

**CONSIDERACIONES ESTRUCTURALES PARA LA INTERVENCIÓN EN SALUD
MENTAL: POBREZA, DESIGUALDAD Y COHESIÓN SOCIAL**

***STRUCTURAL CONSIDERATIONS FOR INTERVENTION IN MENTAL HEALTH:
POVERTY, INEQUALITY AND SOCIAL COHESION***

Xavier Miranda-Ruche ¹

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 8, nº 14, enero-junio 2018

<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i14.6377>

¹ Universidad de Lleida (España)..  <https://orcid.org/0000-0002-2224-0393>

Correspondencia: Universidad de Lleida. Facultat d'Educació, Psicologia i Treball Social. Despatx 3.09. Av. de l'Estudi General, 4. 25001 Lleida (España). E-mail: xmiranda@geosoc.udl.cat

Recibido: **08-09-2017** Revisado: **16-11-2017** Aceptado: **15-01-2018** Publicado: **28-06-2018**

Cómo citar / How to cite:

Miranda-Ruche, X. (2018). Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 8(14), 108-124. doi: 10.30827/tsg-gsw.v8i14.6377

Resumen

La integración de la perspectiva social en el ámbito de la salud mental continúa siendo difícil. El análisis y la intervención en este campo se siguen caracterizando por un dominio de la biología y psicología, sustentado en un individualismo metodológico. Las disciplinas sociales que, como la educación y el trabajo social, intervienen bajo estas lógicas de organización asistencial, quedan frecuentemente constreñidas en el ejercicio de unas funciones excesivamente superficiales y burocráticas. Ante la necesidad que las actuaciones en este ámbito no se ciñan al tratamiento de aquellas personas ya diagnosticadas, sino que persigan también el objetivo de prevenir los problemas mentales y promover el mantenimiento de la salud, resulta imprescindible que los profesionales que ejercen la intervención social conozcan e interioricen las numerosas evidencias que señalan la influencia de las circunstancias estructurales en la prevalencia de los trastornos mentales. Este artículo trata precisamente de señalar parte de esas evidencias. Mediante ellas se pone de relieve la incidencia de la pobreza y la desigualdad como generadoras de riesgo en salud mental. En cambio, se apunta hacia el objetivo de la cohesión social como elemento de protección.

Abstract

The integration of the social perspective within the field of mental health continues to face difficulties. The analysis and intervention in this field are still characterized by a mastery of biology and psychology, based on a methodological individualism. The social disciplines, like education and social work, intervening under these logics of care organization, are frequently constrained in the exercise of excessively superficial and bureaucratic functions. Faced with the need for actions not being limited to the treatment of those already diagnosed, but also pursuing the goal of preventing mental problems thus promoting health maintenance, it is essential the professionals practising social intervention would know and internalise the numerous evidences suggesting the influence of structural circumstances on the prevalence of mental disorders. This article presents these evidences in a precise manner. It highlights the incidence of poverty and inequality as generators of risk in mental health. On the contrary, it emphasizes the important role of social cohesion as an element of protection.

PC.- Salud mental; pobreza; desigualdad; privación relativa; cohesión social

KW.- *Mental health; poverty; inequality; relative deprivation; social cohesion*

Introducción

Abordar un fenómeno tan complejo como es la salud mental requiere de una mirada amplia y global a partir de la cual poder interrelacionar la gran cantidad de elementos multifactoriales que interactúan en el seno de la perspectiva biopsicosocial. Si bien esta perspectiva mantiene una presencia formal en las políticas de salud mental establecidas a partir de la implantación de las diversas reformas psiquiátricas iniciadas en la segunda

mitad del siglo pasado, una mirada analítica y pormenorizada de lo que sucede en el día a día en el contexto de aplicación de esta, plantea un desequilibrio muy significativo entre las tres dimensiones que la integran. La inercia histórica empuja todavía hoy a entender mayoritariamente las patologías mentales en términos de alteraciones neuroquímicas que se suceden en el cerebro de las personas y que pueden tratarse de una manera aislada a través de la práctica sanitaria centrada en el síntoma y la conducta, mediante el abordaje farmacológico y psicoterapéutico. Sin dejar de considerar la importancia fundamental que tiene este proceder en el tratamiento de los trastornos mentales, el reduccionismo se hace patente desde el momento en que, a través de su aplicación sistemática y aislada, van quedando disociados los problemas de salud mental de la población de su contexto social, económico y cultural. En demasiadas ocasiones estos problemas quedan exclusivamente interpretados en una clave psicológica y médica, mediante un individualismo metodológico que tiene la ventaja de hacer manejables y operativos los casos existentes dentro de los estándares de gestión asistencial planificados (Correa, Silva, Belloc y Martínez, 2006). Desde estos contextos organizativos de intervención, el foco se dirige mayoritariamente hacia elementos internos de las personas (internalidad) que se atienden, obviando así las relaciones de influencia que se generan dentro del sistema social al cual pertenecen. Así, la vuelta a la normalidad acostumbra a pasar por la adaptación individual a las condiciones estándares que rigen el funcionamiento social cotidiano, mediante los procesos de rehabilitación institucionalizados. Los mecanismos que orientan la reflexión social del fenómeno quedan en un segundo plano, estableciéndose de esta manera una suerte de injusticia social en aquellos individuos directamente afectados. Las circunstancias microsociales que acompañan a los pacientes quedan incorporadas en sus respectivos expedientes, pero difícilmente son tratadas como datos significativos para el establecimiento de programas y políticas más ambiciosas. En este sentido lo pone de relieve el psicólogo Marco Antonio Luengo al apuntar que:

