

# Trastornos Mentales y Estructura Social

## *Notas sobre la desigualdad chilena en salud*

CARLA AZÓCAR ROSENKRANZ

Licenciada en Antropología con mención en antropología social, Universidad de Chile

Asistente de investigación del Centro de Investigación de la Estructura Social (CIES), Núcleo de Iniciativa Científica Milenio, FACSO, Universidad de Chile.

carlazocar@gmail.com

**Resumen:** Este artículo analiza las condiciones sociales de desigualdad en salud presentes en Chile a partir del estudio de la situación de las enfermedades mentales, enfatizando especialmente el caso de la depresión. Se parte dando a conocer la magnitud del problema en el mundo y en Chile, para describir luego la forma en que el tema se aborda. Relevando el papel que juegan las variables socioculturales se intenta cuestionar algunos supuestos y evaluar las políticas que se han emprendido en los últimos años.

**Palabras claves:** *s Trastornos mentales, enfermedad mental, salud, desigualdad, variables socioculturales.*

### Magnitud del Problema: enfermedad mental en el mundo y Chile

Las enfermedades mentales<sup>1</sup> son el mal de nuestro tiempo. Así lo demuestran el nivel de prevalencia y el fuerte aumento que han mostrado dichas enfermedades en las últimas décadas. Actualmente se calcula que hay aproximadamente 450 millones de personas en el mundo que tienen desórdenes mentales o neurológicos, o que tienen problemas psicosociales como los relacionados con el uso indebido de alcohol y las drogas. Esto quiere decir que una de cada cuatro personas padece un trastorno mental en alguna etapa de su vida<sup>2</sup>.

En nuestro país el panorama no es mejor. Al contrario, entre 1992 y 1999 el equipo dirigido por Benjamín Vicente realiza un estudio que determina que la prevalencia global de enfermedades mentales encontrada en mayores de 15 años con residencia urbana es alta, variando entre 34 a 42% para alguna vez en la vida y entre 23 y 28% para los últimos 6 meses<sup>3</sup>. Otras estimaciones<sup>4</sup> han determinado que en Chile sólo la depresión y distimia<sup>5</sup> afectan a un 10.7% entre las mujeres y el 4.9% en hombres,

---

1. Entre los trastornos mentales comunes figuran los trastornos depresivos, la esquizofrenia, el trastorno por abuso de sustancias, la epilepsia, el retraso mental, los trastornos de la infancia y la adolescencia y el Alzheimer.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, OMS, Ginebra, 2001.

3. B. Vicente, P. Rioseco et al., "Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica", Revista Médica de Chile. v. 130, no. 5, Santiago de Chile, 2002.

4. Las divergencias entre ambas cifras no se explican por un descenso vertiginoso de los problemas. Es más probable que se deba a la utilización de diseños metodológicos de recolección de datos muy diferentes.

5. La distimia o trastorno distímico es un trastorno del ánimo de carácter depresivo, crónico, similar a la depresión, aunque no cumple con todos las variables para este diagnóstico.

mayores de 15 años, lo que equivale aproximadamente a 800 mil chilenos<sup>6</sup>. La "Encuesta Mundial de Salud Escolar: Chile"<sup>7</sup> sondeó a estudiantes de entre 13 a 15 años, determinando que se presentaban síntomas sugerentes de depresión en altos niveles: 20% había considerado suicidarse y 15% había elaborado alguna vez un plan para quitarse la vida.

Las consecuencias sociales y económicas de la enfermedad mental son enormes, por la *mortalidad y discapacidad* que generan. En este sentido, más de la mitad de las muertes por suicidio se deben a depresión y es reconocido que las personas con depresión experimentan el doble de mortalidad que la población general y sufren mayores limitaciones en su funcionamiento psico-social que aquellas con enfermedades físicas crónicas como Hipertensión y Diabetes<sup>8</sup>. Así, los trastornos mentales son responsables directos del 3,4% de todas las muertes en mayores de 15 años y contribuyen a otras causas de mortalidad en una proporción probablemente superior al 10%. La discapacidad por enfermedades mentales es responsable de un sexto de las licencias médicas y de las pensiones de invalidez.<sup>9</sup>

Poniendo estas cifras en su contexto, las causas de morbilidad y mortalidad han cambiado desde las enfermedades infecciosas hasta las enfermedades crónicas no transmisibles. Esto, junto a la transición al envejecimiento de la población ha motivado que los esfuerzos en los últimos años hayan estado orientados a determinar los principales problemas de salud en la actualidad y medir la importancia relativa en términos de la "pérdida de años de vida" que se producen por la muerte prematura y la discapacidad. Es por ello que hay indicadores que dan valor a la pérdida de años más productivos del ciclo de vida de las personas.

