

ESTUDIO DE LOS PRINCIPALES FACTORES SOCIOAMBIENTALES Y ECONÓMICOS QUE DETERMINAN LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Importancia del capital social y de la prevención y promoción de la salud

Autora: Vanesa Marzo Vega

Directora de trabajo final de máster: Josefa Rodríguez Molinet

Todo mi agradecimiento a mis padres que me han inculcado el valor del estudio y esta actitud hacia el aprendizaje constante.

RESUMEN

En el proceso de salud mental son varios los factores socioambientales que inciden, condicionan y determinan la evolución de la enfermedad mental. En este trabajo se pretende realizar una revisión bibliográfica sobre los principales factores socioambientales que determinan esta evolución. La determinación de estos factores debe facilitar la verdadera integración de lo biológico, lo psicológico y lo social en la atención de los pacientes con problemas de salud mental. Esta formulación biopsicosocial exige explicar e intervenir en las patologías psiquiátricas no sólo desde lo biológico, desde la medicalización....Exige reconocer la relevancia de las variables endógenas respecto a las posibilidades de rehabilitación.

En definitiva, el objetivo es determinar aquellos factores en los que desde el trabajo social sanitario se consideran imprescindibles intervenir para favorecer la buena evolución de los trastornos mentales en la población.

ABSTRACT

In the process of mental health are many social and environmental factors that influence, condition and determine the evolution of mental illness. In this paper we aim to conduct a literature review on major social and environmental factors that determine this evolution. The determination of these factors should facilitate true integration of biological, psychological and social aspects in the care of patients with mental health problems. This biopsychosocial formulation required to explain and intervene in psychiatric pathologies not only from the biological, since the medicalization. We need recognize the relevance of endogenous variables regarding the possibilities of rehabilitation.

Ultimately, the goal is to determine those factors that from the health social work are considered essential intervene to promote good development of mental disorders in the population.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1 Teoría psicosocial.	10
3.2 Producción social de la enfermedad y economía política de la salud.	10
3.3 Teoría ecosocial.....	11
4. METODOLOGÍA	12
4.1 Definición de objetivos.	12
4.2 Búsqueda bibliográfica.....	12
4.2.1 Fuentes de información utilizadas.	13
4.2.2 Estrategia de búsqueda.....	13
4.2.3 Criterios de selección.	14
4.3 Organización y estructuración de la información.	15
4.4 Redacción y estructura del trabajo final de máster.....	15
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	16
5.1 Identificación de los determinantes sociales.....	16
5.2 Modelos de la determinación social.	25
5.2.1 Modelo de Dahlgren y Whitehead respecto a las capas de influencia.....	25
5.2.2 Marco conceptual propuesto por la OMS.....	27
5.3 Influencia de los determinantes sociales en la salud mental.....	29
5.4 Tendencias económicas y epidemiológicas en salud mental.....	38
5.5 Capital social.....	40
6. CONCLUSIONES-DISCUSIÓN.....	43
7. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN E INNOVACIÓN	48

8. PROPUESTA DE NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	52
9. BIBLIOGRAFÍA. Referencias bibliográficas.....	54
10. ANEXOS.....	59
10.1 Tabla de hallazgos.....	59
10.2 Percha de análisis.....	60
10.3 Propuesta de intervención comunitaria.....	61

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la institución encargada de liderar la acción sanitaria mundial. Por este motivo, es ineludible iniciar esta introducción citando la definición que de salud recoge el Preámbulo de su Constitución, firmada el 22 de julio de 1946. En él se define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹.

La OMS, también establece que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias resultan de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen directamente de las políticas adoptadas por los países. En 2008, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS emite un informe en el propone tres recomendaciones generales: mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y, la medición y análisis del problema.

En este mismo informe, destaca que el lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y a nuestra posibilidad de tener una vida próspera. Por ello, reconoce la necesidad de entornos salubres para tener una población sana y exige el acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento como un derecho de todo ser humano.

De la misma, manera se refiere al empleo y a las condiciones de trabajo, reconociendo los efectos que tienen sobre la salud, destacándolos como elementos que aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales.

Otro aspecto que destaca el mismo informe, es la necesidad de un sistema de protección social capaz de responder en determinadas circunstancias inesperadas, como en el caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o de trabajo, siendo necesario para ello desarrollar políticas integrales de protección social que refuercen las existentes

Escogiendo como premisa la definición de salud de la OMS, cabe decir que múltiples autores han elaborado definiciones del concepto de salud más completas. Y aunque no corresponde en este trabajo realizar una revisión sobre estas definiciones, si es necesario destacar que ninguna de ellas descansa ya exclusivamente en el concepto de enfermedad.

En ellas, la salud ya no exige ausencia de enfermedad somática, y se han ido incluyendo factores psicológicos y sociales así como la percepción de la salud que tiene la misma persona afectada.

El Dr. Richard Cabot, director del Massachusetts General Hospital en 1905, destacó la reducción de la eficacia de los tratamientos sanitarios por descuidar la importancia de los factores sociales y culturales, entendiéndolo que a menudo los pacientes no podían seguir el tratamiento prescrito por su nivel económico, condiciones de vivienda, déficits formativos.... De esta manera, el Dr. Richard Cabot, incorpora el trabajo social sanitario para abordar los cuidados psicosociales necesarios que aseguran el tratamiento completo y la continuidad de los cuidados de los pacientes.

En el proceso de salud mental, lugar que ocupa este trabajo, son varios los factores socioambientales que inciden, condicionan y determinan la evolución de los trastornos mentales. Así, se pretende realizar una revisión bibliográfica sobre los principales factores socioambientales que determinan esta evolución. La determinación de estos factores debe facilitar la verdadera integración de lo biológico, lo psicológico y lo social en la atención de los pacientes con problemas de salud mental. Esta formulación biopsicosocial exige explicar e intervenir en las patologías psiquiátricas no sólo desde lo biológico, desde la medicalización.....y exige reconocer la relevancia de las variables endógenas respecto a las posibilidades de prevención, rehabilitación y buen pronóstico de la patología.

Como la misma OMS reconoce, la acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos, tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como de los mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces. La sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud también es esencial.

La visión biopsicosocial exige tanto el compromiso de lo clínico por conocer los factores psicosociales como el compromiso de lo social por conocer los principales diagnósticos y sintomatología clínica. Por este motivo, también considero necesario un específico conocimiento de los trastornos mentales para todo aquel profesional no facultativo que se dedique a este ámbito.

Pero principalmente, el objetivo de este trabajo será determinar aquellos factores que el trabajo social sanitario debe integrar en el diagnóstico social sanitario para intentar evitar tanto las recaídas como la cronificación de los enfermos mentales, facilitando así el continuum asistencial y una verdadera rehabilitación psicosocial.

La parte final del trabajo se dedicará a proponer estudios, procedimientos o nuevos programas que aseguren mayor eficacia de los tratamientos y, en definitiva, mejoren la asistencia sanitaria a pacientes afectados de trastornos mentales.

2. JUSTIFICACIÓN

La evolución del concepto de salud centrado en la enfermedad al concepto multidimensional establece la relación con los determinantes socioambientales facilitando la explicación de la gran influencia que ejercen los mismos en la evolución de las enfermedades, entre ellas, de los trastornos mentales. Tiene especial importancia determinar estos factores para valorar si el tipo de intervención que se está dando se ajusta a la realidad.

Como se ha dicho anteriormente, “sin duda, es Cabot el personaje que tiene aquí un papel pionero y estelar. Un médico que en octubre de 1905, formado en la Harvard Medical School, trabajando en el Massachussets General Hospital, de Boston, con formación clínica, profesor e investigador en cuestiones de Medicina Interna y Hematología, gestor sanitario, se dio cuenta de que la eficacia de la intervención sanitaria era muy reducida por no tener en cuenta los factores sociales y culturales, percibió que a menudo se prescribían tratamientos que sus pacientes no podían seguir por su nivel económico, por las condiciones de su vivienda, por los déficits formativo y culturales, y encontró en las trabajadoras sociales las profesionales que, desde el interior del equipo de salud, no desde fuera como se propuso en los ochenta en España, en estrecha colaboración con los otros profesionales de la salud, médicos y enfermeras, se encargaban de tratar de remover esos inconvenientes sociales y culturales que impedían a los pacientes alcanzar mejores niveles de salud”²

Esto exige al trabajo social sanitario, habiendo identificado estos factores socioambientales y económicos, completar el diagnóstico médico, transformándolo en el diagnóstico social sanitario, así como el deber de dar respuesta proactiva realizando un trabajo preventivo y de promoción de la salud. Además de exigir a las autoridades políticas líneas de actuación y mayor inversión en esta línea.

De igual manera, se deberá hacer hincapié en el capital social como principal desobstaculizador de los factores que inciden negativamente. Entendiendo capital social como el conjunto de recursos personales, familiares y derivados de otras redes sociales y/o comunitarias. Estos recursos determinaran la capacidad de la persona y/o familia para afrontar los condicionantes negativos.

Este trabajo pretende dar respuesta a las hipótesis previas en una revisión basada en la evidencia. Estas hipótesis previas son:

1. La red social de apoyo, la emigración, el origen étnico no privilegiado, la marginación social, las condiciones de la vivienda, el hacinamiento, la intolerancia social, el ruido y la polución se perfilan como factores socioambientales determinantes de la evolución de los trastornos mentales.
2. El capital social será el factor determinante de la evolución favorable de los trastornos mentales.
3. La promoción de la salud, las acciones preventivas y el tratamiento de la morbilidad son intervenciones esenciales para la favorable evolución de los trastornos mentales.

3. MARCO TEÓRICO

”Los libros de texto médicos no brindan una visión de las causas sociales de la enfermedad. Así como el entrenamiento médico, o su equivalente, puede ser necesario para entender los mecanismos del desorden patológico, es necesario comprender a la sociedad para entender las causas sociales de la enfermedad”³.

Y como hemos ido apuntando se considera necesario un abordaje integrado a la hora de conocer sobre la enfermedad, para trabajar sobre su prevención e influir en su evolución. Esta perspectiva es la llamada eco-epidemiología que se incluye dentro de epidemiología social. La epidemiología social trata de investigar los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, no relegando estos determinantes a un papel secundario de los fenómenos biomédicos.

La epidemiología social requiere de teorías que la sustenten, de un abordaje multidimensional y del abandono de la visión única obligando a integrar varias disciplinas.

A modo de apunte, las tres teorías principales sobre las que se sustenta la epidemiología social son:

3.1 Teoría psicosocial.

La teoría psicosocial centra su atención en las respuestas biológicas endógenas respecto a las interacciones humanas. Lo que se plantea esta teoría es “el potencial del estrés psicológico para dañar la salud, generado por circunstancias desesperantes, tareas insuperables o falta de apoyo social. Conceptualizado generalmente en relación con el individuo, su hipótesis central es que los factores agudos y crónicos generadores de estrés en el “ambiente social”: a) alteran la susceptibilidad del huésped o se vuelven directamente patogénicos por alteración de la función neuroendócrina, o b) inducen comportamientos que dañan la salud (especialmente en relación con el uso de sustancias psicoactivas, la dieta y los comportamientos sexuales)”².

Entre los factores que se incluyen en el ambiente social encontramos las jerarquías dominantes, la desorganización social, el cambio social rápido, la marginalidad y el aislamiento social. El capital social y la cohesión social quedan determinados como factores protectores, como ventajas psicosociales poblacionales, que colaboran en la mejora de la salud a través de su influencia sobre las normas y del fortalecimiento de los vínculos de la sociedad civil. El capital social y la cohesión social se consideran neutralizadores de la influencia negativa sobre la salud que puedan ejercer los factores del ambiente social descritos anteriormente.

Por este motivo, esta teoría orienta a dirigir las intervenciones para reducir la enfermedad hacia la mejoría y fortalecimiento de los apoyos sociales en lugar de reducir la exposición a los factores estresantes. A pesar de que advierte que la pertenencia a determinadas formaciones sociales también podría dañar a los miembros del grupo o a quienes no son miembros de él.

3.2 Producción social de la enfermedad y economía política de la salud.

Ambas teorías se centran explícitamente en los determinantes políticoeconómicos de la salud y de la distribución de la enfermedad, así como en las barreras estructurales que inciden en que las personas vivan de forma sana.

La hipótesis central de estas teorías se basa en que las desigualdades sociales en el campo de la salud, en una misma sociedad o en sociedades diferentes, son consecuencia de las decisiones económicas y políticas institucionales que imponen y perpetúan privilegios y desigualdades económicas y sociales.

“La perspectiva de la producción social de la enfermedad tiene cuatro implicaciones para la acción: 1) las estrategias para mejorar la salud de la población requieren una visión de justicia social, respaldada por una organización activa para cambiar políticas y normas sociales y económicas injustas; 2) la ausencia de interés sobre la equidad social, el crecimiento económico y las intervenciones de salud pública pueden terminar agravando las desigualdades sociales en salud; 3) un marco sistemático para delinear la responsabilidad gubernamental para promover y proteger la salud; y 4) los epidemiólogos sociales deben ser actores importantes supervisando las desigualdades sociales en la salud”².

Cabe decir, que a pesar de sus contribuciones para identificar los determinantes de la salud estas teorías no integran conceptos biológicos ni acaban de investigar ni ofrecer principios que orienten intervenciones específicas de salud pública para reducir las desigualdades sociales en salud, más allá de asegurar condiciones de vida adecuadas y reducir la desigualdad económica.

3.3 Teoría ecosocial.

El abordaje ecosocial va encauzado a la producción social de la enfermedad, teniendo en cuenta un análisis biológico y ecológico. Desde la perspectiva ecosocial se formulan varias estructuras que sirven como línea de trabajo a la investigación epidemiológica. La construcción ecológica incluye algunos conceptos como la “expresión biológica de la desigualdad social” que contrasta con las explicaciones deterministas biológicas que tratan de explicar las desigualdades sociales en el campo de la salud a través de procesos y rasgos biológicos.

La teoría ecosocial comprende el cuerpo simultáneamente como organismo biológico y como ser social. Con estas estructuras, la teoría comienza a “elucidar modelos de salud, enfermedad y bienestar de la población como expresiones biológicas de las relaciones sociales, y ver igualmente cómo las relaciones sociales influyen nuestra comprensión básica de la biología y nuestras construcciones sociales de la enfermedad, generando nuevo conocimiento y nuevas bases para la acción”².

Esta teoría promueve una aproximación integrada que no se limita a agregar la biología al análisis social, o los factores sociales al análisis biológico.

4. METODOLOGÍA

Este trabajo final de máster consiste en la realización de una revisión bibliográfica. Para la realización del mismo he consultado algunos artículos sobre la metodología que debo utilizar para seleccionar tanto el tipo de revisión que más se ajusta a mi temática como las etapas que debe seguir.

“La revisión bibliográfica es un tipo de artículo científico que sin ser original recopila la información más relevante sobre un tema específico”⁴. Así, en este trabajo pretendo estudiar, seleccionar e integrar la información más relevante sobre los factores psicosociales determinantes de los trastornos mentales. El tipo de revisión que más se ajusta a este propósito es la revisión evaluativa o sistemática basada en la evidencia científica.

En este apartado establezco el proceso metodológico que llevaré a cabo para la realización de dicha revisión. Distingo cuatro etapas principales en la realización de este trabajo:

4.1 Definición de objetivos.

En esta primera etapa se establecieron los objetivos del trabajo final de máster. En base a las hipótesis planteadas el objeto de la revisión tiene carácter explicativo, ya que intenta valorar la relación que tienen los factores psicosociales en la evolución de los trastornos mentales.

Esta parte del trabajo se realizó desde el 16 de marzo de 2016, fecha en la que se inicia el máster, al 5 de mayo de 2016. La definición de los objetivos han quedado en parte plasmados en la entrega de la PAC1 (resumen del trabajo final de máster) y PAC2 (Introducción). Posteriormente, y teniendo en cuenta las oportunas correcciones de la tutora de trabajo final de máster en el apartado de introducción y justificación de este trabajo final.