En demasiadas ocasiones se echa de menos la voz de los profesionales de la ayuda, especialmente los de salud mental, exponiendo a la opinión pública el impacto negativo que sobre las personas tienen ciertas situaciones sociales, laborales, familiares, o de crianza [...]. Es mucho más frecuente que salgamos a la opinión pública haciendo un planteamiento poco crítico con las circunstancias que rodean y han rodeado a la persona, y sin embargo sí que seamos claros etiquetando de enfermedad, error o intolerancia al sufrimiento, la respuesta que las personas dan a las circunstancias que afrontan (Luengo, 2009, p.59).

De la misma manera que en los años en que se desarrollaban las reformas psiquiátricas para modernizar los sistemas de atención en salud mental, se tenía la suficiente perspectiva como para afirmar que los resultados ofrecidos hasta entonces por los manicomios eran muy negativos desde un punto de vista técnico y rehabilitador -se legitimaban a partir de su función de control social-, en la actualidad parece entreverse ya otra relación inquietante y contradictoria entre la ampliación de la oferta médica y farmacológica que se desarrolla en los países occidentales y la tendencia creciente de las expresiones de malestar psíquico entre la población. Esta tendencia permite subrayar la insuficiencia de las soluciones singulares ante una problemática que requiere de una perspectiva que incorpore la complejidad inherente al fenómeno. Es decir, que sitúe como objeto de trabajo el conjunto de la población y no solo las personas que ya se encuentran afectadas; que parta de un sistema de análisis multicausal que permita las intervenciones preventivas y de promoción de la salud; que sitúe la comunidad como espacio de intervención prioritario (Ramos, 1997); y que tenga en cuenta que las expresiones patológicas de tipo cognitivo, emocional o conductual que se manifiestan tienen también relación con la posición social que las personas ocupan dentro de la estructura social. Este último aspecto ha quedado constatado desde los modelos de orientación sociológica, los cuales siguen mostrando una relación causal entre la prevalencia de los trastornos mentales y las condiciones de vida de los individuos. Precisamente, esta relación viene determinada por la mayor frecuencia y duración con la que las personas pertenecientes a estratos inferiores se encuentran expuestas a situaciones definidas como estresantes. Es un hecho contrastado que la realidad social mantiene una incidencia importante en la configuración y la vivencia de la realidad individual. De esta manera, los factores sociales y psicológicos no son independientes unos de otros, sino que se encuentran en continua interacción (Sánchez, 2003). En cierto modo, resulta artificial distinguirlos ya que se dan en una sola dimensión y se retroalimentan mutuamente. Esta división, útil en el ámbito científico para abordar un conocimiento que desborda por su complejidad, genera en la práctica problemas de complementariedad -y por qué no decirlo, de luchas de poder- que deberían ser paliados mediante un intercambio de conocimientos y de prácticas, que, lejos de beneficiar a una u otra disciplina científica, redunde positivamente en su abordaje. Así, desde la humildad que conlleva el reconocimiento de estas limitaciones, las ciencias sociales deben continuar subrayando y aportando al debate interdisciplinar aquellos elementos que aporten luz a la vinculación entre estructura social y salud mental.

1. El círculo vicioso en salud mental: la pobreza

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) la relación existente entre pobreza y enfermedad mental se caracteriza por su retroalimentación negativa. Es decir, la pobreza aumenta el riesgo de verse afectado por un trastorno mental, mientras que tener un trastorno mental aumenta el riesgo de encontrarse en una situación de pobreza. Las personas que viven bajo esta condición se ven expuestas a circunstancias de vida caracterizadas por una mayor adversidad, debido a la falta de recursos que les dificulta o imposibilita acceder a unos estándares de vida suficientes. A su vez, acostumbran a tener menos oportunidades educativas y de trabajo. Estas situaciones de vida más dificultosas y estresantes mantenidas de una manera permanente en el tiempo, son las que incrementan dicho riesgo, agravando las consecuencias y la duración que puede conllevar un problema de salud mental. Por otra parte, las personas que padecen algún tipo de trastorno mental tienen más probabilidades de encontrarse con mayores impedimentos para acceder a un lugar de trabajo o mantener el actual, ya sea debido a las consecuencias del trastorno, o bien, por causas discriminatorias, hecho que provoca un incremento de las situaciones de pobreza debido a la falta de ingresos.

