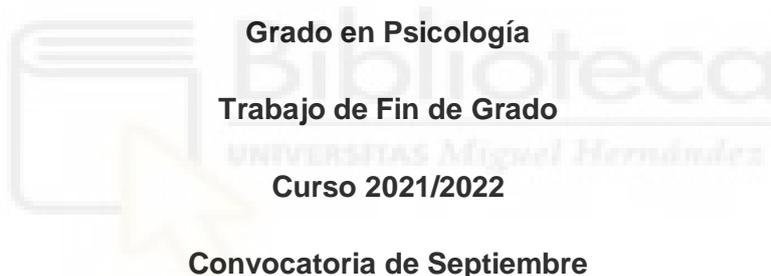




**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2021/2022

**Convocatoria de Septiembre**

**Modalidad:** Estudio de casos.

**Título:** Descripción de un proceso de intervención en la Línea de Atención Psicosocial de Cruz Roja Española “Cruz Roja Te Escucha”.

**Autor:** Patricio Espadas Ramírez

**Tutora:** Nieves Erades Pérez

Elche a 05 de septiembre de 2022

## Índice

1. Resumen.....	1
2. Marco teórico.....	2
3. Método.....	10
4. Resultados.....	13
5. Conclusiones.....	17
6. Bibliografía.....	20
Tabla 1.....	8
Tabla 2.....	17
Figura 1.....	13
Figura 2.....	14
Figura 3.....	15
Figura 4.....	15
Figura 5.....	15
Figura 6.....	16
Figura 7.....	16



## RESUMEN

En pleno siglo XXI, la salud mental continúa siendo una asignatura pendiente a nivel mundial. Pese a las directrices marcadas por la OMS y el compromiso adquirido por sus Estados Miembros, la cifra de personas afectadas por alguna patología mental continúa en ascenso y los recursos destinados siguen siendo insuficientes para alcanzar ese compromiso. En este contexto surgen herramientas, al alcance de la población general, que prestan apoyo ante la presencia de factores y síntomas relacionados con la salud mental. Este trabajo recoge la presencia de variables relacionadas con la salud mental, en una muestra de personas atendidas en la Línea de Atención Psicosocial de Cruz Roja Española "Cruz Roja Te Escucha". Los resultados globales agrupados reflejaron principalmente la presencia de dolor crónico en un 28%, sintomatología compatible con ansiedad y depresión, así como soledad autoinformada, con un 24% de incidencia cada una, siendo más prevalentes en mujeres, datos que se corresponden con otros estudios. Así mismo se evidenció una merma en la calidad de vida de las personas atendidas y afectadas por estas patologías y circunstancias socioestructurales. Esta herramienta de libre acceso supuso una fuente de apoyo psicosocial, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Dolor crónico, Salud Mental, Soledad.

## ABSTRACT

In the 21st century, mental health continues to be a pending issue worldwide. Despite the guidelines set by the WHO and the commitment made by its Member States, the number of people affected by some mental pathology continues to rise and the resources allocated remain insufficient to achieve that commitment. In this context, tools emerge, available to the general population, that provide support in the presence of factors and symptoms related to mental health. This work collects the presence of variables related to mental health, in a sample of people assisted in the Spanish Red Cross Psychosocial Attention Line "Cruz Roja Te Escucha". The grouped global results mainly reflected the presence of chronic pain in 28%, symptoms compatible with anxiety and depression, as well as self-reported loneliness, with an incidence of 24% each, being more prevalent in women, data that correspond to other studies. . Likewise, a decrease in the quality of life of the people treated and affected by these pathologies and socio-structural circumstances was evidenced. This free access tool was a source of psychosocial support, helping to improve their quality of life.

Keywords: Anxiety, Depression, Chronic pain, Mental health, Loneliness.

## MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), continúa manteniendo el compromiso adquirido en su constitución durante la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946. Su preámbulo recoge, entre otras afirmaciones, que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; así como que “la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud” (OMS, 1946). Desde entonces, sucesivas asambleas mundiales han abordado la importancia de la salud mental, a la que se define como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2011).

En 2013 tras la 65ª Asamblea Mundial de la salud se puso sobre la mesa el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 suscrito por los 194 Estados Miembros, en la que se adoptó la resolución WHA65.4 referente a la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada que implicaba tanto al sector sanitario como el social de los diferentes países, proporcionando orientaciones para los planes de acción nacionales (WHA65). En 2019, y pese a esa resolución, la ratio de trastornos mentales se situaba en 1 de cada 8 personas según datos de la Global Health Data Exchange (GHDx, 2019), figurando la ansiedad y la depresión como los más prevalentes a nivel mundial. En 2020, las primeras estimaciones sobre los efectos de la pandemia reflejaron un incremento del 26 % en trastornos de ansiedad y de un 28% en el caso de la depresión (GHDx, 2020; OMS, 2022). En 2021, se refrendó y amplió el periodo del Plan inicial (WHA74), actualmente Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, al no haberse alcanzado los objetivos propuestos inicialmente. Pese a los avances, se ha instado a los firmantes a acelerar su aplicación, a fin de realizar una profunda transformación en el ámbito de la salud mental (Atlas de Salud Mental OMS, 2020). Esta revisión incluye una serie de actualizaciones, adaptación de objetivos, opciones de implementación, así como un indicadores sobre preparación para prestar apoyo psicosocial y de salud mental durante emergencias sanitarias.

Recientemente, en junio de 2022, la OMS ha publicado uno de sus informes más completos sobre la salud mental, en el que el actual director general Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha puntualizado que “no hay salud sin salud mental”. Bajo la denominación “Transformar la salud mental para todos”, realiza una reflexión sobre el impacto que la Covid-19 ha tenido en la salud mental de las personas, y como se ha demostrado la vulnerabilidad de los distintos sistemas y modelos sanitarios a nivel global. Así mismo, insta a realizar un profundo cambio en actitudes, acciones y enfoques, a fin de favorecer entornos que promuevan y protejan la salud mental, proporcionar cuidados y atención a quienes lo necesiten, incluyendo el acceso global en atención primaria a servicios asequibles y de calidad, independientemente de los recursos individuales de cada país, con un carácter inclusivo que destierre el estigma o la discriminación a los que son sometidas las personas que los padecen y que incluyen la violación de derechos humanos fundamentales. En el apartado 26 de este informe, se relacionan acciones propuestas para los Estados Miembros y los asociados nacionales e internacionales, incluyendo entre otras las acciones de organizaciones dedicadas a la salud mental, organizaciones no gubernamentales, redes de desarrollo y de salud mental, y las asociaciones de profesionales sanitarios.