4.2 Búsqueda bibliográfica.

La actividad de búsqueda bibliográfica se inicia desde el momento en que se inicia el máster hasta que se formaliza la entrega de la PAC4 (trabajo de campo, registros y depuración). Esta búsqueda queda igualmente reflejada en la entrega de cada PAC.

Dentro de la búsqueda bibliográfica destacan tres fases tales como:

4.2.1 Fuentes de información utilizadas.

En la búsqueda de documentos bibliográficos se han utilizado varias fuentes documentales que me han facilitado toda la información disponible y actualizada sobre el tema en el que se basa el trabajo.

Estas fuentes documentales ofrecen la posibilidad de consultar documentos primarios (artículos originales, etc...), secundarios (revisiones sistemáticas, resúmenes, etc...) y terciarios (documentos que sintetizan tanto los documentos primarios como secundarios).

Las fuentes documentales utilizadas han sido:

- El “google académico” de internet.
- Bases de datos:
 - PUBMED. Base de datos gratuita creada y mantenida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. “Esta base de datos incluye más de 25 millones de citas en las áreas de medicina, enfermería, odontología, medicina veterinaria, el sistema de salud, y las ciencias preclínicas”⁵.
 - Biblioteca Cochrane plus. La biblioteca Cochrane es una iniciativa científica internacional que divulga revisiones sistemáticas. “Las revisiones Cochrane se basan mayoritariamente en ensayos clínicos controlados y son altamente estructuradas y sistematizadas. La evidencia se incluye o excluye en función de criterios explícitos de calidad, para minimizar los sesgos. Con frecuencia se combinan estadísticamente los datos (metanálisis) para incrementar la potencia de los hallazgos de numerosos estudios, que serían demasiado pequeños para producir resultados fiables de forma individual”⁶.

Además, he incorporado información procedente de libros de los que dispongo o a los que puedo acceder por interés profesional.

4.2.2 Estrategia de búsqueda.

Tras seleccionar las bases de datos a consultar, elegí los descriptores o palabras clave y los operadores que me facilitarían la búsqueda bibliográfica.

Los descriptores o palabras clave que he utilizado son: CONDICIONANTES SOCIALES, PROGRAMAS DE PRESCRIPCIÓN SOCIAL, FACTORES PSICOSOCIALES DETERMINANTES, CAPITAL SOCIAL y SALUD MENTAL.

En cada base de datos he combinado cada palabra clave con el operador AND y la palabra clave SALUD MENTAL para favorecer el encuentro de documentos más precisos. Aún así, he encontrado documentos que no tenían relación alguna con la salud mental.

Pensé que como las fuentes consultadas disponen de traductor al inglés, podría utilizar la lengua española a la hora de realizar la búsqueda documental. Pero finalmente, me ha resultado más práctico utilizar la lengua inglesa en PUDMED y COCHRANE. En GOOGLE académico he utilizado la lengua española.

También quiero destacar, que he utilizado, básicamente en el GOOGLE académico, otras palabras clave para obtener información respecto al contenido de la revisión bibliográfica, marco teórico, organización y estructuración de la información, redactado de un TFM, etc..

Tras la finalización de la búsqueda bibliográfica realicé un recuento de los documentos encontrados, de cara a iniciar la selección de aquellos que me aportaban información de interés para el trabajo, según los criterios de selección que describen a continuación. El recuento de documentos queda recogido en una tabla de hallazgos.

4.2.3 Criterios de selección.

Los criterios de selección han ido ligados a los objetivos establecidos en la introducción y justificación así como en las hipótesis planteadas. Entendiendo que las bases de datos consultadas ofrecen fiabilidad suficiente, así que la calidad metodológica y científica de los documentos encontrados se ha dado por hecha.

Los criterios de selección han ido más bien encaminados a valorar si son útiles, relevantes y aplicables respecto al tema del que trata este trabajo de fin de máster.

No he realizado búsqueda en campos específicos como autor, título, etc.....porque los desconozco. Pero si he tenido en cuenta la fecha, dando importancia a las publicaciones más actuales, ya que es un tema de actualidad del que debe haber publicaciones recientes.

4.3 Organización y estructuración de la información.

No parece que haya una organización establecida para los trabajos de revisión pero si se valora necesario establecer algún guión de ayuda. “Si la información está bien organizada, cuenta con una estructura lógica que va introduciendo de forma secuencial y razonable la información, el artículo estará mejor redactado y permitirá una fácil lectura y comprensión. Por tanto, la elaboración de un guión es fundamental”⁷. El guión me ha llevado a realizar la lectura de los documentos encontrados, a reducir la información eliminando lo que no me aportaba ningún valor, a ordenar lo que tenía validez y priorizar según de relevante era para mi trabajo.

Tras este proceso “guionado”, colgué la información en una percha de análisis que me ayudó a ordenar la información procedente de distintas fuentes en una estructura única facilitando así el redactado final.

Tanto la percha de análisis como la tabla de “hallazgos” quedan recogidas en el trabajo, en la parte de anexos. La percha de análisis es la original, si se ajustara a este trabajo final merecería los cambios que he ido realizando respecto a índice y documentación utilizada.

La organización de los registros elaboró hasta el 14 de junio de 2016, momento en que se entrega la PAC4, formalizando así la elaboración de registros y depuración de los documentos encontrados, que dieron paso a la elaboración del informe final.

4.4 Redacción y estructura del trabajo final de máster.

Para la redacción de este trabajo se han utilizado las Normas Vancouver definidas como “los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados en revistas biomédicas”⁴.

Como “una bona redacció exigeix ordre, planificació prèvia i reflexió ponderada dels objectius”⁸ he procurado una redacción clara, concisa, precisa, que siga un orden lógico y con los correspondientes referencias bibliográficas. De igual manera, he intentado tener capacidad de síntesis y capacidad comunicativa para facilitar su lectura.

La extensión y el formato de letra vienen establecidos en la guía para la presentación del trabajo de final de máster facilitado por la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), al igual que su estructura base.

Así en la primera página se puede ver un resumen en español y en inglés sobre el tema escogido para la realización de este trabajo. En la segunda página consta el título y subtítulo, así como el nombre de la autora y de la directora del trabajo final de máster. Tras los agradecimientos y el índice empieza el grosor del trabajo con una introducción que plantea una breve descripción y contextualización del tema a revisar. La justificación se ha ocupado de destacar por qué puede ser el tema de interés y establece el objeto de la revisión, así como las hipótesis de trabajo. Las bases teóricas que sostienen el tema a revisar se han hecho constar en el apartado de marco teórico. En la metodología, apartado que nos ocupa, se ha intentado destacar cómo se ha llevado a cabo el trabajo, de dónde se ha obtenido la información, con qué criterios se ha seleccionado la misma y cómo se ha realizado el redactado final. Se ha realizado un análisis de resultados que presenta la información más destacable de los documentos revisados. En las conclusiones se presentan las consecuencias que extraigo de la revisión. Y finalmente, se realiza alguna propuesta de intervención, innovación y nuevas líneas de investigación. Las referencias bibliográficas de los documentos utilizados y los anexos están ubicados al final del trabajo.

Esta última fase del trabajo se ha realizado desde el 14 de junio de 2016 hasta el 1 de julio de 2016 y queda reflejada en la entrega de la PAC5 (elaboración de informe final y presentación).

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Identificación de los determinantes sociales.

Identificados de forma muy general como el conjunto de condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja, se puede decir que el tema de los determinantes sociales no es nuevo. A lo largo de la humanidad éstos se han tenido en cuenta por diversas culturas. Por ejemplo, en las poblaciones indígenas han sido elemento central en su ideología y forma de vida (la salud concebida holísticamente con la tierra, la vida social y espiritual). Posteriormente, los determinantes sociales de salud han servido de base a los fundadores de la salud pública. En los artículos revisados destaca Rudolf Virchow como analista y escritor de la determinación social de la enfermedad y su relación con la política en 1858.

Más recientemente, y tal y como se ha citado con anterioridad, la Constitución de la OMS de 1946 define la salud como “un estado de pleno bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”¹.

En esa misma Constitución, la OMS determina como una de sus funciones la colaboración con los estados miembros para “promover el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo y otros aspectos en la higiene del medio”¹. En 1978 en la Conferencia Internacional de Alma Ata también se tienen en consideración los determinantes sociales de la salud declarando la necesidad de aplicar estrategias integrales de salud que no solo tengan en consideración la prestación de servicios de salud sino que plantee el abordaje de las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud.

Aún todas las declaraciones de principios y la intención de desplegar políticas que incluyan los determinantes sociales de la salud como elemento de atención no ha llegado a haber una verdadera materialización. Y si como se ha dicho no es un tema nuevo, sí que vuelve a estar de actualidad debido al resurgimiento de la justicia social.

La coyuntura mundial actual está marcada por el desgaste del modelo de desarrollo neoliberal cuya obsesión por el crecimiento económico ha generado poco empleo digno y una gran negligencia o incapacidad de la obligación redistributiva de los Estados. Además, se suma a estas circunstancias la creciente preocupación por el cambio climático.

Dicho esto, la OMS identifica los determinantes sociales como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Y la literatura identifica y entiende que “comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud”².

Tal y como describe la Public Health Agency of Canada son factores que influyen y modelan tanto la salud de los individuos como de las comunidades. En 1974 el Informe Lalonde establece un marco conceptual destacando los factores clave que parecían determinar el estado de salud. En ese marco conceptual se encuentran: el estilo de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud. Ese marco conceptual básico se ha reforzado y ampliado bajo “la creciente evidencia de que la contribución de la medicina y la atención de la salud es bastante limitada, y que aumentar el gasto en atención no resultará en mejoras significativas en la salud de la población. Por otro lado, hay fuertes indicios de que otros factores como las condiciones de vida y de trabajo son crucialmente importantes para una población saludable”².

Estos determinantes hacen referencia tanto a los rasgos específicos del contexto social que afecta la salud como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos de salud. Así es, tanto a las características específicas como a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud. Cabe destacar, que el concepto de determinantes de la salud se originó en una serie de críticas publicadas entre los años 70 y 80 que destacaban las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a los factores de riesgo de enfermedad en los individuos, valorando necesario realizar abordaje enfocado a la población, enfocado tanto a los factores de riesgo individual como a los modelos sociales y estructurales que generan los condicionantes necesarios para generar salud. Esta concepción no individual de las intervenciones será importante y reforzará la idea de la importancia que el capital social tiene en el mantenimiento de la salud de la población.

Como propiedades de los determinantes sociales destaca:

- Que cada factor es importante por sí mismo. Al mismo tiempo, estos factores están interrelacionados. Esto quiere decir que “la incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad”⁹.
- La influencia combinada de estos factores en conjunto determina el estado de salud.
- Actúan a múltiples niveles: individual, familiar, comunitario o social.
- Pueden ser acumulativos.
- Pueden ser causales (directa o indirectamente) o protectores.
- Posiblemente actúen en ambos sentidos, es decir, tanto los determinantes sociales de la salud influyen en la salud como a la inversa.

Como se puede ver, el reconocimiento de que los factores sociales y medioambientales influyen sobre la salud de las personas no es nuevo. Las campañas sanitarias del siglo XIX y el trabajo de los fundadores de salud pública moderna también reflejaron la importante relación entre la posición social de las personas, sus condiciones de vida y su influencia sobre la salud. La identificación de las desigualdades de salud socialmente determinadas se encuentran en el Informe Lalonde de 1974, citado anteriormente. Este fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprehensivo para los determinantes de salud, en el que se incluían los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios de salud.

Este informe identifica doce factores, diferentes de la medicina y la atención de la salud, cruciales para tener una población sana. Estos son:

1. El ingreso y el estatus social.
2. Las redes de apoyo social.
3. La educación.
4. El empleo/las condiciones de trabajo.
5. Los ambientes sociales.
6. Los ambientes físicos.
7. La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse.
8. El desarrollo infantil saludable.
9. La biología y la dotación genética.
10. Los servicios de salud.
11. El género.
12. La cultura.

Por su parte, la OMS objetiva como determinantes de la salud.

1. Gradiente social.
2. Estrés.
3. Infancia temprana.
4. Exclusión social.
5. Condiciones de trabajo.
6. Desempleo.
7. Apoyo social.
8. Adicciones.
9. Alimentación saludable.
10. Transporte.

En el siguiente gráfico muestro los dos listados con los determinantes comunes establecidos por Public Healthy Agency of Canada (Ministerio de salud de Canadá) y la OMS.

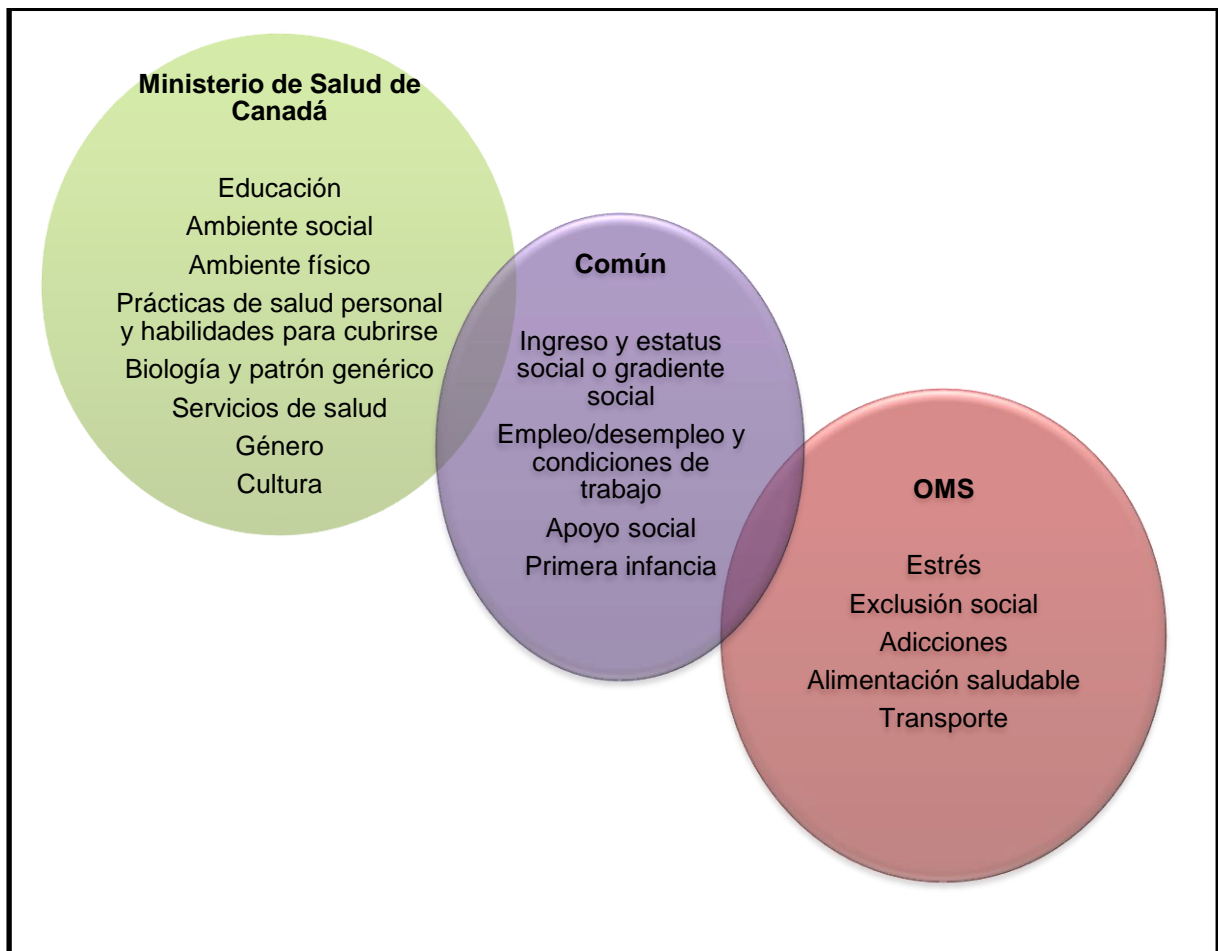


Gráfico identificativo de los determinantes de la salud

Características de los determinantes sociales:

- Ingreso y estatus social o gradiente social.