El año 2000 se calcula que las enfermedades mentales fueron responsables de un 12% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos por enfermedades y discapacidades en el mundo<sup>10</sup>. En Chile, en cuanto a la *pérdida de años saludables de vida por muerte o discapacidad*, se observa también una relación de 1:6 entre las enfermedades mentales y la carga global de todas las patologías<sup>11</sup>. Durante el 2007 las enfermedades mentales tuvieron un promedio de 15 días y el mayor número se concentra en la población de 20 a 40 años.

Pero en el campo de las enfermedades mentales no sólo llaman la atención los altos niveles de prevalencia. En las últimas décadas es posible observar en las cifras que describen la morbilidad un sostenido aumento en la frecuencia de trastornos mentales, y de su visibilidad en los sistemas de salud de nuestro país. En 1990 la depresión era la cuarta causa de impedimento y muerte prematura en el mundo, y se estima que para el 2020 ésta va a escalar hasta el segundo puesto. Ninguna enfermedad, ni

6. *Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, Santiago, 2003; El Mercurio, 10 de junio de 2008.*

7. *MINSAL, Encuesta Mundial de Salud Escolar Chile 2004. Informe preliminar, Santiago, 2005.*

8. *Hospital del Salvador, Unidad de Enfermedades del ánimo, Servicio de Psiquiatría, y Dpto. Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Estudio de evaluación de la atención secundaria de la depresión. Informe final, Santiago, 2004.*

9. *MINSAL, Enfermedades mentales en Chile, magnitud y consecuencias, Santiago, 1999.*

10. *OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, Ginebra, 2001.*

11. *MINSAL, op. cit. 1999.*

quiera el cáncer, ha aumentado tan rápidamente.<sup>12</sup>

Las licencias tramitadas por problemas de salud mental crecieron en 82% entre 2005 y 2007. Durante el año 2007 casi 560 mil chilenos pidieron una licencia médica por trastornos mentales y del comportamiento el año pasado. Se cree que para el año 2008 se podría llegar a las 700 mil licencias. Y al mismo tiempo que ha aumentado los trastornos mentales han aumentado las cifras de suicidios, de alrededor de 1000 personas en los noventa, a 1600 a 1700 en la actualidad. Según cifras que entregó el Centro de Información Toxicológica y de Medicamentos, el número de gente que ha intentado quitarse la vida se ha triplicado en los últimos 12 años. ¿Pero a qué se debe que existan cifras tan altas?

## Una Sociedad cada vez más Inhospita

No es difícil intuir que algo pasa actualmente; que hay formas de vivir distintas a las que había hace algunas décadas que nos hacen vulnerables a estas enfermedades. Partamos entonces por el contexto en que nacen y se desarrollan los trastornos de los que hemos estado hablando, la sociedad contemporánea.

Ulrich Beck señala que se vive un cambio social dentro de la modernidad en cuyo transcurso se abandona las formas de la sociedad industrial; a este proceso le llama *individualización*. El ingreso al mercado de trabajo va unido a libertades respecto de los lazos familiares, vecinales y profesionales, de clase, respecto de lazos con la cultura y territorios locales. Esto significa que los seres humanos son remitidos a sí mismos y a su destino laboral individual. Como consecuencia los problemas del sistema se desligan de su trasfondo político y se interpretan como fracaso personal. Es lo que Beck llama "el calvario de la autoconciencia"; antes la conciencia de clases le daba a la pobreza posibilidades de descarga y formas de apoyo, hoy los problemas sociales se transforman en disposiciones psíquicas: insuficiencia personal, sentimientos de culpa, miedos, conflictos y neurosis. La individualización e individuación<sup>13</sup> se relacionan también con la situación de las familias. Las mujeres se han desligado del trabajo doméstico y el matrimonio, y con ello la moral familiar propia de la sociedad industrial es suprimida<sup>14</sup>. Tras estas transformaciones, las biografías individuales no pueden ser interpretadas por significados comunes formados en situaciones comunes<sup>15</sup>.