En consonancia con las demandas de la OMS, durante los primeros meses de la pandemia, Cruz Roja Española puso en marcha un servicio telefónico gratuito que atendiese y brindase apoyo psicosocial a las personas afectadas, así como a otros colectivos en situación de vulnerabilidad. Como institución humanitaria, de carácter voluntario e interés público, forma parte del movimiento internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, con las que comparte los mismos principios fundamentales, entre los que se encuentra la humanidad, fomentando la prevención y el alivio del sufrimiento de cualquier persona en cualquier circunstancia (IX Asamblea General de Cruz Roja Española, 2019). Su objetivo es dar respuestas integrales a las personas más vulnerables desde una perspectiva de desarrollo humano y comunitario, reforzando sus capacidades individuales en su contexto social, situando a las personas en el centro de la intervención, a fin de conocerlas mejor, comprenderlas, descubrir sus necesidades y proporcionar respuestas acordes (Cruz Roja Española, 2022).

Los determinantes de la salud mental son múltiples. Griesinger (1867) ya apuntaba que “los estilos de vida estaban vinculados a la génesis de la enfermedad mental”, no está determinada únicamente por factores individuales, sino que incluye la exposición al medio en el que se desarrolla la persona. Así pues, factores ambientales, sociales y estructurales, interactúan con los individuales, pudiendo la posición o la integración

social convertirse en una fuente de estrés social (Barrón, A. y Sánchez, E., 2001; Zubin, Magaziner y Stzinbauer 1983). Por un lado, La integración social se corresponde con “estados normativos, simbólicos y materiales en los cuales se ve inmerso el sujeto vinculándolo con un proyecto colectivo y reglando su conducta, haciendo por tanto comprensible, predecible y controlable el mundo cotidiano” (Sánchez, 1999), así como con” la participación en una amplia gama de relaciones sociales” (Brissette et al., 2000). Por otro lado, El apoyo social hace referencia a las “provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (Lin, Dean y Ensel, 1986), se considera un recurso de afrontamiento y distintos estudios lo han relacionado positivamente con la salud mental (Thoits, 1982; Lin, Dean y Ensel, 1986; Messeri, Silverstein y Litwak, 1986; Barrón y Chacón, 1990; Herrero y Musitu, 1998). Se han podido objetivar sus efectos directos “hipótesis de efectos directos”, sobre la salud y el bienestar psicológico (Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981; Loscocco y Spitze, 1990; Garrido y Alvaro, 1993; Lu y Hsieh, 1997). Así mismo se ha evidenciado un efecto modulador del apoyo social, “hipótesis del efecto de amortiguación”, ante acontecimientos vitales estresantes (Lin, Woelfel, Light, 1985; Cutrona, 1986; Lakey y Heller, 1988; Gore y Aseltine, 1995). Estas experiencias estresantes se dan dentro de un marco contextual en cualquier etapa del desarrollo humano y están relacionadas, entre otras, con la estructura social y los sistemas de estratificación, como sería la clase social y económica, etnia, el sexo o la edad. Estas variables condicionan una distribución desigual de recursos u oportunidades, con lo que un bajo estatus en cualquiera de estas variables puede crear condiciones vitales estresantes (Pearlin, 1989; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Tras abordar la importancia concedida por los distintos autores y estudios a la salud mental, nos ocupamos de forma más detallada de algunos factores implicados en la misma.

### ***Soledad***

La percepción de bajo o nulo apoyo social puede asimilarse a la soledad no deseada, definida como “la vivencia subjetiva de sentirse solo” (Yanguas et al., 2018), y considerada como facilitadora de estados ansioso-depresivos debido al efecto modulador y amortiguador que tienen las relaciones sociales frente a estos trastornos. La pandemia, que ha supuesto una situación de aislamiento forzado, ha evidenciado entre otras, repercusiones inmediatas en el aumento de las cifras de la percepción de

soledad. El estudio PSY-COVID 19 de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), indica que “la soledad percibida es una de las variables principales que podrían explicar diferencias a la hora de desarrollar sintomatología de salud mental, como trastornos de ansiedad, depresión y somatización, en el contexto de las restricciones de movilidad por la pandemia”. El concepto de soledad puede tener varias acepciones, que implican factores cognitivos, emocionales y sociales. En general, podemos referirnos a ella como una percepción subjetiva (cognitiva) de tener menor contacto del deseado con un ser querido, familia o amigos (emocional) o de no contar con apoyo, reconocimiento o validación por parte de la sociedad en la que la persona vive inmersa (social) (Nicholson NR., 2012; Cacioppo JT, Cacioppo S., 2014). Podemos pues afirmar, que una persona aun viviendo sola puede sentirse cómoda o que una persona puede sentirse sola aun estando rodeada de gente. La evaluación cognitiva que realiza la persona influye en cómo y en qué grado percibe esa soledad marcando la diferencia.

Las relaciones sociales que se dan de forma sana y se perciben como algo enriquecedor, suponen para la persona un elemento amortiguador más, que otorga significado y da sentido a su vida. Por el contrario, aquellas relaciones sociales que se dan bajo un patrón problemático o con carencias representan una fuente de estrés (Kiecolt-Glaser y Wilson, 2017). La persona que carece de estímulos amortiguadores en su vida diaria y además se mueve bajo un esquema cognitivo en el que predomina el negativismo o la catastrofización, acaba viviendo en un bucle marcado por la desesperanza y el abatimiento. Siendo las relaciones sociales inherentes a la condición humana, estas suponen un elemento básico para nuestra supervivencia como especie. Desde el mismo momento en que nacemos las relaciones personales son fundamentales (Zupiria., 2000), establecemos un primer vínculo con nuestra madre y de forma posterior o concomitante con la figura que suele ejercer el rol de cuidador principal, que puede ser desempeñado por ella misma, el padre u otra persona. Estas figuras serán las encargadas de cubrir nuestras necesidades básicas tales como nutrición, afecto, cuidados, estimulación y seguridad, frente a conductas exploratorias o posibles amenazas, etc. Diversos autores y estudios se centraron en este ámbito, (Harlow, H. 1958), (Ainsworth., 1969; Bowlby., 1950, 1969, 1973, 1980), desarrollando importantes teorías, como la Situación del extraño y la Teoría del apego.

