

Apuntes de Psicología
2017, Vol. 35, número 1, págs. 5-24.
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental,
Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba,
Universidad de Huelva, Universidad de Sevilla

Crisis económica, salud e intervención psicosocial en España

Manuel Francisco MARTÍNEZ GARCÍA

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental / Universidad de Sevilla (España)

Ana SÁNCHEZ

Colegio Oficial de Psicólogos de Gipuzkoa (España)

Julia MARTÍNEZ

Asociación Eureca. Investigación e Intervención Psicosocial (España)

Resumen

La crisis económica que tuvo sus inicios en verano de 2008 ha impactado negativamente en los ámbitos psicológico, social y comunitario de las personas. Asimismo, las políticas basadas en la austeridad que se implementaron por parte de muchos gobiernos debilitaron los sistemas de protección social, lo que contribuyó a incrementar la vulnerabilidad de las personas que más sufrieron la crisis conduciendo, en muchos casos, a procesos o resultados de exclusión.

En este trabajo hacemos, en primer lugar, una aproximación a las consecuencias negativas que la crisis ha producido en la salud mental de la población general y, especialmente, en dos de los grupos sociales más vulnerables como son la infancia/juventud y las personas migradas. También se analizan los efectos negativos de la crisis en la convivencia comunitaria, especialmente sobre las relaciones interculturales en una sociedad cada vez más multicultural.

En segundo lugar, y dado que los datos de la investigación han puesto de relieve la importancia de factores psicosociales como moderadores de esos efectos negativos de la crisis económica sobre la salud y el bienestar psicológico, describimos algunas propuestas de intervención psicosocial que tienen en cuenta el apoyo a las familias, la mejora de las redes sociales, el empoderamiento de personas, grupos y comunidades, o la mejora de la competencia cultural de los servicios comunitarios.

Abstract

The economic crisis that began in the summer of 2008 has had a negative impact on the psychological, social and community spheres of people. In addition, the austerity policies implemented by many governments have weakened social protection systems, which have contributed to increase the vulnerability of the people who suffered most from the crisis, leading in many cases to processes of exclusion. In this paper, we evaluate the negative consequences that the crisis has had on the mental health of the general population, with a focus on two of the most vulnerable social groups such as children / youth and migrants. We further analyze the negative effects of the crisis on community life, in particular on intercultural relations in an increasingly multicultural society. Our data highlights the importance of psychosocial factors as moderators of the *crisis' negative effects* on health and psychological well-being, which prompted us to describe some proposals for psychosocial intervention that take into account *support for families, social network improvement, and empowerment of people, groups and communities, or cultural competency of community services.*

La crisis económica que tuvo sus inicios en verano de 2008, afectó a casi todos los países europeos, pero la gravedad de la misma y sus correspondientes consecuencias negativas han sido especialmente importantes en España debido a las características de su estructura económica y social. En 2007 España se encontraba entre las naciones con mayor crecimiento en Europa, con un promedio anual por encima del 5% del PIB (Banco Mundial, 2011). Sin embargo, el colapso económico, que se hizo patente cuando cayó el mercado inmobiliario a finales de 2007, cambió el signo del destino. El mercado de valores se desinfló desde un 125%

a un 54% en sólo un año y se contrajo la economía, provocando pérdidas masivas de empleo, embargos de viviendas y un importante incremento del déficit público. El drama social empezó a consumarse cuando a comienzos de 2010 más del 20% de la población española en edad de trabajar (4'5 millones de personas) estaban en paro (INE, 2012).

Para salir de esta crisis económica sin precedentes se primaron las políticas basadas en la austeridad, tanto en España como en numerosos países del mundo. Una consecuencia dramática de estas políticas es que, a nivel global, se está poniendo en cuestión el *contrato social* entre

Dirección del primer autor: Departamento de Psicología Social. c/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* fgarcia@us.es.

Recibido: diciembre de 2016. *Aceptado:* febrero de 2017.

los Estados y la ciudadanía que ha venido sustentando los sistemas de bienestar modernos, y que alcanzaron su máximo exponente en la Europa occidental de la segunda mitad del siglo XX. En concreto, la crisis plantea la validez de un régimen fiscal progresivo y un sistema sólido de oportunidades y garantías sociales para toda la población que sustenten una sociedad próspera y más igualitaria (UNICEF, 2016).

Esta política de recortes ha debilitado en España los sistemas de protección social aún por consolidar desde la instauración del régimen democrático, incrementándose los indicadores de desigualdad social. En el sistema educativo, por ejemplo, la reducción del profesorado, del número y calidad de las becas, etc. ha dado como resultado, según el informe PISA 2012, que España aparezca de nuevo en el grupo de países que ven aumentar las diferencias entre el alumnado *medio* y el que se encuentra *en desventaja* (OCDE, 2013). De acuerdo con dicho informe, el alumnado con un nivel socio-económico favorecido superó al menos favorecido en 34 puntos en matemáticas, una diferencia seis puntos superior a la observada en 2003. Estos datos reflejan el incremento de la desigualdad educativa en España durante los peores años de la crisis económica, comprometiendo el futuro de esta parte de la infancia y juventud, y por ende, el del propio país.

En el sistema sanitario los recortes han conducido también a una reducción de las prestaciones y, como en otros países, han empeorado los indicadores de salud física y mental (Bartoll, Palencia, Malmusi, Suhrcke y Borrell, 2014). En una conferencia sobre los sistemas de salud y crisis económica celebrada en 2013, el Director Regional de la OMS para Europa recomendaba a los Gobiernos que los recortes en esta área se hicieran con prudencia y no con carácter general, procurando proteger a las personas más vulnerables para garantizar una cobertura universal en materia de salud. Para no empeorar aún más los indicadores, igualmente sugería que dichos recortes se hicieran en los gastos innecesarios, garantizando que los recursos disponibles se centren en los servicios de valor comprobado (OMS, 2013).

Pero la crisis económica, también ha deteriorado la vida social y comunitaria. Las situaciones de crisis son vividas por la población general como desestabilizadoras y que ponen en peligro su estatus económico y social; al mismo tiempo perciben como amenazantes a dicho estatus a determinados grupos minoritarios salientes. Las personas migradas ocupan

en este contexto un papel fundamental en los ámbitos laboral (quitan empleo a los nacionales), de prestaciones sociales (abusan de las mismas) o de la defensa de la identidad nacional (España se diluye). El incremento de rumores falsos y estereotipos negativos sobre estas personas son sólo el componente cognitivo de la justificación de la discriminación y actos de racismo/xenofobia que sufren estas personas. En consecuencia, el deterioro de la convivencia comunitaria con actos de discriminación racista es cada vez más frecuente.

En 2009, el Presidente del Movimiento Contra la Intolerancia señalaba, en el informe RAXEN de ese año, que en el marco de una grave crisis económica, el aumento del prejuicio xenófobo y del hostigamiento a la inmigración estaba servido (Ybarra, 2009). Continuaba reflexionando:

“El rechazo latente a compartir igualdad de trato en materia de empleo, sanidad, educación y otro tipo de atención asistencial se viene constatando no solo en las encuestas oficiales, se evidencia en situaciones discriminatorias de la vida cotidiana.” (Ybarra, 2009, pág. 6).

La perspectiva de futuro la veía como inquietante dada la mayor frecuencia de agitación y hostigamiento a las personas inmigrantes en las calles o en Internet.

El conjunto de situaciones asociadas a la crisis económica que se han descrito en párrafos anteriores son factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad de las personas que las sufren y pueden conducir a resultados o procesos de exclusión. En efecto, el concepto actual de exclusión social va más allá de su única vinculación con la pobreza y se asocia a situaciones muy ligadas a la crisis económica tales como: (1) desventajas generalizadas en términos de educación, habilidades, empleo, salud, vivienda, recursos económicos, etc.; (2) menores posibilidades de acceder a las instituciones que distribuyen esas capacidades y recursos; y (3) esas desventajas y acceso disminuidos persisten a lo largo del tiempo. En la tabla 1 se recogen las diversas vías a través de la(s) cual(es) una persona puede llegar a la exclusión.

Este marco de referencia nos permite constatar cómo la crisis económica ha situado a una parte de la población en alguna(s) de estas vías hacia la exclusión, y que algunos grupos sociales se han visto en mayor medida maltratados por dicha crisis: mujeres, inmigrantes, niños(as) y jóvenes,

Tabla 1. Vías a la exclusión social.

1. *Acceso nulo o limitado a las relaciones económicas y empleo*: ingresos por debajo del umbral de la pobreza, empleos de exclusión, extranjeros sin permisos, etc.
2. *Acceso deficitario o nulo a los sistemas de protección social*: educativos, sanitarios, de prestaciones, etc.
3. *Dificultades serias de las redes de solidaridad primaria*: monoparentalidad, escasos vínculos sociales, etc.
4. *Factores ambientales*: sin hogar, infraviviendas, barrios devastados, hacinamiento, etc.
5. *Factores institucionales*: discriminación en el disfrute de derechos, limitación acceso servicios públicos, etc.
6. *Factores personales*: género, edad, nivel de salud, grupo étnico, orientación sexual, etc.

personas con bajo nivel económico y/o de formación para el empleo, etc. Quizás sea la pérdida del empleo la situación más crítica a la que ha conducido la crisis a numerosas personas, ya que éste proporciona recursos materiales y psicosociales: estatuslaboral, estatus económico, pertenencia a una organización, apego a un grupo, oportunidades para desplegar habilidades ocupacionales y capacidad de liderazgo, etc.

En síntesis, la crisis económica y sobre todo la forma en que ha sido afrontada por los países en base a recortes en los pilares del estado del bienestar, sitúa a una parte importante de la población en una situación de vulnerabilidad social. Todos los informes nacionales e internacionales (OMS, 2011, Ruggiero, 2012; Gili, García y Roca, 2014; UNICEF, 2016) han constatado el deterioro de los indicadores de salud, bienestar psicológico, nivel educativo, etc., sobre todo en determinados grupos de población. La OMS incluye en estos grupos a: personas con bajos ingresos o que viven en el umbral de la pobreza, infancia y juventud, familias monoparentales, personas desempleadas, minorías étnicas, migrantes y las personas mayores (OMS, 2011).

Como muchos de los factores que median en esos resultados negativos de la crisis son de carácter psicosocial, entendemos que la Psicología debe jugar un importante

papel en mitigar las consecuencias negativas en individuos, grupos y comunidades, y en la recuperación de los indicadores de salud y bienestar psicológico.

En este trabajo haremos una aproximación a las consecuencias negativas que la crisis ha producido en la salud mental de la población, en la convivencia comunitaria y en dos grupos de población especialmente vulnerables a la misma: infancia/juventud y personas migradas. En segundo lugar describiremos algunas propuestas de intervención psicosocial para hacer frente a algunas de las distintas situaciones antes descritas.

Crisis económica y salud mental

De acuerdo con el marco conceptual de Ruckert y Labonte (2012) y Dávila y González (2009), las consecuencias de la crisis sobre la salud de la población dependen de: (1) factores poblacionales, individuales y de cohesión social; y (2) muy decisivamente, del contexto institucional y de las respuestas políticas de los gobiernos. Todo ello mediatizado por la intensidad, el grado de recesión y la duración de la crisis económica (figura 1).