Una visión similar tiene Zygmunt Bauman, quien señala que durante el capitalismo los individuos viven vidas aparentemente más libres, pero en realidad más aisladas, llenas de temores y aprensiones, en medio de una constante sensación de incertidumbre. Los individuos son más libres, pero no pueden cambiar la forma en que funcionan las cosas en el mundo<sup>16</sup>. En los individuos hay una nueva conciencia de que la única posibilidad parece ser vivir en la incertidumbre, donde todo aparece como

---

12. OMS, *op. cit*

13. Para Robles se puede distinguir entre individualización, que ocurre en inclusión social del Estado de bienestar de países desarrollados, e individuación, en medio de la exclusión propia de Latinoamérica.

14. U. Beck, *La sociedad del riesgo, hacia una nueva modernidad*, Paidós, Barcelona, 1998.

15. F. Robles, *El desaliento inesperado de la modernidad*, RIL Editores, Santiago, 2000.

16. Z. Bauman, *En busca de la política*, FCE, Ciudad de México, 1999.

errante, tentativo, sin centro y las señales resultan fugaces y frágiles: “Los hombre y las mujeres posmodernos han cedido una porción de sus posibilidades de seguridad a cambio de una porción de felicidad. Los descontentos de la modernidad eran el resultado de un tipo de seguridad que permitía demasiado poca libertad en la búsqueda de felicidad individual. Los descontentos de la posmodernidad surgen de un tipo de libertad en la prosecución del placer que permite demasiado poca seguridad individual”<sup>17</sup>.

Richard Sennett da cuenta también de la relación que existiría entre el advenimiento de un “capitalismo flexible”, caracterizado por un mercado global de gran dinamismo y el inmenso desarrollo tecnológico, y un proceso que individual que llama “corrosión del carácter”. Aquí, la reinención continua de las instituciones y la especialización flexible de la producción impedirían una organización del trabajo tradicional. En vez de eso es necesario estar asumiendo riesgos continuamente, desarrollar un comportamiento ágil y estar dispuesto siempre al cambio y a la ausencia de una carrera y una rutina. En este contexto el debilitamiento de los vínculos sociales, de la amistad, de la comunidad, del compromiso mutuo, las relaciones sociales duraderas es inevitable. A nivel individual las consecuencias son la imposibilidad de desarrollar un relato de identidad que organice la conducta, de forma al avance del tiempo y explique por qué suceden las cosas. Falta una narración que por su forma tenga un efecto terapéutico, ya que en ella la noción de comunidad involucrada nos libera de asumir la responsabilidad por hechos ajenos a nuestro control.<sup>18</sup>

A través de este tipo de literatura social se puede desprender la individualización, individuación, riesgo, incertidumbre, impotencia y falta de un relato identitario fuerte con base en la colectividad están asociados a molestias subjetivas, malestar, ausencia de bienestar subjetivo, desdicha, infelicidad, tristeza y apatía.

Esto aún no nos permite explicar el fenómeno, ya que no sólo se trata de malestares sino que de cuando el estado de malestar traspasa ciertos límites, para comenzar a ser patológico y se puede hablar de *enfermedad*

## Interpretaciones Dominantes de la Enfermedad Mental

Respecto a los trastornos mentales existe diferentes visiones que intentan encontrar su etiología. La primera, más común, más clásica, más desarrollada, y sobretodo más hegemónica es la explicación biologicista. Desde este punto de vista la enfermedad mental tiene una base en la configuración fisiológica de los individuos. Se explica así las diferencias en la influencia de la edad y el sexo en los trastornos mentales en general.