El estatus social entendido como la posición social que una persona tiene respecto a las otras, esto es, su importancia relativa. Afecta a la salud determinando el grado de control que las personas tienen sobre su propia vida, a su capacidad para actuar y hacer elecciones por sí mismos. La posición social alta y el ingreso, de algún modo, son factores protectores contra la enfermedad según la Public Health Agency.

El gradiente social determina que a más bajo nivel social, mayor es frecuencia de enfermedad y menor la expectativa de vida. Pero los efectos no se limitan a la población más pobre sino que el gradiente social influye a toda la sociedad aunque de forma diferente. A nivel general, las personas que ganan los salarios más altos son más saludables que las

que perciben ingresos medios. Éstas, a su vez, son más saludables que las personas con ingresos bajos. Las personas más pobres viven menos y están enfermas con más frecuencia que las ricas. Estas diferencias refuerzan la idea de la marcada sensibilidad que la salud tiene respecto al ambiente social. Con un ingreso alto, uno tiene la capacidad para: adquirir vivienda adecuada, alimentos y otras necesidades básicas, hacer más elecciones y sentirse más en control sobre las decisiones en la vida. Este sentimiento de estar en control es básico para una buena salud.

- Empleo/desempleo y condiciones de trabajo.

A nivel general, las personas con mayor control sobre las circunstancias de su trabajo y sin demandas estresantes son más saludables y viven más que aquellas cuyo trabajo conlleva mayor riesgo o estrés. Los riesgos y lesiones en el ambiente laboral son causa significativa de problemas de salud. La salud se deteriora cuando no hay oportunidades para demostrar habilidades y se tiene autonomía en el trabajo. Según la OMS y, a modo de ejemplo, las recompensas inadecuadas, ya sea en términos de dinero, estatus o autoestima, están asociadas con aumento del riesgo cardiovascular. Desempleo y subempleo están asociados a la mala salud. El impacto del desempleo en la salud se traduce en muerte temprana, tasas más altas de suicidio, enfermedad coronaria en desempleados de larga duración, problemas emocionales con los familiares más próximos, recuperación incompleta y lenta de la salud física y mental después del desempleo, etc... Los efectos están vinculados a sus consecuencias psicológicas y los problemas financieros. La seguridad del trabajo aumenta salud, el bienestar y satisfacción personal. Por el contrario, la inseguridad laboral incrementa los problemas de salud mental, especialmente, la ansiedad, la depresión y la enfermedad cardíaca. La OMS describe la inseguridad laboral continua como un estresor crónico, cuyos efectos crecen con el tiempo de exposición.

- Redes sociales de apoyo.

Se entiende red social de apoyo como tener familia, amigos, vecinos, etc...que faciliten soporte en tiempos de necesidad disponibles, así como la percepción de que uno es valioso para apoyar cuando otros están con necesidad. El apoyo de familiares, amigos y comunidades se asocia a una mejor salud, que favorece la contención y el cuidado, y actúa como factor protector ante circunstancias adversas. Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, un riesgo mayor de complicaciones en el embarazo, y de invalidez en las enfermedades crónicas. La cohesión social, entendida como la calidad de las relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas, y el respeto en las comunidades o en la sociedad, ayuda a proteger a las personas y su salud.

- Desarrollo infantil saludable.

Las experiencias prenatales y de la primera infancia afecta seriamente al bienestar presente y futuro de las personas. Los estudios muestran que los niños nacidos en familias de bajos recursos son más propensos a tener bajo peso al nacer, comer menos alimentos nutritivos y tener dificultades sociales a lo largo de sus vidas. Desarrollo infantil saludable significa buena salud física, incluyendo buena nutrición, desarrollo físico, mental y social apropiado para la edad; capacidad de hacer conexiones sociales efectivas con otros; habilidades adaptativas incluyendo el manejo de estrés; control sobre las elecciones de la vida; sentimiento de pertenencia y autoestima. Las bases de la salud del adulto se encuentran en el periodo prenatal y en la primera infancia. El desarrollo fetal escaso constituye un riesgo para la salud posterior. El retraso del crecimiento físico en la primera infancia se asocia al desarrollo y función reducidos a nivel cardiovascular, respiratorio, pancreático y renal. Además, el retraso en el crecimiento y el escaso apoyo emocional en la infancia inciden negativamente en las funciones físicas, cognitivas y emocionales en la escuela y la edad adulta.

- Educación.

A nivel general y realizando un promedio, las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de ser empleados, tener trabajos de mayor estatus social y tener ingresos más estables. La educación favorece la posibilidad de elección en la vida, aumenta las oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora la "alfabetización en salud", aumenta la seguridad financiera y favorece la adquisición de las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales.

- Ambiente físico.

El ambiente físico afecta la salud a corto plazo y largo plazo. Una buena salud requiere acceso a buena calidad del agua, aire y alimentos. A largo plazo, si se continúa degradando el medio ambiente y vaciando los recursos naturales, la salud humana se deteriorará. También destacan en el ambiente físico aquellos factores construidos por el hombre como el tipo de vivienda, la seguridad en las comunidades y lugares de trabajo, el diseño vial, etc... Mejorar la salud de la población requiere un medio ambiente sustentable.

- Ambiente social.

El orden de valores y normas en una sociedad influye sobre la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones de varias maneras. La estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones laborales y la cohesión social se presentan como factores protectores de la salud. La baja disponibilidad de apoyo emocional y la escasa participación social tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar.

- Práctica de salud personal y habilidades para cubrirse.

La práctica de salud personal comprende las decisiones individuales que afectan su salud directamente. Entre estas decisiones encontramos fumar, alimentación, realización de actividad física, etc.... Las habilidades para cubrirse son las maneras en que las personas nos enfrentamos a una situación o circunstancia adversa. Estas habilidades, que son recursos internos de la persona, ayudarán a prevenir la enfermedad, incrementar la autoconfianza y facilitarán el manejo de influencias externas y factores estresantes.

- Biología y dotación genética.

La biología básica y la matriz orgánica del cuerpo humano son determinantes fundamentales de la salud. La dotación genética predispone para un amplio rango de respuestas individuales que afectan el estado de salud. En algunas circunstancias la dotación genética predispone a enfermedades particulares o problemas de salud, independientemente la influencia que el estatus socioeconómico y los factores ambientales puedan ejercer.

- Servicios de salud.

Los servicios de salud han de promover y mantener la salud, prevenir la enfermedad, y restaurar la salud, ejerciendo una influencia indiscutiblemente a la salud de la población. Por este motivo, es indispensable facilitar el acceso a ellos a toda la población.

- Género.

Más que a las diferencias biológicas, establecer el género como determinante social hace referencia a el orden de los roles socialmente determinados, los rasgos de personalidad, las actitudes, las conductas, los valores, el poder y la influencia relativos que la sociedad adscribe a ambos sexos. Muchas cuestiones de salud son función de roles o estatus basados en el género.

- Cultura.

La cultura es producto de la historia personal así como de factores políticos, socioeconómicos y geográficos. Es importante para determinar en qué modo la gente interactúa con el sistema de salud, su participación en programas preventivos y de promoción, el acceso a la información y comprensión de las enfermedades, las elecciones respecto a estilos de vida saludables, etc.... Por lo tanto, se puede decir que algunos grupos culturales se enfrentan a mayores riesgos de salud por los propios valores culturales establecidos en su comunidad.

- Estrés.

Las circunstancias estresantes aumentan la preocupación, la ansiedad, el sentimiento de incapacidad de superación, etc.... Todas estas circunstancias son dañinas para la salud y pueden conducir a una muerte prematura. Los estudios determinan que a más bajo nivel en la jerarquía social, mayor frecuencia de estos problemas y mayor vulnerabilidad para enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, ACV, depresión y agresión, y muerte prematura.

- Exclusión social.

La exclusión social es el resultado de la pobreza, del racismo, la discriminación, la estigmatización y la hostilidad. Y es particularmente negativa durante el embarazo, para los niños y los ancianos. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, de invalidez, de enfermedad, de adicciones y de aislamiento social.

- Adicciones

En ocasiones influenciados por el escenario social las personas acuden al consumo de alcohol, drogas y/o tabaco y padecen por su uso. De acción bidireccional, el consumo de alcohol puede ayudar a mitigar el dolor por las condiciones socioeconómicas, a la vez que la dependencia al mismo lleva a la movilidad social descendente. La carencia social, entendida por vivienda pobre, bajo ingreso, desempleo o sin techo, sea asocia a altas tasas de tabaquismo y bajas tasas de abandono del hábito. El tabaquismo es causa de mala salud y muerte prematura.

- Alimentación saludable

La alimentación saludable es un problema político desde el momento en que las fuerzas del mercado global controlan la provisión de alimentos. Las condiciones socioeconómicas influyen en la calidad de la dieta que contribuyendo a las desigualdades en salud. La diferencia dietética principal entre las clases sociales es la fuente de los nutrientes.

- Transporte

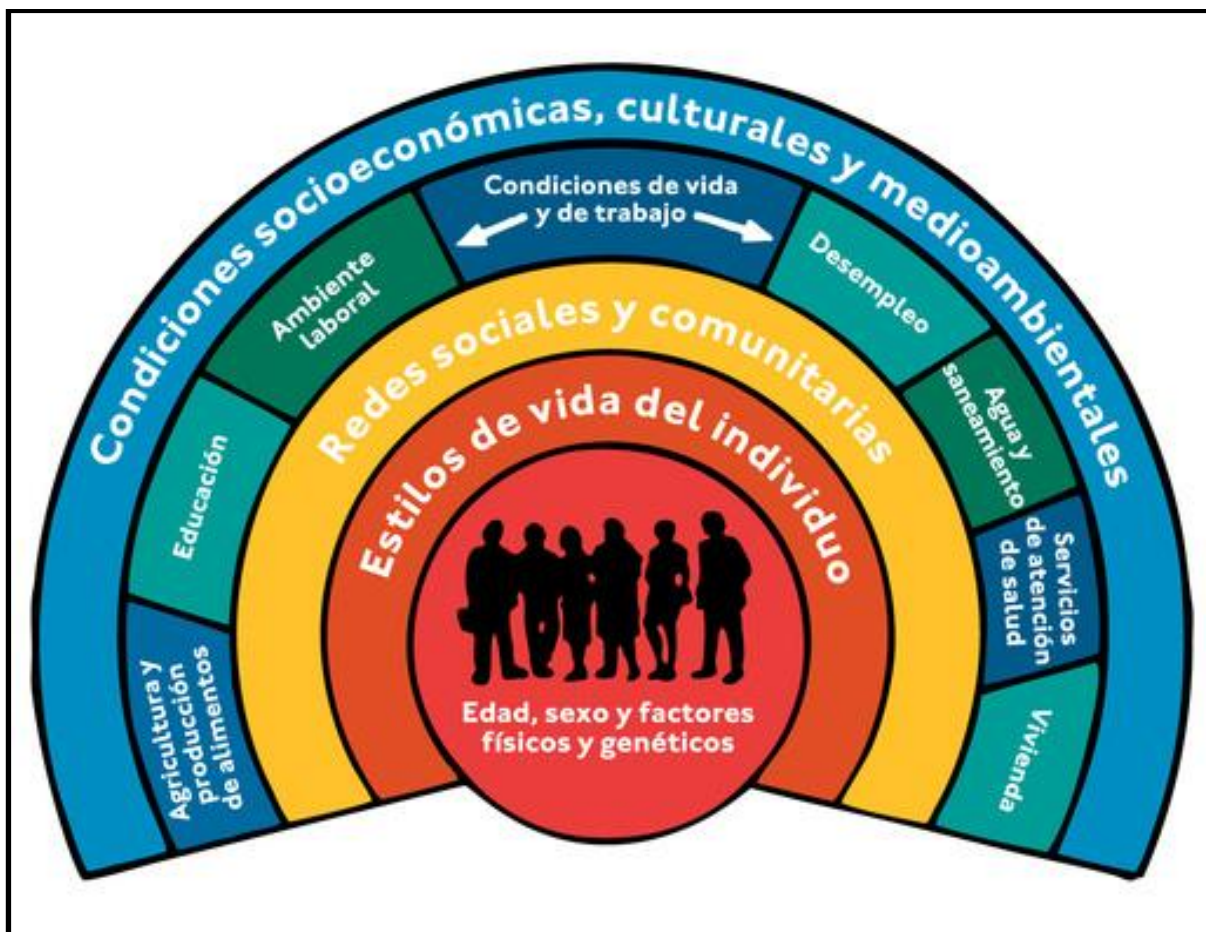
Transporte saludable significa conducir menos vehículos, caminar más y andar en bicicleta, apoyado por un mejor transporte público. Andar en bicicleta, caminar, y utilizar el transporte público, favorecen la salud de cuatro maneras proporcionando ejercicio físico, reduciendo los accidentes fatales, aumentando el contacto social y reduciendo la contaminación atmosférica.

5.2 Modelos de la determinación social.

Se han desarrollado en los últimos años diferentes modelos en los cuales se muestran los mecanismos por los que los determinantes sociales afectan a la salud, con el objetivo de diseñar estrategias políticas de intervención. Entre esos modelos destaco brevemente:

5.2.1 Modelo de Dahlgren y Whitehead respecto a las capas de influencia.

Este modelo explica que las desigualdades sociales en la salud resultan de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, que van de lo individual a lo comunitario, hasta llegar hasta las políticas de salud nacionales, tal y como se puede ver en el siguiente cuadro.



Cuadro explicativo del modelo de Dahlgren y Whitehead (1992)

Como se puede observar, los individuos están en el centro del cuadro, con su correspondiente edad, género y factores genéticos que influyen ineludiblemente en su potencial final de salud. Hacia el exterior, la próxima capa representa las conductas y estilos de vida individuales.

En las personas con carencias tiende a haber una prevalencia mayor de factores conductuales negativos como tabaquismo, mala alimentación, además de tener que afrontar mayores dificultades económicas para escoger un estilo de vida más saludable. Las influencias sociales y comunitarias quedan representadas en la siguiente capa. Estas interacciones sociales influyen en las conductas individuales.

Los indicadores de la organización de la comunidad registran menos redes y sistemas de apoyo para las personas en la base de la escala social, lo que a su vez, tienen menos prestaciones sociales y facilidades para la actividad de la comunidad.

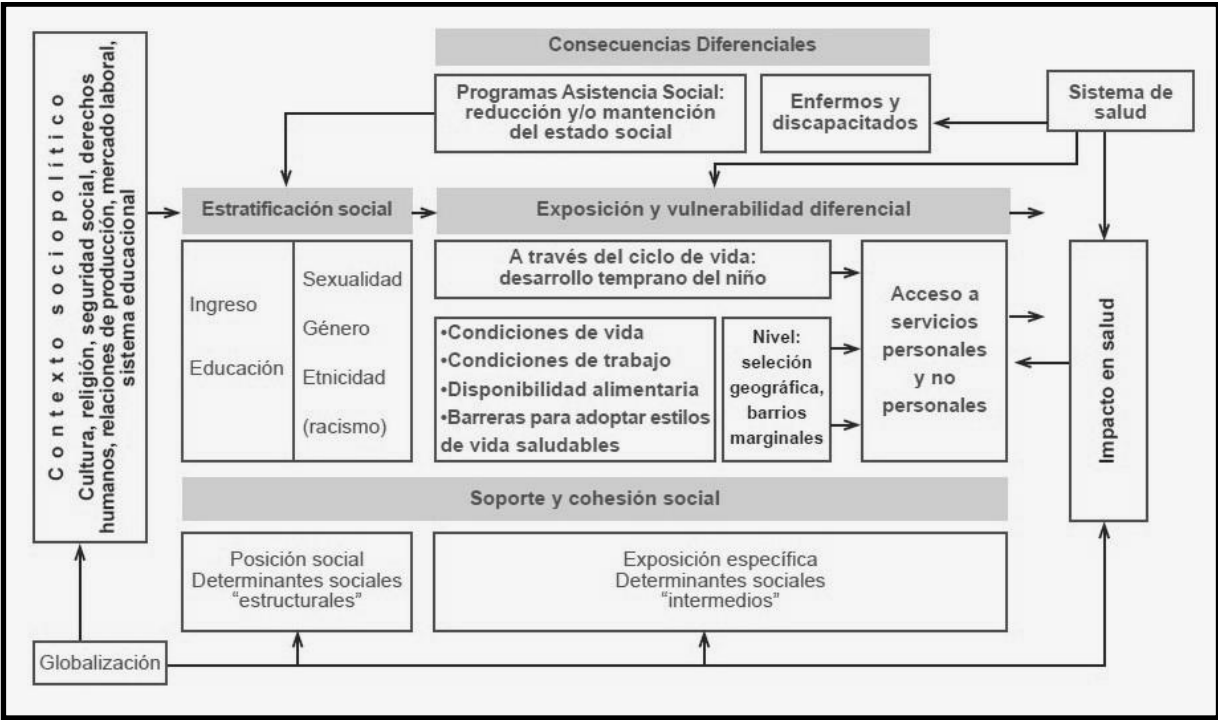
En el próximo nivel, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a servicios esenciales. En esta capa, las condiciones de vivienda pobres, la exposición a condiciones de trabajo de más riesgo o

estresantes y la limitación de acceso a servicios generan diferencias que perjudican a los menos beneficiados socialmente. Finalmente, sobre todos estos niveles encontramos las condiciones económicas, culturales y medioambientales de la sociedad en su conjunto.

