

La salud mental y su relación con la desigualdad social

Mental health and its relationship to social inequality

Fernando Pérez del Río. Doctor en Psicología

Correspondencia: Proyecto Hombre Burgos. Acogida C/ Pedro Poveda Castroverde Nº 3. CP: 09007. Burgos

Correo electrónico: fernandoperezdelrio@gmail.com Teléfono 947 48 10 77 Fax 947481078

Resumen.

Se realiza una revisión de los estudios que relacionan desigualdad económica y la prevalencia de enfermedad mental. Se concluye que una sociedad con mayor desigualdad económica y unas creencias como atesorar peor valoración y desprecio por el fracaso puede desarrollar una mayor prevalencia de enfermedades mentales.

Palabras clave: Enfermedad mental. Desigualdad. Economía. Pobreza. Social.

Summary.

This is a review of studies that link economic inequality and the prevalence of mental illness. It is concluded that a society with high economic inequality along with rejection and contempt for failure may develop a greater prevalence of mental illness.

Keywords: Mental Illness. Inequality. Economy. Poverty. Social.

Introducción.

A finales de los años 90 se empezaron a realizar estudios que mostraron como algunos países adolecen de peor salud mental que otros a causa de su mayor desigualdad económica.

Esto fue así gracias entre otras cosas a la aparición de de Internet que sin duda facilitó este tipo de trabajos y también a la mejora de las pruebas psicodiagnósticas.

Dichos estudios establecen una correlación concluyente al afirmar que el grado interno de igualdad o desigualdad económica que presenta un país condiciona directamente la salud mental de sus ciudadanos (Sapolsky, 2005 (1) ; Pickett, James, Wilkinson, 2006 (2) ; Wilkinson; Pickett, 2007 (3) ; James, 2007 (4) ; Pickett, Wilkinson, 2010(5))

De entrada es necesario recalcar que, dada la importancia y hondura del problema de estudio, no se trata de investigaciones aisladas o marginales sin relieve científico. La publicación de (Friedli, 2009) (6) fue auspiciada por la World Health Organisation ? y avalada por organismos de la talla del Instituto Nacional de Salud Mental de Inglaterra? evidenció de forma contundente una íntima relación entre salud mental y nivel de desigualdad. Y un estudio tan prestigioso como Tackling the gradient in health (Dorgelo, Pos,

Vervoordeldonk y Cansen, 2010) (7) , incide en la misma dirección desde el primer renglón al subrayar la importancia de la variable “desigualdad económica” como determinante en la salud mental.

Las conclusiones a que llegan este tipo de investigaciones no son originales ni producto únicamente de nuestros días. Una década atrás, ya podía encontrarse en los ensayos del Nobel de Economía Amartya Sen (2002) (8) que el requisito fundamental para gozar de una mejor salud mental a nivel comunitario o particular era establecer un alto grado de justicia e igualdad sociales. Martha Nussbaum, discípula destacada del economista bengalí, ha abundado con sus publicaciones en esta idea.

Pero quizá, en cuanto a desigualdad se refiere, uno de los primeros estudios fue el redactado hace más de cuarenta años por el médico y escritor británico Julian Tudor Hart (1971) (9).

Este trabajo “pionero” de Hart ponía así sobre la mesa una importante paradoja: que el uso de lo sanitario varía en sentido inverso a las necesidades de la población, indicando que se da más atención a quién más lo demanda y menos a quien más lo necesita.

¿Qué medimos?

Desde muy antiguo sabemos que la pobreza afecta decisivamente a nuestra vida y a nuestra salud. Es un hecho que los pobres enferman en mayor proporción y mueren antes que los ricos (Becach y Vergara, 2008) (10) . Durante años ha sido objeto de estudio la relación entre la pobreza y la enfermedad mental, (Barnett, Mercer, Nobury, Watt, Wyke y Guthrie, 2012 (11) ; Fryers, Melzer, Jenkins y Col. 2005 (12) ; De Vogli, Gimeno, 2009 (13)), y hoy día seguimos encontrando trabajos que relacionan estrechamente ambas variables, como muestra, Melzer, Fryers y Jenkins (2004) (14) sostienen que, del 20% de la población representado por personas con bajos ingresos y pocos recursos, mala salud física, familias monoparentales y desempleados, un 36% manifiesta trastornos “de tipo neurótico” y, del mencionado 20%, un 51% el porcentaje de quienes presentan trastornos mentales graves.

En líneas generales podemos señalar que la pobreza es una variable importante y a tener en cuenta no solo por lo comentado más arriba sino también porque los enfermos mentales graves, debido a sus dificultades de adaptación social, acaban abocados a trabajar en inadecuados entornos laborales bajo condiciones económicas insuficientes, lo que se traduce en una mala nutrición diaria y un progresivo estado de pobreza ambiente. Si hablamos de la educación y de la posterior instrucción permanente, vemos paradójicamente que queda reservada para los más formados.

La relación entre exclusión y enfermedad queda claramente establecida, y obviamente en una situación de crisis como la actual tales dificultades se acentuarían. Los últimos informes como el de Cáritas y Fundación Foessa (2013) (15) evidencian un aumento de la pobreza relativa, la pobreza relativa es estar debajo de un umbral relativo de pobreza.