El primer punto en este sentido son los aspectos genéticos y hereditarios; todos ellos están asociados a un importante componente de riesgo<sup>19</sup>. La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neuroci-

---

17. Z. Bauman, *La posmodernidad y sus descontentos*, Akal, Madrid, 2001, p. 10.

18. R. Sennett, *La corrosión del carácter*, Anagrama, Barcelona, 2000.

19. OMS, *op. cit.*

rugía señala la participación de varios genes.<sup>20</sup>

También se ha probado a través de distintos estudios la asociación entre los trastornos y lesiones excitatorias en distintos puntos del sistema nervioso (aspectos anatomofuncionales), aspectos neuroendocrinológicos, la alteración de los ritmos circadianos durante la ocurrencia de un cuadro, anomalías en la conducta eléctrica de la piel, en el EEG (registro electroencefalográfico), en los potenciales evocados cognitivos y en los potenciales corticales lentos, la influencia de las estaciones, de la latitud y las oscilaciones del periodo de luz natural. Se ha observado relación entre diversos trastornos y la comunicación neuronal (aspectos neuroquímicos), aunque en la depresión no siempre se producen anomalías anatómicas.<sup>21</sup>

El segundo tipo más legitimado de interpretación de la enfermedad mental proviene de la psicología. Está demostrado que la vivencia de eventos vitales estresantes, como la pérdida de un familiar cercano, del rol laboral o del status social, anteceden a la ocurrencia de algunos trastornos mentales.<sup>22</sup> Ha sido demostrado, por ejemplo, que para mujeres la experiencia de haber sido golpeada, violada o maltratada puede llevar a la depresión. Pese a ello, las teorías psicológicas en general sitúan el factor central en lo intraindividual, siendo las situaciones estresantes algo que puede ser experimentado por cualquier persona en algún momento de la vida. Se ha determinado en este sentido la importancia de las relaciones con los padres y otros cuidados durante la infancia.<sup>23</sup>

Al mismo tiempo, algunas teorías relevan el papel que puede jugar tener cierto tipo de personalidad premórbida en el padecimiento de ciertos trastornos anímicos. La depresión unipolar se asocia a un tipo de personalidad llamada "typus melancholicus", característica de personas que se destacan por su meticulosidad, pulcritud, orden, introversión, rigidez, poca expresión verbal de afectos, autorreproche, dependencia, convencionalidad, y responsabilidad, entre otros rasgos. La depresión bipolar, en cambio, es típica en el "typus manicus", caracterizada por la extraversión, creatividad, espontaneidad, autonomía, liberalidad, desorden, etc.<sup>24</sup>

Por otro lado, vertientes cognitivo-conductuales han señalado que los trastornos mentales pueden ser producto de un comportamiento maladaptado aprendido, que se configura por las interacciones con el ambiente natural o social<sup>25</sup>. Entonces, ciertos trastornos mentales pueden ser producto de la incapacidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante. Es necesario mencionar en este sentido el modelo de Lewinsohn, según el cual la depresión se produce por una reducción prolongada de los reforzadores ambientales positivos. Esta reducción produce un descenso de las conductas motoras y verbales seguido de la instalación de conductas depresivas y sentimientos disfóricos. Posteriormente se considera lo cognitivo como un factor en la medida que es moderador de

20. Véase página web de la *Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*. <http://www.sonepsyn.cl/index.php?id=645> [06/09].

21. A. Heerlein, *Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile*, Santiago, 2000.

22. *Ibid.*

23. OMS, *op. cit.*

24. A. Heerlein, *op. cit.*

25. OMS, *op. cit.*

los efectos del ambiente, crítico para determinar si las condiciones externas derivarán en depresión: la atención se centra crecientemente en el yo como consecuencia de los esfuerzos fallidos para enfrentar las condiciones negativas del ambiente <sup>26</sup>.

Otra aproximación al problema es la de Seligman y su teoría de la “indefensión aprendida” que, de forma similar al modelo anterior, señala que la depresión es causa de la falta de control sobre los refuerzos. Para eso es necesario que el trauma al que esté expuesto el sujeto sea incontrolable. Así las personas aprenden que el acontecimiento es independiente de sus respuestas. La indefensión aparecería principalmente entre personas con un determinado “estilo atributivo”, es decir, quienes asignen ciertas causas a los acontecimientos <sup>27</sup>.

En el modelo de A. T. Beck también se determina ciertas condiciones de vulnerabilidad que aumentan la probabilidad de depresión en ciertos sujetos y no en otros. Es necesario, en este sentido, que haya al mismo tiempo una visión negativa del yo, una visión negativa de la experiencia presente y una visión negativa del futuro. Esta vulnerabilidad se manifiesta sólo cuando hay un factor que precipita dichos procesos cognitivos; debe haber un acontecimiento vital estresante que precipite la depresión <sup>28</sup>.