La importancia de las necesidades relacionales ha sido profusamente abordada (Erskine, 2007, Erskine, Moursund y Traumann, 2012; O'Reilly-Knapp y Erskine, 2003). Las distintas formas de vinculación que establecemos con otras personas

repercuten directamente en nuestra salud y bienestar (Cogollo, Gómez, De arco, Ruiz y Campo, 2009; Sherman, Vries y Lansford, 2000). Cuando nuestras necesidades relacionales no son cubiertas, como en el caso de una soledad no deseada, el vacío y el sufrimiento emocional que experimentan estas personas puede traducirse en depresión o ansiedad acentuándose todavía más en caso de vivir bajo un estresor sostenido, como es el dolor crónico, la sensación de sufrimiento tanto a nivel físico como psíquico.

### ***Ansiedad y depresión***

La ansiedad y la depresión han sido identificadas como los principales trastornos mentales en la actualidad a nivel mundial. Existe suficiente base científica para apoyar la comorbilidad existente entre ambas (Hudson y Pope, 1989; Clark y Watson., 1991; Clark y Watson., 1995; Brown, Campbell., Lehman., Grisham., y Mancill., 2001; Lambert., McCreary., Joiner., Schmidt., y Jalongo., 2004).

La ansiedad es un trastorno mental que afecta a más de 264 millones de personas a nivel mundial (OMS, 2017) y las últimas estimaciones recogen un aumento. La persona afectada experimenta de manera crónica o episódica temor y preocupación difícilmente controlables y excesivos en relación con aspectos cotidianos de la vida, acompañados de un correlato de hiperactivación psicofisiológica que interfiere en gran medida en su vida diaria. La persona presenta una atención selectiva, busca de forma recurrente la presencia de información amenazante en su entorno o en su propio organismo, que le genera una sensación de malestar continuo e interfiere en el normal desempeño de sus actividades diarias. Esos niveles de ansiedad elevados y sostenidos a su vez repercuten de manera directa en la intensidad del dolor percibido (DeGroot et al., 1997; Pavlin et al, 1998; Asmundson et al., 2000).

La depresión es un trastorno mental que afectaba ya en 2017 a unos 322 millones de personas (OMS) y que puede tener consecuencias especialmente graves, entre las que encontraríamos el suicidio (Hawton et al., 2013; Le'pine y Briley, 2011), alcanzando esa relación la cifra de 800 mil personas por año (OMS, 2018). La OMS recoge que la depresión se caracteriza por "tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración", así como "Estado afectivo negativo caracterizado por un estado de ánimo bajo, tristeza, vacío, desesperanza o abatimiento" (CIE-11, 2022).

Su duración puede ser crónica o recurrente y sus síntomas afectan a la persona a distintos niveles, provocando una hipoactivación psicofisiológica que provoca disminución de su estado anímico y motivacional, alteraciones cognitivas y físicas, así como un retraimiento y deterioro de sus relaciones sociales, afectando a áreas como la laboral o educativa y en general a la calidad de su vida diaria.

## ***Estrés***

Diversas circunstancias vitales, tal y como recoge la OMS, pueden ser fuente de tensión, lo que podríamos interpretar como estrés. A la hora de definir el concepto de estrés podemos encontrarnos con varios enfoques y modelos propuestos por distintos autores, que implican un estímulo inicial, interno o externo, que supone un cambio y exige una adaptación para afrontar el mismo.

Uno de los pioneros en su estudio fue Hans Selye refiriéndose a él inicialmente como Síndrome General de Adaptación (SAG) “respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda” y “una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo o situación estresante” (Selye, 1956). A lo largo de sus investigaciones acuñaría el término estrés, definiéndolo como “la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce” (Selye, 1973). Holmes y Rahe por su parte conceptualizaron el estrés como un “acontecimiento o estímulo que requiere una adaptación por parte del individuo” (Holmes, 1979). Una última definición que citaremos es aquella que se refiere al estrés como “una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas” (Lazarus y Folkman, 1984).

Generalmente vilipendiado, posee una función adaptativa y su finalidad es asegurar la supervivencia del organismo, facilitando la movilización de recursos con ese fin denominado eustrés. Su otra vertiente, y la más conocida, es la desadaptativa o distrés, que se presenta cuando este se da de forma sostenida o crónica (Graeff, 2011; Graeff & Zangrossi, 2010), provocando que la persona viva en un estado de alerta e hipervigilancia continuo. Entre los efectos descritos, figuran la susceptibilidad a padecer desórdenes psicopatológicos como depresión o ansiedad (McEwen, 2012; Roth, Zoldadz, Sweatt & Diamond, 2011) o la dificultad para conseguir un descanso reparador con alteraciones del ciclo sueño-vigilia, entre otros. Una de las alteraciones referidas al sueño sería que la fase REM puede no llegar a darse debido a la

presencia de noradrenalina en el espacio sináptico de las neuronas noradrenérgicas, existiendo una mayor tasa de concentración de este neurotransmisor durante la fase de vigilia y en estados de estrés elevado (Díaz-Negrillo., 2013).

## **Dolor**

Un informe conjunto realizado por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) y la Sociedad Española del Dolor (SED), recoge que el 20% de la población mundial padece dolor crónico (OMS) y en España un 17% se ve afectada por esta patología, alcanzando a casi 8 millones de personas, estando asociado a trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Dersh et al. 2002)

En 1979 la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), definió el concepto de dolor que fue adoptado por la OMS. Desde entonces hasta ahora se han sugerido algunas modificaciones y se ha acuñado nueva terminología en relación con este para dar cobertura a algunos vacíos. En 2020, se revisó esa definición conceptualizándolo como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial”, añadiendo las notas contenidas en la Tabla 1.

