Determinantes sociales de la salud y su impacto en la salud mental: De lo individual a lo colectivo

Alberto Martínez Serrano. Psicólogo. Centro de Acogida para Persona sin Hogar de Cáritas Interparroquial de Elche.

Paco Pardo García. Psicólogo. Programa Acogida y Acompañamiento de Cáritas Diocesana de Girona.

Ambos autores forman parte de Grupo Confederal de Salud Mental y Emocional de Cáritas.

Puedes encontrar a Paco Pardo en Twitter.

> *La edad, el sexo o las condiciones físicas y genéticas, no son los únicos factores que pueden condicionar o impactar en nuestra salud mental. Nuestros estilos de vida, el tipo de red social y comunitaria, las condiciones de vida y trabajo o las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales de un país, pueden tener un papel muy relevante en el malestar psicológico de las personas, haciendo que en algunos casos se llegue a un trastorno mental y/o emocional, mostrando la fragilidad humana en estado puro.*

Actualmente si alguien presenta algún tipo de manifestación psicopatológica, la sociedad ofrece, siguiendo los planteamientos ideológicos dominantes, una solución individual a un problema que resulta colectivo: enviamos al psicólogo o al psiquiatra a la persona, porque el problema lo tiene el

individuo. Deformamos aquella afirmación de Ortega y Gasset de: *Yo soy yo y mis circunstancias*. Subrayamos el yo y nos olvidamos de las circunstancias. **Sin embargo, bien podríamos aseverar que es en las *circunstancias* donde hallamos los determinantes sociales que están en el origen de la *neurosis* individual.**

En el siguiente artículo pretendemos poner en valor la **importancia del contexto que rodea a la persona como posible potenciador de problemáticas de salud mental y emocional**. La carencia o ausencia de necesidades básicas para el ser humano, puede perfectamente derivar a toda una serie de dificultades psicológicas que condicionen el proyecto de vida de una persona o de una sociedad en general.

Javier Padilla y Marta Carmona en su libro ***MALESTAMOS, Cuando estar mal es un problema colectivo***, nos avisan que*:Estamos mal, porque mal y porque estamos, porque la existencia de unas condiciones estructurales, sociales y políticas deja una impronta sobre nuestras biografías que hace que esto no sea una cosa que me pasa aislada del contexto, sino que el contexto forma parte no solo de las causas sino del problema en sí mismo.* [1]

A continuación, presentamos tres apartados que exploran el papel generador de malestar psicológico de los determinantes sociales de la salud, haciendo hincapié en la importancia de no individualizar el problema cuando este es colectivo y tiene solución colectiva.

1. Origen de los determinantes sociales de la salud, marco teórico.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o

enfermedades. OMS (Organización Mundial de la Salud)[2].

En el año 1974, Marc Lalonde, ministro de Salud del Gobierno Canadiense, irrumpe con un nuevo paradigma que revolucionará la idea que se tenía del concepto de salud y que a día de hoy continúa vigente. Lalonde presentará en un informe que llevaba por título: ***A new perspective on the health of the canadians-a working document*** [3] ,que sería conocido como el *Informe Lalonde*, un **modelo de salud pública explicativo de los determinantes sociales de la salud**, en el cual, por primera vez, se reconoce que factores como el estilo de vida, el ambiente tanto individual como social en un sentido más amplio, junto a los factores biológicos y de organización social, determinan nuestro estado de salud o mejor dicho tienen un impacto en el origen de vulnerabilidades tanto físicas como psicológicas.

Se dice que la innovación tiene como característica principal hacer un bien a la humanidad, aportar un cambio significativo en la vida de las personas, ayudar a prosperar, probablemente Lalonde, en esa década de los 70 no se imaginaría el gran impacto que tendría esa visión global de la salud, y que, como vamos a comentar a continuación, tendría una evolución y un estudio constante de mejora.

El nuevo modelo obligaba a **comprender la salud desde una mirada más global**, en el que la ausencia de enfermedad ya no era únicamente lo importante para determinar si una persona presentaba un buen estado de salud, nuestro estilo de vida, el número de amistades y amigos que teníamos o el barrio en el que nuestro proyecto de vida se había desarrollado entre otros determinantes, empezaban a formar parte de eso que llamamos estado global de salud. No es baladí que esa nueva perspectiva sobre la salud tuviera un fuerte impacto en la sociedad, pero debieron pasar años como a continuación describiremos, en los que finalmente la OMS, adoptará esta nueva idea, esta nueva mirada de la salud.

