

DOSSIER

La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales

The influence of social and environmental factors on mental disorders

Juan FERNÁNDEZ BLANCO
María del Carmen SÁNCHEZ VICENTE

Fecha de recepción: 11-2-2002

Fecha de Aceptación: 31-10-2002

RESUMEN

Al menos desde mediados del siglo XIX, en la bibliografía especializada se pone de manifiesto la influencia de lo socioambiental en la etiopatogénesis y evolución de los trastornos mentales. Influencia que, como se tratará de argumentar, implícitamente viene reconocida en la categorización de los problemas de salud mental como problemas biopsicosociales.

Analizando la influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales, se llega a la conclusión de que variables socioestructurales como la intolerancia social, la marginación, el status social bajo y las malas condiciones del hábitat, dificultan enormemente la rehabilitación psicosocial y por ende, hipotecan la normalizada integración sociocomunitaria de aquellos que sufren un trastorno mental severo y crónico.

PALABRAS CLAVE

Trastornos mentales, socioambiental, integración sociocomunitaria, biopsicosocial.

ABSTRACT

At least, from the middle of the 19th century the influence of social and environmental factors in the etiopathogenesis and in the course of mental disorders is evident in the specialized bibliography.

As we will try to argue, this influence is accepted implicitly, in the rank of mental health problems as biopsychosocial problems.

Analysing the influence of social and environmental factors on mental disorders, this brings us to the conclusion that social and structural variables such as social intolerance,

exclusion, lower social status and precarious conditions in the habitat, make vastly difficult psychosocial rehabilitation and therefore, get worse the social and community integration of those suffering from severe and chronic mental disorders.

KEY WORDS

Mental disorders, social and environmental variables, social and community integration, biopsychosocial.

1. Introducción

Ya a mediados del siglo XIX, cuando los estudios e investigaciones sobre los trastornos mentales estaban dominados por una orientación somatista, se aludía a la necesidad de considerar y tener presente la influencia e importancia de lo socioambiental. Este era el caso de Griesinger, uno de los padres, junto a Pinel, del método clínico en psiquiatría. Griesinger (1867), a pesar de postular abiertamente que las enfermedades psíquicas eran enfermedades del cerebro, no dejaba de reconocer que los estilos de vida humana estaban vinculados a la génesis de la enfermedad. El momento histórico, la influencia de la política y la condición social del individuo, escribía, no eran ajenos a la aparición de la enfermedad, ni tampoco al contenido de sus síntomas.

Desde entonces hasta nuestros días, siglo y medio después, la bibliografía especializada ha seguido recogiendo en mayor o menor medida, investigaciones y reflexiones que continúan enfatizando la importancia de estos aspectos, no sólo en lo que se refiere a la etiopatogénesis de los trastornos mentales, sino también en lo que se refiere a su evolución. Este es el caso del modelo de vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977), probablemente el modelo explicativo de los trastornos mentales crónicos más acertado y aceptado por los profesionales que trabajan en el campo de la rehabilitación psicosocial y la salud mental. En este modelo se alude a la

incidencia de factores sociales y psicoecológicos 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. Estos autores también alertan sobre aquellas zonas residenciales que al no poder ofrecer un buen soporte comunitario, por carecer de los bienes y servicios necesarios, se constituyen, con elevada probabilidad, en estresores que generan tensión crónica.

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). Parece que estos factores socio-ambientales, por el mero hecho de estar presentes, se constituyen en variables de riesgo, ya que aumentan la probabilidad de impacto dañino de los estresores ambientales sobre el individuo vulnerable, coadyuvando a posibilitar la aparición de la enfermedad o la recidiva.

Pero es que no sólo hay que tener esto en cuenta. También hay que considerar que estas realidades socio-ambientales aparte de modular el impacto de los estresores sobre el individuo vulnerable, crean las condiciones objetivas para que aparezcan con mayor probabilidad situaciones de alto estrés.

En definitiva, lo que aquí estamos defendiendo con convicción es que las condiciones materiales de existencia, a la luz del modelo de vulnerabilidad, no sólo se constituyen como variables moduladoras o variables de riesgo, sino también como fuente de estrés, por lo que doblemente están implicadas en el entramado explicativo de los trastornos mentales.