Otro último aspecto a tratar siguiendo en esta misma línea son los trabajos que nos muestran los efectos y patologías que frecuentemente desarrollan los desempleados. Presentan mayores consumos de tabaco, obesidad, consumo de alcohol que las personas empleadas, FADSP (2012) (16) . Estudios de otros países subrayan el aumento de depresión, alcohol, incluso suicidio (McKee-Ryan, Song, Wanberg y col, 2005) (17).

En nuestros días, gracias al nivel de optimización alcanzado en aquellos indicadores que miden adecuadamente la salud media de la población de un país, hemos dado un paso más allá. Tras analizar escrupulosamente la cuestión, (Wilkinson y Pickett, 2007) (18) sostienen que la desigualdad de ingresos es la clave de bóveda, el factor decisivo para determinar la salud mental de una sociedad, una variable que también correlaciona, por ejemplo, con los embarazos en adolescentes y evidentemente sirve para medir la estratificación socioeconómica de una nación.

UNICEF (19), en una estadística realizada en 2007 para evaluar el bienestar de los niños en diferentes países, llegó a emplear hasta 40 indicadores distintos, entre ellos la familia, la seguridad ciudadana, la salud, la educación, etc.

En una nueva aproximación al asunto que nos ocupa, Wilkinson y Pickett (2007) (20) tomaron como referencia estos indicadores de UNICEF y realizaron un estudio similar en 23 países. Los hallazgos demostraron que el índice general de bienestar infantil correlacionaba con la desigualdad de ingresos de las familias ($r = -0.64$, $P = 0,001$). Concluyeron que “los embarazos no deseados en adolescentes, la violencia, el fracaso escolar, la enfermedad mental y las tasas de encarcelamiento” eran más numerosos en los países con mayor desigualdad económica entre sus ciudadanos. Estos resultados, cabe recalcar, también se obtenían dentro de las diferentes regiones o comarcas de un país; es decir, que el estado de California (EE.UU.), por ejemplo, donde la desigualdad social es mayor que en el estado de Texas (EE.UU.), la cantidad de trastornos mentales también era mayor. Por consiguiente, una de las conclusiones de este extenso trabajo fue que las mejoras en el bienestar de los niños dependían más de la reducción de las diferencias entre los niveles salariales, es decir de las desigualdades sociales, que de promover el crecimiento económico de una región concreta o del país en su conjunto.

En 2008 se publicó el informe Reducir la desigualdad en una generación: equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud, el cual hacía hincapié en que las causas fundamentales de la desigualdad en materia de salud no se debían únicamente a factores biológicos o genéticos, a meros estilos de vida o a deficientes servicios públicos, ni siquiera a la mayor o menor riqueza general del país, sino al hecho de que la desigual distribución del poder económico y social existente entre los distintos países y dentro de los mismos condicionaba profundamente las políticas sociales y económicas, lo que a su vez influía en la salud de las personas (Benach y Muntaner, 2008) (21).

A modo de inciso, debemos decir que entre los países desarrollados con los niveles más altos de desigualdad se encuentran Reino Unido y EE.UU., y entre aquellos con niveles más bajos y, por ende, menos problemas de salud mental, Suecia, Finlandia y los Países Bajos.

Otros países como China están asistiendo en estos años a un aumento muy agudo de la desigualdad, podemos encontrar en prensa titulares como el siguiente: “China se mueve para frenar la desigualdad de ingresos” Globalasia (2013) (22).

Como suele ser habitual, los amplios temas pavimentan variadas perspectivas. Otro estudio reciente en relación con el bienestar social titulado European Happy Planet' index, además de reconocer la importancia de la variable “desigualdad de ingresos”, subrayaron como factores concluyentes la confianza entre las personas e incluso entre ciudadanía y clases gobernantes. En sus conclusiones remarcaban el capital y la cohesión sociales como basamento del bienestar del ciudadano (Thompson, 2007) (23).

Aumento de la desigualdad.

Basta leer las noticias cada mañana para darse cuenta de que en muchos países altamente industrializados el índice de desigualdad aumenta periódicamente de foma alarmante. En el caso de EE.UU., la desigualdad ha ido creciendo década tras década desde mediados del siglo pasado según se iba acumulando la riqueza nacional en manos de unos pocos. Entre los años 1942 - en plena Segunda Guerra Mundial - y 1978, un 10% de la población norteamericana fue atesorando el 33% de la riqueza del país. Llegados ya al siglo XXI, ese mismo 10% de la población acumula el 47% de la riqueza (Saez y Picketty, 1998) (24) . Datos obtenidos el año 1995 en EE.UU., declaran que el 1% de las personas más ricas del país concentraba el 38,5% de la riqueza nacional, y que un 10% se repartía hasta un 71,8% (Harold, 2004) (25).