Años antes que la OMS definiera **los determinantes sociales de la salud (DSS) como *las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*,** otros investigadores iniciaban sus estudios y aportaciones a esta nueva visión.

En los años 90, Dahlgren y Whitehead introducen su modelo que, a la luz del concepto de Lalonde, abre las puertas a entender cómo las inequidades en salud son el resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, el que corresponde al individuo y la comunidad donde vive, hasta el nivel de condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales[4].

No sólo lo biológico o lo individual, la carencia de una red social y comunitaria, los estragos del desempleo precario, la falta de unos servicios de agua o sanitarios o el sistema político establecido y su organización, pueden y determinan la salud de sus ciudadanos. Este modelo ya nos muestra el camino hacia una lucha de derechos para la persona: el derecho a un trabajo digno, a unos servicios sanitarios adecuados, a una vivienda digna, a no estar sólo y verse arropado por el barrio, por la comunidad, el derecho a vivir con dignidad entre otras peticiones de derecho con una fuerte connotación colectiva y comunitaria.

A partir de 1998, se incorpora a estos estudios el modelo de Diderichsen, un modelo de estratificación social y producción de enfermedades. En este modelo, la manera como se organiza la sociedad crea un gradiente de estratificación social y asigna a las personas una posición social. Es esa posición social la que determinará las oportunidades de salud que tenga una persona a lo largo de su vida.

Siguiendo con los diferentes modelos que van surgiendo influenciados para el nuevo paradigma que en 1974 presenta el Informe Lalonde, se haya también el modelo de Brunner, Marmot

y Wilkinson que da énfasis a las influencias a lo largo de la vida. Este modelo vincula la estructura social con la salud y la enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales.

Pero llegamos al año 2005 en el que finalmente la Organización Mundial de la Salud, crea la comisión DSS (Determinantes Sociales de la Salud). Será concretamente en la **62ª Asamblea Mundial de la Salud del 16 de marzo de 2009**, cuando se hace oficial la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

En el punto 2 del Informe de Secretaría[5] se puede leer el siguiente anunciado que marcará a partir de ese momento el trabajo de la comisión:

2. 2. *Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión "determinantes sociales" resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.*

A partir de 2009 la OMS proyecta **un marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud[6]:**

Fuente:

https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

En este modelo la OMS dejará claro que el derecho a la salud no va a depender únicamente de factores individuales; las políticas sociales, el modelo de gobernanza, la política económica, lo cultural, lo social, pasan a jugar un papel esencial en la salud de las personas y cómo estas lo viven. La lucha individual pasa a ser colectiva.

Los determinantes sociales de la salud van a tener un papel muy relevante en el origen del malestar psicológico que viven nuestras sociedades. A la salud física le sigue la salud mental, término que muchas veces asusta, estigmatiza y también aleja a las personas de las verdaderas causas por las cuales sufrimos psíquicamente. Los diferentes modelos que hemos detallado anteriormente nos muestran cómo las desigualdades sociales que conforman la estructura social, determinan nuestro bienestar, nuestra salud global.

Queremos afirmar que el sufrimiento psíquico tiene que ver con las condiciones de vida, pero allá donde no nos sentimos capaces de cambiar las condiciones de vida aparece el determinismo biológico. Con la dopamina y la serotonina hemos topado. Como siempre[7].

2. Condicionantes sociales de la Salud Mental

Teniendo en cuenta el marco teórico de los determinantes sociales de la salud consideramos necesario recuperar una psicología contextual-crítica que analice las influencias socio-políticas del sufrimiento psíquico, con especial énfasis en el modo en que la infraestructura económica origina

construcciones ideológicas favorables al engranaje y supervivencia del propio sistema, pero en detrimento de la salud mental de la población.

La OMS considera que la salud se ve influenciada por las condiciones biopsicosociales en las que las personas viven y trabajan, la salud mental también se ve condicionada por los determinantes sociales de la salud, a más de una manera que muchas veces viene enmascarada y que la propia persona no es capaz de situar en la ecuación.