En su informe *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones específicas y opciones políticas*, la propia OMS (2004a) destaca que es la presencia acumulada de los factores de riesgo (nutrición deficiente, desocupación, consumo de sustancias, bajo nivel educativo, etc.) combinados con la falta de factores de protección (apoyo social, ambientes previsibles, autonomía, sentimientos de dominio y control, etc.), es decir, de condiciones que mejoran la resistencia de las personas ante los problemas de salud mental, lo que predispone a los individuos a experimentar situaciones de mayor vulnerabilidad, que pueden conducir en último término a cuadros clínicos de enfermedad mental. Por lo que a España se refiere, los datos acerca de la pobreza no auguran una disminución de los factores de riesgo asociados a la salud mental en los próximos años, sino todo lo contrario. La pobreza severa -ingresos inferiores al 30% de la mediana de la renta- ha pasado del 3,8% de la población en el año 2004, a más de un 7% en 2012 (Fundación Foessa, 2014). Estos datos, indica la Fundación Foessa en su *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España (2014)*, mantienen relación con el modo de gestionar la crisis económica iniciada en el año 2008, es decir, con el reparto de los costes asociados a esta. En este sentido, España, al igual que Grecia, ha visto aumentar sus tasas de pobreza durante el periodo de recesión, mientras que otros países con ciertas similitudes, como Portugal, Italia o Irlanda las han disminuido. No

obstante, cabe decir que las personas en riesgo de pobreza o exclusión social han aumentado de manera generalizada en el conjunto de la UE15 -con excepción de Alemania y Países Bajos- como consecuencia del aumento del desempleo y la disminución de los salarios.

En el plano de las evidencias científicas existe una amplia literatura recogida desde la propia Organización Mundial de la Salud que detalla cuales son los factores de riesgo asociados a la pobreza que causan este debilitamiento de la salud mental. Entre otros se destacan los problemas de vivienda, especialmente el que comporta la falta de esta, y que se vinculan a una mayor prevalencia de trastornos por consumo de drogas y alcohol, depresión, ansiedad, intentos de suicidio y esquizofrenia (OMS, 2010). De la misma manera, la desocupación se relaciona con un aumento del riesgo de depresión y de las tasas de suicidio (OMS, 2003). En términos más generales, los problemas financieros, las desventajas materiales, un bajo nivel educativo, así como la ocupación precaria -de escaso reconocimiento y dominada por una ausencia de seguridad y control- presentan también impactos negativos significativos sobre la salud mental (OMS, 2011; 2014). Finalmente, la prevalencia de los trastornos por depresión es entre 1,5 y 2 veces mayor en los grupos de población con ingresos más bajos (OMS, 2004a).

Robichaud, Guay, Colin y Pothier (2012) plantean la metáfora de *'la curva peligrosa'* para explicar la incidencia de la pobreza en la salud mental: "no necesariamente pierdes la vida, sin embargo, el número de accidentes que se registran es mucho más elevado que en cualquier otro lugar" (p.30). En este sentido, cabe recordar que pobreza no es sinónimo de enfermedad mental, sino que es más bien una condición a partir de la cual se desencadenan una serie de circunstancias que afectan la capacidad de las personas de enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana. El mayor nivel socioeconómico en los estratos medios y altos, ligado a unos recursos materiales y culturales más sólidos, juega un papel amortiguador ante las circunstancias estresantes y los factores de riesgo. Unos factores que, además, aparecen con mayor frecuencia en contextos ya desfavorecidos. De esta manera, entender sistemáticamente los problemas psicológicos derivados de las situaciones de pobreza, como causas y no como consecuencias, produce responsabilizar a los individuos de esta situación de una manera injusta. Así lo ponen de manifiesto los autores cuando escriben:

Hemos notado que las personas pobres evitan espontáneamente las situaciones donde el pedido de ayuda está sujeto a un proceso de control importante o tiene que pasar una 'prueba' constituida por una entrevista estructurada tipo 'confesión'. En

este caso, el hecho de exigir al sujeto que cuente sus problemas y su vida puede tener un efecto extremadamente perverso, dado que esto transmite al individuo el mensaje de que su vida (y por tanto él) son el problema y que, por consiguiente, en él debe estar la solución. Esto no puede más que reforzar los sentimientos de culpabilidad y de vergüenza (Robichaud et al., 2012, p.23).