Una buena parte del aumento de la desigualdad en EE.UU., fue el resultado de una estrategia nacional, llevada a cabo por los principales empresarios y políticos conservadores estadounidenses, cuyo objetivo era lograr que la nación volviera a ser realmente competitiva. La producción ajustada, el recorte de salarios y de prestaciones (como el seguro de enfermedad), la temporalidad en el empleo y el alargamiento de la jornada laboral a cambio de un sueldo inferior para los desempleados conformaron un desalentador panorama social en los años noventa (Mishel, Bernstein y Schmitt, 2001) (26) . Y suele ser frecuente desde hace varias décadas que los trabajos que abordan este tema recomiendan reducir la desigualdad para obtener una mejor Salud Mental. (Wahlbeck, Mc Daid, 2012) (27).

En España en mayo de 2010, nuestro Ministerio de Sanidad y Política Social (28) presentó un informe con 27 recomendaciones o propuestas políticas de naturaleza intervencionista llamado a reducir las desigualdades sociales y de salud.

Pese a constituir un loable y bienintencionado proyecto político, la realidad es que actualmente, apenas dos años después de aquel intento, y de acuerdo con el Informe de Exclusión y Desarrollo Social de Cáritas y la Fundación Foessa (2012) (29) , España se halla a la cabeza de los países de la Unión Europea en cuanto a desigualdad social. Para realizar este cálculo se tomaron como referencia dos medidas: por un lado, la distancia entre la renta correspondiente al 20% más rico de la población y al 20% más pobre, el llamado ratio 80/20, que en España pasó de un valor de 5,3 en 2007 a 6,9 al término de 2010; por otro, se recurrió al llamado índice de Gini (IG), el cual mide el grado de la distribución de la renta (o del consumo) entre los individuos de un país, es decir, la igualdad o la desigualdad, o lo que es lo mismo, el grado de concentración de la renta per cápita. Su valor puede estar entre cero y uno. Cuanto más próximo a uno sea el índice Gini, mayor será la concentración de la renta; cuanto más próximo a cero, más equitativa la distribución de la renta del país. El cero indicaría una relación de igualdad absoluta entre los habitantes, con lo que todas las personas tendrían el mismo nivel de riqueza, y el uno, por su parte, indicaría una desigualdad absoluta. Según este índice, pasamos de 0,313 en 2007 a 0,339 en 2010.

Mientras tanto se siguen sucediendo estudios que verifican lo mismo, según el informe de Consejo Económico y social en España (2013) (30) la inflación combinada con la moderación de las rentas salariales, reduce el poder adquisitivo, incrementa la desigualdad y no permite registrar avances en el consumo privado de la economía. Según este informe, todos los datos evidencian que el crecimiento de las diferencias salariales y el desempleo han sido los factores más relevantes a la hora de explicar el incremento en los niveles de desigualdad en esta crisis.

Otros informes Martínez-Celorrío y Marín (2013) (31), estudiaron longitudinalmente a partir de una encuesta a una muestra de 1300 adultos de 25 a 64 años. Concluyeron que: entre 2005-2010 la desigualdad

20/80 en España aumentó un 25%. El 20% población con más renta acumula casi 7 veces más ingresos que el quintil más pobre. En 2005 era 5,5 veces más. También se detectó un aumento del desclasamiento, y un mayor impacto en las mujeres. Otras de las conclusiones que evidenció este trabajo es que España se está volviendo un país más clasista, esto quiere decir que los orígenes de las familias de clase intervienen más en los destinos y posiciones, y en su vertiente opuesta esto implica que continua “y aumenta” la transmisión intergeneracional de la pobreza; y por añadidura, aquí también entran en juego las expectativas e incluso las ilusiones de las personas.

Asimismo se han publicado encuestas para conocer la percepción de la sociedad en relación a la desigualdad “El Observatorio de la Cadena SER” (2012) (32). Realizó 1000 entrevistas y ante la pregunta ¿Crees que en España hay mucha, bastante, poca o ninguna desigualdad en la distribución de la riqueza entre ciudadanos? Las respuestas fueron, mucha un 47,8%, y bastante un 42,8%, poca 6,1, ninguna 1,5, no contesta 1,8%. Es decir la percepción que tiene la sociedad es que existe mucha, o “muchísima” desigualdad en la sociedad.

El Consejo Económico y Social (CES) en el Informe sobre distribución de la renta en España: desigualdad, cambios estructurales y ciclos (2013) (33) La desigualdad se redujo en España durante los años ochenta, coincidiendo con un periodo de expansión económica y de avance del Estado del Bienestar. En la recesión de principios de los noventa, sin embargo, la desigualdad aumentó de nuevo en nuestro país, y no se redujo durante el prolongado periodo de crecimiento posterior, por lo que esa elevación de la desigualdad quedó consolidada y empeorada con la actual crisis.

Otra de las cuestiones que resulta oportuno plantearse es si esta misma correlación de factores diferenciales puede transferirse a otras áreas. Por ejemplo, ¿es posible que a mayor desigualdad social corresponda un consumo mayor de drogas? En principio sabemos que EE.UU., sigue ostentando los primeros puestos en cuanto a consumo de drogas psicoactivas, y en el caso de Reino Unido, la prevalencia del consumo de cocaína entre adultos jóvenes fue la más alta en 2011, según el Observatorio Europeo para las Drogas (2011)(34) . En este mismo informe podemos ver como en los países escandinavos más igualitarios hay muchos menos consumos.