Este conjunto de factores interrelacionados hace muy difícil determinar los efectos directos e indirectos de la crisis

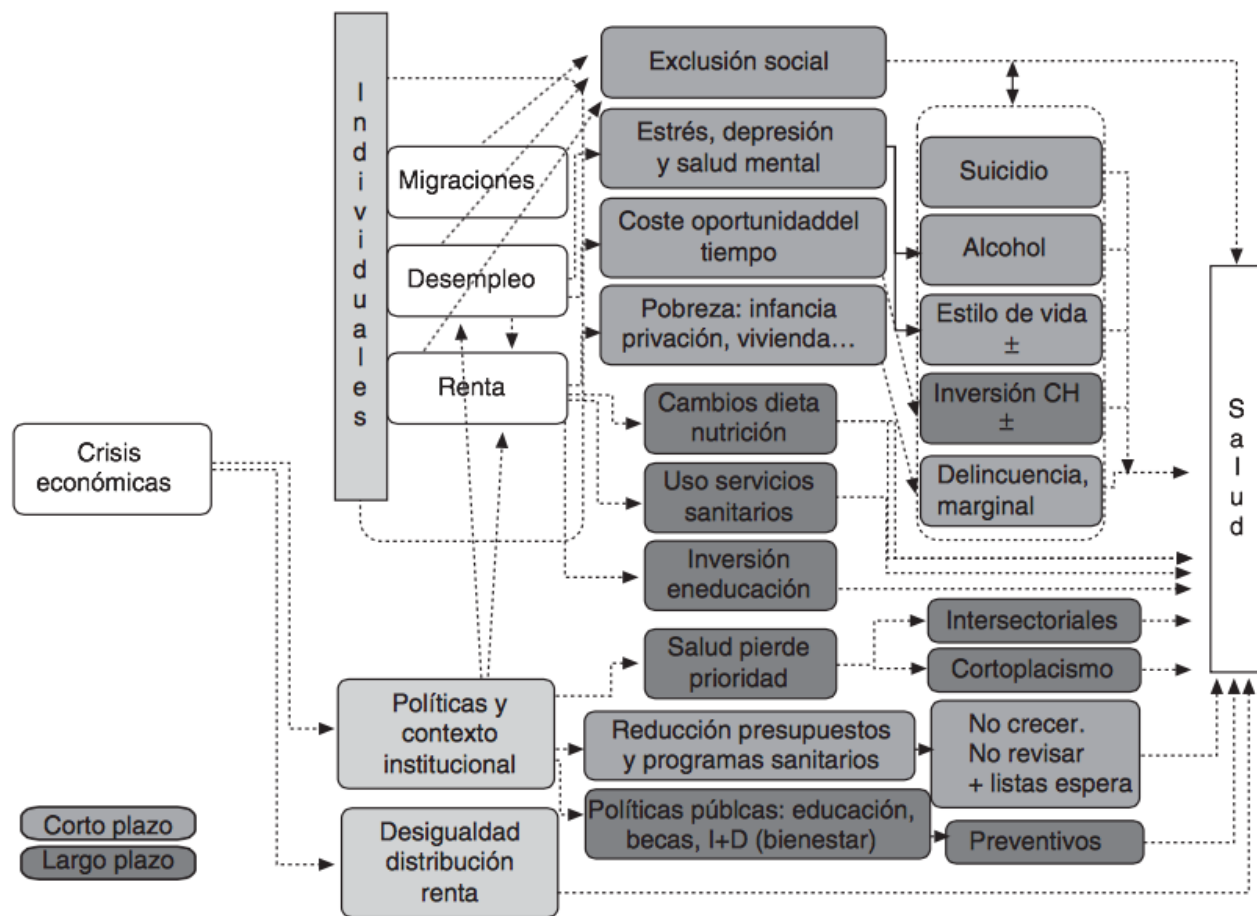


Figura 1. Conceptualización de los efectos de la crisis económica en la salud tomado de (Dávila y González, 2009).

sobre la salud, los que se producen a corto o a largo plazo, o los que tienen consecuencias reversibles e irreversibles. Al mismo tiempo se han planteado problemas metodológicos a la hora de establecer estas relaciones, sobre todo relacionados con la evaluación de intensidad de la crisis, los niveles y dimensiones de la salud, el tiempo que perduran los efectos, etc. A pesar de todo, desde el ámbito de la salud pública, hay evidencia empírica de que el desempleo prolongado, los desahucios, el empeoramiento de la situación económica personal y/o familiar pueden generar, precipitar y/o empeorar problemas de salud física o mental. Son acontecimientos emocionalmente estresantes o traumáticos que implican cambios inesperados en la vida de las personas. Varios estudios han indicado que los problemas relacionados con el trabajo afectan al bienestar psicológico de los individuos (Shteyn, Schumm, Vadopianova, Hobfoll y Lilly, 2003; Wright, y Hobfoll, 2004), o que la inseguridad laboral y otras situaciones de peligro, pueden provocar estrés, ansiedad e ira (Greengrass y Burke, 2001).

En el marco de la crisis económica de España, Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler (2012) compararon las consultas de atención primaria por trastornos mentales entre 2006-07 y 2010-11 (Estudio IMPACT), encontrando cómo con la recesión (desempleo y dificultades en el pago de la hipoteca, sobre todo) aumentó la frecuencia de diagnóstico de trastornos mentales y abuso de alcohol. La figura 2 muestra la variación porcentual de los trastornos mentales identificados en este período por dichos autores.

Las variaciones que se recogen en la figura 2 se corresponden a: depresión mayor del 28'9 al 47'5%, distimia del 14'6 al 25'1%, trastornos de ansiedad generalizada del 11'7 al 19'7%, abuso de alcohol del 1'4 al 6'2%, etc. Los mayores incrementos se observaron en los trastornos del estado de ánimo: la depresión mayor con un 19'4% y la distimia con un 10'8%.

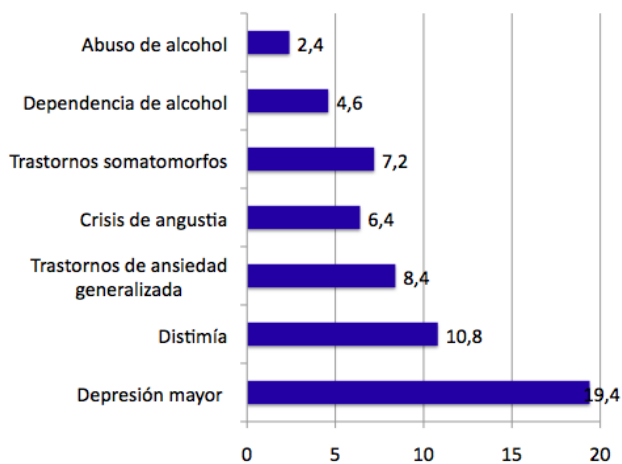


Figura 2. Incremento (%) de diagnósticos en salud mental durante el período de la crisis en España (tomado de Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012).

El suicidio en sus diversas manifestaciones (efectivos, intentos o pensamientos) también han sido considerado un indicador de la salud mental en su relación con la crisis y, especialmente, con el desempleo (Rihmer, Kapitany, Gonda y Dome, 2013; De Vogli, Marmot y Stuckler, 2013). La OMS ha indicado que un incremento del 1% en la tasa de paro de un país se traduce en un aumento del 0'8% en la tasa de suicidios (OMS, 2012). En España se constató, al comienzo de la crisis, un aumento relativo del 8'0% en la tasa de suicidios en personas menores de 65 años, por encima de la tendencia subyacente, pasando del 5'16 por 100 000 habitantes en 2007, a 5'56 en 2008 (OMS, 2012). Se rompía así una tendencia a la baja de este indicador constatada desde principios de siglo (López, Gasparri y McKee, 2013).

En Andalucía, región situada al sur de España y con tasas de paro por encima del 30%, se detectó un importante aumento de las tasas de intento de suicidio tras el comienzo de la crisis, tanto en hombres como en mujeres y entre los 35 y 54 años. Estas conductas se asociaron con el nivel de desempleo en los hombres, explicando casi la mitad de los casos durante los cinco primeros años de la crisis. Las mujeres también se vieron afectadas durante el período de recesión, pero el incremento de los intentos de suicidio no pudo atribuirse específicamente al desempleo (Córdoba-Doña, San Sebastián, Escolar-Pujolar, Martínez-Faure y Gustafsson, 2014).

Este incremento de los trastornos del estado de ánimo y del suicidio en sus diversas formas, son consonantes con los datos ofrecidos por la Agencia Nacional del Medicamento y Productos Sanitarios de España. En un informe reciente se ha señalado que la utilización de medicamentos antidepresivos en España se triplicó en 10 años. Si en el año 2000 el número de dosis por cada mil habitantes y día (DHD) consumidas fue de 26'5, en 2013 esta cifra alcanzó las 79'5 dosis consumidas (AEMPS, 2015). El mayor uso de los antidepresivos podría explicarse, según la Agencia, por el aumento de la incidencia de trastornos del estado de ánimo, por la mayor detección diagnóstica por parte de los médicos de Atención Primaria, así como por la extensión de las indicaciones terapéuticas autorizadas para estos medicamentos.

Otros estudios realizados en distintas regiones españolas vienen a confirmar esta situación. Así, por ejemplo, Elorza (2013), en un trabajo sobre la población de entre 15 y 85 años en Cataluña, informa que el consumo de antidepresivos aumentó coincidiendo con el aumento de las cifras del paro. Y en Andalucía los datos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) indican que si en 2007 se atendieron un total de 918.328 consultas totales en salud mental (SAS, 2010) en 2012 estas cifras ascendieron a 1.273.061 (SAS, 2013), lo que supone un incremento del 38'62%. Entre los problemas de salud mental atendidos destacan la depresión y la ansiedad.

Si bien estos estudios correlacionales muestran con-

cordancia entre crisis económica y deterioro de la salud mental, también señalan que los efectos de la misma (el desempleo fundamentalmente) sobre la salud pueden variar de forma muy considerable en función de otros factores. La pobreza es, sin duda, uno de los principales factores de riesgo para el deterioro de la salud mental en situaciones de dificultad (OMS, 2012). Algunos estudios (Gili *et al.*, 2012, por ejemplo) han puesto de relieve el papel discriminante del sexo en la prevalencia de trastornos mentales: durante la crisis los hombres mostraron un mayor incremento de episodios de depresión mayor, distimia y ansiedad, mientras las mujeres lo hicieron en los trastornos somatomorfos y de dependencia del alcohol. Este mayor impacto en la salud mental del desempleo en los hombres se ha relacionado con las mayores responsabilidades familiares de éstos y la clase social; mientras que en las mujeres el estar casada y tener hijos produce un efecto amortiguador frente a la depresión a través del apoyo emocional (Ross, Mirowsky y Golds-teen, 1990; Artazcoz, Benach, Borrell y Cortés, 2004). En general, los peores resultados se observan en los hombres con responsabilidades familiares, que no reciben ningún tipo de ayuda económica, los que carecen de apoyo social, y en aquellos contextos en los que se da un mercado laboral débil y un pobre sistema de apoyo familiar (Gili *et al.*, 2012).

Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de los factores psicosociales en esos trastornos (OMS, 2012) y la necesidad de abordar con estrategias psicosociales los aspectos preventivos y asistenciales de estas situaciones.

Infancia y adolescencia

Los resultados de la investigación han puesto de manifiesto que la infancia y la adolescencia constituyen un grupo vulnerable de la población en relación a la crisis económica. En una revisión reciente sobre este tema, Frasilho, Matos, Salonna, Guerreiro, Storti, Gaspar y Caldas-de-Almeida (2016), encuentran en los trabajos analizados apoyo a la hipótesis de que las familias y los niños(as) afectados por factores socio-económicos podrían enfrentarse a una disminución de su salud mental.

Algunos trabajos han evidenciado que los niños(as) cuyos padres estaban desempleados tenían una mayor prevalencia de depresión, mayores tasas de síntomas psicósomáticos y percepciones de peor bienestar psicológico (Borges, Matos y Diniz, 2011; Sleskova, Salonna, Geckova, Nagyova, Stewart y van Dijk, 2006). Consonantes con estos resultados, Reinhardt, Madsen y Kohler (2005) informan que en Suecia y Dinamarca los niños(as) de familias con uno o ambos padres sin trabajo remunerado presentaban una aumento de la prevalencia de síntomas psicósomáticos recurrentes.

En un estudio con datos representativos de adolescentes de 31 países, Pfoertner, Rathmann, Elgar, de Looze, Hofmann, Ottova-Jordan *et al.* (2014) encontraron en los

países más afectados por la recesión (Irlanda y Portugal) un incremento en las consultas por problemas relacionados con la salud mental. Este empeoramiento de la salud psicológica en la adolescencia, sin embargo, se relacionaba más con su situación económica inmediata y perspectivas de futuro en el mercado de empleo, que por las tasas de desempleo adulto o los cambios económicos. Incluso aquellos(as) adolescentes que se percibían a sí mismos(as) como socio-económicamente desfavorecidos(as) tenían mayor probabilidad de tener peores índices de satisfacción vital y calidad de vida (Klanšček, Ziberna, Korošec, Zurc y Albreht, 2014).

Aunque no todos los resultados de las investigaciones son consistentes con estas relaciones, la mayoría de las investigaciones constatan que el desempleo de los padres tiene un efecto negativo sobre la salud de los(as) adolescentes. Son diversas las explicaciones que se han dado a esta relación. Cusworth (2009) señala que el desempleo aumenta las tensiones dentro de la familia y limitan el acceso a los recursos financieros, sociales, culturales, etc. de los miembros de la familia. Solantaus, Leinonen y Punamaki (2004), y Stein, Abraham, Bonar, Leith, Kraus, Hamill, Gumber, Hoffmann y Fogo (2011), por su parte, encuentran que el estrés económico puede conducir al deterioro de la salud mental de los niños, principalmente a través de los cambios en las relaciones familiares y la calidad de la crianza. Hace dos décadas Conger, Elder, Lorenz y Simons (1994) encontraron que la presión económica experimentada por los padres aumentaba la disforia de los mismos, los conflictos de pareja y con los hijos(as) en relación al dinero. Los altos niveles de irritabilidad en los cónyuges se asociaron con una mayor hostilidad hacia sus hijos(as) lo que hizo aumentar los problemas emocionales y de comportamiento en los adolescentes.