## Límites de la mirada Biológica e Individual

Los trastornos mentales son universales, es decir, pueden afectar a personas de todos los países, sociedades y características. Sin embargo, si se observa la frecuencia es posible distinguir que es mayor en ciertos grupos específicos de personas. Los datos de encuestas transnacionales demuestran que la tasa de trastornos mentales es cerca de dos veces más frecuente entre pobres que entre ricos <sup>29</sup>. Los modelos psicológicos que hemos nombrado no pueden explicar por sí mismos estas diferencias.

Los estudios poblacionales chilenos no han abordado en profundidad la relación entre frecuencia de enfermedades mentales y nivel socioeconómico, sin embargo aportan algunas evidencias concordantes con los resultados de investigaciones en otros países. En términos operacionales, las tasas de prevalencia son inversamente proporcionales al nivel socioeconómico. En los estudios de la década del 90, existe una relación inversa en las prevalencias de vida y seis meses para los trastornos ansiosos y cuadros comórbidos cuando se considera el nivel socio-económico y un mayor riesgo de presentar un desorden por sustancias en quienes tienen ingresos entre 801 y 1.500 dólares norteamericanos. También una relación inversa entre el nivel educacional (característica asociada a grupos socioeconómicos) y la prevalencia de vida encontrada para cualquier desorden, comorbilidad y el grupo de los cuadros ansiosos <sup>30</sup>.

---

26. E. Sánchez, “Por una sociología de la enfermedad mental: etiología”, *Cuadernos de Trabajo social*. Vol. 16, 2003.

27. *Ibid.*

28. *Ibid.*

29. OMS, *op. cit.*

30. B. Vicente et al., *op. cit.*

Los hallazgos se repiten en estudios posteriores. Según la “Encuesta Nacional de Salud” de 2003 todos los problemas de salud significativos para la población de nuestro país tienen un comportamiento desigual, afectando preferentemente a los más pobres, a los que tienen menos años de escolaridad y a los de mayor edad<sup>31</sup>. Un reflejo de esta realidad es que si para Chile la depresión alcanza cifras cercanas al 10% la incidencia es mayor en consultorios de atención primaria, donde en Santiago de Chile se registrarían cifras superiores al 20%<sup>32</sup>.

Además de estas diferencias sociales hay grupos particulares como los indígenas que presentan una alta prevalencia de enfermedades mentales con un perfil epidemiológico diferente al resto de la población. Estas poblaciones tienen una forma diferente de entender la enfermedad mental, distintos factores protectores, sensibilidad particular a algunos factores de riesgo y recursos para enfrentarla. Estos grupos se concentran en sectores económicos menos favorecidos<sup>33</sup>.

Y entre las distintas sociedades se repite la desigualdad. Existen diferencias entre países desarrollados y subdesarrollados en lo que se refiere a la atención en salud mental<sup>34</sup>.

La alta prevalencia de trastornos mentales en grupos pobres se podría explicar por la transición hacia la pobreza de personas mentalmente enfermas y discapacitadas por estas enfermedades, ya que como dijimos anteriormente las enfermedades mentales pueden ser muy invalidantes, al punto de limitar la capacidad de trabajo de las personas. A esto se suma la estigmatización, que conduce a las personas a no relacionarse con enfermos mentales, a no emplearlos ni trabajar con ellos o a no arrendarles viviendas ni vivir en sus proximidades<sup>35</sup>.

En segundo lugar se puede explicar la mayor prevalencia de trastornos en ciertos grupos por la desigual distribución de la asistencia médica. La pobreza, unida a factores el menor nivel económico, educacional, el desempleo y la condición minoritaria étnica, racial y lingüística puede levantar grandes barreras al acceso a la asistencia médica<sup>36</sup>.