Por más que resulte necesario apelar a la dimensión individual, hay que tener presente el sesgo que los profesionales de la intervención incorporamos si, de una manera metódica, esta resulta ser la única forma de proceder (Luengo, 2009). De esta disyuntiva surgen un conjunto de preguntas, entre ellas: ¿cómo puede, el profesional de la ayuda en salud mental, abordar la externalidad desde su puesto de trabajo? Si se parte de la idea de que el nivel estructural sobrepasa la capacidad del profesional, ¿quiere esto decir que hay que evitar cualquier análisis que incorpore dicha dimensión? Estas cuestiones, planteadas por profesionales del trabajo social en salud mental, seguramente no se encuentran muy lejos de las que se puedan plantear otros trabajadores sociales en distintos ámbitos, e incluso otro tipo de profesionales en otros campos como, por ejemplo, en el educativo. De una manera análoga, en este ámbito los datos muestran -como lo hacen de manera repetida los informes PISA- que el rendimiento educativo de los niños en las escuelas se encuentra estrechamente ligado al estatus socioeconómico familiar al cual pertenecen -calculado sobre la base de la educación y ocupación de los padres, y los recursos materiales y educativos en el hogar- (Bonal, Castejón, Zancajo y Castel, 2015), ¿resulta entonces eficiente que los maestros centren exclusivamente sus objetivos en aumentar el esfuerzo y la dedicación de los alumnos para mejorar su rendimiento? En el ámbito educativo, como en el de la salud mental, los niños que viven en contextos de pobreza tienen un potencial de desarrollo y crecimiento como cualquier otro niño, sin embargo, tal y como apuntan Robichaud et al (2012), las circunstancias de vida caracterizadas por una mayor presencia de factores de riesgo, pueden perturbar en estos dicha evolución. Para estos autores, la pobreza en el ámbito familiar aumenta los riesgos de salud mental en los niños, dado que esta disminuye las capacidades y la eficacia de los padres, dificultándoles la posibilidad de ejercer un rol consistente, ya que se encuentran más expuestos a conflictos, tensiones y, por lo tanto, la presencia de depresiones y cuadros de ansiedad resulta más recurrente.

Las difíciles condiciones materiales de vida de los padres, los múltiples problemas a los que se enfrentan en lo que respecta a ingresos, vivienda, trabajo, cansancio, angustia e inseguridad permanente hacen que estos se exasperen y pierdan el control. Esta constante tensión a menudo relega las expresiones de ternura de los padres y favorece, por el contrario, el uso de actitudes violentas. Además, la falta de reconocimiento social de los padres, la sospecha de la cual son objeto, el

cuestionamiento permanente de su dignidad y de sus valores modelan las relaciones que establecen con sus hijos y la imagen que estos se formarán de sí mismos y del mundo (Robichaud, et al., 2012, p.12).

En este sentido, la pobreza mantiene precisamente unas derivadas psicológicas como consecuencia de la inseguridad y de la mayor desconfianza hacia el futuro que afectan la voluntad, y por consiguiente la constancia para el ejercicio de las tareas, la motivación y la resistencia a la frustración. Derivado de todo ello, existe también un menor nivel de resistencia ante la presencia de gratificaciones inmediatas. Estas dificultades, asociadas a circunstancias externas, se encuentran ligadas con el sentimiento de fracaso dado que los esfuerzos destinados a salir de dichas condiciones no producen, en muchas ocasiones, los resultados esperados (Robichaud, et al., 2012).

2. La desigualdad como factor corrosivo

Aunque la manifestación más evidente de la pobreza es la privación material, hay que tener en cuenta cómo actúan otros procesos de malestar emocional más sutiles derivados de esta y que pueden afectar el estatus, la libertad y la identidad de las personas. Estos procesos mantienen una relación más estrecha con la desigualdad. Una desigualdad que se configura a través de las diferencias entre los estratos socioeconómicos, y que queda conceptualizado mediante el término de privación relativa. En muchas ocasiones, y tal como ocurre con la pobreza, se confunde esta cuestión asumiendo que la manifestación de malestar asociada a la desigualdad es más una consecuencia psicológica individual que un problema social que merecería ser abordado colectivamente, y no precisamente mediante psicoterapias masivas (Wilkinson & Pickett, 2009). Oliver James (2007) contextualiza esta cuestión señalando el ‘virus de la opulencia’ que recorre las sociedades avanzadas, caracterizado por un conjunto de valores asociados al dinero, el consumo y las propiedades que aumenta la vulnerabilidad de las personas ante el estrés emocional, incrementando el riesgo a sufrir trastornos de personalidad, de depresión, ansiedad, así como un mayor consumo de sustancias. Paradójicamente, “la experiencia cotidiana muestra que hay rendimientos decrecientes en la satisfacción que proporciona el consumo que pueden llegar a ser negativos” (Fundación Foessa, 2014, p.432). No obstante, este contexto descrito por James resulta oficialmente incuestionable, dado que es la pieza fundamental a través de la cual funciona el conjunto del sistema económico. Es además interesante destacar que son

precisamente las sociedades con mayores niveles de desigualdad las que más gastan en publicidad precipitando las comparaciones y la voluntad por obtener artículos, productos o servicios (Wilkinson & Pickett, 2009).

