, B., SCHAFER, C. y LIND, S. (1990). American oncology and the discourse on hope. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, pp. 59–70.

DOUGLAS, M. (1992). *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.

GIDDENS, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Palo Alto: Stanford University Press.

HABERMAS, J. (1976). *Legitimation Crisis*. Cambridge: Polity.

HABERMAS, J. (1987). *Theory of Communicative Action (vol 2), Lifeworld and System: A Critique of Functional Reason*. Cambridge: Polity.

HOCHSCHILD, A. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), pp. 551–575.

HORLICK-JONES, T., WALLS, J. y KITZINGER, J. (2007). Bricolage in action: learning about,

making sense of, and discussing, issues about genetically modified crops and food. *Health, Risk & Society*, 9(1), pp. 83–103.

LAM, A. (2000). Tacit knowledge, organizational learning and societal institutions: an integrated framework. *Organization Studies*, 21(3), pp. 487–513.

LEWIS, D. y WEIGERT, A. (1985). Trust as a social reality. *Social Forces*, 63(4), pp. 967–985.

LOHNE, V. (2022). 'Hope as a lighthouse': A meta-synthesis on hope and hoping in different nursing contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), pp. 36-48.

LOMRANZ, J. y BENYAMINI, Y. (2009). *An integration in management of personal and work-organizational conflicting situations in modern society*. Paper presented at SCARR – Managing the social impacts of change from a risk perspective, Beijing Normal University. Beijing, China.

MÖLLERING, G. (2001). The nature of trust: From Georg Simmel to a theory of expectation, interpretation and suspension. *Sociology*, 35(2), pp. 403–420.

NORDDAL, G.A., WIFSTAD, Å. y LIAN, O. S. (2022). 'It's like getting your car checked': The social construction of diabetes risk among participants in a population study. *Health, Risk & Society*, 24(3-4), pp. 93-108.

RTOR.ORG. (2023). *Recovery & Hope*. <https://www.rtor.org/achieving-sustaining-recovery>. Acceso 30 junio 2023.

SCHRANK, B., WOPPMAN, A., GRANT HAY, A., SIBITZ, I., ZEHETMAYER, S. y LAUBER, C. (2012). Validation of the Integrative Hope Scale in people with psychosis. *Psychiatry Research*, 198(3), pp. 395-399.

SIMPSON, C. (2004). When hope makes us vulnerable: A discussion of patient-healthcare provider interactions in the context of hope. *Bioethics*, 18(5), pp. 428–447.

ÖSTERHOLM, J., OLAISSON, A. y TAGHIZADEH LARSSON, A. (2023). 'How shall we handle this

situation?' Social workers' discussions about risks during the COVID-19 pandemic in Swedish elder care. *Health, Risk & Society*, 25(1-2), pp. 28-44.

VAN DANTZIG, A. y DE SWAAN, A. (1978). *Omgaan met angst in een kankerziekenhuis. [Coping with fear in a cancer hospital]*. Utrecht: Het Spectrum.

ZINN, J. (2008). Heading into the unknown: everyday strategies for managing risk and uncertainty. *Health, Risk & Society*, 10(5), pp. 439–450.

PANORAMA SOCIAL

Números publicados

2005

- N.º 1. España 2005: Debates y procesos sociales
- N.º 2. Dependencia y autonomía personal: Dilemas y compromisos

2006

- N.º 3. Infancia y juventud: Nuevas condiciones, nuevas oportunidades
- N.º 4. Envejecimiento y pensiones: La reforma permanente

2007

- N.º 5. El medio ambiente a principios del siglo XXI: ¿Crisis o adaptación?
- N.º 6. La reforma de la Universidad: Vectores de cambio

2008

- N.º 7. Las claves de la sanidad futura: Investigación y gestión
- N.º 8. Inmigrantes en España: Participación y convivencia

2009

- N.º 9. Tercer Sector y voluntariado
- N.º 10. Familias en transformación

2010

- N.º 11. Envejecimiento, adaptación y cambio social
- N.º 12. Empleo, desempleo y pobreza

2011

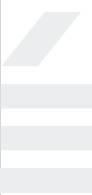
- N.º 13. Retos actuales de la sociedad española
- N.º 14. El ocio de los españoles