**Tabla 1.**  
*Notas anexas nueva definición del dolor. (Fuente ISAP, 2020).*

<ol style="list-style-type: none"><li>1. El dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.</li><li>2. El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede inferirse únicamente de la actividad de las neuronas sensoriales.</li><li>3. A través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor.</li><li>4. Debe respetarse el relato de una persona que manifiesta una experiencia como dolorosa.</li><li>5. Aunque el dolor por lo general cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico.</li><li>6. La descripción verbal es solo uno de varios mecanismos para expresar dolor; la incapacidad de comunicarse no niega la posibilidad de que un ser humano o un animal no humano experimente dolor.</li></ol>
---

El dolor generalmente adquiere connotaciones negativas, pero desde un punto de vista adaptativo la percepción dolorosa es algo fundamental para nuestra supervivencia. Posee, por tanto, cualidades positivas, al igual que el estrés asociado al mismo (eustrés). Las cosas cambian cuando el dolor se da de forma sostenida, ya que entonces pierde esa funcionalidad adaptativa. En este caso hablamos de dolor crónico, aquel que persiste por más de tres meses (Merskey y Borderk, 1994; Pedrajas

y Molino, 2008), y de estrés desadaptativo (distrés), asociado al sufrimiento y la tensión, entre otros, y con múltiples repercusiones negativas sobre nuestra salud (McEwen, 1995).

La vía dolorosa suele ponerse normalmente en marcha cuando los nociceptores especializados en detectar estímulos potencialmente dañinos para el organismo transmiten la información al SNC, colocando en estado de alerta al organismo. Ante una lesión, el dolor actúa como un proceso adaptativo, nos comunica que algo no funciona como debería y que debemos prestarle atención, la cual suele estar en consonancia con el grado de dolor percibido. A medida que el organismo repara el daño, la intensidad del dolor disminuye y una vez resuelto desaparece. Sin embargo, sabemos que este mecanismo de respuesta adaptativo puede activarse de forma disfuncional y presentarse ante estímulos que no deberían ser fuente de dolor, como en el caso de la alodinia, o no causar tanto grado de dolor, caso de la hiperalgesia, e incluso puede aparecer en ausencia de un estímulo iniciador identificable.

Así mismo, puede atenuarse en función del ambiente o factores cognitivos, algo que pudo observarse en un grupo de soldados heridos en combate que presentando el mismo traumatismo que una persona civil, necesitaron una dosis analgésica menor 1:3 (Beecher 1956). Por tanto, el dolor posee un carácter multifactorial conformado por aspectos fisiológicos, cognitivos y afectivos o emocionales (Melzack y Casey, 1968), los cuales no siguen un patrón lineal en su interacción, sino que cada uno de ellos puede tener un mayor o menor peso en cada persona, e incluso presentar fluctuaciones en distintos momentos en una misma persona. Por tanto, su abordaje debería tener en cuenta estos aspectos, así como sus consecuencias a nivel social para la persona, en lugar de centrarse únicamente en el modelo biomédico. Además, no es adecuado seguir en estos casos un esquema rígido, sino que sería conveniente presentar una cierta flexibilidad y adaptabilidad a los diferentes casos en base a esa variabilidad.

Diversos estudios establecen la relación entre depresión y dolor (Fishbain, 1999; Von Korff y Simon, 1996; Bair et al., 2003; Lepine y Briley, 2004; Caballero et al., 2008; Ohayon y Schatzberg, 2010; Agüera et al., 2011) y algunos autores se han referido a esta relación como síndrome depresión-dolor (Lindsay y Wyckoff, 1981). Esa relación se puede observar también en que ambos se exacerban mutuamente y responden a tratamientos similares (Gallagher y Verma, 1999; Blier y Abbott, 2001), caso de los ISRS, ISRN, los antidepresivos tricíclicos o los anticonvulsivos.

## **Calidad de vida**

Son diversas las aproximaciones que se han realizado a este concepto “la evaluación multidimensional, de acuerdo con criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo” (Lawton, 2001) o “el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción en áreas que son importantes para la persona” (Ferrans, 1990).

Se ha asociado la percepción de la calidad de vida con procesos cognitivos como los utilizados al elaborar actitudes y juicios (Smith, Avis & Assman, 1999). En un afán de alcanzar un acuerdo se establecieron cuatro parámetros básicos: el sentimiento de satisfacción con la vida en general, la capacidad mental para evaluar la propia vida como satisfactoria o no, un aceptable estado de salud a nivel físico, mental, social y emocional, realizado desde la óptica de la propia persona, y una evaluación objetiva de las condiciones de vida, (Meeberg, 1993).

De los diversos estudios puede llegarse a la conclusión de que la calidad de vida es subjetiva, que el valor asignado a cada una de las dimensiones, asociadas a este concepto, es distinto en función de cada persona y que ese valor puede variar a lo largo de la vida (Fernandez-Ballesteros, 1998). En 2004 el estudio ITACA estableció una relación directa entre intensidad de dolor percibida y afectación en cuanto a calidad de vida, incluyendo el ámbito mental, con una afectación mayor entre la población femenina (Casals, M y Samper, D., 2004).

## **MÉTODO**

El servicio en el que se realizó la intervención y del que se obtuvieron los datos objeto de este trabajo, está enmarcado dentro de un plan puesto en marcha por Cruz Roja Española, a raíz del confinamiento decretado para evitar la propagación de la COVID-19.

Denominado “Cruz Roja Te Escucha”, surgió como una línea de atención telefónica anónima y gratuita (900107917), con la finalidad de ofrecer apoyo psicosocial. La prioridad inicial fue atender a las personas enfermas de coronavirus y sus familiares. Así mismo, prestó atención a personas que se encontraban en una posible situación vulnerable, como personas mayores o diagnosticadas con algún tipo de discapacidad que viven solas, mujeres víctimas de violencia de género, personas en situación de desempleo, sin hogar o sometidas a un alto nivel de estrés (Cruz Roja Española,

2022). Actualmente continúa activo y atiende, además, a personas migrantes, cuidadores/as de personas mayores, enfermas o con diagnóstico de discapacidad, colectivos vulnerables en situación de riesgo, voluntariado interviniente y otras personas que no respondan a ninguno de estos perfiles pero que presentan estados de ansiedad u otras características que requieren atención psicológica o social.

El ámbito concreto de la intervención se circunscribió al territorio autonómico de la Comunidad Valenciana, estando coordinado por y desde el Centro Provincial de Cruz Roja de Alicante. El equipo de trabajo habitual está compuesto por una coordinadora central, una coordinadora de llamadas y derivaciones, en contacto con recursos propios de la organización y otras instituciones o servicios públicos, servicio de voluntariado, trabajadores/as sociales y equipo de psicólogos/as. El rol del/la psicólogo/a en este servicio es prestar apoyo y acompañar a las personas que están viviendo situaciones de fragilidad emocional (estrés, ansiedad, aislamiento, duelo...), así como otras de carácter psicosocial.