De acuerdo con Alvargonzález, López y Pérez (2006, p.274), “la privación relativa es la diferencia entre la situación deseada por una persona y su posición efectiva”. Runciman, 1966, en Alvargonzález, López y Pérez (2006, p.274) señala que “una persona se siente agraviada en términos relativos por una renta, cuando: no percibe dicha renta; ve cómo otras personas (entre las que podría incluirse él mismo en otro instante del tiempo) perciben esa renta; desea tener esa renta (...)”. En este sentido, la privación relativa viene determinada por la carga que representa para los individuos el incremento de la desigualdad dentro de un contexto social determinado. Las personas medimos nuestro estatus social en comparación con toda una serie de situaciones que se suceden en el transcurso de la vida cotidiana. Cabe tener en cuenta que el concepto de privación relativa es meramente subjetivo comparado con el de privación material. No obstante, puede establecerse que los problemas de orden social que afectan la vida cotidiana de las personas tienen mayor prevalencia en aquellas sociedades más desiguales (Wilkinson & Pickett, 2007).

Para el economista Amartya Sen (2000), la pobreza asociada a la falta de renta resulta instrumentalmente importante para las personas, en cuanto afecta al desarrollo de sus capacidades para alcanzar una vida valiosa. Aunque la falta de renta pueda predisponer a llevar una vida marcada por la pobreza, es necesario establecer un concepto más amplio y complejo de esta que tenga en cuenta otros factores que impactan en la privación de capacidades, como por ejemplo, la edad, el sexo y los roles sociales. De manera complementaria a estos factores, resulta también útil incorporar en el análisis los contextos sociales y las circunstancias que influyen en la capacidad de las personas para canalizar los ingresos monetarios de los que disponen hacia funcionamientos vitales significativos. La aportación de Sen resulta especialmente valiosa, en cuanto que subraya el reduccionismo que supone concentrar todos los esfuerzos políticos y técnicos en luchar contra la insuficiencia económica como medio más eficaz para abordar el empobrecimiento humano.

A pesar de ello, y si bien hay un cierto consenso sociopolítico -cuanto menos en el nivel discursivo- en combatir la privación material ligada a la pobreza mediante la mejora de las condiciones de vida de las personas en esta situación, este no resulta tal cuando se aborda la privación relativa. Sustentada en los modelos económicos liberales iniciados con Friedrich Hayek y Milton Friedman, la desigualdad se apunta como necesaria y deseable dentro de

un sistema social capitalista, dado que son precisamente las diferencias existentes entre los diversos estratos las que, teóricamente, incentivan a los individuos a esforzarse para prosperar en sus vidas. En este sentido los modelos económicos liberales contraponen igualdad con meritocracia, apelando a un contexto de libertad, a partir del cual se presupone la igualdad de oportunidades para todos los estratos. Utilizando de nuevo el símil educativo, se entiende que el derecho establecido para que toda la población de un país pueda acceder a la educación pública, es ya la condición que sitúa a los alumnos en igualdad de condiciones, y que a partir de ahí ya serán las habilidades, el esfuerzo y la responsabilidad las que pondrán a todos en su debido lugar. Las objeciones a este planteamiento tienen lugar desde el momento en que se obvian otros factores que presentan una incidencia muy significativa en el rendimiento educativo, y que van más allá del mérito individual, como son los ya mencionados y vinculados al capital económico, cultural y social ligado al origen familiar. A ellos se les podría sumar otras variables como el género y la etnia.