2012

- N.º 15. Generaciones y relaciones intergeneracionales
- N.º 16. Imagen y presencia exterior de España

2013

- N.º 17. La ciudadanía europea en la encrucijada
- N.º 18. Las nuevas tecnologías y su impacto social



PANORAMA SOCIAL

Números publicados

2014

N.º 19. Comida y alimentación: hábitos, derechos y salud

N.º 20. Pobreza infantil

2015

N.º 21. Educación, investigación e innovación, bases de un modelo productivo de futuro

N.º 22. Un balance social de la crisis

2016

N.º 23. Retos demográficos

N.º 24. El nuevo escenario migratorio en España

2017

N.º 25. Las desigualdades digitales. Los límites de la Sociedad Red

N.º 26. La inclusión de las personas con discapacidad en España

2018

N.º 27. Brechas de género

N.º 28. Envejecimiento de la población, familia y calidad de vida en la vejez

2019

N.º 29. Pobreza y rentas mínimas

N.º 30. Opinión pública y encuestas

2020

N.º 31. El campo y la cuestión rural: la despoblación y otros desafíos

N.º 32. Ciudades: luces y sombras de un mundo cada vez más urbano

2021

N.º 33. Los estragos sociales de la pandemia ante el horizonte post-COVID

N.º 34. El trabajo y el empleo del futuro: debates, experiencias y tendencias

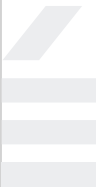
2022

N.º 35. Educación financiera en España: balance y perspectivas

N.º 36. Energía y sociedad: perspectivas sobre la transición energética en tiempo de crisis

2023

N.º 37. Economía y sociedad



PUBLICACIONES DE FUNCAS

Últimos números publicados:

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA

N.º 178. El regreso de los tipos de interés y sus efectos

PANORAMA SOCIAL

N.º 37 Economía y sociedad

CUADERNOS DE INFORMACIÓN ECONÓMICA

N.º 298. El círculo de la riqueza y la vivienda

SPANISH ECONOMIC AND FINANCIAL OUTLOOK

Vol. 13, N.º 1 (2024). Spain and Europe: Policy considerations in 2024

PAPELES DE ENERGÍA

N.º 22. Diciembre 2023

ESTUDIOS DE LA FUNDACIÓN

N.º 101. La industria de las vacunas tras la pandemia de la COVID-19. La perspectiva internacional
Felix Lobo

LIBROS

Programas de educación financiera para emprendedores: evaluación de resultados y potencial de mejora.
Ernesto López-Valeiras, Roberto Graña-Álvarez, Xavier Martínez-Cobas, Loreto Fernández y Sergio Rodríguez.

PRECIO DE LAS PUBLICACIONES

AÑO 2024

Publicación	Suscripción		
	Suscripción anual	Edición papel (euros)	Gastos de envío (euros)
Papeles de Economía Española	4 números	55	España 8
			Europa 40
			Resto del mundo 80
Cuadernos de Información Económica	6 números	45	España 12
			Europa 60
			Resto del mundo 120
Panorama Social	2 números	25	España 4
			Europa 20
			Resto del mundo 40
Spanish Economic and Financial Outlook	6 números	35	España 12
			Europa 60
			Resto del mundo 120
Papeles de Energía	4 números	25	España 8
			Europa 40
			Resto del mundo 80
Publicaciones no periódicas (Libros, Estudios...) disponibles solamente en formato digital gratuito.			

Los precios incluyen el IVA.
Forma de pago: domiciliación bancaria, transferencia bancaria.
Descuento editorial: 10 % a bibliotecas, librerías y agencias.

Todas nuestras publicaciones se pueden descargar, de forma gratuita, en www.funcas.es
<http://www.funcas.es/Publicaciones>
publica@funcas.es

Pedidos e información:

Funcas

Caballero de Gracia, 28

28013 Madrid

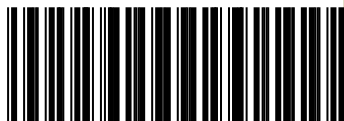
Teléfono: 91 596 57 18

Fax: 91 596 57 96

publica@funcas.es

www.funcas.es

ISSN 2254 - 3449



9771699685007