Un discurso parecido es el que mantienen Ana Barrón y Esteban Sánchez (2001) en "Estructura social, apoyo social y salud mental". En este artículo ponen de manifiesto como la constatación de la relación entre variables socioestructurales y salud mental está presente tanto en estudios clásicos realizados por los padres de la sociología, es el caso de Durkheim a finales del siglo XIX, como en estudios realizados en el siglo que acaba de pasar.

De las variables socioestructurales destacan especialmente la clase social y la integración social, al considerar inconcebible un modelo psicociológico que trate de dar cuenta de la salud mental y no las tome en consideración. Estas variables socioestructurales las relacionan directamente con los estresores y citan a distintos autores para dar autoridad a la tesis que asegura que, las experiencias estresantes no ocurren en el vacío al estar relacionadas con la estructura social, la clase social, la raza, etc. En definitiva, vienen a decir lo que nosotros acabamos de defender, que esas condiciones materiales de existencia (por ejemplo, la distribución desigual de los recursos y el estatus social bajo) dan lugar a condiciones vitales estresantes.

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. Ahora bien, esta toma de conciencia por parte de aquellos que nos dedicamos a la rehabilitación, no puede ni debe dejarnos indiferentes e impasibles. Hemos de ser consecuentes con ella y sacar las conclusiones pertinentes a nuestro quehacer profesional.

Ahondando en la tesis que estamos tratando de poner de relieve, podríamos ahora hacer mención a distintos estudios recogidos por Dalgard y Tambs (1997) en los que se pone de manifiesto que la morbilidad psiquiátrica correlaciona con barrios cualitativamente pobres, y la prevalencia de trastornos psiquiátricos, con carencia de servicios, de posibilidades recreativas y abundancia de problemas económicos.

Si como afirmaron Dohrenwed y Dohrenwed en 1969, Kohn en 1973, Myers et. al. en 1974, Altman en 1975 y Brown et. al. en 1981, la presencia de estos factores socioambientales colocan al individuo vulnerable en situación de desventaja psicosocial y en alto riesgo de recaer psiquiátricamente, no resulta apurado aventurar, como lo hace Serafin Lemos en "Esquizofrenia. ¿Enfermedad crónica?" (1986), su implicación en la cronificación de este tipo de trastornos.

Hablamos pues de probabilidad más alta de prevalencia de la cronicidad en barrios con vivienda en malas condiciones, trazados urbanísticos caóticos que impiden o entorpecen enormemente las relaciones interpersonales y dificultan el esparcimiento; barrios contaminados acústica y ambientalmente y cuyos residentes pertenecen mayoritariamente a un estatus social medio-bajo o bajo.

Esto mismo es lo que refleja un estudio realizado por Ciompi (1980a). El

autor encuentra que la evolución hacia la cronicidad correlaciona más con variables de tipo sociológico, que con variables de tipo biológico y semiótico. Estas variables, marginación social, aislamiento social, etc., son las mismas que Hammer, Makiesky-Barrow y Gutwirth (1978) encontraron directamente implicadas en el aumento de las consecuencias discapacitantes asociadas a esquizofrenia, y que como se sabe terminan por favorecer lo que se ha dado en llamar vida cronicada.

Pero es que ya antes de Hammer, Andrew Crowcroft en su libro "La locura" (1967/1980, p. 67) afirmó que "los índices de incidencia y prevalencia de las enfermedades psicóticas están relacionados (...), con las características sociales del ambiente de un enfermo y con los niveles de tolerancia o intolerancia social".

El planteamiento que aquí se viene poniendo de manifiesto referido a la influencia de factores socioambientales en los problemas psiquiátricos crónicos, de algún modo se replicó en un modesto trabajo realizado por Sánchez y Fernández (2000).

En este trabajo se perseguían dos objetivos:

1. Realizar un estudio de cada uno de los distritos en que está organizada administrativamente Alcalá de Henares, para comprobar si en ellos aparecen alguno de los factores de índole socioambiental, que según la literatura especializada están implicados en la génesis y evolución de los problemas psiquiátricos crónicos.
2. Constatar si, en coherencia con la bibliografía, en los distritos en los que más de estos factores aparecen, es en los que vive un porcentaje mayor de crónicos.