Uno de los estudios que mejor refleja las lógicas complementarias que mantienen el concepto de pobreza y desigualdad es el realizado por Walker et al., (2013) mediante el cual analizaron la dimensión psicosocial asociada a las situaciones de privación desde una perspectiva global y comparada. Por este motivo entrevistaron a personas y familias que se encontraban bajo esa condición en siete países. La investigación incorporó datos cualitativos relativos a Uganda, India, China, Pakistán, Corea del Sud, Reino Unido y Noruega. Los investigadores encontraron que las experiencias subjetivas que relataban las personas a lo largo de los siete países eran muy similares en términos de privación relativa, a pesar de los niveles de vida tan heterogéneos que quedaban establecidos a partir de los diferentes estándares existentes en cada territorio. Por poner algún ejemplo, las personas entrevistadas en Noruega, aunque las condiciones de sus viviendas estaban por debajo de la media noruega, se encontraban situadas en estándares muy superiores a los de las familias ugandesas, indias o pakistaníes entrevistadas (por ejemplo, en lo que se refiere a la solidez de las viviendas ante las inclemencias meteorológicas, el acceso a los suministros energéticos y a agua potable; o las condiciones de salubridad), e incluso en comparación con la situación infantil, donde por ejemplo en Pakistán se caracterizaba por la ausencia de una asistencia escolar que quedaba sustituida por el trabajo (algo impensable en Noruega o Reino Unido). Profundizando en los hallazgos, el estudio destaca el sentimiento de culpa como elemento transversal más significativo en las diversas experiencias subjetivas recogidas. De acuerdo con los autores, esta perturbación es internalizada a través de las actitudes y comportamientos sociales expresados por aquellas personas que no se

encuentran en dicha situación, enmarcado en un discurso público fuertemente influido, paradójicamente, por los planes políticos de erradicación de la pobreza. Es en este sentido que puede hablarse de una construcción social asociada a la situación de pobreza en la que se proyecta una imagen negativa hacia aquellas personas que no obtienen unas rentas suficientes del trabajo, o bien, se encuentran directamente excluidos del mercado laboral, dependiendo así de las ayudas sociales para vivir. Tal y como destacan Robichaud, et al. (2012): “la miseria con frecuencia va acompañada de exclusión a través de la repulsión que ella provoca [...] esto contribuye a reforzar los sentimientos de vergüenza, de baja autoestima y a comprometer más la salud mental” (p. 9).

En el libro *The spirit level. Why greater equality makes societies stronger* (2009), Richard Wilkinson y Kate Pickett muestran a través de datos cuantitativos que son las sociedades más desiguales aquellas con un número mayor de personas que sufren problemas de salud mental y asociados al consumo de sustancias. Además de estos dos aspectos, los autores ponen de relieve en su obra un conjunto más amplio de datos mediante los cuales se constata que los problemas sociales y de salud se manifiestan de manera más frecuente y severa en los contextos donde las diferencias socioeconómicas entre los diversos estratos de población son más importantes. En este sentido, países con mayores niveles de igualdad como Japón, Suecia, Noruega o Países Bajos presentan datos globales más favorables en comparación con aquellos países que mantienen niveles de desigualdad mayores, como Estados Unidos, Portugal, Reino Unido o Grecia. De forma específica, estos números más favorables se concretan en un mayor bienestar infantil, niveles más altos de confianza social, mayor esperanza de vida, tasas inferiores de mortalidad infantil, menor número de personas con obesidad, mayor rendimiento educativo, menor número de embarazos en la etapa adolescente y tasas más reducidas de homicidios y de encarcelamiento. De esta manera, la desigualdad se presenta como una variable muy significativa a la hora de predecir los resultados que pueden obtener los países en un amplio conjunto de aspectos. La única excepción entre los problemas sociales estudiados es el suicidio, que no sigue la tendencia observada en los anteriores. Finalmente, otro hecho significativo es que los niveles de movilidad social son más altos en aquellas sociedades donde los ciudadanos parten de situaciones más igualitarias. Como apuntan de manera paradójica los autores, si alguien quiere realizar el sueño americano resulta más conveniente que se instale en alguno de los países escandinavos que en Estados Unidos.