Estas condiciones, como por ejemplo el estado económico del país y las condiciones del mercado de trabajo, presionan cada una de las capas inferiores. El modelo de vida alcanzado por una sociedad puede influir, por ejemplo, en la elección individual de vivienda, trabajo e interacciones sociales, además de en los hábitos de alimentación y bebida. También es importante destacar, el papel que puede jugar la mujer en la sociedad según las creencias culturales de la misma o las actitudes con respecto a las comunidades étnicas minoritarias que pueden influir sobre su patrón de vida y posición socio-económica.

5.2.2 Marco conceptual propuesto por la OMS.

Un poco más complejo en su voluntad de representar la realidad socialpolítica se encuentra el marco conceptual de la OMS que presento en el siguiente cuadro.



Cuadro explicativo del modelo de la OMS (2003-2005)

Si leemos el cuadro de izquierda a derecha, vemos que el contexto sociopolítico (que incluye la cultura, la religión, la seguridad social, los derechos humanos, las relaciones de producción, el mercado laboral y el sistema educativo) ya da lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales. El contexto sociopolítico (que abarca aspectos estructurales, culturales y funcionales del sistema social) ejerce gran influencia tanto en la formación de los modelos de estratificación social como en las oportunidades de salud de los individuos. Este contexto incluirá por lo menos lo relativo a sistemas y procesos políticos (incluyendo las políticas públicas existentes sobre los determinantes, los modelos de discriminación, la participación de la sociedad civil, la responsabilidad/transparencia en la administración pública), a la política macroeconómica (incluyendo las políticas fiscal y monetaria, la balanza de pagos y de comercio); a las políticas que afectan a factores como trabajo, tierra y distribución de la vivienda, además de la política pública en las áreas de educación, bienestar social, atención médica, agua y saneamiento.

También se considera incluir la evaluación del valor social de la salud. En función de los contextos regionales y nacionales se dará un valor a la salud y un grado en que la salud se percibe como una preocupación social colectiva diferente.

Los determinantes estructurales de salud o determinantes sociales que se ubican en la parte baja del cuadro son los que generan la estratificación social y configuran las oportunidades de salud de los grupos sociales según su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Estos determinantes incluyen los factores ingreso, educación, género, etnicidad y sexualidad como estratificadores sociales. Destaca como punto central la cohesión social, relacionada con el capital social, como se desarrolla en este trabajo más adelante. Estas posiciones socioeconómicas se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual, ubicando socialmente al individuo dentro del sistema estratificado.

Los determinantes intermediarios marcarán las diferencias en la exposición y vulnerabilidad frente a las condiciones que influyen en la salud. Entre los determinantes intermediarios encontramos las condiciones de vida y de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. El modelo expuesto de la OMS muestra que la posición socioeconómica de una persona afecta su salud a través de los determinantes intermedios.

El propio sistema de salud también se considera un determinante intermedio, puesto que se hace relevante a través de las posibilidades de acceso. Esto se relaciona directamente con los modelos de organización respecto a la oferta de servicios. El sistema de salud puede orientarse directamente a las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad, no sólo

mejorando el acceso equitativo a la atención, sino también en la promoción de la acción intersectorial para mejorar el estado de salud. El modelo también considera el papel que el sistema de salud juega mediando en el diferencial de consecuencias de la enfermedad. Las personas que tienen mala salud descienden más frecuentemente en la escala social que las personas saludables, lo que implica que el sistema de salud podría verse por sí mismo como un social determinante de salud.

5.3 Influencia de los determinantes sociales en la salud mental.

La forma en que se determina la salud se desarrolla mediante un conjunto de procesos. Estos procesos corresponden a los modos en los que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales, los cuales adquieren propiedades protectoras (saludables) o destructivas (deteriorantes). Los procesos que se tornan beneficiosos se convierten en favorecedores de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, es lo que se llama factores protectores. Por el contrario cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, y se identifica como factores destructivos. Estos procesos pueden tener carácter permanente y no modificarse hasta que el modo de vida no sufra una transformación de fondo, o puede tener un carácter contingente o intermitente, cuando haya momentos en que su proyección sea de una o de otra naturaleza. El perfil epidemiológico de una población expresa la relación dinámica entre los procesos protectores y destructivos que participan en la definición del modo de devenir de la salud, en las múltiples dimensiones de la reproducción social. Dependiendo de los factores protectores o destructivos los individuos tendremos mayor capacidad de respuesta (menor vulnerabilidad) ante las situaciones complicadas o contingencias que se nos presenten a lo largo de la vida, disminuyendo el riesgo de padecer o agravar trastornos mentales ante estas circunstancias desfavorables.

“El modelo de vulnerabilidad alude a la incidencia de factores sociales y físicoecológicos en el origen y la causalidad de tales trastornos. Zubin, Magaziner y Stzinbauer (1983), explican como el estatus social, la red social de apoyo, la emigración, el origen étnico no privilegiado, la marginación social, las características de la vivienda, el ruido, la polución y el hacinamiento son variables moduladoras del impacto del estrés sobre el individuo vulnerable. En algunos trabajos, como por ejemplo el que realizan de la Gandara, de Dios, Jiménez y Rodríguez (1995), se asocia la presencia de estos factores a mayor riesgo de esquizofrenia. Se explica tal asociación en tanto en cuanto estos factores aumentan o disminuyen (modulan) la relación entre los procesos formadores de vulnerabilidad (procesos genéticos, biológicos y evolutivos tempranos) y los factores precipitantes (estresores)”¹⁰.

Estas realidades socioambientales modulan el impacto de los estresores sobre el individuo vulnerable y crean las condiciones objetivas para que aparezcan con mayor probabilidad situaciones de alto estrés. Esto quiere decir que no solo se presentan como variables moduladoras o variables de riesgo, sino que también se presentan como fuente de estrés, por lo que están doblemente implicadas en el entramado explicativo de los trastornos mentales. “Tomar conciencia de esta realidad, tiene que ver tanto con la mejor y más aguda comprensión de las problemáticas psiquiátricas, como con darse cuenta de que influye en las posibilidades de rehabilitación psicosocial de las personas que las padecen”⁹.

Por lo tanto, si realmente la presencia de estos factores socioambientales coloca al individuo vulnerable en situación de desventaja psicosocial y en alto riesgo de caer o recaer psiquiátricamente, queda clara su implicación en la cronificación de los trastornos mentales. De hecho, varios autores encuentran que la evolución hacia la cronicidad queda correlaciona más con variables de tipo sociológico, que con variables de tipo biológico.

La marginación social, el aislamiento social, etc... se encuentran directamente implicadas en el aumento de las consecuencias discapacitantes asociadas a esquizofrenia, lo que acaba favoreciendo la vida cronificada. Las características sociales del ambiente de un enfermo y los niveles de tolerancia o intolerancia social aumentan los índices de incidencia y prevalencia de las enfermedades psicóticas están relacionados.

En un estudio del 2006 realizado en España respecto a la prevalencia de personas con problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud realizado con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España del mismo año, se establece una “mayor prevalencia de problemas de salud mental en las mujeres (24,6%) que en los hombres (14,7%). Se observa que las personas con peores condiciones socioeconómicas presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental (sin estudios o primarios: 16,7% hombres, 29,1% mujeres). En ambos sexos las personas separadas legalmente y divorciadas presentan mayor prevalencia. En relación a la zona de residencia, los hombres que viven en áreas rurales presentan menor prevalencia de problemas de salud mental (12,2%). Además, las personas con menor apoyo social son las que tienen mayor prevalencia de problemas de salud mental. En cuanto a las variables relacionadas con la vida laboral, se observa mayor prevalencia de problemas de salud mental en las personas con baja laboral (43,3% hombres y 47% mujeres), desempleadas (27,9% hombres y 30,2% mujeres) y jubilados/as o pensionistas. Entre las personas que trabajaban, presentan mayor prevalencia de problemas de salud mental los que tienen contratos laborales precarios (temporales o sin contrato) y las personas que tienen mayor nivel de estrés relacionado al trabajo (21,7% hombres y 30,6% mujeres). Se observa también que la prevalencia de problemas de salud es mayor entre las personas que tienen

trastornos crónicos, y en las personas que afirmaron estar limitadas o gravemente limitadas en la realización de sus actividades cotidianas gravemente limitadas: 61,1% hombres y 70,7% mujeres). En las personas que afirmaron estar limitadas, la mayor prevalencia de problemas de salud mental se encuentra entre los que afirman que la causa de la limitación son problemas de salud mental y físico (65,8% hombres y 81,9% mujeres). A partir del análisis multivariado se observa que las variables asociadas a una mayor prevalencia de problemas de salud mental son ser separado/a o divorciado/a, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, estar en baja laboral o desempleado/a. Además, se observa un claro gradiente de aumento de la prevalencia según disminuye el apoyo social percibido y aumenta el número de enfermedades crónicas. Además, estar limitado en las actividades cotidianas en función de un problema de salud y cuanto mayor la limitación mayor la prevalencia. Entre las mujeres además se observa una asociación con un menor nivel de estudios”¹⁰.

Por otro lado, “los trabajos publicados antes de la crisis financiera del año 2008 sugieren que las dificultades económicas contribuyen a una peor salud mental. El estudio IMPACT, realizado en consultas de Atención Primaria en España, muestra un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. Los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%”¹¹.

En este sentido, existen diversos estudios que abordan el efecto que de las crisis económicas tienen sobre la salud de la población. Si el resultado de estos trabajos parece que han generado controversias respecto al impacto positivo o negativo que tienen sobre la salud física, no dejan duda respecto al impacto negativo sobre la salud mental. Si algunos trabajos previos a la crisis financiera del año 2008 ya apuntan a la posibilidad de que las dificultades económicas contribuyen al empeoramiento de la salud mental, estudios más actuales se han centrado en la depresión y el suicidio. Estos estudios más actuales han determinado, por ejemplo, que durante la crisis financiera asiática se produjo un aumento significativo de depresiones correspondiéndose en 2007 al 8,5% y al 12,5% en 2009.

El desempleo se presenta como uno de los principales factores de riesgo que ejercen impacto negativo sobre la salud mental cuando se produce una recesión económica. Por lo tanto, el desempleo es una de las principales variables en las investigaciones que relacionan salud mental y crisis económica. Estos estudios muestran una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva entre las personas desempleadas respecto a las empleadas. En la transición del empleo al desempleo también se ha observado una clara repercusión sobre el bienestar psicológico general, la depresión y la ansiedad de las personas. Los estudios concluyen, que el desempleo y los factores asociados se relacionan

con una mayor prevalencia de trastornos mentales en general y de depresión en particular. En concreto, las personas desempleadas presentan un riesgo de dos a siete veces más de padecer depresión.

En España, se llevó a cabo un estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en 2006 en todas las comunidades autónomas y se diseñó un trabajo similar en 2010, durante la crisis económica, en los mismos centros de salud, en el mismo ámbito geográfico y con idénticos instrumentos de evaluación. Resulta muy interesante presentar los datos a los que concluyeron, ya que España ha sido de los peores parados por las consecuencias de la crisis económica reflejada en destrucción de puestos de trabajo e importante deterioro de las finanzas públicas, pudiendo reflejar mejor esta relación de la situación económica y las consecuencias para la salud mental de la población.

“Los resultados obtenidos antes y durante la crisis económica indican que aumentaron de manera significativa los trastornos del estado de ánimo (19,4% en depresión mayor y 10,8% en distimia), los trastornos de ansiedad (8,4% en trastorno de ansiedad generalizada y 6,4% en crisis de angustia), los trastornos somatomorfos (7,2%) y el abuso de alcohol (4,6% en dependencia de alcohol y 2,4% en abuso de alcohol), quedando fuera de la significación los trastornos de la alimentación”⁸.

También se recoge en este estudio el riesgo asociado a familiares de personas desempleadas, llegando a observar que los trastornos mentales también están asociados la significativamente con los familiares de desempleados. Además, parece que al estudiar la relación de crisis económica y salud mental apareció un riesgo adicional, el pago de hipotecas. Se ha determinado que las dificultades del pago de hipotecas representa un riesgo adicional de padecer trastorno depresivo mayor.

Concluye el estudio constatando que parece que esta mayor prevalencia de los trastornos mentales en situación de crisis económica, no parece haberse traducido por el momento en un aumento de suicidios, dejando la puerta abierta a realizar estudios de investigación respecto a la tasa de intentos suicidas y suicidios consumados previos y posteriores a la crisis.

Respecto a las desigualdades en la salud mental de la población ocupada los estudios destacan que “los factores psicosociales fueron los que mejor explicaron la salud mental en los trabajadores y trabajadoras”¹². Las exigencias psicológicas tanto en los trabajos manuales como no manuales se asocian a la salud mental de los trabajadores, mientras que la falta de autonomía en el trabajo se asocia positivamente al mal estado de salud mental en los trabajadores no manuales, de más cualificación. Además en los trabajos no manuales el apoyo social también se ha mostrado en algunos estudios como factor protector. “Otras dos

variables podrían tener relación con la salud mental sólo en ocupaciones manuales: la contratación temporal (en hombres) y trabajar a tiempo completo o parcial. Trabajar con contrato temporal se asoció con un mal estado de salud mental en el grupo de hombres con ocupaciones poco cualificadas. La inestabilidad en el empleo se ha asociado con una peor salud mental, y algunos estudios han observado que los trabajadores con contratos de duración limitada tienen más problemas de salud”¹¹. Por otro lado, la jornada completa se ha asociado a un mejor estado de salud mental en mujeres con ocupaciones manuales, efecto protector que podría explicarse por la menor retribución económica percibida en las jornadas parciales.

Los datos son significativos si tenemos en cuenta que una persona entre los 20 y 65 ó 70 años de edad pasa aproximadamente un tercio del tiempo dedicada al trabajo. Por lo tanto, es fácil de comprender que si una actividad que ocupa un tercio de la vida adulta es insatisfactoria, penosa, aburrida o estresante, pueda generar efectos negativos a corto plazo en la salud mental de los individuos. La oportunidad de control personal y de uso de habilidades personales, metas generadas externamente, variedad, claridad del ambiente de trabajo, remuneración, seguridad física, supervisión de apoyo, oportunidad de contacto interpersonal y valoración de la posición social o estatus del trabajo, se presentan como variables laborales asociadas a la satisfacción laboral. Igualmente, hay que tener en cuenta que los resultados en las valoraciones que los sujetos hacen de los factores laborales asociados a la satisfacción laboral influyen variables sociodemográficas (edad, género, situación familiar y otras) e individuales (afectividad negativa-positiva y otras). Así, el resultado de esa valoraciones pueden diferir dependiendo de esas variables sociodemográficas e individuales. Sea como sea, cabe decir que si se entiende por trabajo aquella actividad dirigida a obtener una remuneración, ello no significa que el trabajo no pueda ser disfrutado, a pesar de que el disfrute no se incluya en la definición del mismo.