En el informe “la descriminalización en la práctica de las políticas de drogas a través del mundo constituye una revolución silenciosa” Rosmarin y Eastwood (2012)(35) , se sostiene que el grado de desigualdad en una sociedad tiene un impacto directo en los niveles de consumo de drogas. Y aunque países con alto nivel de cohesión social pero diferentes políticas sobre drogas, como son Holanda y Suecia, presenten bajas tasas de consumo, es una variable que merece ser estudiada en profundidad. Puesto que asimismo, el problema de las drogas estaría determinado por la variable desigualdad económica.

Otra de las dudas suscitadas por las recientes investigaciones en torno a estas cuestiones -enfermedad mental y desigualdad-, es si los resultados obtenidos pueden aplicarse a unos pocos países concretos o a todos aquellos de condiciones socioeconómicas semejantes. En este sentido, de especial interés resulta el estudio que Dorling, Mitchell y Pearce (36) realizaron en 2007 sobre un total de 126 países, llegando a la conclusión de que en todos ellos la desigualdad económica afectaba negativamente y por igual a la salud de sus habitantes, en especial a la de los jóvenes adultos. Estos autores acentuaron en sus conclusiones la importancia positiva de un sistema de cooperación entre las personas, sobre todo en las primeras etapas de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un extenso y clarificador estudio en el que empezaba aplicando las mismas encuestas a muestras aleatorias de 14 países diferentes: ocho industrializados y seis en proceso de desarrollo. El estudio se realizó entre los años 2001 y 2003 en América, Europa, Oriente Medio, África y Asia. Una vez más, las conclusiones evidenciaron que existe una correlación significativa ($r = 0,79$, $p = 0,002$) entre la prevalencia de la enfermedad mental y la desigualdad de ingresos. Para definir lo que es un trastorno, se aplicaron los mismos criterios del DSM-IV a todos los países estudiados (37). Importa subrayar el interés de que unos mismos instrumentos psicodiagnósticos se empleen en muestras aleatorias de diferentes partes del mundo. Los resultados, finalmente, mostraron que la prevalencia de trastornos mentales variaba ampliamente de un 4,3% en Shanghái a un 26,4% en ciudades de EE. UU. Comprobamos así con sorpresa que había cinco veces más trastornos mentales en EE.UU. que en la metrópoli asiática, (Demyttenaere, Bruffaerts, Posada-Villa, Gasquet y col. 2004) (38).

El que estas investigaciones supongan en efecto un adelanto significativo en torno al tema que nos ocupa no impide, antes al contrario, que nos asalten nuevas dudas y preguntas al respecto. En primer lugar, no es difícil apreciar otras variables implicadas en el concepto de desigualdad. Es obvio, por ejemplo, que en los países subdesarrollados no existe un sistema de salud comparable al de los países desarrollados ni encontramos los mismos contextos socioculturales. Según Saraceno (2011) (39), la proporción de psiquiatras varía de 0,004 en África a 9,8 en Europa; en el Sudeste asiático, hay 0,20 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, y 0,32 en Extremo Oriente. Por otro lado, conviene ser cautos a la hora de considerar los trastornos de salud mental en estos países, pues pueden hallarse ocultos o quedar escondidos bajo otras explicaciones o creencias. Además, factores de cariz lucrativo como los relacionados con la venta de fármacos, también influirían en estos resultados, pues cuantos más enfermos existan en un país más beneficios obtendrán las compañías farmacéuticas.

Otro dato que podemos extraer de las estadísticas es que para medir de forma precisa la desigualdad se impone realizar un análisis más complejo, no enfocado puramente al aspecto económico. Si tenemos únicamente una visión utilitarista diremos que la calidad de un país depende únicamente de su PIB, y todo lo demás, por ejemplo la educación o los valores será un instrumental para alcanzar dicho fin.

Pero sabemos que en la exclusión social intervienen determinadamente las relaciones sociales, el acceso a los derechos ciudadanos e incluso las expectativas de futuro. Y lo que se debe tener claro, es que no es lo mismo ser pobre dentro de una sociedad opulenta que serlo en una sociedad necesitada. Curiosamente ser pobre y vivir en una zona rica puede resultar más dañino para la salud que ser aún más pobre pero vivir en una zona de extrema miseria, lo cual no deja de ser revelador, (Pérez, 2013) (40). En definitiva, parece claro que no solo es importante la variable desigualdad sino también el significado que la sociedad atribuye a la pobreza, y eso es mucho más sutil que establecer un umbral de renta y distribuir a la población en relación con el mismo.

Lo comunitario frente al individualismo.

A la vista de todos los datos anteriores, es posible concluir que los países más comunitarios y con menos diferencias económicas entre sus habitantes, aquellos que dan más importancia al grupo (Foot, 2012)(41) y gozan de mayor movilidad social, son a la postre los más "sanos". Por movilidad social entendemos el movimiento individual o grupal que se produce en el sistema de clases. Podemos hablar entonces de movilidad horizontal, es decir, el paso de los individuos o de los grupos de un sector profesional, de una rama industrial o de un círculo ideológico a otros sin que ello implique la alteración de su estatus social, y

de movilidad vertical, ascendente o descendente, referida al cambio de una clase social a otra (Harold, 2004) (42).