A partir de la revisión bibliográfica realizada se definieron cinco factores socioambientales que según dicha revisión tienen incidencia en los trastornos mentales. Estos factores fueron:

1. Estatus social determinado por la variable renta.
2. Situación social desfavorecida, determinada por las variables paro, precariedad en el empleo, analfabetismo o carencia de estudios primarios.
3. Emigración.
4. Origen étnico no privilegiado.
5. Nula o baja dotación de recursos comunitarios: bienes, servicios, infraestructuras y equipamientos.

La muestra utilizada correspondía a personas residentes en Alcalá de Henares atendidas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), entre Mayo de 1989 y Diciembre de 1998. La muestra se tomó en el CRPS porque las personas allí atendidas tienen todas problemas psiquiátricos crónicos, y es a esta población a la que iban dirigidos los objetivos del trabajo.

La metodología del trabajo pasó primero por realizar un estudio de los ocho distritos en los que está dividida la ciudad, para detectar la incidencia en cada uno de ellos de estos cinco factores. El estudio se realizó siguiendo, aunque no en su totalidad, el modelo de informe social propuesto en el "Manual de Técnicas utilizadas en Trabajo Social" (1990). Segundo, se observó cómo se distribuía la muestra de población crónica respecto a esos distritos. Tercero, se cruzaron los datos obtenidos en los dos procedimientos anteriores.

El resumen de los resultados obtenidos es el siguiente:

1. En seis de los ocho distritos se localizaron uno o varios factores, que según la literatura especializada están implicados en la génesis y evolución de los problemas psiquiátricos crónicos.
2. En coincidencia con lo que se postula en la bibliografía revisada, el distrito con menos crónicos es uno de los dos en los que no se detecta ningún factor socioambiental de riesgo; y el distrito con más crónicos es el más saturado de estos factores, tres de cinco.
3. Sin embargo, no se puede afirmar con rotundidad que los distritos donde más crónicos viven, sean los más saturados de factores socioambientales de riesgo. En uno de los siete distritos no aparece ningún factor y en él se localiza cerca de la cuarta parte de la muestra.
4. Al amparo de la bibliografía y de acuerdo a los resultados obtenidos, concluimos el artículo preguntándonos si tanto los gestores públicos de salud como los profesionales que a ella nos dedicamos, consideramos suficientemente la incidencia de lo socioambiental en los problemas psiquiátricos crónicos.

2. Reflexiones sobre la influencia de lo socioambiental

En este apartado pretendemos realizar algunas reflexiones, a sabiendas de que sólo son eso, reflexiones, y que no ambicionan otra cosa que contagiar lo que creemos es una necesidad no suficientemente atendida. A saber, la necesidad de reflexionar con rigor, de estudiar e investigar hasta que punto la mejora en la calidad de vida, el fin de la marginalidad y la superación de las desigualdades sociales, puede coadyuvar a prevenir patologías psiquiátricas y a reducir la

probabilidad de que quienes las sufren, entren en un proceso de deterioro tal que les condene a transitar por los angostos y atrabiliarios caminos de la cronicidad.

Empecemos a reflexionar diciendo que tampoco hace falta estar excesivamente versado en esta materia para percatarse de que 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, colocan a las personas en situación de desventaja socio-económica y crean las condiciones para que surjan más fácilmente la conflictividad social y los problemas de salud física y mental.

Parece estar suficientemente probado (Corraliza, 2000) que el medio en el que se vive determina en buena medida el modo en que vivimos. Simplemente aguzando el sentido común podemos inferir que una persona con dificultades especiales, sean estas del tipo que sean, y por el mero hecho de tenerlas, ha de sortear múltiples escollos para alcanzar una buena calidad de vida; pero si además está afectada por las situaciones antes referidas (intolerancia social, marginación etc.), ser competente para vivir desproblematizadamente en la comunidad desplegando capacidades suficientes para afrontar los deberes y ejercitar los derechos que como ciudadano tiene, o es casi un milagro o es tarea reservada para los mitológicos titanes.

Continuemos estas reflexiones mencionando que a la luz de las teorizaciones, estudios e investigaciones que ya desde hace décadas se recogen en múltiples artículos, se puede afirmar la influencia de factores socio-ambientales y ecológicos en el origen, la causalidad y la evolución de los problemas psiquiátricos hacia la resolución o hacia la cronicidad. Espinosa (2001) se hace eco de una reciente investigación de Herman y Smith que demuestra que la reha-

bilización 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.

