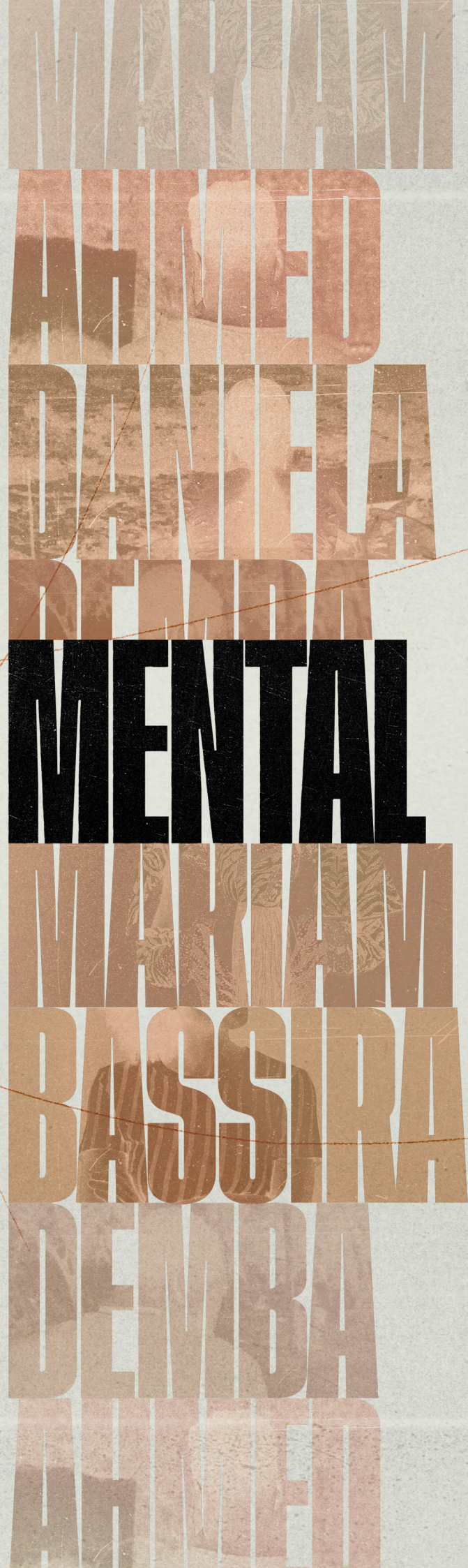




SALUD MENTAL

SALUD MENTAL
EN POBLACION
VULNERABILIZADA



MARIAM

ANUEO

DANIELA

DEMBA

MARIAM

BASSIRA

DEMBA

ANUEO

Autoría

Eva María Gallego Llerena

Grupo de Trabajo y Equipo
de intervención en Salud Mental y
Acompañamiento psicosocial
de Médicos del Mundo.

Apoyo análisis datos: Francisco Adell

Coordinación

Susana Vicente Andueza

Diseño y maquetación

Alberto Sernández

SALUD MENTAL EN POBLACIÓN VULNERABILIZADA



"QUE NO SEAN LOS CONCEPTOS LOS QUE CONVOQUEN A LA REALIDAD, SINO LA REALIDAD LA QUE BUSQUE A LOS CONCEPTOS; QUE NO SEAN LAS TEORÍAS LAS QUE DEFINAN LOS PROBLEMAS DE NUESTRA SITUACIÓN, SINO QUE LOS PROBLEMAS LOS QUE RECLAMEN Y, POR ASÍ DECIRLO, ELIJAN SU PROPIA TEORIZACIÓN."

IGNACIO MARTÍN-BARÓ, 1998

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	7
2.1. Objetivos	7
2.2. Metodología	7
2.3. Perfil de las personas participantes	10
3. RESULTADOS Y ANÁLISIS	14
3.2. Resultados y análisis sobre vulneración de derechos	23
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
4.1. Conclusiones	39
4.2. Recomendaciones	41
5. BIBLIOGRAFÍA	44
Anexo: Gráficos y tablas	45

1. INTRODUCCIÓN

En el siglo XX el psiquiatra Karl Menninger, refiriéndose a las manifestaciones de los trastornos de salud mental y el estigma que a veces implican, planteaba la siguiente metáfora: “Visto por los otros peces, que no ven el sedal, el pez que ha mordido el anzuelo hace movimientos inexplicables, locos. Pero si somos capaces de ver el anzuelo y el sedal, entenderemos que lo que está haciendo el pez tiene un propósito: escapar de esa situación, cosa que, a veces consigue.”

El estudio pone el foco en ese **sedal**, y ese anzuelo, y siguiendo la misma metáfora, pretende hacer visibles las situaciones de exclusión, violencias y vulneraciones de derechos fundamentales en las que se enmarcan las vidas de poblaciones vulnerabilizadas y que limitan y dificultan los recursos de afrontamiento.

El Estudio desde el que se genera, el presente informe, se enmarca en un proyecto de Salud Mental y Acompañamiento psicosocial a nivel estatal que pretende generar conocimiento acerca de los factores psicosociales y las vulneraciones de derechos que condicionan la salud mental de las personas en situación de vulnerabilidad. El punto de partida es la información obtenida de las personas en situación de vulnerabilidad con las que Médicos del Mundo interviene desde distintas sedes autonómicas. Con la información recogida en el mismo se pretende fortalecer la intervención de profesionales de la Sanidad Pública y del Tercer Sector a través de conclusiones, recomendaciones y propuestas metodológicas.

La Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2027 entre sus líneas estratégicas incluye, entre otras, las siguientes recomendaciones en lo que se refiere a la Coordinación (L7):

- Favorecer la **creación de marcos conceptuales, operativos** y éticos entre todos aquellos servicios y profesionales de los ámbitos implicados en el trabajo directo con las personas con problemas de salud mental.
- Implementar con otros organismos, organizaciones y redes asociativas, **programas transversales y específicos: infantil, juvenil, género, personas mayores, personas en situación de calle, migrantes, etc.**
- Incorporar en los programas de salud mental la **coordinación entre los recursos públicos y los de las redes asociativas**, promoviendo desde las administraciones el asociacionismo de las personas con problemas de salud mental y facilitando la información desde los servicios de atención primaria.

La pretensión inicial del estudio sería incidir en los tres aspectos mencionados, haciendo énfasis en las situaciones de vulnerabilidad que atraviesan a las personas con las que Médicos del Mundo interviene.

El proyecto ha contado con la participación, tanto de Titulares de Derechos como de profesionales de la Salud Pública y profesionales del Tercer Sector, tal y como se describe en los apartados correspondientes.

1. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2.1. OBJETIVOS

Objetivo general:

Contribuir a la generación de conocimiento que permita reforzar la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2021-2026.

Objetivos específicos:

- Analizar la situación y necesidades asistenciales en salud mental de colectivos vulnerabilizados¹ con los que Médicos del Mundo interviene.
- Identificar las posibles vulneraciones de derechos en relación con el acceso a los recursos de salud mental, y servicios sociales de personas vulnerabilizadas.
- Identificar propuestas y recomendaciones para el abordaje de la salud mental en colectivos vulnerabilizados.

2.2. METODOLOGÍA

Ámbito y alcance del estudio

El alcance del estudio es estatal, recopilando la información de las distintas localizaciones de las sedes autonómicas de Médicos del Mundo: Gran Canaria, Vigo, Melilla, Mallorca, Valencia y Zaragoza.

Periodo de elaboración

La elaboración del estudio se ha producido a lo largo de los 12 meses que transcurren desde la firma de la aceptación de la concesión del proyecto en el que se enmarca, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022.

La recogida de información de los cuestionarios se ha llevado a cabo desde marzo a octubre de 2022.

La discusión de los datos preliminares con el personal implicado en el proyecto se produce, a través de diversas reuniones, culminando en un encuentro presencial en septiembre de 2022.

Los espacios relacionales se han llevado a cabo entre Julio y noviembre de 2022.

¹ Personas migrantes, personas en situación de prostitución; personas en situación de sin hogarismo; niñas y niños migrantes no acompañados.

Estrategia metodológica

Para llevar a cabo esta investigación se ha utilizado el método de la triangulación metodológica. Entendemos ésta como un procedimiento que consiste en recoger y analizar datos, desde distintos ángulos, a fin de contrastarlos e interpretarlos (Estévez, Arroyo y González, 2006; Ruiz, 2015).

Los distintos momentos de la recogida de información, pretenden obtener resultados que ofrecen información útil en dos sentidos. En el primero, permitirá a los actores políticos y a profesionales contar con información actualizada sobre una problemática de interés general que requiere medidas específicas. En el segundo, permitirá intervenir sobre las causas que producen o incrementan el malestar detectado.

Técnicas utilizadas

Cuestionarios a Titulares de Derechos (TdD).

La recogida de datos se ha llevado a cabo a través de 2 cuestionarios, uno centrado en aspectos sociosanitarios para la exploración de aspectos psicosociales y sanitarios de salud mental, y otro de carácter social, para identificar barreras de acceso a los servicios públicos de salud mental y posibles vulneraciones de derechos relacionados con la atención en salud mental.

1. Cuestionario de salud mental

El cuestionario de salud mental ha permitido recopilar, información sobre sintomatología relevante en salud mental, antecedentes, factores de riesgo, posibles tratamientos, barreras de acceso al SNS, consumo de sustancias y otros hábitos no saludables, así como estrategias de afrontamiento tanto funcionales como disfuncionales que utilizan las y los titulares de derechos en situación de vulnerabilidad.

2. Cuestionario social

En el cuestionario social se exploran aspectos más relacionados con las condiciones de vida (situación económica, redes de apoyo, situaciones de violencia, duelo migratorio, cargas familiares, situación administrativa, estrategias de afrontamiento). Los cuestionarios han sido cumplimentados por profesionales de la psicología de las sedes autonómicas de Médicos del Mundo, implicadas en el proyecto. La recogida de información se ha realizado a través de entrevistas semiestructuradas, con Titulares de Derechos vinculados a acciones de acompañamiento psicosocial de Médicos del Mundo.

Se han recopilado un total de **240 respuestas a ambas dimensiones de los cuestionarios.**

3. Espacios relacionales entre Titulares de Derecho, profesionales de la salud y el acompañamiento psicosocial.

Como estrategia cualitativa, y para completar la información recogida en los cuestionarios, se han programado sesiones de intercambio entre TdD y profe-

sionales de la salud (atención primaria, salud mental y recursos especializados) en las que se han explorado las necesidades y demandas de las personas TdD a profesionales de la salud pública, para una atención que consideren adecuada y aceptable. Estos espacios se basan en algunos principios que, desde Médicos del Mundo, en línea con la Estrategia de Salud Mental, se consideran clave: en primer lugar, sitúan a la persona con problemas de salud mental en el centro, fomentando su autoestima y empoderamiento; en segundo lugar, refuerza la idea de una relación entre profesionales y personas atendidas “basadas en el reconocimiento mutuo y en la idea de acompañamiento y cooperación” (p. 63).

Estas sesiones abordan directamente la dimensión de aceptabilidad del derecho a la salud, entendida como la capacidad de los servicios sanitarios de prestar una atención culturalmente apropiada, es decir respetuosa de la diversidad cultural a la par que sensible a los factores sociales, de género y del ciclo vital de las personas. Se refiere a la capacidad del sistema sanitario de transmitir a las personas atendidas que los recursos y los espacios de consulta dentro del sistema representan un espacio seguro, respetuoso de su situación, libre de estigma y con las capacidades necesarias para un abordaje adaptado a sus condiciones vitales.