En Chile, el sistema de salud es mixto, aunque predomina el sector estatal que es el que atiende a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedades<sup>37</sup>. Para ambos sectores existe un plan general de garantías en salud (AUGE) donde se incluyen la depresión en mayores de quince años, junto a la esquizofrenia y el consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de veinte años. Esto significa que el sistema de salud público y el privado, deben proveer cobertura a todas las personas en quienes se diagnostique estos problemas al momento de demandar

---

31. Pontificia Universidad Católica (PUC), *Encuesta Nacional de Salud Chile 2003. Informe Final, 2004. Versión digital disponible en [http://www.emol.com/noticias/documentos/informe\\_salud.pdf](http://www.emol.com/noticias/documentos/informe_salud.pdf)*

32. MINSAL, *op. cit.* 2003.

33. MINSAL, *op. cit.*, 2001.

34. OMS, *op. cit.*

35. *Ibíd.*

36. *Ibíd.*

37. A. Minoletti & A. Zaccaria, “Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 18, no. 4-5, 2005.

atención de salud; se les garantiza el acceso a tratamiento desde el momento de la confirmación del diagnóstico, que contempla consulta con médico y con otros profesionales de salud, terapia de grupo e individual y tratamiento farmacológico. Según el Ministerio de Salud un tercio de los 800 mil chilenos que padecían depresión estaban siendo atendidos por el AUGGE en noviembre de 2007<sup>38</sup>.

Pero el sistema de salud chileno sigue siendo altamente desigual, que pasa por la segmentación de la población en un servicio de salud privada, de mayor calidad y al que sólo algunos pueden acceder, y un sistema privado con permanentes déficit de recursos para garantizar salud de calidad, tanto en atención como promoción y prevención. El sistema ISAPRE, cubre cerca de un 25% de la población y recibe un 69% de los recursos provenientes de las cotizaciones, en tanto que FONASA sólo recibe un 31% del total de cotizaciones del sistema, otorgando cobertura al 64% de la población<sup>39</sup>. Además, el asegurador público debe hacerse cargo de una población con mayor carga de enfermedad, que en los hechos es excluida del sistema ISAPRE mediante el encarecimiento de los precios de sus planes de salud.

Al interior del servicio público hay importantes desigualdades territoriales en la provisión pública de servicios, incluso en una misma región como la Metropolitana. Esto tiene relación con que los municipios se encargan de la administración de centros de salud de su comuna, pudiendo destinar dinero a ello. Entonces, las desigualdades están dadas principalmente porque los municipios que destinan mayores aportes *per capita* a salud no serían de aquellas comunas con mayor necesidad, a la vez que los esfuerzos para asignar recursos financieros del gobierno central son insuficientes para corregir el impacto del aporte municipal<sup>40</sup>. Esto deriva muchas veces en que los servicios públicos esenciales de salud no llegan a muchas zonas urbanas de exclusión geográfica y marginalidad económica.

Además de la atención -y creo que es lo fundamental para comprender el problema-, las condiciones de vida promueven que la salud este desigualmente distribuida, concentrándose las causas de trastornos mentales en los pobres. Varios estudios sociológicos muestran que hay factores sociales subyacentes que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la depresión. En un clásico modelo de Brown y Harris la clase social y la etapa del ciclo vital son determinantes, al mismo tiempo que debe haber sucesos vitales graves o dificultades mayores que actúen como estresores. En tercer lugar juegan un papel importante los factores de vulnerabilidad, que son la frecuencia y cantidad de relaciones sociales, la muerte de la madre antes de cierta edad, la presencia de hijos pequeños y la carencia de un empleo<sup>41</sup>. Pese a que este modelo otorga mayor importancia a las variables sociales, se considera una variable psicológica para explicar: la desesperanza que es desarrollada sólo por aquellas personas que tienen baja autoestima. Posteriormente, R. Cochrane propone que la *distribución de recursos de afrontamiento disponibles* ante una situación de estrés se relaciona con las posiciones sociales. La enfermedad mental se considera una respuesta entre un repertorio de posibles respuestas, determinado por las diferencias en el status socioeconómico. La autoestima como mecanismo de respuesta más deseable ante situaciones de estrés es típico de algunos grupos: varones de alto estatus social, quienes disponen de un empleo

---

38. *Ibid.*

39. O. Arteaga, I. Astorga, A. M. Pinto, "Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile", *Cad. Saúde Pública*, vol. 18, no. 4, Río de Janeiro, 2002.

