

Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología

A sociology of the mental's health: Etiology

ESTEBAN SÁNCHEZ MORENO

Universidad Complutense de Madrid
Departamento de Sociología V (Teoría Sociológica)

RESUMEN

La etiología del deterioro psicológico es uno de los asuntos más interesantes para todos los profesionales de la salud mental implicados en la intervención social (incluyendo la prevención). Los marcos teóricos procedentes de la psicología (cognitivos y conductistas) son dominantes en la bibliografía sobre el tema. Un elemento compartido por dichos modelos es la defensa de un origen individual del deterioro psicológico. La alta efectividad mostrada por las técnicas de intervención derivadas de las teorías han legitimado el rol dominante de la psicología en el estudio de la enfermedad mental. Centrándose en la depresión, el presente artículo defiende que las variables psicológicas son sólo una cara del problema. En este sentido, se defiende una aproximación sociológica, reclamando una mayor atención para los orígenes sociales de la depresión.

ABSTRACT

The etiology of psychological distress is one of the more interesting topics for all the mental health professionals involved in the social intervention (including prevention). Psychological (cognitive and behavioral) theoretical frameworks have become dominant in the literature about mental illness. A shared element present in all these models is the individual origin of psychological distress. The high effectivity of the intervention techniques derived from the theoretical work has legitimated the dominant role of psychology in the study of mental health. Focusing on depression, the present paper argues psychological variables are just one face of the problem. In this vein, sociological approaches are discussed, claiming the need for a deeper insight into the social origins of depression.

SUMARIO 1. Introducción. 2. Teorías psicológicas de la depresión. 3. Teorías sociológicas de la depresión. 4. A modo de conclusión: individuo, sociedad, depresión. 5. Referencias bibliográficas.

1. Introducción

El artículo que el lector tiene entre sus manos tiene una intención fundamental: la de mostrar la necesidad de introducir una perspectiva sociológica en el estudio de la enfermedad mental. Ciertamente, el lector familiarizado con la investigación que, desde las ciencias sociales, se ha realizado en torno a la enfermedad mental considerará, de forma justificada, que dicha relevancia no ha de defenderse (por obvia). Por ese motivo, es preciso matizar y definir claramente el objetivo enunciado.

En primer lugar, es preciso señalar que las ideas vertidas en este artículo pretenden ser de utilidad para aquellos interesados en el problema de la etiología y para aquellos profesionales de la salud mental que desarrollan su actividad en el ámbito de la intervención. De esta manera, no entraré a discutir las (por otro lado indiscutibles) aportaciones sociológicas al estudio histórico de la enfermedad mental o los análisis realizados en torno a la organización social de la atención a los enfermos mentales. Así pues, se trata de mostrar la importancia de una aproximación sociológica en un ámbito concreto, notablemente específico, aunque especialmente relevante: la etiología y el tratamiento.

En segundo lugar, la sabiduría popular nos advierte: «El que mucho abarca, poco aprieta». En un lenguaje algo más científico, diríamos que es virtualmente imposible realizar una discusión cabal de la enfermedad mental tomada en su generalidad, sin adentrarse en las especificidades de cada trastorno concreto. Las peculiaridades que presenta la esquizofrenia con respecto a la depresión, o cualquier tipo de trastorno de la personalidad con respecto a la ansiedad, condena al fracaso a cualquier tentativa de dar cuenta de todas ellas a un tiempo. Además, las formas de intervención que requieren son en gran medida diferentes. Así, y considerando las limitaciones de espacio que, por necesidad, impone un artículo, hemos de restringir nuestro campo de visión. En nuestro caso, seleccionaremos la depresión como objeto fundamental de nuestra argumentación. Diversas razones abocan a ello, entre otras el hecho de que es la enfermedad mental que con mayor fuerza afecta a las sociedades occidentales y la gran atención que ha recibido por parte de la psicología y (en menor medida) por ciertas aproximaciones que reclaman un anclaje sociológico.

Si hacemos excepción de la Psiquiatría, tradicionalmente ha sido la Psicología –especialmente en su área clínica– la disciplina que ha protagonizado los esfuerzos teóricos que de una forma más patente han articulado los avances en el objeto de estudio que nos ocupa y, por tanto, aquellas que han fundamentado claramente las prácticas asociadas a la intervención con enfermos mentales (fundamentalmente la terapia individual). En este sentido es preciso señalar que quizá sea en el ámbito que nos ocupa donde mayor conexión existe entre los esfuerzos por inscribir el objeto de estudio (la enfermedad mental) en un marco teórico, explicativo, global, por un lado, y las técnicas concretas de intervención por otro. Así, por ejemplo, las teorías cognitivas de la depresión tienen su claro reflejo en las prácticas clínicas desarrolladas por los psicólogos en sus consultas, ante el paciente (cliente).

Si tenemos en cuenta, además, que la efectividad de dichas formas de intervención es notable, el aspecto que cobra el horizonte sociológico en el estudio de la enfermedad mental está teñido de negras nubes de tormenta. ¿Por qué introducir nuevas perspectivas si el fin último de la investigación, es decir, la mejora de la vida de las personas, parece alcanzarse a través de los esfuerzos ya realizados por otras disciplinas? Pretendo dar respuesta a esta pregunta a lo largo de las próximas páginas. De entrada adelanto, ya que quizá sea necesario, reconocer que la eventual aportación de la Sociología no justifique, si nos ajustamos a un elemental principio de parsimonia, la modificación de los supuestos (psicologistas) que han guiado el estudio de la enfermedad mental, y mucho menos la revisión de la fructífera labor investigadora realizada desde la psicología. O quizá sí.

Como ayuda a la toma de dicha decisión, el presente artículo realiza un análisis en tres fases. En primer lugar, expone de forma crítica algunas de las teorías psicológicas más importantes en torno a la depresión. En segundo lugar, se analiza, también de forma crítica los (escasos) intentos sociológicos. En tercer lugar, se discuten los logros, las limitaciones y las potencialidades de forma conjunta.

2. Teorías psicológicas de la depresión

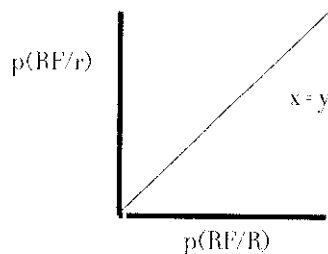
La gran riqueza de aproximaciones a la depresión surgidas en el marco de la Psicología hacen verdaderamente difícil cualquier pretensión de exhaustividad en su exposición. Por tanto, en la presente sección se procederá a una selección de las diversas teorías, presentando aquellas que mayor protagonismo teórico e impacto en la intervención han mostrado. En concreto, nuestro recorrido partirá de algunas de las perspectivas conductistas más relevantes para luego transitar por las aproximaciones cognitivas en un intento de ofrecer una descripción general de las teorías psicológicas en torno a la depresión.

Seguramente sea el modelo de Lewinsohn el que ejemplifica con mayor rigor la perspectiva conductista aplicada al estudio de la enfermedad mental (Lewinsohn, Weinstein y Shaw, 1969). A grandes rasgos, su teoría postula que la depresión se produce por una reducción prolongada de los reforzadores ambientales positivos. Una tasa baja de refuerzos positivos produce un descenso de la frecuencia de las conductas motoras y verbales seguido de la instalación de conductas depresivas y de sentimientos disfóricos. Posteriormente, la atención, el interés y la simpatía, es decir, las reacciones del medio social dirigidas a las personas deprimidas consolidan y mantienen estas conductas depresivas.

En formulaciones posteriores (Lewinsohn y Libet, 1972) se señala que las habilidades sociales de los sujetos deprimidos, es decir, la capacidad de emitir conductas que serán reforzadas positivamente por los otros, son inadecuadas comparándolas con las de sujetos no deprimidos. Este déficit en habilidades sociales sería la condición antecedente que produciría una pérdida o un bajo nivel de reforzamientos positivos. Por tanto, el modelo enfatiza el bajo nivel de reforzamiento positivo contingente a las respuestas del sujeto. Este sería el factor ambiental desencadenante de la depresión. En plena vorágine cognitiva, Lewinsohn y sus colaboradores (Lewin-

sohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985) van a introducir los procesos cognitivos como factor clave para dar cuenta de la depresión, manteniendo en cualquier caso el énfasis en el papel jugado por los refuerzos ambientales. Así, la depresión sería el producto de factores ambientales y disposicionales. En este sentido, la depresión es el resultado final de cambios en conducta, afecto y cogniciones iniciados en el ambiente. Los factores situacionales o ambientales son los principales desencadenantes de la depresión. En cuanto a lo cognitivo, este elemento es un moderador significativo de los efectos del ambiente, crítico para determinar si las condiciones situacionales van a resultar en depresión. En concreto, cuando la atención se centra crecientemente en el yo (frente al ambiente) como consecuencia de los esfuerzos fallidos para afrontar condiciones vitales negativas, se ponen en marcha las precondiciones para la depresión. La cadena se inicia con la presencia de estresores que rompen lo cotidiano (conductas automáticas). Se trata de una quiebra de lo dado por supuesto. Estas rupturas se relacionan con la depresión en la medida en que llevan a la reducción de refuerzos positivos o a una elevada frecuencia de experiencias negativas: esto es, si alteran el balance de la calidad de las interacciones de una persona con el ambiente en una dirección negativa. Este patrón de refuerzo llevará a un incremento del estado de autoconciencia, una atención centrada en el yo y, posteriormente, a la depresión.