Estos espacios relacionales, tienen un valor transformador en sí, en tanto que permiten conectar con la esfera emocional, a la vez que facilitan la generación de empatía. En esta dinámica metodológica, tan importante es el resultado final como el mismo proceso, especialmente en la parte que permite a las personas titulares de derechos, comunicar de manera asertiva sus necesidades en un espacio tan delicado como es una consulta de salud mental, a la vez que el grupo de profesionales participantes desarrollarán habilidades para atender esas necesidades de manera satisfactoria.

Se han llevado a cabo 6 espacios relacionales en diferentes ciudades, Vigo, Valencia, Zaragoza, Melilla, Gran Canaria y Palma de Mallorca. Cada espacio se ha articulado en torno a 2 o 3 sesiones en las que han participado profesionales de la salud (atención primaria y/o salud mental) y TdD (migrantes, en prostitución, sin hogar, menores no acompañados). Cada sesión se extiende en unos 60 minutos y ha sido facilitada por una profesional de la psicología de MdM que ha orientado el intercambio entre profesionales y TdD sobre los temas que estos últimos perciben como barreras en la atención a su salud mental. Al finalizar cada sesión, la persona facilitadora identifica y recoge los aspectos clave sobre los que es necesario incidir para remover dichas barreras, asegurándose de que exista consenso sobre ellas entre ambas partes.

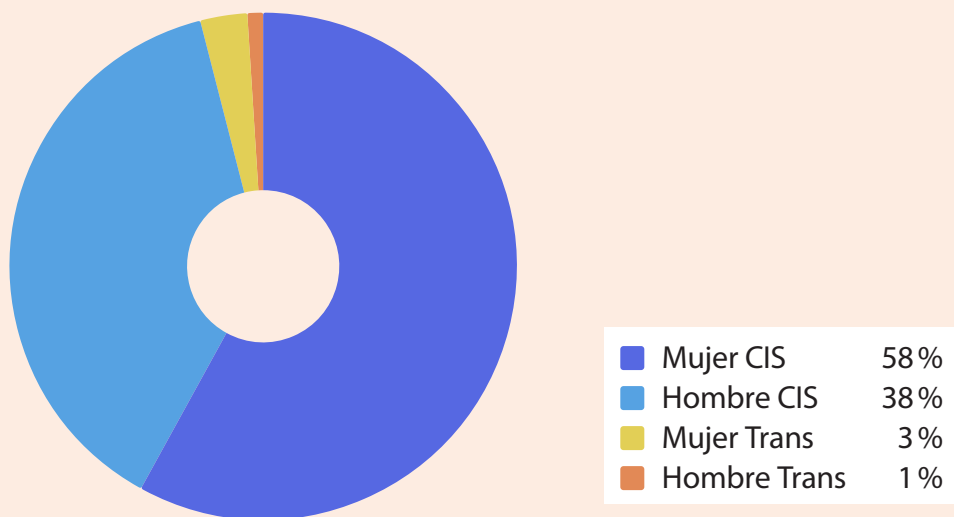
2.3. PERFIL DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

2.3.1. PERFIL DE LAS PERSONAS TITULARES DE DERECHOS ENCUESTADAS

Perfil sociodemográfico de la muestra de titulares de derechos

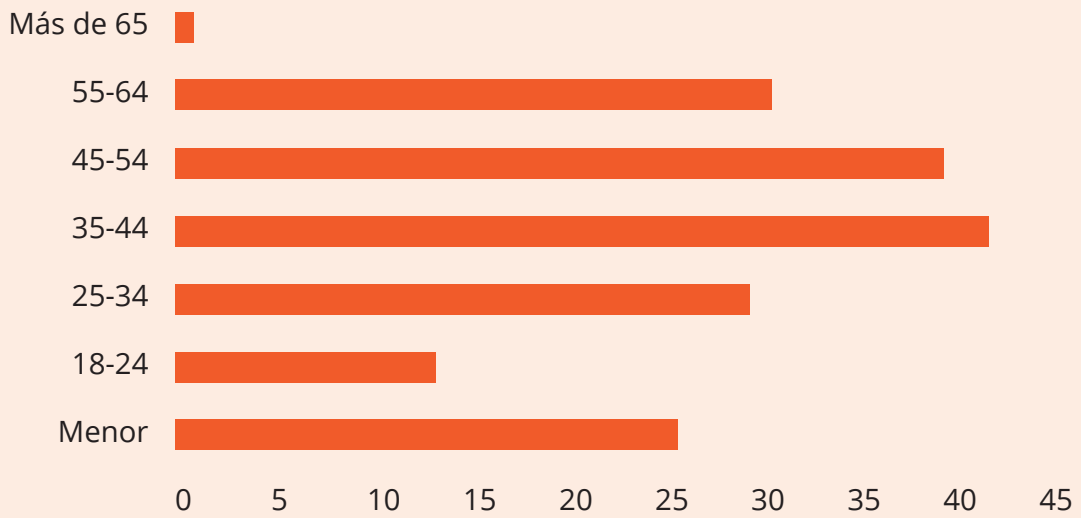
Tal y como podemos observar en el gráfico, el perfil mayoritario de la muestra son mujeres, un 61% teniendo en cuenta mujeres CIS y mujeres trans. Dependiendo de la situación social, el perfil de género también cambia, siendo por ejemplo mayoritario el número de hombres entre los menores migrantes y claramente mayoritario de mujeres en el caso de las personas en situación de prostitución, entre otros.

GRÁFICO 1: GÉNERO DE LAS PERSONAS TITULARES DE DERECHO ENCUESTADAS



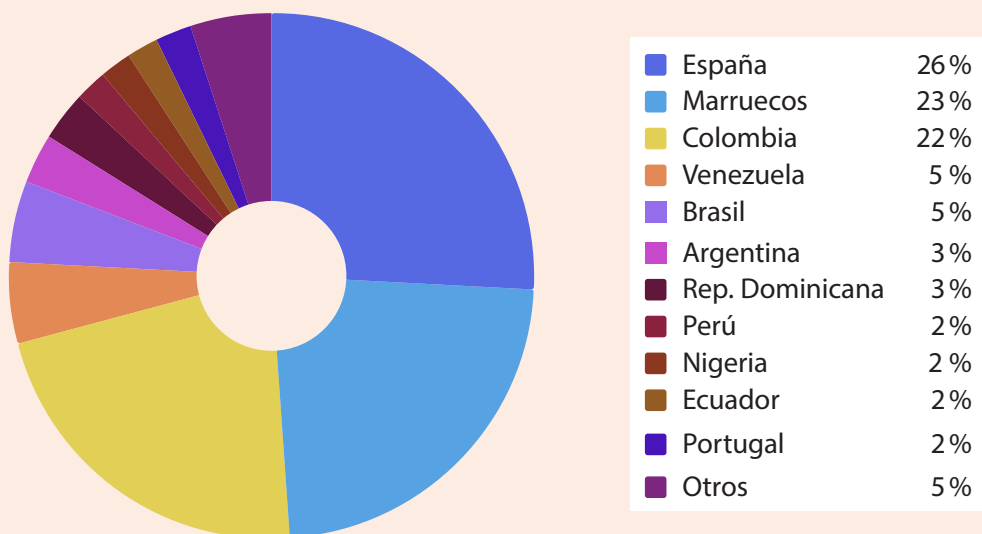
Los perfiles de edad son diversos, aunque apenas aparecen personas mayores de 65 entre las participantes del estudio, el grueso de la muestra son personas adultas entre los 25 y los 64 años. No es desdeñable la presencia de menores en la muestra, que suponen más del 10%, siendo casi en su totalidad menores migrantes no acompañados.

GRÁFICO 2: EDAD DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS



En cuanto a los países de origen, la muestra recoge una gran diversidad, que a continuación reflejamos en porcentajes en el gráfico:

GRÁFICO 3: PAÍS DE ORIGEN DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS



Como aspectos a destacar, el 74,5% de las personas entrevistadas, tienen en este momento una nacionalidad distinta de la española. El 26% de personas españolas en cuanto a contextos de vulnerabilidad, se corresponde casi exclusivamente con personas en situación de sinhogarismo y mujeres en situación de prostitución.

Dentro de ese 74,5% de personas migrantes, nos encontramos con los siguientes factores en la muestra:

- El 22% se encuentran en situación administrativa irregular.
- El 52% lleva más de 10 años en España.
- El 30% lleva menos de 3 años en España.

Dada la prevalencia de personas migradas en la muestra, se ha procedido a categorizar según regiones geográficas de origen a las y los titulares de derecho nacionalidades no españolas, para entender los contextos culturales y/o contextos de huida de las personas en situación de vulnerabilidad encuestadas. La siguiente tabla ilustra los resultados:

TABLA1: REGIONES DE PROCEDENCIA DE LAS PERSONAS DE LA MUESTRA CON NACIONALIDADES DE ORIGEN NO ESPAÑOLAS.

REGIONES	PORCENTAJE
América Latina	54%
Magreb y Oriente Medio	30%
África Occidental	7%
Europa	9%

Observamos que más de la mitad de la muestra serían personas procedentes de América latina y la siguiente región Mayoritaria es el Magreb. Algunos datos nos ayudan a ir perfilando, posibles barreras de acceso que analizaremos más adelante:

- El 37% de las personas migrantes son de origen africano: Magreb y África Occidental.
- El 46% tienen una lengua materna distinta al castellano. Lo cual condiciona el abordaje de la intervención en salud mental por parte de los sistemas públicos.

2.3.2. PERFIL DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN LOS ESPACIOS RELACIONALES

Entre el grupo de profesionales de la salud que han participado en los espacios se encuentran:

- Psiquiatras adscritos a distintos servicios: urgencias hospitalarias en salud mental, residentes en unidades de salud mental, centros de promoción de la salud, unidades hospitalarias de salud mental, coordinaciones autonómicas y equipos de tratamiento comunitario.
- Profesionales de la psicología de distintos ámbitos: Consulta privada, atención directa en el tercer sector, centro de menores.
- Profesionales de Trabajo social de distintos servicios: Centro de menores y servicio de prevención del suicidio.
- Profesionales de la Medicina de familia y medicina interna: Residentes en medicina de familia y comunitaria, y medicina interna a nivel hospitalario.

Los centros participantes en las distintas comunidades autónomas han sido los siguientes:

- Salud Mental Baleares.
- Servicio de prevención del suicidio de Mallorca.
- Hospital Insular Materno infantil de Gran Canaria.
- Unidad de Salud Mental de Canalejas (Gran Canaria).
- Equipo de tratamiento asertivo comunitario. Hospital de Manises (Valencia).
- Centro educativo residencial de menores Fuente Purísima (Melilla).
- Hospital Provincial Álvaro Cunqueiro (Vigo).
- Centro de Promoción de la Salud (Zaragoza).
- Centro ambulatorio de Salud Mental (Zaragoza)

En cuanto a Titulares de Derechos, en los espacios han participado 26 personas, con una notable diversidad en cuanto a las situaciones de vulnerabilidad, países de origen y rango de edades. El perfil sociodemográfico de las personas es coincidente con el de la muestra utilizada para la recogida de información de los cuestionarios.

En cuanto a contextos y factores de vulnerabilidad de las Titulares de Derecho participantes encontramos:

- El 29% eran mujeres en situación de prostitución.
- El 24% eran personas migrantes en situación de exclusión social.
- El 12% eran personas en situación de sinhogarismo.
- El 14% eran menores migrantes no acompañados.
- El 22% restante presentaba otras situaciones de vulnerabilidad (Problemas adictivos, trastornos mentales cronicados etc.)

3. RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS EN CUANTO A LA SITUACIÓN EN SALUD MENTAL

Los cuestionarios a Titulares de Derechos en lo específico vinculado a la situación de salud mental recogían información tanto sobre factores de riesgo para la salud mental, como sobre trastornos o sintomatología detectada tanto en el presente, como en etapas anteriores de las personas encuestadas.

Es importante destacar, que la evaluación se ha obtenido tanto de los cuestionarios como de las valoraciones previas realizadas por profesionales de la salud mental tanto de médicos del Mundo como de otros organismos que intervienen directamente con las personas entrevistadas.

Una vez extraídos los primeros datos, se consideró relevante relacionar determinadas variables entre sí, para observar, por ejemplo, como influyen determinados factores sociales en la presencia o no, de determinados trastornos o síntomas relacionados con la salud mental., para el análisis de los datos, se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 23.0. La naturaleza de las variables analizadas, categóricas de tipo nominal, ha condicionado las herramientas utilizadas para extraer información útil de los datos.

En primer lugar, se procedió a la descripción de las variables por medio de porcentajes a través de tablas de frecuencias y gráficos de barras, tanto para describir cada variable de forma individual, como para describir el comportamiento conjunto de varias variables.

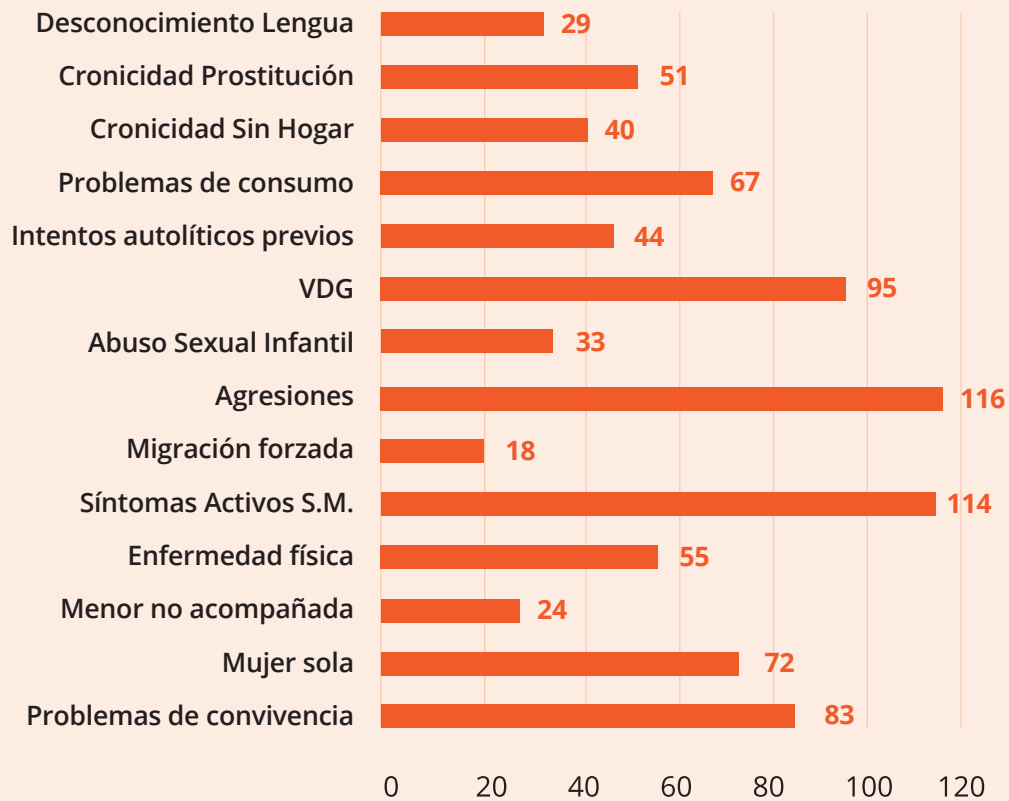
A continuación, se procedió a averiguar la relación entre las variables utilizando la prueba chi-cuadrado de Pearson, estadístico recomendado para poner a prueba la relación entre variables categóricas de tipo nominal o binarias, aceptando un nivel de significación $p < .05$, a partir del cual considerábamos que existía relación entre las variables analizadas.

Para valorar la dirección de la asociación entre dos variables categóricas analizadas, se utilizó el coeficiente Phi, donde los valores entre 0 y -1 aportaban información sobre una relación negativa entre ambas variables, mientras que los valores entre 0 y 1 aportaban información sobre relaciones positivas.

Por último, para valorar la fuerza de la asociación entre las variables categóricas analizadas, se utilizó el estadístico V de Cramer, donde se interpretaron los valores como relación débil cuando el estadístico estaba entre 0 y 0.20, relación moderada cuando el estadístico estaba situado entre 0.21 y 0.50, y relación fuerte en caso de ser mayor de 0.50.

Como paso previo para poder extraer conclusiones se identificaron los principales **factores de riesgo** para la salud mental vinculados a los contextos de exclusión social que rodean a las personas participantes en el estudio. Una vez identificados en el estudio se trató de dimensionar la prevalencia de éstos, que se refleja en el siguiente gráfico.

GRAFICO 4: FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL



Entre los factores de riesgo de mayor prevalencia en la muestra, se encuentran:

- Casi el 50% de las personas encuestadas han vivido algún tipo de agresión violenta.
- El hecho de ser víctima de violencia de género, que afectaría al 40% de la muestra. En el caso de las mujeres encuestadas en 65% de las mujeres han sufrido alguna manifestación de violencia de género.
- Casi el 28% de las personas participantes presentaba algún tipo de problema de consumo de sustancias.
- El 18% refieren haber tenido intentos autolíticos previos.

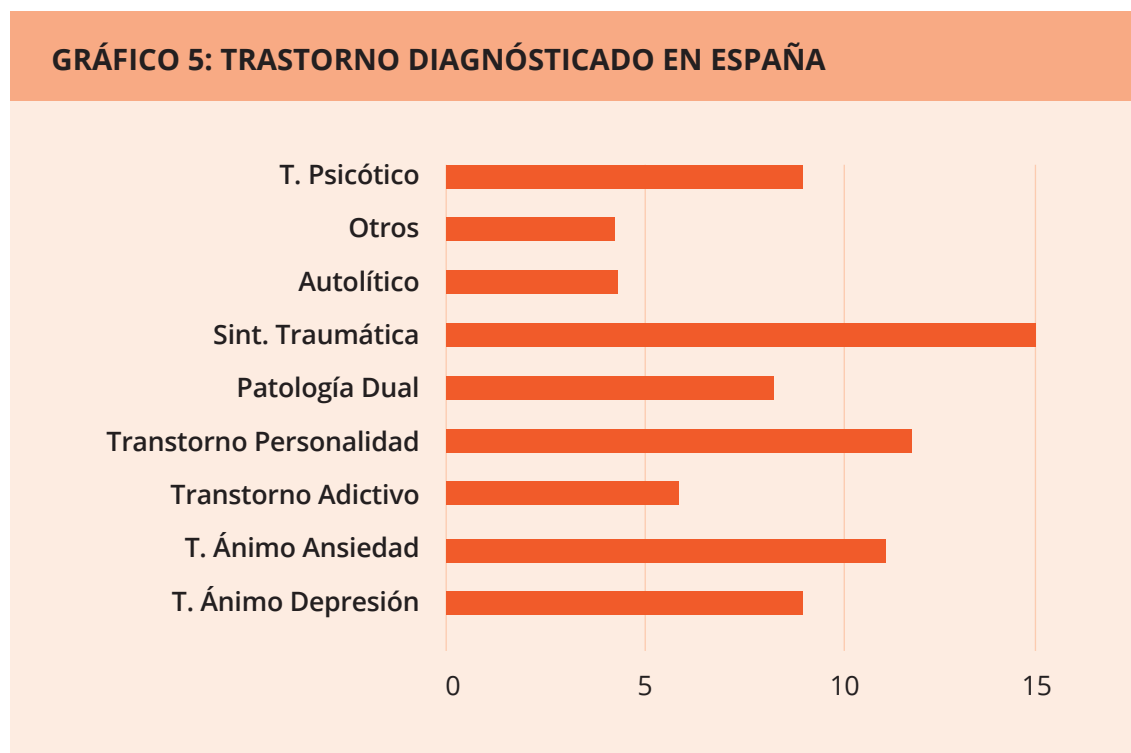
Es importante destacar, que en muchos de los casos los factores de riesgo de entrecruzan teniendo un mayor impacto que se suma a los otros condicionantes sociales vinculados al contexto de exclusión. En este sentido podemos hablar de dinámicas interseccionales que generan escenarios de vulnerabilidad y exclusión severas.

Como dato especialmente preocupante existe consenso internacional en que los intentos autolíticos previos son un factor de riesgo predictor de la conducta suicida. Tal y como menciona la "guía de Detección y prevención de conducta suicida de la Comunidad de Madrid" entre el 30 y el 40% de las muertes por suicidio, venían precedidas por intentos previos". Esto colocaría al 18 por ciento de la muestra encuestada en una situación de riesgo de muerte por suicidio, muy superior a la de la población general.

Trastornos de salud Mental diagnosticados en España

Dado que al menos el 50% de las personas incluidas en la muestra presentaban síntomas activos de salud mental, resultaba relevante a través del cuestionario conocer, si estas personas habían recibido algún tipo de diagnóstico en el SNS y qué diagnósticos en concreto. Los resultados se presentan a continuación.

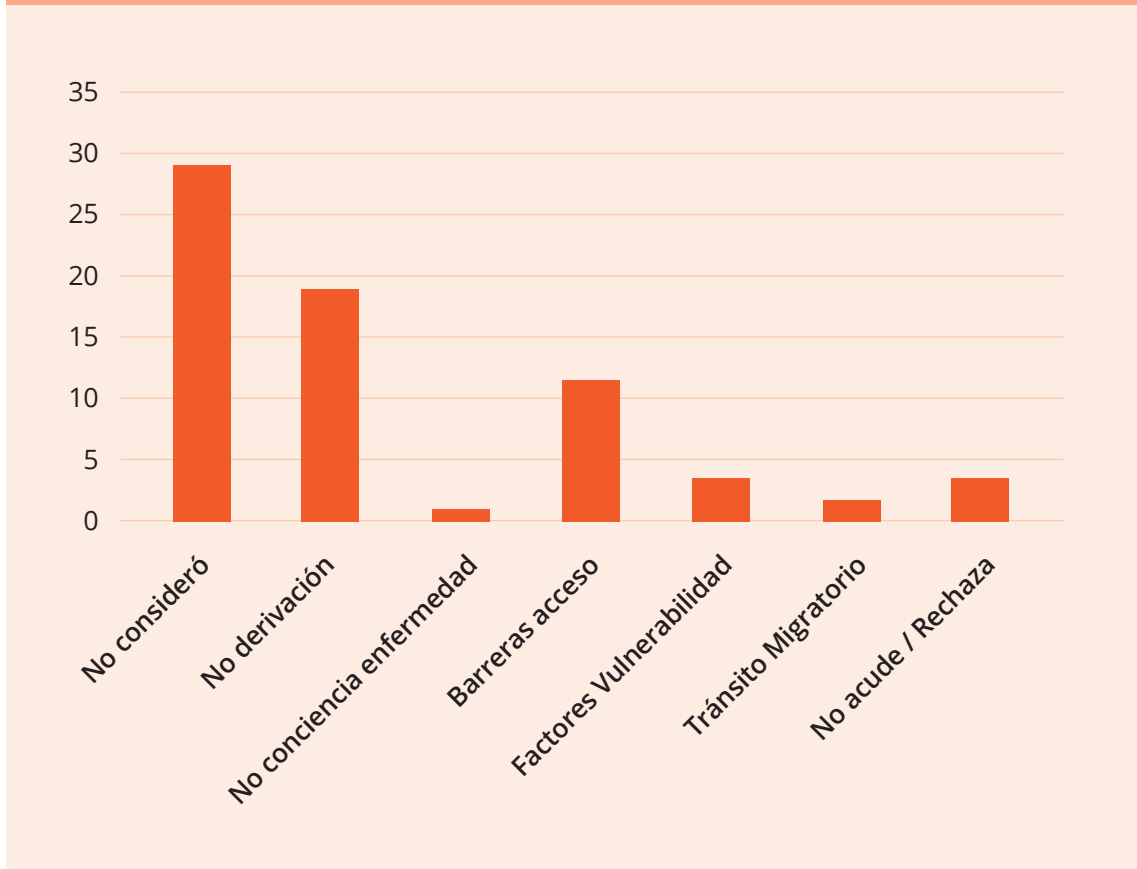
En primer lugar, **solo la tercera parte, (33%)** de las personas incluidas en el estudio han obtenido un diagnóstico relacionado con su salud mental en el SNS algún momento. En esos casos diagnosticados el siguiente gráfico resume las prevalencias.