40. *Ibid.*

41. E. Sánchez, *op. cit.*



y las mayorías étnicas<sup>42</sup>. Por otra parte, Mirowsky y Ross explican que hay ciertas características socio-demográficas, como el empleo, los ingresos, la educación, el género, la raza y el estatus matrimonial, que dan lugar al desarrollo de ciertas creencias e interpretaciones acerca de la sociedad y las relaciones sociales. El nivel de deterioro psicológico (depresión y ansiedad) va a depender de estas creencias. Así, en la comprensión del yo y la sociedad habría tres puntos fundamentales: alienación, autoritarismo y desigualdad<sup>43</sup>.

De lo anterior se puede desprender que en la pobreza hay formas de vida, conductas, comportamientos estructurados, percepciones expectativas y valores recurrentes que actúan como factores de riesgo que predisponen a los pobres a padecer ciertas enfermedades mentales. Tomando las premisas psicologicistas se puede decir que los pobres están sometidos a una cantidad mayor de situaciones estresantes que pueden desencadenar depresión: cesantía, drogadicción, muerte de personas cercanas, enfermedades importantes, grandes carencias materiales, delincuencia, entre muchas otras posibilidades probables. Además, la posición en la estructura social es significativa en la medida en que se asocia a una cultura en particular. Esta idea de cultura incluye toda la información y capacidades que poseen las personas por el hecho de formar parte de un grupo social: prácticas, códigos, normas, reglas, valores, basados en sistemas de creencias. Como producto adquirido durante la socialización, la cultura, media entre la posición de las personas en la sociedad y las formas en que se desarrolla su aparato psíquico, y que posteriormente se desenvuelve su historia clínica. Como señaló Bourdieu<sup>44</sup>, el significado que dan las personas al mundo está moldeado por las estructuras objetivas de la sociedad; las posiciones de clase que los individuos ocupan dan forma a su visión de mundo y a su cultura. Así, personas de diferentes posiciones de clase tienen diferentes gustos, estilos de vida y preferencias valorativas. Determinar exactamente cuáles son concretamente los patrones culturales que median positiva o negativamente entre el entorno socioeconómico y las enfermedades mentales es un problema posible para de alguna futura investigación.

## Qué hacer con la Enfermedad Mental

Hemos dicho que existían diferentes formas de entender los trastornos mentales, dependiendo del enfoque que se privilegie. Cada perspectiva se asocia a estrategias para enfrentarlos. Así, cuando se piensa en que están asociados a disturbios a nivel biológico del organismo, se recomienda la adopción de tratamientos farmacológicos. Las teorías explicativas basadas en el individuo se asocian por lo general a la terapia psicológica; y las explicaciones sociales, a un tipo de tratamiento llamado "rehabilitación psicosocial". Esta consiste en mejorar las competencias del enfermo e introducir cambios en el entorno. Se enfoca en aspectos que permiten el funcionamiento en la comunidad: la vivienda, rehabilitación laboral, el empleo y las redes de apoyo social para habilitar a los consumidores, reducir la discriminación y competencia social y crear redes de apoyo social duradero<sup>45</sup>.

---

42. *Ibid.*

43. *Ibid.*

44. P. Bourdieu, *The field of cultural production: Essays on Art and Leisure*, Columbia University Press, New York, 1993.

45. OMS, *op. cit.*

Aún existen divergencias sobre la efectividad a corto, mediano y largo plazo de cada tratamiento por sí mismo, divergencias que están asociadas a nichos económicos y de poder al interior del ámbito de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud la disponibilidad de medicamentos se considera fundamental en la medida que reducen los síntomas y con ello la discapacidad, acortan el curso de los trastornos y previenen que haya recaídas. Constituyen un tratamiento central donde no puede recurrirse a intervenciones psicosociales y profesionales suficientemente capacitados. En la segunda mitad del siglo XX se ha descubierto y mejorado medicamentos útiles para el manejo de trastornos mentales, aunque reconociendo que actúan frente los síntomas, aunque no todos actúan sobre las enfermedades y sus causas. Estos medicamentos más modernos tienen menos efectos secundarios adversos, pero son bastante más caros<sup>46</sup>, y en este sentido acentúan las diferencias en el mapa de desigualdades en salud que existe hasta este momento.