Por tanto, sería la «calidad» de la relación con el ambiente lo que determinaría la aparición de la depresión. Este énfasis en la relación entre conducta, refuerzo y ambiente es también central en la aproximación de M.E.P. Seligman (1975/1981) y su teoría de la *indefensión aprendida*. Con un matiz: no es en la reducción de los refuerzos positivos donde se gestaría la depresión, sino más bien en la falta de control sobre dichos refuerzos. El concepto de incontrolabilidad, tal y como es manejado por los teóricos de la indefensión, está estrechamente relacionado con el espacio de entrenamiento instrumental. La teoría del aprendizaje había prestado atención exclusiva a la probabilidad condicional de un resultado o refuerzo tras una respuesta [$p(RF/R)$]. Los teóricos de la indefensión señalan la existencia de otra dimensión relevante para el aprendizaje: la probabilidad condicional de un resultado o refuerzo en ausencia de una determinada respuesta [$p(RF/r)$] (Maier y Seligman, 1976):



Ambas dimensiones son relevantes para el aprendizaje. Esto implica que cambios sistemáticos en el comportamiento seguirán a cambios sistemáticos a lo largo de ambas dimensiones. De especial importancia es la línea de 45° . A lo largo de dicha línea, responde o no el sujeto, la densidad de refuerzo es la misma. En otras palabras, la probabilidad condicional de un resul

tado o refuerzo dada una respuesta específica, no difiere de la probabilidad condicional de un resultado o refuerzo en ausencia de dicha respuesta. Cuando ambas probabilidades coincidan [$p(\text{RF}/r) = p(\text{RF}/R)$] nos encontraremos con una ausencia de control sobre el refuerzo o el resultado: no existe contingencia entre respuesta y resultado (refuerzo).

Por lo tanto, no es suficiente la exposición a un trauma para que se desarrolle la indefensión. Recuérdese que en el caso de la teoría de Lewinsohn la depresión aparecía como resultado de una reducción de reforzadores positivos o un incremento de los negativos. Para la teoría elaborada por Seligman ha de tratarse de un resultado *incontrolable*. El eje central de la teoría de indefensión (Seligman, 1981) es el hecho de que, al enfrentarse a un acontecimiento *incontrolable*, las personas aprenden que este acontecimiento es independiente de sus respuestas, lo que les lleva a una situación de indefensión aprendida.

Ya en los primeros experimentos se observaron las consecuencias negativas de la indefensión. Estas consecuencias se dan en tres planos, motivacional, cognitivo y emocional. Las consecuencias motivacionales implican una reducción en la iniciación de conductas voluntarias. Dado que los resultados son independientes de las respuestas, el organismo reduce su motivación para realizarlas. En el plano cognitivo, la indefensión dificulta el aprendizaje posterior. Aprender que un resultado es independiente de una respuesta dificulta el posterior aprendizaje de que esa respuesta produce ese resultado. En cuanto a las perturbaciones emocionales, nos encontramos con dos momentos. En el primero, el acontecimiento traumático puede generar miedo, ansiedad. Si el sujeto puede controlar el trauma, el miedo y la ansiedad desaparecerán. Pero si el sujeto aprende que no puede controlar el trauma, el miedo será sustituido por la depresión.

Es importante resaltar que la información acerca de la relación entre respuesta y resultado lleva a la formación de una expectativa de ausencia de control (o expectativa de que conducta y resultado de la misma son independientes). Este punto es fundamental. La información ambiental debe ser procesada y transformada en un componente cognitivo individual. Esto ha hecho que algunos autores (Beato, 1993) describan este modelo como un puente entre los modelos conductistas y los modelos cognitivos. Sin embargo, quizá hayan sido los desarrollos y reformulaciones posteriores, más que los contenidos sustantivos del modelo, lo que ha constituido a la teoría de la indefensión aprendida en un puente entre las aproximaciones conductista y cognitiva. Y es que ya a finales de los 70 el propio Seligman, en un artículo ya clásico (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), va a introducir importantes modificaciones en su modelo. Dichas modificaciones van a incrementar la importancia de los factores cognitivos, relegando los postulados de corte conductista a un papel secundario. En concreto, lo que los autores proponen es que la depresión aparecerá con mayor probabilidad entre aquellos individuos que muestren un estilo de atribución concreto. Atribuir implica asignar causas a los acontecimientos que se presentan a lo largo de nuestras vidas. Pues bien, en función de la dirección en la que discurra dicha atribución de causalidad, será más o menos probable que aparezca un episodio depresivo.

En concreto, un estilo atributivo en términos *internos, estables y globales* para los acontecimientos vitales negativos llevará asociada una mayor probabilidad de depresión. Es lo que se denomina estilo atributivo depresivo. En este punto hay que señalar que la reformulación de 1978 mantenía la incontrolabilidad del ambiente como un factor fundamental dentro del modelo. Sin embargo, la investigación posterior y la aportación del propio Seligman (1979) va a reducir notablemente la importancia teórica y empírica de la indefensión a favor del componente cognitivo. La consecuencia final de la reformulación en términos atributivos, como reconoce el propio Seligman (Peterson, Maier y Seligman, 1993), es que cambia el interés por las situaciones *incontrolables* en favor de las situaciones *negativas*. El cambio es especialmente importante. Al menos en dos sentidos.

Por un lado, si bien el modelo de indefensión aprendida *original* difería de los modelos conductistas (en concreto, el de Lewinsohn) en su consideración del papel del ambiente, con la primera de sus reformulaciones se produce cierta convergencia. Como se recordará, la teoría de Lewinsohn señalaba que era la reducción de los refuerzos ambientales positivos o el incremento de los refuerzos negativos el factor desencadenante de la depresión. El modelo de indefensión original no especificaba la «calidad» de los refuerzos, estableciendo que era su relación de contingencia (o ausencia de contingencia) con la conducta el factor nuclear para dar cuenta de la depresión. No importa que los resultados de la conducta sean positivos o negativos. Lo relevante es que los resultados dependan, de forma efectiva, de la conducta exhibida. Con la *reformulación en términos atributivos*, la teoría de la indefensión aprendida converge con las posiciones conductistas, ya que es la asignación de causalidad en el contexto de acontecimientos vitales *negativos* lo que explica la aparición de la depresión.

En segundo lugar, y quizá más importante, este cambio en la consideración del papel del ambiente no se limita a una variación en la relación entre conducta y refuerzos. El cambio es mucho más importante, ya que la modificación central supone una sustitución del factor fundamental que permite explicar la depresión. La depresión ya no se gesta en la intersección entre individuo y ambiente (relación entre la conducta y sus resultados en el entorno), sino en el *interior* del individuo. La clave se encuentra en el procesamiento de la información, en los procesos cognitivos, intraindividuales. En este sentido, el modelo de indefensión aprendida *reformulado* es un modelo de vulnerabilidad psicológica. Porque la asignación de causalidad se da en términos de estilos atributivos. Se trata de una tendencia sistemática a atribuir las causas de los acontecimientos en una dirección determinada (interna, estable, global), característica psicológica que impondría una vulnerabilidad ante la depresión.

Pues bien, la noción de vulnerabilidad no sólo es central en el modelo de Seligman, sino que es una característica definitoria de prácticamente cualquier modelo cognitivo. Es el caso, por ejemplo, del modelo de A.T. Beck⁴ (Beck, Rush, Emery y Shaw, 1985). Según este autor, la

⁴ También el modelo de Beck ha sido objeto de ulteriores reformulaciones. Por razones de espacio me limito a la exposición del modelo original.

depresión aparecería como consecuencia de la presencia de una tríada cognitiva, consistente en tres patrones cognitivos. El primer componente de la tríada es la visión negativa del yo. La persona deprimida se ve desgraciada, torpe, carente de valía. Defectos propios, de tipo moral, físico o intelectual causan, según él, sus experiencias desagradables. Dada esta forma de ver las cosas, estos defectos personales implican una carencia de valor personal y sirven como base para que la persona depresiva se subestime. Todo esto da lugar a una creencia en la carencia de los atributos necesarios para conseguir la felicidad en la vida.