La literatura concluye en que “All work factors; decision control, role conflict, positive challenge, support from immediate superior, fair leadership, predictability during the next month, commitment to organization, rumors of change, human resource primacy, and social climate, were related to mental distress and positive affect at the individual and department level”¹³. (Todos los factores de trabajo; el control de la decisión, el conflicto de rol, reto positivo, el apoyo de la dirección superior inmediato, justo, previsibilidad durante el próximo mes, el compromiso con la organización, los rumores de cambio, la primacía de los recursos humanos, y el clima social, se relacionan con la angustia mental y el afecto positivo a nivel individual y a nivel de departamento).

Frente a las circunstancias adversas o situaciones estresantes las personas hemos de cubrirnos y desplegar las habilidades necesarias. Las habilidades necesarias para hacer frente a las amenazas es lo que llamamos resiliencia. Son los recursos internos que la gente tiene para prevenir la enfermedad, incrementar la autoconfianza y manejar las influencias externas y las presiones. La resiliencia es por tanto un factor protector. Cabe destacar igualmente que “resilience is a protective factor against development of mental disorder and a risk factor for a number of clinical conditions, e.g. suicide”¹⁴. (La resiliencia es un factor protector contra el desarrollo del trastorno mental y un factor de riesgo para una serie de condiciones clínicas, por ejemplo, suicidio).

Otro de los factores a destacar es el nivel educativo. En un estudio que valora el nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española, se refleja la necesidad de evaluar los factores ligados a la autopercepción del bienestar psicológico y emocional, y de la integración social, a la hora de estimar la salud de la población. El estatus social, del cual ya ha quedado claro su relevancia respecto al nivel de salud de la población, se suele definir esencialmente en términos laborales y económicos, atributos que en parte se pueden asociar al nivel educativo alcanzado. Este estudio mencionado explica que la importancia del nivel educativo como indicador de desigualdades sociales en salud ha sido subestimado o ni siquiera se ha considerado en algunas ocasiones. Y en este sentido, manifiesta que el empleo del nivel educativo como indicador del estatus socioeconómico tiene alguna ventaja más que los indicadores económicos de clase tradicionales. Principalmente porque la educación es un indicador de estatus estable a lo largo de la vida y señalan que existen evidencias de que el nivel educativo podría ser el factor socioeconómico que mejor describa las desigualdades sociales en salud. Este estudio muestra como la salud mental y el bienestar subjetivo tienen una asociación positiva con el nivel de estudios alcanzados. “Más concretamente relacionado con el objetivo del presente estudio, el declive cognitivo, la depresión y la incidencia de patologías psiquiátricas como la demencia senil o Alzheimer son más frecuentes en personas que han tenido menos años de escolarización”¹⁵. Por otro lado, también se ha observado la relación entre mayor nivel educativo y mejor salud percibida a lo largo de la vida así como que las personas con un nivel educativo alto perciben mayor apoyo social. La categoría de apoyo social es un factor estrechamente relacionado con el estado de salud general y con gran incidencia en la salud mental, como desarrollaré seguidamente. Para finalizar este punto y tal y como destaca el estudio, “la mejora del sistema educativo tiende a disminuir las desigualdades y a equiparar a toda la población en términos de salud, y puede contrarrestar el factor de riesgo que supone tener, en edades tempranas, un estatus socioeconómico bajo o crecer en un hogar con bajos ingresos”¹⁵.

Por último, considerar la influencia del apoyo social. Categoría que ha desarrollado toda una corriente de investigación que intenta explicar algunas de las diferencias existentes en la distribución de ciertas enfermedades tanto físicas como mentales. Estas investigaciones tratan de vincular la disponibilidad de apoyo social con la existencia de ciertos niveles de salud y enfermedad. Y en ellas se discuten las diferencias entre el modelo del efecto directo y el modelo del efecto amortiguador, es decir, su valor como factor protector. Además, se muestra la necesidad de estudiar al apoyo social no sólo como posible factor determinante de ciertas formas de enfermedad, sino también como una variable dependiente.

Como se ha hecho referencia con anterioridad, diversos autores han propuesto la categoría de estrés como la variable psicosociológica intermedia que vincula las condiciones de vida con la salud mental. Su interés fundamental radica en explorar por qué algunos individuos desarrollan respuestas patológicas ante ciertas condiciones de vida frente a determinadas condiciones, mientras que otros se mantienen sanos. Los principales intentos en este sentido han consistido en buscar variables que expliquen las variaciones en el impacto del estrés sobre la salud. El apoyo social ha sido propuesto como una de esas variables. Diversos trabajos han dado origen a la idea de que el apoyo social juega un importante papel en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés.

Aún así, se puede decir que el concepto de apoyo social continúa siendo ambiguo, ya que para hacer referencia al mismo encontramos términos como relaciones sociales, redes sociales, integración social, vínculos sociales, etc..... sin que hagan referencia necesariamente a lo mismo. La literatura sugiere que la definición de apoyo social ha de contener por lo menos tres dimensiones, tales como: Grado de integración social, apoyo social percibido y apoyo social provisto. Respecto al grado de integración cabe decir que los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar la categoría de apoyo social. El apoyo social percibido se entiende como la medición de la confianza de las personas sobre si el apoyo social está disponible cuando se necesite. Y el apoyo social provisto es entendido como las acciones que otros realizan para proveer asistencia a una persona determinada. El concepto de apoyo social incluye el grado de integración/aislamiento, la estructura de red social, recursos de la red de apoyo, las conductas de apoyo, la valoración de ese apoyo y la orientación del apoyo.

Como se ha dicho con anterioridad, se establecen dos modelos en el estudio del apoyo social, estos son el modelo de efecto directo y el de efecto amortiguador sobre el apoyo social. El efecto directo sostiene que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés de la persona. Por otro lado, el modelo del

efecto amortiguador, sostiene que el apoyo social protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.

“Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (modelo amortiguador)”¹⁴.

El modelo del efecto directo entiende como positivo el apoyo social para el individuo (independientemente de la presencia de estrés) ya que éste incrementa el bienestar emocional y físico de las personas, o disminuye la probabilidad de efectos negativos en estas dimensiones. En este sentido se propone que el apoyo social actúa como mecanismo que tiene efecto en algunos procesos fisiopsicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien como mecanismo que favorece el cambio conductual necesario en las personas que beneficia la salud.

El modelo del efecto amortiguador determina el apoyo social como variable mediadora que interviene en la relación entre el estrés y la enfermedad. En primer lugar, esto se justifica entendiendo que el apoyo social ayuda a las personas a redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psicopatológicos que pueden generarse en la ausencia de apoyo social. En segundo lugar, se puede entender que el apoyo social amortigua los efectos del estrés evitando que los individuos definan una situación como estresante. La seguridad de que una persona dispone recursos materiales y emocionales suficientes puede evitar que esa persona defina como estresante una situación que otra persona sin esa seguridad definiría en esos términos. Esta no-definición inhibiría la respuesta psicofisiológica que repercutiría en la salud.

Dicho esto “la investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos. La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones”¹⁶.

En este sentido, cabe destacar que “los programas de desarrollo del ocio y tiempo libre representan una respuesta de salud mental comunitaria a la carencia de red social de apoyo que afecta a la población psiquiátrica crónica. Algo asumido respecto a estos programas es que mejoran la calidad de vida de los usuarios a través de la instauración de lazos amistosos”¹⁷. Por eso resulta tan importante potenciar y desarrollar actividades de ocio y tiempo libre en el campo de la salud mental, aún más cuando la ausencia de apoyo social es evidente.

Otro de los puntos de especial relevancia en salud mental donde el apoyo social es un factor determinante es el de la adherencia terapéutica. Con el concepto de adherencia terapéutica se describe la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el facultativo. El cumplimiento de esta prescripción es esencial para la buena evolución en los problemas de salud mental. La adherencia no hace solo referencia al cumplimiento de la pauta psicofarmacológica sino que se refiere a la gran diversidad de conductas respecto a formar parte de un programa de tratamiento y la continuidad en el mismo, desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo y acudir regularmente a las visitas de seguimiento con los profesionales de salud. La adherencia y sus problemas pueden darse por ausencia, exceso o defecto en el seguimiento de la recomendación.

“Autores dedicados al estudio de los afrontamientos en enfermedades crónicas, apuntan que los factores que intervienen en la eficacia de los afrontamientos son: la diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, el nivel cultural e intelectual en general, las características personales (resistencia personal, autoestima), las características propias de la enfermedad, así como su valoración social y el apoyo social. La adherencia al tratamiento puede considerarse una forma de afrontamiento a la enfermedad, en tanto el paciente active recursos personológicos en función de minimizar los efectos del padecimiento”¹⁸.

En este sentido el apoyo social, como ya se ha recogido anteriormente, favorece la salud creando un ambiente que mejora el bienestar y la autoestima de la persona, y contribuye a amortiguar los efectos negativos de la enfermedad (acontecimiento estresante). Tener la posibilidad de acceso a personas que ofrecerán ayuda frente a esa circunstancia adversa, es un elemento facilitador importante de la salud humana. Este apoyo favorecerá el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, ya que puede animar al paciente a mantener el régimen médico y ejecutar acciones para volver a la vida normal.

Dentro del apoyo social, la familia constituye principalmente la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante situaciones adversas. “El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social”¹⁶. Por este motivo, se ha es imprescindible contar con la participación de los miembros de la familia en el tratamiento siempre que sea posible.

Respecto al cumplimiento terapéutico decir que la no adhesión al antipsicótico en los trastornos mentales más graves “drastically increases the burden of illness”¹⁹ (aumenta drásticamente la carga de la enfermedad). Además, el “incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria”²⁰.

Si queda claro el papel que juega el apoyo social como soporte que repercute en la salud de las personas y favorece la adherencia al tratamiento, y con ello la estabilidad y mejoría de la salud mental, el apoyo social también surge “as important means of detecting mental health problems and promoting mental health”²¹ (como medio importante de la detección de problemas de salud mental y la promoción de la salud mental).

Para finalizar la importancia que el apoyo social tiene en el afrontamiento y mejoría de la enfermedad mental, también me gustaría destacar la importancia que tienen en la actualidad las redes sociales. Hay estudios que han valoran la forma en que los adultos jóvenes utilizan las redes sociales y en qué forma les gustaría que hubiera un red social adaptada para ellos. Estos estudios dicen que “young adults living with mental illnesses are currently using social networking sites and express high interest in a social networking site specifically tailored to their population with specific tools designed to decrease social isolation and help them live more independently. These results indicate that practitioners should themselves be aware of the different social networking sites frequented by their young adult clients, ask clients about their use of social networking, and encourage safe and responsible online behaviors”²². (Los adultos jóvenes que viven con enfermedades mentales están utilizando actualmente los sitios de redes sociales y expresan gran interés en un sitio de redes sociales específicamente adaptado a su población con herramientas específicas diseñadas para disminuir el aislamiento social y ayudarles a vivir de manera más independiente. Estos resultados indican que los profesionales deben ellos mismos ser conscientes de los diferentes sitios de redes sociales frecuentados por sus clientes adultos jóvenes, preguntar a los clientes sobre el uso de las redes sociales, y fomentar comportamientos en línea seguros y responsables). Por este motivo, también es importante adaptar ciertas intervenciones y/o programas a las nuevas tecnologías para llegar especialmente a estos jóvenes con trastornos mentales que utilizan estos sistemas con la finalidad de reducir su aislamiento).

5.4 Tendencias económicas y epidemiológicas en salud mental.

“Los indicadores epidemiológicos más utilizados para definir prioridades en salud en general se centran en la mortalidad. Aunque las enfermedades mentales generan muertes, éstas últimas nunca son registradas como causadas por patologías mentales. Pero cuando los estudios apuntan no solo a la “cantidad” sino también a la “calidad” de vida, las enfermedades mentales pasan a ocupar las primeras posiciones. En un estudio de la OMS sobre el futuro de la carga de morbilidad en el mundo, se concluye que la depresión será la mayor causa de incapacidad de los habitantes de países en desarrollo para 2020”²³.

De hecho, actualmente la depresión es el cuarto factor de discapacidad del mundo y hay la previsión de que en 2020 pase a ocupar el segundo lugar. Respecto a patologías emergentes se puede hacer referencia especialmente a tres grandes grupos, que si son heterogéneos se pueden agrupar respecto a tendencias en su prevalencia. Estos son los trastornos de ansiedad, la depresión y las nuevas adicciones. A modo de puntualización:

- Los trastornos de ansiedad. El aumento en la prevalencia de los trastornos de ansiedad se manifiesta principalmente por el incremento de sedantes. Los datos confirman que este incremento se registra más en mujeres que en hombres, que se produce mayoritariamente en el ámbito urbano y en grupos de nivel socioeconómico y educativo alto, y que se corresponde con autoprescripciones que escapan al control del sistema sanitario. Si como se puede ver los trastornos de ansiedad tienen mayor prevalencia en el ámbito urbano, cabe destacar que se prevé un mayor crecimiento urbano para los próximos años. “En 1955, el 68 % de la población mundial vivía en las zonas rurales y el 32 % en las urbanas. En 1995, la proporción era del 55 % y del 45 %, respectivamente; en 2025, el 41 % de la población será rural y el 59 % urbana”²⁴.

- La depresión. Depresión mayor está afectada por gran variedad de factores de riesgo como la edad, situación económica, historia de abusos sexuales, acontecimientos estresantes, etc... También se considera, como hemos visto, un fenómeno mayoritariamente urbano del que se presume aumentará a la par que las tasas de urbanización, las cuales hemos visto que serán crecientes. Además, la globalización de la cultura favorece la aparición de otros problemas asociados a la depresión, como por ejemplo, la fobia social. En la actualidad la fobia social afecta al 7, 2% de la población a pesar de que solo interfiere en la vida diaria al 2,6% de los casos. El aumento en la prevalencia también se debe al aumento de envejecimiento de la población. “El número de personas de más de 65 años pasará de los 390 millones de la actualidad a 800 millones en 2025, llegando a representar el 10 % de la población total”²⁴. La incidencia de depresión en la población de la tercera edad tiende a aumentar por razones psicológicas como pérdida de roles, identidad, independencia, aumento de discapacidad, etc... Más preocupante es el aumento de la depresión en la población joven. Actualmente, hay un creciente casos de depresión en niños y adolescentes. Este crecimiento se debe en parte a la detección precoz y, por otro lado, porque hay realmente una mayor incidencia y se relaciona con factores macrosociales de importancia. Entre estos factores macrosociales destaca la “anomia”. La literatura define la anomia como “el estado de ánimo del individuo cuyas raíces se han roto, que ya no tiene normas sino impulsos desconectados, que ya no tiene ningún sentido de continuidad, de grupo, de integración”²³.

- Las nuevas adicciones. En este grupo se podrían destacar las nuevas adicciones en sí mismas y las variaciones en las adicciones tradicionales. Entre las nuevas adicciones encontramos el desorden de adicción a internet. Si en el mundo hay 250 millones de usuarios de internet, se estima que 15 millones de ellos son ciberadictos. Respecto a las variaciones en las adicciones tradicionales cabe destacar el aumento de indecencia en la mujer y la reducción del promedio de edad en los nuevos adictos.

Aunque no lo haya incluido en ninguno de estos grupos, me gustaría hacer referencia al incremento de la población afectada por conflictos de violencia, guerras civiles y desastres naturales. Se considera que “el estrés postraumático y la depresión mayor son desordenes que se presentan potencialmente en situaciones de guerra, desastres naturales y condiciones de desplazamiento forzoso. Un estudio efectuado en Honduras sobre el impacto generado, por el huracán Mitch, encontró que el 18,3 % de los adultos y el 8 % de los niños, sufrieron depresión mayor, y el 11,3 % estrés postraumático; de igual forma, la población total afectada por depresión mayor fue de 25,2 % y 14,9 % por estrés postraumático”²⁴.