Los tratamientos con psicoterapia suelen ser también muy desiguales. Los servicios de salud pública no son capaces de brindar tratamiento psicológico de buena calidad, principalmente por la restricción de horas necesarias para llevar a cabo una terapia profunda y completa. Así, se dedican mayormente a terapias breves que no son siempre suficientes para el nivel de los problemas, y tener una terapia psicológica de calidad y suficiente es un privilegio de quienes pueden pagar por ella fuera de los servicios públicos. La atención en la comunidad, en cambio, se considera en el último tiempo<sup>47</sup> altamente deseable desde el punto de vista de derechos humanos y calidad de vida de las personas, y sobretodo desde el punto de vista económico<sup>48</sup>, lo que se asocia a transformaciones en los modelos de salud mental de varios países.

En la mayoría de los países el gasto en salud mental es inferior al 1%, y en la mayoría de ellos además no se cuenta con una política de salud mental. A diferencia de muchos países, Chile cuenta con una política de salud mental -el "Plan nacional de salud mental y psiquiatría"- que no sólo esboza la organización las redes de atención, sino que se fija el objetivo de "ser un aporte al desarrollo humano". Aquí, tanto los factores biológicos como los "psicosociales" son relevantes para determinar la salud mental de las personas. Ante esto, la salida son acciones capaces de modificar las condiciones y hábitos de las personas y familias. Y allí la intersectorialidad y participación se proponen como principios fundamentales.

## Algunas ideas para concluir

Chile es un país tremendamente desigual. Las estadísticas internacionales lo sitúan como uno de los países con peor distribución de ingresos de América Latina. Esta desigualdad tiene manifestaciones muy diversas, y una de estas manifestaciones está en el ámbito de la salud. Con la irrupción de la nueva gripe humana, se ha recordado (aunque escasamente) que antes de las muertes mundiales, también algunas enfermedades tan letales y difundidas tuvieron un carácter marcadamente social, y que

---

46. *Ibid.*

47. *Todavía no son tan evidentes las maravillas y problemas de esta moda.*

48. *OMS, op. cit.*

mataban a quienes no podían hacer uso de la costosa profilaxis necesaria para capearla. Sin embargo, se olvida que cuando no hay epidemias fulminantes también es posible ver un mapa de enfermedades que se pinta de distintos colores según las clases sociales. No se trata sólo de que las enfermedades infectocontagiosas están relacionadas con las diferencias sociales. La pobreza no se caracteriza sólo por personas sumidas en viviendas precarias, donde no hay regulación de la temperatura y nivel de humedad en el que se duerme, ni por la falta de un tratamiento de la basura, o por la escasez en el acceso a agua potable y alcantarillado, o por la abundancia de animales domésticos malamente cuidados que transportan parásitos e infecciones. Ni siquiera se trata sólo de malas formas de alimentación y consumo de sustancias nocivas.

Por las características ampliamente desiguales de la estructura que caracteriza a nuestras sociedades actualmente, el nivel económico nos permite predecir sin problemas las posibilidades de los individuos de padecer algún trastorno mental.

En esta ocasión no intentamos negar la existencia de disposiciones fisiológicas o procesos psicológicos relevantes causales de los trastornos anímicos, pero sí relevar su relación con lo social y cultural. La salud en general es un proceso complejo, donde los procesos salud-enfermedad dependen de las interacciones entre las personas y su entorno. El entorno incluye tanto a las condiciones materiales de vida como al ambiente social en el que se insertan los individuos. En tal sentido, actúa favoreciendo la aparición de enfermedades, dificultando o facilitando que la persona enferma reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere.

Por la multicausalidad y complejidad de los trastornos mentales no es posible establecer en este momento cuál es la capacidad explicativa de los factores sociales. A pesar de ello, nuestro país intenta implementar hace más de una década un modelo de salud general con enfoque familiar y comunitario, que busca anticiparse a la presencia de enfermedades, relevando la promoción de conductas protectoras y la prevención de los problemas de salud. El punto crucial reside en que si se quiere consolidar este enfoque es fundamental poner atención en las determinantes sociales de la salud.

El problema es que se sigue invirtiendo muchísimo dinero en paliativos. No mucho se logra con intentar disminuir colas en las urgencias, tiempos de esperas, aumentar la dotación de médicos, psiquiatras, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos, calmantes, incitadores del sueño o estimulantes, si no se hace lo suficiente por transformar el régimen de desigualdad general que existe hoy en Chile. **N**

*á.t.t.a*