Las funciones llevadas a cabo durante la prestación del servicio fueron principalmente de escucha activa, acompañamiento y apoyo emocional, así como recabar información diversa que pudiese resultar útil en caso de detectar situaciones de especial vulnerabilidad psicosocial para proceder a su notificación a otros departamentos implicados en el servicio a fin de facilitar recursos propios o públicos según las distintas necesidades. Durante el periodo de colaboración con este servicio telefónico (marzo-mayo), se pudo atender a un total de 26 personas de ambos sexos, en una franja de edad comprendida entre los 28 y los 92 años. La frecuencia aproximada fue semanal y la duración de las llamadas se movió en un intervalo variable de 15 a 50 minutos, siendo en alguna ocasión superior. Los datos obtenidos identificaron como más prevalentes síntomas relacionados con el dolor crónico, la ansiedad, la depresión, habiendo referido diagnóstico previo por parte de los servicios de salud autonómico o nacional y la soledad autoinformada.

### **Técnicas de intervención implementadas.**

La modalidad de intervención y recogida de datos fue vía telefónica. Inicialmente y durante la primera llamada con cada persona se procedió a recopilar información básica para tener una idea global de la posible problemática o necesidades.

Durante la intervención se tomaron breves notas, palabras o frases significativas usadas por la persona para referirse a su problema e incluso a sí misma, procediendo a aclarar ciertos puntos con ella para poder trabajarlos más adelante.

En llamadas posteriores se continuó profundizando, con preguntas abiertas, para intentar llegar a la posible génesis del problema a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo de la persona, incluido un análisis de sus primeras etapas vitales y su estilo de apego, así como el tipo de relaciones sociales y patrones conductuales bajo los que se dio ese desarrollo. De esta forma se logró establecer el vínculo paciente-terapeuta sin demasiado esfuerzo.

Referir que se pudo observar, en algunos casos, cierta resistencia y obstinación inicial a permanecer en ideas o creencias que autolimitaban a la persona, entendiendo que se aferraban a esa forma de pensar porque les resultaba familiar y la preferían, pese a ser perjudicial, frente a una nueva forma desconocida de afrontar la situación. Esto podría ser quizás consecuencia de cierto sentimiento de indefensión aprendida o temor a salir de una zona de autodefensa, construida de forma inadecuada a lo largo de años en base a experiencias vitales. Aplicando psicoeducación se pudo vencer esa resistencia y construir un vínculo seguro basado en la confianza y la libertad donde afloraron recuerdos dolorosos que hubo que trabajar para conseguir facilitar su correcta integración.

Se recurrió a herramientas propias de la profesión, que se ajustaron a las limitaciones derivadas de un modelo de actuación no presencial. Se emplearon técnicas de reestructuración cognitiva, ayudando a cambiar a través del diálogo ciertas creencias irracionales, ideas o palabras autolimitantes e invalidantes que estas personas se dedicaban a sí mismas, proponiendo nuevos puntos de vista en procesos rumiativos, enfoques más flexibles y adaptativos en el caso de rigidez cognitiva.

Así mismo se hizo uso de técnicas de visualización positiva guiadas, donde se realizaba una abstracción selectiva del problema abordado, estableciendo conexiones entre procesos cognitivos o emociones y personajes, integrando a la persona como protagonista en el afrontamiento y la resolución del problema. Las técnicas de relajación basadas en la respiración se recomendaron y emplearon para reducir el nivel de activación en caso de manifestaciones ansiógenas agudas.

Se establecieron, de modo conjunto, objetivos simples, buscando una motivación intrínseca y un deseo de implicación activa, que beneficiaran a la persona en el

proceso de reintegrar posibles traumas no resueltos o deficientemente elaborados, así como posibles bloqueos.

Así mismo se trató de fomentar el acceso e implicación en actividades grupales, organizadas y dirigidas por Cruz Roja a fin de aumentar su capacidad de afrontamiento intentando construir una red de apoyo social, orientadas al ocio (disfrute, desconexión, airear la mente...), así como otras dirigidas a reducir o aumentar su nivel de activación evitando el sedentarismo mediante la práctica de actividad física moderada y adaptada a sus circunstancias físicas, de salud y edad.

## RESULTADOS

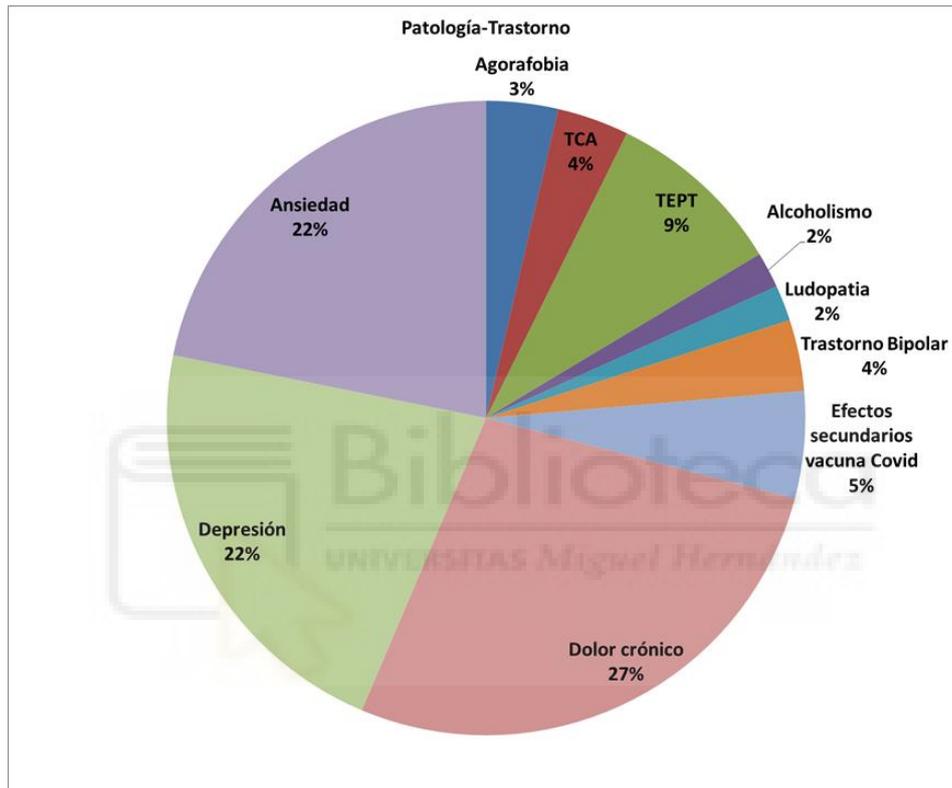
De los datos recogidos a lo largo del periodo de colaboración con el servicio, se pudo observar que el número de mujeres que hizo uso de este servicio fue superior al de hombres, con un porcentaje de 73 % frente a un 27 %. (Figura.1)