A nivel económico, señalar que las enfermedades mentales generan costes directos e indirectos. Los costes directos se corresponden con el coste de los tratamientos y los indirectos con la discapacidad que generan. A modo de ejemplo, los datos indican que 1 de cada 10 trabajadores de los países industrializados sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio crónico, lo que genera graves consecuencias económicas además de sociales. “En los países de la Unión Europea (EU) los costos del estrés en el trabajo son cada vez mayores, calculándose que entre un 3% y 4% del PIB se gasta en problemas de salud mental. Estados Unidos gasta, a nivel nacional, entre 30.000 y 40.000 millones de dólares en tratamientos contra la depresión. En ese país los seguros privados de salud han reaccionado reduciendo sus coberturas, incrementando copagos y coseguros, estableciendo topes más estrictos a las prestaciones”²³.

5.5 Capital social.

Muchas de las iniciativas de promoción de la salud implementadas en los últimos años, con foco en el nivel individual, no han dado los frutos esperados. Por este motivo, cada vez resulta más clara la importancia del enfoque social, comunitario y político integral para conseguir respuestas efectivas. En este sentido, cobra vital importancia el capital social.

“Desde hace muchísimo tiempo se tiene conciencia de la relevancia de los factores propiamente colectivos en la dinámica de los individuos y de la sociedad. Por ejemplo, Émile Durkheim reconocía el rol protector de la integración social y la importancia de la solidaridad orgánica para su desarrollo en las sociedades modernas; Karl Marx identificaba la relevancia de la solidaridad circunscrita a los límites de la comunidad; Marcel Mauss reconocía la reciprocidad de los intercambios en los sistemas premercantiles (dar, recibir y restituir); Max Weber identificaba la acción social y el carácter subjetivo de la acción, racional con arreglo a fines, racional con arreglo a valores, afectiva y tradicional. El término “capital social” ya fue utilizado por Bourdieu en 1980, quien lo diferenciaba del capital cultural, entendiéndolo como la agregación de los recursos actuales o potenciales que son parte de las redes de relaciones más o menos duraderas. James Coleman y Robert Putnam, en los 90, dieron a conocer extensamente el concepto, con su propia perspectiva. Coleman entiende capital social como los recursos socioestructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones comunes de quienes conforman esa estructura.¹⁹ Por su parte, Putnam define el capital social como un conjunto de atributos que están presentes en una sociedad como intangibles que favorecen los emprendimientos: la confianza, la reciprocidad y la acción social con arreglo a normas compartidas”²⁵.

En definitiva, el concepto de capital social ha sido ampliamente estudiado y acudiendo a definiciones más actuales queda vinculado a todas las relaciones informales de confianza y cooperación (familia, amigos, vecinos, etc.), los movimientos asociativos formales y el marco normativo y de valores que promueve o no las relaciones de confianza y compromiso cívico.

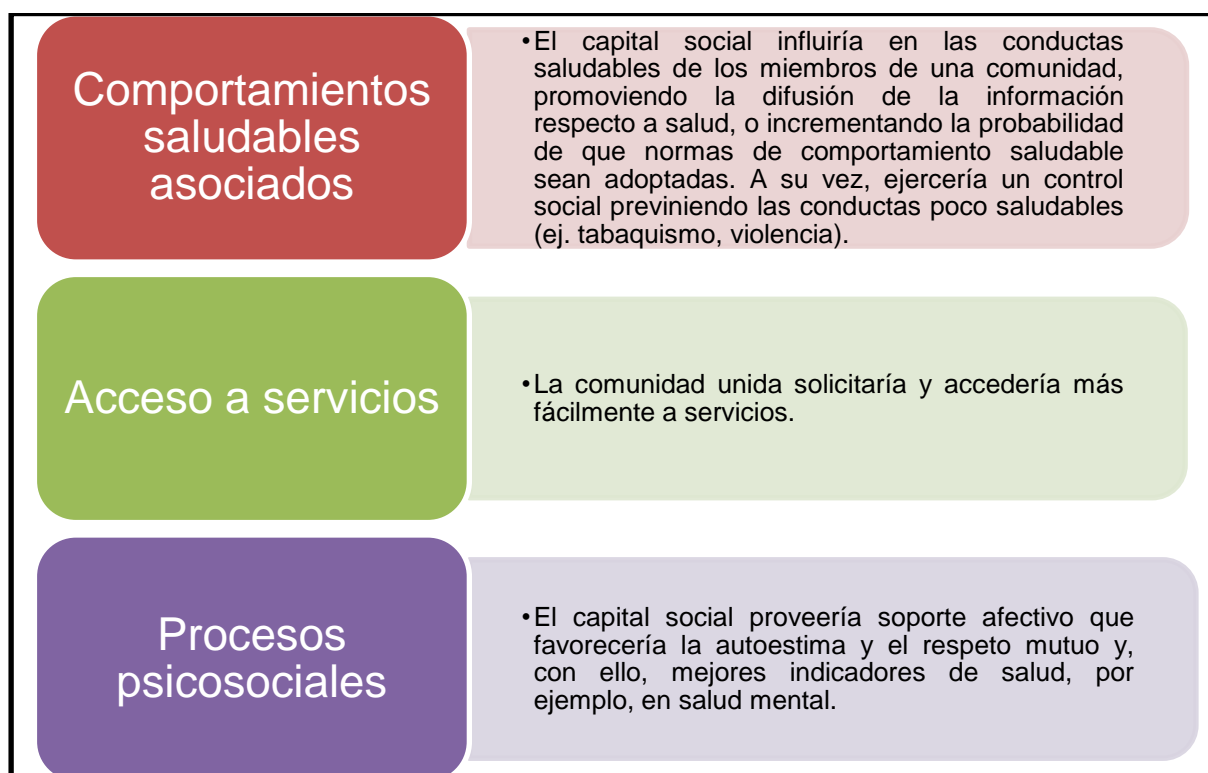
Como se puede ver, la diferencia entre el capital social y otros conceptos como apoyo social o redes sociales consiste básicamente en que éste se entiende como propiedad intangible del colectivo, no del individuo. El capital social se ha de entender como un elemento que llevará a la cohesión social, entendida como la ausencia de conflicto y fortaleza de los lazos sociales. Tanto capital social como cohesión social se refieren a la dimensión colectivaecológica de la sociedad.

“La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el personal médico y sanitario tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud”⁸.

Los resultados de un estudio realizado en Cataluña que intenta mostrar la asociación entre capital social y salud “revelan que existe una asociación positiva entre una buena salud mental en Cataluña y el capital social. No obstante, el impacto del capital social individual es mayor que el del comunitario. También observamos que no existe un efecto diferencial entre inmigrantes y nativos en Cataluña, mientras que tales diferencias sí se observan respecto a los nativos españoles nacidos fuera de Cataluña. También observamos la existencia de heterogeneidad geográfica en cuanto al efecto del capital social individual sobre la salud mental para ambos colectivos, nativos e inmigrantes”²⁶.

Es esencial poner en marcha estrategias que generen procesos participativos que pongan en juego la creatividad desde lo colectivo, pensando en el aumento y fortalecimiento de las redes de contención comunitarias. Esta línea de trabajo genera una comunidad más inclusiva y preparada, tema especialmente importante en el campo de la salud mental . “El abordaje comunitario genera aquí grandes oportunidades y fortalezas desde una propuesta que trabaja, no solo con usuarios del sistema de salud mental, sino que incluye a su comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales en su complejidad, produciendo una clínica ampliada”¹⁴.

La literatura destaca varias vías en las que el capital social se relaciona con la salud tal y como se muestra en la siguiente tabla.



Cullen M, Whiteford H. The interrelations of social capital with health and mental health: discussion paper. Canberra: Commonwealth of Australia; 2001.

Se han de generar entonces espacios de encuentro comunitarios que promuevan vínculos solidarios y de participación, articulando el diálogo entre los diferentes actores de la comunidad. Potenciar la participación activa de la comunidad empieza por reconocer y favorecer los elementos de capital social presentes en ella. Este trabajo se deberá articular en varios niveles: redes institucionales y fortalecimiento de redes comunitarias.

6. CONCLUSIONES-DISCUSSION

A pesar del enorme crecimiento económico y científico se puede decir que, a nivel mundial, las personas más desfavorecidas socialmente siguen teniendo menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos de posiciones sociales más privilegiadas. De la misma manera, y aun existiendo evidencias en algunos países desarrollados de acciones posibles para disminuir estas desigualdades, principalmente través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales, no se acaba de lograr acabar con ellas. Por este motivo, cabe posicionar el valor de la salud como un principio fundamental. Como ya planteaba el Dr. Cabot de alguna manera, no es posible que se atiendan pacientes en los hospitales y se les recupere la salud para devolverlos a las mismas condiciones insalubres, de precariedad, de mala alimentación, de pobreza que los enfermo previamente.

Como establecen Marmot y Wilkinson, “mientras el cuidado médico puede prolongar la supervivencia y mejora el pronóstico en algunas enfermedades severas, más importante para la salud de la población en su conjunto son las condiciones sociales y económicas que hacen que las personas enfermen y tengan necesidad de atención médica. No obstante, el acceso universal a la atención médica es claramente uno de los determinantes sociales de salud”²⁷. Estos autores no mencionan en la publicación lo relativo a la genética de los individuos, considerándolos parte de la susceptibilidad individual, y destacan que las causas de enfermedad que afectan las poblaciones son ambientales y cambian más rápidamente que los genes, reflejando la forma de vida del conjunto. Consideran que son las condiciones socioeconómicas y a veces ambientales las que afectan a la salud de la gente, como demuestra la evidencia acumulada relacionándolas con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad.

Por lo tanto, una de las principales conclusiones es que el enfoque de los determinantes sociales de la salud exige realizar una crítica profunda del modelo neoliberal y del proceso de globalización de dicho signo. Parte de la responsabilidad respecto a la inequidad en salud es debida a este modelo que mercantiliza y privatiza la salud, reduciendo la capacidad y teórica voluntad redistributiva de los Estados que ha de garantizar el derecho de la población a la salud. La reflexión se encamina hacia un modelo que incluya los determinantes sociales de salud, que asegure la equidad y se base en principios de desarrollo económico y social sostenibles. Éste ha de asegurar el acceso a universal a los servicios de salud y educación, vivienda digna, alimentación, trabajo digno, participación ciudadana, etc....

Respecto a la salud mental, cabe destacar que los trastornos mentales son enfermedades muy prevalentes y constituyen un problema de salud pública con un gran impacto en términos de dependencia, discapacidad, costes económicos y sanitarios. Aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades a nivel mundial puede ser atribuida a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría debidos a enfermedades de naturaleza crónica como por ejemplo la depresión. Ser consecuente con el modelo de atención biopsicosocial de los trastornos mentales implica, como se ha podido ver a lo largo del trabajo, un posicionamiento contrario a entender los problemas de salud mental como patologías que se circunscriben a la realidad interna de un individuo. En este sentido, se define la salud mental como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a su comunidad.

Los estudios han demostrado que en salud mental las variables sociales, en comparación con las variables psicopatológicas (o variables endógenas), son muchísimo más relevantes en el mantenimiento y rehabilitación de los pacientes. Por lo tanto si no solo en lo biológico se encuentra la explicación de las patologías psiquiátricas, no solo en lo biológico se ha de intervenir. Se puede decir que “el momento histórico, la influencia de la política, el estatus social, la red social de apoyo, la emigración, el origen étnico no privilegiado, la marginación social, la intolerancia social, las características de la vivienda, el ruido, la polución, el hacinamiento y los soportes comunitarios, además de tener mucho que ver con el origen y la causalidad de la morbilidad psiquiátrica, contribuyen a que ésta evolucione hacia la resolución o hacia la cronicidad”⁹.

A nivel mundial, destaca la hipótesis de que hay una mejor recuperación de las personas que sufren trastornos mentales severos y crónicos en países en vías de desarrollo. Además, quedan asociadas las condiciones de vida urbana a una mayor prevalencia de esquizofrenia frente a las que viven en la vida rural.

En España, tal y como se ha citado en este trabajo, se han desarrollado diferentes estudios que evalúan la prevalencia de trastornos mentales entre la población. En relación a los factores asociados a una mayor prevalencia de problemas de salud mental están ser del “sexo femenino, tener enfermedades crónicas, estar desempleados o en baja laboral, tener poco apoyo social y tener una posición socioeconómica desaventajada, medida por indicadores tales como el nivel educativo, la clase social ocupacional o el nivel de ingresos”²⁸. En concreto, los estudios confirman que en España los problemas de salud mental no se distribuyen de manera uniforme en la población, siendo más prevalentes en las mujeres, en las personas de nivel socioeconómico más bajo, separadas o divorciadas, inmigrantes de países en vías de desarrollo, con poco apoyo social, que están desempleadas o en baja laboral, que tienen enfermedades crónicas, y con limitaciones en la realización de las actividades cotidianas en función de un problema de salud. Específicamente,

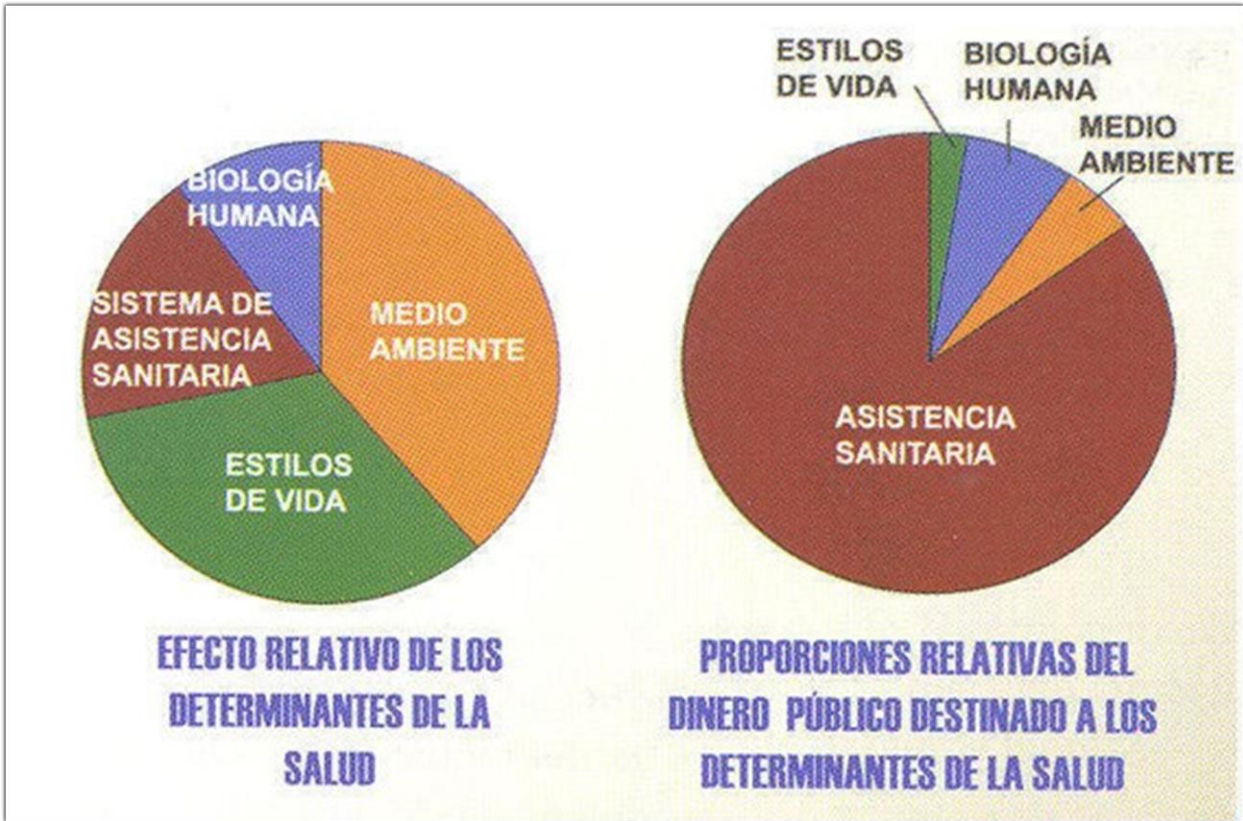
La intolerancia social, la marginación, pertenecer a una clase social baja y las malas condiciones de la vivienda, por poner algunos ejemplos, no facilitan la normalizada integración socio-comunitaria, colocando a las personas en situación de desventaja socioeconómica y creando las condiciones que facilitan los problemas de salud física y mental. Las investigaciones demuestran que “la rehabilitación psicosocial, como vía para la resolución de estos problemas, queda coartada, en un alto porcentaje de casos, por el estigma, la pobreza, las barreras legales y la falta de recursos sanitarios y sociales adecuados”⁹.