En segundo lugar, nos encontramos en la persona depresiva una visión negativa de la experiencia presente. En otras palabras, la persona deprimida tiende a interpretar sus experiencias de una manera negativa, construyendo su interacción con el entorno en términos de derrota o frustración. Así, el mundo se presenta como una fuente de demandas imposibles de cumplir, como un conjunto de obstáculos insuperables para la consecución de los objetivos personales.

El tercer componente de esta tríada, según Beck, es una visión negativa del futuro. La persona depresiva anticipa, prevé, predice que las dificultades actuales estarán presentes indefinidamente. En otras palabras, las penas, frustraciones y privaciones actuales son, para el deprimido, interminables. Dados estos contenidos cognitivos, los proyectos de futuro implican, inevitablemente, una expectativa de fracaso.

Pues bien, esta tríada cognitiva es también un factor de vulnerabilidad. Aquellos individuos cuyas formas típicas de procesamiento de la información se dan en el sentido apuntado mostrarán una mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo. El mecanismo es el mismo que el apuntado en el caso del modelo atributivo. Ciertos contenidos intraindividuales, ciertos procesos psicológicos, de marcado carácter cognitivo, sitúan a las personas que los manejan de forma sistemática en una situación de riesgo. Se trata de personas *vulnerables*.

Pero, ¿cuándo y cómo se manifiesta dicha vulnerabilidad? ¿Qué factor precipita la operación de estos procesos cognitivos que debilitan la resistencia? La respuesta es, en todos los casos, la misma: el estrés. Como es bien sabido, el estrés se ha convertido en el gran enemigo de los habitantes de las grandes ciudades del mundo occidental. No es de extrañar, por tanto, que las teorías psicológicas sobre la depresión lo incorporen como un factor etiológico de especial importancia. En cualquier caso, su papel no deja de ser el de un secundario de lujo. El estrés, sobre todo entendido como acontecimiento vital estresante (pérdida del empleo, separación o divorcio, muerte de un familiar o amigo cercano, etc.), es el elemento que pone en marcha todos los engranajes que llevan a la depresión, según el esquema compartido por las teorías cognitivas. Porque los factores de vulnerabilidad que acabamos de describir van a activarse ante la experiencia de una situación estresante. De esta manera, aquellas personas que muestren un estilo cognitivo depresivo (el factor de vulnerabilidad) verán incrementar-se sus probabilidades de padecer una depresión tras sufrir una situación de estrés, porque dicha situación hará salir a la luz el estilo cognitivo en cuestión. Así, por ejemplo, una persona que muestre un estilo atributivo depresivo (interno, estable, global) tendrá alto riesgo de padecer depresión ante la muerte de la pareja. Dicha muerte activará su estilo atributivo, y en

la interacción entre estresor (pérdida) y atribución causal crece la depresión. En otras palabras, los modelos cognitivos han sido formulados en términos de *diatésis-estrés*. El estrés activa ciertos elementos (en nuestro caso, los factores de vulnerabilidad cognitiva) que llevarían al deterioro.

Esta es la lógica y esencia de los modelos psicológicos. En ella destacan dos aspectos fundamentales. En primer lugar, los factores etiológicos son procesos intraindividuales. El estrés no es sino el precipitador de la depresión. El razonamiento es bastante simple. El estrés es experimentado por todas las personas. Tarde o temprano los individuos experimentarán una situación estresante, ya sea la pérdida del empleo, una separación matrimonial o, claramente, la muerte de algún ser querido. Por tanto, el estrés no puede ser considerado como el factor nuclear, central, elemental, para dar cuenta de la aparición de la depresión en unos individuos pero no en otros. Si todas las personas experimentan estrés tarde o temprano, pero no todas se deprimen, entonces hay que buscar un factor adicional para dar cuenta de la aparición de la depresión. Y, según los modelos cognitivos, este elemento es un elemento psicológico, intraindividual. El corolario es claro: es posible explicar el deterioro psicológico a partir de factores exclusivamente individuales. En segundo lugar, resaltar el carácter latente de los factores de vulnerabilidad. Los estilos de atribución o la tríada cognitiva no son «visibles» en la vida cotidiana del sujeto, no están ahí de forma constante y persistente, sino que se encuentran en las sombras de lo psicológico hasta que son activados por los estresores. Pero, una vez activados, toman las riendas del procesamiento de la información, generando una dinámica cognitiva disfuncional que lleva a la depresión. En pocas palabras, la personas se ven abocadas a pensamientos sesgados, «erróneos» que, a su vez, conducen a la depresión.

Este esquema explicativo general ha sido contrastado empíricamente en numerosas ocasiones, y lo cierto es que el apoyo que ha recibido es indudable. Parece, por tanto, que los procesos cognitivos son un aspecto importante en la explicación de la depresión. Sin embargo, no son el único. De hecho, la intención de este artículo consiste precisamente en mostrar cómo los modelos cognitivos no son necesariamente erróneos, pero sí notablemente sesgados e insuficientes. Sesgados hacia lo intraindividual, y en concreto hacia lo cognitivo. Insuficientes porque obvian algunos procesos que, situados en un nivel supraindividual, tienen un claro impacto sobre las personas. Me estoy refiriendo, obviamente, a un reduccionismo psicologista cuya principal consecuencia es la limitación de nuestro conocimiento de la depresión. Ésta, como veremos en la siguiente sección, es una construcción social en cuanto que tiene un origen social. Una etiología social.

3. Teorías sociológicas de la depresión

Ya desde muy pronto se constató la existencia de una asociación negativa entre posición social y enfermedad mental. Los estudios pioneros mostraban de forma clara la mayor incidencia de la enfermedad mental entre aquellos grupos socioeconómicamente menos favorecidos (Faris y Dunham, 1939; Hollingshead y Redlich, 1958), resultados que han encontrado

confirmación en estudios más recientes (Dohrenwend y Dohrenwend, 1969; Wheaton, 1978; Alvaro, Torregrosa y Garrido, 1992; Miech y Shanahan, 2000; Barrera y otros, 2002). La depresión, obviamente, no es una excepción. Por tanto, no es de extrañar que hayan surgido intentos por elaborar explicaciones de carácter sociológico para la desigual distribución de la depresión (y otros trastornos) entre la población. Sin embargo, estos intentos no han sido muy frecuentes. Ciertamente, existe una extensa bibliografía sociológica en torno a la etiología de la enfermedad mental, pero no disponemos de un gran número de teorías sociológicas (o modelos sistemáticos) explicativas del deterioro psicológico. Además, como veremos, los escasos modelos de que disponemos presentan numerosos problemas, algunos de los cuales han limitado notablemente su impacto en la investigación dentro del área. Comenzaremos exponiendo algunos de estos modelos para a continuación extraer sus características fundamentales y valorar su relevancia para la investigación y la intervención.

Comencemos la exposición con el trabajo clásico de Brown y Harris (1978). Me detendré en él con más detalle porque, como veremos, sienta las bases sobre las que se construirán típicamente el resto de modelos sociológicos. El modelo de estos autores surge de una investigación llevada a cabo en la localidad de Camberwell, en Inglaterra. La muestra estaba constituida exclusivamente por mujeres de clase media y de clase trabajadora. El objetivo de los autores consistía en dar cuenta de la mayor incidencia de la depresión entre las mujeres que constituían el segundo de los grupos (las mujeres de clase trabajadora). Para ello, identifican ciertos factores que incrementan el riesgo de depresión en presencia de un agente etiológico (provocador del deterioro). Este agente etiológico forma parte de las circunstancias de vida. Los autores consideran cuatro componentes fundamentales (figura 1) en su explicación del deterioro psicológico (depresión). En primer lugar, los **factores sociales subyacentes**. Estos factores sociales son los relacionados con la clase social y la etapa en el ciclo vital (edad y maternidad).