- Los trastornos ansioso-depresivos en su conjunto tendrían una mayor prevalencia junto con las patologías duales y los trastornos psicóticos.
- Conociendo los factores de riesgo detectados, resulta interesante analizar que, solo se haya detectado sintomatología traumática en el 4% de las personas diagnosticadas. Por ello importante analizarlo una vez conocidos los aspectos más sociales y de vulneración de derechos del estudio.

De las personas que relatan malestar psicológico un amplio porcentaje, (45%) no llega a acceder a ningún servicio de intervención psicológica y apoyo psicosocial. El cuestionario incluía la pregunta abierta “¿Por qué no accedió a la intervención psicológica?”, las distintas respuestas han sido categorizadas tal y como refleja el siguiente gráfico:

GRÁFICO 6: DIFICULTADES DE ACCESO A LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA



- **No conciencia de la necesidad**, que podría estar vinculada a factores culturales o del estigma asociado a los problemas de salud mental.
- Dificultades de conseguir una derivación relacionadas con barreras de acceso a los sistemas de salud.
- Otras razones asociadas a factores de vulnerabilidad, como roles de género o situaciones derivadas del proceso migratorio. (Tránsito migratorio, inestabilidad residencial...)

De las personas que accedieron a la atención psicológica en España, el 63% lo hicieron a través de servicios prestados por alguna entidad social (incluida Médicos del Mundo), **solo el 24% lo hicieron a través del Sistema Nacional de Salud (SNS)**. En el análisis DAFO incluido en la Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026 una de las amenazas identificadas a nivel interno del propio sistema asistencial es el: "Desarrollo heterogéneo e irregular de la red de atención a la salud mental y de los servicios asistenciales de salud mental en las diferentes comunidades autónomas con riesgo potencial para la accesibilidad y la equidad en el conjunto del sistema". Esta dificultad identificada en el propio sistema público condiciona aún más si cabe las posibilidades de acceso a los servicios.

Dificultades de adherencia

Las dificultades de adherencia a los tratamientos se exploraron también a través de una pregunta abierta. Las respuestas obtenidas se reflejan en el siguiente gráfico:



Tal y como se observa, las dificultades de adherencia vienen dadas por fundamentalmente 5 tipos de motivos.

- Factores culturales: Recogen aquellos casos en los que personas de orígenes diversos, optan por ejemplo por abandonar la intervención psicológica por preferir un tratamiento acorde con su marco cultural como pueden ser figuras de sanación tradicional.
- Factores de género: Está relacionado sobre todo con respuestas de mujeres que, influidas por roles de género interiorizados, han interrumpido tratamiento psicológico sin haber desaparecido los síntomas por tener que priorizar el cuidado de otros.
- En las respuestas sobre dificultades de adherencia aparecen razones vinculadas a factores de vulnerabilidad de las personas entrevistadas. (Desconfianza, tendencia al aislamiento, inestabilidad derivada de la situación de calle, inestabilidad laboral y familiar, situación derivada de la violencia de género, problemas de consumo, falta de apoyo familiar...
- No conciencia de enfermedad: Específicamente en aquellas personas con trastornos psiquiátricos, en muchos casos la falta de seguimiento psiquiátrico (no adherencia al tratamiento farmacológico provoca también la imposibilidad de seguimiento psicológico).

Datos relevantes en cuanto a salud mental y variables relacionadas.

- **Síntomas ansioso-depresivos.**

Los datos epidemiológicos de población general en España, según la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) año 2020, indican que la Prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros problemas de salud mental en población de 15 y más años presentan los siguientes datos:

TABLA 2: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD CRÓNICA EN LA POBLACIÓN GENERAL

	ANSIEDAD CRÓNICA	DEPRESIÓN
Hombres	3,5	3,23
Mujeres	8,06	7,22
Total	5,84	5,28

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) año 2020

Al explorar la sintomatología común en una muestra tan diversa encontramos que **el 74% de las personas encuestadas refieren síntomas relacionados con la ansiedad.** Si bien es cierto que un Informe científico de la OMS (2022), reveló que la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó un 25%, tras el impacto de la pandemia. Es interesante preguntarse qué puede haber tras esta alta identificación de síntomas de ansiedad en la población vulnerabilizada.

- En la muestra estudiada, de aquellas personas que refieren malestar ansioso, el 48% vinculan estos síntomas a situaciones sociales.
- En el 60% de las personas que han identificado síntomas de ansiedad, los síntomas persisten durante más de 3 años.
- De las personas que refieren tener síntomas de ansiedad en el momento actual, más de la mitad, **el 53 %, relatan haber vivido experiencias traumáticas hace más de 6 meses.**
- Los síntomas que más vinculan, las personas encuestadas a ese hecho se relacionan con el Trastorno por Estrés post Traumático en forma de reexperimentación (recuerdos intrusivos, pesadillas etc....), estos síntomas se corresponden con el eje B "síntomas de intrusión que empiezan tras el suceso traumático" según el DSM V TR (APA 2022).
- La mayoría de las personas con sintomatología traumática presentan **síntomas intrusivos** vinculados a un hecho traumático vivido hace más de 6

meses. Entre estos síntomas se incluyen: “recuerdos intrusivos y recurrentes; sueños y pesadillas relacionados con el suceso; sensación de que le está ocurriendo en el momento; reacción emocional o física fuerte cuando tiene estímulos -color, situación, olor, característica de una persona o lugar- que le evocan el suceso traumático”.

- No obstante, el 73% de las personas encuestadas, refieren **no evitar** situaciones vinculadas asociadas al trauma, (A pesar de que la evitación conductual es una de las respuestas más habituales ante un acontecimiento traumático). ¿Cuál podría ser el motivo? Parece razonable inferir, que la “no evitación” podría estar vinculada a las propias situaciones de vulnerabilidad y exposición a violencias en contextos como el de la prostitución o las situaciones de sinhogarismo, en los que la exposición a situaciones potencialmente revictimizadoras es constante y muy difícil de evitar.

En cuanto a los síntomas depresivos destacan los siguientes datos recabados en el cuestionario de salud mental:

- El 59% por cierto de personas participantes en el estudio presentaban y/o reconocían síntomas depresivos en el momento actual.
 - Los síntomas más detectados serían aquellos vinculados al insomnio o hipersomnias, identificado por el 81% de las personas encuestadas con síntomas depresivos.
 - Los sentimientos de culpa, vergüenza e incompreensión son identificados por el 77% de las personas con sintomatología depresiva de la muestra. El mismo porcentaje identifican una disminución en su capacidad de concentración.
 - En el 73% de las personas encuestadas los síntomas de depresión incluyen sensación de fatiga y falta de energía y en el mismo porcentaje falta de interés por realizar actividades agradables.
- El 75% de estos síntomas persistían desde hace más de 3 años.
- Tan solo 9 de las personas entrevistadas figuran en las estadísticas oficiales dado que son las únicas que cuentan con un diagnóstico de trastorno depresivo, obtenido en el Sistema Nacional de Salud.

Estos datos nos conducen a corroborar que la prevalencia de depresión podría ser mucho más elevada que el 5,28% identificado por la Encuesta de salud en España (2020) para la población general.

En el apartado correspondiente a los factores sociales se analizarán las barreras de acceso al sistema, pero es importante reseñar que el 61 % de las personas que presentan síntomas de ansiedad, el 59,3 % de personas que presentan síntomas de depresión, y el 57,8% de las personas que presentan síntomas psicóticos, no han recibido en el pasado asistencia psicológica.

- **Factores de riesgo y conductas desadaptativas**

Uno de los aspectos que se han pretendido explorar a través del cuestionario de salud mental, era observar cómo los factores de riesgo identificados podían estar relacionados con estrategias de afrontamiento desadaptativas que a su vez generaran conductas de riesgo, impactos o trastornos en la salud mental.

De cara a una mejor comprensión de estas posibles relaciones, tal y como se describe al inicio del presente apartado, se realizó un análisis estadístico adecuado al tipo de preguntas del cuestionario y al tamaño de la muestra para explorar posibles relaciones entre estos factores sociales y aspectos vinculados al afrontamiento y la salud mental encontrando los siguientes resultados:

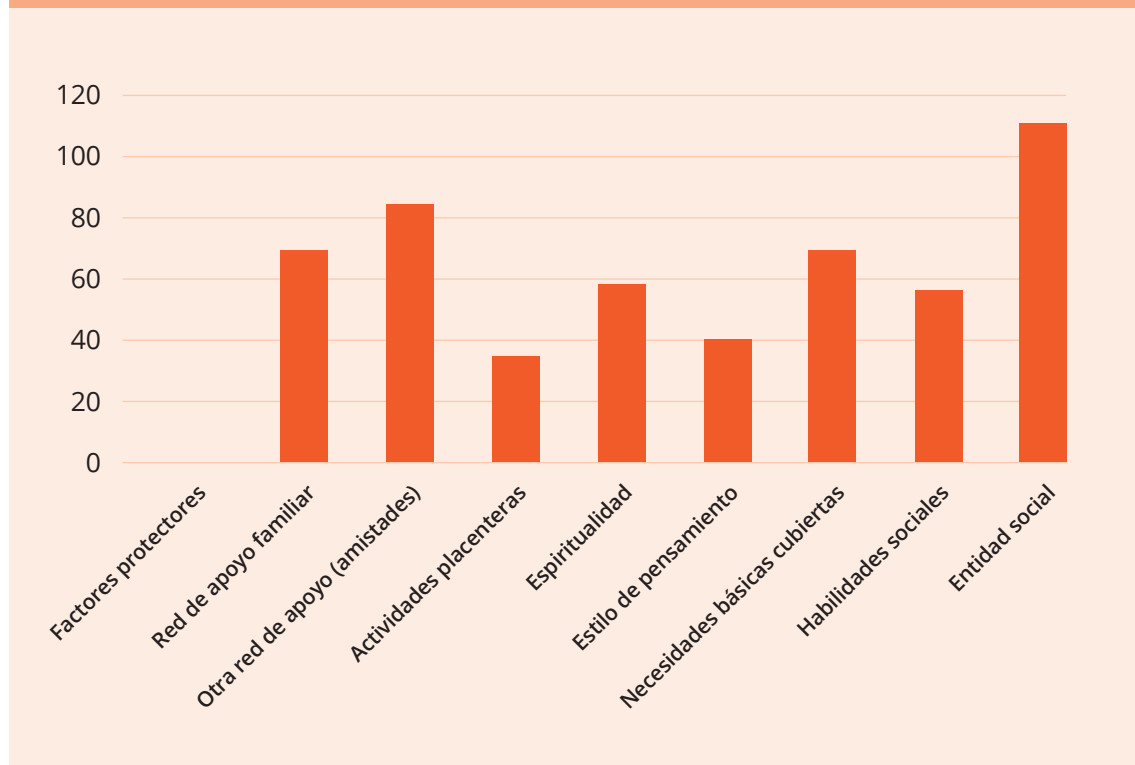
- El hecho de ser menor migrante no acompañada, (En el caso de la muestra todos identificados con el género masculino), aparece vinculado con el consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento.
- La situación de prostitución aparece relacionada con consumo de alcohol como mecanismo de afrontamiento.
- La situación de sinhogarismo cronicada aparece vinculada con aislamiento social. El 84,8% de las personas sin hogar de la muestra se perciben en una situación de aislamiento y sin apoyos. También hay vinculación con el consumo de drogas, (64% de las personas sin hogar dentro de la muestra, consume drogas) y conductas autolíticas que se producen en el 52% de los casos.
- El factor de riesgo que supone el haber sido víctima de alguna manifestación de violencia de género está relacionado con síntomas de ansiedad en la muestra. Los resultados indican que **los síntomas de ansiedad están directamente vinculados a haber tenido experiencia de VDG, en mujeres Cis.**