El orden económico en el que vivimos precisa erigir una representación colectiva de felicidad definida, esencialmente, por la capacidad de adquisición de bienes de consumo. Para ello, modela las aspiraciones y necesidades de la población, ejerciendo una fuerte presión hacia un pensamiento único que, evidentemente, no cuestiona la estructura social existente, acepta la desigualdad social y la inequidad en la división del poder o la riqueza como parte del orden natural de las cosas y, sobre todo, desvincula del análisis racional, cualquier elemento colectivo que no haga recaer sobre el individuo toda la responsabilidad de sus éxitos y fracasos, como si su capacidad de agencia sobre la realidad fuera ilimitada… como si su ejercicio de la libertad fuera infinito… como si no existiesen condicionantes sociales de ningún tipo. De este modo, hacemos al pobre responsable de su pobreza, al rico merecedor exclusivo de su riqueza y al fracasado, único agente de su fracaso. Pero la realidad es otra: **en la carrera de la vida no todos parten de la misma posición en la línea de salida.**

La **depresión, la ansiedad y la soledad**, mucho tienen de relación con los determinantes sociales de la salud, sin embargo muchas veces pensamos que surgen de manera espontánea sin ser conscientes que el hecho de no tener una vivienda, el estar desempleado, no disponer de una red de contacto al que apoyarse, el estar viviendo en un país con unas normas de relación muy concretas, entre otras variables, pueden provocar

una situación de malestar psicológico, estrés físico y mental, provocando un desgaste en la persona y lo peor, le haga pensar que la culpa es suya, sólo suya. Es el caso de las situaciones que tienen que ver con los problemas de vivienda, concretamente con los desahucios. Si pensamos por ejemplo en Fátima, mujer casada, con hijos, con una situación de vulnerabilidad económica acuciante, que la obliga a tomar ansiolíticos para dormir y que ante la situación que vive con su marido y sus hijas, se siente culpable de haber llegado a al límite de exponer a su familia a la dura realidad de estar sin hogar. En el informe anual del año 2022 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), España ya es el primer país del mundo en consumo de Diazepam, disparándose un 110% su uso[8]. Importante saber cómo inciden los determinantes sociales de la salud en este aspecto del consumo de benzodiacepinas. Hoy día las desigualdades sociales que padecen muchas personas, obligan a muchas de ellas a medicarse para continuar y no ahondar en las causas de su malestar. Los condicionantes sociales, económicos, culturales y medioambientales empujan a muchas sociedades occidentales a vivir *NON STOP* y continuar con el sufrimiento emocional hasta quebrarse.

Por otra parte, tenemos otras dos situaciones muy relevantes e interrelacionadas: la soledad y la depresión. Uno de los determinantes sociales de la salud más relacionados con estas dos situaciones es la falta de redes sociales y comunitarias. Sentirse sólo puede llevar a la depresión, según estudios realizados, la relación entre soledad y depresión se da en ambos sentidos, pero en mayor magnitud es la soledad la que provoca la depresión y no tanto al revés[9]. En las personas en situación de vulnerabilidad, sentirse deprimidos, sin ganas de continuar nos debe obligar a plantear los proyectos desde una visión más comunitaria, fomentando el acercamiento de las personas, el apoyo social, la cohesión, el vínculo, la participación, la inclusión o para ser más claros, que nuestro

vecino y vecina de al lado nos importe. Es el caso por ejemplo de Helen, que acude a un grupo de atención psicológica de Cáritas y que manifiesta que hablar de lo que uno siente, sentirse escuchada, compartir con otras personas, le hace ver la realidad de la situación que vive cada una, "*ver lo que no sabemos ver*".

Y por último y para acabar esta segunda parte, es **la soledad un tema que preocupa de manera acuciante en muchas de las sociedades occidentales supuestamente avanzadas, donde las personas viven felices y sin problemas**. Sentirse solo se está convirtiendo en un problema, en una auténtica pandemia. Norena Hertz, en su libro, *El siglo de la soledad*[10] habla de que los factores como la discriminación estructural e institucional aumentan las probabilidades de que ciertas personas se sientan solas, también la emigración masiva a las ciudades, la reorganización radical del lugar de trabajo y determinados cambios en la forma de vivir, potencian situaciones de soledad, una soledad no siempre buscada, que aumentará el riesgo de padecer depresión y en su forma más extrema la tentativa de suicidio.