En este sentido, los datos que aportan los estudios epidemiológicos y la bibliografía sobre prevalencia y evolución de los problemas de salud mental (Bleuler, 1971, Jablensky, 1982, Jablensky et al., 1992, Geiser, 1992, Arribas, Martínez, Pedrós, Tomás y Vilar, 1996), es difícil que puedan explicarse abstrayéndolos de todos estos factores y razonamientos sobre los que andamos reflexionando. Estos datos aclaran que entre el 20 y el 25% de las personas afectadas tras uno o varios brotes agudos, se restablecen lo suficiente como para afrontar las exigencias de la vida; otro 20 o 25% necesitan muchos cuidados, incluyendo hospitalizaciones; y el resto, 50 a 60% pueden vivir la mayor parte del tiempo sin asistencia.

No pretendemos decir que en lo socio-ambiental se halle en exclusiva la explicación o la causa de que una persona que sufre un determinado trastorno mental termine formando parte de uno de esos tres grupos de porcentajes. Lo que sí decimos es que lo socio-ambiental contribuye de una manera importante a que así sea.

Precisamente, parece que también es entre los factores socio-ambientales, donde se encuentran evidencias que muestran una mejor recuperación de aquellos que sufriendo un problema psiquiátrico severo, viven en un país en vías de desarrollo. En el artículo firmado por Martínez Hernández (1999), se describe y analiza un estudio epidemiológico multicéntrico realizado con una muestra de pacientes de nueve países. En este estudio se obtienen resultados indicativos de que los pacientes de los países industrializados tienen peor pronóstico, en cuanto

a evolución clínica y social, que los pacientes de los países en vías de desarrollo.

Sabemos y aceptamos que todavía no existe una explicación rigurosa y contrastada sobre este hecho, pero también sabemos que en estos países, en comparación con los países desarrollados, los enfermos mentales son mejor aceptados, están menos estigmatizados y encuentran más fácilmente trabajo (OMS, 1999). Cuando al menos se dan estas tres eventualidades, no parece descabellado pensar, y menos para los que llevamos un tiempo trabajando en rehabilitación psicosocial, que aumenta la probabilidad de normalización y de vivir integrado en el entorno comunitario, desempeñando, adecuadamente, roles valiosos y socialmente considerados.

Muñoz (1999) en "Morbilidad psiquiátrica y proceso de urbanización" explica como viene de lejos el poner en correspondencia los procesos de urbanización con el posible desarrollo de enfermedades psiquiátricas. Cita los estudios que realizó Daniel H. Tuke en 1857 y 1878 en los que se llega a la conclusión de que las tasas de enfermedad mental eran más elevadas en la ciudad que en las zonas agrícolas.

Afirma que este tipo de planteamientos, a pesar de tener escaso apoyo empírico, están muy extendidos. La revisión que hace de 108 estudios posteriores a 1950 no arroja resultados concluyentes, aunque si hay una ligera mayoría de estudios a favor de una superior incidencia de las enfermedades mentales en el medio urbano.

El autor concluye su interesante artículo diciendo que los datos parecen indicar que los procesos de urbanización se asocian a determinadas patologías psiquiátricas, si bien, en coincidencia con lo expresado por la OMS, las razones de por qué eso es así no están claras, a pesar de

lo cual, y partiendo de los datos que maneja, aventura una hipótesis de interacción multicausal, para explicar tal asociación, en la que incluye factores tales como la migración selectiva hacia la ciudad de los sujetos predispuestos, los factores estresantes de la vida urbana, las menores posibilidades de apoyo y soporte social que la gran ciudad ofrece y el desarraigo social.

Podríamos citar múltiples estudios en los que se ratifica la influencia que sobre los problemas psiquiátricos tiene vivir en el medio rural o urbano. Este es el caso del estudio realizado por Varma, Wig, Phookun, Mirsa, Khare, Tripathi, Behere, Yoo y Susser (1977). Los autores afirman encontrar diferencias en el tipo de comienzo de la enfermedad, las manifestaciones tempranas y el diagnóstico en función de que el área estudiada sea urbana o rural.