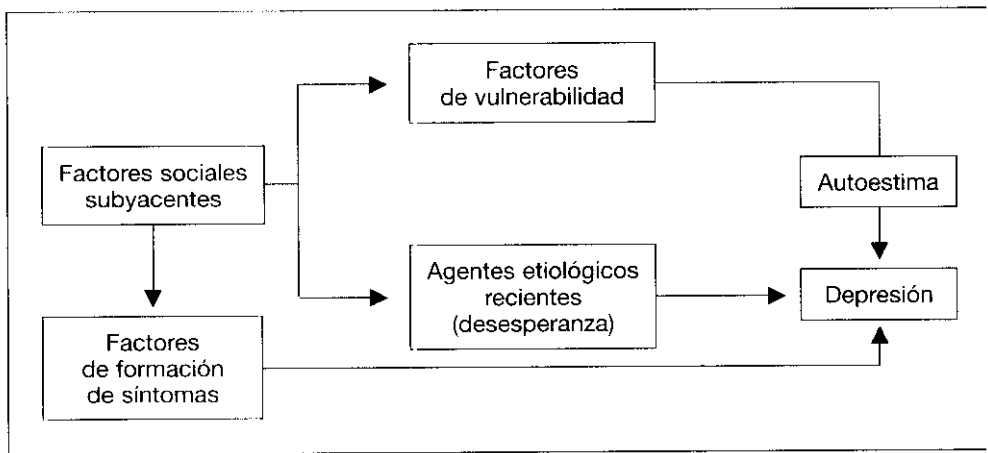


Figura 1. Modelo resumido de causación social. Fuente: Brown y Harris (1978: 265).

El segundo componente es el **factor etiológico (o agentes provocadores del deterioro)**. Por un lado, nos encontramos con los sucesos vitales graves. Por suceso grave se entiende un suceso que implica una pérdida importante (o la amenaza de dicha pérdida). En gran medida implican separación de alguna persona especialmente significativa para el individuo, siendo especialmente importantes los sucesos con consecuencias a largo plazo. Este tipo de sucesos son poco corrientes, pero su papel etiológico es claro en la muestra de Camberwell. Como segundo factor etiológico nos encontramos con aquellos problemas importantes que duran cuando menos dos años y que implican problemas no relacionados con la salud. Es lo que los autores llaman dificultades mayores.

La distribución de estos factores etiológicos en función de la clase social indica diferencias. Tanto los sucesos vitales como las dificultades mayores son más frecuentes entre las mujeres de clase trabajadora. Ahora bien, estas diferencias se restringen a las mujeres con hijos. Las mujeres de clase media, una vez tienen hijos, aparecen notablemente protegidas. Las mujeres de clase trabajadora, una vez alcanzada la maternidad, tienen una probabilidad al menos tres veces mayor de experimentar un suceso vital grave relacionado con el ámbito doméstico. Esta constatación hace que no podamos explicar mediante la distribución desigual de los estresores las diferencias generales en depresión. En otras palabras, las mujeres de clase trabajadora son más vulnerables que las mujeres de clase media cuando ambos grupos muestran la presencia de un estresor de cualquier tipo. De esta forma, hay que considerar el tercer elemento del modelo, los **factores de vulnerabilidad**. Estos factores, como los factores de vulnerabilidad en los modelos psicológicos, sólo actúan en presencia de un estresor. ¿Cuáles son esos factores que incrementan el riesgo de depresión ante un suceso vital o en la experiencia de dificultades mayores?

El más importante de ellos es el apoyo social (incluyendo la calidad de las relaciones interpersonales). Se trata de lo que Brown y Harris llaman *intimidad*. Este concepto toma en cuenta la frecuencia y la calidad de las relaciones sociales, de forma que la muestra quedó dividida en cuatro grupos:

- Mujeres con una relación cercana, íntima y de confianza con su marido o novio o, sólo excepcionalmente, con una mujer con la cual conviven.
- Mujeres sin tal lazo íntimo pero que mantienen una relación de confianza con otra persona, como madre, hermana o amiga a quien ven, al menos, semanalmente.
- Resto de mujeres que mantienen una relación de intimidad con alguien a quien ven menos de una vez a la semana.

Las mujeres que no mencionan ninguna relación del tipo señalado.

La presencia de una relación como la descrita en el grupo **a**, actúa como un fuerte protector frente a los sucesos estresantes. Sólo un 10% de las mujeres que experimentaron depresión ante un estresor mantenían una relación del tipo **a**. Por contra, este porcentaje aumenta hasta el 26% en las mujeres con una relación del tipo **b** y al 41% con relación del tipo **c** ó **d**. De manera que el apoyo social, tal y como lo definen Brown y Harris, es un importante protector en situaciones de estrés.

El segundo factor de vulnerabilidad es la pérdida de la madre por muerte o separación antes de la edad de 11 años. El tercer factor consiste en la presencia en casa de 3 ó más hijos con una edad de 14 o menos años. El cuarto y último factor de riesgo es la carencia de un empleo, ya sea a tiempo completo o a tiempo parcial.

Los tres primeros factores de vulnerabilidad muestran distribuciones desiguales en función de la clase social. De hecho, según los autores, el bajísimo nivel de apoyo registrado entre las mujeres de clase trabajadora cuando tienen un hijo es suficiente para sugerir una explicación para el mayor riesgo de depresión en esos momentos de su vida. La incidencia de la pérdida de la madre antes de los 11 años y la presencia de 3 o más hijos menores de 14 años en casa también es mayor entre las madres de clase trabajadora. Como resumen de la diferencia en vulnerabilidad entre mujeres de clase media y mujeres de clase trabajadora los autores dividen la muestra en tres grupos con distinto nivel de riesgo:

1. Mujeres con alto nivel de apoyo (grupo A de intimidad).
2. Ausencia de relación de tipo A.
3. Ausencia de relación de tipo A y presencia de pérdida temprana de la madre y/o presencia de 3 ó más hijos menores de 14 años en casa.

Un tercio de las mujeres de clase trabajadora caen en B y un 9% en C. Para la clase media los porcentajes son del 21% y del 2% respectivamente.

En resumen, la mayor tasa de sucesos y dificultades graves y los datos relativos a vulnerabilidad entre la clase trabajadora «son suficientes para explicar la diferencia total entre clases en el riesgo de depresión entre las mujeres con hijos —al menos en términos estadísticos» (Brown y Harris, 1978: 182; tabla en página 359).

Ahora bien, tanto los factores etiológicos como los factores de vulnerabilidad implican el funcionamiento de algún tipo de variable psicológica. En el caso de los sucesos vitales y dificultades cotidianas graves dicha variable es la desesperanza. La secuencia causal es la siguiente: pérdida ► desesperanza ► depresión. Los sucesos que implican pérdida pueden llevar a pensamientos de desesperanza. Y es la generalización de esta desesperanza lo que constituye el núcleo central de la depresión. En palabras de los autores, «dado que tienen menos [las mujeres de clase trabajadora] (y la promesa de menos) sufren más en respuesta a la pérdida o frustración» (Brown y Harris, 1978: 191).

Sin embargo, poca gente desarrolla la desesperanza. Volvemos al problema de la vulnerabilidad. En este caso, el factor crucial es la autoestima (entendida de forma amplia, como un sentido de habilidad para controlar el mundo y reparar el daño o las consecuencias de la pérdida). Brown y Harris señalan que la autoestima es el punto de contacto entre los cuatro factores de vulnerabilidad propuestos.

En cuanto a los síntomas crónicos, estos eran cinco veces más frecuentes entre las mujeres de clase trabajadora. El principal determinante son las dificultades a largo plazo. Este tipo de dificultades varía en función de la clase social. De esta manera, las dificultades domésticas, económicas y relacionadas con los hijos tardan más en resolverse en la clase trabajadora. Esto,

y la mayor frecuencia de aparición de nuevas dificultades explica la mayor prevalencia de la depresión en la clase trabajadora.

En resumen, la propuesta de Brown y Harris trata de explicar no sólo la aparición de la depresión, sino también la gravedad y la duración de sus síntomas. Es importante señalar que factores etiológicos/provocadores recientes, factores de vulnerabilidad y factores de formación de síntomas tienen un marcado origen social. Constituyen parte de las condiciones de vida de las personas. Estas condiciones de vida no son iguales en todas las posiciones sociales. Esto se traduce en una distribución desigual de los factores de vulnerabilidad y etiológicos. A su vez, esta distribución desigual entre las clases sociales explica las diferencias en incidencia y prevalencia de la depresión. Esta es la secuencia fundamental. No niega la existencia de estructuras psicológicas relevantes, pero propone que también éstas tienen un origen social. Así, por ejemplo, son las condiciones de vida las que determinan los distintos niveles de autoestima, a través de las experiencias vitales (muerte de la madre, condiciones domésticas, carencia de empleo, ausencia de una relación íntima).