- **Factores de Protección**

Desde una perspectiva psicosocial de la intervención, es especialmente relevante identificar los factores de protección y las estrategias de resiliencia que permiten a las personas seguir adelante, porque son las que permitirán acompañar y fortalecer el proceso de recuperación de esas personas otorgándoles el protagonismo de su propio proceso.

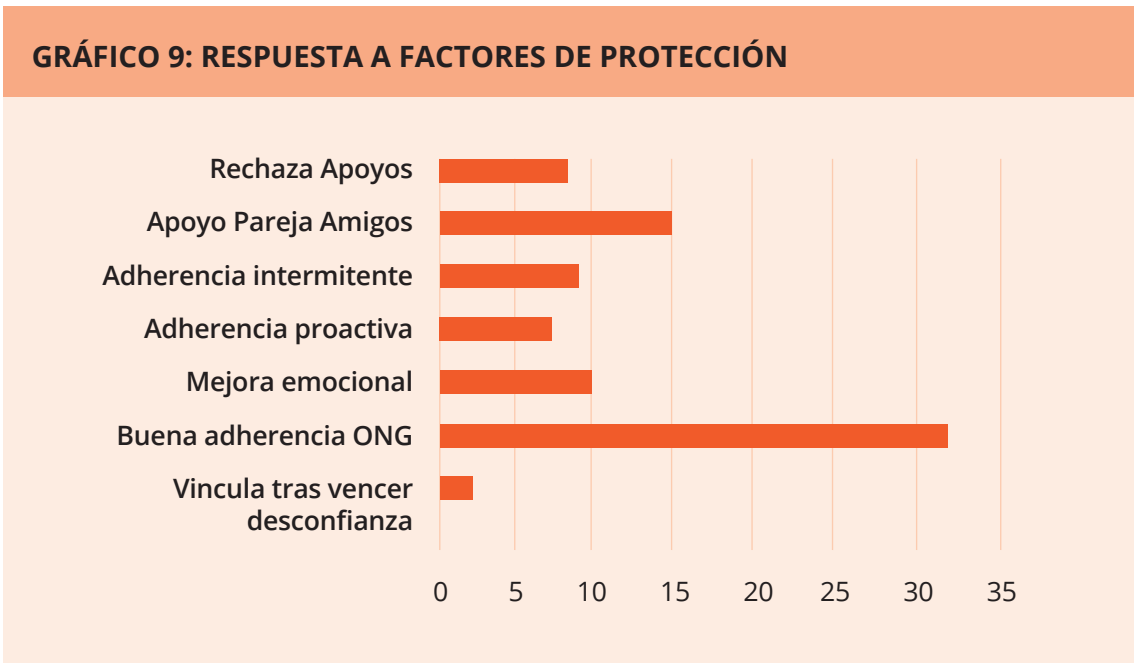
Por ello una pregunta a subrayar del cuestionario era la destinada a identificar los factores de protección, que arroja los siguientes resultados:

GRÁFICO 8: FACTORES DE PROTECCIÓN IDENTIFICADOS EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS



El **apoyo de las entidades sociales** es identificado como el principal factor protector, seguido de la red de apoyo conformada por amistades y red de apoyo familiar cuando esta está presente y disponible. El hecho de tener las necesidades básicas cubiertas también tiene una importante prevalencia como factor protector. Tal y como plantea Saraceno (2018) “(...) **La pobreza, la deprivación, los hábitos de consumo, el estrés y los modos de vida poco saludables contribuyen al aumento de enfermedades de causalidad social y de carácter crónico, que son complejas y requieren ser abordadas holísticamente, en lugar de manejarlas primordialmente desde el modelo biomédico**”. Desde esta visión es evidente que el tener las necesidades básicas cubiertas es indispensable como factor protector ante cualquier problema de salud mental, tal y como lo señalan las personas participantes en el estudio.

- **Respuesta a Factores de Protección**



En cuanto a la respuesta de los Titulares de Derechos a los factores de Protección, se incluyó una pregunta abierta, las distintas respuestas recopiladas tanto a Titulares de Derechos como a las y los técnicos de intervención se pueden clasificar en las siete categorías que recoge el gráfico de arriba.

La respuesta más frecuente es una **“buena adherencia a entidades del tercer sector”**, que ofrecen recursos más o menos específicos para estas personas. La respuesta de **“apoyo de familia y amigos”** es un resultado positivo que también es indicado por muchas personas. También se resalta la mejora emocional y la adherencia proactiva a cualquier proyecto de apoyo como un posible resultado positivo de activar factores de protección.

3.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS SOBRE VULNERACIÓN DE DERECHOS

El cuestionario de vulneración de derechos relacionados con la salud mental ayuda a identificar las claves para poder generar propuestas de cambio social centradas en las personas en situación de vulnerabilidad. Se ha logrado recopilar y sistematizar las vulneraciones de derechos derivadas de las dificultades del sistema sanitario para adaptar sus servicios a la situación de vulnerabilidad de estos colectivos.

La salud mental es uno de los aspectos que más gravemente se resienten en personas que han sufrido situaciones de desprotección, exclusión y violencias, como el caso de muchas de las personas con las que trabaja Médicos del Mundo. El cuestionario identifica aquellas barreras que hace que los colectivos vulnerables (personas migrantes, sin hogar, en situación de prostitución, infancia migrante no acompañada) no logren acceder al Sistema nacional de salud ni al sistema público de servicios sociales.

Concretamente podemos dividir el contenido del cuestionario en dos epígrafes principales que nos darán las claves a la hora de obtener los resultados:

- El primero aborda las barreras de acceso al Sistema nacional de salud. Dividiendo éstas en barreras objetivas y subjetivas.
- El segundo se centra en las barreras de acceso al sistema público de servicios sociales, con dos subepígrafes que son las barreras objetivas y subjetivas.
- Por último, la información obtenida en los cuestionarios ha sido contrastada con las temáticas abordadas en los espacios relacionales.

3.2.1. BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En España el Real Decreto Ley 7/2018 pone de manifiesto la disparidad de los diferentes sistemas sanitarios que reconocen diferentes grados de cobertura y exigen distintos requisitos de entrada al Sistema Nacional de Salud según las diferentes comunidades autónomas donde se encuentren. Esta nueva ley devolvió el derecho a la sanidad a las personas migrantes en situación irregular, restringido en 2012 por la reforma sanitaria. Pero la nueva ley ha dejado bastantes grietas sin resolver: no armoniza el procedimiento ni los requisitos para poder obtener la tarjeta sanitaria, ni asegura la asistencia a cualquier menor de edad, mujer embarazada y otros grupos de población especialmente vulnerables, así como una atención en urgencias universal. Para aclarar estas y otras situaciones, la ley exige la aprobación por parte del Ejecutivo de un reglamento que lo desarrolle.

• BARRERAS OBJETIVAS

A continuación, se mencionan aquellas barreras objetivas más relevantes a la hora de acceder al sistema público de salud en general y concretamente a la unidad de salud mental.

A) Acceso al sistema: tramitación de la cobertura sanitaria

TABLA 3: BARRERAS DE ACCESO AL SNS VINCULADAS A LA TRAMITACIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA.

ACCESO AL SISTEMA: TRAMITACIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA	
Carece de documentación identificativa	7%
Carece de padrón	33%
Situación irregular	31%
Desconocimiento del procedimiento	20%
No ha sido derivado/a por ningún recurso	17%

Los resultados obtenidos muestran que, las personas incluidas en la muestra apuntan que la barrera más significativa a la hora de poder tramitar la cobertura sanitaria es el hecho de carecer de padrón, junto con la situación administrativa irregular. De las respuestas obtenidas un 33% afirmaba no disponer de padrón, y un 31% encontrarse en situación administrativa irregular (El 2 % de diferencia entre personas sin padrón que podrían estar regularizadas, puede responder a problemas de renovación del empadronamiento en personas migrantes regularizadas). La inscripción en el Padrón Municipal de las personas migrantes no comunitarias sin autorización de residencia permanente está sujeta a renovación periódica cada dos años, las situaciones de vulnerabilidad e inestabilidad residencial, pueden generar problemas en la renovación del padrón. Como sabemos en España las personas migrantes tienen derecho a recibir atención sanitaria gratuita pero cuando se enfrentan al mostrador de su centro de salud, se encuentran con un opaco engranaje burocrático que no permite su atención. Una vez más constatamos que la principal barrera para el acceso a la salud de las personas migrantes vulnerabilizadas sigue siendo la situación administrativa. Persiste una inseguridad jurídica, y además a ello se suma una falta de acceso a la información para estas personas, en concreto un 20% del total de personas encuestadas, manifiesta desconocer el procedimiento para poder acceder al sistema nacional de salud.

B) Acceso al sistema: Barreras vinculadas a la organización del Sistema Nacional de Salud

Antes de pasar a describir los resultados en este ítem, es importante indicar que se trataba de una pregunta de respuesta múltiple, cada Titular de Derechos podía identificar varias barreras de acceso, motivo por el cual los porcentajes no suman 100.

La barrera de acceso más significativa con respecto a la organización del SNS según las respuestas obtenidas es la demora de más de quince días para una primera cita, identificada por un 45% de las personas encuestadas. Esta dificultad, es compartida con toda la población. La cuestión por considerar es el impacto de esa demora en personas con una situación muy inestable y con un alto nivel de vulnerabilidad. Además, en el caso de la atención a la salud mental, la opción de recurrir a servicios psicológicos y psiquiátricos de la red privada tampoco es una posibilidad para estas personas.