En el otro extremo se hallarían los países que siguen políticas más neoliberales, de raigambre individualista, aquellas que persiguen el éxito a toda costa, creando un estilo de vida que ha sido definido con el término *affluenza* (opulencia) por el psicólogo británico Oliver James (2007) (43) en su extenso libro del mismo título. Una investigación sobre valores sociales realizada en 53 países mediante una muestra de 15.000 personas reveló que los ciudadanos estadounidenses eran quienes más alto puntuaban en cuanto a individualismo se refiere (Hofstede, 1991) (44). En la misma línea, otro estudio comparó entre sí las sociedades de EE.UU., Japón y Suecia, evidenciando que en estos dos últimos países, contrariamente al primero, no existía un grado significativo de desigualdad, (Verba, 1987) (45).

De todo esto se deduce que culturas y sociedades donde se sobrevalora el “yo” en detrimento del “nosotros” y se vive encasquillado en la apariencia física a merced de infravalores puramente materialistas, admiradoras de sus propias ideas las personas poseen más locus de control interno y por consiguiente exhiben un carácter mucho más defensivo, son sociedades menos sanas.

Incluso las recomendaciones que la propia sociedad promueve para mejorar el estilo de vida y el cuidado de la salud son siempre de corte individual: siéntase a gusto consigo mismo, no fume, use su inteligencia emocional y canalice y gestione sus emociones, haga deporte, sea asertivo, cuide su alimentación, etc. (Lane, 1962) (46) demostró que ese tipo de creencias llevaba a las personas a encontrar defectos en sí mismas y a culparse por los mismos a la hora de justificar su relativamente bajo estatus social; es decir, que un baja condición social conllevaba una baja autoestima y una autoevaluación negativa.

De acuerdo con el conocido sociólogo norteamericano Richard Sennett (2007) (47), el ataque al Estado del bienestar comenzó en el régimen neoliberal anglosajón y ahora se está extendiendo a otras economías políticas de cariz ‘renano’, propias de Europa continental, calificando a quienes dependen económicamente del Estado más de parásitos sociales que de personas verdaderamente indefensas. De hecho, EE. UU., es la única nación industrializada que carece de un programa que garantice ingresos básicos para las familias que se sitúan por debajo del global económico a escala nacional y satisfaga las necesidades médicas de todas las familias, lo que acrecienta como es lógico las dificultades de una parte de la sociedad (Mishel, Bernstein y Schmitt, 1999) (48). En esta misma línea, (Rutherford, 2008) (49) sostiene que en una sociedad desigual es fácil encontrar más violencia, puesto que la desigualdad crea personas que se ven privadas de aquellos apoyos o facilidades de supervivencia a los que se consideran acreedores, evidenciando así una vulnerabilidad que genera en ocasiones ansiedades de todo tipo, entre ellas la de ser juzgadas por los demás.

Para empezar a entender cómo se llega a generar “el problema” que nos ocupa, convendría recordar que muchas sociedades valoraron y valoran positivamente el ofrecer y el pedir ayuda, y veían normal que unas personas dependieran de otras. En la Antigua Roma, el cliente le pedía a su protector ayudas o favores con toda naturalidad, y éste se desprestigiaba ante la sociedad si no podía ocuparse de aquellos que esperaban apoyo de él. Pero, en los estilos neoliberales que definen la civilización actual, las personas necesitadas se ven a sí mismas y son vistas desde fuera como “fracasadas” y se las considera un verdadero lastre para la economía, tildándolas alegremente de “parásitos” sociales.

Podemos encontrar titulares de prensa en diferentes países, “Desempleado tratado como ‘bandido’ en centros de empleo” los desempleados son tratados como delincuentes en los centros de empleo. Situación que denunció el Journal de Noticias (Portugal) (2013) (50).

Una de las muchas consecuencias de esta denigrante consideración es que las personas sientan vergüenza y, por consiguiente, una tendencia a aislarse de los demás y a alejarse de la comunidad, puesto que el “fracaso” se tiende a esconder, tanto más si ese fracaso está asociado al estigma de ser un dependiente o un parásito social. De este modo desaparece “el colchón” que toda comunidad debiera suponer como factor amortiguador y protector frente a la ansiedad y el miedo que la lucha por la subsistencia genera (Sennett, 2010) (51). Pese a todo esto la desigualdad ha sido considerada una variable inespecífica dentro de la Salud Mental.

Llegados a este punto, no es incoherente concluir que la desigualdad económica favorece el aumento de los trastornos mentales puesto que contribuye a crear una sociedad ansiógena envuelta en cantos de sirena, estresada, y por ende en una sociedad clasista y frágil, es más fácil encontrar depresión, trastornos adaptativos y psicosomáticos. De acuerdo con Herrman, Saxenas y Moodie (52) (2005) la Salud Mental depende de una variedad de factores socioeconómicos y ambientales. No olvidemos que el trastorno mental también es una construcción social.

Discusión.

Parece claro, por consiguiente, que el grado de salud mental se detecta con mayor claridad dependiendo del contexto social y que existen factores exógenos (no orgánicos) que pueden desencadenar y favorecer determinados trastornos, los cuales no se hallan únicamente condicionados por causas económicas.