También Mirowsky y Ross (1989) van a elaborar una explicación escalonada del deterioro psicológico. Según estos autores, la depresión es una construcción social en la medida en que tiene su origen en las condiciones socioestructurales. Ahora bien, para dar cuenta de la relación existente entre posición social y salud mental es preciso incorporar toda una serie de variables mediadoras, las recogidas en la figura 2. En concreto, esta aproximación señala la existencia de tres factores que median y explican la relación entre estatus socioeconómico y deterioro psicológico (depresión y ansiedad). Ciertas características sociodemográficas (empleo, ingresos, educación, género, raza y estatus matrimonial) determinan las condiciones de vida objetivas de los individuos. Estas condiciones objetivas generan una serie de experiencias. Y las experiencias características de los diferentes estatus socioeconómicos dan lugar al desarrollo de distintas creencias e interpretaciones acerca de la sociedad, las relaciones sociales, etc. El nivel de deterioro va a depender de esas creencias. «Tres puntos en la comprensión individual del yo y la sociedad aparecen como explicaciones de las pautas sociales del deterioro: alienación, autoritarismo y desigualdad» (Mirowsky y Ross, 1989: 97). Alienación, autoritarismo y desigualdad son los vínculos entre la realidad externa (las condiciones sociales objetivas) y la realidad interna del deterioro psicológico.

A través del concepto de alienación los autores tratan de recuperar para el estudio de la salud mental una de las aportaciones más conocidas de Karl Marx. Para ello, hacen uso de la adaptación conceptual realizada por Melvin Seeman (1959). Según este autor, el concepto de alienación puede aplicarse a cinco tipos de fenómenos: indefensión, existencia de un mundo carente de significado, anomia, aislamiento y auto-extrañamiento. Según Seeman (1959: 784), su análisis del concepto de alienación implica «un punto de vista sociopsicológico. Presumiblemente una tarea para la investigación experimental o analítica es determinar (a) las condiciones sociales que producen estas cinco formas de alienación o (b) sus consecuencias comportamentales». Veámoslo con cierto detalle.

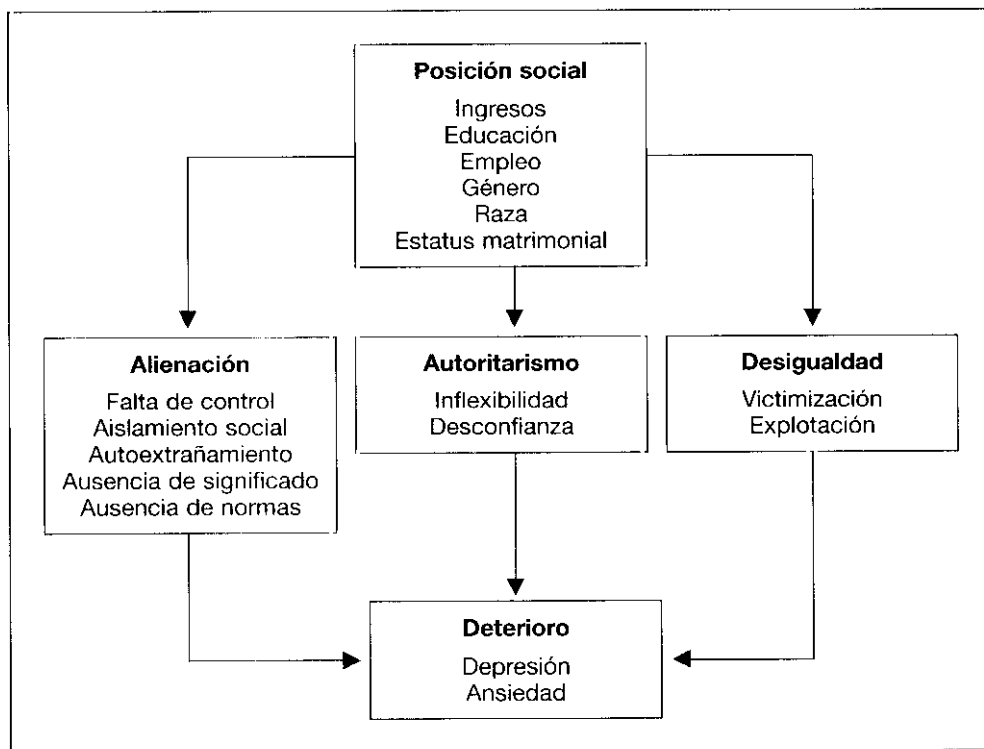


Figura 2. Modelo de causación social según Mirowsky y Ross.

En primer lugar, la alienación puede entenderse como una ausencia de control (*powerlessness*) o indefensión. Según Seeman (1959: 784) «esta variante de la alienación puede concebirse como la expectativa o probabilidad mantenida por el individuo de que su propio comportamiento no puede determinar que se den los resultados, o refuerzos, que busca». Como puede comprobarse, esta definición del sentido de control no se centra en la alienación desde el punto de vista de las condiciones ambientales objetivas. Al contrario, supone que la experiencia de indefensión (y este argumento es válido para el resto de variantes de la alienación) viene determinada por dichas condiciones objetivas. Ahora bien, estas condiciones objetivas no se incluyen en la definición del concepto.

El segundo tipo de alienación, la carencia de significado del mundo, se refiere al sentido individual de que los sucesos en los cuales la persona se ve implicada son comprensibles. Podemos hablar de alienación en este sentido «cuando el individuo no tiene claro qué debería creer cuando los estándares individuales mínimos para una decisión clara no son satisfechos» (Seeman, 1959: 786). Esta variante de alienación tiene claras conexiones con la anterior. En efecto, la ausencia de un mundo inteligible puede ser una precondition para el desarrollo de un sentido de control.

En tercer lugar, el concepto de anomia. Según Secman (1959: 788) la situación anómica puede definirse como aquella en la que «hay una alta expectativa de que comportamientos socialmente rechazados son necesarios para alcanzar determinadas metas». De lo que se trata es de una situación de ausencia de normas. El vacío normativo puede llevar a una reducción en la predictibilidad e inteligibilidad de mundo. Esto, a su vez, reduciría el sentido de control. De esta forma, las tres variantes de alienación hasta aquí consideradas muestran una íntima relación, al menos al nivel conceptual.

El cuarto tipo de alienación es el aislamiento. Hablamos de alienación en sentido de aislamiento para referirnos a aquellas personas «que asocian valores bajos a metas o creencias que son altamente valorados en una sociedad dada» (Secman, 1959: 789). Debo señalar que no es este el tipo de alienación que Mirowsky y Ross incorporan al modelo. Su concepto de aislamiento se relaciona con el de apoyo social. En el análisis de Secman el aislamiento se aproxima a la idea de extrañamiento cultural, o separación de los valores culturalmente asociados a determinadas creencias u objetivos. En el modelo de Mirowsky y Ross se incluye el aislamiento en relación a las relaciones sociales mantenidas por el individuo y el apoyo generado en dichas relaciones, fundamentalmente el apoyo emocional.

Por último, la alienación también puede tomar forma de autoextrañamiento. Secman (1959: 790) define este tipo de alienación como «el grado de dependencia de un comportamiento dado de recompensas futuras anticipadas, es decir, de recompensas que se encuentran más allá de la actividad misma». El ejemplo más claro es el trabajador que realiza su actividad meramente por el salario. Este concepto se refiere fundamentalmente al trabajo alienado. Mirowsky y Ross entienden por autoextrañamiento la experiencia de encontrarse separado de pensamientos, acciones y experiencias propias pero sometidas al control de otras personas. Se trata del trabajo como algo ajeno, en contraste con la idea de trabajo como una expresión de la personalidad.

En gran medida, aunque no exclusivamente, el resto de las formas de alienación tienen un impacto sobre el deterioro psicológico a través del sentido de control sobre el mundo. En efecto, el compromiso personal (opuesto de autoextrañamiento), la existencia de un mundo inteligible (opuesto a ausencia de significado) y regido por normas (ausencia de anomia) y la disponibilidad de apoyo social implican una mayor efectividad de afrontamiento y, por tanto, un mayor sentido de control. La implicación en una tarea cuyas metas son experimentadas como propias y expresan la voluntad personal (compromiso) incrementa el sentido de control. La presencia de relaciones de apoyo supone un recurso con el que afrontar las demandas del ambiente potenciando así una mayor efectividad en el afrontamiento. Finalmente, como señalábamos anteriormente la existencia de un mundo predecible (ausencia de anomia) y comprensible (significado) potencian la posibilidad de ejercer un control efectivo sobre el ambiente.