Esto refuerza que “las patologías psiquiátricas son de índole biopsicosocial. Sin las vertientes psicológica y social, se cae en un reduccionismo que desencuadra el problema y llena de lagunas y fallas su inteligibilidad. Esta conceptualización biopsicosocial niega por principio, la preponderancia primordial y hegemónica de los tratamientos farmacológicos; aboca a tratamientos integrados e integrales y a modelos de atención basados en la interdisciplinariedad”⁹.

Respecto a la prevención y promoción de la salud, “se demostró que las enfermedades causadas por los estilos de vidas insanos ocasionaban al sistema un elevado coste económico como consecuencia de todo ello, hubo un cambio de pensamiento iniciado en Canadá, luego en EEUU y posteriormente en Europa, que condujo un cambio de prioridades de salud pública, derivándose un porcentaje elevado de recursos hacia la prevención y

educación sanitaria. No es posible decirle al paciente obeso que coma saludable y haga ejercicio, si los precios de los alimentos sanos son altos o bien si no hay parques seguros, iluminados, con condiciones adecuadas, carreteras con aceras o ciclo vías donde pueda ejercitarse. La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas”, tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio”⁸.

Aún así, resulta sorprendente tal y como queda mostrado en el cuadro que viene a continuación, la falta de correlación entre el porcentaje de dinero público destinado a los determinantes de la salud respecto al efecto relativo de los mismos. Este cuadro correspondiente al informe Lalonde muestra la gran proporción económica destinada a asistencia sanitaria, a pesar de que la evidencia demuestra que son el estilo de vida y el medio ambiente los que tienen mayor efecto relativo como determinantes de la salud.



Lalonde. A new perspective on the Health of Canadians

En este sentido, otras de las conclusiones que han de quedar claras es que “la educación debería ser uno de los factores clave para cualquier política orientada al desarrollo del bienestar de los ciudadanos: un buen sistema educativo, accesible en sus distintos niveles a toda la población y especialmente a los colectivos más desfavorecidos, constituye uno de los pilares del estado del bienestar en cuanto que puede hacer disminuir las desigualdades sociales estructurales en salud, afectando en forma positiva y directa a las conductas y toma de decisiones que fundamentan el estilo de vida ciudadano y permitiendo el empoderamiento y socialización de la población, de forma que esta sea más consciente de sus problemas y obtenga más recursos para resolverlos”¹⁵. Cabe exigir a la autoridades políticas un gran pacto por la educación que contribuya a disminuir las desigualdades en salud y contrarreste el factor de riesgo de exclusión social que pueda suponer tener, en edades tempranas, un estatus económico bajo.

El apoyo social, formado por la familia, los amigos, los vecinos, etc... ayuda en el mantenimiento del estado de salud de las personas y facilitan la adherencia terapéutica de las personas enfermas en general y, de las personas con trastornos mentales en particular. “El apoyo social tiene que ver con la percepción de la persona de ser reconocida, querida, valorada, ayudada, aceptada, a través de sus relaciones más significativas”². En este sentido, el apoyo social juega un rol importantísimo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona. Las familias forman el principal apoyo social de las personas. El cuidado de una persona enferma puede entrañar un gran peso emocional, físico y económico. Las experiencias estresantes que padecen las familias en este aspecto también pueden derivar en sintomatología psiquiátrica. Por este motivo, se les debe hacer partícipes, se les debe cuidar y empatizar con su sufrimiento. “Es primordial atender sus necesidades en la prevención primaria del trastorno mental”².

Por otro lado, otras de las conclusiones es que el capital social ejerce tanto efectos positivos como negativos. En los efectos positivos destacan la mejoría en el posicionamiento, las posibilidades y acceso a recursos para aquellas personas que participan en las redes sociales. El capital social potencia la cohesión social, ayudando a generar y respetar normas compartidas que favorecen el interés por los asuntos de la comunidad y favorecen la actitud cívica. Respecto a los riesgos que puede conllevar el capital social encontramos la exclusión de aquellos miembros que no pertenecen a una comunidad determinada en el caso de que esta sea muy cerrada. Las estrategias han de seguir el camino del empoderamiento de las comunidades para su propio generar su propio proceso de desarrollo social, que involucre a las personas en las acciones comunitarias. El capital social se entenderá entonces como un proceso para la consecución del cambio social.

Teniendo en cuenta todas estas conclusiones basadas en la evidencia científica, se puede afirmar que quedan confirmadas las hipótesis que se realizaron al inicio de este trabajo de fin de máster. Esto es:

1. La red social de apoyo, la emigración, el origen étnico no privilegiado, la marginación social, las condiciones de la vivienda, el hacinamiento, la intolerancia social, el ruido y la polución se perfilan como factores socioambientales determinantes de la evolución de los trastornos mentales.
2. El capital social será el factor determinante de la evolución favorable de los trastornos mentales.
3. La promoción de la salud, las acciones preventivas y el tratamiento de la morbilidad son intervenciones esenciales para la favorable evolución de los trastornos mentales.

7. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN E INNOVACIÓN

En primer lugar, destacar el papel principal que ha de jugar el trabajo social sanitario para integrar la relevancia de los factores socioambientales y económicos determinantes en la salud en general, y en la salud mental en especial, de la población. “La idoneidad de esta profesión para hacer operativo el abordaje de los factores sociales que inciden en el proceso salud- enfermedad tiene que ver con el foco dual de la disciplina que se centra tanto en el individuo y la familia como en la interacción del ser humano con el entorno”²⁹.

Por otro lado, cabe decir que “la intervención en lo social implica una serie de mecanismos y acciones que van cobrando complejidad a través del tiempo, por el propio desarrollo de sus prácticas y por las características del contexto de intervención. La emergencia de las problemáticas sociales complejas implica reconocer la intervención en lo social como un saber experto que trasciende los campos disciplinares, dialogando con cada espacio de saber, generando nuevas preguntas que en definitiva son trasladadas desde los escenarios de la intervención donde sobresale la incertidumbre, la injusticia y el padecimiento”³⁰. La intervención ha de implicar un compromiso ético que no interviene sólo sobre los problemas sociales, sino sobre el padecimiento que éstos también generan.

En este sentido, el trabajo social sanitario ha de participar, generar y liderar propuestas de intervención que tenga en cuenta los determinantes sociales, avalándose en la evidencia científica que respalda este posicionamiento.

A nivel general y teniendo en cuenta la crisis económica vivida en nuestro país en los últimos años, como propuestas de intervención e innovación destacar que “se han propuesto algunas medidas relevantes, ensayadas en algunos países con éxito, para mitigar los efectos de la crisis económica en la salud mental, puesto que en ocasiones las consecuencias de una crisis económica y las medidas políticas contra ella pueden agravar las desigualdades ya existentes. Estas recomendaciones incluyen una aceleración en la reforma asistencial en salud mental en el sentido de incrementar los servicios comunitarios (mantener la cobertura sanitaria de manera universal constituye una de las mejores respuestas); políticas activas de empleo para reducir las tasas de paro, de manera especial en la población joven; programas de ayuda familiar para familias numerosas; programas especiales de apoyo a personas con dificultades económicas básicas, como la vivienda; una política activa de reducción del consumo de alcohol que podría incluir un aumento de los impuestos y, en consecuencia, de sus precios de venta al público; favorecer lo que se ha denominado «capital social», tratando de apoyar todas aquellas actividades que supongan una posibilidad de establecimiento de redes sociales (no podemos olvidar que una crisis económica puede implicar cambios positivos en estilos de vida, al disponer de mayor tiempo de ocio, dedicación a familia y amigos), y finalmente, una política adecuada de información sobre los suicidios que evite conductas miméticas, de manera particular en la población joven. La complejidad del concepto de «salud mental» alcanza ámbitos de actuación que van incluso más allá de las políticas específicas en salud. Los determinantes sociales de una crisis económica no pueden dejarse de lado, sino que han de formar parte prioritaria de una actuación política integral”⁸.

Otras propuestas son las llevadas a cabo en Suecia. En este país con gran cultura de igualdad y cohesión social, estudiaron las causas del incremento de la inequidad en salud y basaron sus políticas en el abordaje de las mismas, con estrategias basadas en los determinantes sociales de la salud. De este modo, definieron 6 áreas de acción, tales como:

- Incremento de la cohesión y capital social incluyendo políticas de reducción de la discriminación de minorías y de promoción de la democracia local.
- Promoción de mejores condiciones de trabajo, disminuyendo el estrés crónico, promoviendo la participación de los trabajadores y los esquemas flexibles de trabajo.

- Mejorando las condiciones para los niños y los jóvenes a través de mecanismos universales de apoyo social para las familias con niños pequeños y escuelas promotoras de la salud.
- Mejorando el ambiente físico, coordinando intervenciones en el medioambientales y la salud.
- Promoviendo estilos de vida saludables.
- Apoyando la educación e investigación en salud pública con la idea de asegurar una adecuada evidencia para el desarrollo de las políticas e intervenciones.

A nivel más particular, “cabe destacar la mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las mujeres, principalmente las de peor condición socioeconómica, lo que refuerza la necesidad del incremento de políticas sociales de igualdad de género. La mayor prevalencia entre la población inmigrante también impone un reto y refuerza la importancia de acciones dirigidas específicamente a este colectivo, que significa un importante porcentaje de la población española. Otro aspecto a considerar es la importancia de acciones de prevención, promoción, identificación y atención a los problemas de salud mental, y su comorbilidad con problemas de salud física, que tienen un importante impacto en la salud de la población, principalmente en términos de discapacidad. Para finalizar, se destaca la importancia de fortalecer y defender las políticas de bienestar social para el desarrollo de una sociedad más saludable e igualitaria”¹⁰.

Por otro lado, los datos refuerzan la importancia de evaluar la salud mental de las personas que necesitan baja laboral. Quizás debería haber algún profesional especializado en realizar estas evaluaciones en los ambulatorios. Muchas veces las bajas médicas no implican la valoración y estudio de trastornos mentales causados en el ámbito laboral, quedando ocultos bajo otras dolencias más llamativas y que, posteriormente surgen con mayor gravedad de la esperada.

Otra de las variables que más se asocian a los problemas de salud mental, como se ha podido ver, está el padecer otras enfermedades crónicas. Los estudios mostrados demuestran que cuanto mayor es el número de trastornos, mayor es la prevalencia de problemas de salud mental. Además, también ha quedado asociada la mayor prevalencia en salud mental al estar limitado o gravemente limitado para realizar las actividades cotidianas en función de otros problemas de salud. Por este motivo, es importante tener presente la fuerte interrelación entre problemas de salud física y los trastornos mentales, así como el impacto en términos de discapacidad de los problemas de salud mental en la vida cotidiana de las personas. Todo esto orienta a la necesidad de desarrollar intervenciones integradas dirigidas a salud física y mental de las personas, no parece razonable separar los problemas

de salud físicos de los problemas de salud mental, y no abordar el impacto en términos de discapacidad y mortalidad de la comorbilidad entre éstos.

Dentro de lo que llamamos apoyo social, destaca el papel de la familia. Considero importantísimo hacerla colaborar en todos los procesos llevados a cabo. Si hay que respetar la autonomía y privacidad de los pacientes, hay que buscar la manera de hacer partícipes a las familias, y escuchar también sus percepciones y sufrimiento. Aunque parezca evidente, la realidad es que muchas veces quedan apartadas y solo se acude a ellas como un recurso más, olvidando que también deben ser cuidadas.

Además, como ya he destacado anteriormente es necesario potenciar programas de desarrollo y tiempo libre que ayudan a la estabilidad psiquiátrica y favorezcan la mejora cuantitativa y cualitativa de la red social. Todo ello, en el ambiente más normalizado y autónomo posible.

Otra de las conclusiones a las que podemos llegar es la importancia del capital social. El estudio del impacto diferencial del capital social sobre la población autóctona y los inmigrantes en Cataluña señala que “el capital social debería recibir mayor atención como instrumento no económico de políticas públicas, ya que cuenta con la ventaja (antes que otras formas de intervención social) de requerir menos recursos económicos y de regulación. Más concretamente, creemos en la conveniencia del diseño de políticas para fomentar la acumulación de capital social como un instrumento potencialmente eficaz para la consecución de los objetivos relacionados con la mejora de la salud”¹².

Las características del vecindario también son importantes determinantes de la salud individual y el bienestar. Características como el ruido y la salud afectan directamente a la salud, y otras como los recursos de los que disponga el propio barrio ayudan a hacer frente a problemas de salud (capital social). En este sentido, “since the social capital of a neighborhood is associated with better health and well-being among older residents, investments that increase social capital (e.g. community centers) might be warranted in neighborhoods with higher shares of older residents”³¹ (dado que el capital social de un barrio se asocia con una mejor salud y bienestar de los residentes de edad avanzada, las inversiones que incrementan el capital social (por ejemplo, centros comunitarios) podría estar justificado en los barrios con mayor proporción de residentes de mayor edad).

Por último, destacar el incremento en la prevalencia de las patologías emergentes (trastornos de ansiedad, depresión y nuevas adicciones). Una intervención posible sería incluir nuevos actores en la promoción y prevención de los trastornos mentales. “Se pueden desarrollar políticas de salud que ayuden a reducir la depresión y los fenómenos asociados a ella sin tener que recurrir a los hospitales ni a los médicos. Si los profesores de secundaria

fueran sensibilizados a percibir estos problemas sin duda la tasa de suicidios adolescentes se reduciría notablemente. Por otro lado, diversas experiencias indican que la más eficaz vacuna contra la anomia es la cultura”²³.

En el anexo 3 de este trabajo propongo un programa de acción comunitaria que presenté como PAC10 en la asignatura de Diseño de programas y recursos de apoyo, correspondiente al máster de trabajo social sanitario. Es un boceto pero creo que cabe proponerlo en este apartado de propuestas de intervención e innovación.

8. PROPUESTA DE NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

“La búsqueda sistemática de bibliografía es una de las primeras fases de toda investigación, pues ello va a permitir conocer en profundidad nuestro campo de estudio, desarrollar un marco teórico y establecer hipótesis adecuadas sobre las que centrar la investigación”³².

Hemos concluido que a pesar del aumento de la prevalencia de trastornos mentales en la población española, especialmente en estos años de crisis económica, ésta no se ha traducido en un aumento de suicidios. Aún así, se considera que “la conducta suicida puede ser ocasionalmente una respuesta inmediata, en cortocircuito, a un acontecimiento vital estresante específico como la pérdida del trabajo, pero habitualmente es un continuum que se inicia en una enfermedad mental subyacente. Los trastornos afectivos constituyen la gran puerta de entrada a los suicidios consumados, en una sucesión de acontecimientos que podría delimitarse así: vulnerabilidad, trastornos mentales, acontecimientos vitales estresantes, ideación suicida, planificación, tentativa suicida y suicidio. Sólo un futuro análisis evolutivo, con cifras de suicidios consumados de los años 2013, 2014 y 2015 en los países asolados por la crisis económica actual, podrá permitirnos avanzar en la posible relación entre crisis económica y suicidio”⁸. De esta manera, un estudio en este sentido sería una de las propuestas respecto a nuevas líneas de investigación.

Así mismo, también resultaría interesante realizar estudios de datos comparados respecto a la utilización de servicios de salud mental, tasas de hospitalización, visitas a urgencias. Este aumento de prevalencia de trastornos de salud mental en época de crisis y recuperación aumenta la demanda de servicios de salud, y el estudio de este aumento ayudaría a realizar una adecuada planificación de los mismos.

Otras investigaciones viables serían aquellas que permitieran conocer cómo las características sociodemográficas, de salud física y de trabajo influyen en la salud mental, con el objetivo de identificar grupos vulnerables de población, que puedan ser foco de intervenciones que disminuyan las desigualdades existentes.