3. Salud social y cohesión

Uno de los elementos que se contraponen a la pobreza y la desigualdad social es la cohesión social, dado que índices altos de desigualdad en los ingresos, expresados a través del coeficiente de Gini, se encuentran generalmente asociados con niveles de cohesión inferiores. Las excepciones se sitúan en algunos países anglosajones, los cuales obtienen puestos altos a pesar de mantener niveles de desigualdad elevados (Bertelsmann Stiftung & Eurofound, 2014). De esta manera, la desigualdad en los ingresos se traslada también en desigualdad en términos de bienestar social para la ciudadanía. En esta lógica, el fortalecimiento de la cohesión social se traduce como una orientación que puede ser utilizada para contrarrestar esta degeneración, más si cabe, cuando incluye luchar contra la pobreza y la falta de equidad. En su informe *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*, la Organización Mundial de la Salud apunta que aquellas sociedades con niveles de cohesión social más altos resultan más saludables para las personas que las integran, obteniendo unos índices de mortalidad menores (Kawachi & Kenndy, 1997, en OMS, 2004b). De acuerdo con Ferrelli (2015) la cohesión social puede definirse desde el punto de vista sociológico “como el grado de consenso de los miembros de un grupo social sobre la percepción de pertenencia a un proyecto o situación común” (p.272). Esta se construye a través del enriquecimiento de las redes sociales, la aceptación de la diversidad, la confianza y la solidaridad entre conciudadanos, el respeto y el cumplimiento a las normas establecidas socialmente, el compromiso y la participación social (Bertelsmann Stiftung & Eurofound, 2014). La relación entre los conceptos de desigualdad y cohesión social toma forma desde el momento en que son aquellas sociedades con niveles inferiores de desigualdad las que tienden a acercarse a este objetivo de cohesión con mayor facilidad. En términos más objetivos, aquellas personas que viven en sociedades más cohesionadas son generalmente más optimistas acerca de su futuro, mantienen unos sentimientos más fuertes en lo que se refiere a estar viviendo una vida con sentido y sienten mayor libertad acerca de cómo dirigir sus vidas (Bertelsmann Stiftung & Eurofound, 2014). Todos estos aspectos pueden ser considerados de especial relevancia para el ámbito de la salud mental, dado que esta se encuentra profundamente influenciada por indicadores asociados a la comunidad, especialmente por aquellos que reflejan la calidad y suficiencia de las relaciones sociales (Pickett & Wilkinson, 2010). Sin embargo, hay que tener en cuenta ciertas limitaciones al abordar el concepto de cohesión social, dado que incluso en aquellas sociedades más cohesionadas la desigualdad en los ingresos continúa ejerciendo

un rol negativo, incluso más negativo para los que la sufren, que en sociedades donde este tipo de desigualdad afecta un número mayor de personas (Bertelsmann Stiftung & Eurofound, 2014).

En términos comparativos con el resto de países de la UE15 y con relación al período comprendido entre 2009 y 2012, España se sitúa en una posición baja (puesto 11º) en niveles de cohesión social, teniendo solo por detrás Bélgica, Italia, Portugal y Grecia (Bertelsmann Stiftung, 2013). Un primer nivel de análisis a la situación de la cohesión social en España muestra una cierta debilidad a la hora de establecer vínculos relacionales entre la ciudadanía -de participación, asociación, aportación pública- que, entre otras cosas, pueda actuar como factor preventivo y de protección ante los procesos de dificultad derivados de las situaciones de pobreza y desigualdad. La Fundación Foessa (2014) así lo apunta y añade que:

El asociacionismo, más allá de su valor como expresión cívica, es al mismo tiempo una manifestación de cómo iniciativas más o menos espontáneas pasan al territorio estructurado, reforzando su vocación de permanencia, consolidación, expansión e influencia social. Los procesos de construcción-estructuración asociativa tienen, por tanto, efecto sobre el espacio público, afectando a la capacidad de generación de vínculo social, al fomento de dinámicas de reciprocidad, cooperación... (Fundación Foessa, 2014, p.498).

Los datos muestran precisamente que España mantiene este bajo nivel en términos de participación cívica (asociacionismo) en comparación con otros países de su entorno. Este hecho queda demostrado en el estudio de la Fundación BBVA, *Values and Worldviews* (2013), donde se recogen datos de un total de 10 países de la Unión Europea, en el que España ocupa el puesto octavo (29,4) con una diferencia superior a doce puntos respecto a la media de todos ellos (42,5), superado por República Checa (35,0), Reino Unido (38,1), Francia (46,0), Alemania (60,2), Países Bajos (79,5), Suecia (82,8) y Dinamarca (91,7), y solo por delante de Italia (27,8) y Polonia (16,7) (p.7). En este sentido, se puede apuntar un patrón similar en países de cultura mediterránea y tradición católica, donde la participación cívica queda sustituida por un núcleo familiar más fuerte que el que pueden tener otros países continentales de tradición protestante. Sin embargo, aunque la dimensión asociada al capital social y relacional resulta importante, es imprescindible profundizar en los elementos que pueden fortalecer dichos capitales. En este sentido, resulta conveniente poner de relieve la responsabilidad pública y política en este objetivo, dado que, solo actuando sobre las raíces de los problemas, es decir, los determinantes estructurales que conllevan inequidad, se podrá generar unas cuotas mayores de salud en términos colectivos

(Ferrelli, 2015). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud señala como improbables las mejores en salud mental, sin una política pública que mantenga una mirada horizontal hacia los ámbitos centrales de la sociedad: educación, ocupación, servicios sociales, justicia y derechos humanos, vivienda y medio ambiente (OMS, 2004a). Una política que oriente unos servicios públicos para toda la población, y no solo para aquellos más pobres, o los diagnosticados con un trastorno mental, o las personas sin hogar. Para ello resulta necesaria la perspectiva universal y vinculada a unos beneficios colectivos, que vengan sustentadas por la cooperación y la complicidad entre los diferentes estratos sociales. Lo contrario sitúa un escenario de lucha entre los miembros de los estratos inferiores por hacerse con unos recursos públicos escasos (Fundación Foessa, 2014).