**Figura 1.** Porcentaje de llamadas en función del sexo

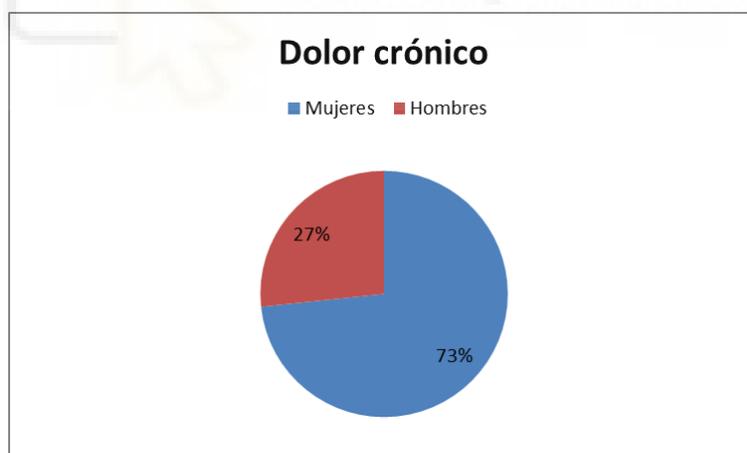
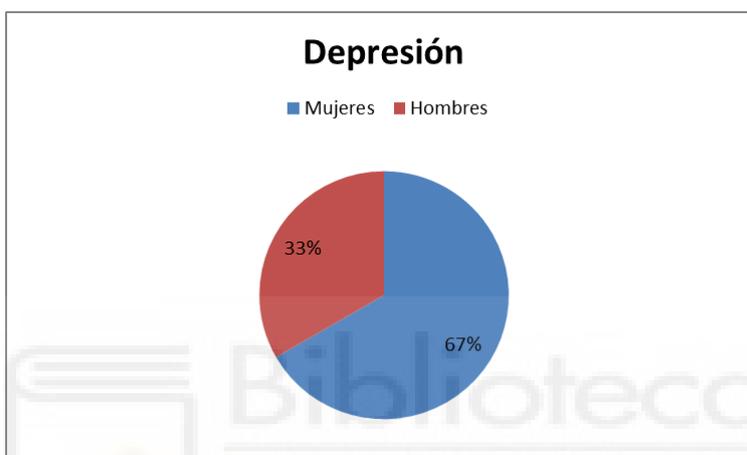
En cuanto a las patologías o trastornos referidos, el dolor crónico fue el principal síntoma al que hacían referencia las personas que hicieron uso del servicio, con un porcentaje del 27 %, asociado o derivado de procesos degenerativos osteomusculares, traumatismos, intervenciones quirúrgicas como implantación de prótesis, fibromialgia, cefalea tensional, lumbalgias, afectación del trigémino y nervio ciático, entre otros.

La ansiedad y la depresión presentaron ambas un 22 % de incidencia. El 29% restante correspondió a diferentes patologías: trastornos por estrés postraumático con una incidencia del 9%, efectos secundarios tras recibir la segunda dosis de la vacuna contra el Covid un 5%, trastornos de la conducta alimentaria y bipolar ambos con un 4%, trastorno de pánico y agorafobia 3%, trastorno del control de impulsos (ludopatía) y trastorno por consumo de alcohol ambos con un 2%. (Figura.2)



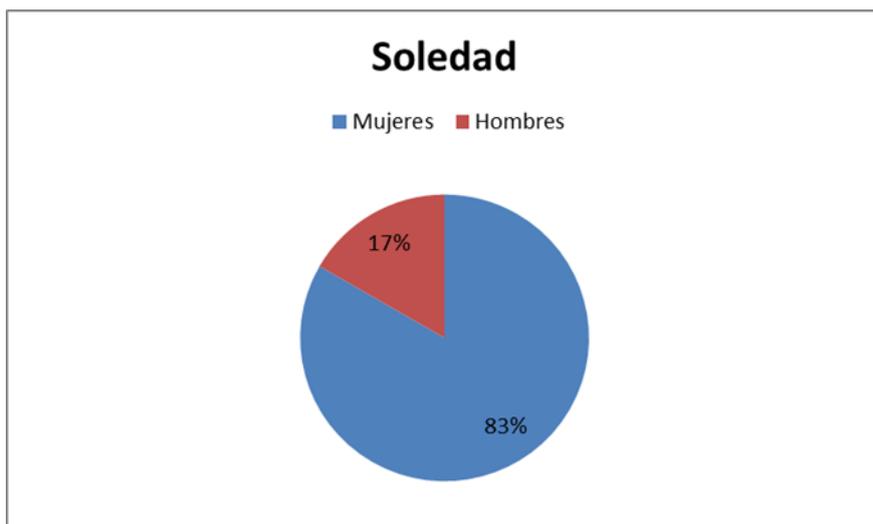
**Figura 2.** Patología-Trastorno. Porcentaje sobre el total de llamadas.

Respecto a la distribución por sexos de las principales patologías y trastornos en el caso de la ansiedad la incidencia fue superior en mujeres, con un porcentaje del 69%, frente a un 31 % en hombres. La variable depresión alcanzó valores parecidos, siendo superior en mujeres, con un 67 % frente a un 33 % en hombres. La variable dolor crónico representó un porcentaje igualmente superior en mujeres con un valor del 73 %, frente a un 27 % en hombres. (Figuras. 3-5)