Más específicamente cabe decir que, por ejemplo, “el equilibrio entre la vida personal y la vida laboral es cada vez más difícil de mantener para la mayor parte de la población. Siendo esto así, se ha creído necesario presentar un modelo para la evaluación del bienestar laboral, pese a no estar concluidas las investigaciones empíricas correspondientes, con el propósito de señalar un campo de urgente investigación en el momento actual”³³. Las condiciones laborales que hacen aumentar la prevalencia de los trastornos mentales han de ser investigadas, con la finalidad de exigir cambios legales al respecto en base a la evidencia.

Sea como sea, las nuevas líneas de investigación han de cubrir la necesidad de reflexionar y estudiar hasta qué punto la mejora en la calidad de vida, el fin de la marginalidad y la superación de las desigualdades sociales, puede ayudar a prevenir patologías psiquiátricas y a reducir la probabilidad de que quienes las sufren, entren en un proceso de deterioro y cronicidad.

9. BIBLIOGRAFÍA. Referencias bibliográficas.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, en vigor desde el 7 de abril de 1948.

² Aranda MM. Lo social en salud mental (I): Trabajo social en psiquiatría. Prensas de la Universidad de Zaragoza. 2015. 356 páginas.

³ Luis Barragán H. Determinantes de la salud. Capitulo 6. Escrito por Adriana Moiso. Determinantes de la Salud. Disponible en:

<http://es.slideshare.net/LucyGraniela/determinantes-de-salud>

⁴ Guirao Goris JA, Olmedo Salas A, Ferrer Ferrandis E. El artículo de revisión. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, 2008, 1, 1, 6- Págs 1-25. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Silamani_Guirao-Goris/publication/268518751_El_articulo_de_revision/links/547f06780cf2de80e7cc71f9.pdf

⁵ Libraries Florida International University. Miami: Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos; 2016 (citado 11 mayo 2016).

Disponible en:

<http://libguides.fiu.edu/PubMed/pubmedspanish>

⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2016 (citado 11 mayo 2016).

Disponible en:

<http://www.bibliotecacochrane.com/>

⁷ Universidad de Málaga. Málaga: Biblioteca universitaria. Universidad de Málaga; 2013 (citado 11 mayo 2016). Normas de Vancouver: guía breve (6 pantallas).

Disponible en:

<http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/5380?show=full>

⁸ Rodríguez ML, Llanes J, Burguet M, Buxarrais MR, et al. Com elaborar, tutoritzar i avaluar un treball de fi de màster. Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. 2013. Disponible en:

<http://hdl.handle.net/2445/48356>

⁹ Ávila-Agüero ML. Editorial de la ministra de salud. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta Médica Costarricense. Acta méd. costarric vol.51 n.2. San José Apr. 2009. On-line version ISSN 0001-6012. Disponible en:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022009000200002&script=sci_arttext

¹⁰ Fernández J, Sánchez MC. La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales. Intervención Psicosocial, 2003, Vol. 12 N.º 1- Págs. 7-18. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/80946.pdf>

¹¹ Gili M, Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria, Volume 28, Págs 104-108. Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911114000454?via=sd&cc=y>

¹² Cortès I. Artazcoz L. Rodríguez-Sanz M. Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. Gac Sanit v.18 n.5. Barcelona 2004. Versión impresa ISSN 0213-9111. 28 de junio de 2004. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000700003&script=sci_arttext&lng=en

¹³ Finne LB, Christensen JO, Knardahl S. Psychological and Social Work Factors as Predictors of Mental Distress and Positive Affect: A Prospective, Multilevel Study. PLoS One. 2016 Mar 24;11(3):e0152220. doi: 10.1371/journal.pone.0152220. eCollection 2016. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27010369>

¹⁴ Shrivastava A, Desousa A. Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. Indian J Psychiatry. 2016 Jan-Mar;58(1):38-43. doi: 10.4103/0019-5545.174365. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26985103>

¹⁵ De la Cruz-Sánchez E. Feu S. Vizquete-Carrizosa M. El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. Aceptado: marzo 19 de 2012. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a04>

¹⁶ Castro R. Campero L. Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos. Rev. Saúde Pública V. 31. N. 4. São Paulo ago. 1997. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400012&lng=es&tlng=es

¹⁷ Gómez Pérez O. Sánchez Vicente M. Sanz Caja M. Tiempo de ocio en personas con problemas mentales Crónicos. Intervención psicosocial, 2003, vol. 12 n.º 1- págs. 35-45. Disponible en:

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/80948.pdf>

¹⁸ La Rosa Matos Y, Martín Alfonso L, Bayarre Vae H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;23(1). Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi06107.htm

¹⁹ Allen CG, Sugarman MA, Wennerstrom A. Community Health Workers: a Resource to Support Antipsychotic Medication Adherence. J Behav Health Serv Res. 2016 May 17. (Epub ahead of print). Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27189697>

²⁰ Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. Revista Cubana de Medicina General Integral. Versión On-line ISSN 1561-3038. Rev Cubana Med Gen Integr v.17 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2001. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000500016&script=sci_arttext

²¹ Grundberg Å, Hansson A, Religa D, Hillerås P. Home care assistants perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. J Multidiscip Healthc. 2016 Feb 23;9:83-95. eCollection 2016. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26966371>

²² Gowen K, Deschaine M, Gruttadara D, Markey D. Young adults with mental health conditions and social networking websites: seeking tools to build community. *Psychiatr Rehabil J*. 2012 Winter;35(3):245-50. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22246123>

²³ Tobar F. Programa de Investigación Aplicada-Isalud. Instituto Universitario Isalud. Secretaría de Ciencia y Tecnología Artículo. Tendencias económicas y Epidemiológicas en salud Mental. Disponible en:

<http://cursoauditoria.webcindario.com/Garis%206%20economia%20de%20la%20SM.pdf>

²⁴ Prieto Rodríguez A. Temas de actualidad Salud Mental: Situación y Tendencias. *Rev. salud pública*. 4 (1): 74-88, 2002. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Terapias, Facultad de Medicina. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n1/v4n1a05.pdf>

²⁵ Sapagl J. Kawachill I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública* 2007;41(1):139-49. Departamento de Medicina Familiar. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=es

²⁶ Stoyanova A. Díaz-Serrano L. El impacto diferencial del capital social sobre la salud mental de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. Departament de Teoria Econòmica, Universitat de Barcelona. Departament d'Economia, Universitat Rovira i Virgili, Barcelona, España. Recibido el 8 de junio de 2009. Aceptado el 31 de agosto de 2009. On-line el 18 de noviembre de 2009. Disponible en:

http://ac.els-cdn.com/S0213911109003227/1-s2.0-S0213911109003227-main.pdf?_tid=80ca7244-18e4-11e6-9eb1-00000aacb35f&acdnat=1463128217_d3d30d1ca59ca2c6ffaf8ac3345ae4cb

²⁷ Wilkinson R. Marmot M. Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes. OMS Regional Europa. 2003.

²⁸ Rocha K. Pérez K. Rodríguez-Sanz M. Borrell C. Obiols J. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 3. Págs. 389-395. *Psicothema*. Disponible en:

<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8867/8731>

²⁹ Abreu MC. El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *http://enfermeros.org/revista*. 2009. Vol. 3 Nº. 2. Disponible en:

<http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/146/129>

³⁰ Alfredo Juan Manuel Carballeda. Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. Disponible en:

http://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/409

³¹ Eibich P. Krekel C. Demuth I. Wagner GG. Associations between Neighborhood Characteristics, Well-Being and Health Vary over the Life Course. *Gerontology*. 2016;62(3):362-70. Epub 2016 Jan 29. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26821249>

³² Medina López C, Marín García JA, Alfalla Luque R. Una propuesta metodológica para la realización de búsquedas sistemáticas de bibliografía. *Working Papers on Operations Management*, 2010, Vol. 1 Nº 2- Págs 13-30. Disponible en:

<http://polipapers.upv.es/index.php/WPOM/article/view/786>

³³ Francisco A. Laca Arocena. Mejía Ceballos JC. Gondra Rezola JM. Propuesta de un modelo para evaluar el bienestar laboral como componente de la salud mental. *Catalogo de revistas universidad veracruzana*. Vol 16, No 1 (2006). Laca Arocena. Disponible en:

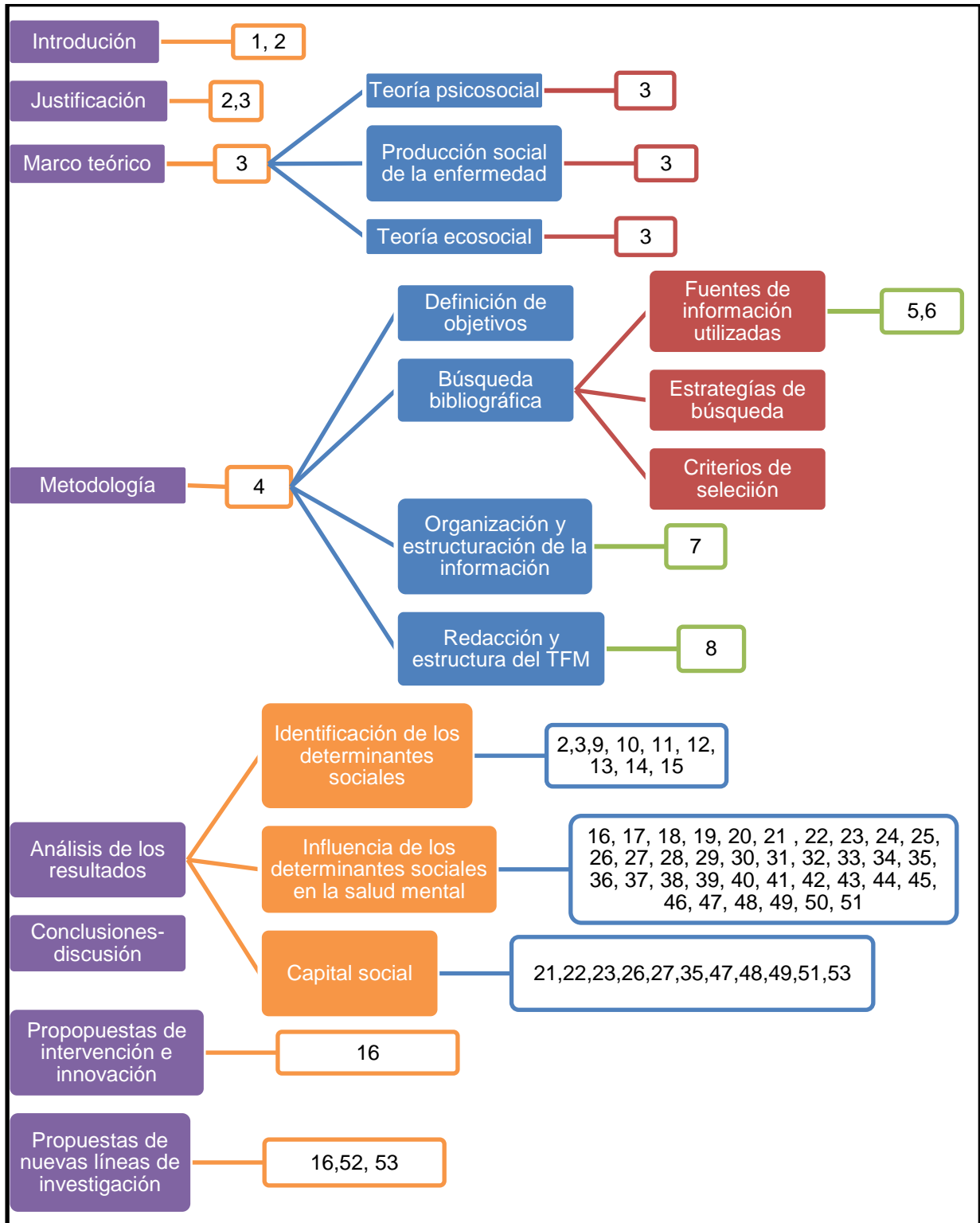
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/796/1444>

10. ANEXOS

10.1 Tabla de hallazgos.

Buscadores		GOOGLE académico	PUDMED	COCHRANE
Palabras clave	Fecha búsqueda	13.05.16	26.05.16	02.06.16
Condicionantes sociales y salud mental		GRUPO1 37.200	GRUPO5 5.100	GRUPO9 257
Programas de prescripción social y salud mental		GRUPO2 18.400	GRUPO6 49	GRUPO10 33
Factores psicosociales determinantes y salud mental		GRUPO3 23.800	GRUPO7 1.470	GRUPO11 67
capital social y salud mental		GRUPO4 91.300	GRUPO8 697	GRUPO12 2

10.2 Percha de análisis



10.3. Propuesta de intervención comunitaria.

Mi práctica profesional se desarrolla en un Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), donde la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes supone un gran problema, que perjudica la evolución de la enfermedad, en su vinculación al plan terapéutico-rehabilitador, interfiere en la continuidad asistencial, y, por lo tanto, en el bienestar de los pacientes. Uno de los motivos de esta falta de adherencia es el olvido y/o falta de hábitos para seguir la pauta farmacológica prescrita. Ahora que estoy visitando colegios para mi hija veo el gran impulso que éstos están dando al uso de las tecnologías, la robótica, etc. El uso de las nuevas tecnologías, como los teléfonos móviles ha aumentado considerablemente en los últimos años, han transformado las comunicaciones y podría tener un importante potencial para su uso en salud. Pienso que el “Sistema de mensajes cortos” (SMS) ofrece un nuevo método de promoción de la salud. Se ha demostrado que la asistencia clínica de los pacientes mejora con recordatorios de texto SMS, tal como muestran los estudios que apporto en el material bibliográfico. Y en base a esto planteo el diseño de un proyecto de intervención comunitaria basado en la implantación de un sistema de alerta SMS orientado a mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes TMS.

Objetivos

- 1- Implementar un sistema de alerta SMS orientado a mejorar y sostener la adherencia al tratamiento en pacientes cuya causa de abandono sea el olvido y/o falta de hábitos para seguir la pauta farmacológica prescrita.
- 2- Establecer colaboración con sistema educativo para el diseño e implementación del sistema. Sería un trabajo comunitario de especial interés que alguna de las escuelas participaran diseñaran el sistema de alarma y enseñaran a los pacientes y a los profesionales oportunos su funcionamiento.
- 3- Trabajo antiestigma con los estudiantes. La colaboración en este proyecto favorecería el acercamiento de los estudiantes a la salud mental, ayudaría a desmitificar ideas respecto a ella, conociendo parte de sus dificultades y colaborando en formas de solventarlas.
- 4- Aumentar la satisfacción de los pacientes con el servicio.
- 5- Mejorar el uso racional de los medicamentos.

Población diana

Aquellos pacientes cuya causa de abandono sea el olvido y/o falta de hábitos para seguir la pauta farmacológica prescrita. Es decir, no sea falta de conciencia de enfermedad y de necesidad de tratamiento, no voluntad de seguir pauta, etc. En el resto de pacientes, como ya describí en la PAC9, se podrían utilizar estrategias educativas, de tratamiento de observación directa (TDO), estrategias de apoyo social, etc. El grupo de pacientes seleccionados han de participar voluntariamente y tener cierta habilidad en el manejo de móviles.

Agentes sociales participantes

Los agentes participantes serían la enfermera y la trabajadora social sanitaria (TSS) del CSMA.

La dirección de la escuela abierta a colaborar.

El alumnado encargado de diseñar el sistema.

Los pacientes participantes.

El trabajador social sanitario será el encargado de presentar el proyecto a dirección médica de su centro para su visto bueno y aprobación, así como de contactar con la escuela colaboradora. También se encargará junto con enfermería a explicar el proyecto al alumnado y a los pacientes para su participación.

Una vez seleccionados los pacientes participantes, la enfermera y TSS, acompañaran y participaran en el entrenamiento para el manejo del sistema SMS.

Se valora que este proyecto una vez implantado no necesita mucho tiempo ni recursos, que puede ser fácilmente asumible por las entidades participantes (CSMA y escuela), y constituye un proyecto comunitario muy enriquecedor.

BIBLIOGRAFÍA

Material Didáctico

Apuntes de la asignatura Diseño de programas y recursos de soporte. Módulo 5: Proyectos de intervención de la persona en la comunidad. Máster en trabajo social sanitario. Curso 2015-2016.

Webs

<http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/viewFile/176/156>

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=23855&Itemid