3. Cáritas y su influencia en los determinantes sociales de la salud ¿qué papel juegan nuestros proyectos a la hora de neutralizar su impacto en la salud mental y emocional?

En Cáritas, somos testigos del estrés físico, mental y emocional que provoca la desigualdad social y las situaciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Hablamos de los determinantes sociales de la salud y es muy posible que no seamos conscientes entre todos y todas, incluidos los participantes, que ese contexto adverso, esas

políticas sociales, esa organización del trabajo entre otros determinantes, forman parte de una ecuación que puede llevarnos a enfermar física y emocionalmente. Es muy probable que hayamos normalizado que el derecho a una vivienda digna es ciencia ficción, que el derecho a la educación no lo es, o que el derecho a un trabajo no existe. Una sociedad que a nivel de organización produce vulnerabilidad socioeconómica, pobreza, desigualdad, brecha digital, entre otras barreras y obstáculos, no es buen hogar para nadie y seguro generará malestar físico y emocional.

Durante la situación excepcional de confinamiento causada por la pandemia de la COVID, desde Cáritas, nuestros equipos pudieron ser testigos de esos determinantes sociales y su efecto en la salud mental y emocional de las personas en situación de vulnerabilidad. Podemos decir que todas y todos nos sentimos vulnerables, pero sería un error quedarnos en esa afirmación y no tener presente que las personas con más dificultades de acceso a derechos básicos y situaciones de vulnerabilidad socioeconómica, manifestaron mucho más malestar psicológico. ¿De ahí a la consulta psicológica? Esto hace irnos a lo colectivo y a **una mirada de derechos para entender que no siempre el origen del malestar es uno mismo.**

En los cuatro informes que se realizaron desde el equipo de estudios de Cáritas Española en tiempos de COVID[11], en todos ellos se habla y de manera muy clara, del impacto en la salud mental y emocional de los participantes ante un acontecimiento vital como fue una pandemia global y su confinamiento. ¿Qué papel tuvieron los determinantes sociales de la salud en hacer más complicada una situación de confinamiento duro, como la que se vivió en España durante el mes de marzo a junio de 2020?

Es cierto que las cifras sobre malestar psicológico de la sociedad española subieron como la espuma durante el periodo pandémico y post pandémico, se hablaba en ese momento de la

pandemia de salud mental presente en la población[12] pero sabemos desde hace años que la vulnerabilidad que viven y verbalizan las personas atendidas en Cáritas, se siente, se palpa, se experimenta con auténtico dolor y fragilidad emocional. Las personas que se ven forzadas a vivir en las calles de nuestros municipios, las personas migrantes que son consideradas siempre el chivo expiatorio de todos los problemas que suceden en la sociedad, o las dificultades telemáticas para poder acceder a una ayuda social entre otros trámites con las administraciones "más cercanas", atentan directamente a la salud mental de la persona, haciendo sentirla mal, frágil, estresada, depresiva, sin esperanza en el futuro.

Nuestra acción diaria es un ataque directo y neutralizador de esos determinantes sociales que provocan ataques de ansiedad, depresión, brotes psicóticos, duelos recurrentes o desánimo y falta de confianza en el futuro.

Nuestras acogidas, nuestros grupos de apoyo, los proyectos de ámbito psicosocial, la recepción de una Cáritas, los espacios de participación, las asambleas con participantes, con voluntariado, ese café con el compañero o compañera y sobre todo la sensibilización a la ciudadanía de la situaciones de pobreza, exclusión y marginalidad, son elementos que van y pueden neutralizar el *push* de los determinantes sociales de la salud, evitando por una parte una sobre medicalización de los problemas sociales/colectivos, y evitando la banalización del sufrimiento psicológico y mental de las personas, haciendo de ellas meros instrumentos o indicadores de estadísticas y estudios varios.

En una situación de vulnerabilidad socioeconómica, cuanto mejor analicemos el contexto y sepamos identificar qué determinantes sociales están participando en el mantenimiento de una situación de malestar psicológico y/o trastornos mentales, mejor podremos ayudar a las personas analizar qué

les pasa y qué soluciones o alternativas hay para aliviar o neutralizar los efectos y sus síntomas.