La especial importancia de gozar de una expectativa de control se extiende a los otros dos componentes señalados con anterioridad: el autoritarismo y la desigualdad. El *autoritarismo*

supone una visión del mundo donde la tradición y la autoridad son las guías fundamentales del comportamiento. En esta visión del mundo, conducta ética y cumplimiento de los dictados de la tradición y de la autoridad mantienen un significado equivalente. Se trata de una conformidad con la autoridad externa y de una creencia de que tal conformidad es todo lo que las propias capacidades y la exigencias del mundo permiten. Sus dos componentes reflejan esta concepción de la vida. En primer lugar, la **inflexibilidad** cognitiva es una tendencia a favorecer formas particulares de afrontamiento en todas las situaciones estresantes o problemáticas. Se trata de una aplicación rígida de las reglas. Todo ello implica la incapacidad para imaginar soluciones complejas y visiones contradictorias. En resumen, se trata de un sistema de orientación demasiado rígido y limitado para afrontar adecuadamente las situaciones de estrés. Al contrario, la flexibilidad es la capacidad para elaborar y ponderar argumentos, considerar dos o más facetas de un mismo asunto, pensar en soluciones complejas o múltiples para los problemas. La flexibilidad cognitiva incrementa el sentido de control al permitir al individuo encontrar soluciones para los problemas.

El segundo componente del autoritarismo es la **desconfianza**. Se trata del hábito de interpretar las intenciones y comportamientos de los demás en términos negativos. Se basa en la creencia de que el resto de personas sólo miran por su propio bien, y que no tendrán reparos en explotar al individuo en función de sus propias metas. Esta desconfianza en los demás puede imposibilitar la inserción del individuo en una red de apoyo. Esta orientación vital es más común allí donde las oportunidades y recursos son escasos. Además, la desconfianza es mayor en ausencia de un sentido de control sobre el mundo. De esta manera, la desconfianza se relaciona tanto con el estatus socioeconómico como con la indefensión. Esto sugiere que un sentido de control sobre el mundo protege de la creencia en la naturaleza egoísta de los demás.

El tercer componente del modelo es la **desigualdad**. Se trata de una percepción de proporcionalidad entre lo que la persona aporta y las recompensas recibidas y de un intercambio justo en las relaciones con los demás. Para quien es víctima de un intercambio desigual, estar implicado en una relación injusta reduce su sentido de control sobre el mundo, y por lo tanto incrementa la probabilidad de deterioro psicológico. Pero también quien se beneficia de una relación injusta puede sufrir un deterioro psicológico. En primer lugar, puede haber sentimientos de culpa por aprovecharse de alguien. Además, una relación de flagrante injusticia supone una violación de las normas sociales generales. Esto puede generar rechazo por parte del grupo, reduciendo así la autoestima necesaria para el bienestar psicológico. De esta manera, los efectos de la desigualdad para quien se beneficia de una relación eliminarían los beneficios de un sentido de control sobre el mundo.

Todas estas creencias en torno a la naturaleza humana, el mundo y las relaciones entre el individuo y el ambiente vienen determinadas por las condiciones objetivas de existencia. De esta forma, la relación inversa entre estatus socioeconómico y deterioro psicológico queda explicada a través de la formación de estas creencias. Por tanto, el modelo de Mirowsky y Ross comparte con el de Brown y Harris su énfasis en las condiciones de vida como determinantes

causales del deterioro psicológico. Igualmente, es común la mediación de algún factor psicológico (autoestima, desesperanza, flexibilidad cognitiva, desconfianza, percepción de desigualdad...). Aun teniendo carácter psicológico, estas variables tienen un origen social. Su intervención explica cómo las condiciones de vida llevan al deterioro. De esta manera, ambas aproximaciones reclaman un papel causal para factores de la estructura social.

Un papel causal que también es reclamado en la teoría de R. Cochrane (1983). Este autor incluye la autoestima como factor fundamental en su explicación del deterioro psicológico. Su teoría propone que la distribución de recursos de afrontamiento disponibles ante una situación de estrés se relaciona con las posiciones sociales. En este contexto, la enfermedad mental se considera una respuesta más dentro de un repertorio de posibles respuestas ante el estrés ambiental. Se trata de una respuesta adaptativa cuando otros tipos de adaptación no están disponibles o han sido inútiles previamente. Ahora bien, el repertorio de respuestas está determinado por las diferencias en estatus socioeconómico. Además, los distintos intentos de adaptación muestran diferencias en discapacidad social. En palabras de Cochrane (1983: 171), «Si asumimos como punto de partida que la mayoría de la gente recurrirá a distintas formas de afrontar el estrés antes de recurrir a la enfermedad mental a causa de sus consecuencias personales y en el prestigio social, el problema se convierte en un problema de disponibilidad de respuestas alternativas y su efectividad para una determinada persona en sus circunstancias particulares». Lo que nos encontramos es una desigual disponibilidad en función de los grupos sociales de pertenencia.

La respuesta más efectiva y deseable socialmente son los mecanismos de defensa intrapsíquicos, especialmente una alta *autoestima*. Sin embargo, no todos los grupos sociales tienen «a su disposición» este mecanismo como forma de encarar los problemas vitales. Esta desigual disposición está determinada por la posición ocupada en el sistema de estratificación social. En este sentido, la autoestima como mecanismo de respuesta ante el estrés es típico de los siguientes grupos: Los varones, aquellos grupos que ocupan un alto estatus social, los que disponen de un empleo y las mayorías étnicas. Otras experiencias de oposición al estrés, como los sentimientos positivos derivados de éxitos, logros, etc. son característicos de los varones y los grupos con alto nivel educativo, profesionales y directivos. Ahora bien, el desarrollo de síntomas (la depresión) es propio de los siguientes grupos: Mujeres, personas desempleadas, personas pobres, etc. Y el estatus de enfermo (diagnóstico de depresión) como recurso para el manejo del estrés es propio de mujeres, personas sin empleo y grupos con relaciones conyugales deterioradas. De esta manera, la depresión, como recurso de afrontamiento ante el estrés, muestra pautas sociales claras. Es característica de determinados grupos sociales. Las personas que pertenecen a estos grupos muestran una mayor vulnerabilidad al deterioro, ya que sus recursos de afrontamiento disponibles son reducidos o no han sido efectivos en el pasado.

Existen otros modelos teóricos de claro corte sociológico. No obstante, la estructura básica de los mismos es similar a la de los tres aquí esbozados. En general, las características compartidas por todos ellos son las siguientes:

1. En primer lugar, se trata de modelos de *causación social*, ya que todos ellos señalan que es en la estructura social donde se origina el deterioro psicológico. La desigual distribución de las oportunidades de vida asociadas a las distintas clases y/o posiciones sociales determina un mayor o menor riesgo de sufrir depresión. Por tanto, los estratos socioeconómicamente menos favorecidos mostrarán una mayor incidencia de la enfermedad mental. Ya desde los trabajos pioneros en torno a la relación entre estructura social y salud mental apareció con fuerza el debate entre la hipótesis de causación social y la hipótesis de selección social. Según esta última, la relación constatada entre estructura social y deterioro psicológico responde más bien a un proceso de movilidad social descendente, o a la incapacidad para ascender en la escala de posición social. No serían las condiciones socioeconómicas el factor causal, sino más bien la variable dependiente. Los síntomas sufridos por las personas aquejadas de una enfermedad mental bien tendrían como consecuencia un descenso en la escala ocupacional, bien impedirían a los individuos afectados una lucha satisfactoria por ascender en dicha escala. Pues bien, si nos ceñimos al análisis de la depresión, parece que las investigaciones empíricas realizadas ponen de manifiesto que la hipótesis que mejor se ajusta es la hipótesis de causación social. La depresión tendría en las condiciones de vida asociadas a los estratos sociales desfavorecidos un claro factor etiológico. En ese sentido, la sociedad sería causa de la depresión.
2. En segundo lugar, a pesar de enfatizar el origen social de la depresión, prácticamente la totalidad de los modelos sociológicos incluyen *procesos mediadores de carácter psicológico* (y psicossociológico) como elemento indispensable para hacer inteligible la relación existente entre deterioro psicológico y clase social. En el modelo de Cochrane y en el modelo de Brown y Harris la autoestima se presenta como un factor clave para comprender la aparición de la depresión. En el caso de Mirowsky y Ross, el autoritarismo y la percepción de desigualdad son variables fundamentales en su explicación del deterioro psicológico. Por tanto, a pesar de que varíen los factores concretos incluidos en las distintas teorías, para todos los autores mencionados no es posible dar cuenta de la aparición de la enfermedad mental sin incluir procesos psicológicos. Ahora bien, esta inclusión de procesos individuales no implica la renuncia a la preeminencia de lo socioestructural como factor causal. Explícitamente, por tanto, se asume que dichos mediadores psicológicos actúan como correa de transmisión entre el individuo y la estructura social. Por ello, la distribución desigual de la depresión se explica gracias a la desigual caracterización psicossociológica de los individuos en función del lugar que ocupan en el sistema de estratificación social. Dicho de otra manera, las influencias de los factores sociales y psicológicos no son independientes entre sí, y su influencia total no es la suma de sus efectos tomados uno a uno. Al contrario, los esquemas explicativos analizados anteriormente suponen que existe una interacción entre ellos, interacción que se concreta en términos de causalidad: es la realidad social la que configura la realidad individual.

