

L-2.2: POBREZA Y SALUD MENTAL: UNA COMBINACIÓN PERDEDORA O DE LOS FACTORES DE RIESGO A LOS DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL¹

¿Cómo un contexto general de pobreza y empobrecimiento colectivo llega a trazar direcciones precisas a las trayectorias individuales y a delinear la estructura de las comunidades locales? ¿Cómo el contexto político, económico, social, cultural está relacionado con la experiencia individual? ¿Mediante qué mecanismos este contexto se ha mediatizado? Estas son las preguntas que el presente capítulo tratará de responder.

1. LOS FACTORES DE RIESGO PARA LOS GRANDES DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

Muchos de los grandes descubrimientos de nuestro siglo han puesto en evidencia el hecho que es la mejora sustancial de las condiciones de vida la que ha permitido aumentar considerablemente la esperanza y la calidad de vida de las poblaciones², mucho más que los cuidados curativos, incluso si estos últimos han jugado un rol importante³. Esto permite entrever la existencia de condiciones o de factores más globales que pueden contribuir a mejorar, o de lo contrario, a deteriorar la salud de los individuos⁴.

Desde hace una treintena de años la epidemiología ha permitido distinguir numerosos factores de riesgo para la salud. Y en el campo de la salud mental, se ha decodificado progresivamente la influencia de factores individuales y de factores ambientales, o también, de factores biológicos, psicológicos y sociales. Los debates han puesto en evidencia la importancia relativa que las diferentes corrientes de pensamiento, de investigación y de intervención atribuyen a uno u otro de estos factores, o también, la manera (unas veces restrictiva, otras veces más contextualizada) en la que los utilizan⁵.

1.1 ¿Qué es el riesgo?

El riesgo es definido como un peligro eventual más menos previsible que vuelve a la persona afectada vulnerable respecto de la salud⁶. Numerosas definiciones o clasificaciones de riesgo han sido propuestas, la más conocida de ellas es aquella de Lalonde que sugiere prestar una atención particular a los riesgos biológicos, comportamentales, ambientales y a aquellos relacionado a los servicios de salud⁷.

1.2 Los límites de la noción de riesgo

Sin embargo, hace falta considerar con prudencia esta noción de riesgo y procurar reubicarla en un contexto más amplio. En efecto, históricamente, esta noción toma prestado del modelo médico el principio según el cual "un problema puede ser resuelto si uno elimina los factores de riesgo específicos que están en su origen (...). Esto impone estrategias orientadas al despistaje, el tratamiento y la readaptación⁸.

¹ ROBICHAUD, J.B., GUAY L., COLIN C. y POTHIER M. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité*, pp. 93-98. Montréal: Gaëtan Morin Editeur. Traducido por Hilda Asencio y María Elena Planas.

² BOZZINI et al. (1981). *Médecine et société: les années 80*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

³ McKEON 1976a, 1976b, EISENBERG 1984, Mechanic 1982, todos estos citados por KLEINMAN, A., 1988a: *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press; NAVARRO 1986 citado por KLEINMAN, A., 1988b: *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*, p.61. New York: Basic Books.

⁴ BOZZINI et al. (1981). *Op cit.*

⁵ CORIN et al. (1990). *Comprendre pour soigner autrement*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.

⁶ COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. (1985). *La santé mentale des enfants et adolescents: vers une approche plus globale*. Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes. Québec: Gouvernement du Québec.

⁷ LALONDE, M., 1974: *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*. Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada.

⁸ Santé et Société. (1990). *La promotion de la santé mentale*, p.8. Collection Promotion de la Santé. Québec: Gouvernement du Québec.

Sobre todo, la noción de riesgo conduce a identificar grupos de individuos en riesgo, grupos objetivo y, voluntariamente o no, a estigmatizarlos, con las ya conocidas consecuencias nefastas en la salud mental⁹ y en la relación con los servicios de salud y los servicios sociales¹⁰. Esta identificación de determinadas poblaciones ha hecho que muchos digan que en vez de combatir la pobreza, nos hemos ensañado con los mismos pobres. En otras palabras, es necesario evitar intervenir en grupos de riesgo para concentrarse más bien en las condiciones blanco¹¹.