En otro estudio realizado por Pedersen y Mortensen (2001a), con una muestra que ronda los dos millones de daneses, se demuestra que los sujetos que pasan sus primeros 15 años de vida en un área urbana tienen hasta tres veces más posibilidades que los sujetos que viven en una zona rural de ser diagnosticados de esquizofrenia. Vivir en la ciudad no sólo comporta mayor riesgo de sufrir una enfermedad mental, sino que este riesgo aumenta a más años pasados en zonas urbanas.

Estos mismos autores (2001b), realizan otro estudio que replica los resultados hallados en estudios previos en los que se constataba el distinto riesgo de padecer esquizofrenia en función de vivir en un medio urbano o rural.

Marcelis, Takei y Van Os (1999) realizan una investigación basada en un seguimiento de personas holandesas, nacidas entre 1972 y 1978. El seguimiento dura hasta el año 1995. Los componentes de la muestra no han de ser

mayores de 23 años. Los resultados sugieren que los factores ambientales asociados con urbanización, aumenta el riesgo de esquizofrenia.

Aunque después de lo dicho cueste creerlo, el reconocimiento de este tipo de influencias no fue siempre aceptado. Incluso quizá hoy en día todavía haya quién le niegue solvencia y justificación. No es de extrañar. Al menos desde los tiempos de Kraepelin la mayor parte de los manuales de psiquiatría han difundido la tesis de que las enfermedades mentales aparecen en todas las culturas con una prevalencia similar. Estos manuales, llamémosles clásicos, apenas consideran o tan siquiera mentan la influencia de variables como la clase social o la característica urbana o rural del hábitat. Uno de los autores que más ha contribuido a invertir esta tendencia ha sido Fuller Torrey (1980 y 1987). Este autor realiza un análisis de 70 estudios sobre prevalencia, publicados desde 1948. Del análisis realizado surge la confirmación de diferencias en prevalencia en función de variables como cultura, país en el que se reside, área geográfica (norte-sur), situación socioeconómica, hábitat urbano o rural y etnia.

3. Los trastornos mentales como problema biopsicosocial

La influencia de lo socio-ambiental en los trastornos mentales ya viene reconocida implícitamente en la categorización de dichos trastornos como problemas biopsico-sociales. Esta categorización es mayormente admitida por toda la comunidad de profesionales que se dedican a la investigación de estas problemáticas y a la atención de quienes la sufren. Lo realmente chocante es encontrar, como aun se encuentra, a personas que no negando a priori el carácter biopsicosocial de estas patologías no aceptan abierta, consecuentemente y sin reparos la influencia de dichos factores. La contradicción en la que

estas personas se encuentran sumidas, es posible que responda al oculto deseo de, por un lado no contravenir lo mayoritariamente aceptado; y por el otro seguir siendo fieles a una tradición reduccionista, que busca en lo neurofisiológico y en lo bioquímico la explicación concluyente y definitiva de los trastornos mentales.

Estas personas se resisten a reconocer, con todas las consecuencias, que hace tiempo se llegó a la conclusión de que no sólo en lo biológico se halla la explicación de las patologías psiquiátricas, y no sólo es en lo biológico en lo que hay que intervenir. Estas personas no aceptan con buen talante que el llegar a esa conclusión causó el desmentido de que la medicalización, al fin y a la postre, era el único procedimiento imprescindible y contrastadamente eficaz de afrontar la locura. Estas personas ponen reparos para admitir que hoy en día el trabajo interdisciplinar es ineludible, en tanto en cuanto cada vez hay más evidencias de que lo psicológico y lo social eran los otros dos ejes que faltaban para un correcto encuadre y una correcta explicación de estas problemáticas.

Si estas patologías tienen tanto de biológicas, como de psicológicas y sociales, y aun más, si cada uno de estos tres ejes se entrecruzan de continuo, interdeterminándose y determinando la morbilidad o la salud, la investigación y la atención no podían quedar a cobijo de una única profesión y al amparo de una única disciplina.

Acabamos pues de apelar a la aceptación abierta, sin reparos y así mismo consecuente del carácter multiaxial de la enfermedad mental. Afirmar una aceptación abierta significa no referirse a lo biológico, lo psicológico y lo social, de un modo retórico. Aceptarlo sin reparos significa asumir que para dar cuenta de tales trastornos los tres componentes son necesarios, careciendo de sentido ninguno de hecho, a lo psicológico y a lo social.