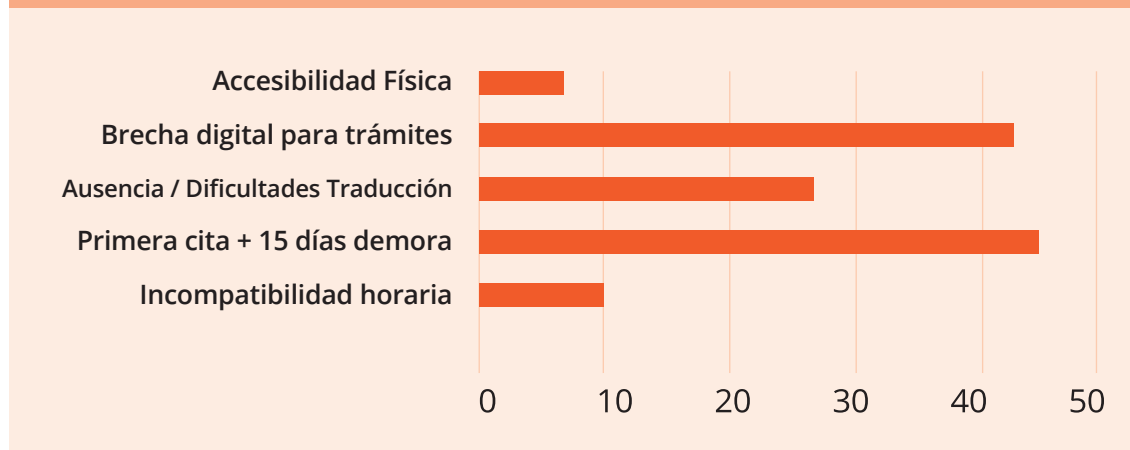
Si a esto le sumamos la poca flexibilidad en el sistema de citas, indicada por el 10%, y la difícil accesibilidad física al centro asignado en algunos casos de más de 1 hora caminando, indicado por el 9% de las personas de la muestra, la intersección de estas variables bloquea prácticamente el acceso.

Además, cabe señalar que la brecha digital es otra causa bastante prevalente, que impide el acceso al Sistema Nacional de Salud (43%). La Estrategia de salud digital del SNS tiene potencialmente muchos beneficios como reducir costes, mejorar la calidad de la atención, acelerar el proceso etc. pero en tanto no se reduzca la brecha entre los servicios digitales y los pacientes que reciben la atención esta no tendrá el impacto esperado.

La barrera idiomática, constituye una dificultad añadida ya que a la población que no tiene el castellano como lengua de origen, le resulta laborioso comprender la información que comunican en el proceso de atención, los derechos como per-

sonas usuarias del sistema sanitario, o incluso la educación sanitaria que reciben para recuperar su estado de salud (Román-López et als. 2015). Esta dificultad de comprensión vinculada a carencias en cuanto a servicios de traducción ha sido identificada por el (28%) de las personas entrevistadas.

GRÁFICO 10: BARRERAS IDENTIFICADAS CON RESPECTO A LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.



C) Dificultades identificadas en la atención:

Una vez conseguido el acceso al SNS, la siguiente pregunta viene relacionada con las posibles dificultades para recibir la atención requerida, en este caso en cuanto a salud mental.

El problema principal, el más identificado por titulares de Derecho participantes en el estudio, es la dificultad para conseguir una derivación desde Atención Primaria (AP) a la Unidad de Salud Mental, Esta dificultad es identificada por el 46%de las personas entrevistadas. Esto puede obedecer a distintos motivos: La insuficiencia de recursos en salud mental que genera un “filtro” en AP, que no deriva en muchos casos, para evitar la saturación. También puede venir condicionada por la insuficiente coordinación entre recursos. Por otro lado, es probable que las personas en situación de vulnerabilidad no puedan expresar con detalle y dimensionar, su situación de salud mental, y los condicionantes sociales que influyen en ella, en consultas tan breves como las que habitualmente se realizan en atención primaria.

En los espacios relacionales es un tema que se señala de forma reiterada:

<p>ESPACIO RELACIONAL MALLORCA, TITULARES DE DERECHO</p>	<p>“Pedí atención psicológica a mi médico de cabecera y éste me dijo que había mucha lista de espera y que tardaba mucho”.</p> <p>“Me siento solo. No lo he vuelto a pedir por miedo a que me digan que no”.</p> <p>“Preguntas como ¿“por qué vienes aquí”? Cuando he explicado muchísimas veces mi historia. Cuando te atienden no te miran, miran el ordenador y escriben.”</p> <p>“Mi médico nunca quiso derivarme a salud mental”</p>
---	---

Otra dificultad ampliamente señalada serían las **citas de menos de media hora de duración en salud mental** que imposibilita en la práctica el acceso, dado que las personas con graves condicionantes sociales, para su salud mental (situación de prostitución, sin hogarismo etc.), consideran que no pueden expresar sus circunstancias en ese contexto. Esta dificultad es resaltada en el 42% de las personas encuestadas.

GRÁFICO 11: BARRERAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL



Es importante en este punto resaltar el impacto de la interrelación de las casuísticas, si unimos las dificultades para conseguir una derivación con la demora de las citas y la escasa duración de estas, nos encontramos con una imposibilidad real de acceso para personas en situación de vulnerabilidad.

El 34% de las respuestas indican la dificultad que supone la falta de una única figura profesional de referencia, que genera que las personas pueden ser atendidas por personas distintas en cada consulta.

Es importante señalar el impacto que genera el cambio de profesional de referencia ante problemas de salud mental sobre todo si hablamos de personas con impactos traumáticos o situaciones que generan vergüenza y/o culpa, así como barreras culturales y lingüísticas.

Se identifican asimismo barreras, con especial impacto en personas con patología Dual y en situación de Calle: Se detecta escasa coordinación entre Salud Mental y Unidades de conductas adictivas, dificultando la derivación y el seguimiento de los casos. También se detectan casos, en los que, tras una situación de crisis en salud mental, culmina con un alta en urgencias sin lugar adecuado de convelección en el caso de personas en situación de sinhogarismo.

**ESPACIO RELACIONAL
MALLORCA, TITULA-
RES DE DERECHO**

“Quiero que me atiendan en las crisis. Solo veo una salida, quitándome la vida. He sido yo la que siempre se ha movido porque no quiero llegar a hacerlo”

D) Dificultades en el tratamiento:

La dificultad principal, identificada por Titulares de Derechos, está en el tratamiento basado en la contención del síntoma a través de provisión de medicación. El 72% identifican esto como problema. El tratamiento farmacológico requiere unas condiciones de seguimiento, alimentación, reajuste y regularidad que no siempre están presentes en el caso de las personas vulnerabilizadas. En la muestra encuestada, un importante porcentaje de titulares de derecho considera que el tratamiento no está adaptado a las circunstancias de la persona, 38%. De las respuestas lo indican como dificultad El abordaje exclusivamente farmacológico, aleja al paciente de la posibilidad de un seguimiento psicológico y social dónde se acompaña la persona afectada para entender su situación y se le aportan herramientas para afrontarla, a través de otro tipo de intervenciones como la psicoterapia individual o los espacios terapéuticos grupales, desafortunadamente estas estrategias no son las más frecuentes y no son la intervención prioritaria en las políticas estatales.

Además, como se comentaba anteriormente, las personas en situación de vulnerabilidad, al igual que el resto de la población, se enfrentan a largas esperas, hasta que recibir la primera cita. Se trata de una dificultad estructural pero que en caso de situaciones sociales adversas y ausencia de redes de apoyo social supone una barrera de acceso real. en el caso de pacientes que han sido derivados a unidades de desintoxicación la primera cita puede llegar con una espera de más de una semana.

GRÁFICO 12: BARRERAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL



E) Barreras culturales:

Teniendo en cuenta la diversidad de origen de las personas incluidas en el estudio, resultaba relevante identificar las barreras de carácter cultural que percibían en el acceso a los servicios de salud Mental. Una vez más se trataba de una pregunta de respuesta múltiple, cuyos resultados se muestran en porcentajes en la siguiente tabla.

TABLA 4: BARRERAS DE CARACTER CULTURAL	
No se ha tenido en cuenta el contexto cultural	27%
Barreras lingüísticas	23%
Falta de conocimiento y comprensión con respecto al SNS	38%
Falta de interés por la situación particular de exclusión social	53%
No se ofrecieron recursos o servicios adaptados a las circunstancias	51%

Es interesante señalar que la barrera más identificada en más de la mitad de la muestra (53%) es la percepción de falta de interés por la situación particular de exclusión social de la persona, lo cual está directamente relacionado con el hecho de no ofrecer recursos o servicios adaptados a las circunstancias (51%).

Aproximadamente el 50% de las personas entrevistadas reconocen, asimismo, barreras lingüísticas y culturales.

En una muestra de población principalmente compuesta por personas que han vivido un proceso migratorio, es importante considerar que el contexto de la migración sitúa a las personas en circunstancias que pueden afectar a su bienestar físico y mental. Las condiciones derivadas del proceso migratorio pueden hacer que se incremente la vulnerabilidad a determinadas enfermedades. Los estigmas, la discriminación, los bajos niveles de ingresos, así como su situación administrativa, son factores que hacen que las personas migrantes queden excluidas del acceso a los servicios de salud esenciales (OIM, 2021).

Las barreras lingüísticas y la falta de conocimiento del Sistema Nacional de Salud empeoran la situación de desigualdad que sufren la mayoría de las personas encuestadas 38%.

- **BARRERAS SUBJETIVAS**

A continuación, expondremos aquellas barreras subjetivas que resultan más significativas a la hora de hablar sobre vulneración de derechos humanos en el acceso al SNS.

TABLA 5: BARRERAS DE ACCESO A SISTEMA NACIONAL DE SALUD IDENTIFICADAS A NIVEL SUBJETIVO POR LAS PERSONAS ENCUESTADAS.

No ha tenido buenas experiencias en el pasado en las consultas o tratamientos con el SNS	45%
Siente que no le entienden ni comprenden lo que necesita	54%
No considera necesario la atención médica/psicológica	21%
Se siente juzgado/juzgada por sus circunstancias personales	34%
Siente vergüenza de explicar sus circunstancias (persona sin hogar, persona en situación de prostitución, persona migrante)	46%

La sensación de incompreensión sobre las necesidades ,54%de las personas entrevistadas, seguidas por la vergüenza de explicar circunstancias de vulnerabilidad en el 46%, y experiencias negativas previas en consultas o tratamientos en el sistema público de salud son las barreras más identificadas. Malas experiencias previas en SNS, vergüenza por circunstancias personales, y no sentirse comprendido/a son las barreras más identificadas en titulares de derechos. Además de con la propia situación estructural, ya comentada del SNS, podemos relacionar estas barreras subjetivas con la percepción de estigma en salud mental, así como la vergüenza, como posible reacción traumática, en muchos casos se produce la evitación de acceder a recursos de salud mental por el hecho de sentirse juzgados/as por sus circunstancias personales, repuesta recogida en el 34 %de las personas encuestadas.

Tal como Herman (2004) y otros autores han reiterado, una de las dimensiones del TEPT (Trastorno de Estrés Post Traumático complejo) referido a personas expuestas a múltiples experiencias traumáticas a lo largo de sus vidas, incluye entre sus dimensiones, síntomas relacionados con la autopercepción. Estos síntomas pasan por la sensación de indefensión, vergüenza culpa o estigma y valoración de ser distinto a los demás, si el sistema de salud incorpora una visión sensible al trauma facilita el acceso a los recursos de salud mental a las personas expuestas a situaciones prolongadas de violencia y/o abusos.