El corolario de los datos aportados hasta ahora parece ser que una sociedad individualista y fragmentada, con alta desigualdad económica y regida por tendencias consumistas y acumulativas que, carente de unos mínimos valores sociales y humanos, desprecia sin miramientos un concepto de fracaso instituido por ella misma, es campo abonado para que prevalezcan todo tipo de trastornos mentales (Pérez, 2013) (53).

Por último, merece la pena señalarse que estos estudios ofrecen una explicación adicional y fuctífera a la etiología de la enfermedad mental al preguntarse si la genética de los estadounidenses difiere de la de los nigerianos o los chinos, como bien ya demostraran los estudios anteriormente citados. Ciertamente, la clínica actual ha dado más importancia a los criterios del DSM-IV (40)(54) y a la semiología (estudio de los signos y síntomas) que a la psiquiatría o la psicología, tornándose así demasiado “cerebrocentrista”. Y es cierto, asimismo, que en las últimas décadas se han menospreciado las causas desencadenantes de la enfermedad (lo que denominamos etiología), las formas de enfermedad (patogenia) e incluso los condicionantes históricos, sociales y personales de los enfermos. La única especialidad en psicología que ha sido animada y coordinada por el COP (Colegio Oficial de Psicólogos) ha sido la clínica, a pesar de que en el artículo 18 del actual Código Deontológico de los psicólogos españoles (55) se hable de “la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos”.

El ámbito universitario, con poquísimas excepciones, continúa formando psiquiatras y psicólogos sin interés alguno por la dimensión organizativa de los servicios en los que se van a trabajar. Los clínicos están convencidos de que el destino de sus pacientes depende exclusivamente de los tratamientos individuales

que reciban y no de los modos y de las formas organizativas de los servicios (cuya utilidad, en cambio, demuestra ampliamente la mejor literatura de todos los tiempos) (Saraceno, 2011) (56).

Si atendemos a los beneficios económicos, podemos exponer una explicación en forma de secuencia, en primer lugar, en prácticamente todas las facultades de psicología se enseñan modelos que ya son hegemónicos como el cognitivo-conductual; la formación se centra en tratamientos reparadores en su gran mayoría individualizados a cada persona y en algunas ocasiones la familia. La “ego psychology”. En el caso de la psiquiatría el paradigma médico es el tratamiento farmacológico, ambas, aparentemente, como se puede advertir, son las líneas “técnicas” suficientes para comprender el sufrimiento de las personas y poder amortiguar el malestar y de forma paralela ofrecen una respuesta científica a la sociedad.

En segundo lugar y desde un punto de vista general, los beneficios económicos obtenidos tanto por los psiquiatras como por los psicólogos, “los psi”, vienen fundamentalmente del trabajo directo e individualizado con los pacientes o de gestionar servicios de salud destinados a tal efecto. Y en tercer lugar, ubicamos el último eslabón de la cadena en las asociaciones de familiares y de usuarios.

De todo esto se deriva que “la desigualdad”, viene a ser un capítulo que pasa de refilón por su complejidad pero aparte de pasar desapercibido, no interesa puesto que no genera ingresos a quienes lo estudian, y es loable que los científicos busquen vivir de ello. Importan los instrumentos, publicar pruebas psicodignósticas o patentar un producto que se puede vender, y en este caso a nivel de investigación hay pocos beneficios “o ninguno” a no ser que se obtenga algún tipo de financiación de cierta ONG o de alguna Fundación privada, pero hay que ser extremadamente cautos puesto que ¿una Fundación que suele recibir fondos públicos “aunque sea esporádicamente” va a permitirse el lujo de investigar un tema social que atesora fuertes implicaciones políticas? Finalmente pasa a ser un tema incómodo que trastabilla para todas y cada una de las tres partes implicadas en la secuencia.

A renglón seguido, a nivel político si podemos encontrar numerosas actuaciones destinadas directamente a deducir la desigualdad, por ejemplo EMCONET (2007) (57) recoge algunas propuestas de actuación como por ejemplo la creación de cooperativas en América latina. Recientemente en Suiza (2013) (58) aprobó en referéndum con un 67,9% de los votos limitar el salario de los directivos.

Volviendo al ámbito sanitario, no hace mucho se publicó un manifiesto contra el DSM y el CIE firmado por una larga lista de asociaciones de psicólogos y psiquiatras, y al cual se sumaron decenas de psicoanalistas de todo el mundo. Dicho manifiesto, denominado Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM, sostenía que “la idea del individuo como el lugar del yo es un invento occidental relativamente reciente, y que semejante marco de trabajo crea las condiciones previas psicológicas necesarias para la aceptación de los ‘atomizados’ mundos sociales que estamos creando. Sin embargo, el bienestar mental parece estrechamente relacionado con factores sociales y económicos. Diversos estudios internacionales han concluido que, más importante que la pobreza en sí, lo es el grado de desigualdad social. Así, a mayor desigualdad (en recursos económicos y sociales) de una sociedad, más deficiente es la salud mental de dicha sociedad”.