3. Al igual que en los modelos psicológicos, el *estrés* se presenta con fuerza creciente como un factor central dentro de los modelos de causación social. En el caso de Brown y Harris la importancia del estrés es patente, toda vez que el factor etiológico está constituido precisamente por los sucesos vitales graves y las dificultades mayores (dos tipos de estresor). Cochrane, por su parte, sitúa en la experiencia de un estresor el punto de arranque del proceso que llevaría a la depresión en el caso de que las formas de afrontamiento (determinadas por la clase social) supusieran un riesgo (vulnerabilidad) de sufrir un episodio depresivo. Se trata tan sólo de dos ejemplos, ya que el estrés se está convirtiendo en un concepto incluíble dentro de la bibliografía sociológica en torno a la enfermedad mental. Hasta tal punto, que Peggy Thoits (1999) ha señalado recientemente que la teoría del estrés es una de las más importantes dentro del escenario sociológico. A grandes rasgos, la teoría del estrés postula que es la desigual exposición a los estresores lo que explicaría las diferencias en los niveles de bienestar psicológico. Dado que dicha exposición desigual al estrés tiene su origen en la clase social en la cual inscribimos a la persona, la relación entre estructura social y salud mental se puede explicar gracias a la mayor frecuencia con la que las clases socioeconómicamente desfavorecidas se ven afectadas por situaciones estresantes. Volveremos sobre este aspecto en las conclusiones.

En resumen, por tanto, los modelos sociológicos reclaman una mayor atención por el contexto social en el cual se desenvuelve la vida de las personas. Se trata de una consideración de las condiciones de vida (determinadas por la clase o extracción social) como factor causal fundamental en la aparición de la enfermedad mental, en nuestro caso la depresión. Dichas condiciones de vida son experimentadas por los sujetos, pero constituyen un factor supraindividual. En ese sentido, la depresión sería una construcción social.

4. A modo de conclusión: individuo, sociedad, depresión

Como el lector habrá podido apreciar, no parece existir una explicación unívoca de la depresión. Dentro de esta polifonía etiológica, los modelos explicativos procedentes de la sociología pretenden aportar una visión comprehensiva de las causas de la depresión, enfatizando no obstante su origen socioestructural. En este sentido, las perspectivas psicológica y sociológica suponen explicaciones notablemente divergentes. Mientras que las teorías psicológicas enfatizan los factores causales intraindividuales, los modelos sociológicos establecen claramente un origen social del deterioro. Dicha divergencia es, patentemente, un problema de complementariedad. No obstante, no es ese el problema que pretendía plantear este artículo. Al menos no en esos términos. El objetivo fundamental era el de mostrar la pertinencia de un enfoque sociológico en el estudio de la depresión.

Y en este punto es preciso señalar que las investigaciones derivadas de los diversos modelos de causación social ponen de manifiesto una incapacidad para explicar el deterioro psicológico si no atendemos a su origen socioestructural. Los distintos modelos, recogiendo la información disponible gracias al amplio trabajo empírico realizado, ofrecen un armazón conceptual

claramente adecuado para la investigación etiológica, así como para el diseño de intervenciones cuyo objetivo sea bien prevenir bien superar la aparición de la depresión. No obstante, existen aún graves problemas que dichos modelos deben afrontar si la pretensión es la de establecer claramente las condiciones de posibilidad para que la Sociología de la Enfermedad Mental sea considerada una disciplina cuyas aportaciones puedan tener un eco y una utilidad (académicos y profesionales) semejante a las aportaciones realizadas desde la Psicología.

En primer lugar, la relación entre estructura social y enfermedad mental, aunque claramente establecida, está sujeta a serias objeciones de carácter teórico y empírico. El problema se sitúa en la noción de «estructura social» manejada. En general, se suele hablar de una relación entre clase social y salud mental, pero de hecho la clase social es operacionalizada a través de medidas simples de ingresos y/o educación y/o situación laboral. Se trata de preguntas recogidas en un cuestionario, a través de las cuales se pretende ubicar al individuo en el sistema de estratificación social. El resultado es una medida gradacional de clase social, especialmente útil para establecer relaciones entre niveles de bienestar psicológico y clase alta/media/baja. Como puede apreciarse, por tanto, el trabajo teórico que subyace a tal definición es prácticamente inexistente. Este hecho es especialmente grave, toda vez que una de las áreas más fecundas de investigación sociológica se centra precisamente en el estudio de las clases sociales. En ese sentido, disponemos de numerosas teorías que tratan de informar en torno a los componentes de la clase social, desde las clásicas aproximaciones de K. Marx y M. Weber hasta las recientes aportaciones de Wright (1983, 1994), Parkin (1984) o Goldthorpe (1987), por citar sólo algunas. Es prácticamente imposible encontrar estudios en los cuales se discutan estas teorías justificando su uso como criterios de clasificación. El resultado final es una medida (paradójica) de estructura social basada en una característica individual (los ingresos personales, el nivel educativo...). En ningún caso se capta el sistema de estratificación social, sino que la definición de este se basa exclusivamente en una variable. Se trata, por tanto, de una definición profundamente incompleta, cuando no errónea, sobre todo si (como es bastante común) se utiliza la distribución de ingresos en sociedades como las actuales, en las cuales se ha producido una notable convergencia retributiva entre las distintas ocupaciones. Si tenemos todo esto en cuenta, no es exagerado afirmar que la relación entre estructura social y enfermedad mental no ha sido satisfactoriamente especificada porque no hemos sido capaces de aprovechar las herramientas conceptuales, teóricas, que la propia sociología nos ofrece.

En cierta medida esta tendencia se hace más acusada debido precisamente a la elección de otros factores como protagonistas de nuestras investigaciones, en concreto la elección del concepto de «estrés» como elemento articulador de nuestra explicación (pretendidamente) sociológica. Como señalaba anteriormente, una de las tendencias más recientes consiste en ligar el nivel de estrés experimentado con la posición social. En este sentido, el impacto de la estructura social en la salud mental se explicaría a través de su asociación con el estrés. Este sería el mecanismo de inteligibilidad postulado por la *teoría del estrés*. Y en este punto volvemos a toparnos con problemas, íntimamente relacionados con el aspecto anterior. Innegablemen-

te, existe una distribución desigual de los estresores en función de la extracción social (Aneshensel, 1992; Pearlin, 1989, 1991), de manera que las posiciones sociales socioeconómicamente menos favorecidas experimentan mayores tensiones o situaciones estresantes. Ahora bien, existe una distancia insalvable entre la afirmación de que existe una distribución estructuralmente desigual de los estresores y la defensa del estrés como el mecanismo privilegiado a partir del cual dar cuenta de la relación entre estructura social y salud mental. Este abismo conceptual se genera a partir de dos postulados entrelazados. En primer lugar, el concepto de estrés hace referencia a una variedad extremadamente heterogénea de situaciones, desde la pérdida del empleo hasta el fallecimiento de un familiar, pasando por los atascos de tráfico, las disputas vecinales, las tensiones cotidianas, etc. Dicho de otra manera, existen diversos grupos de estresores en función del ámbito vital al cual afectan. En general, pueden agruparse en tres grandes agregados: situaciones ligadas a la esfera económica (problemas para pagar las facturas, pérdida del empleo, etc), situaciones ligadas al desempeño de algún rol (educación de los hijos, tensiones laborales...) y acontecimientos que implican algún tipo de pérdida (por ejemplo la muerte de la madre o de la pareja). Defender que esta heterogeneidad de estresores se distribuye homogéneamente en términos de desigualdad según la clase social es cuando menos aventurado. Si a la necesidad de considerar la especificidad de los estresores unimos la necesidad de considerar la especificidad de los trastornos, el panorama se torna aún más gris. En el caso de la depresión, la fractura en el argumento de la teoría del estrés es clara. La bibliografía científica sobre el estrés ha puesto de manifiesto claramente que la depresión — la enfermedad mental «más social» (es decir, aquella que en mayor medida se conecta con la estructura social) — se relaciona fundamentalmente con acontecimientos estresantes que implican algún tipo de pérdida (fundamentalmente la muerte de un ser querido) (Barrón, 1988; Brown, 1981). A su vez, el fallecimiento de una persona significativa no depende de la clase social a la cual pertenecen los sujetos. No se está señalando que las tasas de mortalidad no tenga un claro anclaje social. Lo que se está afirmando es que la experiencia de una pérdida se distribuye de forma más o menos aleatoria entre la población. Por tanto, si la depresión muestra un claro patrón social de incidencia, y a la vez la pérdida (y el duelo, por tanto) es el estresor típicamente ligado a la depresión, entonces es preciso buscar un mecanismo capaz de explicar el impacto de la posición socioeconómica independientemente del estrés.