Conclusiones

Se puede afirmar con cierta claridad que la mala distribución de los ingresos se consolida como un factor determinante de disfuncionalidad social, hecho que repercute también en el ámbito de la salud mental. Incluso el incremento de la riqueza en los países occidentales no redundan en mayor bienestar ciudadano ni en una reducción de las dificultades a nivel social de la población, si este no va acompañado de una equidad distributiva y un esfuerzo público por conseguir que las situaciones de pobreza y desigualdad no se conviertan en crónicas para ciertos grupos de población. Aunque esta sea una dimensión alejada del nivel de intervención en el cual se hallan de manera común los profesionales sociales del ámbito de la salud mental, resulta necesario tomarla en consideración con el fin de realizar aportaciones significativas al debate interdisciplinar. Si bien la urgencia cotidiana requiere concentrarse y actuar en los casos que precisan abordajes intensivos para frenar los procesos de discapacidad derivada de los trastornos mentales, a medio y largo plazo puede resultar más efectivo incorporar a esos esfuerzos los análisis de carácter social y estructural que faciliten la realización de actuaciones preventivas. Estas deberían dirigirse a sectores más amplios -desde aquellas personas que se encuentran expuestas a una mayor vulnerabilidad, hasta la población general- con el objetivo de reducir la incidencia futura de los problemas mentales y promover el mantenimiento de la salud.

Referencias Bibliográficas

- Alvargonzález, M., López, A.J. y Pérez, R. (2006). Privación relativa y desigualdad: la medida doble cuadrática. *Estadística Española*, 48 (162), 271-293.
- Bertelsmann Stiftung (2013). *Social Cohesion Radar: Measuring common ground. An international comparison of social cohesion*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bertelsmann Stiftung & Eurofound (2014). *Social cohesion and the well-being in the EU*. Gütersloh y Dublín: Bertelsmann Stiftung - Eurofound.
- Bonal, X., Castejón, A., Zancajo, A. y Castel, J.L. (2015). *Equitat i resultats educatius a Catalunya. Una mirada a partir de PISA 2012*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- Correa, M., Silva, T.J., Belloc, M.M. y Martínez, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 47-69. Recuperado de:
<http://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042/201089>
- Ferrelli R.M. (2015). Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. *Rev. Panam Salud Publica*, 38(4), 272-277.
- Fundación BBVA. Departamento de Estudios Sociales y Opinión Pública (2013). *Values and Worldviews. Valores político-económicos y la crisis económica*. Madrid: Fundación BBVA.
- Fundación Foessa (2014). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Cáritas Española Editores.
- James, O. (2007). *Affluenza*. London: Vermilion.
- Luengo, M.A. (2009). La definición del problema desde el otro lado de la mesa: los procesos sociocognitivos en el profesional de salud mental y sus posibles sesgos como observador. *Norte de Salud Mental*, 34(8), 52-60. Recuperado de:
<https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Organización Mundial de la Salud (2003). *El contexto de la salud mental*. Ginebra: OMS.

Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43723/1/8495076896_spa.pdf?ua=1

_____ (2004a). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones específicas y opciones política*. Ginebra: OMS. Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

_____ (2004b). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra: OMS. Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

_____ (2007). *Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty*. Ginebra: OMS. Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/policy/development/1_Breakingviciouscycle_Infosheet.pdf

_____ (2010). *Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. Ginebra: OMS. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf

_____ (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhague: OMS. Oficina Regional para Europa. Recuperado de:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf

_____ (2014). *Social determinants of mental health*. Ginebra: OMS. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1

Pickett, K. & Wilkinson, R. (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 426-428.

Ramos, J. (1997). Salud mental y psiquiatría en los albores del siglo XXI. *RTS: Revista de treball social*, 145, 2-18.

- Robichaud J.B., Guay L., Colin C. y Pothier M. (Octubre, 2012). Pobreza y salud mental: una combinación perdedora o de los factores de riesgo a los determinantes de la salud mental. En M.C. Calle Dávila (Presidencia). *I Congreso Virtual “Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes 2012”*. Organizado por la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (CODAJIC).
- Sánchez, E. (2003). Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología. *Cuadernos de trabajo social*, 16, 49-71.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- Walker, R., Kyomuhendo, G.B., Chase, E., Choudhry, S., Gubrium, E.K, Nicola, J.Y., et al. (2013). Poverty in global perspective: Is shame a common denominator? *Journal of Social Policy*, 42(2), 215-233.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2007). The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. *Social Science & Medicine*, 65, 1965-1978.
- _____ (2009). *The Spirit Level: Why greater equality makes societies stronger*. London: Allen Lane.