Estos datos indican la tendencia dominante de las últimas décadas en cuanto a la salud mental de nuestras sociedades y nos obliga a dirigir nuestra mirada hacia varios problemas que reclaman nuestra atención. En primer lugar, debemos dar importancia a los aspectos sociales más educativos que terapéuticos, a la inserción laboral, modelos basados en la adquisición de competencias personales y sociales, al emponderamiento, dar más importancia a las relaciones, a los tratamientos integrales y no

parcializados, al apoyo grupal y familiar y a los grupos de apoyo mutuo y de compromiso en cooperación con toda la comunidad y, a la colaboración de los voluntarios en los dispositivos asistenciales. En definitiva, estos trabajos e investigaciones nos invitan a poner en práctica un enfoque comunitario de las enfermedades mentales frente a modelos individualistas y deterministas. O dicho de otra manera, “lo comunitario implica tres grandes desplazamientos que lo configuran: del sujeto enfermo a la comunidad; del hospital a los centros comunitarios; y del psiquiatra al equipo” Desviat (2007) (59).

Creemos por tanto que nuestro sector debe participar activamente en la labor de inclusión sociolaboral de las personas, en facilitar su acceso al alimento diario y a una vivienda digna, contibuyendo en la participación democrática del paciente y reclamando de paso unas políticas fiscales que redistribuyan la riqueza de forma más equitativa. Es nuestra obligación, si queremos cumplir con el cometido de atender individualmente a nuestros pacientes y estar al nivel de exigencia que nuestra profesión reclama, luchar por un modelo social más justo e igualitario (Pérez, 2013) (60). Para finalizar, debemos tener presente que “un régimen que no proporciona a los seres humanos ninguna razón profunda para cuidarse entre sí no puede preservar por mucho tiempo su legitimidad” Sennett (2010) (61).

Referencias Bibliográficas.

1. Sapolsky, R., M. (2005). The influence of social hierarchy on primate health. *Science*, 308, 648-652.
2. Pickett, K.E., James, O.W. y Wilkinson, R.G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. *J Epidemiol Commun, H.* 60: 646-647.
3. Wilkinson, R.,G. y Pickett, K., E. (2007). The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Soc Sci Med.* 65, 1965-1978.
4. James O. (2007). *Affluenza*. London: Vermilion.
5. Pickett, K., E. y Wilkinson, R., G. (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Brit J Psychiat.* 197, 426-428.
6. Friedli, L. (2009). *Mental Health, Resilience and Inequalities: How Individuals and Communities are Affected*. Copenhagen: World Health Organisation. Europe.
7. Dorgelo, A., Pos, S., Vervoordeldonk, J. y Jansen, J. (2010). Tackling the gradient in health. Reasons for a differential impact of policies and interventions on the social gradient of health. The Netherlands Institute for Health Promotion and Prevention.
8. Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud/ Pan Am J. Public Health.* 11 (5/6): 302-309.
9. Hart, J, T. (1971). The Inverse Care Law. *Lancet.* i:405-12.
10. Becach, J., Vergara, M. y Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles.* Nº105: 29-40.
11. Barnett, K., Mercer, S., Nobury, M., Watt, G., Wyke, S. y Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, Research, and medical education: a cross-sectional Study. *The Lancet*. Extraído de la dirección: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60240-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60240-2/fulltext)

12. Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R. y col. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clín Pract Epidemiol Ment Health*; nº1:14.
13. De Vogli, R., Gimeno, D. (2009). Changes in income inequality and suicide rates after “shock therapy”. Evidence from Eastern Europe. *J. Epidemiol Common Health*, n63, 956
14. Melzer, D., Fryers, T. y Jenkins, R. (2004). *Social Inequalities and the Distribution of Common Mental Disorders*. Maudsley Monographs Hove, Psychology Press.
15. *Desigualdad y Derechos Sociales. Análisis y perspectivas*. (2013). Coordina Comité Técnico de la Fundación FOESSA. Ed Fundación FOESSA y Cáritas.
16. FADSP “Los efectos del desempleo sobre la salud” Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2012).
17. McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C.R. y col. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl. Psychol* n90. 53-76.
18. Wilkinson, R.G., Pickett, K.E. (2007). The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. *Soc Sci Med*, 65(9), 1965- 1978.
19. UNICEF. (2007). Innocenti Research Centre. *Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries*. Florence: Innocenti Report Card,
20. Pickett, K. y Wilkinson, R. (2007). Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *Brit Med J*.
21. Becach, J., Vergara, M. y Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*. Nº105: 29-40.
22. Globalasia (2013) “China se mueve para frenar la desigualdad de ingresos <http://www.globalasia.com/actualidad/economia/china-frena-desigualdad-de-ingresos>. Publicado el 06/02/2013 09:02 por Redacción
23. Thompson, S. (2007). *The European Happy Planet Index: An index of carbon efficiency and wellbeing in the EU*. London, New Economics Foundation.[Consultado en 2012] Disponible en: (http://www.neweconomics.org/gen/z_sys_PublicationDetail.aspx?pid=242).ç
24. Saez, E. y Picketty, T. (1998). Income inequality in the United States, *Q J Econ*. 1913 -1998.
25. Harold, R, K. (2004). *Estratificación Social y Desigualdad. El conflicto de clase en perspectiva histórica, comparada y global*. Madrid: McGrawHill.
26. Mishel, L., Bernstein, J. y Schmitt, J. (2001). *The Estate of working America, 200/2001* Ithaca, NY: Cornell. University Press.
27. Wahlbeck, k. Mc Daid. D, 2012; Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 11, 139-145.
28. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España*. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en

España Comisionado por: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior Ministerio de Sanidad y Política Social (2010).