La aceptación consecuente de esa tríada de componentes nos parece importantísima. Hacerlo remarca un modo de entender los problemas psiquiátricos. Quién entiende estas problemáticas determinadas por esos tres componentes, rompe con la idea vetusta de que este tipo de males tan solo tienen que ver con la mente enferma del individuo afectado. El mal, según este proyecto posicionamiento epistemológico, estaría ubicado dentro de la persona. Se explicaría desde lo endógeno. Toda su etiología sería de naturaleza intrínseca al ser y sólo desde esa realidad endodérmica, se explicarían en última instancia sus repercusiones exteriores, exógenas, extrínsecas, exodérmicas.

Entender los trastornos psiquiátricos como trastornos de índole bio-psicosocial es negar la posibilidad de contemplarlos incardinados en un soma como realidad noumética, que al serlo, puede ser médicamente abstraída de cualquier otra realidad psicológica y social, que al fin y a la postre, según este punto de vista opuesto al biopsicosocial, siempre estaría conjugadamente subordinada a esa otra realidad primigenia.

Ser consecuente con una formulación biopsicosocial de los trastornos psiquiátricos, supone, como se viene afirmando, un posicionamiento contrario a entender los problemas de salud mental a modo de patologías que se circunscriben a la realidad interna de un individuo. Ciompi (1980b) en un estudio de seguimiento de cohortes de pacientes esquizofrénicos, llega a demostrar que las variables sociales, en comparación con las variables psicopatológicas (variables endógenas), son muchísimo más relevantes en la rehabilitación de estos enfermos.

Pronunciarse a favor de una circunscripción interiorista (somatista, intra-psíquica) de los trastornos psiquiátricos, sería algo así como presuponerlos, en tanto que categoría nosográfica, anidando en el interior de cada individuo (el ego enloquecido

como manifestación extrínseca de un conflicto intrapsíquico, o como efecto de una alteración cerebral). Por tanto, si se mantuviese esa presuposición es a ese interior, al que habría que dirigirse para entender y resolver la insania (re-establecimiento del ego dentro de los límites de la cordura). Es lo que observamos, por ejemplo, en la práctica de aquellos profesionales que tratan de neutralizar el estrés por ser una variable de riesgo, connotándolo como experiencia individual al margen de su posible génesis y naturaleza estructural.

Muy al contrario, si somos consecuentes con una formulación biopsicosocial de los problemas psiquiátricos, deberemos entenderlos entonces como resultantes de la dialéctica persona-entorno. Pero mientras que en el primer posicionamiento todo queda entre el que en sí padece (en cuanto que es cosa suya) el trastorno, el paciente, y el que ha de ser capaz de llegando a ese interior cerebral, intrapsíquico, curar o amortiguar el mal, el terapeuta; en el segundo planteamiento, unido al profesional y a la persona afectada ha de considerarse inexcusablemente implicado, lo socioambiental y lo político, entendiéndolo por tal, aquello que se refiere a la organización y gestión de los asuntos de la polis. Y vamos a decir más, sólo desde la aceptación de esa implicación de lo socioambiental y de lo político en las patologías psiquiátricas, podremos entender en toda su dimensión y extensión los modelos comunitarios de atención a personas afectadas por problemas de salud mental; y sólo desde ahí, se comprenderá el verdadero sentido y alcance de la rehabilitación psicosocial como pieza fundamental de tales modelos.

No nos engañemos, el asunto es trascendente. Parafraseando a Manuel Desviat (2000, p.119) diríamos que, *“considerar la salud y el enfermar como hechos individuales o sociales (...) conlleva modos diferentes de entender la organización de la asistencia y el cuidado, y en última instancia responden a distintas formas de pensar la sociedad...”*.

Si se defiende que la salud y el enfermar tienen que ver con lo individual, es sobre el individuo sobre el que hay que intervenir para curarle la enfermedad y proporcionarle salud. Todo lo que se refiere a su entorno, a los hechos culturales, ecológicos, socioeconómicos y políticos, sería secundario o tangencial. No es imprescindible por eso que en ese entorno se produzcan cambios, ni que se implique ni implicarlo en la salud o en la superación de la enfermedad. Navegar a favor de esta corriente es lo fácil y lo cómodo, pues no se cuestiona el estatus quo y no se transgrede lo políticamente correcto.