Continuemos. Si aceptamos que no todos los estresores se distribuyen de forma no aleatoria entre la población, aún podemos defender que es el estrés de tipo económico el que permitiría explicar la relación entre estructura social y enfermedad mental (depresión o cualquier otra). Pero señalar que el deterioro psicológico aparece como consecuencia del diferente nivel de estrés económico no supone más que señalar que son las condiciones de vida asociadas a la clase social lo que explica la distribución social de la enfermedad mental. Y argumentar de esta forma supone argumentar de forma tautológica: las clases socioeconómicamente menos favorecidas sufren en mayor medida síntomas de depresión porque sus condiciones socioeconómicas llevan a la depresión. Este es el segundo gran problema de la teoría del estrés: su carác-

ter hucco. No añade nada nuevo a las investigaciones previas, ya que desde un principio se asoció el deterioro psicológico a unas condiciones de vida, definidas a partir de indicadores económicos y sociales. La teoría del estrés (pretendidamente sociológica) es en realidad un vacío conceptual, una tautología argumentativa que defiende una asociación espuria. Y, lo que quizá sea más grave, un argumento que, reclamando una herencia sociológica, esconde la verdadera esencia de lo socioestructural en un concepto extremadamente laxo y escasamente operativo. El problema de fondo consiste en sustituir los esfuerzos necesarios por incorporar decididamente teorías sociológicas en torno a la estratificación social, por un esfuerzo teórico centrado en definir las variables intermedias no psicológicas que actúan como correa de transmisión de los efectos de la estructura social sobre el individuo.

Y en este sentido, y como recordatorio a la dudosa necesidad de otorgar tal protagonismo al estrés dentro de una perspectiva sociológica, quedaría por señalar la pertinencia de prestar la atención adecuada a los mecanismos psicológicos implicados en la aparición del deterioro. Y en este punto nos adentramos en el problema de la interdisciplinariedad. La defensa de un origen social de la depresión no supone cerrar los ojos a los procesos individuales, psicológicos. Al contrario, parece del todo improbable ofrecer una explicación etiológica fructífera del deterioro psicológico si no atendemos al papel jugado por dichos procesos. El verdadero reto consiste en comprobar las relaciones existentes entre las influencias sociales y psicológicas, poner a prueba dentro de un modelo integrado la asociación que, de forma independiente, se ha encontrado entre factores sociales y psicológicos, por un lado, y depresión (o enfermedad mental en términos más generales) por otro. Existen elementos suficientes en la bibliografía existente (véase Barrón y Sánchez, 2001 y Wheaton, 2001) para pensar que la consideración aislada de los procesos psicológicos en su relación con la enfermedad mental supone no sólo una *insuficiencia* teórica, sino también un serio riesgo de estar cometiendo un error de especificación de sus determinantes. En este sentido, la incorporación de una perspectiva sociológica en el análisis de la etiología es una necesidad patente para todos aquellos interesados en la comprensión de la enfermedad mental y, sobre todo, para todos aquellos profesionales cuyo ámbito de actuación se sitúa en dicha clave. El presente artículo ha tratado de llamar la atención sobre este aspecto, sobre la necesidad de que nuestros profesionales de la intervención social con enfermos mentales y sus familias conozcan y manejen de forma adecuada las herramientas que, elaboradas desde la Sociología, aportan (o son susceptibles de aportar) un incremento en la eficacia de su actividad profesional.

5. Referencias bibliográficas

- ABRAMSON, L.Y., M.E.P. SELIGMAN y J.D. TEASDALE
1978 «Learned helplessness in humans: Critique and reformulation». *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- ALVARO, J.L.; J. R. TORREGROSA y A. GARRIDO
1992 «Estructura social y salud mental». En J.L. Alvaro, J.R. Torregrosa y A. Garrido (Eds.). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid: Siglo XXI. Pp. 9-30.

ANESHENSEL, C.S.

1992 «Social stress: Theory and research». *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.

BARBERA, M., H.M. PRELOW, L.E. DUMKA, N.A. GONZALES, G.P. KNIGHT, M.L. MICHAEL, M.W. ROOSA y J. TFIN

2002 «Pathways from family economic conditions to adolescents distress: Supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers». *Journal of Community Psychology*, 30, 135-152.

BARRON, A.

1988 *Estrés psicosocial, apoyo social y depresión en mujeres. Un estudio empírico en Aranjuez*. Tesis doctoral Facultad de Psicología U.C.M.

BARRÓN, A. y E. SÁNCHEZ MORENO

2001 «Estructura social, apoyo social y salud mental». *Psicothema*, 13, 17-23.

BEATO, M.S.

1993 «Explicaciones teóricas de la depresión: Del conductismo al cognitivismo». *Revista de Historia de la Psicología*, 14, 385-394.

BECK, A.T., A.J. RUSH, B.F. SHAW y G. EMERY

1985 *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brower.

BROWN, G.B.

1981 «Life events, psychiatric disorders and physical illness». *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 461-473.

BROWN, G.W. y T. HARRIS

1978 *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Londres: Tavistock.

COCHRANE, R.

1983 *The social creation of mental illness*. Londres: Longman Applied Psychology.

DOHRENWEND, B.P. y B.S. DOHRENWEND

1969 *Social status and psychological disorder: A causal inquiry*. Nueva York: John Wiley and Sons.

FARIS, R.E.L. y H.W. DUNHAM

1939 *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: University Press.

GOLDTHORPE, J.

1987 *Social mobility and class structure in modern Britain*. Oxford: Clarendon Press.

HOLLINGSHEAD, A.B. y F.C. REDLICH

1958 *Social class and mental illness: A community study*. Nueva York: Wiley.

LEWINSOHN, P.M., H. HOBBERMAN, L. TERL y M. HAUZINGER

1985 «An integrative theory of depresión». En S. Reiss y R.B. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Nueva York: Academic Press. Pp.331-359.

- LEWINSOHN, P.M. y J. LIBEF
1972 «Pleasant events, activity schedules and depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.
- LEWINSOHN, P.M., M.S. WEINSTEIN y D. SHAW
1969 «Depression: A clinical research approach». En R. Rubin y C. Franks (Eds.). *Advances in behavior therapy*. Nueva York: Academic Press. Pp. 231-240.
- MAIER, S.F. y M.E.P. SELIGMAN
1976 «Learned helplessness: Theory and evidence». *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46.
- MIECHEL, R.A. y M.J. SHANAHAN
2000 «Socioeconomic status and depression over the life course». *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 162-176.
- MIROWSKY, J. y C.E. ROSS
1989 *Social Causes of Psychological distress*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- PARKIN, F.
1984 *Marxismo y teoría de clases. Una crítica burguesa*. Madrid: Espasa.
- PEARLIN, L.I.
1989 «The sociological study of stress». *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
1991 «Life strains and psychological distress among adults». En A. Monat y R.S. Lazarus (Eds.). *Stress and coping. An anthology*. Nueva York: Columbia University Press. Tercera Edición. Pp. 319-336.
- PETERSON, C., S.F. MAIER y M.E.P. SELIGMAN
1993 *Learned helplessness. A theory for the age of personal control*. Oxford: University Press.
- SEFMAN, M.
1959 «On the meaning of alienation». *American Sociological Review*, 24, 783-791.
- SELIGMAN, M.E.P.
1975/1981 *Indefensión*. Madrid: Debate.
1979 «Depressive attributional style». *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- THOMAS, P.A.
1999 «Sociological approaches to mental illness». En A.V. Horwitz y T.L. Scheid (Eds.). *A handbook for the study of mental health. Social contexts, theories, and systems*. Cambridge: University Press. Pp. 121-138.
- WHEATON, B.
1978 «The sociogenesis of psychological disorder: Reexamining the causal issues with longitudinal data». *American Sociological Review*, 43, 383-403.
2001 «The role of sociology in the study of mental health... and the role of mental health in the study of sociology». *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 221-234.
- WRIGHT, E.O.
1983 *Clase, crisis y estado*. Madrid: Siglo XXI.
1994 *Clases*. Madrid: Siglo XXI.