Un aspecto de especial importancia a tener en cuenta para establecer políticas y programas, es que las diferencias encontradas en el deterioro de la salud mental de los(as) adolescentes cuando se comparan distintos países parecen estar en función del grado de protección social y familiar (Pfoertner *et al.*, 2014): (1) en aquellos países cuya provisión de bienestar es menos igualitaria y menos redistributiva (anglosajones, del sur y este de Europa) informaron una mayor presencia de problemas de salud psicológica; y (2) los(as) adolescentes que se beneficiaban de los recursos provenientes de los vínculos familiares (*familismo*), informaron mejores resultados en salud mental. Estos hechos ponen de relieve la importancia de los sistemas de protección social y el papel amortiguador de la familia para los(as) adolescentes en situaciones de crisis económicas (Richter, Rathman, Gabhainn, Zambon, Boyce y Hurrelman (2012).

En España la situación de este grupo de población es similar a otros países de su nivel socio-económico. Si entendemos por *pendiente social* el modo en que los estratos más bajos de ingresos concentran los peores indicadores de progreso en ámbitos como la salud, la educación o el bienes-

tar, en los últimos años esta *pendiente* se ha ido inclinando en España en perjuicio de uno de los colectivos más vulnerables e indefensos de nuestro entorno inmediato, el que conforman los(as) niños(as) y los(as) jóvenes (UNICEF, 2016). Y es que de entre todos los colectivos afectados por la crisis económica el de los(as) niños(as) y jóvenes españoles(as) destaca como uno de los más alarmantes: han sido golpeados(as) más duro por la crisis y pagarán las consecuencias durante más tiempo, en ocasiones de por vida.

Si en los países más desarrollados de nuestro entorno se está incrementando la brecha en muchos indicadores sociales, sanitarios y educativos en este grupo de la población más vulnerable, España se ha convertido en el paradigma de esta tendencia. De acuerdo con el informe de UNICEF, *Equidad para los niños. El caso de España*, ni la generación de nuestros hijos(as) tiene la certeza de que vivirá igual o mejor que nosotros(as), ni las instituciones públicas, ni el esfuerzo de la organizaciones no gubernamentales, han sido capaces de garantizar la red básica de protección que hasta ahora habíamos dado por sentada (UNICEF, 2016). De hecho, desde los años 80 los riesgos de pobreza se han desplazado de los mayores a los(as) jóvenes, lo que es indicador de la eficacia protectora del sistema de pensiones y del fracaso de los sistemas de protección para la infancia sobre todo en épocas de crisis.

En consecuencia, la crisis económica en España ha situado a los indicadores negativos relacionados con la infancia en valores elevados y por encima de los correspondientes a la media de la Unión Europea (tabla 2).

Esta situación de incremento de la pobreza conlleva, para niños y niñas, desventajas en aspectos relacionados con la salud, el bienestar, la seguridad, la estabilidad, la calidad del entorno, etc., que les perjudican en el presente y comprometen seriamente su futuro. Así, por ejemplo, si analizamos la evolución del bienestar infantil en España, observamos como se ha producido un deterioro del mismo en años de la

Tabla 2. Indicadores de la situación de la infancia en España (Fuente: Infancia en Datos. UNICEF. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

Criterio	España	UE
Niños(as) en riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE) en 2015	34,4%	27,7%
Niños(as) que viven en hogares con muy baja intensidad de trabajo en 2015	12%	9,7%
Riesgo de pobreza en hogares con niños(as), con adultos ocupados en 2014	16,1%	11,2%

Tabla 3. Lugar que ocupa España en los distintos indicadores de bienestar infantil entre los 29 países más desarrollados (Fuente: UNICEF).

Posición global	Bienestar material	Salud y seguridad	Educación	Conductas de riesgo	Vivienda y entorno	Global de las 5 dimensiones
19	24	9	26	20	9	17,6

crisis. En el Informe Anual de UNICEF, *Child well-being in rich countries. A comparative overview*, España bajó en el ranking de la mayoría de los países más desarrollados del mundo, desde el quinto lugar a principios de siglo entre 21 países, hasta el puesto 19 entre 29 países en 2009/2010 (UNICEF, 2013). La tabla 3 presenta la posición relativa de España en las distintas dimensiones que se contemplan en dicho estudio. Educación y bienestar material son las dimensiones en la que España sale peor parada.

Ya hemos reseñado que cuando el desempleo, la precariedad y la deuda arrasaron con los ingresos de los hogares españoles, la respuesta de las instituciones públicas fue debilitar el entramado de protección social que se había construido durante años, lo que ha situado a España como el quinto país más desigual de Europa según UNICEF (2016). Este deterioro significativo en los determinantes sociales de la salud y el bienestar de los niños españoles se concreta en temas como: alimentación, condiciones de la vivienda (hacinamiento, reducción en el gasto de energía), gastos de educación, ocio y tiempo libre (Rajmil, Siddiqi, Taylor-Robinson y Spencer (2015). Un dato muy relacionado con estos hechos y con posibles repercusiones sobre la salud mental de niños(as) y adolescentes es la alta tasa de abandono escolar temprano, ya que se sitúa por encima del 28% (Fernández-Rivas y González-Torres, 2013).

La adversidad económica, la pobreza o el paro prolongado de los padres se ha asociado con problemas de salud mental en la infancia y adolescencia en España: riesgo de depresión, abuso de sustancias como el alcohol, actividad sexual temprana, conducta criminal, etc. En adolescentes se ha constatado también un sentido de impotencia y sentimientos de vergüenza e inferioridad ante la conciencia de las dificultades económicas familiares. Recientemente, Padilla-Moledo, Ruiz y Castro-Piñero (2016) encontraron que los niños(as) cuyos padres no tenían un nivel educativo superior (la crisis ha disminuido las ayudas para el acceso a estudios superiores) presentaban mayor probabilidad de tener menor rendimiento académico, satisfacción con la vida más baja, una percepción peor de su estado de salud y más problemas de salud.

Aunque en la actualidad no disponemos de suficientes datos sobre los consecuencias de la crisis económica en España en niños(as) y adolescentes, si se puede inferir, a partir de lo descrito en párrafos anteriores, un incremento del riesgo de que genere déficits en el desarrollo cognitivo, emocional y físico en menores de edad, con consecuencias en su salud y bienestar psicológico. Esta situación los convierte en objetivo prioritario para una intervención psicosocial de

carácter tanto asistencial como preventiva.

Personas migradas

Otro grupo de población vulnerable que ha sido especialmente maltratado por la crisis económica es, sin duda, el constituido por las personas migradas. Cuando llegan a nuestro país la mayoría ya se encuentra en una situación de alto riesgo social. Además, ser blanco o negro, cristiano o musulmán, mujer u hombre, adulto o menor, etc., condicionan de forma importante sus posibilidades de integración. Si a lo anterior añadimos, la desorientación en las primeras fases del asentamiento, su situación de *sin papeles*, las dificultades de acceso al trabajo y/o a viviendas dignas, su posible falta de redes sociales de apoyo, el desconocimiento del idioma, de los modos de vida, el racismo biológico-cultural al que han podido verse sometidos, así como la insuficiencia de recursos de atención adecuados a sus necesidades, el riesgo de exclusión social se eleva exponencialmente (Martínez, Calzado y Martínez, 2011).

Un buen ejemplo de esta situación son los jóvenes subsaharianos que fácilmente llegan a convertirse en personas desarraigadas, solitarias, sin expectativas de futuro y con una problemática profunda de desestructuración personal. Pasearse por ciertas zonas de las grandes ciudades permite constatar y comprender *in situ* las distintas caras del fenómeno migratorio y su vinculación con la exclusión social: junto a jóvenes subsaharianos, sin aparente deterioro mental o físico, dedicados al *top manta*, y bien relacionados con sus compatriotas, podemos observar grupos de extranjeros, con aspecto desaliñado, con adicciones, con conductas públicas poco correctas y que se encuentran inmersos en procesos

de exclusión social.

En párrafos anteriores ya hemos señalado que el desempleo es una de las principales consecuencias de la crisis y a la vez se relaciona con peores indicadores en el ámbito del bienestar, la salud en general y de la salud mental en particular. Pues bien, si analizamos la evolución del paro como indicador del impacto de la crisis sobre este colectivo, nos encontramos, según la Encuesta de Población Activa (EPA), que si bien desde el comienzo de la recesión fue creciendo el desempleo entre la población española, aún lo hizo a mayor ritmo entre las personas inmigradas.

En la figura 3 se muestra como un año antes de la crisis económica la diferencia en el porcentaje de parados entre ambas poblaciones era algo inferior a 5 puntos, y esta cifra se fue incrementando hasta superar los 14 puntos en 2011 y 2012, para situarse en torno a los 12 puntos en los años siguientes (INE, 2007-2015).

La fragilidad de esta situación laboral ha conducido a las personas inmigradas a una situación de *sub-proletariado* y a competir o compartir empleos, escuelas, viviendas, servicios sociales y espacios de ocio con las capas más bajas de la población autóctona. Las personas inmigradas que están sufriendo la crisis de forma más encarnizada y se sitúan en situación de exclusión social o al borde de ella son: (1) las que están en situación irregular; (2) las que dependían de contratos temporales o trabajaban en sectores con mucha fluctuación en materia de empleo; (3) las que tenían dificultades lingüísticas, de reciclaje formativo, de reconocimiento de títulos, etc.; o (4) las que tenían un colchón social y familiar más frágil.

Agudelo-Suárez, Gil-González y Ronda-Pérez (2009)

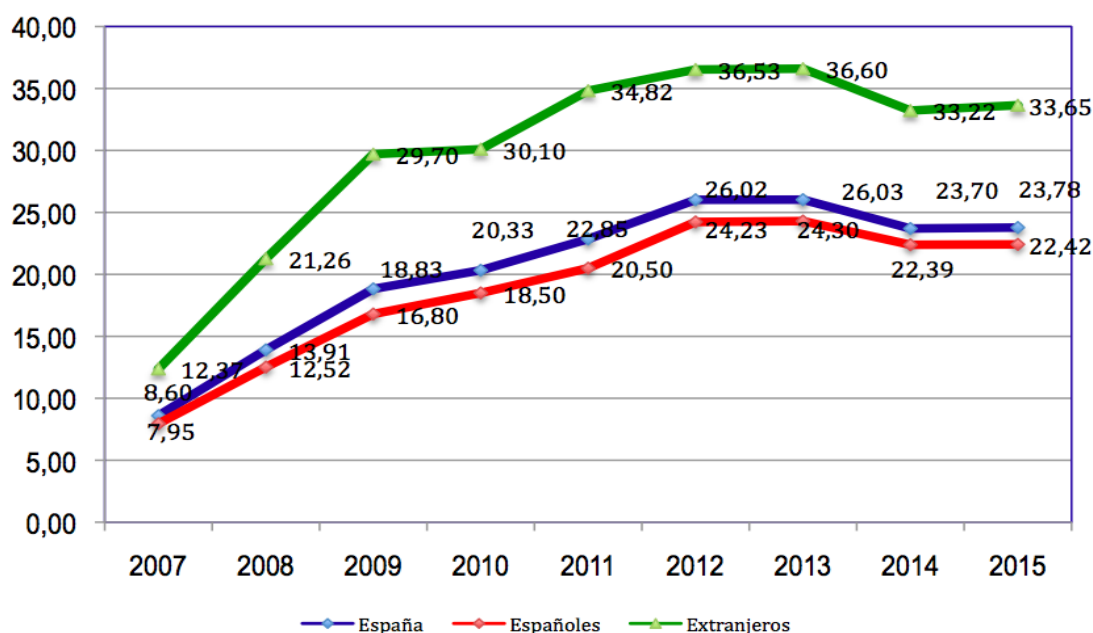


Figura 3. Evolución del paro en España en población autóctona y en personas inmigradas (Fuente: Encuesta de Población Activa, INE, 2007-2015).

informaron que las personas inmigrantes componentes de su muestra de estudio (rumanos, ecuatorianos, marroquíes y colombianos) relataron casos de discriminación en su comunidad y en la vida laboral, como experiencias de racismo, maltrato y condiciones precarias de trabajo en comparación con la población autóctona. Sus posibilidades de trabajo se centraban en la construcción, la hostelería, el servicio doméstico y la agricultura, mientras que describieron serias dificultades para encontrar trabajo en otros sectores, sobre todo en la administración pública.

En relación a la salud, las personas inmigradas al llegar al país de acogida presentan, en general, un estado de salud mejor que el de la población autóctona, en lo que se ha venido en llamar el *efecto del inmigrante sano* (Uretsky y Mathiesen, 2007). Sin embargo, con el paso del tiempo el estado de salud va aproximándose al del grupo socio-económico equivalente dentro de la población de acogida.

Ya hemos visto que durante la crisis económica ha aumentado el porcentaje de ciudadanos en situación de vulnerabilidad social y económica. Aumenta la proporción de grupos de población susceptibles de experimentar un empeoramiento en su calidad de vida, bien por partir de condiciones precarias previas o por estar ocupados en los sectores más afectados por la recesión, entre los que se encuentran las personas inmigrantes. Esto les hace, en general, más vulnerable a desarrollar un peor estado de salud, debido a una mayor exposición a peores determinantes sociales de salud, como la menor capacidad adquisitiva o condiciones de vida y trabajo precarias (Vázquez, Vargas y Aller, 2014).

Los efectos de la crisis sobre la salud de la población inmigrante también se relacionan con las respuestas institucionales directas e indirectas, por ello, debemos mencionar que en España se adoptó una medida que afectó de manera muy importante a una parte del colectivo de población extranjera. Fue la publicación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, que dejó fuera del acceso a la atención sanitaria a una parte de las personas inmigrantes en situación irregular, transformando el derecho de atención a la salud basado en la ciudadanía a un derecho basado en las cotizaciones a la Seguridad Social (Martín, Martínez y Martínez, 2014). Sólo las urgencias y la asistencia materno-infantil quedaron cubiertas para este colectivo. En consecuencia se dificultó el control de patologías crónicas, el diagnóstico precoz y el tratamiento de enfermedades, la prevención y promoción de salud, etc., lo que podría traducirse en un empeoramiento de la salud de este colectivo (Vázquez, Vargas y Aller, 2014).

En la actualidad no se disponen de datos fiables que nos permitan conocer con precisión cómo la crisis económica ha afectado a la salud de la población inmigrante. Sin embargo, teniendo en cuenta que antes de la crisis este colectivo tenía unos peores determinantes sociales e institucionales, y que han sufrido en mayor medida el drama social del paro, podría inferirse una mayor afectación de

la salud mental a corto y mediano plazo (Vázquez, Vargas y Aller, 2014).

Agudelo-Suárez, Ronda, Vázquez-Navarrete, García, Martínez y Benavides (2013) compararon la salud mental en dos muestras de inmigrantes de Marruecos, Ecuador, Rumania y Colombia entre 2008 y 2011. Sus resultados ponen de manifiesto un aumento de la prevalencia de mala salud mental entre los inmigrantes en paro, que perdieron el empleo, con bajos salarios, y con carga familiar. Estos resultados son consonantes con la hipótesis ya referida de que el empeoramiento de las condiciones de empleo y la carga familiar afectan a la salud mental de las personas. Estos resultados debemos relacionarlos con el síndrome del estrés crónico del inmigrante o *Síndrome de Ulises*, descrito por Achotegui (2006), ya que la crisis económica lo que hace es intensificar las situaciones estresantes y alargarlas en el tiempo.

No podemos dejar de mencionar a las mujeres inmigrantes, sujetas a una triple discriminación, la machista, la etnocultural y la derivada de su condición de inmigrante. Al igual que en la población autóctona, las mujeres inmigrantes suelen padecer más que los hombres las consecuencias negativas del estrés (Sayed-Ahmad; 2008; Carrera, 2010), agravado por tener menos recursos económicos que aquellos, la consecuente mayor dependencia y aislamiento social, la machista explotación laboral, o las dificultades para conciliar mundo familiar y laboral. Precisamente, en muchos grupos de mujeres inmigradas les corresponde a ellas reajustar los procesos de aculturación en el ámbito familiar, compaginando los valores, creencias y comportamientos propios de su cultura de origen con sus correspondientes en la nueva sociedad.

Los síntomas que con mayor frecuencia sufren las mujeres inmigrantes son los vinculados al estrés crónico, por lo que es de esperar que se hayan agudizado en situación de crisis económica prolongada: tristeza, ansiedad, insomnio, llanto continuo, trastornos del humor y en ocasiones intentos de autolisis (Sayed-Ahmad, 2006; Carrera, 2010). Según Frias *et al.* (2008) los cuadros psicopatológicos más comunes recogidos por la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, son: trastornos adaptativos, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos somatomorfos.

Otro aspecto a tener en cuenta cuando nos acercamos a la salud mental de la población inmigrante en momentos de crisis se refiere a las dificultades sobreañadidas en el acceso y calidad de la atención sanitaria. Aunque hay escasos estudios sobre este tema, en este trabajo queremos abordar brevemente la adecuación de los servicios de salud mental cuando lo analizamos desde la perspectiva de la diversidad humana. Sandhu, Bjerre, Dauvin *et al.* (2013) exploraron a través de un estudio cualitativo las experiencias de los profesionales en la prestación de servicios en salud mental a inmigrantes en 16 países europeos. Encuentran diferencias

en la calidad de la atención con respecto a la población general que explican por la existencia de barreras en el acceso al servicio, los excesivos procedimientos administrativos utilizados, los patrones culturales de conducta de los(as) usuarios(as) inmigrantes, y a los prejuicios y la incertidumbre de los(as) profesionales en el tratamiento de estos(as) pacientes.

Los(as) profesionales de los 16 países encuestados coincidieron en la existencia de tres temas principales respecto de la calidad y adecuación de la asistencia: dificultades para un adecuado diagnóstico, para desarrollar un clima de confianza, y un mayor riesgo de marginación al sumarse los problemas psicológicos con las especiales dificultades por las que pasan estas personas. Los factores que explicaban estos problemas fueron: las barreras del idioma, las diferencias culturales en valores, creencias y expectativas de la atención, las experiencias traumáticas anteriores de los(as) pacientes, la desconfianza en el(a) profesional y el sistema sanitario, etc. Ya Saldaña (2001) describió algunas de estas disonancias relacionales y terapéuticas como consecuencia de la diferencia cultural, asimetría de conocimientos y de poder entre profesional y usuario(a), etc. (tabla 4).

Tanto los déficits en el acceso a los recursos sanitarios como la inadecuación de la atención recibida se han venido relacionando con las carencias de las personas inmigrantes en temas como: escaso dominio del idioma, falta de hábitos adecuados en el uso de los servicios, búsqueda de otros recursos alternativos dentro de la comunidad étnica (sanadores, curanderos, entre otros), etc. En la actualidad, y desde la perspectiva de la diversidad y de la opresión (enfoque ecológico-cultural), los problemas de las personas inmigrantes (y de las minorías en general) en el uso de los servicios sanitarios se explican poniendo especial énfasis en las estrategias (conscientes o inconscientes) que sigue el grupo (o

cultura) dominante para mantener su situación de privilegio respecto del acceso y disfrute de los recursos (Martínez y Martínez, 2006; Martín, Martínez y Martínez, 2014).

De acuerdo con esta perspectiva, serían las características organizacionales de los propios servicios sanitarios (ausencia o escasa sensibilidad hacia la diversidad humana) los referentes de primer orden para explicar los problemas de accesibilidad y calidad de la atención recibida por las personas inmigrantes. En concreto: (1) falta en el servicio de un ideario comprometido con la diversidad; (2) condiciones de desigualdad excesiva de poder en la relación profesional sanitario-usuario(a); (3) prácticas administrativas y atención no adecuadas a las características de las personas inmigrantes; (4) profesionales escasamente concienciados(as) o preparados(as) para atender a estos(as) nuevos(as) usuarios(as) que configuran la realidad multicultural en los países europeos. Con la crisis, esta falta de competencia cultural de las organizaciones sanitarias se ha agravado no sólo por una reducción de los propios servicios, sino porque se ha frenado la preparación de los(as) profesionales para atender a este sector de la población.

Crisis económica y convivencia intercultural

La crisis económica no sólo está teniendo repercusiones sobre la salud física y mental de las personas, sino que también está afectando a la salud social, es decir a la buena convivencia entre diversos grupos sociales en contextos cada vez más multiculturales como consecuencia del fenómeno migratorio. En efecto, las personas inmigrantes acaban asentándose en comunidades locales dinámicas, complejas y que tienen su propia idiosincrasia y acervo histórico-cultural. Con la inmigración se ha incrementado la diversidad en estos contextos comunitarios y hace que personas de distinta

Tabla 4. Posibles errores en el proceso terapéutico en un contexto intercultural (Saldaña, 2001).

<i>Cliente/Usuario(a)</i>	<i>Profesional/Terapeuta</i>
COMPROMISO	
1. Se da cuenta de las diferencias culturales	1. Se da cuenta de las diferencias
2. Percibe distancia social	2. Percibe distancia social
3. Cree que el(a) terapeuta no lo quiere comprender	3. Utiliza pautas estándares de comunicación
4. Teme ser juzgado(a)	4. Ve al usuario(a) de forma estereotipada
5. Manifiesta elevada ansiedad en la relación	5. Manifiesta un aumento de la ansiedad en la relación
ALIANZA TERAPÉUTICA	
1. No desarrolla un buen rapport con el(a)terapeuta	1. Cree que el(a) usuario(a) es resistente
2. Se siente incomprendido(a)	2. No comprende al(a) usuario(a)
3. Manifiesta mucha desconfianza	3. No responde adecuadamente a la desconfianza
4. Disminuye su auto-revelación	4. Ve al(a) usuario(a) sin motivación o psicológicamente no mentalizado(a)
RESULTADOS	
1. Muestra frustración y ansiedad	1. Muestra ansiedad y frustración
2. Cancela las sesiones	2. Manifiesta mala alianza; puede hacer un mal diagnóstico
3. Falla en las citas	3. Percibe una planificación defectuosa del tratamiento
4. Abandona prematuramente el tratamiento	4. Observa resultados erróneos

raza, etnia, religión, etc., se vean implicadas en relaciones de interacción y convivencia cotidiana. Los resultados en este nuevo escenario pueden ser muy diversos porque, a pesar del discurso imperante sobre igualdad y solidaridad en los países receptores, la comunidad de acogida sigue percibiendo en gran medida a la inmigración como una amenaza realista y/o simbólica (Stephan y Renfro, 2002) hacia su estatus de privilegio, bienestar e identidad cultural: creencias erróneas sobre la inseguridad ciudadana, sobre el incremento del paro, sobre la pérdida de identidad de las comunidades, sobre la incompatibilidad entre los distintos patrones culturales, etc. Ello condiciona las relaciones intergrupales y favorece la aparición de conductas defensivas (discriminatorias y racistas) dirigidas a mantener el control y la superioridad sobre los(as) inmigrantes.

Estas percepciones y evaluaciones contextuales se agravan aún más durante los períodos de crisis económica y social como estamos comprobando en Europa con el auge de conductas racistas y xenófobas, y de los partidos nacionalistas y de extrema derecha. El reto de los(as) científicos(as) sociales está en construir convivencia y comunidad en esos contextos comunitarios sustentados en la diversidad humana en relación al origen nacional, cultura, religión, objetivos vitales, etc. (Martínez, Calzado y Martínez, 2011).

La investigación en el área de las relaciones intergrupales ha constatado que muchos problemas de convivencia intercultural se sustentan en un conflicto (Sheriff, 1966) por el acceso de las personas a los recursos materiales, sociales, simbólicos etc. que les permiten satisfacer sus necesidades. En el caso que nos ocupa, el conflicto se establece en el marco de una relación intergrupala asimétrica: un grupo dominante o mayoritario (población autóctona) y otro grupo no dominante o minoritario (población alóctona). En contextos

de crisis económica, el conflicto se inicia ante la percepción (espontánea o inducida) de que los recursos disponibles en la sociedad son escasos (puestos de trabajo, prestaciones sociales, etc.), y que existen otros grupos sociales salientes (personas migradas) que compiten también por esos recursos. Ante esta situación, la población autóctona desarrolla el denominado *estrés por los recursos*, que se manifiesta de dos formas: (1) como una percepción cognitiva de amenaza en forma de creencias del tipo suma cero: los recursos que reciben las personas migradas es a costa de quitárselos a la población autóctona; y (2) como una percepción afectiva de amenaza en forma de miedo y ansiedad.

El conflicto intergrupala se desarrolla con un progresivo deterioro de las imágenes mutuas, es decir, originándose estereotipos negativos sobre las personas migradas. En el caso de la población autóctona, al ser el grupo dominante, el estereotipo negativo que elaboran sobre aquellas (poca cualificación, pereza, con muchas exigencias, sin asumir responsabilidades, sin querer integrarse, etc.), les serviría para justificar sus esfuerzos para relegarlas a posiciones inferiores en el mercado laboral y en la sociedad en general. Surge así la discriminación y la hostilidad intergrupala. Algunos de estos procesos psicosociales vienen reflejándose en los datos de las encuestas que periódicamente realiza en España el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

De acuerdo con esas encuestas sobre las actitudes hacia la inmigración, se pone de manifiesto que, desde los primeros años de la crisis, se produce un empeoramiento de la valoración que hace la población española tanto de la situación económica del país como de la propia inmigración y las personas inmigrantes. La figura 4 muestra, solo con algunos indicadores, el incremento significativo del porcentaje de la población española que está preocupada

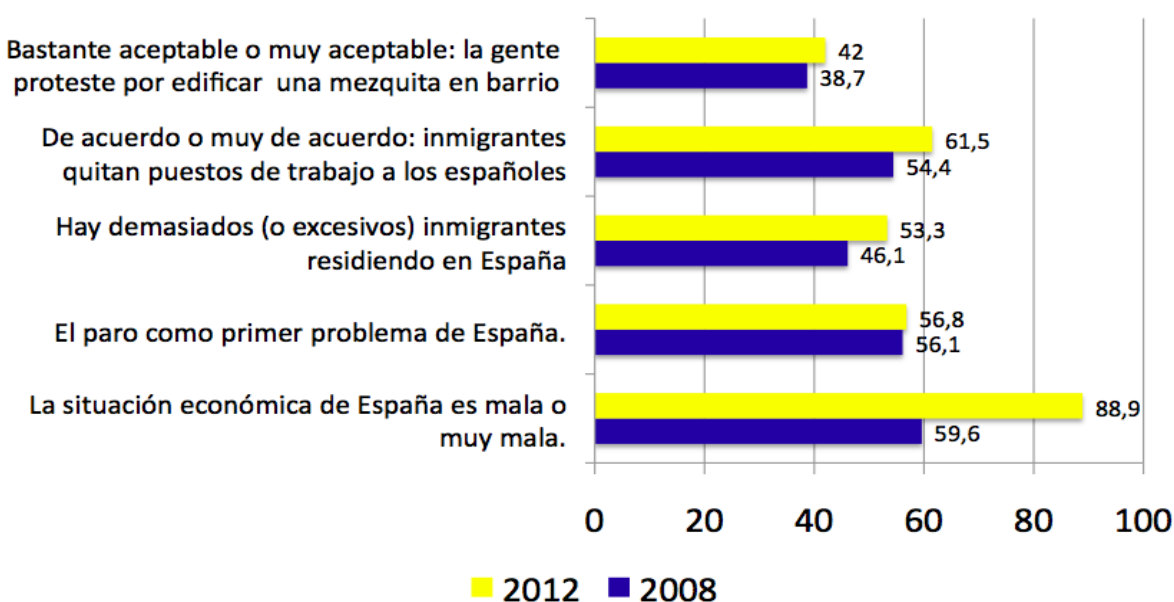


Figura 4. Valoración de la población española (%) del contexto económico y migratorio (CIS, 2008, 2012).

por la situación económica, por el paro, y cómo la inmigración y las personas inmigrantes suponen una amenaza al mercado laboral o a la identidad cultural de su comunidad (CIS, 2008; 2012).

En una investigación propia realizada en un contexto comunitario, hemos encontrado resultados similares sobre la valoración de personas inmigrantes (Martínez, Martínez y Calzado, 2014). Al evaluar el prejuicio manifiesto hacia personas latinoamericanas y marroquíes, se constató un incremento significativo entre los valores obtenidos en 2007 y en 2012 en las escalas de amenaza y rechazo, destacando la creencia de que los inmigrantes ocupan puestos de trabajo que deberían ser para los españoles. Del mismo modo creció de forma importante el porcentaje de prejuiciosos fanáticos según la categorización de Pettigrew y Meertens (1995). El estatus laboral (ocupado vs. en paro) y el nivel de ingresos de los(as) entrevistados(as) fueron determinantes en el incremento del prejuicio hacia las personas inmigrantes en el estudio de 2012.

Estos resultados explicarían en parte el incremento de problemas de convivencia que empiezan a ser cada vez más frecuentes. Ya en un estudio sobre la inmigración en los medios de comunicación durante 2008 se informaba de un aumento de conflictos sociales, sobre todo actos delictivos y violentos, en los que estaba implicada la población inmigrante o extranjera como agresora, como víctima o como ambas cosas a la vez. El gentilicio también fue noticia de forma continuada: “no muere una persona con nombres y apellidos, agrede, fallece, delinque o es asesinado o ha delinquido un boliviano, un ecuatoriano o un marroquí” (Lorite, 2008, pág. 4).

En esta misma línea, el editorial del informe RAXEN de 2009 sobre la intolerancia en España, indicaba que la irrupción de la crisis neoliberal de acumulación de capital, la debilidad del estado del bienestar y el agotamiento de los actuales proyectos democráticos, está configurando un escenario muy duro para los grupos sociales más vulnerables (Ybarra, 2009). Esta situación, concluye dicho editorial, está sirviendo para que proliferen quienes explotan todo tipo de contradicciones y conflictos sociales para alimentar el odio y la intolerancia xenófoba. En el informe de 2012, el mismo autor titula su editorial *Europa en Crisis: tolerancia o barbarie*, y plantea que en Europa es un hecho probado el aumento de la xenofobia, del rechazo de las confesiones religiosas y en general la intolerancia en todos los ámbitos (Ybarra, 2012).

De acuerdo los informes sobre la evolución de los delitos de odio en España, podemos indicar que la situación que hemos reflejado en los párrafos anteriores se ha venido manteniendo hasta nuestros días. El número de *delitos de odio* acontecidos en España fue de 1.172 incidentes registrados en 2013, de 1.285 en 2014 y de 1.328 en 2015. De ellos, el 32'25%, el 37% y el 38'2%, respectivamente, fueron delitos por racismo y xenofobia (Ministerio del Interior, 2013, 2014, 2015).

También en este contexto pensamos que la Psicología viene dando evidencia de estrategias eficientes para lograr una convivencia positiva y enriquecedora basada en la mejora de las relaciones intergrupales.

Crisis económica, bienestar psicológico e intervención psicosocial

En apartados anteriores hemos intentado de forma resumida exponer algunas de las consecuencias psicosociales negativas que la crisis económica ha tenido sobre una parte importante de la población española. Se han mostrado evidencias de la existencia de problemas psicológicos en una amplia gama de categorías (trastornos de ansiedad, adicciones, trastornos emocionales, desempoderamiento psicológico, intentos de autolisis, disminución del rendimiento laboral o escolar, etc.) y que los peores resultados se han dado en la población que ya estaba en una situación de mayor vulnerabilidad social y/o en riesgo de exclusión social. También se ha puesto de manifiesto la importancia de los factores psicosociales como moderadores de esos efectos negativos sobre la salud y el bienestar psicológico de las personas, grupos y comunidades.

Los profesionales de la Psicología en España vienen participando desde el principio de la crisis en la atención a las personas que están sufriendo pérdida de empleo, paro prolongado, disminución significativa de sus recursos financieros, desahucios, etc. Lo están haciendo, además, tanto desde unos servicios públicos de salud mental, disminuidos por los recortes económicos, como desde el tercer sector a través de programas específicos dirigidos a este grupo poblacional. Si bien la Psicología Clínica ocupa un importante papel en la atención a los correlatos psicopatológicos de la crisis, en este trabajo vamos a referirnos a la perspectiva psicosocial de la intervención, dado el importante papel que juega en estas situaciones factores como los vínculos de apoyo social, el nivel de conciencia crítica, el grado de motivación para ejercer el control vital, el nivel de autoestima y autoeficacia, etc.

Este enfoque psicosocial de la intervención a personas que están sufriendo las consecuencias de la crisis económica está también justificado en base la propia naturaleza de esta perspectiva. Recientemente, en un Encuentro Nacional de representantes autonómicos de la División de Psicología de la Intervención Social (DPIS), se consensuó la *Misión* de esta especialidad psicológica:

Promover el bienestar psicológico y social de personas, grupos y comunidades, especialmente de aquellas que se encuentran en una situación de desventaja, a través de cambios que conduzcan a una sociedad más justa, estableciendo redes e interacciones sociales que faciliten su empoderamiento, y usando modelos y metodologías propias de la Psicología; (asimismo, la

Psicología de la Intervención Social) *debe influir en las políticas sociales formando parte de los procesos que generan el cambio normativo* (DPIS, 2015).

Igualmente, en dicho Encuentro se estableció que las metas implicadas en esa *Misión* y las estrategias para alcanzarlas deberían guiarse, en todos los niveles del proceso interventivo, por una serie de valores entre los que destacamos los siguientes:

- *Perspectiva ecológica* que tenga en cuenta el medio ambiente físico y social, así como las nuevas realidades que se están generando en una sociedad en continuo cambio.
- *Promoción y valoración de la diversidad humana afirmativa*, en la seguridad que ello determina una sociedad más justa y mayor bienestar individual, grupal y comunitario.
- *Equidad y justicia social*, que implica una sociedad donde priman unas relaciones sociales simétricas en los niveles interpersonal e intergrupal, y una distribución justa de los recursos.
- *Empoderamiento* como referente para un desarrollo autónomo de las personas (grupos y comunidades) que les permita definir metas razonables en sus vidas y establecer estrategias para lograrlas, previniendo la dependencia y la alienación.

Con estos presupuestos, describiremos a continuación algunas estrategias significativas que pretenden contribuir a mitigar los efectos psicológicos de la crisis sobre la población. Dado que los factores intervinientes son muy amplios y, en consecuencia, también lo son la forma de abordarlos, nos limitaremos a describir brevemente sólo algunas experiencias.

Adecuando el concepto de bienestar a la justicia social

Antes de abordar algunas experiencias dirigidas a paliar las consecuencias negativas de la crisis económica, nos parece oportuno reflexionar brevemente sobre el concepto de bienestar que es, en definitiva, el objetivo último de nuestras intervenciones.

Los modelos clásicos de bienestar sitúan a este constructo casi exclusivamente en el nivel individual, y lo estructuran en dimensiones estrictamente psicológicas tales como la cognitiva y la afectiva (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Ryff y Keyes, 1995). Sin embargo, esta manera de abordar el bienestar nos parece insuficiente porque los grupos sociales en desventaja y los contextos en los que vamos a desarrollar nuestras intervenciones nos obliga a considerar otras dimensiones del bienestar. Desde la Psicología Social y Comunitaria se vienen promoviendo enfoques *socialmente comprometidos* que vinculan bienestar,

equidad y justicia social, y que trascienden las definiciones tradicionales médicas y psicológicas. Estos enfoques pueden servir de referentes interventivos para explicar y abordar los problemas psicosociales derivados de la crisis económica, que no deja de ser una situación de injusticia social para una parte importante de la población.

En esta línea, Prilleltensky (2008) entiende que los problemas que sufren las personas que pertenecen a los grupos sociales en desventaja se sustentan en una injusta y opresiva distribución del poder y, por tanto, de capacidad de influencia y de recursos. Bajo este supuesto, entiende que el bienestar es un constructo multidimensional y piramidal, en cuyo nivel superior se sitúa el individuo, en el inferior la sociedad (con su infraestructura económica y la superestructura cultural), y en el nivel intermedio estarían la familia, la escuela, el lugar de trabajo, etc. Estos niveles están interrelacionados de tal forma que, por ejemplo, el bienestar del individuo se sustenta en el bienestar de la familia nuclear, y el bienestar de la familia, a su vez, se relaciona con el bienestar comunitario y social.

El bienestar también se vincula a la satisfacción de necesidades, pero su propuesta trasciende lo puramente individual. El bienestar solo se lograría mediante la satisfacción simultánea, equilibrada y contextualizada de las necesidades en tres niveles ecológicos: personal (como la autoestima), relacional (como el cuidado) y el colectivo (como el acceso a los recursos sociales). Así por ejemplo, el bienestar se lograría si se satisfacen las necesidades personales como la salud, la autodeterminación o las oportunidades de crecimiento, y también las necesidades colectivas como la atención adecuada de la salud, la protección del medio ambiente, las políticas de bienestar e igualdad económica, etc. (Prilleltensky, 2008).

La inclusión de la dimensión colectiva (acceso a los recursos comunitarios para la satisfacción de las necesidades) como requisito para alcanzar el bienestar, nos lleva a relacionar este constructo con la justicia social, piedra angular del desarrollo socio-político propuesto por Watts, Williams y Jagers (2003). Para estos autores, la justicia social sería la meta central de la Psicología, por lo que desde una perspectiva aplicada los programas de intervención deben enmarcarse en las políticas que corrijan las desigualdades sociales, físicas, educativas, etc. Prilleltensky (2012) también refiere que el trabajo (las intervenciones) en Psicología debe tener un claro tinte socio-político, en lo que ha venido en denominar validez psico-política: necesidad de que los resultados teórico-prácticos promuevan a la vez bienestar y justicia (procedimental y distributiva) mediante la reducción de las desigualdades de poder a través del cambio social.

En estos momentos de crisis económica, que tanto sufrimiento está produciendo en grandes colectivos de personas (sobre todo en los grupos más vulnerables), la Psicología, y en especial la Social y Comunitaria, debe desvincularse

de las estructuras de poder que generan y perpetúan situaciones de opresión, y apostar por el cambio social. Sin embargo, con mucha frecuencia las intervenciones psicológicas promueven el *statu quo* poniendo un excesivo y casi exclusivo énfasis en los cambios individuales; se olvidan del nivel ecológico relacional y colectivo, así como de posibilitar cambios psicosociales estructurales que varíen las relaciones opresivas de poder entre los actores de un contexto comunitario dado. Con ello lo que se consigue muchas veces es adaptar (acomodar) a las personas a las circunstancias injustas (opresivas) a las que se ve sometido para minimizar los efectos negativos de las mismas, en vez de generar procesos de cambio individual, relacional y social que conlleven una redistribución justa y equitativa de los recursos. Cuando intervenimos con población inmigrante, por ejemplo, no debemos enfocar las intervenciones exclusivamente en mejorar sus competencias individuales lingüísticas, profesionales, etc., entendiendo que su integración social en el país de acogida depende sólo de su esfuerzo adaptativo; debemos procurar también que se den unas relaciones interculturales simétricas con la población autóctona que posibiliten el intercambio de apoyo y el enriquecimiento mutuo, así como un contexto comunitario y social que promuevan el respeto a la diversidad humana y un acceso equitativo de los recursos sociales.

En síntesis, esta orientación en Psicología que considera de forma pareja justicia social y bienestar, está asentada en las evidencias empíricas de su interrelación y lleva generando un debate muy productivo en la disciplina desde hace ya algunos años. En relación al abordaje de la crisis económica que nos ocupa en este trabajo, apoyamos la idea de que el bienestar, en sus distintos niveles ecológicos descritos, se debe construir en el marco de políticas que corrijan las desigualdades físicas, educativas sociales, políticas, etc., y que la lucha por la justicia social debería constituir un foco central del trabajo en Psicología (Watts, Williams y Jagers, 2003).

En el ámbito profesional, el reto para los(as) psicólogos(as) sociales y comunitarios(as) está en diseñar intervenciones válidas desde el punto de vista psico-político, y que promuevan espacios en los distintos contextos sociales (comunidad, hospitales, escuelas, familias, lugares de trabajo, etc.) donde el bienestar se logre a través una satisfacción equilibrada de necesidades personales, relacionales y colectivas, y la eliminación de las relaciones opresivas entre el grupo (cultura) dominante y los grupos en desventaja social.

Empoderando a las personas frente a la crisis

Como ya planteara Bronfenbrenner (1986), las transiciones demarcan *periodos de desequilibrio personal y/o social*, que requieren cambios y adaptación en muchas áreas vitales más profundos que los propios de la vida diaria, lo que incrementa la vulnerabilidad y el riesgo psicosocial. En

la crisis actual se dan procesos de transiciones ecológicas severas tales como el paso de una situación de empleo estable a otra de empleo inestable o de desempleo. Estamos ante *acontecimientos vitales potencialmente estresantes* y causas frecuentes de reacciones emocionales intensas en el individuo, que pueden convertirse en perjudiciales en función de la duración de los mismos y la forma como se afrontan. Como ya hemos reseñado, estas circunstancias negativas se están perpetuando para una parte de la población por lo que la intervención está justificada por tres motivos: (1) prevenir posibles desajustes psicológicos; (2) abordar los que ya se hayan podido producir; y (3) en cualquier caso para ayudar a superar la crisis.

Son distintas las experiencias que se están llevando a cabo en España para atender a este grupo de población. Basadas en las teorías del estrés, el empoderamiento psicológico o el apoyo social, las metas de estas experiencias se centran no sólo en incrementar la *resiliencia* de las personas para hacer frente a las situaciones difíciles y sobreponerse a ellas, sino empoderarlas para que de forma activa vuelvan a tomar el control de sus vidas: incrementar su conciencia crítica, mejorar el control emocional y la toma de decisiones en relación a la búsqueda de soluciones a sus problemas.

En concreto, describimos brevemente un programa de intervención que se está llevando a cabo en Andalucía Occidental y patrocinado por el Colegio Oficial de Psicología de esa región. Se trata de proporcionar, en un contexto comunitario, una primera ayuda psicológica, es decir, una respuesta humana y práctica de apoyo a personas en graves situaciones de crisis o que han experimentado un hecho extremadamente angustiante (OMS, 2012). Con una perspectiva ecológica, esta primera ayuda psicológica proporciona un marco de trabajo en el que se respeta la dignidad, cultura y capacidad del individuo, teniendo en cuenta la interacción entre los factores personales y ambientales, tales como: naturaleza y gravedad de los acontecimientos que experimentan, experiencia con acontecimientos angustiantes anteriores (evaluación cognitiva y afrontamiento), sistema de apoyo social (vínculos sociales de apoyo), nivel de salud física y mental previa, cultura y tradiciones, etc.

Del mismo modo que otras intervenciones comunitarias con personas en riesgo, el programa adopta la forma de taller psico-educativo. Este formato se ha mostrado muy eficiente ya que: (1) puede llegar a un mayor número de personas en momentos de escasos recursos para la intervención; (2) se sustenta en el paradigma de la autoayuda: personas con similares circunstancias reciben y proporcionan ayuda en el mismo contexto; (3) posibilitan el aprendizaje grupal en conocimientos, actitudes y comportamientos en relación a los problemas que le son comunes.

El grupo diana está constituido por personas adultas de ocho municipios que han decidido participar en el programa. La selección de las mismas se realiza desde los Servicios Sociales Comunitarios de entre aquellas que se encuentran en

una situación de especial dificultad económica: desempleo prolongado, falta de ingresos, dificultades para hacer frente a pagos, riesgo de desahucio, importante pérdida brusca de nivel socioeconómico, etc.

La *meta* del programa es empoderar a las personas participantes para hacer frente a la difícil situación que están atravesando y les permita definir y alcanzar objetivos personales y sociales que mejoren su bienestar personal y/o familiar. Todo ello a través de la mejora de su conocimiento crítico sobre la situación, de sus actitudes y de sus habilidades. El programa se estructura en cuatro sesiones de tres horas de duración cada una de ellas en formato de grupo cerrado con un número de participantes de 15 personas, y con una periodicidad de 1 o 2 sesiones semanales en horario de mañana o tarde.

Como ya se ha indicado, la implementación del programa consiste en la realización de talleres de aprendizaje participativo cuyos contenidos generales son: (1) conocimiento crítico: vinculando crisis económica y estrés personal; (2) toma de conciencia: mejorando el autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia; (3) gestionando las emociones; y (4) mejorando la toma de decisiones. Se realiza un plan de evaluación de proceso y de resultados.

Desde las organizaciones sin ánimo de lucro y con financiación tanto pública como privada se vienen implementando programas similares a este dirigidos a grupos en especial riesgo psicosocial como las personas inmigrantes o la población gitana.

Mejorando la empleabilidad frente a la crisis

Como ya se ha reseñado, la pérdida del empleo es una de las consecuencias de la crisis económica que mayores efectos psicológicos negativos está produciendo en las personas, debido a la situación de indefensión que implica la pérdida de recursos económicos y sociales. Al comparar longitudinalmente la transición del empleo al desempleo se observa que repercute de manera clara sobre el bienestar psicológico general, la depresión y la ansiedad (McKee-Ryan, Wanberg *et al.* (2005). De hecho, las personas desempleadas presentan un riesgo entre dos y siete veces mayor de padecer depresión (Evans, Knapp, McCrone *et al.*, 2013).

Por tanto, la recuperación del estatus laboral anterior debe ser uno de los objetivos prioritarios tanto de políticas como de programas de intervención social. Actividades encaminadas a mantener los puestos, recuperar el empleo, medidas de apoyo a la familia, programas de alivio de la deuda, acceso a los servicios sociales y sanitarios, pueden ser eficaces en la prevención o amortiguación de los efectos adversos de la recesión económica.

La OMS, en su informe sobre crisis y salud mental en Europa ya reseñado, se refiere a la importancia de los programas para mejorar las posibilidades de encontrar un empleo remunerado e incluyen los servicios públicos de

empleo, formación para el empleo, programas especiales para los jóvenes en la transición de la escuela al trabajo, y programas de mercado de trabajo para proporcionar o promover el empleo de los parados y personas con discapacidad (OMS, 2011). Incluyen también programas de promoción de la salud mental a través de construir resiliencia en las personas desempleadas. Los estudios europeos indican, asimismo, las actividades que proporcionan apoyo psicológico a grupo de personas sin empleo, promueven la salud mental y aumentan las tasas de re-empleo (Vuori y Silvonen, 2005; Proudfoot, 1997).

La Psicología ha participado de forma relevante en el diseño e implementación de programas en las transiciones vitales como la pérdida del empleo, aportando constructos y teorías que han sido útiles en la reinserción laboral y en la mejora del bienestar psicológico y la salud mental de los participantes (Price, Choi y Vinokur, 2002): adquisición de habilidades sociales en la búsqueda activa de empleo, optimización de los vínculos de apoyo social, afrontamiento activo y vigilante, etc. Igualmente se ha comprobado que una mejora de la autoestima y la autoeficacia de los desempleados, es decir, del convencimiento de que se puede tener éxito, estimula a las personas a participar en actividades intensivas de búsqueda de empleo (Lee y Vinokur, 2007; Choi, Price y Vinokur, 2003). Otras variables psicosociales que se han mostrado eficaces para la mejora de la empleabilidad en situaciones de crisis son: la centralidad del empleo en la escala de valores del sujeto, la atribución adecuadamente establecida de las causas de la propia situación de paro, el estilo de afrontamiento esforzado y constante utilizado en la situación de desempleo, el autoconcepto personal y profesional positivo hacia el desempeño laboral, etc. (De Pablo, 1996).

Sustentados en estos factores de índole psicosocial y con distintos formatos (talleres, orientación laboral, guías de autoayuda, etc.), las distintas comunidades autónomas españolas han puesto en marcha programas para mejorar la empleabilidad y mejorar las habilidades de búsqueda de empleo. Así, por ejemplo, el Servicio Andaluz de Empleo ha establecido una completa red de unidades para la orientación profesional, el asesoramiento en la búsqueda de empleo, la inserción laboral y el acompañamiento, distribuida por todo el territorio (*Red Andalucía Orienta*). Este programa se acompaña de un guía de autoayuda con una serie de herramientas para la adquisición de conocimientos y habilidades relevantes y cambio de actitudes para mejorar las conductas de búsqueda de empleo. En esta misma línea está *Programa Integral para la Mejora de la Empleabilidad y la Inserción*, de la Comunidad Autónoma de Aragón, con una primera fase de diagnóstico y elaboración de un itinerario de inserción, y una segunda de formación grupal a través de talleres específicos.

En la actual situación de crisis son numerosos los fracasos personales en los intentos de búsqueda de empleo, lo que supone un factor de riesgo para la autoestima y la

autoeficacia, y en general para la salud mental. Por ello, un objetivo importante a cubrir en los talleres mencionados es la inoculación de las personas participantes frente a los contratiempos. Para ello se les proporciona un proceso de resolución de problemas que les ayude a hacer frente al estrés relacionado con el desempleo y el proceso de búsqueda de empleo y los contratiempos que puedan surgir. Parte del proceso de resolución de problemas en grupo consiste en identificar o anticipar posibles barreras para el éxito, la preparación previa de las soluciones, manejo de las emociones relacionadas con el desempleo, etc. Este tipo de actividades tienen su referentes en programas diseñados por el *Michigan Prevention Research Center* (MPRC, 2003), tales como *The Jobs Project for the Unemployed o Winning New Jobs*. A través de un proceso de aprendizaje activo en un contexto grupal y utilizando la técnica de *tormenta de ideas*, se diagnostican problemas, se sugieren soluciones de afrontamiento activo y formas viables de superar los posibles obstáculos o barreras. Se intenta que los participantes analicen su situación (problemas o dificultades potenciales) y generen sus propias soluciones, ya que una persona que siente que posee la solución a un problema va a estar más comprometida con la implementación de la solución (Vinokur, Price, Caplan y Currant, 1995). El contexto grupal añade un hecho importante: si una persona no puede llegar a una solución a sus problemas, está expuesta a otras que si pueden.

En síntesis, una de las formas de prevenir problemas en la salud mental de las personas que están sufriendo de manera crónica la crisis económica por desempleo, es implementar programas para mejorar su empleabilidad en un sentido amplio. Además, hacerlo en situación de aprendizaje y afrontamiento grupal tiene ventajas ya que elicitan conductas de apoyo social entre las personas participantes, y aumentan su percepción de dominio mediante la adquisición de habilidades de búsqueda de empleo eficaces.

Apoyando a las familias frente a crisis

La necesidad de intervenir con las familias en tiempos de crisis económica deviene, entre otras razones, de los importantes vínculos sociales que despliega. La evidencia demuestra que en situaciones adversas los lazos familiares siguen siendo fuertes y los miembros de las familias se ayudan unos a otros a través del apoyo material, instrumental y emocional, tales como el apoyo financiero y el del cuidado. Así, por ejemplo, son muchos los abuelos y abuelas que ayudan a la economía familiar o se hacen totalmente cargo de ella; o cómo numerosos jóvenes han de dedicar parte de su tiempo al cuidado de sus mayores (IFFD, 2015).

El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, en su informe de 2010 recomendaba a España, que redoblara sus esfuerzos en prestar la asistencia adecuada a padres y madres en sus responsabilidades relacionadas con la crianza de los hijos e hijas, en particular en familias en situaciones de

crisis debido a la pobreza, la falta de vivienda adecuada, etc. (ONU, 2010). También recomendaba velar por la satisfacción de las necesidades de la infancia y la adolescencia para asegurarles una vida que no esté por debajo del umbral de la pobreza, reforzando el sistema de prestaciones familiares. La apuesta decidida por la infancia y la adolescencia es una oportunidad nueva para nuevos tiempos, un desafío nunca acabado de abordar en la sociedad española.

Sin embargo, las prestaciones económicas no son suficientes para incrementar el bienestar global de las familias, ya que aunque la vida humana depende de recursos materiales como la alimentación y la vivienda, conviene centrarse también en indicadores clave que se refieren más al *ser y hacer* del comportamiento humano, que al *tener* como concepto básico del bienestar. Por ello, la intervención psicológica debe procurar mantener las cuatro funciones básicas de la familia para garantizar un adecuado funcionamiento de la misma y lograr cotas adecuadas de bienestar: (1) cuidado, crianza y apoyo; (2) gestión de recursos; (3) proporcionar orientación y socialización; y (4) proporcionar identidad y sentido de pertenencia.

Fahey, Keilthy y Polek (2012), en un estudio realizado en familias irlandesas, señalan como prioritarios en la atención familiar factores como la gestión de la vida familiar, la distribución de los roles familiares, un afrontamiento eficiente de la crisis en el sentido que se ha apuntado en el apartado anterior, gestionar mejor los conflictos entre los progenitores como consecuencia de la crisis, potenciar los apoyos de los vínculos familiares, etc. Igualmente constataron como un elemento clave en la intervención familiar atender el nivel educativo de los padres, sobre todo de las madres, ya que las variaciones en este factor determinaban diferencias significativas en el bienestar familiar.

Por su parte, Ortiz, Padilla y Padilla (2016) definen los siguientes objetivos de intervención en familias que pasan por dificultades: (1) incrementar la capacidad de la familia en la comunicación grupal favorable; (2) mejorar la distribución y desempeño de roles hacia el interior de las familias; (3) fomentar de forma adecuada las interacciones afectivas que se producen en la familia; y (4) desarrollar procederes adecuados en el enfrentamiento a la solución de problemas familiares.

En España desde las distintas comunidades autónomas se están atendiendo a las familias en riesgo a través de programas específicos centrados en actuaciones psicosociales y reforzando los agentes socializadores en el propio contexto familiar y comunitario. Para su implementación se crearon en Andalucía los Equipos de Tratamiento Familiar que surgen con la finalidad de empoderar a las familias para aumentar su calidad de vida y la de sus hijos e hijas menores, previniendo su exclusión social y reduciendo las desigualdades. En estos momentos de crisis sus actuaciones han alcanzado una saliencia social de primer orden. En concreto, las líneas generales de actuación que guían a estos

equipos son: (1) perspectiva amplia, ecológico-sistémica y una actitud de permanente acceso y coordinación con las redes y servicios comunitarios; (2) estrategias y técnicas de tratamiento adaptadas a las necesidades reales de la familia; (3) empoderamiento familiar para el desempeño de sus funciones; (4) colaboración interprofesional e interinstitucional, y corresponsabilidad de las instituciones y profesionales. A partir de estos principios se elabora un *proyecto de tratamiento familiar*, entendido como un plan de tratamiento acordado con la familia para la normalización de su situación.

Desde la iniciativa privada, el Programa Caixa Proinfancia se inició en 2007 como respuesta al reto de mejorar las oportunidades y la inclusión de los niños, niñas y adolescentes afectados por la pobreza, en sintonía con el objetivo de luchar contra la pobreza y la exclusión social establecido en los programas marco de la Unión Europea y sus Estados miembros. En colaboración con distintas entidades sin ánimo de lucro y con administraciones públicas, el programa pretende: (1) favorecer el desarrollo de las competencias de los niños(as) y adolescentes, y sus familias que permitan mejorar sus procesos de integración social y autonomía; (2) promover el desarrollo social y educativo de la infancia y adolescencia en su contexto familiar, escolar y social; (3) desarrollar e implementar un modelo de acción social y educativa integral que contribuya a mejorar las oportunidades de desarrollo social y educativo de la infancia y sus familias; y (4) contribuir a sensibilizar y movilizar a la sociedad en la erradicación de la pobreza infantil.

En su vertiente de refuerzo educativo, el Programa CaixaProinfancia parte del convencimiento de que las condiciones del entorno (salud, organización familiar, red social, historia educativa, etc.) influyen directamente sobre los procesos de aprendizaje y la escolarización, de modo que los niños, niñas y adolescentes que viven en contextos frágiles o vulnerables tienen mayor dificultad para conseguir el éxito escolar. El refuerzo educativo del Programa Caixa Proinfancia, en el se implica el mesosistema familia, escuela y comunidad, engloba el conjunto de estrategias y acciones que tienen como finalidad apoyar y mejorar los procesos de aprendizaje, inclusión y éxito escolar de los niños, niñas y adolescentes. Concretamente, la cartera de actividades y servicios que proporciona este subprograma está formada por las diversas modalidades de refuerzo escolar o estudio asistido, atención logopédica, apoyo psicomotriz y ayudas para la adquisición de material escolar.

En España existe una importante oferta de programas dirigidos a familias, infancia y adolescencia en situación de riesgo promovidos desde organizaciones sin ánimo de lucro. En la mayoría de ellos se constata una orientación psicosocial tanto en la definición de sus objetivos como en la implementación de las distintas actividades que desarrollan.

Competencia cultural frente a la crisis

Como ya se ha señalado, los cambios demográficos que se vienen produciendo en todo el territorio español como consecuencia del incremento en la cantidad y diversidad de los flujos migratorios, están teniendo un mayor impacto negativo en las estructuras y contextos comunitarios como consecuencia de la crisis económica. Para paliar algunos de estos efectos (discriminación, conflictos interculturales, etc.) debemos realizar una gestión enriquecedora e igualitaria del contacto intercultural a través de programas que faciliten los cambios aculturativos necesarios en las comunidades de acogida y mejorar su *competencia cultural* en los distintos niveles ecológicos.

Desde el punto de vista de la intervención psicosocial, la *competencia cultural* comprende el conjunto de conocimientos, actitudes y conductas que confluyen en una persona (profesional, vecino, político, etc.) que le capacitan para convivir o trabajar con eficacia en contextos multiculturales (Martínez *et al.*, 2006). Como constructo multidimensional, se han definido una serie de componentes operativos (Campinha-Bacote, 1998) que sirven de referencia para definir objetivos en los programas de intervención social dirigidos, por ejemplo, a los(as) profesionales de la intervención comunitaria:

1. *Deseo cultural*, o grado de motivación del profesional para comprometerse en mejorar su preparación en el trabajo con grupos etnoculturales distintos del suyo (por ejemplo, inmigrantes).
2. *Conciencia* de las propias creencias, actitudes y prejuicios sobre la inmigración y las personas inmigrantes, y reconocimiento de que ello puede tener una influencia negativa sobre su práctica profesional.
3. *Conocimiento* acerca de las características más significativas de los diversos grupos de inmigrantes que conviven en el espacio comunitario: información sobre culturas, cosmovisiones, experiencias, patrimonio, historia, estructura familiar, valores, creencias, etc.
4. *Habilidades* para trabajar con inmigrantes, es decir ejecución de prácticas profesionales culturalmente ajustadas: uso apropiado del lenguaje, protocolos, forma de desarrollar la entrevista, datos a obtener del(a) usuario(a), etc.

En el marco de una política de mejora continua en la calidad de los servicios públicos, y para prevenir la discriminación institucional en la atención a las personas inmigrantes, se vienen tomando un conjunto de medidas para mejorar la competencia cultural de los profesionales de los servicios públicos (educación, salud, justicia, servicios sociales, administraciones locales, etc.) que atienden directa o indirectamente a población inmigrante. Un ejemplo de

estas actividades es el Programa FORINTER, incluido en el II y III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía y financiado por el Fondo Social Europeo, cuyo diseño e implementación la viene realizando una coalición comunitaria constituida por la administración pública andaluza, universidades y entidades del tercer sector. Las metas del Programa son el diseño, ejecución y evaluación de un Plan de Formación sobre gestión de la diversidad humana para profesionales de las Administraciones Públicas Andaluzas. A lo largo de los más de diez años de ejecución, está cubriendo sus objetivos de formación en más de 4000 profesionales en temas como interculturalidad, migraciones, prejuicios y relaciones intergrupales, referentes jurídicos en inmigración, atención a la población inmigrante, etc. El impacto que se espera alcanzar es el inicio de un proceso político y técnico que implique nuevas maneras de pensar y enfocar las políticas, los modos organizativos y la forma de trabajar, basado en la incorporación transversal de la perspectiva de la diversidad humana afirmativa.

Otro ámbito de actuación para la mejora de la convivencia intercultural se deriva de los estudios sobre opinión y actitudes de la población andaluza y española, que nos muestran cómo la crisis ha aumentado las reticencias con respecto a la posición que ocupan las personas inmigrantes en el mercado laboral y su acceso a los servicios públicos. Como ya hemos señalado, se ha incrementado considerablemente el número de personas que cree que la calidad de la educación y de la salud pública empeora como consecuencia de la presión migratoria, y que ésta se relaciona directamente con el incremento del paro. Para paliar esta situación y prevenir conflictos interculturales entre población autóctona y alóctona, se han constituido en España una serie de *Redes Anti-Rumores* cuyo referente es la iniciativa del Consejo de Europa denominada *Ciudades Interculturales*, y que tiene como lema *Hacia un modelo de integración intercultural*. En Andalucía la Red Anti-rumores está promovida por la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias y tiene como meta sensibilizar a la sociedad sobre los valores positivos de la diversidad humana, rechazando toda forma de racismo y xenofobia, y cualquier clase de discriminación que se produzca, favoreciendo los procesos de intercambio cultural y contribuyendo a la gestión de la diversidad humana para el logro de una sociedad cohesionada. Para ello prevé formar agentes anti-rumores por toda Andalucía entre organizaciones sociales, personas expertas en migraciones y personas comprometidas que quieran actuar favoreciendo actitudes y percepciones más positivas e integradoras sobre la diversidad cultural en su entorno.

En el marco de esta Iniciativa se ha elaborado un manual (Martínez, 2015), una guía práctica (Jiménez y Jiménez, 2015) y cuatro videos, como materiales didácticos para formar esos agentes anti-rumores entre profesionales, políticos y ciudadanía en general. Asimismo se están implementando el programa DIVERSA, que implica una experiencia piloto

en dos centros escolares públicos. Se trabaja con el mesosistema familia, escuela y comunidad para abordar los rumores y prejuicios sobre las personas inmigrantes y otros grupos sociales en desventaja.

A modo de conclusión

A lo largo de las páginas anteriores se ha puesto en evidencia la situación de injusticia social que la crisis económica está suponiendo en España para aquella parte de la población más vulnerable. Además del sufrimiento personal y familiar que está ocasionando, los datos empíricos ponen de manifiesto un descenso muy significativo de los indicadores positivos de salud, bienestar y calidad de vida. Dado que las variables psicosociales juegan un importante papel mediador en dichos resultados, la Psicología, en especial la Social y Comunitaria, puede ofrecer modelos de referencia, teorías e instrumentos para prevenir y/o paliar los efectos negativos que una situación como la descrita está generando.

Las diversas experiencias interventivas eficientes que se han descrito más arriba ponen de manifiesto la vocación aplicada de la perspectiva *psicosocial*, que partiendo de una teoría psicológica comprensiva busca el correlato interventivo a través de una metodología científica para abordar los problemas sociales. Además, el(a) profesional de la Psicología de la Intervención Social, a partir de la observación, reflexión y traducción rigurosa de los datos empíricos que genera, debe contribuir a elaborar o mejorar las teorías psicológicas existentes. Así entendida, la perspectiva *psicosocial* ha de tender a ser al mismo tiempo predictiva y explicativa, ampliando el rango de las variables micro o psicológicas a variables macrosociales.

Referencias

- Achotegui, J. (2006). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Migraciones*, 19, 59-85.
- AEMPS (2015). *Informe de utilización de medicamentos*. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios [<http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>].
- Agudelo-Suárez, A., Gil-González, D. y Ronda-Pérez, E. (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science & Medicine*, 68 (10), 1866-1874.
- Agudelo-Suárez, A., Ronda E., Vázquez-Navarrete, M.L., García, A.M., Martínez, J.M. y Benavides, F.G. (2013). Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: What happened with migrants who came to Spain to work? *International Journal of Public Health*, 58 (4), 627-631.

- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. y Cortés, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal Public Health, 94*, 82-88.
- Banco Mundial (2011). *World Development Indicators*. Washington DC: World Bank.
- Bartoll, X., Palencia, L., Malmusi, D. et al. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health, 24* (3), 415-418.
- Borges, A., Matos, M. y Diniz, J. (2011). Estatuto familiar e autoperceção de saúde nos adolescentes. *Temas em Psicologia, 19* (2), 347-360.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Campinha-Bacote, J. (1998). *The process of cultural competence in the delivery of Healthcare Services*. Cincinnati: Transcultural Care Associate Press.
- Carrera, J.M. (2010) La salud en la mujer inmigrante. El concepto de salud en su contexto cultural. En E. Fabre (Coord.), *Mujer inmigrante y asistencia sanitaria* (pp. 20-32). Zaragoza: Saatchi & Saatchi Healthcare.
- CIS (2008, 2012). *Actitudes hacia la inmigración*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Cusworth L. (2009). *The Impact of Parental Employment: Young People, Well-Being and Educational Achievement*. Londres: Ashgate.
- Choi, J., Price, R.H. y Vinokur, A.D. (2003). Self-efficacy changes in groups: Effects of diversity, leadership, and group climate. *Journal of Organizational Behavior, 24* (4), 357-372.
- Conger, D., Ce, X., Elder, C., Lorenz, F. y Simons, R. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development, 65*, 541-561.
- Córdoba-Doña, J.A., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J.E. y Gustafsson, P.E. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: The role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *International Journal for Equity in Health, 13*, 55.
- Dávila, C.D. y González, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria, 23*, 261-526.
- De Pablo, J.M. (1996). Desarrollo de los aspectos personales para la ocupación una metodología para el cambio con grupos de desempleados. *Revista de Intervención Psicosocial, 15*, 75-101.
- DPIS (2015). *Misión, Visión y Valores de la Psicología de la Intervención Social*. Madrid: Encuentro Nacional de Representantes de la División de Psicología de la Intervención Social.
- De Vogli, R., Marmot, M. y Stuckler, D. (2013). Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession. *Journal of Epidemiology Community Health, 67* (4), 378-379.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S.H. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Elorza, J.M. (2013). Estudio sobre la población de entre 15 y 85 años en Cataluña. *XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. Bilbao.
- Evans, S., Knapp, M., McCrone, P. et al. (2013). The mental health consequences of the recession: Economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLoS One* [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724888/].
- Fahey, T., Keilthy, P. y Polek, E. (2012). *Family Relationships and Family Well-Being: A Study of the Families of Nine Year-Olds in Ireland*. Dublin: University College Dublin.
- Fernández-Rivas, A. y González-Torres, M.A. (2013). The economic crisis in Spain and its impact on the mental health of children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry Journal, 22*, 583-586.
- Frasquilho, D., Matos, M., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C., Gaspar, T. y Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review. *BMC Public Health, 16*, 115-154.
- Frías, I., Río, M. y Jiménez, C. (2008). El proceso de adaptación y Salud Mental de las mujeres inmigradas. En N. Sayed-Ahmad, R. García y E. González (Coords.), *Salud Mental e Inmigración* (pp. 87-101). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health, 23*, (1), 103-108.
- Gili, M., García, J. y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria* 28 (1), 104-108.
- Greenglass, E.R. y Burke, R.J. (2001). Downsizing and restructuring: Implications for stress and anxiety. *Anxiety, Stress and Coping, 14*, 1-14.
- IFFD (2015). *Las consecuencias del comportamiento. El bienestar familiar en tiempos de cambio*. [http://www.familyperspective.org/pprs/IFFDPapers39ES.pdf].
- INE (2007-2015). *Informes trimestrales sobre la situación del paro en España*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Jiménez, J.R. y Jiménez, J.R. (2015). *Guía para deconstruir rumores*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Klanšček, H.J., Ziberna, J., Korošec, A., Zurc, J. y Albrecht T. (2014). Mental health inequalities in Slovenian 15-year-old adolescents explained by personal social position and family socioeconomic status. *International Journal for Equity in Health, 13*, 26.

- Lee, S.J. y Vinokur, A.D. (2007). Work barriers in the context of pathways to the employment of welfare-to-work clients. *American Journal of Community Psychology*, 40 (3-4), 301-312.
- López, J.A., Gasparri, A. y McKee, M. (2013). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: An interrupted time-series analysis. *European Journal of Public Health*, 23 (5), 732-736.
- Lorite, N. (2008). *Tratamiento informativo de la inmigración en España*. Barcelona: MIGRACOM, Observatorio y Grupo de Investigación de Migración y Comunicación de la Universidad Autónoma.
- Martínez, M.F. (2015). *Manual de ayuda para deconstruir rumores*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Martínez, M.F., Martínez, J. y Calzado, V. (2014). *Actitudes hacia el fenómeno migratorio en un entorno comunitario. Antes y durante la crisis económica* (Informe de investigación). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Martín, E., Martínez, M.F. y Martínez, J. (2014). *Migraciones, interculturalidad y Servicios Sanitarios*. Sevilla: Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias.
- Martínez, M.F., Calzado, V. y Martínez, J. (2011). Intervención Social y Comunitaria en el ámbito de la Inmigración. En I. Fernández, J.F. Morales y F. Molero (Coords.), *Psicología de la Intervención Comunitaria* (pp. 245-288). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martínez, M.F. y Martínez, J. (2006). Determinantes psicosociales de la utilización de organizaciones comunitarias por inmigrantes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59 (3), 433-444.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. et al. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.
- Ministerio del Interior (2013, 2014, 2015). *Informe sobre incidentes relacionados con los delitos de odio en España*. Madrid: Secretaría de Estado de Seguridad.
- MPRC (2003). *The JOBS Project for the Unemployed: Update*. Michigan Prevention Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan [http://www.isr.umich.edu/src/seh/mprc/PDFs/The%20JOBS%20Project%20Update.pdf].
- OCDE (2013). *PISA 2102. Informe español*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- OMS (2011). *European Health for All. Data base* (January 2011 update) [http://www.euro.OMS.int/HFADB].
- OMS (2012). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen :OMS Regional Office for Europe.
- OMS (2013). *Oslo conference on health systems and the economic crisis*. Geneva: World Health Organization [http://www.euro.OMS.int/en/media-centre/events/events/2013/04/oslo-conference-on-health-systems-and-the-economic-crisis].
- ONU (2010). *Observaciones finales: España*. Naciones Unidas: Comité de los Derechos del Niño.
- Ortiz, M.T., Padilla, M.A. y Padilla, E. (2016). Diseño de Intervención en Funcionamiento Familiar. *Psicología para América Latina* [http://psicolatina.org/Tres/intervencion.html].
- Padilla-Moledo, C., Ruiz, J.R. y Castro-Piñero, J. (2016). Parental educational level and psychological positive health and health complaints in Spanish children and adolescents. *Child: Care, Health and Development*, 42, 534-543.
- Pettigrew, T.F. y Meertens, R.W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75.
- Pfoertner, T.K., Rathmann, K., Elgar, F.J., de Looze, M., Hofmann, F., Ottova-Jordan, V., Ulrike, L. y Candace, M. (2014). Adolescents' psychological health complaints and the economic recession in late 2007: A multilevel study in 31 countries. *European Journal of Public Health*, 24 (6), 961-967.
- Price, R.H., Choi, J.N. y Vinokur, A.D. (2002). Links in the Chain of Adversity Following Job Loss: How Financial Strain and Loss of Personal Control Lead to Depression, Impaired Functioning, and Poor Health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7 (4), 302-312.
- Prilleltensky, I. (2012). Wellness as Fairness. *American Journal of Community Psychology*, 49 (1-2), 1-21.
- Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36, 116-136.
- Proudfoot, J. et al. (1997). Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet*, 350, 96-100.
- Rajmil, L., Siddiqi, A., Taylor-Robinson, D. y Spencer, N. (2015). Understanding the impact of the economic crisis on child health: The case of Spain. *International Journal for Equity in Health*, 14, 95.
- Reinhardt, C., Madsen, M. y Kohler, L. (2005). Does financial strain explain the association between children's morbidity and parental non-employment? *Journal Epidemiology Community Health*, 59 (4), 316-321.
- Richter, M., Rathman, K., Gabhainn, S., Zambon, A., Boyce, W. y Hurrelman, K. (2012). Welfare state regimes, health and health inequalities in adolescence: A multilevel study in 32 countries. *Sociology of Health & Illness*, 34, 858-879.
- Rihmer, Z., Kapitany, B. Gonda, X. y Dome P. (2013). Suicide, recession, and unemployment. *Lancet*, 381, 722-723.
- Ross, E.C., Mirowsky, J. y Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health. *Journal Marriage Family*, 52, 1059-1078.
- Ruggiero, R. (Coord.) (2012). *The impact of the economic crisis on children: Lessons from the past experiences*

- and future policies. Florencia: Istituto degli Innocenti Firenze.
- Ruckert, A. y Labonte, R. (2012). The global financial crisis and health equity: Toward a conceptual framework. *Critical Public Health*, 22, 267-279.
- Ryff, C.D. y Keyes, C.L.M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Saldaña, D. (2001). *Cultural Competence. A practical guide for mental health providers*. Austin: Hogg Foundation for Mental Health.
- Sandhu, S., Bjerre, NV., Dauvrin, M. et al. (2013). Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 105-116.
- SAS (2010). *Información básica 2007-2008*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- SAS (2013). *Información básica 2012*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Sheriff, M. (1966). *Group conflict and cooperation. Their social psychology*. Londres: Routledge & Keagan Paul.
- Sayed-Ahmad, R. García, E. y González, E. (Coords.) (2008). *Salud mental e inmigración*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Shteyn, M., Schumm, J.A., Vodopianova, N., Hobfoll, S.E. y Lilly, R. (2003). The impact of the Russian transition on psychological resources and psychological distress. *Journal of Community Psychology*, 31, 113-127.
- Sleskova, M., Salonna, F., Geckova, A.M., Nagyova, I., Stewart, R.E., van Dijk J.P. et al. (2006). Does parental unemployment affect adolescents' health? *Journal Adolescent Health*, 38 (5), 527-535.
- Solantaus, T., Leinonen J. y Punamaki, R.L. (2004). Children's mental health in times of economic recession: Replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology*, 40 (3), 412-429.
- Stephan W.S. y Renfro, C.L. (2002). The role of threat in intergroup relations. En D.M. Mackie y E.R. Smith (Eds.), *From prejudice to intergroup emotions* (pp. 191-208). Nueva York: Psychology Press.
- Stein, C., Abraham, K., Bonar, E., Leith, J., Kraus, Sh., Hamill, A., Gumber, Sh., Hoffmann, E. y Fogo, W. (2011). Family ties in tough times: How young adults and their parents view the U.S. economic crisis. *Journal of Family Psychology*, 25 (3), 449-454.
- UNICEF (2013). *Child well-being in rich countries. A comparative overview*. Florencia: UNICEF Office of Research.
- UNICEF (2016). *Equidad para los niños. El caso de España*. Madrid: UNICEF.
- Uretsky, M.C. y Mathiesen, S.G. (2007). The effects of years lived in the United States on the general health status of California's foreign-born populations. *Journal Immigrant Health*, 9, 125 - 136.
- Vázquez, M.L, Vargas, I. y Aller, M.B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 142-146.
- Vinokur, A., Price, R., Caplan, R., van Ryn, M. y Curran, J. (1995). The Jobs I Preventive Intervention for Unemployed Individuals: Short- and long-term effects on reemployment and mental health. En L.R. Murphy, J.J. Hurrell, Jr., S.L. Sauter y G.P. Keita (Eds.), *Job Stress Interventions* (pp. 125-138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Vuori, J. y Silvonen, J. (2005). The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year followup. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 43-52.
- Watts, R.J., Williams, N.Ch. y Jagers, R.J. (2003). Sociopolitical Development. *American Journal of Community Psychology*, 31, 185-194.
- Wright, T.A. y Hobfoll, S.E. (2004). Commitment, psychological well-being and job performance: An Examination of conservation of resources (COR) theory and burnout. *Journal of Business and Management*, 9, 389-406.
- Ybarra, E. (2009). *Informe Anual RAXEN*. Madrid: Movimiento Contra la Intolerancia.
- Ybarra, E. (2012). *Informe Anual RAXEN*. Madrid: Movimiento Contra la Intolerancia.