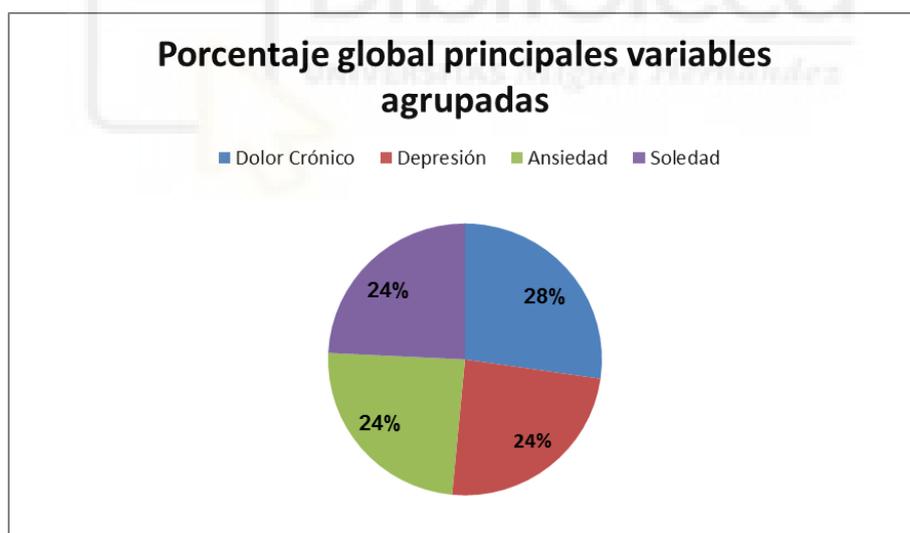
**Figuras 3 a 5. Principales patologías-trastornos. Porcentaje por sexo.**

Respecto a la situación social, la variable soledad superó a todas las anteriores en valores comparativos, presentándose en mujeres en un porcentaje superior del 83 %, frente al 17 % en hombres. (Figura.6)



**Figura 6.** Situación social

Las principales variables relacionadas con la salud mental referidas una vez agrupadas, fueron el dolor crónico con un 28 % de incidencia, seguido de la depresión, la ansiedad y la soledad con un 24 %. (Fig.7)



**Figura 7.** Porcentaje global principales variables agrupadas.

Las principales repercusiones de estas variables sobre las personas atendidas se agruparon en cuatro niveles, representados en la Tabla 2.

**Tabla 2.**

*Impacto de las variables Ansiedad, Depresión, Dolor Crónico y Soledad.*

Nivel fisiológico	Nivel cognitivo	Nivel emocional	Nivel conductual
Hiperactivación Hipoactivación	Creencias Irracionales/Autolimitantes Desmotivación Dificultad Atención/Concentración Enjuiciamiento propio/ajeno Indecisión Pérdidas (ámbito físico/mental, social) Preocupación Resignación Rumiación (sesgo negativo/catastrofista)	Asco	
		Abatimiento	
		Amargura	
		Anhedonia	
		Culpa	
		Desamparo	
		Desasosiego	Abandono
		Desconfianza	Agitación
		Desconsuelo	Agresividad
		Desengaño	Aislamiento
		Desesperanza	Bloqueo
		Duelo	Cansancio
		Hastío	Descoordinación
		Incomprensión	Escape/Evitación
		Indefensión	Inhibición
Injusticia	Inacción/Pasividad		
Inutilidad	Impulsividad		
Invisibilidad	Postergación		
Insatisfacción	Retraimiento		
Impotencia	Sedentarismo		
Frustración	Sumisión		
	Miedo		
	Odio		
	Rabia		
	Resentimiento		
	Vacío		
	Vergüenza		
	Vulnerabilidad		

## CONCLUSIONES

Las personas atendidas en el servicio refirieron haber recibido, por parte del sistema sanitario, una atención sustentada sobre un modelo exclusivamente biomédico. En la intervención previa que habían recibido los usuarios no se tuvo en cuenta los beneficios de trabajar bajo un enfoque multidisciplinar, que incluyese la intervención de la figura del profesional de la psicología bajo el modelo biopsicosocial, por lo que se mantuvo al margen la realidad inseparable de lo psicológico y la influencia del medio en la vida de la persona, dejando cojo el proceso terapéutico.

En base a los testimonios recibidos, la intervención y el tratamiento de las patologías - trastornos referidos, no fue más allá de la respectiva y escueta visita al médico de familia o especialista según patología, incluyendo psiquiatría, seguida de la pauta de fármacos- psicofármacos correspondiente en virtud de su patología-trastorno y su modificación según evolución. Sin embargo, los factores socioestructurales que rodeaban a la persona no fueron tenidos en cuenta, a pesar de que existe evidencia suficiente de que estos factores pueden favorecer estos trastornos o exacerbar la

sintomatología una vez presentes (Thoits, 1982; Lin, Dean y Ensel, 1986; Messeri, Silverstein y Litwak, 1986; Barrón y Chacón, 1990; Herrero y Musitu, 1998).

En algunos casos de los atendidos el tratamiento farmacológico no mejoró la percepción dolorosa, convirtiéndose esta en un estímulo endógeno altamente estresante y motivo de desesperanza ante la falta de alivio de su sufrimiento, con repercusiones a nivel de su salud mental. Se abre pues una vía favorable al abordaje desde el modelo biopsicosocial, ya que sea cual sea su etiología ese estrés sostenido puede derivar en trastornos mentales como depresión o ansiedad (McEwen, 2012 ; Roth, Zoldadz, Sweatt & Diamond, 2011) .

La calidad de vida en las personas afectadas por estas patologías-trastornos o situación social se vio mermada en todos los casos, afectando sus condiciones de vida y su grado general de satisfacción con la vida, viéndose limitadas la cantidad y calidad de sus relaciones sociales. Así mismo se observó una repercusión negativa en su nivel de independencia, capacidad física y mental, objetividad, organización, y un largo etc, llegando en algunos casos hasta situaciones de privación real.

Además, se observó claramente una mayor prevalencia de estas patologías-trastornos y situación social en mujeres abriendo la posibilidad de estudios posteriores en una muestra poblacional más amplia en el que además contemple una paridad real con respecto a la variable independiente sexo, para confirmar o no un posible sesgo en el presente trabajo.

La influencia que tienen los factores cognitivos y las emociones derivadas de estos en el desarrollo de patologías físicas y trastornos mentales parece subestimada por el modelo biomédico, así como en el proceso de recuperación y resolución.

La depresión y la ansiedad fueron los trastornos mentales con porcentajes más altos, en la línea con los datos publicados que refieren una mayor incidencia de los mismos a nivel mundial (GHDx, 2019).