Esta idea se refuerza con las principales barreras detectadas en los espacios relacionales realizados:

<p>ESPACIO RELACIONAL GRAN CANARIA (TITULARES DE DERECHOS)</p>	<p>"No hay un espacio de escucha para expresar las causas de nuestros malestares" "Juzgan sin entender el por qué tenemos ciertas conductas que están relacionadas con el contexto de prostitución"</p>
<p>ESPACIO RELACIONAL MELILLA (TITULARES DE DERECHOS)</p>	<p>"El sistema no funciona bien, no tratan bien". "La psiquiatra no escucha", "piensa que le estamos vacilando", "no nos toma en serio"</p>
<p>ESPACIO RELACIONAL VIGO (TITULARES DE DERECHOS)</p>	<p>"No se aprecia una comprensión por parte de los profesionales de lo que significa "estar enfermo" en salud mental, infravaloran tu problemática y parece que te culpabilizan por padecerla. La atención es escasa. Entrás en el psiquiatra te atiende tres minutos, "¿cómo vas bien, mal, regular?, te cambio la medicación, te la subo". "Tengo este problema, pues te subo más la medicación, ¡hala! chao!"</p>

3.2.2. BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES

Los servicios sociales en España están transferidos a las comunidades autónomas desde los años 80, A diferencia de los sistemas de salud y educación, el de servicios sociales carece de una ley común, lo que incide en que el sistema se desarrolle de formas distintas dependiendo de la comunidad autónoma, aunque con prestaciones similares. Para las personas en situación de vulnerabilidad los servicios sociales, podrían ser "un puente", que facilite el acceso a recursos específicos vinculados de una u otra forma a la salud en general y a la salud mental en particular. Además, los Servicios sociales se articulan a nivel municipal, con lo que pretenden ser recursos de proximidad para vincular a las personas más vulnerables con los recursos comunitarios y especializados más cercanos del lugar en el que residen.

No obstante, para acceder a determinados servicios y prestaciones el sistema de Servicios Sociales, requiere demostrar que se reúnen las condiciones necesarias para ser titular del servicio o de la prestación.

Cabría pensar que las personas migrantes, perfil mayoritario en la muestra, podrían ser más propensas a necesitar apoyo de los servicios sociales ya que tienen menos redes familiares y de apoyo en el país de acogida. Además, deben hacer frente a necesidades no solo propias sino también de sus redes familiares en sus países de origen.

En los siguientes apartados se exploran las dificultades detectadas en las personas entrevistadas en cuando al acceso a los servicios sociales que podrían mejorar las condiciones de vida y la salud mental de personas en situación de vulnerabilidad como las participantes en el estudio.

- **BARRERAS OBJETIVAS**

A) Acceso al sistema: tramitación de prestaciones

Las barreras de acceso al sistema público de servicios sociales son similares a las que encontrábamos en el sistema nacional de salud. En este caso, una de las barreras más identificadas por las personas encuestadas es el desconocimiento del procedimiento de acceso al sistema público de servicios sociales identificado en el 46% de los casos.

TABLA 6: BARRERAS DE ACCESO A LA TRAMITACIÓN DE PRESTACIONES EN SERVICIOS SOCIALES

ACCESO AL SISTEMA: TRAMITACIÓN DE PRESTACIONES	
Carece de documentación identificativa	6%
Carece de padrón	30%
Situación irregular	31%
Desconocimiento del procedimiento	46%

B) Acceso al sistema: dificultades relacionadas con la organización del sistema de SS. SS

Otro obstáculo es la brecha digital (también mencionada en el apartado de barreras de acceso al sistema nacional de salud), hoy en día casi todos los trámites burocráticos se hacen digitalmente; en el caso de muchas de las personas partícipes en el estudio, esto supone un obstáculo ya que no cuentan o bien con los medios necesarios o con la información adecuada para hacerlo correctamente (35%).

La gestión de la citación no adaptada a las necesidades de las personas usuarias del sistema también dificulta el acceso: incompatibilidad de horarios, demoras, largas distancias hasta llegar al centro de servicios sociales...

C) Derivación a recursos específicos

TABLA 7: DIFICULTADES IDENTIFICADAS EN LA DERIVACIÓN A OTROS RECURSOS

DERIVACIÓN A OTROS RECURSOS

Derivación inadecuada (sin tener en cuenta las circunstancias específicas: por ej., recursos con altos niveles de exigencia sin tener en cuenta la situación de salud mental o consumo activo)	26%
No derivación por ausencia de recursos adecuados sin ofrecer opciones.	44%
Derivación a entidades sociales para tratamiento de SM sin tramitación previa de asistencia en SNS	19%

Se observa como un alto porcentaje de las personas entrevistadas señala que el problema principal se encuentra en la no derivación debido a la falta de recursos (44%)

D) Aceptación de perfiles complejos en recursos específicos

La no aceptación a personas con patología dual es una de las barreras principales identificada en el (23%) de las personas encuestadas, Con patología dual nos referimos a personas que tienen a la vez un trastorno adictivo y otro trastorno de salud mental. Existe la necesidad de que los recursos puedan intervenir con ambas dimensiones del problema, pero la mayoría de los recursos sociales excluyen una de las dos casuísticas.

GRÁFICO 13: DIFICULTADES DE ACCESO VINCULADAS A LA ACEPTACIÓN EN RECURSOS



E) Barreras subjetivas

De igual manera que en el SNS, una de las barreras principales, a nivel subjetivo se da en la estigmatización que hay hacia las personas en situación de vulnerabilidad, en concreto según los resultados obtenidos, un 47% afirma haber sufrido malas experiencias en el sistema público de servicios sociales.

El racismo que sufren ciertas comunidades se manifiesta en forma de prejuicios y generalizaciones que impiden o dificultan el acceso a recursos públicos. La construcción de prejuicios sobre estas minorías provoca la segregación y lleva a la inferioridad estructural de las personas afectadas. No olvidemos que la muestra estudiada es mayoritariamente conformada por personas migrantes.

A esto se le suman más barreras como a continuación mostraremos en la tabla:

TABLA 8: BARRERAS SUBJETIVAS IDENTIFICADAS EN EL ACCESO A SERVICIOS SOCIALES

No ha tenido buenas experiencias en el pasado en la atención en el sistema público de servicios sociales	47%
Siente que no le entienden ni comprenden lo que necesita	47%
No considera necesario las prestaciones ni la ayuda profesional	16%
Se siente juzgado/juzgada por sus circunstancias personales	30%
Siente vergüenza de explicar sus circunstancias (persona sin hogar, persona en situación de prostitución, persona migrante)	42%
Siente que no tiene derecho a las prestaciones/ayudas	27%

En conclusión, se observa, tanto en el sistema nacional de salud, como en el de servicios sociales, las personas migrantes y las personas con otros factores de vulnerabilidad social, Perciben barreras de acceso y dificultades para ser adecuadamente atendidas dentro de los recursos que brindan ambos sistemas.

3.2.3 ESPACIOS RELACIONALES

De cara a un mejor entendimiento de estas limitaciones del SNS, y con la idea de identificar también oportunidades y propuestas de mejora, se ha organizado la información obtenida en los Espacios Relacionales en 2 matrices "DAFO", una con las impresiones de profesionales participantes y otra con las impresiones de Titulares de Derechos.

DAFO PROFESIONALES

DIFICULTADES

- Saturación por parte de profesionales de atención primaria, que no permite hacer una escucha activa y una exploración en causas sociales.
- Falta de preparación en personal de atención primaria para hacer contenciones, escuchas e intervenciones en salud mental generalistas y preventivas.
- Descoordinación entre atención primaria y los recursos específicos de salud mental.
- El sistema nacional de salud pone muchas trabas a la hora de derivar menores migrantes institucionalizados a profesionales específicos de la salud mental y para tratamientos de adicciones.
- Saturación y desgaste profesional de profesionales psicosociales de los centros de menores. Alta rotación de profesionales y bajas médicas.
- Citas de corta duración en salud mental muy espaciadas en el tiempo. En el caso de menores no acompañados/as, no hay seguimiento adecuado de la toma de tratamientos prescritos, dando lugar a conductas de riesgo.
- Barreras lingüísticas para el acceso a recursos de salud mental por parte de personas migrantes no hispanohablantes.

AMENAZAS

- Modelo de salud biomédico que trata farmacológicamente sin explorar las causas sociales de los problemas de salud mental. Ausencia de un enfoque biopsicosocial.
- Insuficiente inversión pública en salud mental percibida por profesionales del sistema público.
- Descoordinación entre servicios (Salud Mental y unidades de Conductas Adictivas o Atención primaria y recursos específicos comunitarios)
- Poco trabajo preventivo a nivel comunitario.
- Persiste una visión estigmatizada de las personas que “piden ayuda” en un recurso de salud mental.
- Desconocimiento por parte de la población general, y especialmente por la población más vulnerable de canales y mecanismos, dentro del propio sistema público para reclamar derechos y servicios específicos (atención al paciente en hospitales, departamentos de trabajo social en centros de salud mental, programas de prevención del suicidio etc.)

DAFO PROFESIONALES (Continuación)**FORTALEZAS**

- En las Unidades de Conductas Adictivas, existen equipos interdisciplinares que prestan realmente una atención integral, en el caso de drogodependencias.
- Disminuye con respecto a los últimos años la saturación de los centros de niños y niñas migrantes no acompañados, mejora la atención preventiva dentro de los centros.
- Espacios de coordinación entre el tejido social y el SNS.
- Se va reduciendo el estigma de la salud mental hay mayor conocimiento.
- Ha mejorado la coordinación entre salud mental y Unidades de conductas Adictivas en algunas comunidades, para casos de patología dual.

OPORTUNIDADES

- Experiencias valiosas y transferibles en atención primaria con servicios de enfermería que se especializan en salud mental con funciones preventivas.
- Nuevo plan estratégico de Salud mental que otorgará recursos.
- Los nuevos planes de salud mental incidirán en la coordinación entre el sistema público y org. Sociales.
- En algunas CCAA se ha creado la figura de "representante de entidades " que canalizará las demandas detectadas desde entidades sociales.
- Se ha mejorado en la evolución farmacológica en el campo de la salud mental a través de la investigación, menos efectos secundarios de los psicofármacos.
- Creación de unidades interdisciplinares de prevención del suicidio.

DAFO TITULARES DE DERECHOS

DIFICULTADES

- Barreras culturales y lingüísticas en personas migrantes. Profesionales que juzgan y estigmatizan.
- Listas de espera muy largas que bloquean el acceso a recursos de salud mental a las personas más vulnerables.
- La brevedad de las citas impide que se valoren las circunstancias sociales de las personas vulnerables.
- Intervención solo basada en medicalización con seguimiento insuficiente.

AMENAZAS

- Altas hospitalarias y en urgencias sin lugar adecuado para recuperación.
- Insuficiente inversión pública en salud mental, No hay suficientes servicios psicológicos.
- No hay recursos para la intervención en crisis, la mayoría de TdD desconocen los programas de prevención del suicidio.
- El sistema se percibe como saturado. Las listas de espera y la dificultad de expresar problemáticas complejas en atención primaria imposibilitan el acceso.
- Desconocimiento por parte de la población general, y especialmente por la población más vulnerable de canales y mecanismos, dentro del propio sistema público para reclamar derechos y servicios específicos (Atención al paciente en hospitales, Departamentos de Trabajo Social en Centros de Salud Mental, programas de prevención del suicidio etc.).
- La ausencia de redes de apoyo en muchas personas vulnerabilizadas y las dificultades de acceso dificultan la detección precoz de problemáticas de salud mental.