29. Informe de Exclusión y Desarrollo Social (2012). Madrid: Fundación Foessa y Cáritas. [Consultado en 2012] Disponible en <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/4314/EXCLUSION%20Y%20DESARROLLO%20SOCIAL.%20Versi%C3%B3n%20digital.pdf>

30. Informe Sobre Distribución de la Renta en España: Desigualdad, Cambios Estructurales y Ciclos. Consejo Económico y Social España. Sesión Ordinaria del Pleno de 20 de febrero de 2013.

31. Martínez-Celorrío, X. y Marín, A. (2013). Trajectòries socials i educació. Anàlisi longitudinal del PaD (2003-2009). Ed por la Fundació Jaume Bofill.

32. El Observatorio de la Cadena SER Informe de resultados 5/11/2012. Por la empresa MY Word The Microtrends report lab

33. Informe Sobre Distribución de la Renta en España: Desigualdad, Cambios Estructurales y Ciclos. Consejo Económico y Social España. Sesión Ordinaria del Pleno de 20 de febrero de 2013.

34. Informe Anual (2011). Observatorio Europeo para las drogas el Problema de la Drogodependencia en Europa. [Consultado en 2012] Disponible en <http://www.infocoponline.es/pdf/InformeEuropeoDrogodependencias.pdf>

35. Rosmarin A, y Eastwood, N. (2012). A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe. Release drug, the law y human rights UK.

36. Dorling, D., Mitchell, R., Pearce, J. (2007). The global impact of income inequality on health by age: an observational study. *BMJ Research*; 335-873. [Consultado en 2012] Disponible en (<http://press.psprings.co.uk/bmj/october/inequality.pdf>).

37. DSM-IV. (1998). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

38. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lépine J. y col. (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys The WHO World Mental Health Survey Consortium.

39. Saraceno, B. (2011). Entrevista a Benedetto Saraceno. Salud mental, comunitaria y cultura. *Átopos*, Nº11,73-83:

40. Pérez, F. (2013). Desigualdad económica y enfermedad mental. *Revista Norte de Salud Mental*. Vol. XI, Nº43, 66-74.

41. Foot, J. (2012). What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action, evaluation. [Consultado en 2012] Disponible en www.janefoot.com

42. Harold, R, K. (2004). Estratificación Social y Desigualdad. El conflicto de clase en perspectiva histórica, comparada y global. Madrid: McGrawHill.

43. James, O. (2007). *Affluenza*. London: Vermilion.

44. Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. New York: McGraw-Hill.
45. Verba, S. (1987). *Elites and the Idea of Equality*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
46. Lane, R. (1962). *Political Ideology*. New York: Free Press.
47. Sennett, R. (2010). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama. Colección Argumentos.
48. Mishel, L., Bernstein, J. y Schmitt, J. (1999). *The state of working America 1992-1993*. Armonk, Ny, ME, sharpe/economic Policy Institute.
49. Rutherford, J. (2008). The culture of capitalism. *Soundings: Journal of culture and politics*, 38, 8-18.
- 50- Journal de Noticias. Portugal (2013) Publicado el 1/25/ 2013. http://www.jn.pt/PaginalNicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=3015479
51. Sennett, R. (2010). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama. Colección Argumentos.
52. Herrman, H., saxenas, S. y Moodie, R. (2005.) *Promoting mental health: concepts, emergings evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.
53. Pérez, F. (2013). Desigualdad económica y enfermedad mental. *Revista Norte de Salud Mental*. Vol. XI, Nº43, 66-74.
54. DSM-IV. (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
55. Código Deontológico. Colegio Oficial de Psicólogos. [Consultado en 2012] Disponible en <http://www.cop.es/vernumero.asp?id=7>
56. Saraceno, B. (2011). Entrevista a Benedetto Saraceno. *Salud mental, comunitaria y cultura*. Átopos. Nº11, 73-83.
57. EMCONET, (2007). *Employment conditions and Health inequalities. Final Report to the WHO CSDH, Organización Mundial de la Salud (OMS), Génova*. En: http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf
58. Agencia Efe. *Diario el mundo versión digital*. Extraído el 6-3-2013. Suiza aprueba con un 67,9% de votos a favor limitar el salario de los directivos. <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/03/03/economia/1362314187.html>
59. Desviat, M. (2007). *Vigencia del modelo comunitario en Salud Mental: Teoría y práctica*. *Salud mental, comunitaria y cultura*. Átopos. Nº3, 88-96.
60. Pérez, F. (2013). Desigualdad económica y enfermedad mental. *Revista Norte de Salud Mental*. Vol. XI, Nº43, 66-74.
61. Sennett, R. (2010). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama. Colección Argumentos,