Este trabajo aboga por una línea de intervención multidisciplinar y bajo un enfoque biopsicosocial. Así mismo , se considera adecuado proponer como mejora una ampliación del servicio de atención telefónica prestado por Cruz Roja Española, de tal modo que se incluya a la figura del profesional de la psicología en una modalidad de intervención presencial, en aquellos casos en los que la persona no cuente con los recursos suficientes como para poder costearse un tratamiento privado y siempre y

cuando no esté recibiendo el mismo por parte del sistema autonómico de salud o que el que haya recibido no haya logrado una mejoría clínica objetivable.

El servicio de atención psicosocial contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas que recurren a él, supone la diferencia entre la desesperanza y contar con una mano tendida que no solo escucha, sino que atiende y da respuesta a sus necesidades más urgentes de manera integral. Cruz Roja Española, como en el caso del propio organismo, ante una situación de alarma moviliza sus recursos propios y de entidades colaboradoras, prestando esa atención tan necesaria a aquellas personas en estado de especial vulnerabilidad y exclusión social.

Las principales limitaciones del presente trabajo se derivan de la modalidad de intervención no presencial, que no permitió una atención individualizada y sistemática en cada uno de los casos atendidos ni el uso de las múltiples herramientas terapéuticas con que cuenta la profesión. Sin embargo, en este caso tampoco era la labor del servicio, siendo los principales objetivos realizar una labor de escucha activa y apoyo emocional, así como recopilar datos en caso de ser necesaria una intervención por parte de otras áreas de carácter social. Aunque los datos obtenidos se corresponden con los casos que se estimaron como de mayor vulnerabilidad y necesidad de seguimiento, la muestra no es suficientemente amplia para realizar una extrapolación general de los datos recogidos, lo que no ha permitido la realización formal de un estudio experimental, con datos pre y post intervención.

En consecuencia, se considera adecuado realizar un análisis cuantitativo de este servicio, valiéndose de herramientas estandarizadas y obteniendo una muestra significativa. De esta forma será posible detectar de forma objetiva la prevalencia de las diferentes variables que influyen en salud mental, así como posibles carencias en el servicio ofrecido a los usuarios a fin de mejorar la atención.

## BIBLIOGRAFÍA

Arango-Dávila, Cesar A., & Rincón-Hoyos, Hernán G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1),46-55.[fecha de Consulta 3 de julio de 2022]. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80658479008>

Avendaño Prieto, Bertha Lucía, & González Cifuentes, Carlos Eduardo, & de Greiff, Elizabeth Ángel (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychología. Avances de la disciplina*, 5(1),59-72.[fecha de Consulta 4 de Julio de 2022]. ISSN: 1900-2386. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224114006>

ÁVILA, JAQUELINE. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista CON-CIENCIA*, 2(1), 117-125. Recuperado en 06 de julio de 2022, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2310-02652014000100013&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652014000100013&lng=es&tlng=es).

Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review. *Arch Intern Med*. 2003; 163(20):2433–2445. doi:10.1001/archinte.163.20.2433

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2003). Trastornos del estado de ánimo. En D. H. Barlow & V. M. Durand (Eds.), *Psicopatología* (pp. 200-259). 3ª edición. Madrid: Thomson.

Barrón, A. y Sánchez, E., 2001. Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1) ,17-23.

Berrocoso Martínez, Alberto, Arriba Muñoz, Leonor de, & Arcega Baraza, Adriana. (2018). Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(3), 154-159. Epub 01 de octubre de 2019. Recuperado en 02 de julio de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2018000300154&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300154&lng=es&tlng=es).

Cacioppo, JT., Cacioppo, S. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personal Psychology Compass*, 2014;(8)58-72

Carrobbles, J. A. (2014). Trastornos depresivos. En V. Caballo, I. C. Salazar & J. A. Carrobbles, (Eds.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, (pp. 339-368). 2ª edición. Pirámide.

Cruz Roja Española. 2022. <https://www.cruzroja.es>

Dublin, A.E., Patapoutian, A. (2010) “Nociceptors: the sensors of the pain pathway”. *The Journal of Clinical Investigation*.

Fernández-Fidalgo, María , & Cieza, Alarcos , & Fernández-López, Juan Antonio (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista*

*Española de Salud Pública*, 84(2),169-184.[fecha de Consulta 2 de Julio de 2022]. ISSN: 1135-5727. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17012512005>

Fuentes, C., Lina Ortiz, L., Wolfenson, A., Schonfeldt, G. Dolor crónico y depresión. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019; 30(6), 459-465. ISSN 0716-8640, <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.10.005>.

García, M.R., & Ruiz, I., & Barrio, J.A., & Arce, A. (2006). EL ESTRÉS COMO RESPUESTA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1),37-48.[fecha de Consulta 5 de Julio de 2022]. ISSN: 0214-9877. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832311003>

Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2020). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atencion primaria*, 52(4), 224–232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Holt-Lunstad, J., The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy & Aging Report*, 2017, 27(4) 127-130. <https://doi:10.1093/ppar/prx030>

Lázarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona Martínez Roca

Leventhal, H., Patrick-Muller, L., & Leventhal, E. A. (1998). It's long-term stressors that take a toll: Comment on Cohen et al. (1998). *Health Psychology*, 17(3), 211–213. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.17.3.211>

López Mejía, David Iñaki , & Valdovinos de Yahya, Azucena , & Méndez-Díaz, Mónica , & Mendoza-Fernández, Víctor (2009). El Sistema Límbico y las Emociones: Empatía en Humanos y Primates. *Psicología Iberoamericana*, 17(2),60-69.[fecha de Consulta 7 de Julio de 2022]. ISSN: 1405-0943. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912609008>

Martínez Martí, María Luisa. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258. Recuperado en 02 de julio de 2022, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113052742006000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742006000300003&lng=es&tlng=es).

Organización Mundial de la Salud. 2022. <https://www.who.int/es>

Pérez Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 232-233. Epub 13 de julio de 2022.<https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>

Revuelta Evrard, E., Segura Escobar, E., & Paulino Tevar, J.. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(7), 326-332. Recuperado en 02 de julio de 2022, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113480462010000700006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462010000700006&lng=es&tlng=es).

Romera, E., Perena, M.J., Perena, M.F., Rodrigo, M.D. (2000) "Neurofisiología del dolor". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.

Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712.

Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Velayos, J. L., Molerres, F. J., Irujo, A. M., Yllanes, D., & Paternain, B.. (2007). Bases anatómicas del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 1), 7-17. Recuperado en 08 de julio de 2022, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000200002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200002&lng=es&tlng=es)