DAFO TITULARES DE DERECHOS (Continuación)

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Buena formación e implicación de profesionales de salud mental. • Buenas sensaciones de la intervención psicológica e interdisciplinar en las UCA. • Se percibe menos estigma acerca de la salud Mental que hace unos años, las personas migrantes también perciben menor estigma que en países de origen. • Intervención psicológica en entidades del tercer sector especializadas. Valoración positiva. Sensación de apoyo. • Los menores en institucionalizados valoran muy positivamente la calidad de la atención en salud mental en el centro. • Acompañamiento por entidades sociales que facilita el acceso al sistema público. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a seguimiento en prevención del suicidio. • Psicoeducación y promoción de la salud en centros de menores. Se sienten más capaces de pedir ayuda y con más habilidades comunicativas. • En algunas comunidades personal de enfermería en urgencias con competencias y actitud cercana para apoyar en crisis de ansiedad y contención emocional. • Posibilidad de consulta telefónica. • Concepto de salud universal (No ocurre en otros países). • El sistema orienta sobre recursos y se realizan derivaciones. • Se va normalizando el acceder a recursos de salud mental. "Ya no es solo para locos". • Espacios de atención psicosocial en el tercer sector, que acompañan y orientan.

Es importante destacar que los espacios relacionales han servido no solo para identificar necesidades, si no para favorecer la coordinación y para crear espacios de escucha mutua generando sensaciones positivas en las personas participantes:

- ER Mallorca TdD: "Gracias a comentarlo en el primer espacio relacional he accedido al programa de prevención del suicidio y ahora tengo seguimiento semanal con un psiquiatra, estoy muy agradecida".
- ER Mallorca TdD: "Después del primer espacio relacional, supe que podía pedir cambio de médico y lo he conseguido. Ahora mucho mejor"
- ER Gran Canaria TdD: "Nos hemos sentido muy cómodas, sentirnos escuchadas ayudas, es la falta de escucha la que a veces nos hace caer en relaciones de dependencia"

- ER Vigo TDD: “Es genial poder hablar de estas cosas en grupo, ahora tenemos una visión distinta no como usuarios/as”
- ER Mallorca, Profesionales: “Ha sido muy provechoso porque estos encuentros nos ayudan a reflexionar y nos aterrizan a la realidad, ya que en ocasiones se nos olvida desde los despachos”.
- ER Zaragoza, Profesional: “Ha sido muy interesante y ha habido un buen clima. Se extraen aspectos interesantes, como el reclamo de atención individual, la importancia de la formación intercultural a profesionales”.
- ER Melilla, Profesionales: “Nos hemos sentido muy bien. Hemos podido expresar, escuchar nuestro punto de vista y preocupaciones sobre aspectos que no podemos abarcar desde los centros de Menores”.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

En la muestra seleccionada nos encontramos con que las personas participantes, en su gran mayoría, un 75% aproximadamente, son personas migrantes vulnerabilizadas y en exclusión social. Mas de la mitad son mujeres y algo más del 10% menores migrantes no acompañados. Entre los factores de riesgos más presentes para la salud mental se encuentran las agresiones y distintas formas de violencias de género, así como situaciones cronificadas de sinhogarismo y de prostitución, y el abuso del consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento.

En cuanto a las situaciones de salud mental y las dificultades de acceso al sistema de salud nos encontramos con una mayoría de personas que en sus países de origen nunca obtuvieron un diagnóstico de salud mental.

Con respecto a las barreras de acceso al sistema nacional de salud y a los servicios específicos de salud Mental, se detectan, barreras estructurales como la dificultad de conseguir una derivación a salud mental y la demora de las citas. Aunque estas barreras son compartidas con la población general, en el caso de personas en contextos de vulnerabilidad y exclusión, imposibilitan por completo el acceso a los recursos.

Además, a un nivel más subjetivo, se identifican barreras más vinculadas a la aceptabilidad: No prestar atención al contexto de exclusión, no ofrecer servicios específicos, como interpretación lingüística o no tener en cuenta el contexto cultural.

A nivel Salud Mental, aparecen múltiples etiquetas diagnósticas, entre las personas que consiguen acceder a los recursos de salud mental, que hemos tratado de interpretar teniendo en cuenta el contexto, y cruzando la información obtenida con los factores de riesgo.

De este análisis se desprenden varias impresiones:

- Consumo de sustancias como estrategia disfuncional de afrontamiento en menores no acompañados y personas sin hogar.
- Ansiedad y síntomas propios del trastorno por estrés postraumático complejo, con un componente de cronicidad, en mujeres que han vivido distintas formas de violencia de género (violencia sexual, violencia en la pareja, prostitución, trata y explotación sexual, mutilación genital femenina).
- Síntomas compatibles con duelos migratorios complejos en la gran mayoría de las personas migrantes.
- Un alto porcentaje de la muestra ha estado expuesto a situaciones potencialmente traumáticas.
- A pesar de los síntomas detectados y de las dificultades de acceso y de adherencia a recursos especializados en salud mental, las personas desarrollan estrategias de resiliencia que les permiten un funcionamiento normal en la mayoría de los casos.

Partiendo del análisis de toda la información obtenida se ha elaborado una guía metodológica para la intervención de Médicos del Mundo como de otras entidades que intervienen en salud mental en contextos de vulnerabilidad.

La guía parte de varios enfoques en cuanto al abordaje de la salud mental:

- Enfoque de Derechos Humanos.
- Enfoque Antropológico y transcultural.
- Enfoque psicosocial.
- Enfoque feminista y de género.

4.2. RECOMENDACIONES

Estas recomendaciones a modo de decálogo se resumen a continuación:

1. TRABAJAR EN RED Y CONOCER RECURSOS COMUNITARIOS:

Es imprescindible establecer mecanismos de coordinación, tanto con el sistema nacional de salud, como con el tejido social del territorio donde las personas en situación de vulnerabilidad necesitan establecer lazos comunitarios.

2. IDENTIFICAR FACTORES DE RESILIENCIA:

Desde un enfoque psicosocial, es importante ser conscientes no solo de los posibles impactos traumáticos que las personas pueden presentar, si no, sobre todo de los factores de resiliencia y de protección: lo que permite a las personas con problemas de salud mental seguir adelante y que el personal profesional puede reforzar desde la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial.

3. AMPLIAR LA MIRADA, TENER EN CUENTA EL CONTEXTO:

Hay muchos motivos detrás de la falta de adherencia. Para muchas personas vulnerabilizadas, la confianza en personas e instituciones está dañada por malas experiencias previas. En muchos casos además al tratar de acceder a servicios sociales o sanitarios se enfrentan al estigma, a determinados prejuicios y a un importante desconocimiento de los condicionantes del contexto.

4. ESTABLECER OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN REALISTAS TENIENDO EN CUENTA EL CONTEXTO.

5. ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA:

Es una de las peticiones más repetidas en las entrevistas y espacios relacionales, las personas que atraviesan situaciones complejas necesitan espacios de escucha adecuados para poder ser capaces de exponer las situaciones de exclusión y vulnerabilidad en las que se encuentran y que condicionan la intervención.

6. CREACIÓN DE VÍNCULOS SEGUROS, CONFIDENCIALIDAD Y COMPENSIÓN:

Porque es el único marco posible en el que trabajar las secuelas de situaciones de violencia, estigma desigualdad y en general, de trauma acumulativo.

7. FACILITAR LA GENERACIÓN DE ESPACIOS INFORMALES Y GRUPALES:

Estos espacios constituyen contextos seguros donde reforzar lazos de pertenencia y fomentar los factores de resiliencia.

8. CONTAR CON MEDIADORES/AS INTERCULTURALES.

Como estrategia indispensable para mejorar la competencia cultural en los recursos de salud mental.

9. NO JUZGAR.

Revisar prejuicios no imponer una visión occidentalizada. Trabajar la sensibilización y luchar contra el estigma.

10. FORMARSE EN COMPETENCIAS CULTURALES.

Conocer los valores culturales de las personas con las que intervenimos. Es importante ser consciente de los propios valores, creencias, significados y perspectivas influidos por la propia cultura y que enmarcan la intervención profesional. Es clave posibilitar la participación de las personas migrantes en la toma de decisiones relacionadas con su salud, teniendo en cuenta su contexto cultural.

Para todo ello es indispensable el trabajo en red y la coordinación de todos los recursos que intervienen en contextos tan complejos, y con tantas interseccionalidades como aquellos en los que las personas más vulnerables tratan de sobreponerse a distintos impactos sobre su salud mental.

- 1. TRABAJAR EN RED Y CONOCER RECURSOS COMUNITARIOS**
- 2. IDENTIFICAR FACTORES DE RESILIENCIA**
- 3. AMPLIAR LA MIRADA, TENER EN CUENTA EL CONTEXTO**
- 4. OBJETIVOS REALISTAS TENIENDO EN CUENTA EL CONTEXTO**
- 5. ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA**
- 6. CREACIÓN DE VÍNCULOS SEGUROS, CONFIDENCIALIDAD Y COMPRENSIÓN**
- 7. FACILITAR LA GENERACIÓN DE ESPACIOS INFORMALES Y GRUPALES**
- 8. CONTAR CON MEDIADORES/AS INTERCULTURALES**
- 9. NO JUZGAR.**
- 10. FORMARSE EN COMPETENCIAS CULTURALES**

5. BIBLIOGRAFÍA

American Psychological Association (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 Edition- TR

Fernández Liria A. (2022). Buscando un nuevo paradigma para la Salud Mental-CTXT contexto y acción. Número 289- octubre 2022.
<https://ctxt.es/es/20221001/Firmas/41089/salud-mental-psiquiatria-biologicismo-antidepresivos-serotonina-alberto-fernandez-liria.htm>

Fundación Foessa (2008). “Los Servicios Sociales: carencias relativas a las situaciones de po-breza, marginación social, exclusión y desigualdades”, en Conclusiones del VI Informe sobre Exclusión y Desarrollo social en España 2008.

Ministerio de Sanidad (2022). Estrategia Nacional de la salud Mental 2022-2026.

Saraceno B. Herder, Barcelona (2018). Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del Movimiento por la Salud Mental Global. [Google Scholar]

Páginas Webs especializadas:

Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante.
<https://www.migrationdataportal.org/es/themes/migracion-y-salud>

ANEXO: GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS DE DATOS:

- Gráfico 1: Género de las personas titulares de Derecho encuestadas.
- Gráfico 2: Edad de las personas encuestadas.
- Gráfico 3: País de origen de las personas encuestadas.
- Gráfico 4: Factores de riesgo para la salud mental.
- Gráfico 5: Trastorno diagnosticado en España.
- Gráfico 6: Dificultades de acceso a la atención psicológica.
- Gráfico 7: Dificultades de adherencia a los tratamientos de salud mental.
- Gráfico 8: Factores de protección identificados en las personas encuestadas.
- Gráfico 9: Respuesta a los factores de protección.
- Gráfico 10: Barreras identificadas con respecto a la organización del sistema nacional de salud.
- Gráfico 11: Barreras relacionadas con la atención en salud mental.
- Gráfico 12: Barreras relacionadas con el tratamiento en salud mental.

TABLAS DE DATOS:

- Tabla 1: Regiones de procedencia de las personas de la muestra con nacionalidades de origen no españolas.
- Tabla 2: Prevalencia de Depresión y ansiedad crónica en la población general.
- Tabla 3: Barreras de acceso al sistema público de salud vinculadas a la tramitación de la cobertura sanitaria.
- Tabla 4: Barreras de carácter cultural.
- Tabla 5: Barreras de acceso a sistema nacional de salud identificadas a nivel subjetivo por las personas encuestadas.
- Tabla 6: Barreras de acceso a la tramitación de prestaciones en servicios sociales.
- Tabla 7: Dificultades identificadas en la derivación a otros recursos.
- Tabla 8: Barreras subjetivas identificadas en el acceso a servicios sociales.

DEBABA

ANNEE

DEBABA

DEBABA

MARIAM

BASSIRA

DEBABA

ANNEE

**SALUD MENTAL
EN POBLACIÓN
VULNERABILIZADA**



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL