

TRABAJO SOCIAL

A TU LADO

HABLEMOS DE
SALUD MENTAL



Entrevista con **Daniel López Acuña**, epidemiólogo, ex-director de Acción de Salud en Crisis de la OMS

Pornografía: el lado oscuro del placer virtual

Relaciones que esclavizan



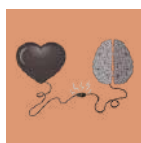
Propuestas para leer la revista

! Si solo te interesa uno de los temas tratados en la revista: sigue nuestra **leyenda de apartados en forma de iconos**.

Si quieres volver a la página de contenidos solo tienes que usar la

! Si solo tienes 🕒 10 minutos para leer: sigue los **bocadillos** de **SABÍAS QUE... no te dejarán indiferente**.

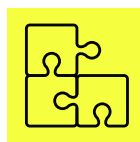
LEYENDA DE APARTADOS



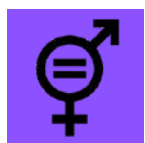
Aspectos generales



Becas y ayudas



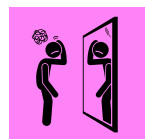
Ocio alternativo



Igualdad de género



Salud mental



Autopercepción



Relaciones Tóxicas



Adicciones a sustancias



Adicciones sin sustancia



Conociendo La Clínica de Trabajo Social

La Clínica de Trabajo Social nace como un “Semillero de Proyectos” en el que dar cabida a iniciativas de intervención social diseñadas desde el ámbito académico y científico. Las actividades y proyectos planteados se muestran al servicio de las necesidades que vayan surgiendo, aplicando metodologías como la Investigación Acción Participativa (IAP) o el Aprendizaje y Servicio (ApS). Es un ambiente de reflexión acerca de las necesidades emergentes percibidas por la población en general, y por los alumnos en particular, seamos o no los principales afectados por los hechos sobre los que se pretende profundizar.

Se trata de un espacio con vocación de servicio profesional, autogestionado por el alumnado del Grado de Trabajo Social, en colaboración con el personal docente e investigador y el equipo de Decanato, quienes validan y respaldan esta iniciativa, facilitándonos un espacio dentro de la facultad (el despacho 122), un correo electrónico corporativo (clinicatrabajosocial@uniovi.es), así como los medios necesarios que posibilitan la operatividad de esta estructura.

Las actividades y proyectos que se pretenden llevar a cabo desde la Clínica de Trabajo Social se plantean como una vía para la acción directa y la intervención social, así como la adquisición de habilidades y experiencia profesional bajo la tutoría del personal docente e investigador participante, que supervisará las actuaciones llevadas a cabo.

La Clínica de Trabajo Social nace como un “Pebidal de Proyectos” en el que dar cabida a iniciativas de intervención social, diseñadas desde el ámbito académico y científico. Las actividades y proyectos planteados se muestran al servicio de las necesidades que vayan surgiendo aplicando metodologías como la Investigación-Acción Participativa (IAP) o el Aprendizaje y Servicio (ApS). Es un ambiente de reflexión sobre las necesidades emergentes percibidas por la población en general, y por los alumnos en particular, seamos o no los principales afectados por los hechos sobre los que pretendese afondar.

Trátase de un espacio con vocación de servicio, autogestionado por el alumnado del Grado de Trabajo Social, en colaboración del personal docente ya investigador, y el equipo del Decanato, quienes validen y soporten esta iniciativa, facilitándonos un espacio dentro de la Facultad (el despacho 122), un correo electrónico corporativo (clinicatrabajosocial@uniovi.es), y todos los medios necesarios que posibiliten el funcionamiento de esta estructura.

Las actividades y proyectos que pretendense llevar a cabo desde la Clínica de Trabajo Social se plantean como una vía para la acción directa y la intervención social, así como la adquisición de habilidades y experiencia profesional bajo la tutoría del personal docente ya investigador participante, que supervisará las actuaciones llevadas a cabo.

Sabías que...

Puedes seguirnos y enterarte de todas nuestras actividades en

 [@clinicatrabajosocial](https://www.instagram.com/clinicatrabajosocial)



¿Quiénes somos?

¡Bienvenidos al **número 1** de la Revista Trabajo Social a tu lado! Somos un grupo de estudiantes que estamos cursando segundo de Trabajo Social. Estamos aquí con un objetivo:

¡Que os suméis a nuestro proyecto de aprender e investigar acerca de la sociedad que nos rodea!

Pero... ¿y si antes de comenzar os contamos un poco ¿CÓMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?

Esta revista busca plasmar, de la forma más creativa posible, los conocimientos adquiridos en las asignaturas de El Método de Intervención en Trabajo Social y Antropología Social, a través de un proyecto de Aprendizaje y Servicio (en colaboración con la ONGD Farmamundi) y teniendo siempre en mente los Objetivos de Desarrollo Sostenible (**ODS**) y sus metas. Durante el primer semestre hemos identificado ciertas necesidades relacionadas con la falta de información o su mala calidad sobre diferentes temas, así como con los prejuicios y estereotipos con los que juzgamos a ciertas personas y colectivos. Con este nuevo número buscamos aportar nuestro granito de arena a la difusión de información veraz y útil sobre los asuntos tratados.

Esta revista no está destinada solamente a profesionales del trabajo social en formación, sino también a toda aquella persona interesada en temas sociales.

Sabías que...

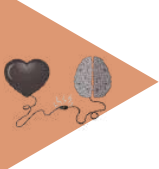
Esta revista es una de las actividades que la ONGD Farmamundi incluye en su proyecto "**Comunicando ODS, conectando cuidados**".



Y que...

El proyecto "**Comunicando ODS, conectando cuidados**" está financiado por la Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo.





Nuestros Objetivos de Desarrollo Sostenible

SALUD Y BIENESTAR



- **Meta 3.4.** Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
- **Meta 3.5.** Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo del alcohol.
- **Meta 3.7.** Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- **Meta 3.8.** Acceso a servicios de salud esenciales de calidad

IGUALDAD DE GÉNERO



- **Meta 5.1.** Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo
- **Meta 5.2.** Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.
- **Meta 5.6.** Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.
- **Meta 5.b.** Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres.

REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES



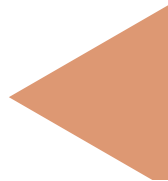
- **Meta 10.2.** Potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas independientemente de su condición.

Y por supuesto.....

UNA EDUCACIÓN DE CALIDAD



Meta 4.7. Asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible



Curiosidades sobre el Trabajo Social

¿Qué hace?

"El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas." Federación Internacional de Trabajo Social (Melbourne 2014)



Salidas profesionales.

Servicios sociales, salud, educación, justicia, empleo, urbanismo y vivienda, empresa, medio ambiente, cooperación internacional, voluntariado, cultura y tiempo libre. En las distintas Administraciones Públicas, empresas o en el tercer sector.

¿Cómo se convirtió en carrera?

En España

Desde **1932** hasta **1957** se crearon pocas escuelas de trabajo social en España, porque el proceso fue interrumpido por la Guerra Civil. En **1959** se creó la "Federación Española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social". Entre **1969** y en **1983**, el hecho significativo es el reconocimiento del trabajo social como una titulación universitaria. En **1984** se aprueba el primer plan de estudios que se impartirá en centros adscritos a las diferentes universidades. En **2010**, las diplomaturas se transforman en grados universitarios ajustados a las directrices de Bolonia.

En Asturias

En **1959**, se creó la Escuela de Asistentes Sociales "Pío XII" en Gijón, y en **1965** la Escuela de Asistentes Sociales de Oviedo. Ambos centros no oficiales. En **1984** se autorizó la transformación de las Escuelas de Asistentes Sociales, de Oviedo y de Gijón, en Escuelas Universitarias de Trabajo Social adscritas a la Universidad de Oviedo. Esta última se cierra en el año **2008**. La Escuela de Gijón se mantiene en funcionamiento hasta que se incorporan los estudios de grado a la universidad de Oviedo. En **2010**, la Universidad de Oviedo implanta la enseñanza oficial de Grado en T. S., vinculada a la Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales "Jovellanos", y se aprueba el actual plan de estudios.

Prejuicios y estereotipos sobre el Trabajo Social

Trabajador Social es lo mismo que asistente social

El **Trabajo Social** es el campo de estudio que forma parte de las ciencias sociales, humanidades e intervención comunitaria. Su actividad se orienta al cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la autonomía de la ciudadanía para incrementar el bienestar. El término **asistentes sociales** se utilizaba en un contexto asistencialista en que los profesionales ofrecían ayuda y auxilio a los más pobres, con carácter más caritativo, no tan profesional.

Trabajadores y Trabajadoras sociales son como voluntarios

Debemos diferenciar entre estos términos, ya que un **voluntario** es aquella persona que presta sus servicios a una entidad sin esperar nada a cambio y sin que medie relación laboral alguna. Los principios que inspiran la acción voluntaria son: solidaridad, voluntariedad y libertad, gratuidad y vinculación a la entidad de voluntariado y a un programa de voluntariado, realizando acciones concretas. Mientras que un **trabajador social** realiza una actividad profesional cualificada y desarrolla unas funciones concretas a cambio de un salario.

Trabajadores y trabajadoras sociales solo se dedican a dar ayudas económicas

Las y los profesionales deben recoger todas las demandas de las personas que necesitan apoyo y realizar un estudio-diagnóstico de la situación en la que se encuentran. De este modo, establece el plan de intervención más adecuado para mejorar la situación de las personas y de su entorno. Pueden ofrecer ayudas económicas, pero también diversos servicios de apoyo.

Trabajadores y trabajadoras sociales quitan niños y niñas

Los derechos de los y las menores se han de proteger y el trabajo social vela porque esto sea así. Se ha creado una imagen errónea y estereotipada a través de los medios de comunicación que nos presenta como una amenaza para las familias. En realidad se valora previamente la situación del niño y/o la niña en la familia, por si estuviera en riesgo, y se actúa teniendo en cuenta esos factores y el interés del menor y sus derechos.

CONTENIDOS

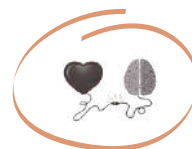
Un nuevo recurso para la mejora del Sistema Asturiano de Servicios Sociales: ¿conoces la Cátedra Retos de Innovación y Bienestar Social (CRIBS)?

03



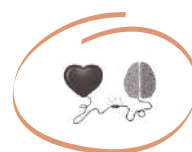
Mapa Asturiano de Servicios Sociales

05



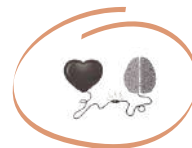
La Agenda 2030 en la Universidad de Oviedo: ¿Conoces la Cátedra Concepción Arenal?

06



Hablamos con Daniel López Acuña sobre Salud Mental

08



Hablemos de TCA's

14



Personas con Esquizofrenia: ¿Cómo podemos actuar?

18



Rompiendo mitos y prejuicios sobre trastornos mentales

25



Con un elefante en la habitación: conviviendo con la depresión y la ansiedad

26





CONTENIDOS

Relaciones que esclavizan

28



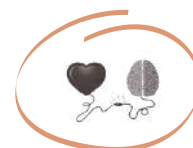
Los cánones de belleza como herramienta patriarcal

31



La necesidad de una intervención en adicciones integral, interdisciplinar e interseccional

34



Estereotipos, clasismo y drogas

35



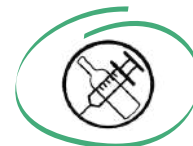
Rompiendo estereotipos. Entrevista a un ex-drogodependiente

36



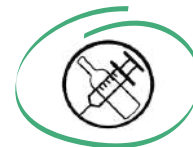
Alcoholismo: el Trabajo Social en la Comunidad Terapéutica La Santina

39



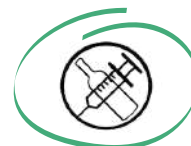
La lucha contra el alcoholismo

42



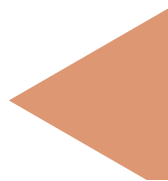
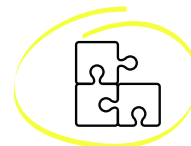
Recursos de prevención del alcoholismo

44



Ocio alternativo para jóvenes: un recurso frente al consumo de sustancias

45



CONTENIDOS

¿La publicidad te puede hacer ludópata?

48



Pornografía: el lado oscuro del placer virtual

51



La pornografía detrás de las cámaras

55



Becas y ayudas al estudio: ¿Cuáles conoces?

56



¿Has oído esto antes?

60



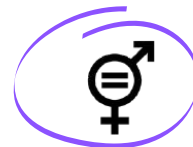
Nuestra propuesta para la Universidad de Oviedo

61



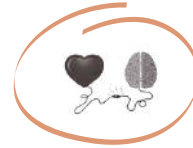
¿Tú qué opinas sobre la Ley "Trans"?

62



Nuestro trabajo previo

65



Otras experiencias de ApS en la Universidad de Oviedo

67

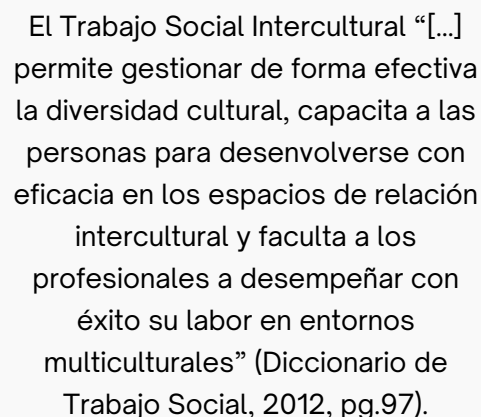




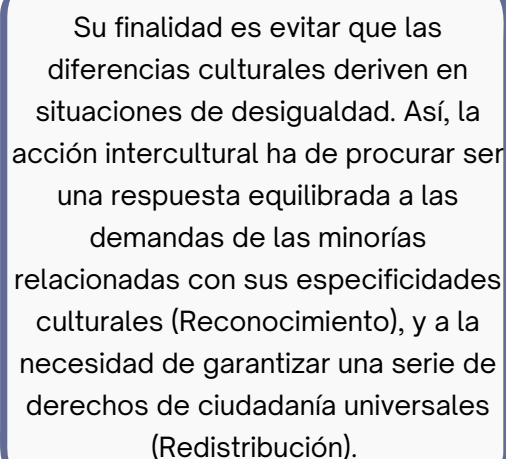
Editorial

El número 1 de la Revista “Trabajo Social a tu lado” da continuidad al proyecto de Aprendizaje-Servicio iniciado en el curso 2021/2022. Sus contenidos son, por tanto, el resultado de aquellas temáticas que preocupan al alumnado involucrado, y de la aproximación a la opinión y los discursos que sobre los mismos tienen los y las jóvenes universitarios.

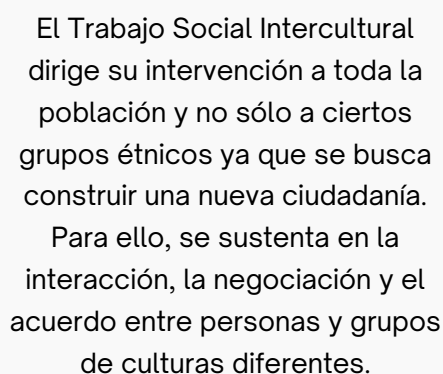
Así, en las páginas que siguen encontraremos un buen número de artículos relacionados con la salud mental, un derecho humano que, tras la pandemia, ha pasado a formar parte de la agenda política y del debate social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende la salud mental como un estado de bienestar mental para afrontar las situaciones estresantes que vivimos a lo largo de nuestra vida, y que nos permite desarrollar habilidades y capacidades y establecer relaciones adecuadas que reviertan en la mejora de las comunidades a las que pertenecemos. En este sentido, se hace hincapié en que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales sino un proceso mucho más complejo que cada persona vive en distinta forma, grado e intensidad (OMS, 2022). La esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y la depresión o los derivados de la conducta alimentaria (TCAs) son algunas de las manifestaciones de sufrimiento mental que se presentan en la revista. Junto a ellas, se reflexiona sobre el malestar emocional y los conflictos que generan las relaciones tóxicas, no sólo en el marco de la pareja, sino también en otras relaciones que son significativas a lo largo de nuestra vida.



El Trabajo Social Intercultural “[...] permite gestionar de forma efectiva la diversidad cultural, capacita a las personas para desenvolverse con eficacia en los espacios de relación intercultural y faculta a los profesionales a desempeñar con éxito su labor en entornos multiculturales” (Diccionario de Trabajo Social, 2012, pg.97).



Su finalidad es evitar que las diferencias culturales deriven en situaciones de desigualdad. Así, la acción intercultural ha de procurar ser una respuesta equilibrada a las demandas de las minorías relacionadas con sus especificidades culturales (Reconocimiento), y a la necesidad de garantizar una serie de derechos de ciudadanía universales (Redistribución).



El Trabajo Social Intercultural dirige su intervención a toda la población y no sólo a ciertos grupos étnicos ya que se busca construir una nueva ciudadanía. Para ello, se sustenta en la interacción, la negociación y el acuerdo entre personas y grupos de culturas diferentes.



Otro aspecto diferente, pero relacionado con la salud mental, son las adicciones tanto las “clásicas” asociadas a la ingestión química (abusos de diferentes sustancias) como otras, denominadas por los expertos adicciones comportamentales, entre las que se encuentran la ludopatía o la adicción a la pornografía. En cuanto al primer grupo, la asociación del consumo de sustancias con el ocio exige, junto a las medidas preventivas de sensibilización habituales, implantar y difundir recursos y actividades de ocio alternativos, sobre todo dirigidos a la población más joven. La publicidad de juegos de azar y casas de apuestas protagonizada por personas famosas y su vinculación con el éxito social contribuye a la normalización de estas conductas entre los más jóvenes que, por otra parte, acceden sin apenas control a ellos a través de Internet.

La pornografía, aunque se trata en la revista como una realidad que en determinados casos puede generar adicción, es sin duda también un fenómeno relacionados con la desigualdad de género. Hablamos del poder de una industria que no sólo cosifica a las mujeres, sino que en las sociedades tecnológicas en que vivimos puede modelar los comportamientos sexuales de los adolescentes y jóvenes que acceden a ella con enorme facilidad.

Igualmente, los modelos y cánones estéticos que se imponen socialmente a las mujeres (cada vez más también a los hombres) afectan negativamente a la autopercepción, la autoestima y el bienestar tanto de las mujeres que se someten a su tiranía como, sobre todo, a las que no lo hacen y pueden experimentar rechazo, discriminación o todo tipo de humillaciones en ciertos contextos. Al igual que la salud, la belleza y los estándares y exigencias establecidos, está condicionado no sólo por el sexo o el género sino también por la pertenencia étnica y la clase social.

Por último, las desigualdades socioeconómicas constituyen un determinante no sólo de nuestra salud mental, sino de las expectativas y posibilidades reales que tenemos de construir un proyecto vital. A pesar de los cambios y transformaciones sociales y culturales que tiene que afrontar el sistema educativo, la formación sigue siendo un aspecto fundamental para conseguirlo. Disponer de un sistema de becas suficiente y adecuado, así como de una información asequible y accesible, es indispensable para reducir las desventajas que los y las estudiantes, en este caso los universitarios, presentan por su origen familiar y social.

**Esperamos que disfrutéis de su
lectura y que los temas tratados
sean de vuestro interés.**





Un nuevo recurso para la mejora del Sistema Asturiano de Servicios Sociales



¿Conoces la Cátedra Retos de Innovación y Bienestar Social (CRIBS)?

El principal objetivo de esta cátedra es fomentar la investigación, tanto básica como aplicada, difundir sus resultados y mejorar la formación en el campo de los servicios sociales. Queremos aprovechar estas páginas para presentar, de la mano de sus integrantes, la Cátedra Retos de Innovación y Bienestar Social de esta Universidad.

La Universidad de Oviedo y la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias han convenido la creación de la Cátedra de Innovación Social-Retos del Bienestar (CRIBs). Su objetivo principal es que ambas instituciones dispongan de un marco estable de cooperación e intercambio para el fomento de investigación dedicada al análisis y la evaluación de los retos sociales del bienestar y para apoyar la mejora permanente del sistema asturiano de servicios sociales. Esta cátedra recibe financiación del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de la Unión Europea.

El nombre de la cátedra refleja una doble ambición en el logro de ese objetivo. Por un lado, los retos de la innovación, que reclaman un esfuerzo permanente por identificar los mejores conocimientos y tecnologías y por encontrar el modo de trasladarlos al sistema de servicios sociales. Por otro lado, el foco del bienestar social, que remite a ámbitos centrales de ese sistema, como son, muy singularmente, los cuidados de larga duración o la inclusión social activa, pero que se extiende a otros ámbitos de esos servicios, como las políticas de lucha contra la pobreza y contra la soledad no deseada o la protección de la infancia.

CRIBs desarrollará su programa de actividades en tres campos principales. En primer lugar, el fomento de investigaciones básicas y aplicadas que ayuden a la mejora de la eficiencia y la calidad de los servicios sociales. En segundo lugar, la transferencia y la difusión de los mejores resultados de la investigación y de las mejores prácticas de gestión, que ayuden también a que la ciudadanía y la opinión pública tengan un conocimiento más realista de la importancia de los servicios sociales. En tercer lugar, la mejora de la formación reglada y no reglada en servicios sociales, que incluirá premios a trabajos académicos (Trabajos Fin de Grado, Trabajos Fin de Master y Tesis Doctorales), a publicaciones científicas y a buenas prácticas, con el fin de reconocer los resultados excelentes de estudiantes, profesorado y profesionales de los servicios sociales.





La cátedra abrió su programa de actividades con una conferencia de Vicente Marbán, profesor de la Universidad de Alcalá, con el título de “Los (des) cuidados de largo duración y el balance y los retos del SAAD”, impartida el pasado 22 de marzo en la Facultad Jovellanos del Campus de Gijón. También acaba de celebrar una jornada de trabajo sobre uno de los grandes retos que enfrentan los servicios sociales: el adecuado reparto de competencias entre sus diferentes actores y el acceso a una financiación suficiente y sostenible. El próximo 12 de mayo celebrará una nueva jornada de trabajo sobre la innovación en servicios sociales. Toda la actividad de CRIBs se podrá seguir en su web (<https://cribs.uniovi.es/>)

La cátedra está dirigida por el profesor Rodolfo Gutiérrez (rgutier@uniovi.es), del Departamento de Sociología, y codirigida por el profesor Javier Mato (jmato@uniovi.es), del Departamento de Economía Aplicada. Javier Mato imparte docencia en la Facultad Jovellanos, con la asignatura “Políticas de Inserción en el Mercado de Trabajo”, optativa de 4º curso de Trabajo Social.

Sabías que...

Se entiende por Innovación Social el desarrollo e implementación de nuevas ideas para satisfacer las necesidades sociales, crear nuevas relaciones sociales y ofrecer mejores resultados. Sus objetivos son el bienestar y el cambio social.

Innovaciones que respondan a demandas sociales dirigidas a grupos vulnerables.

Reto Social basado en la integración de lo económico, lo social y lo ambiental.

Enfoque sistémico que exige cambios organizativos y en las relaciones entre las instituciones y las partes interesadas.



Mapa asturiano de Servicios Sociales

El Sistema Público de Servicios Sociales de Asturias se articula en diferentes unidades **territoriales**:

- Áreas de Servicios Sociales: coinciden con las áreas de salud
- **Distritos**: los encontramos en los concejos que tienen más de 20.000 habitantes y engloban una o más Zonas Básicas.
- **Zonas Básicas**: conforman demarcaciones de entre 3.000 y 20.000 habitantes dentro de un concejo o una agrupación de concejos.
- **Zonas Especiales**: aquellos territorios que por cuestiones demográficas, geográficas o de comunicación no pueden constituir una Zona Básica.



Desde el punto de vista **funcional**, el sistema se articula en dos niveles de atención:

Servicios Sociales Generales:

constituyen el primer nivel de atención. Dirigen su actuación a toda la población de un territorio determinado (área, distrito, etc.).

Se materializan en:



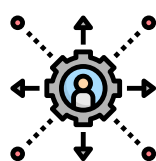
Centro de Servicios Sociales (CSS)



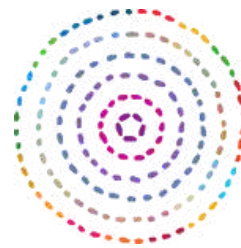
Unidad de Trabajo Social (UTS)

Servicios Sociales Especializados:

los equipos, programas y centros que forman parte de ellos, se organizan dependiendo del colectivo de atención: población general; infancia, familia y adolescencia; personas con discapacidad o personas mayores.



Servicios Sociales Territoriales de Área: conformados por equipos que desempeñan labores de descentralización y coordinación de ambos niveles.



La Agenda 2030 en la Universidad de Oviedo:

¿Conoces la Cátedra Concepción Arenal?

Tanto la Memoria sobre Responsabilidad Social Universitaria como el Plan Estratégico de la Universidad de Oviedo tienen los ODS como uno de sus ejes centrales. Queremos aprovechar estas páginas para presentar, de la mano de sus integrantes, la Cátedra Concepción Arenal de Agenda 2030 de esta Universidad.

En el año 2022, la Consejería de Presidencia del Principado de Asturias suscribió un convenio con la Universidad de Oviedo para la creación de una cátedra institucional al respecto. Así nace la Cátedra Concepción Arenal de Agenda 2030. Con el objetivo de impulsar en el ámbito del Principado de Asturias y para la comunidad universitaria actividades relacionadas con los ámbitos de actuación prioritarios de la Agenda 2030, en los campos de la investigación, la divulgación y la formación universitarias.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible son una iniciativa de Naciones Unidas para diseñar un “plan que logre un futuro mejor y más sostenible para todos”. Fueron establecidos en el año 2015 y se pretenden alcanzar en 2030, de ahí que hablemos de la Agenda 2030. Aunque la fecha 2030 es un recurso retórico.

La Agenda 2030 es uno de los acuerdos globales más ambiciosos e importantes de nuestra historia reciente. El valor de sus 17 ODS no está en su consecución en el año 2030, sino en su carácter orientador. Inspiran el quehacer diario de todos. No son objetivos utilitaristas. Son objetivos que tienen que ver con la ética y con los valores que impregnan la sociedad. Ponen en el centro a las personas, al planeta y a la prosperidad. Y tienen el valor de lo imprescindible. No son una opción. Son una necesidad.

Los ODS son objetivos complejos, porque nos obligan a transformar profundamente el modelo de crecimiento que nos ha traído hasta aquí. Y este es un camino que tenemos que recorrer todos, y entre todos. La Agenda 2030 es un desafío de acción colectiva. Las soluciones tenemos que encontrarlas conjuntamente, cada uno en lo que nos toca.

La Universidad, el sistema universitario en general, ocupa una posición privilegiada para ello y tiene mucho que aportar. El conocimiento y la investigación se identifican como elementos clave para hacer realidad los objetivos de desarrollo sostenible.

Desde esta Cátedra podemos ayudar a la comprensión de los problemas, a transferir conocimientos y habilidades, a proporcionar innovaciones, a respaldar la toma de decisiones por todo tipo de organizaciones.





Somos conscientes de los retos y los problemas que tiene nuestro modelo de desarrollo. Enfrentarlos requiere aunar todo tipo de conocimientos científicos: básicos y aplicados. Cada uno de los 17 ODS de la Agenda 2030 requieren conocimiento académico de una amplia variedad de disciplinas y tipos de análisis.

La agenda necesita materializarse en acciones concretas, e integrarse sistemáticamente en las realidades cotidianas de todos los sectores.

Precisamente por eso, son necesarias aproximaciones multidisciplinares y multiactor, basadas en la colaboración y el trabajo en red, y el pensamiento compartido.

Queremos que la Cátedra sea catalizadora de alianzas entre los actores asturianos que estén trabajando ODS y ayudar a localizar e implementar la Agenda 2030. La Cátedra cuenta con potencial suficiente para influir en los diferentes ámbitos sociales del Principado de Asturias: sector público, sector privado, academia y sociedad civil.

Si tienes interés en conocernos y en saber más sobre las actividades que realizamos, nos encuentras en <https://caagenda2030.uniovi.es>

Equipo de la Cátedra Concepción Arenal de Agenda 2030

Sabías que...

Concepción Arenal, nacida en Ferrol en 1820, fue una de las **precursoras del Trabajo Social** en España. A ella le debemos obras de gran interés social como **Manual del visitador del Pobre** (1863), *El Pauperismo* (1897) o *La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad* (1861), entre otras.



Hablamos con Daniel López Acuña sobre salud mental

Daniel López Acuña, epidemiólogo, Ha trabajado durante más de treinta años para la Organización Mundial de la Salud, fue director de Acción de Salud en Crisis de la OMS. En 2016 fue coordinador del proyecto SH-CAPAC. Es consultor sénior del Programa de Salud en Prisiones (HIPP) de la Oficina Regional Europea de la OMS y miembro de su Comité Directivo. Ha publicado varios libros en el campo de la salud pública. También ha publicado poesía y escribe en periódicos españoles como El País/Planeta Futuro o Público.

A la hora de pensar en la salud, ¿qué aspectos tenemos más olvidados y abandonados?

Podríamos empezar diciendo que la salud mental es una de las áreas más olvidadas de la salud en general. La OMS definió, y lo tiene así estipulado en su Constitución, que fue elaborada hace 75 años, (la OMS existe desde 1948) que el objetivo era trabajar para alcanzar la mejor condición posible de salud física, mental y social. Muchas veces nos quedamos en lo físico, en la salud reparadora de los daños físicos, sin ver sus implicaciones en la salud mental, pero también los problemas de salud mental en sí mismos. Y, más aún, muchas veces nos quedamos sin ver la dimensión social de la salud y la enfermedad y por eso se nos olvidan las cosas sobre las que podemos y debemos actuar, no solo a través del sistema sanitario, sino a través de otros sectores, a través de grandes políticas sociales y de grandes políticas de promoción de la Salud y de bienestar humano, de Bienestar Social.

¿Podría profundizar algo más en esta idea?

Muchas veces metemos en el mismo saco varios asuntos cuando hablamos de salud mental, y yo creo que es muy importante separar dos grandes aspectos. Uno es el estado de situación en cuanto al bienestar emocional, mental de las personas. El otro es el mecanismo que tenemos dentro del sistema sanitario y los sistemas sociales para atender problemas de salud mental, que tiene un gran rezago mundial, que tiene un rezago importante en España, y que es muy importante considerar para poder atajar adecuadamente los problemas de la situación de salud mental.

Por decirlo de una manera muy simple, hay que abordar, hay que analizar la situación de la salud mental, pero por otro lado, hay que analizar la situación de la atención a la salud mental.

Hay también una tendencia a ser un tanto reduccionista y pensar que la salud mental es simplemente un problema de funcionamiento cerebral, de funcionamiento de la química cerebral o de los neurotransmisores y que eso nos explica la totalidad de los problemas de la salud mental. Ahí tenemos una profunda distorsión, porque nos olvidamos de la integralidad que da lugar a la salud. Por supuesto que hay una base biológica y bioquímica del funcionamiento cerebral que en algunos casos extremos produce desbalances en términos de transmisores o neurotransmisores, de funcionamiento de la fisiología cerebral que da lugar a problemas de salud mental.

Sabías que...

El proyecto SH-CAPAC, financiado por la UE, tenía como objetivo mejorar la respuesta sanitaria a la reciente afluencia migratoria en Europa.

Más información en:

<https://www.sh-capac.org/>





Hay que analizar la situación de la salud mental, pero por otro lado, hay que analizar la situación de la atención a la salud mental.

Pero no es que esto ocurra como simplemente algo que acontece por accidente y en forma exclusiva química o neurológica, sino que tiene una integración muy grande con el resto de la salud de las personas, física y social, y con el entorno que tienen las personas, no solo en sus formas de vida, sino en las dinámicas económicas y sociales que pueden impactar sobre su funcionamiento mental.

Una primera consideración es la importancia de tener la visión integral de lo que da lugar a la salud mental.

Algunas corrientes de estudio de sociología de la salud y la enfermedad, de salud mental con una perspectiva social, han buscado entender desde hace muchos años (y yo creo que es una corriente que ha aportado mucho a la comprensión de las cosas) han intentado explicar cuáles son los determinantes sociales de los problemas de salud mental.

Y no estamos únicamente ante un problema de donde cambió la química cerebral que, a veces, todo esto ocurre por las grandes influencias que puede tener el entorno, desde una crisis económica hasta una falta de oportunidades para un sector de la población como puede ser el sector más joven. O la falta de opciones de integración social que puede tener el sector de edad más avanzada o la sensación de soledad que puede generar el aislamiento de la interacción de colectivos sociales. Entonces, todo esto yo creo que nos debe llevar a que hay un ámbito de acción que tiene que ver con lo sociosanitario, y que es lo que realmente aborda los problemas de salud mental con una mayor integralidad.

¿Y cómo está globalmente nuestra salud mental?

Entrando ya al terreno de la salud mental, de la situación de salud mental, tenemos toda una gama de posibles problemas. Algunos de una severidad mayor, que pueden resultar incapacitantes para la actividad normal, económica, social y laboral de las personas, y algunas que se ubican en la frontera de la incapacidad que afectan el funcionamiento de la persona, las emociones de las personas, el bienestar de las personas, pero que no llegan a ser incapacitantes.

Pero todo este espectro que va desde los problemas de la psicosis profundas hasta las neurosis de la vida cotidiana, como diría Freud, conforman un universo de asuntos que requieren atención.

Y por supuesto que si lo que queremos es el máximo de expresión de las potencialidades y las capacidades de las personas tendríamos que tener una adecuada capacidad, no solo de ocuparnos de los problemas extremos incapacitantes, sino también de esa línea fronteriza, de las afectaciones tanto de los entornos sociales como de las neurosis propias del comportamiento que pueden llevar a una situación de disfuncionalidad en la operación del funcionamiento normal de carácter mental.

“Importancia de tener la visión integral de lo que da lugar a la salud mental.”

(...) En realidad cuando hablamos de salud mental no nos damos cuenta de que lo que muchas veces vemos es la punta del iceberg, pero hay un gran continente sumergido que tiene que ver además con esas interacciones sociales, que es muy importante considerar y trabajar por ello, para que tengan la mejor expresión posible en las sociedades humanas. Claro que hay problemas que en particular, en el ámbito de la salud mental, nos resultan muy amenazantes.



Por ejemplo, el gran problema del suicidio, que, en una medida importante aunque no total, puede ser prevenida y evitada. Y que requiere de una integralidad de acciones y de planes muy potentes para prevenirlo.

No es una fatalidad, quiero decir, muchas veces se piensa que la salud mental es algo que ocurre porque los astros así quieren, porque el destino así lo decide o lo que sea. Pero en realidad estamos ante problemas (...) que pueden ser prevenidos y que pueden ser evitados y que pueden ser mitigados.

(...) Pero tenemos problemas como son las psicosis, la esquizofrenia principalmente, que genera una desconexión con la realidad y una incapacidad en la mayor parte de los casos para poder tener una inserción social y laboral adecuada, pero que puede ser tratada y, en lo posible, manejada para maximizar el bienestar de las personas y su integración.

Pero bueno, por supuesto, esa es la fase más extrema, si se quiere, de los temas de salud mental las psicosis, el suicidio. Pero tenemos un conjunto de elementos que rayan más bien en el ámbito de las neurosis o los trastornos de conducta importantes que afectan la vida cotidiana y que pueden ser terribles. Las adicciones, alcohol, drogas, tabaco tienen un componente de salud mental. Las adicciones al juego, todo el tema de la ludopatía, que yo creo que es una gran enfermedad social a la que no le damos la importancia del caso y en donde tendríamos que intervenir de manera mucho más tajante. (...).

Tenemos el creciente problema de la adicción a todos los medios informáticos, las pantallas, las redes sociales,, que generan también otros tipos de dependencias con otros trastornos asociados como son la intensificación del acoso y el bullying, y la intensificación de conducta de odio y de los delitos de odio. Porque todo esto va también teniendo una implicación muy grande en la forma en que ciertos problemas de salud mental nos pueden llevar a tener un campo minado o un campo de cultivo para la delincuencia, para la criminalidad.

Poniéndome un poco más extremo todavía, yo creo que en nuestras sociedades, posmodernas, neoliberales y de consumo, tenemos una extraordinaria tolerancia a las dependencias, al consumo, que también es una enfermedad, que también configuran una disrupción social.

Entonces, claro, esto nos plantea que los modelos de intervención, los planes, las estrategias, los programas tienen que tener una visión muy amplia de todo lo que está afectando la conducta humana para reducir la expresión de las potencialidades humanas, para generar dependencias innecesarias, para inducir conductas que, a final de cuentas, ahondan en el individualismo, en el abismo la falta de solidaridad. Ahí ya estamos en esa psicopatología social que es más difícil a veces abordar, pero que es importantísima desde el punto de vista de la salud mental.

La depresión es un fenómeno que también es altamente prevalente, puede ser incapacitante, puede llevar incluso a intentos de suicidio como puede llevar a muchas otras cosas que tienen que ver con el ánimo y con el bienestar físico y con la inserción social y laboral. Y nuevamente yo creo que es un problema que tenemos por un lado subatendido en cuanto a su génesis y su prevención, y por otro lado, sobreatendido en términos de medicamentos. Y ahí es donde entramos en un tema que tiene que ver con la atención a la salud mental, en donde yo pienso que desafortunadamente ha habido una apuesta excesiva al tema de los medicamentos que tienen un efecto psicológico (de todo tipo: psicotrópicos, opioides, antidepresivos, tranquilizantes, hipnóticos).

Las adicciones: alcohol, drogas, tabaco, juego, tecnologías, etc. tienen un componente de salud mental.



Y yo creo que tenemos una excesiva prevalencia de prescripciones de estos medicamentos, como una salida fácil ante la imposibilidad de tener una adecuada atención de salud mental y como parte de la presión, además poco filtrada, de la industria farmacéutica a este respecto.

¿Existen diferencias culturales relevantes en la forma de entender y atender los problemas de salud mental?

No es un problema..., a ver, dos consideraciones. Efectivamente, cada cultura tiene una concepción distinta y un paradigma distinto de la salud en general y de la salud mental, por supuesto. (...) Eso puede hacernos variar cómo se aborda un problema de salud mental o si se diagnostica o no se diagnostica, dependiendo del ámbito cultural. Y lo cultural tiene mucho que ver no solo con países pobres o países ricos, tiene que ver con niveles educativos, tiene que ver con fes religiosas, tiene que ver con creencias culturales....

(...) Es decir, hay muchísimos pueblos aborígenes que conciben la salud-enfermedad como un equilibrio entre lo frío y lo caliente. (...) Es parte de un fenómeno cultural que por supuesto influye en la salud mental. Hay problemas de salud mental importantes en el mundo desarrollado, pero también en el mundo en desarrollo, en el mundo subdesarrollado o pobre. Es que están menos visibilizados, menos diagnosticados y mucho menos atendidos. Y también un tema que es importante es cuál es el grado de asimilación que la sociedad hace de los problemas de salud mental: si aísla o integra y trata de rehabilitar. Y esto cambia mucho y ha cambiado a lo largo de la historia, y bueno, no nos falta más que ver que hasta mediados de siglo, hasta un poco más de mediados del siglo pasado, nuestro abordaje fundamental eran los manicomios. Separar, la exclusión, es la noción extendida de vigilar y castigar, como diría Foucault, no es sino hasta la gran revolución de la llamada Antipsiquiatría donde se empieza a decir no (...) los manicomios no son la solución, hay que integrar (...).

Lo cual sigue siendo el caso en muchas sociedades y sobre todo en las sociedades menos desarrolladas. (...) La salud mental no es patrimonio exclusivo de la riqueza o del mundo desarrollado, también existen en el ámbito de la pobreza y del mundo subdesarrollado.

Y hoy hay un serio problema de enfermedades no transmisibles en países pobres, en donde además la gente se muere más joven porque está con menos atención.

Y lo mismo ocurre con el problema de salud mental, si uno se va, por ejemplo, al problema del suicidio. El suicidio existe en países pobres. ¿Y cuál es la principal forma de suicidarse en los países no desarrollados? No es con una pistola o ahorcándose, es con plaguicidas mortales de trabajadores del campo, un veneno al que acceden con más facilidad entonces. Hay que contextualizar culturalmente, (...) pero esto no quiere decir que no haya ese problema en sociedades menos opulentas. ¿Habrá ciertos problemas de salud mental, más presentes en las sociedades opulentas? Por supuesto, la gran patología y adicción al consumo pues se da en sociedades que consumen más. Pero también el germen está en sociedades que tienen escasez o límites para el consumo.

“ Cada cultura tiene una concepción distinta y un paradigma distinto de la salud ”

Entonces, ¿Cómo debería plantearse la atención en salud mental?

La capacidad para prestar servicios de atención a la salud mental va desde un adecuado manejo de problemas de salud mental en la atención primaria por parte de los médicos, hasta dotación de equipos integrales sanitarios que abarquen trabajo social, psicología, medicina, enfermería cuando menos para poder hacer mucho más trabajo de promoción de la salud, de atención psicológica y, digamos, mejorar la inserción social y de promoción de la salud.



Que tenemos que invertir más, sin duda, es parte del problema que no parece que queramos entender,. Somos sociedades más complejas, más viejas, con más problemas de salud no transmisibles o crónicos, con más problemas de envejecimiento, con más problemas en las edades juveniles (...) y con digamos más necesidad de una atención integral.

(...) Hace más de 50-60 años un médico general inglés, John Fray, que se dedicó a sistematizar mucho el tema de la atención primaria, decía que el 60% de los problemas de salud que ve un médico en la atención primaria son problemas psicosociales. Y eso requiere no únicamente una atención clínica médica, de medicamentos, de radiografías o de métodos de diagnóstico, sino una atención psicosocial.

Entonces, bueno, yo creo que nuestro gran desafío está en transformar el paradigma de la atención primaria reorientándolo con criterios de promoción de la salud, pero con una óptica psicosocial (...). Explorar la integralidad de la constelación de problemas físicos y mentales.

La pandemia evidenció la necesidad de replantear el modelo de atención...

(...) En realidad la pandemia puso en evidencia dos grandes deficiencias en el sistema sanitario en España, y en general yo diría en el mundo, pero en España fue muy claro. Yo incluso así lo señalé desde el 20 de mayo del 2020, dos meses después de la pandemia en una comparecencia ante el Congreso de los Diputados sobre el el tema de gestión de la pandemia y las implicaciones que tenía para el futuro.

Ahí subrayo la insuficiencia (...) para organizar la atención primaria y los recursos y la visión para organizar la salud pública. (...) Hemos ha ido mucho en la tecnología de punta, en el hospital, no digo que no sea importante la modernización de todo eso, pero siempre tiene que ir de la mano con el sistema de base, con la capacidad de atención en la atención primaria. Y me parece que lo que nos están faltando son modelos integrales.

(...)Y los países que van construyendo modelos más integrales es porque tienen cargas fiscales mayores y tienen mejores esquemas redistributivos. El caso de los países escandinavos.


Y desde una perspectiva de género, ¿qué reflexiones haría?

(...) Yo creo que hoy tenemos la posibilidad de hacer un análisis con perspectiva de género de cualquier reforma a la atención en salud mental.

(...) Yo creo que durante mucho tiempo a los problemas de salud mental no se les ha dado importancia..., porque gran parte de las sociedades tienden a vincularlos con problemas de mujeres. La mayoría de los problemas son problemas menos relevantes porque no tenían tanta influencia en el mercado de trabajo... (...).

A medida que profundizamos tenemos que entender mejor las inequidades. Buena parte de ellas son inequidades de género, pero hay otras más también. (...).

Dotación de equipos integrales sanitarios que abarquen **trabajo social**, psicología, medicina, enfermería; cuando menos para poder hacer mucho más trabajo de promoción de la salud, de atención psicológica y mejorar la inserción social y la promoción de la salud



“ Quienes están de alguna manera marginados tampoco conocen cómo navegar en el sistema sanitario. ”

Todos los problemas de salud que tienen que ver con las mujeres, como si fuera parte de su condición y no parte de su afectación, por decirlo de alguna manera, pero tenemos muchos problemas de inequidades aún cuando tengamos un sistema único de salud en España o en otros países. Porque tenemos declarativamente la equidad en el acceso, pero geográficamente, hay barreras rurales, urbanas,... Digamos quien vive en la España vaciada o en los lugares más aislados, sigue teniendo un problema de equidad de acceso. El problema de los migrantes, los refugiados y quienes están de alguna manera marginados porque tampoco conocen cómo navegar en el sistema sanitario.

El problema que tiene que ver con etnias, toda la población gitana, a lo mejor menos marcado el caso en España, pero que de todos modos existe, pero marcadísimo en países como Bulgaria o Rumanía (...). Curiosamente, también las personas afectadas por problemas de salud mental acaban siendo un colectivo marginado que les impide un acceso equitativo. Cuando se cree, si se crea, y depende cómo se cree una agencia estatal de salud pública en España uno de los problemas que tiene que estudiar es el de las inequidades en salud y en el acceso a los servicios de salud y ahí surgirán más los problemas de las inequidades de género y las inequidades por otros factores, pero tenemos una constelación de factores (...). La mala salud mental no está uniformemente distribuida en la sociedad y nos falta documentarlo mejor.

“ La mala salud mental no está uniformemente distribuida en la sociedad y nos falta documentarlo mejor ”



Escanea el código QR y accede directamente a la entrevista completa.

También puedes acceder haciendo





Hablemos de TCA's

(Trastornos de conducta alimentaria)

Entrevista a Paula Marín, licenciada en psicología clínica formada en terapia EMDR. Dirige su propia clínica en Avilés. Junto a su equipo ofrecen terapia sexual, familiar, de pareja, en grupo, infantil, para adolescentes y adultos, donde aborda temas de ansiedad, trastornos o cambios de conducta, miedo, obsesiones, dependencias, duelos o adicciones, entre otros. Además es formadora, divulgadora y escritora del libro "Revienta" que habla, a través de 100 relatos, de lo que muchas veces se esconde .

¿Qué datos sociodemográficos hay sobre todo en la consulta sobre pacientes con TCA? ¿Qué porcentaje de mujeres y hombres? ¿Qué intervalos más o menos de edad tienen?

Casi nadie viene con un TCA como motivo de consulta, vienen con un trastorno de ansiedad, con una depresión, con una dificultad de pareja, etcétera. Casi toda la población con TCAs con la que trabajamos aquí son chicas y el rango de edad (...) entre 12 y 25 años, pero también tenemos mujeres adultas que todavía sigan teniendo algún tipo de TCA (...). Una de las cosas que estoy viendo mucho últimamente es este trastorno por atracón en consulta, hay muchas chavalas que tienen trastornos por atracón.



Pero una persona tiene que comer o se muere. (...) Y es una lucha constante consigo misma en su pensamiento de lo que como o lo que no, si vomito o si no lo hago, si me pasado o si no, cuántas calorías...(.)



Una de las cosas que quería hablar es, que si por ejemplo, una persona que consume cocaína, no tiene que consumir cocaína por obligación 3 veces o 4 veces al día, ¿no? Y una persona que bebe alcohol, que sea alcohólico, no tiene que beber si o si 3 veces o 4 al día, ¿no? Pero una persona tiene que comer o se muere. (...) Porque tiene que pensar lo que va a desayunar, lo que va a comer, lo que va a merendar, lo que va a cenar.... la gente come.

No podría ir a un sitio donde nadie coma, entonces es una lucha porque son como adicciones muchas veces.

Y es una lucha constante consigo misma en su pensamiento de lo que como o lo que no, si vomito o si no lo hago, si me pasado o si no, cuántas calorías...(.)

Y ¿lo tienen reconocido o no? ¿les cuesta reconocerlo?

Les cuesta, los TCA, a no ser que sean ya un nivel muy *hardcore*, cuesta reconocerlos. Y a veces te hablan después de varias sesiones de “bueno...también con la comida tengo algún problema...” y cuando rascas un poco es un problemón. De tipo “solo como esto...” “no puedo permitirme esto” “luego vomito” o “como hasta no poder más”..., pero si les cuesta reconocerlo como un TCA. Vienen por otros motivos (...) Muchas veces el TCA deriva en depresión, ansiedad o cualquier otro tipo de trastorno y, muchas veces, los TCAs vienen por trastornos previos como el trastorno de estrés postraumático, el complejo, al no estar en un entorno seguro, invalidante, en el cual tú tengas que intentar ser perfecta para poder demostrar que vales, en el que para poder ser perfecta “pues entonces lo que voy a hacer es no comer para estar delgada”. ¿Por qué? Porque el prototipo de mujer normativa heteropatriarcal deseada es de una manera. Entonces yo si me aproximo, si me acerco a ese modelo voy a ser menos juzgada y voy a ser más querida. Entonces están todas atrapadas ahí.

¿Tienen apoyo de los familiares?

No, porque no se entiende. Son trastornos que no se entienden, entonces claro al final es “no comes nada” o “tienes que comer más” y ese tipo de cosas no ayudan porque no estás entendiendo que esa persona tiene un problema.



Y ¿qué hacer si tienes sospechas o sabes de que alguna persona de tu entorno puede estar pasando por algún trastorno alimentario? Al no verse tan fácilmente, al ser solo la anorexia la que se aprecia más a simple vista...

Es que tu dile a una persona con anorexia "Oye que se te nota..." Claro, lo que va a hacer es no estar contigo, aislarse más y hacerlo más en secreto. Entonces en este tipo de cosas yo creo que es importante la ayuda profesional. El poder incluso entrar por otro lado. Como "te vendría bien ver a alguien por esta dificultad que tienes aquí...", o lo que sea y que el profesional ya vaya viendo. O hablar del tema, pero de una manera no juzgadora. O usar otros ejemplos (...) en este tipo de cosas es muy importante, porque así no se sienten atacadas, no se sienten descubiertas por así decirlo y es más fácil que no pongan el muro del "déjame en paz" o "No te metas en mi vida" etcétera.

¿Cuál es el proceso de atención que se suele seguir desde el momento en que la persona empieza a desarrollar el trastorno?

Nosotras trabajamos con MDR, que en inglés significa Reprocesamiento de Sensibilización a través de Movimientos oculares. Es una técnica que se basa en el trauma. Buscamos la historia del trastorno y también buscamos la historia de la persona, cuándo empezaste, cuándo fue la primera vez, qué es lo que estaba pasando en tu entorno... Entonces trabajando desde ahí podemos ir viendo qué disparadores son los que hacen que se desarrolle el problema y cuál es la raíz. "No me sentía querida" o "no me hacían caso, entonces yo la única manera que tuve de regularme fue a través de la comida". ¿Por qué los trastornos de la conducta alimentaria empiezan sobre todo en la adolescencia? Porque es cuando empezamos a ser un poco conscientes de los traumas arrastrados o de las dificultades que tenemos a nivel de autoestima, amor propio, de relaciones con la comida, etc., y claro, la comida está ahí.

Un poco más mayores, vale, con el alcohol, pero la comida está ahí siempre. Entonces es como mi refugio, es un mecanismo de regulación emocional. Me encuentro mal, como; me encuentro mal, no como; entonces ya estoy pensando que al no comer estoy adelgazando, entonces ya me evado de esa realidad que hace que yo vaya ahí. Pero un TCA nunca es un TCA, siempre era algo que se ha desarrollado.

Supongo que si no se combate con la ansiedad, la depresión o lo que se tenga, la creencia de que se va a adelgazar sin comer al final hace el efecto contrario.

Claro, hay que trabajar todo, sobre todo la sintomatología, pero sobre todo de dónde viene, cuándo empezó y cuál fue la emoción que inició el proceso. Personas muy inteligentes, con matrículas de honor tenían que ser perfectas, entonces..., en anorexia hay muchísimo perfeccionismo y da igual, porque nunca va a ser suficiente y ahí es donde tenemos que trabajar aquí, estás bien como estás y nunca va a ser suficiente para esta persona que eras. Trabajamos mucho para tratar esos nudillos y dar estrategias para enfrentarse a situaciones en las que pueda volver a pasar. Queríamos hacer también una terapia de grupo, porque me parece fundamental para conocer a otras personas que vivan lo mismo.(...) Lo malo que tenemos aquí es que ninguna quiere ir. Llevamos abiertas poco tiempo. Yo siempre que se lo oferto a alguien no quiere que se sepa, por la culpa, por el que le vayan a descubrir.



"Me encuentro mal, como; me encuentro mal, no como, entonces ya estoy pensando que al no comer estoy adelgazando, entonces ya me evado de esa realidad que hace que yo vaya ahí. Pero un TCA nunca es un TCA."





¿Existe algún mecanismo de prevención?

No existe, no existe nada de prevención. Yo creo que información o formación en escuelas, e institutos, en familias, lugares en los que se vea que alguna persona está pasando por esto, sobre todo también en un mundo en el que quepamos todos y todas. Se tiene un estereotipo en internet, en revistas, en los filtros de instagram, en medios de comunicación. Si la gente fuera natural y no fuera juzgada y los modelos y las modelos fueran normales, con distintas tallas, habría muchísimo menos.

¿Se ve más ahora que antes? ¿Tiene algo que ver con las redes sociales?

Yo veo más ahora que antes. Las redes sociales tienen mucho que ver, no sé hasta qué punto en la salud mental de la gente. Las redes sociales son un consumo constante e inagotable que no se acaba nunca. Tú abres instagram y puedes estar mirando y mirando, en las comparaciones, normalmente. La gente está de vacaciones y suben las fotos en las que mejor salen, entonces también el **ciberbullying**, que si “esta qué gorda está”, igual ha engordado un poco y ponen noticias y ponen titulares.(..) Es constante, es adictivo. (...) Con las redes sociales creo que empiezan a haber referentes que pueden decir “pues esta chavala está gorda y ha podido conseguir esto”, pero hay un ejemplo que se me viene ahora a la cabeza: Adele ha adelgazado muchísimo y ahora dicen que está muy guapa ¿y antes no? Entonces necesitamos referentes que nos digan que todas somos como somos y punto, y todas somos igual de válidas.

Las respuestas me parecen muy importantes también, las respuestas que pueda tener la población, con sus comentarios frente a ese tipo de noticias y que además van a leer las chavalas y los chavales (...). No sabemos tampoco el impacto que tenemos individualmente y es super necesario usar ese poder para hacer el bien. Porque las redes sociales se usan muchísimo para hacer daño.

Y por último, ¿Qué recursos públicos gratuitos conoces más allá de salud mental que puedan tratar trastornos? ¿Y hace falta?

No conozco ninguno y sí hace falta. Las asociaciones son las que andan haciendo todo. Por ejemplo, en suicidio, yo estoy en prevención del suicidio con Abrazos Verdes y allí vamos a hacer terapia de grupo, terapias de apoyo, y lo estamos haciendo gratis.

Por eso nos tenemos que ayudar entre nosotros y nosotras y “hacer tribu”. Una parte importante es la terapia pero aquí vienen una hora a la semana o dos y se van a su casa, entonces si yo me voy a mi casa a consumir más porquería que me dice que tengo que estar delgada, si yo luego voy con mi grupo de amigas que me llaman gorda, o no me atrevo a salir o mi novio me esta maltratando, llamándome gorda, insultándome también, vienen a la siguiente, pero es que claro el entorno no ayuda, entonces todo tiene que ser contextual, nos tenemos que implicar todos y todas.



SCAN ME



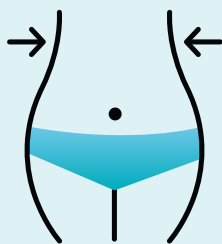
Escanea el código QR y accede directamente a la entrevista completa

También puedes acceder aquí

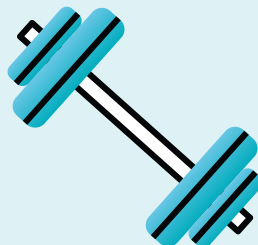




Sabías que...



1 DE CADA 25 **MUJERES** Y 7 DE CADA 1000 **HOMBRES** SUFREN O HAN SUFRIDO UN TCA (EN ESPAÑA)



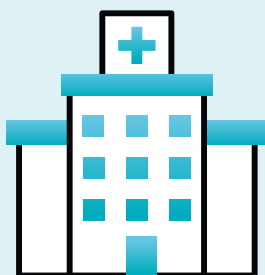
LA **VIGOREXIA** AÚN NO ESTÁ RECONOCIDA COMO UN TCA EN EL DSM



EXISTEN CENTROS DE DÍA **ESPECIALIZADOS** EN **TCA**



EL **80%** DE LOS TCA SE DESARROLLAN EN LA **ADOLESCENCIA**



SÓLO EXISTEN **4** CAMAS DESTINADAS A **INGRESOS** DE TCA EN EL HUCA



LOS TCA **NO SON** SÓLO BULIMIA Y ANOREXIA, EXISTEN OTROS COMO EL TRASTORNO POR ATRACÓN



LOS TCA PUEDEN DERIVAR EN **OTRAS** **PATOLOGÍAS**



LOS TCA AFECTAN A **TODOS** LOS GRUPOS SOCIALES AUNQUE SE MANIFIESTEN DE DIFERENTES FORMAS





Personas con Esquizofrenia

¿Cómo podemos actuar?

Las personas con esquizofrenia son un colectivo pequeño, desconocido y estereotipado. Por ello hemos querido en este espacio hablar abiertamente de ello. Nuestra finalidad no es sólo ofrecer información acerca del colectivo de personas que la sufren, sino también, y sobre todo, centrarnos en cómo debemos tratar a una persona con esquizofrenia (aunque, demos pequeñas pautas para otros colectivos que también estén relacionados estrechamente). Así pues, hemos entrevistado a representantes de dos asociaciones de Gijón, AFESA y Hierbabuena, para que nos ofrezcan sus puntos de vista.

AFESA

Asociación de Familiares y
Personas con Enfermedad
Mental de Asturias

Cuando hablamos de la **Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias (AFESA)**, es muy importante que **hablemos del trabajo con las familias y con las personas que tienen problemas de salud mental**. Llevamos treinta años funcionando, un poco por la necesidad que tenían las familias de **atender** a las personas con problemas de salud mental después de la **desinstitucionalización**. En los sesenta/ setenta había muchos psiquiátricos donde estaban las personas con problemas de salud mental internadas, hasta que llegó el desarrollo de los psicofármacos y se optó por priorizar el hogar frente a las instituciones psiquiátricas.

Pero este cambio de enfoque se hizo **sin información para las familias, sin acompañamiento, sin muchos recursos para atenderlas**.

Entonces **AFESA** nace de esa necesidad. Fue creada por dos madres de personas con esquizofrenia, y al principio empezó atendiendo a las familias, **formándolas con grupos psicoterapéuticos** para conocer la enfermedad y cómo enfrentarse a ella.

A medida que fue expandiéndose la asociación también surgió la necesidad **de ayudar** a las personas con problemas de salud mental. Por tanto es un trabajo que se queda bastante lejos de lo que es la salud pública.

Teniendo muy claro que los recursos son los que hay y que las familias se quedan en un segundo plano, trabajamos para que **pasen por el proceso de la mejor manera posible**.

¿Qué recursos de apoyo están disponibles para la persona y su familia después de un brote o crisis?

Primero, hay que saber si la persona viene de un **ingreso voluntario** (llega y comunica su intención de ingresar en el Hospital de Jove en la unidad psiquiátrica) o **involuntario** (orden de un juez, llamada del 112, cometió un acto delictivo...) y esto ya lo cambia prácticamente todo.

Una vez que la persona sale de ahí, le derivan a su centro de salud mental, donde le atiende su psiquiatra de referencia y las familias se quedan un poco aisladas (a excepción del centro de Montevil que tiene “escuela de familias”).

Aquí trabajamos con las familias, en concreto ahora hay dos grupos **psicoeducativos** (se trabajan aspectos esenciales de los que son los problemas de salud mental y cómo afrontarlos) además de **crear red entre las familias**, para que conozcan otras vivencias que les ayuden a llevar este proceso. También, hay un grupo de **autoapoyo**, que ya se conocen, llevan un tiempo y se comentan dudas o cosas menos estructuradas, no como en el psicoeducativo.

Además, en AFESA, la persona tiene que estar estable y siguiendo la medicación, no por él sino por la posible alteración con el resto del grupo.



¿Cómo podemos identificar las señales de advertencia de que alguien puede estar en una situación de crisis o brote?

Es muy importante que tengamos en cuenta que los **síntomas aparecen entre los 16 y los 25, en la adolescencia**, entonces ese trabajo de **prevención** yo siempre veo que tiene que ir muy **ligado a los centros educativos** porque es la única manera de llegar a la totalidad de la población adolescente. El problema es que a pesar de que esta intervención ya se hace desde los centros, no hay suficientes recursos. También desde las familias, educándolas y que sean un poco conscientes de los síntomas y signos que pueden aparecer en sus hijos e hijas. Entonces, **cuando hablamos de problemas de salud mental hablamos de un cambio de comportamiento, un cambio en el patrón de conducta, desde antes de que aparezcan los síntomas**. Van apareciendo poco a poco y van a empezar a limitar a las personas, socialmente, personalmente, laboralmente...

Cuando hablamos en concreto de esquizofrenia, se ha estudiado que tienen fases que definen el transcurso: LA FASE PRODRÓMICA, AGUDA, REHABILITACIÓN y CONSOLIDACIÓN. Pero como sabéis, cada persona es diferente y compleja. **Las fases prodrómicas** es algo muy interesante porque ayudarían a **evitar el brote psicótico**, aunque es muy difícil establecer el patrón de una fase prodrómica. **Aun así, se suele caracterizar por: un aislamiento social, descuido de la higiene personal, irritabilidad, alucinaciones principalmente auditivas (voces en primera persona), delirios, alteración del sueño**, desorganización del sueño y muchas veces hay un acercamiento a la religión. Pero el hecho de que pueda sucederte uno de estos síntomas no es clave para que estés en esta fase porque se puede dar en cualquier momento. Lo importante es conocer a la persona y saber si estamos en un pródromo para darles una atención individualizada.

¿Cómo podemos hablar con una persona que está experimentando un brote o crisis de manera efectiva y tranquila? y ¿Qué recomendaciones darían para ayudar a una persona con trastornos de salud mental durante un brote o crisis?

Es importante que entremos en lo que es un brote psicótico, no es igual en todas las personas. Hay mucha variabilidad entre las personas.

Pueden aparecer **síntomas positivos** - alucinaciones, delirios, pensamientos delirantes-, o pueden aparecer **síntomas negativos**, desapareciendo cosas: aislamiento, anhedonias (a la persona ya no le gusta hacer, lo que solía gustarle, menos ganas de hacer cosas). Por ello no podremos comportarnos de la misma forma.

Pero, en general, **manteniendo la calma**, estando tranquilos, **hablar suave, no entrar dentro de su espacio personal**, creando **confianza** (trabajo previo siendo una figura de referencia con la que pueden sincerarse). **No incentivar las alucinaciones, sino redirigiendo la situación**, hablando y consultando con la persona. Y todo ello se va aprendiendo en el día a día.

¿Qué medidas de seguridad debemos tomar para proteger a la persona y a nosotros mismos durante un brote o crisis?

(Aquí debemos remarcar un punto llamativo en la entrevista. Se tiene el estigma de que las personas con trastorno mental severo son agresivas y nos van a hacer daño o que están muy bien, pero lejos de nosotros y de nuestros seres queridos. La realidad, es que unas **son personas maravillosas** y otras no, pero como todas las personas de este mundo).

La esquizofrenia es un trastorno muy poco predominante, habiendo entre un **1% y un 3% de la población** con este trastorno diagnosticado. La mayoría de personas que acuden a esta asociación son personas autónomas, que viven solas, con mayor o menor apoyo. Y son capaces más o menos de hacer su vida.



Por ello, la sociedad tiene un miedo irracional y además se suele poner el foco en los casos de aquellas personas que han creado conflictos y tenían problemas psicóticos.

Por ende, **no se trata de “protegerse” sino de “protegerlos”** porque se habla del daño que hacen a los demás, pero no a sí mismos.

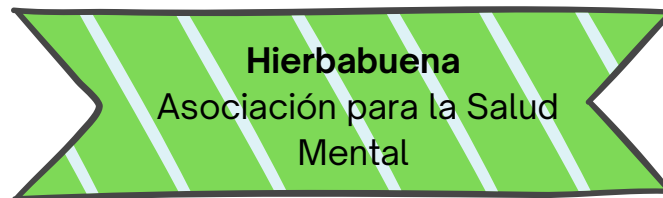
Por ejemplo, ante un comportamiento antisocial, una persona que está gritando, muy alterada. Lo primero, nosotros no podemos gritar más, si tenemos que irnos, nos vamos, pero siempre sin perderlos de vista.

Y estar muy atentos al comportamiento no verbal, (si se sientan, nosotros también) porque también comunicamos mensajes aunque no los verbalicemos. Y si es un problema muy grave, lo mejor que se puede hacer, es llamar al 112, como en cualquier otra situación en la que se vea un peligro.

Además, hay que entender que aquello que la persona experimenta, PARA ELLA ES REAL, y **hay que empatizar** e intentar ver cómo reconducir la ayuda sin tener que decir que es mentira o que no es cierto lo que siente.

¿Cuáles son las funciones de un trabajador social en AFESA más allá de la burocracia?

Cualquier caso que llegue a la asociación será atendido para realizar una **valoración previa del caso** o situación, realizar **derivaciones** hacia recursos más adecuados, **primera acogida** de los usuarios/as que llegan a la asociación y **coordinación** con las demás asociaciones a nivel autonómico.



Hierbabuena, Asociación para la Salud Mental, es una entidad sin ánimo de lucro y con utilidad pública, formada por un grupo de personas con mucha diversidad mental que conocen el sufrimiento psicosocial desde dentro. Son una **asociación en primera persona**, formado por **personas diagnosticadas y que** han vivido ese sufrimiento. La asociación promueve y apoya la mejora de la salud de la población, pero sobre todo el empoderamiento y autonomía de este colectivo.

¿Cómo podemos identificar las señales de advertencia de que alguien pueda estar en una situación de crisis o brote?

Deberíamos estar en conocimiento de la personalidad y la manera de comportarse y exteriorizar los pensamientos más profundos de esa persona. Es muy importante **estar involucrado en la vida de esta persona**, no simplemente dejarlo en mano de los profesionales, sino hacerlo de una manera integral, que se dedique la familia, compañeros de trabajo, amistades y todos. Entonces habría que mirar si esta persona tiene algún desequilibrio o hay algún conflicto entre su delirio y la realidad.

Son personas que suelen tener unos delirios que muchas veces son para escapar de realidades maltratadoras. Hay veces que lo niegan, hay veces que no hay un equilibrio entre la realidad y esa realidad supuestamente de ese delirio que tienen ellos, entonces ante cualquier señal de desequilibrio, ese tándem entre esas dos cosas que se intentan controlar, porque tampoco vas a cambiar a la persona de radical, lo que vas a hacer es adaptar su delirio a la realidad verdadera. Entonces cuando ves que esa persona duda, está un poco nerviosa, no se expresa con claridad..., pues quizás es una señal ya de que a lo mejor está teniendo una crisis dentro del sufrimiento que tiene dentro.

Estar bastante pendiente de su personalidad, **su forma de ser**, estar involucrados en la recuperación, en su fortalecimiento, entonces si lo ves un poquitín raro, pues ya actuar, sobre todo **prevenir, no intervenir**, procurar prevenir todos los días ya desde primera hora de la mañana, tener una manera especial de hablar con él o ella, sea chico o chica, planificar las cosas con él, etc.



¿Cuáles son las funciones de un trabajador social en HIERBABUENA más allá de la burocracia?

Además de apoyar a la asociación en la difusión del colectivo, de nuestras ideas y valores, en el caso de una persona así, sería por ejemplo **orientarlo** hacia el mundo laboral, hacia las asociaciones, decirle mira tienes estos recursos, tienes estos trabajos, para buscar estos trabajos tienes que ir aquí y aquí, tienes estas asociaciones de gente como tú que se llaman así y así, y tienes las sedes aquí y aquí, puedes ir al Ayuntamiento y decir que eres una persona con este perfil. Y en general, orientarlos un poco, lo que era antes Servicios Sociales, pero cada vez hay una relación menos estrecha entre Servicios Sociales y la Sanidad, y, para nosotros, pensamos que tiene que ir muy ligado si queremos que esa persona se recupere; aparte que no entras en una red de recuperación donde haya un conjunto de agentes, lo tienes que buscar tú.

¿Cómo podemos hablar con una persona que está experimentado un brote o crisis de manera efectiva y tranquila? ¿Qué recomendaciones darían para ayudar a una persona con trastornos de salud mental durante un brote o crisis?

Hay una cosa que impera mucho en nuestro colectivo, que van solo personas diagnosticadas de esquizofrenia y hay bipolares, hay con trastornos de personalidad, hay de todo.

Pero sobre todo hay que intervenir de una manera suave, con mucha **asertividad, respetando a la persona** aunque esté en un momento de semicrisis, queriendo pasar su realidad verdadera a su realidad ficticia, pero sí esa suavidad, esa asertividad, escuchando lo que piensa y lo que siente, en un ambiente entre iguales, no de jerarquías, dándole potestad, **dándole su posición** en todo este entramado, que precisamente él es el protagonista de todo esto.

Y sobre todo sin prejuicios ni perjuicios, simplemente tratándolo entre iguales, de una manera suave, quitándole toda esta leyenda negra que hay sobre la esquizofrenia, que si te ataca con un cuchillo, que si esto, que si lo otro... El cerebro del ser humano es algo extraño y desconocido, siempre que ocurre algo que no encuentran explicación, simplemente la historia de la salud mental, hay mucho estigma, mucha leyenda negra. Una persona con esquizofrenia **puede llevar una vida completamente normal**, tener familia, trabajar, todo.

No hay porqué dramatizar y entrar en una crisis de que estés en casa o en el entorno de la persona y dices madre mía y ¿ahora qué hacemos? Pues hablar, abordarlo de una manera tranquila, como si estuvieras como un niño que estuvieses intentando reeducar. Yo quiero insistir en que no soy un profesional, soy un agente en primera persona, pertenezco a la asociación Hierbabuena y **se lo que es el sufrimiento mental, y creo que somos una parte importante en la recuperación y fortalecimiento de esas personas**, pero también están los profesionales, los fármacos, la familia, los compañeros de trabajo y el entorno más directo, más presente en la persona.

Lo primero tranquilidad, mucha tranquilidad, nada de irritarse ni salirse de las casillas porque hay que agarrar siempre el toro por los cuernos y hacer las cosas bien, con tranquilidad, con diálogo, con algún fármaco también, siendo muy cuidadoso, procurando sobre todo no usar la fuerza porque la fuerza siempre acaba llevando a mal trato y la ruptura entre las partes, eso es muy importante.

En el momento en que se usa la fuerza pues puede haber maltrato, puede haber internamiento forzoso, puede haber correas, puede haber incluso electroshock.

Es una barbaridad para nosotros en la asociación, es puro maltrato, no soluciona nada, pero es lo que te están dando en el HUCA, te lo aplican ante una crisis y claro, todo esto la persona en cuestión, la protagonista, lo sabe.



(...) hay maltrato porque obligas a esa persona a hacer algo que no quiere, **incluso la puedes llegar a privar de su libertad**, hasta de movimientos porque todavía hay camas con correas, todavía se ata a la gente, incluso hay gente que ya ha muerto en las camas atados, o sea esto sigue existiendo.

Y luego la ruptura entre las partes, esa persona vuelve a encerrarse en sí misma y ya no se abre tanto al profesional, psiquiatra, psicólogo, a la familia, a los amigos, a sí misma..., para reconocer que su delirio puede ser como difuminar la realidad, transformarla un poquitín a conveniencia de cada uno, pero que puede llegar a hacerte daño o a llevarte por un camino que no es la realidad, no es la verdad. Luego, la familia, los profesionales, las personas con experiencia como nosotros, son fundamentales en la recuperación, en el fortalecimiento de esta persona, en la salida de ese momento crítico.

Los fármacos también son importantes pues tranquilizan, **nosotros no estamos en contra de utilizar fármacos**, sí estamos en contra de utilizarlos de una manera indiscriminada, de hacer un abuso de ellos, pero los fármacos también pueden ayudar en un momento así y, sobre todo, estar involucrado de una manera muy asertiva, muy empática, tener mucha paciencia. **Yo sé que es difícil, muy difícil**, mis seres allegados han sufrido mucho cuando he tenido crisis así, pues no he tenido una crisis de esquizofrénico, yo no estoy diagnosticado de esquizofrenia, pero si tengo mis diagnósticos psiquiátricos y mis personas cercanas han sufrido también mis crisis y hemos salido adelante con mucha paciencia, con mucha asertividad, hablando...

¿Qué medidas de seguridad debemos tomar para proteger a las personas y a nosotros mismos durante un brote o crisis?

Vamos a hablar de una cosa muy clara, yo no quiero entrar en el estigma, en lo que nosotros llamamos "cuerdismo" que es como la actitud de superioridad cuerda ante una persona tachada de loca, con todos los prejuicios que conlleva y con todos los juicios negativos que se aplican sobre el colectivo.

Podríamos decir ahora ¿qué hacemos si un chico diagnosticado de esto coge un cuchillo? Claro, estos casos son una mínima parte, mismamente en la calle personas no diagnosticadas andan a navajazos y andan a machetazos y haciendo unas barbaridades tremendas, entonces yo quiero abordar esta pregunta diciendo que muchas veces es la tranquilidad y, lo que he comentado anteriormente, abordarlo con tranquilidad, procurar no romper esa unión que hay con el paciente. Hay que mirar a ver si la persona colabora, si no colabora hay que pedir ayuda, no queda otro remedio, hay que pedir ayuda pues llevándolo a urgencias, intentando solucionarlo por ti mismo, las personas más involucradas en la recuperación, en el fortalecimiento de esas personas.

Bueno, hay veces que a lo mejor no están para tomar una decisión, pero si es bueno que tengan alguien cercano y allegado, no el psiquiatra o el psicólogo, sino un familiar o la pareja o alguien que él mismo haya elegido y haya dicho mira, si me encuentro mal, gestióname un poco la crisis para que no se pongan las cosas feas y vemos esto con un poco de normalidad. Entonces quizás con una buena comunicación, una buena cooperación, con todos los recursos a mano, incluso de los profesionales, de los fármacos.

Sabías que...

El "cuerdismo" es la actitud de superioridad cuerda ante una persona tachada de "loca"



Yo creo que hay que tomárselo con mucha tranquilidad, que no se salgan las cosas de madre sobre todo porque las pocas veces que se salen, ya nos echan culpa a todo el colectivo y parece que una persona con esquizofrenia es alguien que puede coger un hacha y armar una película de terror y no es eso.

No vamos a entrar en esos tópicos que utilizan los medios de comunicación y utilizan los profesionales muchas veces, que nosotros en la asociación intentamos concienciar también y hacer ver nuestra perspectiva de mente a los profesionales; las familias hay veces que son muy protectoras y lo que hacen es crear un clima de confianza, de ansiedad, como que estás bajo tutela, como que eres un algo peligroso, un algo que hay que tener mucho cuidado con él, muchas veces ese peligro.

Esa falta de seguridad la creamos con nuestra propia inseguridad, pero estoy hablando de las personas que rodean a la persona con el diagnóstico, la persona con el diagnóstico muchas veces hablando con ella, apoyándola con algún fármaco, llevándola a algún profesional, no acaba teniendo un brote propiamente dicho, puede llevarse a urgencias, pero no acaba ingresado, incluso charlando un poco con él se tranquiliza. Es que eso es la realidad, la realidad no es lo que pone en los periódicos ni en los medios de comunicación de un caso que hay entre los miles que somos.

¿Qué recursos de apoyo están disponibles para la persona y sus familias después de un brote o crisis?

Desgraciadamente hay muy pocos recursos, casi siempre suelen ser los fármacos y una atención profesional que suele ser de un psiquiatra, no de un psiquiatra y un psicólogo y un trabajador social. Por ejemplo el trabajador social, un integrador, un psicólogo o una psicóloga para gestionar un poco el día a día y el psiquiatra para gestionar la farmacología, pero no desde una manera jerárquica, de superioridad.

Cuando hay un brote o han pasado un brote, ese es el momento de volver a empezar otra vez. Quizás la paciencia, la prevención de que no vuelva a ocurrir, el haber analizado bien el momento anterior de crisis para que no vuelva a abrirse de nuevo, ver las señales de alarma, los desencadenantes, todo esto, prevenir un poco, estar un poco atento y sobre todo involucrarte de verdad, estar pendiente de todo, mides la cara, los gestos, sientes si hace las cosas de una manera feliz, si se siente integrado, etc.

Pero deberíamos tener más recursos, debería estar más involucrado Servicios Sociales, debería haber más psicólogos, no solamente psiquiatras y fármacos.

La atención se basa mucho en la farmacología, pero tenemos un problema muy grande, que esto se está convirtiendo en un negocio y cuando una persona entra en el mundo de la farmacología, entra en un mundo que además de tener unos efectos secundarios terribles, tienen un poder de adicción altísima.

Entonces claro, solo se ve esta salida farmacológica y no una de psicología, de terapias, de salidas, de comunicación con otras personas como yo, que sé lo que es el sufrimiento social, que tengo diagnósticos entre iguales, los grupos de apoyo mutuo, estar con personas como tú, el tener un psicólogo. (...) lo de la familia, pero con una atención asertiva, cariñosa no en plan oye que te encierro en la habitación, con el castigo siempre... No, porque eso produce la ruptura entre la persona y los medios los cuales pueden ser el apoyo y la solución ante un nuevo brote del brote mismo y que son el punto de apoyo básico de esta persona. Encontraríamos la ruptura y tendría que haber mucha comunicación, mucha paciencia y mucha observación, mucha prevención por favor, siempre, no detección y diagnóstico y fármacos, que **muchas veces andamos sobre medicados**.



Y entonces... ¿cómo me vas a tratar?

Se que te han dicho o has escuchado o has visto que las personas que sufrimos este tipo de enfermedad o trastorno, somos agresivos y peligrosos pero **solo somos personas.**

Debes **conocer a la persona:** es decir, hay que tener muy claro el comportamiento que tiene esta persona en su día a día.



Si crees que es una situación que puedas lidiar, **habla conmigo** tranquilamente, dándome mi espacio, **escúchame** y sobre todo, **hazme sentir que estoy siendo escuchado.**

Ten en consideración **lo que siento** y como me siento, pero no me intentes convencer de que todo es mentira.

Si en algún momento, crees que la situación se te va de las manos o que **no sabes cómo ayudarme**, el teléfono al que debes llamar es al **112.**

Sabías que...

Cuando hablamos de un brote, nos referimos a síntomas diferentes en función de la enfermedad que sea. NO son los mismos en un TOC, en una esquizofrenia, en una depresión...

Algunos mitos

- Personas violentas y agresivas
- No pueden tener una vida normal
- No tiene tratamiento
- Aparece de forma repentina
- Se desarrolla solamente por causas genéticas
- Necesitan hospitalización



Rompiendo mitos y prejuicios

Los protagonistas encuentran su altavoz

El cine siempre ha tratado los trastornos mentales o desde el catastrofismo o desde la versión edulcorada, aunque el primer enfoque siempre ha funcionado mejor. Sobre todo esa figura del enfermo mental que se convierte en un asesino, que puede ser tu vecino, y que se ha escapado del psiquiátrico. Ese tipo de relación entre la enfermedad mental y lo más oscuro del "alma". La fórmula 'buenista' es la contraparte: historias de superación, personas que a pesar de ese hándicap logran salir adelante. Los dos enfoques acaban introduciendo cierto sesgo que cala bastante en la sociedad.

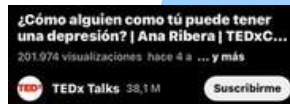
Al cine se le suman otro medios de comunicación de masas o entretenimiento como pueden ser las series televisivas (Violeta de LQSA) o los titulares de las noticias y prensa que vinculan de forma automática, y reiterada el ejercicio de cualquier tipo de violencia con la presencia de problemas de salud mental, y así contribuye a caricaturizar y estereotipar a estas personas y a construir un determinado imaginario social sobre la salud mental. Los estereotipos expresan rígidamente los prejuicios sociales sobre las personas con problemas de salud mental, y habitualmente no contribuyen a la normalización y la plena inclusión de aquellas en su espacio social de convivencia

En los últimos tiempos la sociedad está dándole la vuelta a la tortilla. Se habla más que nunca de la salud mental, y, lo más revelador, hablan los protagonistas. Historias reales, sin filtros, que llegan a la sociedad a través del formato clásico (como el libro), pero también de nuevos formatos que suponen un altavoz para el colectivo: podcast, Instagram o charlas TED...

A ti, lector, te ofrecemos de un simple vistazo, los que consideramos te ayudarán a romper y cuestionar los mitos y prejuicios que puedas tener. **Disfruta, analiza, piensa y comparte.**



Charlas TED



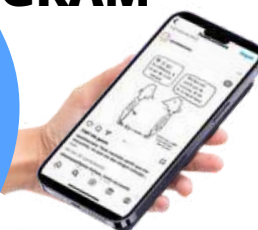
LIBRO



PODCAST



INSTAGRAM





Con un elefante en la habitación: conviviendo con la depresión y la ansiedad

Entrevista a la Doctora en Psicología y Ciencias de la Educación Matilde García Gordón para hablar sobre distintos aspectos de la depresión y la ansiedad.

¿Cuáles son los trastornos más comunes que sueles atender? ¿Suelen estar relacionados con la depresión y la ansiedad?

Entre los trastornos más comunes se encuentran el estrés, problemas psicológicos asociados a enfermedad médica, adicciones, fibromialgia, inadaptación social, TOC, TLP, trastornos de conducta infantil, trastornos de la alimentación, fobias, trastornos psicóticos...

La Ansiedad o Depresión, o ambos grupos de síntomas de Inadaptación, suelen formar parte de los distintos trastornos.

¿Has notado algún cambio en el tipo o número de pacientes después de la pandemia?

Ha habido un incremento significativo de problemas relacionados con el trabajo, entre los que se encuentra el estrés laboral, la inadaptación profesional, "Mobbing" o "Burnout".

Sabías que...

El "síndrome de burnout" o "síndrome del trabajador quemado" hace referencia a la cronicación del estrés laboral.

Este se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador.

¿Cuáles son las principales causas de la depresión?

Entre las principales causas se encuentran alteración en los neurotransmisores, enfermedades crónicas, factores ambientales, (entre los que se encuentran un posible abuso del alcohol y drogas, pérdidas, enfermedad, cambios...).

Sabías que...

El "mobbing" es el trato hostil o vejatorio al que es sometida una persona en el ámbito laboral de forma sistemática.

¿Cuáles son las principales causas de la ansiedad?

Normalmente se debe a desajustes biológicos, a la propia personalidad, problemas de salud o ambientales, (abuso de alcohol y drogas, pérdidas...)

¿Qué estrategias, (aplicables tanto para uno mismo como para ayudar a los demás) relacionadas con la prevención son recomendables en los casos de ansiedad y depresión?

Podemos aplicar diferentes estrategias, entre las que encontramos, por ejemplo, incrementar la autonomía personal, desarrollar la inteligencia y la competencia social, realizar actividad física regular o establecer rutinas de sueño y alimentación.

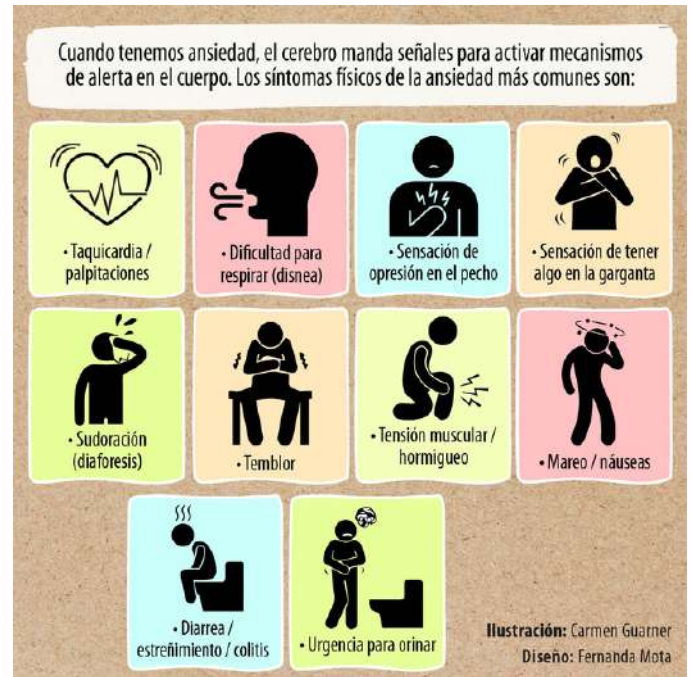


¿Crees que la cobertura de la red pública en relación a enfermedades de salud mental es suficiente? ¿Por qué?

No. Por la escasez de medios físicos, tecnológicos y humanos

¿Crees que la atención de trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión es de buena calidad? ¿Por qué?

Depende de la mayor o menor disponibilidad de medios, así como de la gestión que se realice de ellos.



Prepara tu plan de crisis

PERSONAS SEGURAS A LAS QUE PUEDO ACUDIR:

.....

.....

.....

FORMAS DE DISTRAERME:

.....

.....

.....

FORMAS DE MANTENERME SEGURO/A

.....

.....

.....

TELÉFONO DE EMERGENCIAS: 112
ATENCIÓN AL SUICIDIO: 024



Relaciones que esclavizan

Podemos definir una relación tóxica como aquella relación destructiva, que no es saludable y en la que a una de las partes o a todas le está generando algún tipo de daño o malestar. A menudo, los comportamientos tóxicos tendemos a relacionarlos con las relaciones de pareja, sin embargo, también se pueden dar en relaciones de familia o de amistades, de hecho, son los más comunes y los que más desapercibidos pasan.

La familia es entendida social y culturalmente como aquel núcleo de personas con las que tenemos algún tipo de parentesco, que nos cuida, nos protege y nos enseña a relacionarnos con nuestro alrededor. Sin embargo, también puede convertirse en un entorno en el que suframos. En algunas ocasiones, la propia familia es el origen de un malestar mental y emocional, pues las relaciones familiares no siempre son sanas y aparecen ciertas actitudes tóxicas de forma habitual. Algunas de estas actitudes son: problemas de comunicación, que puede generar gran independencia entre sus miembros; manipulación emocional; distanciamiento emocional, ya que la familia debe cubrir nuestras necesidades emocionales y no sólo básicas; conflictos y discusiones continuas; críticas y abusos verbales y emocionales; y/o exceso de control. Tener esta clase de relación con la familia puede dar lugar a consecuencias tales como una baja autoestima, problemas para relacionarse e incluso llegando a provocar problemas de salud mental.



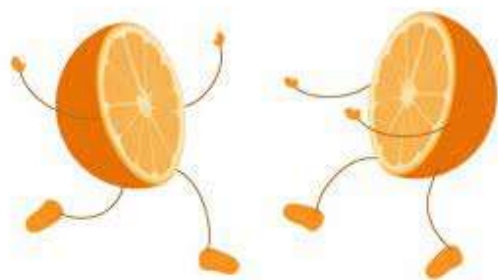
Las amistades, por otra parte, tienen gran importancia e influencia en nuestro desarrollo personal y social y en nuestra forma de relacionarnos. Al igual que en las relaciones familiares, algunas veces presentan rasgos tóxicos que son muy difícil de percibir como tales, y por ello si no las detectamos a tiempo no nos veremos capaces de salir a tiempo. Según Xavier Molina, graduado en Psicología, podemos considerar tóxicos algunos de estos rasgos “invisibles”: nos hacen sentir inseguros y nos dejan en ridículo ante otros; sienten envidia hacia nuestros logros o a las cosas buenas que nos ocurren; no hay apoyo por su parte; nos dejan de lado en algunos momentos y planes, etc. A veces no nos damos cuenta de estas actitudes, pero en otras ocasiones no nos vemos capaces de poner fin a la amistad por dependencia emocional o por miedo al sentimiento de soledad, ignorando así el confrontamiento para mantener esa relación.



Cuando hablamos de una relación tóxica, lo primero que se nos viene a la mente son las relaciones de pareja, ya que son las más visibles. Desde la niñez se nos inculcan los mitos del amor romántico y el concepto de “amor perfecto y verdadero” a través de películas, cuentos, canciones, etc. Esto genera que cuando somos adolescentes y personas adultas construimos nuestras relaciones sentimentales teniendo una falsa expectativa que nos terminará provocando cierto malestar al no encontrar y/o formar esta relación idílica.



Uno de los mitos del amor es pensar que nuestra pareja nos completa, el llamado “mito de la media naranja”, olvidando el hecho de que nuestra pareja debe complementarnos. Otro mito romántico es que “el amor todo lo puede” y que debemos perdonar todo aquello malo que nos haga nuestra pareja, lo que puede tener graves consecuencias como violencia de género, baja autoestima, problemas de salud mental, e incluso aislamiento.



Cuando existe dependencia emocional y nos aferramos a la idea que tenemos en nuestra cabeza de la otra persona e ignoramos la realidad o no la vemos tal cual es, se nos hace extremadamente complicado encontrar el valor para poner fin a aquella relación que nos hace daño.

Entre las razones citadas por la psicóloga Isabel Serrano Rosa, por las que nos puede costar "desengancharnos" de una relación tóxica pueden estar: el efecto rebote de cortar un vínculo produce malestar físico lo que hace que nos inunden recuerdos positivos y queramos volver con esa persona; el contacto con la otra persona nos alivia el sufrimiento por lo que nos empuja a volver a contactar con ella, pues sabemos que calmará nuestro sistema de apego y la angustia de la separación; esperar que las cosas cambien es un pensamiento habitual que puede generar confusión entre los propios deseos y la realidad; permanecer en relaciones poco satisfactorias por el bien de las necesidades del otro en lugar de las propias; justificar conductas inaceptables convencidos/as de que no hay nada mejor en el horizonte, que nos lleva a la negación que nos obliga a soportar cosas que no deberíamos.

Es importante saber que aquellas personas que las sufren no presentan un perfil característico o determinado, pues cualquiera puede pasar por alguna relación tóxica a lo largo de su vida.



Ley del hielo

Es una situación en la que una persona ignora a otra durante varios días o semanas para castigarla bloqueando cualquier tipo de comunicación



Hacer luz de gas (gaslighting)

Es un patrón de abuso emocional en la que la víctima es manipulada para que llegue a dudar de su propia percepción, juicio o memoria




Sabías que...

El número de personas que experimentan una relación tóxica de amistad y/o de pareja es bastante similar





SABÍAS QUE...



Una "green flag" es una expresión que hace referencia a los aspectos positivos que vemos en las conductas de las personas y en nuestras relaciones



Una "red flag" es una expresión que hace referencia a los comportamientos y actitudes que resultan alarmantes en las relaciones

Entre las identificadas ...

- Que sepa escucharte
- Que se interese por tus gustos
- Que se alegre por tus logros
- Que le gusten los animales
- Que sea buena persona
- Que sea feminista
- Que sea humilde
- Que respete a los demás
- Que sea seguro/a de sí mismo/a
- Que comprenda cómo te sientes
- Que tenga aspiraciones en la vida
- Que se esfuerce en pasar tiempo contigo
- Que ceda y no imponga planes
- Que quiera a su abuela

Entre las identificadas ...

- Que no te escuche
- Que critique tus hábitos o gustos
- Que te compare
- Celos de cualquier tipo
- Que le quite valor a tus logros
- Que invalide tus emociones
- Ley del hielo
- No responsabilidad afectiva
- Amenazar con el abandono
- Que te haga gaslighting
- Que no te deje tener vida propia
- Que trate mal a su madre
- Que se lleve mal con tus amigos/as

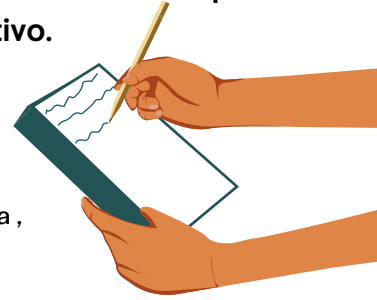


Los cánones de belleza como herramienta patriarcal

Los cánones de belleza son ideales de apariencia física o conjuntos de características promovidos por la sociedad y la industria de la moda y la belleza. A pesar de variar con la época y la cultura, al vivir bajo una sociedad patriarcal y androcentrista, estos cánones a menudo se utilizan como instrumento de subordinación a las mujeres, puesto que estas industrias imponen estándares poco realistas y restrictivos de lo que se considera bello o atractivo.

CON LA COLABORACIÓN DE @CALAPSICOLOGÍA

Centro de psicología especializado en Psicoterapia,
Trastornos de la Conducta Alimentaria y Familias.



En el caso de los hombres, aunque en menor medida, estos estándares o cánones de belleza pueden llevar a comportamientos poco saludables, como dietas extremas, o el uso de esteroides u otros productos químicos para mejorar la apariencia física. Estos comportamientos pueden tener un impacto negativo en la salud física y mental de los hombres, incluyendo trastornos alimenticios, lesiones por ejercicio excesivo y problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad.

En un contexto patriarcal, cánones de belleza como la delgadez extrema, la juventud, la piel clara y otros rasgos específicos, son asociados con modelos sociales de éxito, ignorando la diversidad de cuerpos y apariencias de las mujeres en la realidad. A menudo se utilizan como herramienta de marketing y venta de productos de belleza y moda, lo que conlleva la cosificación de las mujeres, siendo reducidas a meros objetos para el consumo masculino, perpetuando la idea de que la apariencia física es lo más importante en una mujer y que su valía se basa en su aspecto externo.

Los cánones de belleza creados desde occidente como estándares estéticos hegemónicos basados en concepciones etnocentristas, son agentes importantes en la estratificación social, pues se ven atravesados por categorías étnico-raciales, de clase y de género.

La belleza blanca se presenta como modelo aspiracional, asociado con el prestigio y con lo que debe reproducirse e imitarse, mientras que lo negro comúnmente se ve relacionado con lo primitivo y la ignorancia, la gordura con la fealdad y la vagancia, la discapacidad con lo indeseado e infantil, y la vejez con el declive de la feminidad. Todo esto se encarna en la clase social, pues a través del físico, y de si en este se reflejan o no los cánones establecidos, se identificaría el lugar que se ocupa en el sistema económico-social.

El estándar genera obstáculos y limitaciones en las mujeres, asignándoles valor a partir de sus cuerpos y cómo desde ellos expresan la feminidad. Crea una identidad distanciada de aquellas que no se ajustan a lo impuesto, facilitando dinámicas de discriminación y de violencia que se encuentran totalmente integradas y normalizadas en nuestro imaginario social.

Aunque los modelos de belleza femeninos existen y se transmiten en todas las culturas y épocas, la irrupción de las redes sociales permite una mayor rapidez y extensión de los mismos.



Actualmente, las redes sociales son la principal herramienta de difusión de los modelos estéticos al estar muy presentes en nuestro día a día, y son las que están incrementando la presión que sufren muchas personas para llegar a alcanzar la perfección que predomina en las mismas RRSS, especialmente en la juventud. Según un estudio realizado por la marca Dove (2021), este hecho de las redes, ha deformado totalmente la definición tradicional de belleza, ya que ahora la entendemos como una "perfección inalcanzable". Así, se observa que el ideal femenino de belleza actual es una imagen surgida de Internet, que resulta, por ejemplo, de los filtros de la plataforma digital *Instagram*, una herramienta de fácil alcance y frecuentemente utilizada para alterar nuestra imagen, eliminándonos lo que socialmente se entiende como imperfecciones, y aumentando aquellos atributos físicos que nos pueden aproximar a los cánones. Otras encuestas, como la realizada en una Universidad colombiana, muestran como las cuentas de *influencers* más populares contribuyen a la perpetuación del ideal de belleza tradicional, normalmente ligado a la hipersexualización corporal y a los rasgos caucásicos, influyendo en los patrones de conducta de sus seguidores.

¿CÓMO CREES QUE PUEDE CONTRIBUIR EL MUNDO INFLUENCER?

Puede haber un impacto de las personas con tanta influencia ya que tienen la capacidad de demostrar una cara más realista en todos los aspectos. Limitando el uso de filtros, o que se evidencie que los filtros o los retoques de las fotos no están mostrando la realidad.

No poniendo tanto el foco en la imagen corporal o en perfeccionar el aspecto físico en general.

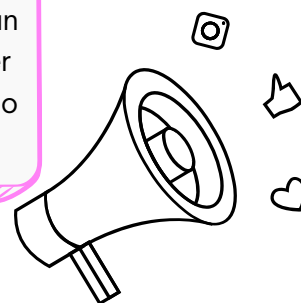
@CALAPSICOLOGÍA

Sin embargo, la problemática de las redes sociales, como medio de difusión de los patrones culturales de belleza, va mucho más allá, ya que mucha gente arriesga su salud, mental y física, para conseguir esa perfección. Ejemplo de este problema pueden ser las dietas extremas a las que se exponen muchas personas, que pueden dar lugar a anorexia, bulimia o vigorexia. Hoy en día, según datos de 2018 ofrecidos por la Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética, España está en el primer puesto entre los países europeos en cuanto a operaciones estéticas, con una media de 400.000 operaciones al año, y esta cifra continúa aumentando entre un 8 y un 10 % cada año.

Vigorexia: obsesión por alcanzar un cuerpo perfecto, muchas veces siendo irreal y para alcanzarlo recurren a consumir de forma abundante, proteínas y carbohidratos, acompañados del de sustancias como esteroides

Bulimia: episodios en los que se come gran cantidad de comida y posteriormente lo contrarrestan ya sea con ayuno, vómitos o abusando de laxantes

Anorexia: trastorno de la alimentación debido al temor de aumentar de peso, o rechazar un peso normal y a tener una imagen del cuerpo distorsionada





Las operaciones estéticas, también conocidas como cirugía plástica o cosmética, son procedimientos quirúrgicos realizados con el objetivo de mejorar la apariencia física de una persona. Es importante tener en cuenta que, aunque estas operaciones pueden tener beneficios estéticos significativos, también conllevan ciertos riesgos y complicaciones potenciales. El capitalismo ha llevado al desarrollo y auge de la industria de la cirugía plástica y, como resultado de un negocio multimillonario en todo el mundo, la transformación de los cuerpos acaba ocasionando beneficios en el mercado. Por ello, terminan presentándose dichos procedimientos quirúrgicos como herramienta socialmente aceptada para adaptar el cuerpo a los cánones de belleza.

Además, debido a los precios de la cirugía plástica, aunque cambiantes, esta puede entenderse como consumo de lujo, ya que los procedimientos resultan costosos y a menudo no están cubiertos por la sanidad pública.

Sabías que...

Las mujeres tenemos más riesgo de padecer problemas de salud mental, en general y en especial, trastornos de alimentación. Algunos de los factores de riesgo pueden ser:

- Presión por mostrarse femeninas, preocuparse y cuidar de su cuerpo (especialmente para agradar a la figura masculina)
- Encargarse del cuidado de los demás
- Cargar con la mayor parte de las tareas domésticas
- Tener peores consecuencias laborales y salariales
- Ser víctimas de violencia por el simple hecho de ser mujer.

@CALAPSICOLOGÍA

Esto significa que sólo aquellos con los recursos financieros para pagar por las operaciones estéticas pueden acceder a ellas, lo que lleva a desigualdades en el acceso a la atención médica y a la perpetuación de desigualdades sociales y económicas.

La presión estética que conlleva todo lo anteriormente comentado es una realidad que afecta a la mayoría de las mujeres, pues desde edades tempranas, se nos inculca la importancia de cumplir con estos estándares de belleza. La construcción de un canon de belleza que fomenta la homogeneización y la exclusión de aquellas mujeres que no se ajustan a esos estándares, impacta significativamente en su salud mental, pues se perciben incapaces de cumplir con las exigencias sociales y esto puede generarles sentimientos de inseguridad, ansiedad, depresión y baja autoestima.


Además, debe mencionarse que el género se observa como factor determinante en la prevalencia de enfermedades mentales, puesto que, debido a la segregación en el mercado laboral, la sobrecarga en el ámbito doméstico y los altos niveles de exclusión que sufren ciertas mujeres, estas presentan una mayor probabilidad que los hombres de experimentar trastornos de ansiedad, alimentarios o depresión.

"El cuerpo refleja los signos del éxito y de la belleza, y la imagen corporal deviene el paradigma de la vulnerabilidad en el nuevo modelo de género contemporáneo".



Una posible solución para enfrentarse a este impacto de la presión estética es dar visibilidad a una belleza real, utilizando y dando voz a movimientos y campañas que nos acerquen a un tipo de belleza más actual y diversa y que deje atrás los cánones tradicionales. Este tipo de movimientos, como el *body positive*, alientan a las personas a enseñar sus cuerpos tal y como son, sin ocultar rasgos que en otros tiempos e incluso actualmente se veían obligados a esconder o disimular. De esta manera, se busca alcanzar una sociedad más inclusiva y respetuosa con los estilos de belleza y la variedad de cuerpos.





La necesidad de una intervención en adicciones integral, interdisciplinar e interseccional

M^a Aránzazu Fernández Rodríguez

**Profesora asociada Departamento de Sociología, Área de Trabajo Social y Servicios Sociales
Directora de Prevención de Adicciones. Fundación CESPA-Proyecto Hombre Asturias**

A principios de los años 80 del siglo pasado, las adicciones eran una de las principales preocupaciones de la sociedad española. En particular, la gran inquietud de la población estaba relacionada con el consumo de heroína y las graves consecuencias de salud, sociales, económicas y de seguridad ciudadana, asociadas al mismo. En ese momento, el gobierno contaba con un sistema normativo para el control de la oferta de drogas, sin embargo, la intervención en el ámbito de la prevención y de la atención a personas en situación de drogodependencia se desarrollaba con dificultad.

Ante la necesidad urgente de mejorar las políticas de reducción de la demanda, el gobierno aprueba en 1985 el Plan Nacional sobre Drogas. Se trata del primer texto español en el que se propone el desarrollo de una acción coordinada entre las administraciones públicas y las entidades sociales para hacer frente a esta problemática, y en el que se establecen los criterios de actuación y las medidas prioritarias a desarrollar. Desde entonces, se han ido elaborando distintas estrategias y planes de acción que han definido el marco de actuación de las políticas sobre adicciones en España.

A lo largo de las casi cuatro décadas de desarrollo de este tipo de política pública, se ha podido constatar la enorme complejidad de dicho fenómeno, no solo por su carácter dinámico en lo que se refiere a cambios en las tendencias y patrones de consumo, sino también por las diversas problemáticas que surgen como resultado de los distintos usos y abusos de drogas y de otras conductas adictivas.

Esta complejidad pone de manifiesto la necesidad de realizar un abordaje integral que tenga en cuenta la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en la etiología, mantenimiento y tratamiento de las adicciones, así como la importancia de llevar a cabo una aproximación a la intervención desde un enfoque interdisciplinar que favorezca la participación y coordinación entre diferentes disciplinas y profesionales.

En la actualidad, los principales desafíos que se plantean en este ámbito de actuación están relacionados, por un lado, con la aparición de las tecnologías de la información y la comunicación, y su papel como facilitadoras de conductas con potencial de abuso como los juegos de apuesta y los videojuegos. Y, por otro, con la necesidad de incorporar el género, como variable fundamental para entender las adicciones, desde una perspectiva interseccional que permita conocer las experiencias y necesidades de las personas y colectivos diversos, así como el modo en que operan otros ejes de desigualdad (raza, etnia, etc.) que interseccionan con esta variable.

El trabajo social es, sin duda, una de las disciplinas que, en gran medida, viene contribuyendo activamente a la intervención sobre esta problemática, a través de propuestas efectivas y de calidad capaces de hacer frente a los retos que plantea. Además, resulta estratégica su participación en los equipos multidisciplinares encargados del diseño y elaboración de las políticas sobre el tema, priorizando un enfoque preventivo, de género e interseccional.

Estereotipos, clasismo y drogas

La droga y sus efectos en las personas, tanto a corto como a largo plazo, son problemas con los que las sociedades humanas han lidiado desde hace siglos. Sin embargo, estas sustancias vivieron un boom en cuanto a su consumo en las décadas de los 70 y 80 del siglo pasado. Desde entonces, las drogas son algo con lo que convivimos de manera habitual.

Aunque estas sustancias sean (algunas más que otras) comunes en nuestro día a día e incluso estén normalizadas, las personas que consumen, y sobre todo las que abusan, están completamente estigmatizadas y sufren las consecuencias de vivir en una sociedad que les prejuzga y aparta en muchas situaciones.

Sin embargo, cabe destacar que no todas las personas consumidoras o drogodependientes sufren el mismo grado de discriminación, ya que, esta es más severa en aquellas personas drogodependientes que encajan en el estereotipo social al respecto. Es decir, el que se asocia a personas con cierto aspecto físico, condición económica o manera de actuar, que se prejuzgan como consumidores de drogas. En otras palabras, los estereotipos y prejuicios negativos sobre los drogodependientes van de la mano de los esquemas clasistas de nuestra sociedad.



De hecho, tan ligados están los prejuicios contra los drogodependientes con el clasismo, que llegamos, en muchas ocasiones, a tachar de consumidores a personas de las que lo único que sabemos es que tienen una situación económica precaria. Y lo mismo a la inversa, llegando a romantizar el consumo de drogas cuando las que consumen son personas de clases medias y altas.

A pesar de ello, el nivel socioeconómico de cada persona no determina su consumo. Aunque es cierto que tienen más probabilidades de acabar consumiendo aquellas personas que viven circunstancias difíciles, las drogas son sustancias consumidas por un amplio abanico de la población independientemente de su origen socioeconómico o sus recursos.

En conclusión, podemos determinar que, como en muchos casos, los prejuicios y la discriminación que sufren las personas drogodependientes, se acentúan cuando su condición económica es precaria ya que, en muchas ocasiones, más que prejuzgar a las personas drogodependientes, juzgamos a las personas con escasez de recursos, enmascarando esta aporofobia con un supuesto rechazo a las drogas.





Rompiendo estereotipos: conociendo a un ex-drogodependiente

A continuación presentamos una entrevista a un ex drogodependiente que participó en el programa de tratamiento de Proyecto Hombre. Comenzó a consumir heroína a los 22 años, y aunque hubo momentos en los que frenó su consumo, dejó de hacerlo definitivamente sobre los 43. Finalizó el programa hacía el 2017.

¿Cómo describirías tu experiencia en el centro?

En general como buena. El principio es lo peor, entras en un sitio nuevo y con muchas normas, aunque por lo menos nos dejaban fumar. Durante el programa puedes tener momentos malos en los que te planteas incluso abandonar, el proceso es muy duro y no es fácil cortar con el consumo de golpe. Además estas rodeado de compañeros que están igual o peor que tú, eso puede ser bueno o malo, había momentos que nos apetecía tirarnos platos a la cabeza, la convivencia es difícil y más cuando cada uno es de su padre y de su madre... En la casa llegamos a ser sobre 20 personas. Hacíamos muchas actividades con los educadores, pero sí que es verdad que te vas animando a hacerlas según pasa el tiempo; al principio llegas allí de lo nervios por no poder consumir y te mandan a hacer yoga y bueno... Luego está bien, hacíamos talleres de memoria, deporte, íbamos a museos, cosas que en nuestro anterior burbuja no solíamos hacer vamos. **Antes de entrar allí pensaba, siendo claros, que me encontraría allí con una cárcel,** y aunque puede parecerse un poco, porque tienes que pedir permiso para todo, tienes que comer a la misma hora, cenar a la misma hora, había unos cuadrantes en los que figuraban las tareas que teníamos que hacer cada uno a lo largo de la semana; a pesar de todo eso el sitio era agradable, los educadores muy buenos aunque a veces tenían que tener mano dura y eso no gustaba mucho.

Lo que más duele es que la gente sea incapaz de verme por algo distinto que un simple drogadicto

¿Te has sentido excluido al confesar que has pasado por un proceso de desintoxicación?

No se si excluido, pero sí juzgado, además de que mucha gente se aleja de ti por tu pasado, ya tienes una etiqueta muy difícil de quitar.

¿En qué contextos?

A la hora de intentar rehacer mi vida, **muy poca gente se queda cuando cuentas tu historia,** es como que no pueden confiar en ti. También tuve algún encontronazo con médicos de la seguridad social, que me trataban despectivamente por mi adicción.

Muy poca gente se queda cuando cuentas tu historia.

Al comentar tu experiencia han comentado cosas con tono despectivo, dicho algún comentario fuera de lugar... ¿Cómo te hace sentir eso?

No mucho, lo típico, yonki, etc... A mi esto es lo que menos me importa, son palabras, y **lo que más duele es que la gente sea incapaz de verme por algo distinto que un simple drogadicto...** que me llamen yonki es lo que menos me importa.

Antes de entrara allí pensaba, siendo claros, que me encontraría allí con una cárcel



¿Opinas qué es posible una reinserción completa en la sociedad tras haber pasado por uno de estos centros?

Es muy difícil abandonar las drogas por completo, además de que en mi caso lo que se buscaba era reducir el daño con mantenimiento de metadona, yo no volví a consumir desde que salí de allí, depende mucho del caso, de la adicción... Creo que si que es posible la reinserción completa, pero requiere de mucha mucha fuerza y sobre todo ganas, y no todo el mundo está dispuesto a pasar por ese proceso.

¿Crees que existen prejuicios hacia los exdrogodependientes? ¿Te han apartado por haber consumido? ¿Te han tratado de distinta forma por ser exconsumidor?

Si, muchísimos prejuicios, y quiero dejar claro también que hay drogadictos de todas las apariencias, familias y clases sociales... **Muchas veces se piensa que el único tipo de drogadicto que hay es el que está pidiendo en las escaleras de la Iglesia, y no es así para nada, hay drogadictos hasta en las familias más adineradas del país**, es un prejuicio muy muy presente en nuestra sociedad, la imagen del yonki que no tiene donde caerse muerto...

Además de las causas que llevan a consumir a las personas, eso ya sería meterse en un lío, pero es algo que muy pocas veces la gente tiene en cuenta, y os sorprendería la cantidad de historias de compañeros míos de programa, su infancia, su familia... y otros que todo lo contrario, familias que tenían al hijo entre algodones y que después se les fue de las manos...

¿Crees que si sales demasiado pronto, vuelves a ingresar?

Bueno, en general creo que si, el programa estaba personalizado a cada usuario, no había un tiempo fijo marcado para estar en el centro, aunque si una aproximación, creo que **lo más importante de todo es pasar y soportar el principio del programa**, como comentaba antes entras allí acostumbrado a hacer lo que te da la gana y de repente te encuentras con unas normas que respetar y reglas que cumplir, allí no vale todo, si a eso le sumas la abstinencia, es muy complicado aguantar allí en ese inicio, sobre todo si no tienes muy clara la idea de dejar las drogas, me refiero, que si no estás mentalizado de que quieres hacerlo al 100%, es muy fácil recaer. En mi caso, como era consumidor de heroína, estuve en el programa de tratamiento en mantenimiento con metadona, sin esto el proceso sería aún más complicado o incluso imposible, la abstinencia completa es muy difícil de alcanzar. Si que creo que si te vas demasiado pronto vuelves, más que nada porque la mayoría de compañeros con los que estuve en el centro pasaron por esa situación, ingresaron varias veces en el centro, pero por no aguantar o por no querer aguantar abandonaron el programa muy pronto y volvieron a recaer en la droga, hasta que entraron desesperados y con ganas de hacer las cosas bien o al menos intentarlo.



Lo más importante de todo es pasar y soportar el principio del programa



¿Alguna vez has notado que se te rechazara en entrevistas de trabajo por prejuicios relacionados con las drogas?

A ver, no llevas en la frente escrito que te drogabas, es como todo, pero en mi caso que vivo en un pueblo y que todo el mundo te conoce y sabe tu historia, bueno o cree que la sabe, es complicado, parece que nadie quiere ver al drogadicto del pueblo vendiendo el pan, no vaya a ser que te pegue algo, hay muchas cosas que cambiar en este sentido.

¿Crees que desde el centro de desintoxicación te brindaron las herramientas necesarias para tener un futuro laboral fuera del centro?

En ese sentido todo muy bien, en Proyecto Hombre te impulsan a ello y te ayudan mucho. Muchos compañeros que habían dejado el colegio de pequeños y no tenían estudios se animaron a sacar la ESO, los trabajadores se involucraron mucho con esos casos, también nos animaban a ir a cursos del paro, lo típico, a participar en charlas y esas cosas; en general bien, solo que de eso te vas dando cuenta a medida que avanzas en el programa, al principio te dicen esto y pasas de ello porque eres incapaz de ver más allá. Muchos compañeros también empezaron a trabajar mientras que estaban terminando el programa. Otra de las cosas buenas era el PINS que básicamente una vez que terminabas el programa y te daban el alta, si no tenías a donde ir, te dejaban permanecer en ese piso que era una zona un poco apartada de la casa con cocina y tal, en la que podías permanecer hasta que encontraras trabajo o fueras un poco más independiente, pero siempre respetando las normas de la casa.

¿Qué le dirías a una persona que se pueda encontrar en la misma situación que tú antes de acudir al centro?

Que coja fuerzas y se anime a ir, cuando estas dentro del mundo de las drogas no te das cuenta, o no te quieres dar, pero son una atadura, una bomba, te matan en todos los sentidos y a toda la gente que te rodea.

Que entre plenamente consciente de lo que va a hacer y se centre en él, que no se fije en los tiempos de los demás, cada persona es un mundo y hay personas que salen de allí en 2 meses y otras en 5. Que mire el ejemplo de los que salieron de la basura de las drogas y que se de una segunda oportunidad.



Que entre plenamente consciente de lo que va a hacer y se centre en él, que no se fije en los tiempos de los demás



Alcoholismo: el Trabajo Social en el centro terapéutico La Santina

Para comenzar queremos preguntarte ¿cuánto tiempo llevas trabajando aquí y qué es lo que te impulsó a trabajar en esto?

Llevo aquí en la Santina, en la comunidad terapéutica, 8 años, pero en Cáritas llevo 25. Empecé en el 98. Nada..., lo que me impulsó era que siempre me gustó el colectivo sin hogar, la exclusión social, y bueno ahí acapara un poco todos los colectivos. Y bueno aquí porque fui rulando, pasando por todos los centros de Cáritas, bueno todos los de sin hogar ¿vale?: que si casa de acogida, que sí albergue de Avilés, que si albergue de Oviedo. ¿em que más? Calor y café, el primero que hubo en Oviedo. Nada, de aquí pa allá de aquí pa allá, pa donde te mandan.

¿Habías trabajado en recursos similares anteriormente?

Sí, en todos todos pero siempre sin hogar

Entonces, ¿el centro está más orientado a las personas sin hogar que a las que presentan un problema de alcoholismo?

Esta es una comunidad terapéutica, para la deshabituación al alcohol ¿Qué pasa? Que al ser de Cáritas prioriza colectivos mas desfavorecidos dentro del alcoholismo ¿Quienes? Sin hogar, porque no tienes redes, no tienes casa, no tienes recursos; y mujer, porque luego la problemática de las mujeres, sobre todo por la dependencia emocional, es un alcoholismo diferente, entonces requiere una intervención diferente. Entonces según los colectivos, pero eso no quiere decir que venga gente con familia, la pensión alta...; una cosa es que prioricemos y otra intervenimos a quien nos lo solicita.

Y sobre el papel que tiene el trabajador social en el centro, ¿cómo trabaja usted? ¿Qué suele hacer?

Nosotros, a ver funciones tengo un montón, lo que pasa es que también hago de coordinador, entonces bueno, hay que diferenciar lo que son las funciones de coordinador a las de trabajo social.



Camín de la Pasadiella 183. Deva (Gijón)

Las de trabajo social en concreto es, pues informar, apoyar y orientar, gestiones y tramites, eso es lo mas básico de trabajo social. Hago planes personales sobre la gente sin hogar, planes personales de intervenciones y eso, para preparar la salida a partir de los 3 meses hasta los 6, (la primera etapa dura 6) entonces a partir de los 3, de 3 a 6, ahí preparamos e intervenimos en todas las áreas. Tema familiar, tema judicial, tema económico, y eso lo lleva el trabajador social. ¿Qué más? Contacto con otros profesionales del trabajo social del ayuntamiento, consejería, de otras entidades como la Cocina Económica, Proyecto Hombre, quien sea. ¿Y que mas? Un poco de todo, las entrevistas, las iniciales, etc.

Adentrándonos en el tema de la intervención con las personas usuarias, con un usuario recién llegado al centro ¿cuál sería el protocolo de actuación?

El protocolo lo primero es la primera entrevista, explicarle, primero coger los datos de la persona y explicarle de que va esto. Porque, ¿qué pasa?, que no vienen, o sea no saben a donde vienen. Realmente no se ubican a que vienen y donde vienen. Entonces hay que explicarles bien “oye, para 6 meses, tienes que estar aquí 6 meses”, cómo funcionamos, la familia no puede venir, puede venir solo una vez a la semana, el teléfono lo tienes, es así, bueno un poco con la normativa del centro, de la comunidad. Le hago la entrevista, le digo la documentación que tiene que traer, eso se lo explico yo, le damos una plantilla con toda la documentación que tiene traer y cuando me la traiga y pase la entrevista con la psicóloga, ya le podemos dar fecha de ingreso. Depende de las camas, claro.



Ya nos dijiste que fundamentalmente atendéis a personas sin hogar, pero nos gustaría saber el perfil en concreto, el más habitual en cuanto sexo y edad.

El perfil medio de los usuarios sería varón, entre 45-55 años, con escasos recursos económicos, subsidio, ingreso mínimo vital, salario social... Cualquier subsidio de estos y sin redes de apoyo o escasez de redes de apoyo; la familia suelen tenerla bastante alejada de ellos. Todo tiene un límite y a veces las familias llegan a cansarse. O sin familia. ¿Qué más? con la salud muy delicada, la mayoría que vienen es que, además del alcohol, lo que sucede es que vienen muy muy tarde, vienen con edades muy muy avanzadas, no como otras toxicomanías que van a las comunidades terapéuticas con 25 años, con 24, con 22... aquí el más joven tiene 40 años, el "niño de la casa" tiene 40 años y es el más joven, ¿me explico? Entonces (...) llegan la mayoría con patologías de todo tipo pues el alcohol hace unos destrozos increíbles, pueden ser mentales, de demencia, de deterioros cognitivos, nivel físico, pancreatitis, del hígado, cardiopatías, diabetes, un montón de diabetes, no os los imagináis.

Ya nos dijiste que muchas personas usuarias no tienen familia

Si, la mayoría no tiene.

Queríamos saber si dentro del programa hay alguna actividad con los familiares, y si hay mucha diferencia cuando los familiares ayudan al usuario frente a los que no tienen ni familia o ésta se desentiende.

Si hay muchas diferencias porque bueno te motiva y te ayuda, el que alguien venga y te diga "oye como estas cambiando, pareces otro/a", entonces claro eso quieras o no..., eso ayuda; y saber que hay alguien ahí, que tu vayas a contactar. Nosotros lo que hacemos con la familia en contacto; desde el primer día ellos tienen el teléfono hora y media al día, pueden contactar con la familia todos siempre,

todos los días y luego los fines de semana, desde el primer finde pueden venir a verlos.

El tema que tenemos para las familias es terapia familiar, con la psicóloga y sin el paciente, sin la persona beneficiaria ¿de acuerdo?, si lo necesitan, es voluntario. Sin la familia..., porque la familia también está enferma, está mal la familia, tu por aguantar a un apersona alcohólica bueno no puedes contar con ellos para nada, más las que te arman más a lo mejor violencia de género etc... Entonces bueno es importante la terapia familiar, nosotros la ofrecemos y luego la coge quien quiera, nosotros estamos abiertos; y lo harían con la psicóloga del centro, eso ya no me corresponde a mi como trabajador social.

¿El tratamiento tiene un nivel grande de éxito

Si

¿Mucho?

Si, un 40% estamos, 40% – 45%. Tu estas en las dos etapas. En la primera etapa que fueron seis meses que os decías yo antes, la fase residencial, ahí está en el 70% – 75% de que acaban los seis meses; pero luego hay la etapa ambulatoria donde la persona ya esta en su medio, en su comunidad y viene cada 15 días a seguimiento, a hacer toxico, es decir, darle un bote para ver si consumió o no consumió. ¿Qué no consumió? Vas a terapia una hora y marchas, la terapia es "oye voy bien, voy mal, tengo apetencias, tengo problemas para encontrar trabajo...", todo esto con la psicóloga. Esto es año y medio, entonces es medio año, mas año y medio. Cuando llegan a seguimiento de la fase ambulatoria (...), el 50% lo acaba, con lo cual es un tanto por ciento muy alto porque además es una comunidad terapéutica única en cuanto a que residencial y solo alcohol solo hay esta, las demás son poli consumo, las demás comunidades puedes ser alcohol, drogas, pueden ser ludopatía...



“ Cuando persona está en activo, la persona solo quiere consumir y por mucho que tu le digas, el mejor consejo que se os ocurra de la vida, (...) no vale para nada (...) hasta que la persona lo vea ”

Nos gustaría saber cómo podemos identificar a alguien de nuestro entorno que esta con indicios de una adicción o que ya es adicta.

Bueno sobre todo por la manera de beber, la manera de consumir, si es compulsivo, si es a deshoras, si es a destiempo, si ves que tiene mucho interés en hacerlo, tampoco hay..., luego físicamente igual te puede dar pistas también la piel, la cara. Se suele notar, sí, por temblores, pero eso suele ser antes de, cuando se levantan, hasta que beben, en el momento que bebe paran, tu estas así hasta que bebes y luego ya estas normal.

¿Cómo podríamos ayudar a esa persona, y hacerle ver que tiene un problema y que necesita ayuda?

Es muy complicado, porque eso nos sucede cuando hablamos con las familias que vienen, que no sabemos que hacer, es que es muy difícil. ¿Por qué? Porque, cuando la persona está en activo, la persona solo quiere consumir y por mucho que tu le digas, el mejor consejo que se os ocurra de la vida, (...) no vale para nada (...) hasta que la persona lo vea. Por eso nosotros hasta que la persona toca fondo solemos decir, que el fondo no toque fondo, fondo es eterno, pero bueno decimos que hay algo que hace reaccionar a la persona. Pues que llega la mujer y dice “o dejas de beber o me voy, campeón, hasta aquí llegaste” Judicial, porque los hay que vienen condicionados, con la condena de acabar el programa. ¿Por qué? Porque la liaron con el coche, bebidos, ¿me explico? Entonces “o usted hace un programa de alcohol o usted va a prisión, condicionado”. Salud, que ya te diga el medico “tienes pancreatitis, cirrosis si sigues bebiendo te vas .Yo que se, un infarto. Todos suelen tener un motivo, que lleven en la calle, porque el sin hogar es que ya lleva mucho en la calle, intoxicación de calle muchos años, el profesional de turno le dicen, puedes hacer un programa o tal, Pero tienen que venir tocando fondo y algo presionado.

Sabías que ...
 La Comunidad Terapéutica «La Santina» aborda desde la integridad, un tratamiento terapéutico para resolver la dependencia alcohólica y desarrolla una intervención educativa ligada a una intervención social individualizada con aquellas personas que lo precisan.



La lucha contra el alcoholismo: una entrevista con alguien que lo superó

El usuario entrevistado es un paciente del centro terapéutico de La Santina de unos 60 años que se encuentra en la fase final del tratamiento. Se inicia en las drogas con la heroína y, tras dejarla, empieza a consumir alcohol diariamente. Esta adicción le lleva a vivir en la calle hasta que ingresa en la comunidad terapéutica de La Santina.

Cuénteme un poco cómo era su vida antes de la adicción y sobre su comienzo en el consumo.

Yo con 17 años, me marché para la Brigada Paracaidista. Fueron los años 80, entonces con 23 o 22 años me enganché a la heroína, estuve enganchado hasta los 39. Me quité de la heroína solo, sin ayuda. Pero, claro, ocupé ese lugar, ese vacío, con el alcohol, empecé a beber.

Siempre trabajé, estoy jubilado, bueno, me jubilaron, yo no lo pedí porque tuve un accidente laboral antes de las operaciones. Y siempre bebí, trabajando nunca bebía, pero bueno, cuando salía bebía bastante, nunca tuve temblores, nunca tuve eso. ¿Cómo se llama el...? delirium tremens, no eso nunca lo tuve, por ejemplo, pero bebía a diario.

¿Es el primer centro terapéutico en el que está?

Si, bueno es el primer centro en el que estoy y a la vez no, porque yo le pedí ayuda a Víctor el de la cocina económica y me mandaron para ARAIS, ahí nunca recibí terapia y estuve 3 meses hasta que me detectaron cáncer de colon que hizo 1 año ahora en marzo. Estuve con quimio hasta hace 3 meses, pero con pastillas, no inyectada. Y el otro día me hicieron una colonoscopia y me dijeron que va todo muy bien.

Me quité de la heroína solo, sin ayuda. Pero, claro, ocupé ese lugar, ese vacío, con el alcohol; empecé a beber.

¿Y cómo se encuentra?

Yo me encuentro muy bien. Pero la última vez que fui a tomar las pastillas me hicieron un TAC y me encontraron un quiste pequeño en el hígado. Y bueno me llegó una carta diciendo que, en un mes, creciera mucho y que era un tumor no invasivo, cancerígeno. Pero me lo retiraron el día 29 y me encuentro perfectamente. Bueno, tengo que ir con una faja por si me hernio porque fue hace poco tiempo, pero bueno me arreglo perfectamente.

Bueno, yo no vi el alcohol como problema nunca para serte sincero

¿Qué fue lo que le hizo darse cuenta de que verdaderamente tenía un problema y quiso buscar ayuda?

Bueno, yo no vi el alcohol como problema nunca, para serte sincero. Siempre me manejé muy bien económicamente. [pausa extensa]. Bueno, si me manejé muy bien económicamente, tengo dos nenas, pero el alcohol llegó un momento que a última hora los dos últimos años a ellas...

Bueno yo trabajaba con mi hermano, éramos autónomos, teníamos a gente trabajando y ahí llegó un momento que empezamos a reñir y nos separamos. A raíz de ello incrementé el alcohol y en esos dos últimos años empecé a tocar la cocaína, y eso ya viviendo en la calle. Entonces fue cuando pedí ayuda. Y de ahí en ARAIS en Pravia fue cuando me detectaron el primer cáncer.

Bueno, salí y me puse a trabajar y caí desde un tercero trabajando y bueno fue cuando me dieron la jubilación, porque yo no la pedí, fisuré el hombro y la muñeca.



Un día con la quimio me dio por tomarme una cerveza porque el año pasado bebí dos meses, y en 2021 ocho, y este año por supuesto nada. Entonces yo cuando salí de allí, porque a mí en ARAIS cuando me dieron el alta como me operaron en el San Agustín, yo fui para casa de mi madre, que en paz descanse. Entonces yo fui y bajé a comprar al Alimerka, estaba tomando la quimio y no sé por qué me dio y tomé una cerveza. Pero como si hubiera tomado una caja, llegué tambaleando, se juntaron mis hermanos y me echaron de casa.

¿Y ahí ya se dio cuenta que necesitaba ayuda y que su adicción era un tema importante?

Hablando con un amigo, fui para ir, para un chalet que estaba embargado por un Banco y subí a dormir ahí de noche y por la mañana al levantarme me puse a bajar las escaleras y de noche no me había fijado que no tenían barandilla y al ir a agarrarla caí rodando y rompí tanto la muñeca como el tobillo izquierdo, así que nada fui al hospital y me escayolaron.

Al día siguiente volví a caer y rompí la rodilla. Entonces fui a ver a Víctor y me preguntó que cómo estaba así, entonces yo le dije a Víctor, “yo quiero que me mandes a un centro, que me trabajen psicológicamente”.

Entonces Víctor me dijo que nada más me quitasen las escayolas fuese para la Santina y así fue, bueno, miento, tardé 2 semanas más desde que me quitaron las escayolas porque estuve convenciendo a Víctor, un chaval del barrio que quedó huérfano con 13 años para entrar los dos porque él estaba también fatal y él ahora está en SILOÉ y me alegro mucho por que al menos está recogido.

¿Qué tal su experiencia aquí en la Santina?

Aquí estoy encantado, el trato con la gente y todo muy bien.

Marcos, el trabajador social, nos comentó antes que por las mañanas hacíais terapia y luego de tarde teníais muchas cosas que hacer por aquí.

Todo muy bien, muy bien, muy bien. Y después mi padre estaba en ganados y mi pasión son las vacas y, bueno, los fines de semana seguimos con las fincas que las lleva mi hermano mayor, pero ahora está jubilado de la Guardia. Y mi ilusión es tener algo de ganado que siempre se me dio bien. Con Víctor el de la cocina económica voy mucho a su casa y a ver al padre que lo tiene delicado, y el día 25 de mayo quedé con él para ir a la feria de Corao y bueno...

Si que hacéis muchas cosas.

Siempre fui muy activo y en mi casa siempre anduvimos a destajo, siempre se trabajó desde niños ¿entiendes? Yo soy de moverme, de hecho aquí me tienen que frenar, pero bueno, me valgo bien, ahora tengo que tener precaución porque me quitaron este lunes los últimos puntos de la operación que habían sido 45 grapas. Y me dijo que no hiciera esfuerzos por este mes, pero vaya que cada día me encuentro mejor.

Para finalizar queríamos darle las gracias por esta entrevista

Gracias a vosotras por la visita.

Sabías que ...

Asturias es la comunidad autónoma donde más alcohol se consume. La edad de inicio es de 15 años para los chicos y de 16 para las chicas. El consumo diario de alcohol en los varones casi triplica el de las mujeres.





Recursos de prevención del alcoholismo

El alcohol es una sustancia psicoactiva que puede afectar seriamente la salud y el bienestar de las personas. Su consumo excesivo y prolongado puede tener consecuencias graves como problemas hepáticos, cardiovasculares, y trastornos mentales como la ansiedad y la depresión. Por ello, y porque es una droga muy presente en nuestra cultura, es importante contar con recursos de prevención del consumo de alcohol que ayuden a las personas a tomar decisiones informadas y reducir los riesgos asociados al consumo de esta sustancia. La siguiente lista contiene algunos de los recursos y programas de prevención del consumo de drogas, incluida el alcohol, disponibles en el Principado de Asturias.

Charlas de prevención en el ámbito comunitario: se realizan charlas a demanda tanto de entidades públicas como privadas, asociaciones vecinales, entidades del tercer sector, etc. Las charlas tendrán un contenido divulgativo e informativo.

Guía didáctica-prevención de consumo de alcohol en adolescentes: propuesta que recoge el fundamento de un proyecto de prevención de consumo de alcohol en adolescentes que se inició en Navia en el año 2016.

Es un un instrumento que resulta de la implementación de una metodología participativa: en su elaboración participaron más de 600 jóvenes del municipio de Navia y colindantes.

Blog prevención familiar: este Blog es una iniciativa impulsada desde el Plan Municipal sobre Drogas del Ayuntamiento de Oviedo. El objetivo de este espacio web es ofrecer a las familias recursos para la promoción de hábitos de vida saludable y la prevención del consumo de drogas y otras conductas potencialmente adictivas relacionadas, fundamentalmente, con el uso indebido de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y los videojuegos.

Escuela de Salud (Proyecto Hombre): la Escuela de Salud engloba diferentes actuaciones orientadas a la promoción de la salud y el desarrollo de hábitos de vida saludables.

El Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública: cuenta con las competencias de generar y promover opinión pública en defensa de la salud, fomentando y llevando a cabo actuaciones dirigidas a la promoción de la salud.

Planes Municipales sobre Drogas: ofrecen información, asesoramiento, programas comunitarios, actividades de promoción de la salud, etc. Por ejemplo, el impulsado por el Ayuntamiento de Oviedo, es un instrumento que promueve el abordaje integral de las drogodependencias en el Concejo de Oviedo. El trabajo desarrollado por el Plan Municipal sobre Drogas de Oviedo toma como referencia las líneas básicas de actuación definidas por la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y los objetivos estratégicos del Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010/2016. De manera anual se plantea una programación de actividades en la que se describen los ámbitos de intervención, así como los objetivos, programas y actuaciones a desarrollar en cada uno de ellos.

Test CAGE: se usa para comprobar la existencia de un trastorno por consumo de alcohol en personas adultas. No se usa para diagnosticar la enfermedad, sino solo para indicar si pudiera existir un problema.

Test AUDIT: instrumento de tamizaje utilizado para evaluar el nivel de riesgo del consumo de alcohol, además de ser un apoyo en las intervenciones breves realizadas en pacientes con consumo de riesgo de alcohol o superior.



Ocio alternativo para jóvenes: un recurso frente al consumo de sustancias

Víctor Ventosa, profesor de educación social en la Universidad de Salamanca, define el ocio alternativo como una forma diferente de ocio activo frente al ocio pasivo que ofrece nuestra sociedad de consumo. Cada vez más jóvenes renuncian al ocio nocturno debido a los planes culturales que ofrecen, cada vez más, las distintas asociaciones y programas municipales.

Las principales ventajas que encontramos en el ocio alternativo no solo son que dichas actividades son más asequibles, sino que además fomentan el aprendizaje cultural y son beneficiosas para la salud. Este tema nos resulta importante ya que en la aproximación a las adicciones en jóvenes que hicimos previamente, vimos el mal uso que los más jóvenes hacían del ocio nocturno. De ahí que hayamos buscado, para darlas a conocer, diferentes opciones de ocio alternativo existentes en Gijón.

Sabías que...

Gijón cuenta con más de 14 asociaciones y numerosos programas de ocio alternativo para jóvenes

EOEO. Avd. Manuel LLaneza, 68.

Cuentan con un programa llamado Sonámbulos que se encargan de la apertura de pistas deportivas para el disfrute de los jóvenes. Además de otro programa llamado "quedamos" donde se ha llevado a cabo la construcción de un *skate park*.

AHA. C/ Desfiladero de los Arrudos, 20

Cuenta con programas culturales y deportivos de carácter socioeducativo. El horario es las tardes y noches de los fines de semana y se dirige a jóvenes de entre 13 y 30 años.

El telar. Calle Peña Ubiña 3 bajo

El telar es una asociación de dinamización comunitaria que cuenta con un espacio para jóvenes entre 12 y 18 años, se puede acudir de manera gratuita y hacer uso del local y sus instalaciones (juegos de mesa, fútbolín, ping pong, play station, etc).



Asociación Juvenil Club Deva, C. Anselmo Cifuentes, 11.

Asociación de ocio y tiempo libre, creada por las familias de Gijón. Realiza campamentos de verano, apoyo en los estudios, actividades los viernes, deportes y excursiones, talleres con los padres, comidas, fiestas...
Ofrece diversas actividades de 5º EP a 2º ESO y de 3º ESO a 2º BACH.

UNESCO.

Voluntariado Patrimonio Mundial en la UNESCO. Para alentar a los jóvenes a emprender acciones concretas y desempeñar un papel activo en la protección, preservación y promoción del Patrimonio Mundial. Se dirige a jóvenes entre 18 y 30 años

Cuantayá. C/Dolores, 15, 17 bajo.

Entidad sin ánimo de lucro, creada como resultado de un proceso de organización y compromiso con la transformación social. Ofrece ocio educativo en periodos no lectivos y acompañamiento socioeducativo de 12 a 16 años.



**Asociación Caja de músicos.
Calle Buen suceso 7.**

Asociación cultural autogestionada que trabaja en el campo del activismo cultural, con el objetivo de crear nuevos contextos que propicien la actividad cultural y difundan la vida cultural en Asturias.



Asociación Mar de Niebla. C/Martín, 9

Esta asociación trata de transformar la realidad realizando diferentes acciones con el fin de generar impactos necesarios para esto.

En el presente tienen varios proyectos en marcha, los cuales se dividen en tres por un lado la acción social, empleo y formación, por otro, programas educativos y por último, voluntariado, participación y desarrollo comunitario.

CometCon'23

Evento juvenil de cultura y ocio alternativo más grande de Asturias. Se pueden encontrar actividades infantiles, para jóvenes y para mayores.

La asistencia tendrá un coste de 5E para mayores de 5 años.



**Conseyu de Mocedá de Xixón.
Avd. Manuel Llanceza, 68.**

Es una federación de asociaciones juveniles. En la actualidad está formada por 33 asociaciones que llevan acabo diferentes actividades y programas. Además promocionan el asociacionismo y la participación juvenil en la vida política, social y cultural de la ciudad

**Asociación cultural L'esgaya. C/.
Cabrales, 81.**

Esta asociación es un grupo cultural y gastronómico, el cual inaugura una nueva sede social con una comida, formada por muchos de los asociados e impulsores. Como labor de ocio alternativo, organiza excursiones, encuentros culinarios.

**Asociación Semper
Ludens. C/ Reconquista, 22.**

Club de juegos de mesa y rol para jóvenes de todas las edades.



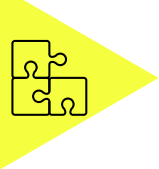
**Asociación cultural Nikaku-
Dan. Avd. Manuel Llanceza, 68**

Trata de hacer mas accesible la cultura de Asia Oriental y Japón y promover el ocio alternativo entre jóvenes de más de 14 años

**COGERSA. Carretera de
Cogersa, 1125 Serín.**

Ofrece talleres de reciclaje creativo, de compostaje o de consumo responsable. Para estas actividades COGERSA proporciona el transporte tanto de ida como de vuelta.





SCAN ME



Escanea el código QR y accede directamente al mapa con las diferentes asociaciones. Al hacer click sobre los iconos, obtendrás información acerca de las variadas actividades que ofertan, así como a los datos de contacto de la asociación.



¿La publicidad te puede hacer ludópata?

En la actualidad, la publicidad y la promoción son herramientas esenciales en el mundo empresarial. Sin embargo, a menudo se utilizan de manera engañosa, lo que puede resultar en consecuencias negativas para los consumidores. La ludopatía o adicción al juego es una de las formas de comportamiento adictivo más perjudiciales que existen, ya que puede llevar a la ruina financiera, a problemas de relación y otros impactos negativos en la vida de la persona. Por su parte, la publicidad engañosa es una estrategia de marketing que consiste en hacer afirmaciones falsas o engañosas sobre un producto o servicio con el fin de persuadir a los consumidores para que hagan uso de este. La publicidad encubierta surge cuando se disfraza un mensaje promocional como contenido editorial, y por el uso indebido de *influencers* para promover productos sin la debida transparencia. También son prácticas ilegales y poco éticas que pueden engañar a los consumidores. En conjunto, estos temas tienen un impacto negativo en los consumidores y en la sociedad general. Por lo tanto, es importante explorar a fondo estos temas y examinar sus impactos para tomar medidas que protejan a los consumidores y promuevan prácticas de publicidad éticas y transparentes.

Dado el aumento de este sector del juego en los últimos años y su fácil acceso desde cualquier dispositivo móvil y el aumento vivido hasta hace unos años de las casas de apuestas físicas en las grandes ciudades, se ha decidido poner en práctica ciertas medidas que restrinjan el mercado español de los juegos de azar a través de plataformas online.

Y es que existen leyes que tienen por objetivo regular todo lo relacionado con la publicidad engañosa, cabe destacar la ley Real Decreto 958/2020. A pesar de que toda la ley es muy importante e interesante, nosotros en este artículo hemos decidido mencionar los artículos 8 y 18 del citado Real Decreto ya que tienen que ver con el principio de veracidad y, por tanto, en lo que nosotros tenemos interés en centrarnos: la publicidad engañosa.

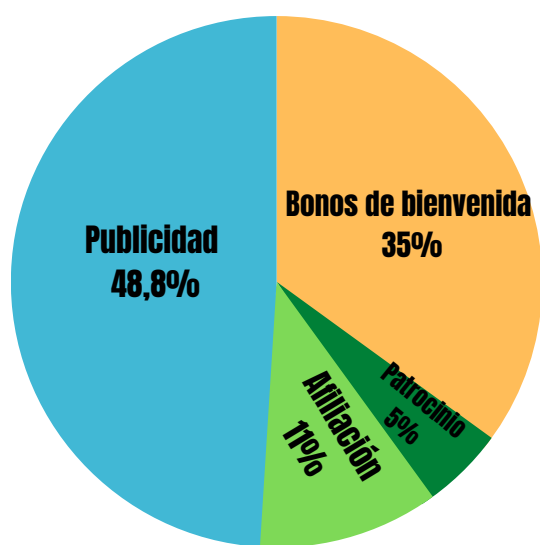
El artículo 8 del Real Decreto 958/2020 dice lo siguiente: "Principio de veracidad: Las comunicaciones comerciales de los operadores de juego no incluirán información falsa o información que, aun siendo cierta, por su contenido o presentación induzca o pueda inducir a error o confusión a las personas destinatarias. Igualmente, las comunicaciones comerciales tampoco omitirán datos sustanciales o hechos relevantes si dicha omisión es susceptible de error a las personas destinatarias."

El artículo 18 establece los horarios en los que se permite emitir publicidad relacionada con el juego. Dicho artículo regula las comunicaciones comerciales en servicios de comunicación audiovisual dice lo siguiente: "Las comunicaciones comerciales de los operadores de juego en servicios de comunicación audiovisual únicamente podrán emitirse entre la 01:00 y las 05:00 horas, sin perjuicio de las reglas especiales establecidas en los artículos 19 a 22".



Queremos señalar que esto no se cumple del todo, pero tampoco se incumple; digamos que se trata de un vacío legal, ya que no se emite publicidad de este tipo durante horarios diferentes a los establecidos, pero sí que de manera indirecta se exponen estas marcas en eventos televisados, como pueden ser partidos de fútbol, carreras u otros programas.

El Real Decreto 958/2020 sólo prohíbe la publicidad y los patrocinios a las casas de apuestas y juegos de azar en equipos deportivos. Y, según la norma, aquellas empresas u operadores que incumplan cualquiera de las anteriores medidas tendrán la consideración de incumplimiento grave y podrán ser sancionados con multa de entre 100.000€ y 1.000.000€, así como la suspensión de su actividad en España por un plazo máximo de 6 meses.



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Dirección General de Ordenación del Juego (2019).

Como hemos podido comprobar en diferentes estudios, el gasto en publicidad corresponde casi al 50% (48,8%) de los gastos totales que ejecutan tanto casinos como casas de apuestas en los juegos de azar en España, llegando a alcanzar los 332 millones de euros de los que 225 corresponden al juego privado online (Dirección General de Ordenación del Juego, 2019).

Dentro de este tipo de publicidad se pueden ver a grandes famosos incentivando este consumo y contribuyendo a que cada vez esté más socialmente aceptado por parte de la población en general. Al posicionar al frente de una gran campaña a una persona que es idolatrada, o a un club de fútbol con millones de seguidores que cuenta con la publicidad de una casa de apuestas en su camiseta, da la sensación de que realizar dicha acción no puede ser tan perjudicial.

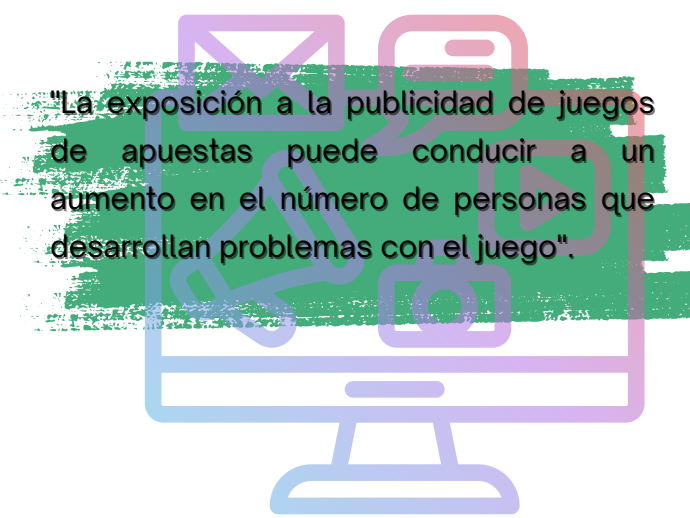
Algunos estudios han demostrado que la exposición a la publicidad de juegos de apuestas puede conducir a un aumento en el número de personas que desarrollan problemas con el juego, particularmente entre poblaciones vulnerables como menores o personas susceptibles a desarrollar una adicción. La publicidad de apuestas y juegos de azar también puede contribuir a normalizar estas actividades, haciéndolas más aceptables y aumentando su uso entre una gama más amplia de personas.

Ha habido cierta controversia sobre el papel de la publicidad en la industria del juego en España, con algunos grupos que abogan por una mayor regulación y control sobre el contenido y la frecuencia de los anuncios de juego. Algunas personalidades políticas han pedido más investigación sobre el impacto de la publicidad de juegos de azar en las poblaciones vulnerables y los riesgos potenciales asociados con este tipo de marketing. En general, existe una conciencia cada vez mayor del daño potencial causado por los juegos de azar y actividades relacionadas, y la necesidad de una consideración más cuidadosa de las formas en que la publicidad y otras estrategias de marketing pueden estar contribuyendo a este problema.



Por último, queríamos resaltar el papel de personajes públicos que publicitan casas de apuestas, un hecho que, aunque parezca insignificante, puede ser importante a la hora de atraer clientela sobre todo, y lo más preocupante, clientela joven. No sólo clientela joven que puede consumirlas, sino también futuros clientes que aún no tienen la edad legal para poder jugar, infancia que se ve influenciada por sus “ídolos” y normalizan la acción de jugar en casas de apuestas sin pensar en el peligro que puede conllevar. La mayoría de estos personajes son deportistas, más en concreto aún, futbolistas. Aunque esté prohibida, como hemos dicho antes, la publicidad por parte de clubes, no se les prohíbe a las personas famosas poder hacer esta publicidad por cuenta propia. Lógicamente prohibir esto podría entenderse como contrario a su libertad, pero lo que sí creemos necesario es la concienciación de estos personajes públicos. No sólo deportistas, actores y actrices y demás celebridades están publicitando casas de apuestas, últimamente se han visto varias noticias sobre *influencers* incitando al juego a sus seguidores, todos con un mensaje similar, mensaje que da a entender que es casi imposible perder dinero, mensaje que, lógicamente, es falso.

A modo de conclusión, creemos que la publicidad del juego está bien regulada por la ley. Aun así no parece ser suficiente dado que el número de personas que apuestan y, por ende, que sufren o pueden llegar a padecer una ludopatía, no para de incrementarse. Por ello, la concienciación respecto al tema de la ludopatía y, en particular, sobre la publicidad es fundamental para poder revertir esta situación.



"La exposición a la publicidad de juegos de apuestas puede conducir a un aumento en el número de personas que desarrollan problemas con el juego".



FUENTE: elcierredigital.com



Pornografía: El lado oscuro del placer virtual



El objeto principal de este artículo es exponer qué es la pornografía y cuáles son sus principales riesgos. Es necesario acabar con los tabúes y concienciar a la sociedad sobre este tema tan relevante, ya que, paradójicamente, a pesar de que en nuestra sociedad no hablamos abiertamente sobre la pornografía, su consumo crece aceleradamente.

En la actualidad, en España, aún no existe una adecuada educación sexual pues esta se limita en la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de ETS. Una educación sexual de calidad tiene el deber de prevenir también la violencia sexual, tratando cuestiones como la reciprocidad, el placer, el cuidado, el deseo, etc.

La era del internet revolucionó la industria del porno dando lugar a lo que hoy se denomina “nueva pornografía”. Es una modalidad de acceso gratuito, rápido y fácil. Ofrece además una oferta ilimitada que está a disposición de cualquier persona que navegue en internet. Incluso diversos estudios afirman que, ante esta situación, la edad en que las personas entran en contacto con contenido pornográfico es cada vez más temprana.

Muchas personas menores de edad están expuestas constantemente a estos contenidos, los cuales responden a diversas curiosidades que pueden experimentarse durante la adolescencia. En muchas ocasiones, se llega a este tipo de material sin necesidad de buscarlo, debido a la saturación de publicidad en internet y la facilidad que otorgan los buscadores (sin ningún tipo de filtro o restricción segura) para buscar material de cualquier índole.

La nueva pornografía ha provocado que aumente exponencialmente el consumo de ésta y cada vez se acceda a ella a una edad más temprana. [Save The Children](#) señala que el 62% de los y las adolescentes entre 13 y 17 años vieron pornografía por primera vez a los 12 años de media, edad en la que la mayoría de ellos no han tenido sus primeras relaciones sexuales.

Es evidente que la pornografía actual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de forma gratuita y privada. La forma en que se usa comúnmente mantiene la dopamina elevada durante períodos anormalmente largos, lo que hace que la pornografía en Internet sea especialmente atractiva y potencialmente adictiva; por ende, debemos considerar los riesgos que conlleva el consumo prolongado de material pornográfico. Cabe destacar que estos riesgos recaen, en mayor medida, sobre los hombres, pues estos son los consumidores potenciales de la pornografía.

Es necesario tener en cuenta que no todas las personas experimentan estos riesgos y que el consumo de pornografía en sí mismo no es necesariamente dañino, pero tenemos que ser conscientes de su impacto en la salud mental, emocional y física y en nuestras relaciones interpersonales.



Los riesgos son los siguientes:

- La adicción:
 - Trastorno de comportamiento sexual compulsivo (Hipersexualidad).
 - Algunos cambios cerebrales causados por la adicción como:
 - Sensibilización: por ejemplo, que ciertas cosas de la vida cotidiana te recuerden a sexo/pornografía.
 - Desensibilización: ser menos sensible al placer y ser menos tolerante, es decir, buscar el placer inmediato lo cual puede desencadenar contemplar nuevos géneros que pueden resultar perturbadores. Esto es debido a la ansiedad o shock del momento que causa que se eleven los niveles de dopamina y disminución de la excitación sexual.
 - Circuitos prefrontales disfuncionales: el sistema de recompensa y la corteza prefrontal sufren alteraciones, por tanto, hay un menor control de los impulsos.
 - Circuitos de estrés disfuncionales: mayores antojos y síntomas de abstinencia, son múltiples alteraciones en el sistema de estrés del cerebro afectando a las hormonas del estrés circulantes que son el cortisol y la adrenalina. Estas dejan de segregarse de forma "natural" junto con otras hormonas como la dopamina si no se consume pornografía.



- Cosificación: puede representar a las personas como meros objetos sexuales y esto hace que la persona consumidora modifique su conducta (por ejemplo, ser menos empática).
- Impacto en las relaciones: pueden crearse expectativas poco realistas y distorsionar la percepción del sexo y las relaciones.
- Otros trastornos como la disfunción eréctil o la eyaculación precoz.
- Ansiedad y depresión
- Influencia en la conducta sexual: algunos tipos de pornografía pueden influir fomentando prácticas sexuales peligrosas o no consensuadas.
- Exposición a contenidos ilegales: pueden filtrarse o no limitarse ciertos videos o fotos en las páginas web de pornografía como pornografía infantil, violaciones o sexo con animales.
- Problemas de autoestima: puede afectar negativamente la autoestima y la confianza sexual de una persona.
- Creación de expectativas poco realistas: sobre el sexo y relaciones sexuales que puede causar frustración y decepción en la vida real.
- Normalización de comportamientos poco éticos o inapropiados: el excesivo consumo pornográfico puede derivar en normalizar comportamientos como podrían ser la violencia sexual o la humillación.
- Pérdida de interés en el sexo real: esto puede tener un impacto negativo en la vida sexual y en las relaciones interpersonales.



Conviene, sin embargo, advertir que no solo posee riesgos el consumidor, sino que también los sufren las mujeres de manera indirecta (pues como hemos mencionado anteriormente, el consumidor en potencia es el hombre).

Cuando se empieza a consumir pornografía a una edad temprana, esta se convierte en la fuente de información afectivo-sexual a partir de la cual uno construye su imaginario sexual (imaginario patriarcal) y la clave para la reproducción de la masculinidad hegemónica (posición dominante de los hombres frente a la subordinación de las mujeres).

El elemento central de ese imaginario es el control y el dominio de la sexualidad de las mujeres. El hombre como sujeto que tiene un deseo sexual y la mujer como objeto que él va a utilizar para satisfacer su deseo.

En gran cantidad de películas pornográficas la cosificación, la instrumentalidad y la violencia contra la mujer están presentes. En la pornografía hegemónica, la falta de deseo y de consentimiento (violencia sexual) es visto por los hombres como algo sexualmente excitante.

El mensaje que está transmitiendo es que, aunque parezca que una mujer no quiere tener relaciones sexuales o lo diga explícitamente, en el fondo lo está deseando y para ello se deberá insistir, obligar, chantajear e incluso forzar.



En gran cantidad de películas pornográficas la cosificación, instrumentalidad y la violencia contra la mujer están presentes.

Esta normalización de la violencia sexual masculina podría ocasionar graves consecuencias para las personas más jóvenes, quienes visionan las secuencias pornográficas sin el filtro crítico necesario.

Además, la pornografía promueve imágenes patriarcales e hipersexualizadas del cuerpo femenino, perpetuando el modelo de feminidad centrado en el atractivo físico y sexual, y acentuando esa tendencia a la cosificación y deshumanización de la mujer.

La pornografía perpetúa, además, el rol de sumisión, sometimiento y subordinación sexual de las mujeres, mostrando un desequilibrio de roles sexuales donde el hombre adopta la posición de poder (basada en la fuerza, coacción y la violencia) y la dominación sexual, y la mujer adopta una postura de sumisión.

La pornografía es una metáfora de las relaciones de poder de los varones sobre las mujeres y nos proporciona claves indispensables para comprender el funcionamiento de las sociedades patriarcales y algunos de los mecanismos del dominio masculino.

**“En mi opinión cualquier violación de un cuerpo femenino puede llegar a convertirse en contenido para esta industria, esa es la verdadera esencia de la pornografía.”
(Andrea Dworkin).**



Pornografía: Glosario

Pornografía:

“La pornografía es la producción y distribución de imágenes sobre actos sexuales o contenidos sexualmente explícitos cuyo fin es provocar la excitación sexual. Se podría caracterizar como filmaciones de sexo explícito, con acceso fácil, distribución mediante internet masivamente gratuita, alta calidad, orientada a generar excitación sexual.”

Softporn:

Es un género pornográfico que contiene un contenido implícito, suele estar protagonizado por mujeres solas o en pareja, contiene representaciones de la actividad sexual, como las relaciones sexuales o la masturbación. Sin embargo, esta actividad sexual es típicamente simulada; este tipo de pornografía no suele contener descripciones explícitas de la penetración vaginal o anal.

Cosificación:

“La cosificación debe ser entendida como la representación de una persona como objeto o cosa y entendiendo su intención y contexto erótico se acuña el término cosificación de la mujer, ignorando sus cualidades intelectuales e interpretativas y generando un estereotipo muy marcado en nuestra sociedad.”



Hardporn:

“En el porno duro predomina la erotización de la violencia sexual que definimos como un discurso que torna la dominación, crueldad y daño sexual ejercido sobre el cuerpo de otro/a, como fuentes de placer y excitación, a partir de imaginarios patriarcales en relaciones sexuales heteronormadas. En escenas de violencia sexual erotizadas, los hombres aparecen obedeciendo un mandato de masculinidad que es de potencia y crueldad sobre los cuerpos feminizados (...) En el porno duro, el cuerpo de las mujeres es subyugado y torturado por un varón de modo constante.”

Deshumanización:

La deshumanización es el proceso por el cual se reduce o se elimina la percepción de humanidad de un individuo o grupo de personas, considerándolos objetos, animales o cosas y vulnerando los Derechos Humanos. La pornografía puede ser un ejemplo de deshumanización mostrando a las personas como meros objetos sexuales que satisfacen las fantasías y deseos de los espectadores y fomentan la cosificación y normalización de la violencia sexual. La pornografía es un experimento de la deshumanización.

Hipersexualidad:

Se trata de un trastorno de conducta sexual compulsiva en la que la persona tiene una necesidad extrema y persistente de actividad sexual, tanto que hasta interfiere en su vida cotidiana. Las personas que padecen esta condición se sienten abrumadas por sus impulsos sexuales y tienen una gran dificultad a la hora de controlar sus impulsos.

Instrumentalidad:

“La instrumentalidad implica tratar a una persona como medio para conseguir un fin, con independencia de sus experiencias y emociones” .



La pornografía detrás de las cámaras

La siguiente "entrevista" se ha elaborado a partir de la recopilación de testimonios de actrices porno.

1. ¿Cómo empezaste en la pornografía?

"Mi primera escena fue una de las peores experiencias de mi vida. Fue muy aterrador. Era una escena muy dura. Mi agente no me informó de nada de esto... Me golpearon. Hice lo que me ordenaron, estaba llorando y no pararon. Fue realmente violento." (Sierra Sinn).

2. ¿Cómo fueron esas primeras escenas?

"Estas escenas fueron una de las peores experiencias de mi vida, fui maltratada por tres chicos, me golpearon y me amordazaron con sus penes. Cuando empecé a llorar me dieron la vuelta para que no se me viera llorando en la cámara. Después de eso no podía orinar ni podía tener una evacuación intestinal correcta." (Alexa Milano).

3. ¿Cuál ha sido tu experiencia más traumática en la pornografía?

"Mi experiencia más traumática en la pornografía fue una violación grupal por cinco hombres, me amenazaron con dispararme si no hacia la escena, además también amenazaron a mis familiares. Fui brutalmente agredida, me rompió en dos. Me trataron como una muñeca cogiéndome y moviéndome de aquí allá. Abrían mis piernas a su gusto, moviendo sus cosas sobre mí y dentro de mí, estaban jugando con mi cuerpo. Nunca me he sentido tan asustada, desgraciada y humillada en mi vida, me sentí una basura." (Linda Lovelace).

4. ¿Alguna vez te han querido pagar menos por no acceder a realizar alguna práctica extrema o diferente a lo acordado inicialmente?

"Sí, me pusieron el pie en la cabeza y me penetraron haciéndolo desde atrás, me asuste empecé a llorar y dejaron de grabar, me mandaron a casa con mucho menos dinero del que debían pagarme por grabar varios actos, pero no toda la escena." (Jessi Summers).

5. ¿Sentías que eras una víctima de abusos dentro de la industria pornográfica?

"Siento que aquella chica no tenía las herramientas suficientes para identificar que se estaban aprovechando de ella, de que trataban de manipularme para que hiciera lo que ellos querían; de todas maneras, no me siento una víctima, nunca me ha gustado esa palabra, tomé mis propias decisiones, aunque estas fueran terribles." (Mia Khalifa).

6. ¿Sientes que has grabado escenas que fueran denigrantes para ti o para la sociedad de alguna manera?

"Sí, tuve que grabar escenas en las que debía hacer como si estuviera muerta y dejar que violaran mi cadáver, esto hizo que llegara a casa magullada y con rastro de sangre debido a escenas difíciles. Llegue a grabar escenas de garganta profunda en la que me pegaban, escupían o gritaban cosas horribles mientras yo incluso llegaba a vomitar y no podía respirar ya que tenía el vomito en la nariz y los genitales en la boca." (Emely Eve).

7. ¿Alguna vez te han llegado a realizar daño físico?

"Una de mis primeras escenas fue rodada con un hombre de 40 años, este me sujeto y me la metió sin lubricante lo que hizo que mi vagina se desgarrara, en cuanto empecé a llorar me giró para que no se me viera llorando en cámara, me pego y me ahogo una vez tras otra incluso cuando le decía que por favor parara que me hacía daño y casi no podía respirar." (Alexa James).

"Estuve tres veces en el hospital. Aparte de ser alérgica al lubricante, fui golpeada muy fuerte. Mi cuello uterino se cerró y mi culo quedó desgarrado." (Tiana Lynn).





Becas y ayudas al estudio

¿Cuáles conoces?

En el siguiente apartado abordaremos la temática de becas y ayudas que ponen a disposición del alumnado la administración pública, las entidades privadas y la Universidad de Oviedo, incluyendo un espacio donde se explicará más detalladamente la beca MEC. Para ello, se ha buscado información al respecto (en la web de la Universidad de Oviedo: <https://www.uniovi.es/estudia/grados/sobrelosgrados/becas>) y se han seleccionado las becas y ayudas de mayor interés a nivel general.

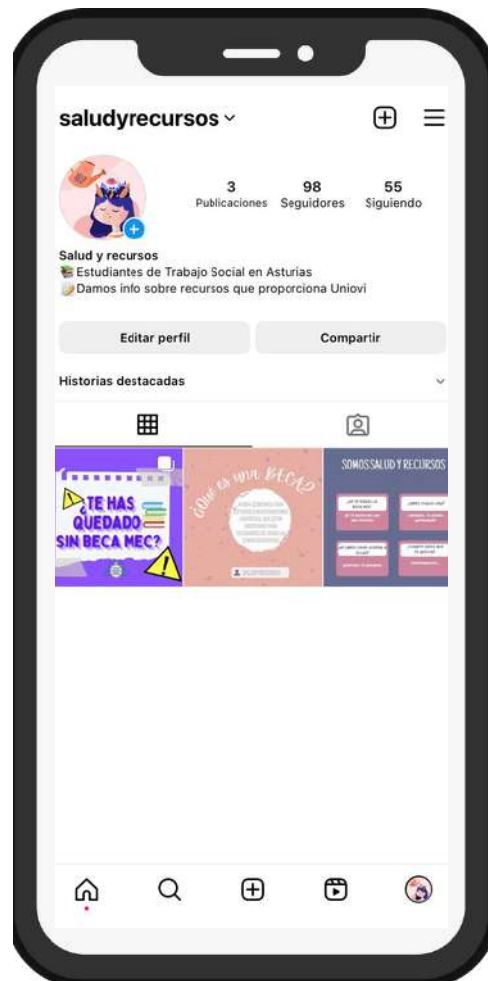
También contamos con el testimonio de una exalumna, que tuvo que abandonar los estudios por no poder conseguir una beca que le ayudara a costear los gastos que le acarrea la universidad. Esto nos servirá para poder conocer las inquietudes que pueden llegar a tener los alumnos y alumnas que se encuentran en una situación similar. Además, se incluirá una reflexión en la que abordaremos cuestiones como en qué medida hay conocimiento de estos recursos de apoyo, la accesibilidad de la información, y si el motivo económico es un factor decisivo para el abandono de estudios por parte del alumnado, ya sea por problemas de salud mental u otros.



¡¡SÍGUENOS EN REDES SOCIALES!!



@saludyrecursos





BECA MEC

- SER ESPAÑOL O TENER NACIONALIDAD DE ALGUN PAIS DE LA UE.
- NO TENER UN TITULO IGUAL O SUPERIOR.
- MATRICULA DE 1ER CURSO:
 - MATRICULARSE DE 60 CREDITOS.
 - NOTA MINIMA DE 5 EN LA PRUEBA DE ACCESO A LA UNIVERSIDAD

5

CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS, ARTE Y HUMANIDADES



- ESTAR MATRICULADO DE 60 CREDITOS.
- APROBAR EL 90% DE LOS CRÉDITOS MATRICULADOS

INGENIERIAS, ARQUITECTURAS Y CIENCIAS



- ESTAR MATRICULADO DE 60 CREDITOS.
- ESTAR MATRICULADO DEL MISMO NUMERO DE CRÉDITOS QUE EL CURSO ANTERIOR.
- APROBAR EL 65% DE LOS CREDITOS MATRICULADOS.

CIENCIAS DE LA SALUD



- ESTAR MATRICULADO DE 60 CREDITOS.
- ESTAR MATRICULADO DEL MISMO NUMERO DE CRÉDITOS QUE EL CURSO ANTERIOR.
- APROBAR EL 80% DE LOS CREDITOS MATRICULADOS

BECAS DE ENTIDADES LOCALES ASTURIANAS



AYUDA ESTUDIANTES PARA COMPARTIR VIVIENDA



Gijón

- JÓVENES QUE SE DESPLACEN HASTA GIJÓN PARA ESTUDIAR
- ENTRE 18 Y 35 AÑOS DE EDAD.
- HABER SUPERADO UN MÍNIMO DE 50% CRÉDITOS MATRICULADOS EL CURSO ANTERIOR.

AYUDA A ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO EMPADRONADOS EN CORVERA



- ESTUDIANTES EMPADRONADOS EN CORVERA MINIMO 12 MESES ANTES A LA SOLICITUD
- ESTAR MATRICULADO DE 18 CREDITOS EN 1º Y EN 2º Y POSTERIORES DE 12.
- SUPERAR EL MÍNIMO DEL 30% DE LOS CREDITOS DEL CURSO ANTERIOR.



BECAS DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO



Universidad de Oviedo



AYUDA MATRÍCULA

- DESTINADA A COMPENSAR EL PAGO TOTAL O PARCIAL DE LOS CRÉDITOS EN PRIMERA MATRÍCULA
- IMPORTE MÁXIMO: 60 CRÉDITOS: GRADO Y MÁSTER Y 72 PARA DOBLE GRADO.
- HABER SUPERADO UN MÍNIMO DE 30% CRÉDITOS MATRICULADOS EL CURSO ANTERIOR.

SI TE HAN DENEGADO LA BECA MEC POR NO HABER SUPERADO EL 90% DE LOS CRÉDITOS, AÚN PUEDES SOLICITAR ESTA.

SI REUNES LOS REQUISITOS PARA LA BECA MEC, NO PUEDES SOLICITAR LA AYUDA DE MATRÍCULA. (PATRIMONIO, CRÉDITOS SUPERADOS ETC)

IMPORTE MÁXIMO DE CRÉDITOS: HACE REFERENCIA A EL NÚMERO MÁXIMO DE CRÉDITOS QUE ABONA ESTA AYUDA.

AYUDA A ESTUDIANTES CON EXCELENTE APROVECHAMIENTO ACADEMICO EN LA EBAU



- ES INCOMPATIBLE CON OTRA BECA, SUBVENCIÓN O AYUDA. HABERSE PRESENTADO A LA EBAU Y NO HABER ESTADO MATRICULADO EN NINGUNA UNIVERSIDAD.
- SE FACILITARÁ EL COSTE TOTAL DE LA MATRÍCULA DE UN CURSO ACADÉMICO

AYUDA AL TRANSPORTE A ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD



ESTUDIANTES CON UNA DISCAPACIDAD DE AL MENOS 33%.

- IMPORTE MÁXIMO DE 360€

BECAS COLABORACIÓN PARA LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS



- HABER ESTADO MATRICULADO EL CURSO 21/22 Y FORMALIZAR MATRÍCULA DEL 22/23 A FECHA 31 DE AGOSTO.
- TENER APROBADO MÍNIMO 60 CRÉDITOS.
- CURSAR ALGUN ESTUDIO DE UNIOVI RELACIONADO CON INGENIERÍAS, INFORMÁTICA, MATEMÁTICAS,...

AYUDA DE MATRÍCULA DE URGENTE NECESIDAD



- PARA ESTUDIANTES DE GRADO O MÁSTER CON UNA SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR DESFAVORABLE.
- ESTAR MATRICULADO DE UN MÍNIMO DE 18 CRÉDITOS.
- HABER SUPERADO UN MÍNIMO DE 30% CRÉDITOS MATRICULADOS EL CURSO ANTERIOR.
- O UNA NOTA MÍNIMA DE 5. EN CASO DE MATRICULARSE POR PRIMERA VEZ.
- IMPORTE DE LOS PRECIOS PÚBLICOS EN PRIMERA O SEGUNDA MATRÍCULA



BECAS DE ENTIDADES PRIVADAS



BECA FUNDACIÓN ONCE



- HABER SUPERADO UN MÍNIMO DE 50% CRÉDITOS MATRICULADOS EL CURSO ANTERIOR.
- ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD DE AL MENOS EL 33%



BECA DE LA FUNDACION CAJA RURAL DE ASTURIAS



- TOTAL DE 100.000€ A CUBRIR NECESIDADES ECONOMICAS DE LOS UNIVERSITARIOS.
- 100 BECAS CON 1.000€ FIJOS, DIRIGIDAS A CLIENTES-SOCIOS Y CLIENTES HIJOS DE SOCIOS DE LA CAJA RURAL.



BECA DEL BANCO SANTANDER PROGRESO



- ESTUDIANTE CON UNO DE LOS MEJORES EXPEDIENTES ACADEMICOS
- SU OBJETIVO ES FACILITAR LA EDUCACION SUPERIOR A LOS ESTUDIANTES CON MEJOR EXPEDIENTE.
- IMPOTE MAXIMO DE 1.000€ Y MAXIMO DE PLAZAS DE 749.





¿Has oído esto antes?

En esta entrevista, profundizaremos en los desafíos que enfrenta el estudiantado que no puede costearse la educación superior sin la ayuda de becas, y cómo esto afecta su futuro académico y profesional. Para ello, una persona anónima nos compartirá su experiencia personal y sus reflexiones. La persona que hemos elegido tiene a día de hoy 26 años, y quería estudiar el grado de Pedagogía.

En el momento de empezar los estudios universitarios ¿dependías económicamente de alguien?

Sí, en ese momento dependía económicamente de mis padres.

¿Cuál fue el motivo por el cual decidiste dejar los estudios?

Decidí dejar los estudios cuando me llegó la resolución de la beca MEC en la que se me informaba de que no iban a concedérmela, por lo que tuve que dejar la carrera ya que no podía afrontar los gastos que conlleva tanto la matrícula como los gastos del transporte.

Cuando no te concedieron la beca MEC y te planteaste abandonar los estudios ¿fue motivado por la falta de conocimiento de otro tipo de beca y/o ayuda? Es decir ¿crees que hubiera sido de ayuda conocer otras alternativas a la beca MEC?

No tenía ni idea de que existieran más becas además de esta, por lo que por supuesto que hubiera sido de gran ayuda conocer más opciones.

¿Buscaste información sobre algún tipo de beca o ayuda antes de abandonar los estudios? En caso afirmativo, ¿dónde la buscaste? ¿consideras que la información que encontraste era accesible y fácil de comprender?

La verdad que no busqué ninguna información, como he dicho antes, no me planteé que pudiera haber más tipos de becas ya que solo había oído hablar de la beca MEC.

Si conocieses en todo momento de qué manera la Universidad, la Administración Pública o diversas entidades privadas ofrecen ayudas, ¿te hubiera ayudado a no dejar el grado?

No sé si me hubiera ayudado a no dejar el grado, pero por lo menos hubiera intentado seguir gracias a esas ayudas, que la verdad no sabía que existían, porque sin ayudas la verdad que no tenía ninguna opción de seguir.

¿Pusiste en conocimiento del personal docente tu situación de forma previa a la decisión de abandonar tus estudios? ¿Te sentiste acompañada en algún momento por el personal docente para no abandonar tus estudios?

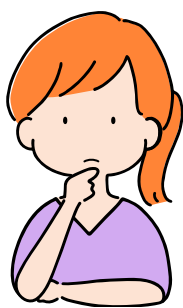
No hablé con ningún profesor o profesora sobre el tema la verdad, no me sentía muy cómoda con la situación y no tenía la suficiente confianza con ninguno de ellos para hablar sobre ello.

¿Te planteaste buscar un trabajo y compatibilizarlo con la carrera aunque así pudieras tardar más en sacarla?

No, en ese momento tenía 18 años y ninguna experiencia en el mundo laboral, además soy una persona que necesita bastantes horas de estudio y no sé cómo hubiera llevado compatibilizar las dos cosas.

¿En qué grado crees que es un factor determinante tener o no recursos para continuar con estudios?

Considero que es el factor más importante ya que por mucho que quieras estudiar algo, si no tienes los recursos económicos para ello es totalmente imposible.



“Decidí dejar los estudios cuando me llegó la resolución de la beca MEC en la que se me informaba de que no iban a concedérmela.”





Nuestra propuesta para la Universidad de Oviedo

Hemos visto que la obtención o no de una beca puede ser vital para el desarrollo normal de la vida académica en la universidad por parte de alumnos y alumnas. El objetivo principal que tuvimos con la búsqueda de información sobre estos recursos fue el de lograr que llegara a un gran número de gente.

En ese sentido, y si bien hemos visto un esfuerzo por parte de la Universidad de Oviedo para actualizar y mejorar la forma de transmitir esa información a través de las redes sociales, hemos detectado algunos puntos débiles en los que creemos que podría mejorarse esta transmisión de información hacia el alumnado. Por ello es que el objetivo de estas líneas es el de realizar algunas propuestas para poder tratar de solucionar algunos de los problemas que hemos detectado.

A la hora de recopilar la información sobre las becas proporcionada por la página web de la Universidad de Oviedo e incluso para solicitar nosotros mismos alguna de las becas hemos detectado que, si bien la información se encuentra en la web, existen dificultades para encontrar diversos documentos o a la hora de rellenar parte de la información que se solicita en dichos documentos.

Por ejemplo, nos hemos encontrado con que mucha gente nos preguntaba respecto al anexo necesario para rellenar la beca de ayuda de matrícula que ofrece la Universidad. Existió mucha dificultad para encontrar ese documento en concreto y, como decimos, también en algunos para para cumplimentarlo.

Es por ello que nos gustaría proponer, humildemente, unos ligeros cambios para realizar en la página web que pudieran servir en casos como estos: Creemos que debería haber un apartado en la página web con cada beca ofrecida en el que se incorporen los siguientes apartados: información general sobre la beca, requisitos, documentación necesaria y preguntas frecuentes.

Esta segmentación de la información nos permite clarificar la información de manera que no haya forma de equívoco alguno facilitando así el que el alumnado pueda acceder a estas becas y ayudas tan importantes para reducir la desigualdad existente a la hora de acceder y finalizar a la educación universitaria.

Por otro lado, nos gustaría centrarnos en el hipotético apartado de preguntas frecuentes, el cual podría tener una sección en el que alumnos y alumnas puedan dejar constancia de los problemas que puedan surgir respecto a la información y documentación facilitada, y que desde los servicios oportunos de la Universidad de Oviedo se pueden contestar este tipo de cuestiones.

Estos pequeños cambios pueden ayudar aún más a garantizar el acceso a la educación universitaria de alumnos y alumnas independientemente de su situación, favoreciendo la igualdad de oportunidades. Pensamos, además, que son cambios que pueden realizarse de manera sencilla y por lo tanto animamos a la Universidad de Oviedo a que los implemente.





¿Tú qué opinas sobre la Ley Trans?

A lo largo de la historia, las mujeres han sufrido discriminación en base a su sexo, pero **¿qué ocurre cuando no te identificas con tu sexo?** A lo largo de la historia las personas denominadas transexuales han sido víctimas de todo tipo de discriminaciones y, en muchos casos, han estado abocadas a procesos de exclusión social. La discrepancia con los modelos de masculinidad y feminidad dominantes y la falta de conocimiento y comprensión de la transexualidad, han alimentado los prejuicios y estereotipos negativos, y han contribuido a la estigmatización y el rechazo de un colectivo muy vulnerable. El colectivo que no se identifican con su sexo, son víctimas de discriminación múltiple como se observa en la brecha de empleo, vivienda y atención médica.

La Ley 4/2023 para la Igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos LGTBI, conocida como ley trans, en vigor desde el 2 de marzo, tiene como objetivo garantizar y promover la igualdad real y efectiva de las personas LGTBI y sus familias, así como regular el procedimiento de rectificación registral del sexo. Este cambio es posible sin más expresión que la propia voluntad a partir de los 16 años, requiere la asistencia de los representantes legales para las personas mayores de 14 años y menores de 16, y autorización judicial en el caso de las mayores de 12 años y menores de 14 (de 12 a 14 pueden promover el procedimiento y de 14 a 16 pueden presentar la solicitud por sí mismas, en ambos casos asistidos por sus representantes legales).

Sin duda esta ley permite avances importantes, pero también ha provocado una fuerte división dentro del movimiento feminista y una confrontación importante entre el feminismo crítico con la norma y el movimiento LGTBI.

Sabías que...

Sexo: se refiere a los aspectos exclusivamente biológico

Género: es una construcción social y cultural, es decir, los modelos de comportamiento que aprendemos según nuestro sexo.



El debate está ligado a estos dos conceptos centrales: sexo y género. El primer conflicto se centra precisamente en lo que se denomina “autodeterminación de género”, es decir, la capacidad de que las personas puedan elegir el género con el que se identifican sin más requisito que la expresión de su voluntad y la ratificación de la misma tres meses después. En este sentido, en España no se exigen ya informes médicos y/o psicológicos para proceder al cambio registral, tampoco el sometimiento a ningún tipo de tratamiento o cirugía.



Seguir

Marina Saenz
@MarinaSaenz

en mundos diversos: de los derechos humanos al Mercantil en tiempos revueltos. Desertora de género. Feminista imperfecta ❤️

Esto es valorado por el movimiento LGTBI como una de los cambios más trascendentales y responde a una reivindicación histórica que ha ido de la mano de la eliminación de la “disforia de género” como un trastorno mental. Por otra parte, como ya se comentó, la elección personal del género, se justifica en la experiencia individual de cada persona, en su identidad de género tal y como la siente.



Seguir

Ángeles Álvarez
@AAlvarezAlvarez

#FeminismoPolitico. Fui Diputada @PSOE en la X y XII Legislatura Orgullosa del #PactoContraLaViolencia. El cuerpo NO es un producto. Divulgando. 🇪🇸 🏳️‍🌈 🏳️‍🌈

Por el contrario, una parte del feminismo niega tal capacidad de elección y se opone a este aspecto de la ley. Las razones que alegan se basan en la opresión histórica de las mujeres en base a su sexo y la justificación de tal opresión en la definición de unos modelos de género patriarcales. Por tanto, el género es la expresión de una realidad objetiva que ha definido y define la vida de las mujeres (y los hombres) colectivamente, independientemente de cómo pueda vivirse subjetivamente. De ahí, que la “identidad de género” y la autodeterminación se perciban como una amenaza para seguir avanzando en la igualdad entre los sexos, pues reducen un problema social –la desigualdad entre hombres y mujeres- y un sujeto colectivo –las mujeres- a una cuestión meramente individual.

Mientras que desde el punto de vista feminista esta libre determinación supone negar la especificidad de las mujeres y su situación de subordinación/opresión, desde la perspectiva LGTBI, el género no debe estar definido por el sexo, y la libre autodeterminación no implicaría negar las desigualdades toda vez que las mujeres trans también las sufrirían. En síntesis, estas discrepancias remiten al debate sobre qué es y qué significa ser mujer.





Un segundo aspecto polémico, es si los menores tienen realmente la capacidad de decidir en temas tan vitales como la elección de su sexo y su género, fundamentalmente cuando conlleva la decisión de someterse a tratamientos hormonales, cirugías u otras terapias para adaptar su anatomía y fisiología a su identidad de género. El movimiento LGTBI entiende que precisamente la ley trans elimina este requisito para hacer el cambio registral y que, en todo caso, si se opta por seguir estos tratamientos será con el respaldo médico y los apoyos necesarios durante el proceso de transición. El feminismo crítico, por su parte, denuncia el efecto “contagio” y la influencia de las redes sociales en las decisiones de los menores, los problemas de quienes decidan detransicionar, los riesgos de los tratamientos y las cirugías a edades tan tempranas, o los intereses médico-farmacéuticos que los están impulsando.

"Los menores de edad no gozan de la madurez suficiente"

"Yo siempre he sabido quien soy. Mis genitales no me definen"

TABLA COMPARATIVA DE LA LEY TRANS EN EUROPA

DINAMARCA	+18 años	SIN consentimiento médico ni psicológico	Reiteración a los 6 meses
PORTUGAL	16/18 años	CON informe médico y psicológico	CON consentimiento paterno
IRLANDA	16/18 años	CON informe médico	CON consentimiento paterno
BÉLGICA	16/18 años	PAGO de tasa de 75 Francos	CON consentimiento paterno
SUIZA	16/18 años	Necesaria recopilaciones de hechos que confirmen que se identifica con otro género	CON consentimiento paterno

Nuestro trabajo previo

Todo lo que has podido leer en este número es el resultado de las preguntas que nos hicimos a principio de curso. Con nuestro trabajo esperamos haber aportado un poquito de luz al debate.

En tus manos está decidir si lo hemos conseguido...

LUDOPATIA



En este trabajo nos centraremos en la ludopatía con la finalidad de dar visibilidad a esta enfermedad cada vez más presente en la sociedad y consecuencias que puede originar.

HABLEMOS DE...

relation or fr
point of view
Pornography
writing, images
stimulate sexual
sexual desire. G
right for what

LA PORNOGRAFÍA

La nueva pornografía esta muy ligada a la violencia, normaliza conductas de riesgo y delictivas en donde la figura violentada es la mujer.

El consumo de pornografía puede ocasionar una adicción igualmente seria y perjudicial como cualquier otra ocasionada por sustancias.

La adicción a la pornografía ocasiona cambios a nivel cerebral que pueden incidir en la memoria, la toma de decisiones, así como en la capacidad de sentir satisfacción sexual

PA QUE TE MAMAS



Efectos del alcohol en las relaciones sociales de los jóvenes.

A partir de la interpretación de datos aportados por los universitarios mediante encuestas, llegamos a la conclusión de que es un importante factor de riesgo para la salud en nuestro país, estando muy normalizado su consumo sobre todo en jóvenes. Para poder erradicar o disminuir la ingesta creemos que se debe facilitar conocimiento e información y el daño que pueden causar sus adicciones.

Hablemos de IDENTIDAD

IDENTIDAD DE GÉNERO + ORIENTACIÓN SEXUAL



SIN CONOCIMIENTO NO HAY RESPETO

ES NECESARIO SABER COMO VIVIMOS COMO SENTIMOS NUESTRO CUERPO



Con el trabajo realizado previamente, buscamos saber qué información tenían los jóvenes sobre las drogas y adicciones.

Tras terminar la investigación, nuestra principal conclusión fue que existe una gran desinformación sobre las drogas, sobre todo en las que no están normalizadas.

Nos dimos cuenta que a pesar de vivir rodeados de personas drogodependientes o de drogas, tanto legales como ilegales, existen muchos prejuicios hacia los consumidores.

Es por eso que queremos enfocar este trabajo a proveer información para aclarar los términos de prejuicios y/o estereotipos, cuales son los más comunes y como afectan a la situación de las personas drogodependientes y a su posible reinserción.

ADICCIONES

TRATAMOS EL CONOCIMIENTO DE LAS DISTINTAS SUSTANCIAS, EFECTOS DE LAS DROGAS EN LOS JOVENES, LA PRESION SOCIAL Y LA RELACION ENTRE LA ADICCION Y LA FIESTA.



SALUD MENTAL
Ansiedad y depresión

El amor propio es la base de una buena salud mental.

Encuesta entre la población sobre salud mental tratándose las enfermedades: Ansiedad y Depresión

PIDE AYUDA SI LO NECESITAS

Autoconocimiento de los individuos sobre sus síntomas y estado de salud mental

XYPARATUSALUDMENTAL
SALUD MENTAL Y AUTOPERCEPCIÓN EN JÓVENES

Cánones y auto percepción
Gran impacto de los cánones de belleza en las jóvenes encuestadas

Desatención infanto-juvenil
La desatención de salud mental en la adolescencia tiene consecuencias en la edad adulta

Gasto sanitario público insuficiente
En los últimos tres años, solo el 44% de los niños/as y adolescentes con conducta suicida han recibido tratamiento psicológico

ESQUIZOFRENIA
Salud mental: Esquizofrenia

DINÁMICAS
3 dinámicas para comprobar el conocimiento mayoritario de las personas en cuanto a esta enfermedad mental

RESULTADOS
Analizar los resultados tras hacer las dinámicas correspondientes

CONCLUSIONES
Siguen existiendo tabúes relacionados con acudir al psicólogo/psiquiatra
La mayoría de las personas creen que es una enfermedad que afecta al aprendizaje, provocada por drogas
La mayoría creen que estas personas no pueden llevar una vida normal

DIMSUM

10:10PM

RRSS Y AUTOESTIMA

ENCUESTA ENTRE LA POBLACIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA AUTOESTIMA EN RELACIÓN A LOS INDICADORES DE TENDENCIA EN EL USO DE REDES SOCIALES Y EL PODER COMO ELEMENTO QUE AFECTA AL ESTADO DE ANIMO EN LOS JÓVENES

LA RELACIÓN CON EL TIPO DE ALIMENTACIÓN CONSUMIDA PUEDE GUSTAR UNO MÁS APROPIADA, COMO EL USO DE FILTROS QUE MEJORA EL DISEÑO

UN 99% DE LOS ENCUESTADOS CREEN QUE LA PERCEPCIÓN SOBRE SI MIS MILES PUEDE CREAR UN TRANSICIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dimsum, 23 miles away

BECAS Y AYUDAS

Realización de encuestas para saber el nivel de conocimiento del alumnado de UNIOVI sobre las becas.

Scholarship

Proporcionar información de distintas becas, para que los alumnos/as sepan que tienen distintas opciones.

Las relaciones tóxicas y sus conductas

Ámbitos de las relaciones tóxicas:

Familiar Pareja Amistad

Recopilación de datos Encuesta Actividad dinámica

= Desconocimiento sobre las conductas tóxicas

Otras experiencias de ApS en la Universidad de Oviedo

En los últimos años en la Universidad de Oviedo se han desarrollado diversos trabajos vinculados con el ApS.

Si quieres saber más, puedes consultar la web del Centro de Innovación Docente de la Universidad de Oviedo (<https://www.innova.uniovi.es>), en el apartado de Proyectos de Innovación Docente.

En esta página queremos hacernos eco de uno muy vinculado con los contenidos de este número: la salud mental. El proyecto titulado “Contenidos digitales en Salud Mental como método de aprendizaje” llevó a cabo una campaña informativa destinada a combatir el estigma asociado a los trastornos mentales.

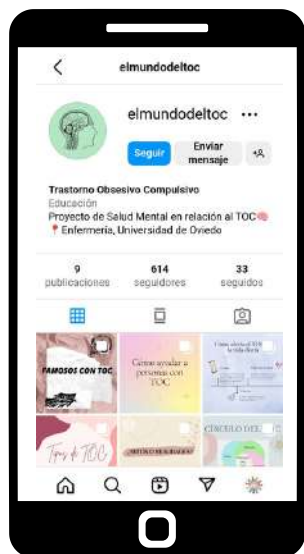
Durante el curso académico 2021/2022, los estudiantes de la asignatura de Enfermería en Salud Mental y Psicopatología transformaron los contenidos teóricos de la asignatura en materiales digitales, con el objetivo de consolidar los conocimientos adquiridos.

Esta iniciativa también tuvo como propósito impulsar la motivación y el interés de los alumnos en la asignatura, al mismo tiempo que proporcionar recursos digitales sobre salud mental para la población general.

Entre los resultados de este proyecto podemos señalar las siguientes cuentas de Instagram:



[@outofdepression.enf](https://www.instagram.com/outofdepression.enf)



[@elmundodeltoc](https://www.instagram.com/elmundodeltoc)



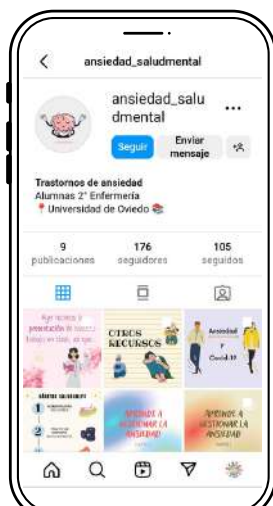
[@bipolarenf_](https://www.instagram.com/bipolarenf_)



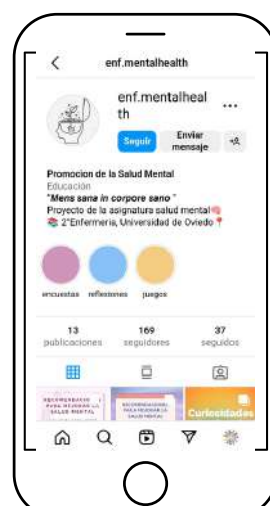
[@personalidadmultiple.uniovi](https://www.instagram.com/personalidadmultiple.uniovi)



[@esquizoenfe](https://www.instagram.com/esquizoenfe)



[@ansiedad_saludmental](https://www.instagram.com/ansiedad_saludmental)



[@enf.mentalhealth](https://www.instagram.com/enf.mentalhealth)

Esta revista se ha hecho gracias a:

Martín Arbas Rodríguez

Patricia Arias Vivancos

Nagore Bada Martínez

Inés Becerra Martino

Valentina Benavídez Gómez

Julia Bibian Longas

Mireya Bibiloni Fullana

Norma Cabeza Sánchez

Maria Del Mar Casado Rodríguez

Néstor Cotarelo Vigil

Jonathan Jesús Cuervo Pedrón

María Díaz Torre

Adriana Fernández Fernández

Lucía Fernández Gándara

David Fernández González

Laura Fernández González

Andrés Fernández Rodríguez

Lucía Figaredo Toribio

Sofía Fonseca Fernández

Bárbara Fraga Hernández

Adrián Gallardo Ibáñez

Alma García González

Ana García Hernández

María Irene García Verdeja

Miriam González Fernández

Sandra González Piedrahita

Lucía González Suárez

Yaiza González Villoria

Yaiza Graña Sánchez

Julián Gutiérrez Antolín

Marina Gutiérrez Fernández

Claudia Herranz Sánchez

Sara Herrero Reyero

Paula Lastra Del Prado

Cristina Loureiro García

Olaya Martínez Díaz

Laura Martínez García

Nydia Selene Martínez Gómez

Andrea Martínez Palomino

Candela Martínez Sánchez

Ana Martínez-Cue Blanco

Claudia Melendi Espina

Hilary Nathalia Méndez Pujols

Miranda Merino González

Claudia Noriega García

Lucía Ojeda Barcia

Lucía Perera López

María Pérez Rubio

Elisa Pérez Serrano

Teresa Puente Belderrain

Leonardo Ricci

Belén Rico García

Lea Olga Rodríguez Aguado

Raquel Sánchez Centeno

Nora Segador Rodríguez

Julia Suárez Sánchez

Cristina Tárraga Raya

Ane Valle Jimenez

María Varas García

Jorge Vega Gutiérrez

Melina Denise Zapata Suárez

Raquel Zapico Álvarez

Andrea Zapico López

Alba Zapico Más

Y a todas aquellas personas que han creído en nuestro ApS.

Gracias



Facultad de Comercio, Turismo
y Ciencias Sociales Jovellanos
Universidad de Oviedo