Para finalizar esta aproximación al impacto y relación de los determinantes sociales en la salud mental de las personas en situación socioeconómica, queremos recordar la importancia que tiene potenciar proyectos de atención psicosocial en nuestras Caritas o simplemente que los proyectos que llevemos a cabo en nuestras parroquias tengan presente que la vulnerabilidad se siente y se canaliza a través de un malestar psicológico que dificulta a las personas en su consolidación de una vida digna. Trabajar lo psicosocial de manera concreta o transversal ayudará a neutralizar en los participantes, los efectos de los determinantes sociales de la salud, haciendo más llevadero el proceso que ha de llevar de la exclusión a la inclusión, haciendo hincapié en los aspectos mentales y emocionales, pero sin olvidar el enfoque de derechos y mirada comunitaria, que deben tener todos y cada uno de las acciones que se llevan a cabo para y con las personas en situación de vulnerabilidad y pobreza.

Nuestra apuesta en este artículo es una perspectiva más amplia de salud mental, que busca, también en lo colectivo, las raíces del dolor emocional. Que politiza el sufrimiento psíquico y que entiende lo político como el ámbito más abarcador de la existencia humana. Que especula acerca de una especie de mente social gestada por el sistema económico y sus élites y que tiene consecuencias iatrogénicas en la población, entre otras, haber inoculado en la sociedad la desesperanza de que no existe posibilidad de otro futuro que no sea una reedición del presente. Para luchar contra la desesperanza y recuperar el sentido comunitario o de agencia colectiva, debemos recuperar nuestros sueños de transformación de un nuevo orden social que genere bienestar social y psíquico.

[1] Padilla, J; Carmona, M. ***MALESTAMOS Cuando estar mal es un problema colectivo***. Madrid: Ediciones Capitán Swing Libros

S.L, 2022. Pág. 13.

[2] https://www.who.int/es/about/governance/constitution

[3] Lalonde.M; ***A new perspective on the health of the canadians-a working document***. Ottawa April 1974

[4] Cárdenas, E; Juárez, C; Moscoso, R; Vivas, J. ***Determinantes Sociales en Salud***. *Gerencia para el desarrollo 61*. ESAN Ediciones. 2017. Pág. 16.

[5] **Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Informe de Secretaría**. 62ª Asamblea Mundial de la Salud, 16 de marzo de 2009.

[6] https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

[7] Padilla, J; Carmona, M. ***MALESTAMOS Cuando estar mal es un problema colectivo***. Madrid: Ediciones Capitán Swing Libros S.L, 2022. Pág. 12.

[8] https://www.publico.es/sociedad/espana-pais-mundo-diazepam-consume-dispararse-110.html

[9] https://depresion.som360.org/es/articulo/condicionantes-sociales-depresion

[10] Hertz, N. ***El siglo de la soledad. Recuperar los vínculos humanos en un mundo dividido***. Barcelona. Paidós. 2021.

[11] Equipo de Estudios de Cáritas Española. **El primer impacto de las familias acompañadas por Cáritas**. *OBSERVATORIO DE LA REALIDAD/La crisis de la covid-19*. Nº1. 2020

Equipo de Estudios de Cáritas Española. **Un impacto sostenido**

tras el confinamiento. La realidad de las familias acompañadas por Cáritas en septiembre de 2020.*OBSERVATORIO DE LA REALIDAD/La crisis de la covid-19.* Nº2.2020

Equipo de Estudios de Cáritas Española. **Un año acumulando crisis. La realidad de las familias acompañadas por Cáritas en enero de 2021.***OBSERVATORIO DE LA REALIDAD/La crisis de la covid-19*. Nº3. 2021

Equipo de Estudios de Cáritas Española. **Del tsunami al mar de fondo: salud mental y protección social. La realidad de las familias acompañadas por Cáritas en abril de 2021.***OBSERVATORIO DE LA REALIDAD/La crisis de la covid-19*. Nº4. 2021

[12] Buitrago Ramírez, F; Ciurana Misol, R; Fernández Alonso, M; Tizón García, JL. "**Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población en general. Reflexiones y propuestas"**. *Grupo de Salud Mental del PAPPS. Atención Primaria* 53 (2021) 102143.

Octubre 2023