Por contra, si la salud y el enfermar también tienen que ver con el entorno, entonces serán imprescindibles y necesarios cambios culturales y medidas ecológicas, socioeconómicas y políticas, para preservar y promover la salud y para superar la enfermedad. Navegar a favor de esta corriente es más difícil e incómodo, pues no será sólo en una ocasión en la que haya que cuestionar el estatus quo y transgredir lo políticamente correcto.

4. Conclusiones

1. Históricamente se ha puesto en relación lo social y lo ambiental con la insania mental.
2. Desde hace décadas existen estudios e investigaciones que resaltan la gran importancia que en la etiopatogénesis y evolución de las enfermedades mentales, tienen factores socio-ambientales y físico-ecológicos como: 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.

3. Las variables y factores antes referidos, 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.
4. Tanto unas malas condiciones materiales de existencia como el resto de variables socioestructurales de riesgo, no sólo contribuyen a explicar los problemas psiquiátricos, sino que influyen determinadamente en las posibilidades de rehabilitación psicosocial de aquellos que sufren trastornos mentales severos y crónicos, al dificultar la normalizada integración en su entorno sociocomunitario.
5. Los datos epidemiológicos permiten aventurar hipótesis acerca de la mejor recuperación de quienes teniendo un problema psiquiátrico, viven en países en vías de desarrollo. A día de hoy no se ha demostrado rigurosamente esta hipótesis. Sí existen distintos estudios que llegan a la conclusión de que en factores socio-económicos como la aceptación social, la no estigmatización y las facilidades de integración laboral, más presentes en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados, reside la explicación de por qué estas hipótesis son altamente verosímiles.
6. Estudios epidemiológicos, teóricos y empíricos parecen demostrar que la vida urbana está asociada a mayor riesgo de esquizofrenia que la vida rural.
7. Contrariando la nomenclatura al uso, los trastornos mentales no son males endógenos a la mente del sujeto paciente. Entre otras cosas porque ésta es inabstraible de las realidades psicológica y social.
8. 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. La interrelación de lo biológico, lo psicológico y lo social genera una dialéctica de la que resulta la morbilidad o la salud. No puede entonces la promoción de la salud, y la prevención y el tratamiento de la morbilidad, en el ámbito de la salud mental, ser patrimonio de una profesión y una única disciplina gnosológica.
10. Llegar a la mente del ego enloquecido no basta para solventar su mal. La locura no es solamente un problema subjetivo. La locura, en sentido estricto, no brota en exclusiva del interior de un cerebro enfermo. La locura resulta de la inter-acción de la persona con su entorno.
11. Debería de reconocerse abiertamente que la existencia de patologías psiquiátricas tiene mucho que ver con lo sociopolítico. Debería explicitarse sin medianías que las propuestas de atención derivadas de los modelos comunitarios, son totalmente permeables a lo sociopolítico. Debería comprenderse que fuera de esas coordenadas sociopolíticas, la rehabilitación psicosocial pierde de hecho su sentido al tornarse inoperante.

12. Si como está demostrado, la llamada salud mental y también la llamada enfermedad mental tienen que ver con lo cultural, lo ecológico, lo socioeconómico y lo

político, para alcanzar la salubridad resultan imprescindibles cambios culturales, medidas ecológicas, alternativas socioeconómicas y decisiones políticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Altman, Y. (1975). *The environment and social behaviour*. Monterrey: Brook Cole Publishing Co.
- Arribas, M. P., Martínez, J.J., Pedrós, A., Tomás, A. Y Vilar, J. (1996). *Convivir con la Esquizofrenia*. Valencia: Promolibro.
- Barrón López de Roda, A. y Sánchez Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, (1), 17-23.
- Bleuler, M. (1971). *Die entsehung der schizophre - nie*, Berna Hans Hubber.
- Brown, G. W.; Preisman, R. C.; Anderson, M. D.; Nixon, R. K.; Isbister, J. L. & Price, H. A. (1981). Memory performance of chemical workers exposed to polybrominated biphenyls. *Science*, 212, 225-254.
- Ciampi, L. (1980a). Its die chronicle schizophrenia ein artefakt? Argumente und gegenargumente. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 48, 237-248.
- Ciampi, L. (1980b). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.
- Corraliza Rodríguez, J. A. (2000). Vida urbana y exclusión social. *Intervención psicosocial*, 9, (2), 237-248.
- Crowcroft, A. (1967/1980). *La locura*. Madrid: Alianza.
- Dalgard, O. S. and Tambs, K. (1997). Urban environment and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 171, 530-536.
- de la Gandara Martín, J. y col. (1995). Influencia del estrés psicosocial en la evolución de la esquizofrenia. *La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i am la comunitat*, 1, (0), 27-31.
- Desviat, M. (2000). La decisión clínica: entre la evidencia y las narraciones. *Psiquiatría Pública*, 2, 119-121.
- Dohrenwed, B. y Dohrenwed, P. (1969). *Social status and psychological disorders*. N. Y. Wiley
- Espinosa, J. (2001). Estigma, enfermedad mental y medios de comunicación. *AMRP*, 5, (12), 5-8.
- Geiser, M. (1992). *Esquizofrenia. Diagnóstico- Adaptación y convivencia. Una información para familiares y profanos*. Madrid: Asociación Psiquiatría y Vida.
- Griesinger (1876). *Patología y terapéutica de las enfermedades psíquicas*. Berlín.
- Hammer, M.; Makiesky-Barrow, S. & Gutwirth, L. (1978). Social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 525-545.
- Jablensky, A. (1982). Sintome, modelli di decorse e predittori di esito nelle psicosi funzionalli, alcune implicazione nosologiche. *Fogli di Informazione*, 87/88.
- Jablensky, A. et al. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A world health organizations tencountruy study. *Psychological Medicine, Monograph Supplement*, 20.
- Kohn, M. (1973). Social class and schizophrenia: a critical review and reformulation. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 60-79.
- Lemos Giráldez, S. (1986). Esquizofrenia. ¿Enfermedad crónica? Consideraciones teóricas. *Estudios de Psicología*, 25, 37-53.
- Manual de Técnicas utilizadas en Trabajo Social* (1990). Donostia: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Marcelis, M.; Takei, N. y Van Os, J. (1999). Urbanization and risk for schizophrenia: does the effect operate before or around the time of illness onset? *Psychological Medicine*, 29, (5), 1197-1203.
- Martínez Hernández, A. (1999). El pronóstico de la esquizofrenia. Un enigma común a la psiquiatría y a las ciencias sociales. *Archivo de Neurobiología*, 62, (2), 135-150.

- Muñoz, P. (1999). Morbilidad psiquiátrica y proceso de urbanización. En B. Reneses (coord.), *La salud mental en las grandes ciudades* (pp. 65-84). Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Myers, J.; Lindenthal, K. y Pepper, M. (1974). "Social class, life event and psychiatric symptoms: a longitudinal study". En Dohrenwend, B. y Dohrenwend, P. (eds.). *Stressful life events*. New York, Wiley.
- OMS. (1999) Reducción del estigma. Documento de debate, Vol II.
- Pedersen, C. B. y Mortensen, P. (2001a). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Archives of general psychiatry*, 58, (11).
- Pedersen, C. B. y Mortensen, P. (2001b). Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: a replication and reanalysis. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 46-52.
- Sánchez Vicente, M. y Fernández Blanco, J. (2000). Lo social y lo ambiental en relación a los trastornos mentales crónicos. *Trabajo Social Hoy*, 30, 23-32.
- Torrey, F. E. (1980). *Schizophrenia and civilization*. Nueva York: Jason Aouson.
- Torrey, F. E. (1987). Prevalence studies in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 130, 398-608.
- Varma, V. K.; Wig, N. N.; Phookun, H. R.; Misra, A. K.; Khare, C. B.; Tripathi, B. M.; Behere, P. B.; Yoo, E. S. y Susser, E. S. (1997). First-onset schizophrenia in the community: relationship of urbanization with onset, early manifestations and typology. *Acta psiquiátrica scandinavica*, 96, 431-438.
- Zubin, J. y Spring, D. (1997). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zubin, J.; Magaziner, J. y Stzinbauer, S. R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-557.