Investigadores han puesto en evidencia límites importantes de esta perspectiva. Así, la capacidad misma de detectar los grupos en mayor riesgo entre la población es limitada (...) E incluso logrando detectar estas muestras pequeñas de población con alta incidencia de determinados problemas, se dejarán de lado otras porciones de la población afectadas con los mismos problemas. En fin, a largo plazo, los grupos de alto riesgo tienen tendencia a adquirir las mismas características socioculturales de aquellos medios en donde viven o de donde provienen¹². Esto lleva a algunos investigadores a concluir que el despistaje de pequeños grupos de niños con problemas severos de salud mental es socialmente injustificable. La otra posibilidad es orientar las intervenciones a partir de acercamientos ecológicos y psicosociales que apunten a las comunidades enteras¹³. Aún así, la noción de factores de riesgo permite comprender mejor de qué manera la pobreza influye en la salud mental.

1.3 Los grandes determinantes de la salud mental

A la noción de riesgo se sumó la de determinantes. Se trata de grandes condiciones que favorecen o no la incesante negociación entre el individuo y su medio ambiente. Esta noción apela a modelos ecológicos y socioculturales, los que "reposan en el postulado que la salud mental está determinada por condiciones múltiples que interactúan las unas con las otras (...) y que imponen intervenciones de naturaleza multidimensionales" ¹⁴.

Hace falta igualmente 'contextualizar' los factores de riesgo y los determinantes respecto de su actuación en el seno de una sociedad dada, en un espacio-tiempo marcado por una coyuntura social, económica y política precisa, influenciada por la cultura dominante de esta sociedad, y por las culturas de las comunidades particulares que la componen.

La noción de determinación debe ser utilizada con prudencia: ella puede ser peligrosa. El determinismo biológico y el determinismo ambiental se parecen en lo que ambos niegan cada uno a su manera: que la persona es sujeto de su propia historia¹⁵ que la significación que ella da a su propia experiencia y sus capacidades influyen el curso de las cosas.

2. El modelo ecológico de la pobreza

Se encontrará en la **figura N°2** la ilustración del modelo ecológico que nos parece el más apropiado para comprender todas las posibilidades de interacciones entre los múltiples factores, niveles y estratos de influencia en cuestión.

Este modelo permite reubicar la noción de riesgo y de determinante en un contexto más dinámico donde todo está en constante movimiento, donde el individuo está a la vez en el centro y en la periferia de múltiples sistemas que se influyen unos a otros. Es esta noción fundamental de interacción e interdependencia entre los sistemas lo que hace falta retener¹⁶.

⁹ KLEINMAN, A. *Op cit.* p. 69.

¹⁰ COLIN *et al.* (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

¹¹ COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. (1985b). *La santé mentale: de la biologie à la culture, avis sur la notion de santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec.

¹² CHAMBERLIN, R.W. (1984). Strategies for disease prevention and health promotion in maternal and child health: the 'ecologic' versus the 'high risk' Approach. *Journal of Public Health Policy*, 2, 185-197.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ *Santé et Société*, 1990:8.

¹⁵ TAYLOR, C. (1992). *Grandeur et misère de la modernité*. Montreal: Belarmin.

¹⁶ BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press; BOUCHARD, C. (1981). Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant(s): des compétences parentales aux compétences environnementales. *Apprentissage et Socialisation*, 4, 4-23.

Este modelo permite visualizar y desmenuzar de alguna manera los mecanismos por los que los elementos del contexto actúan en los individuos. En un primer nivel, se encuentra la persona con su bagaje genético, su personalidad, sus discapacidades y sus potencialidades, pero también con sus valores, sus creencias, sus aspiraciones. Luego, vienen los lugares donde vive la persona cotidianamente y donde construye su relaciones sociales: la familia, la escuela, el trabajo, la comunidad próxima (amigos, vecinos, conocidos) y las asociaciones diversas que el frecuenta y con las que se compromete (Iglesia,

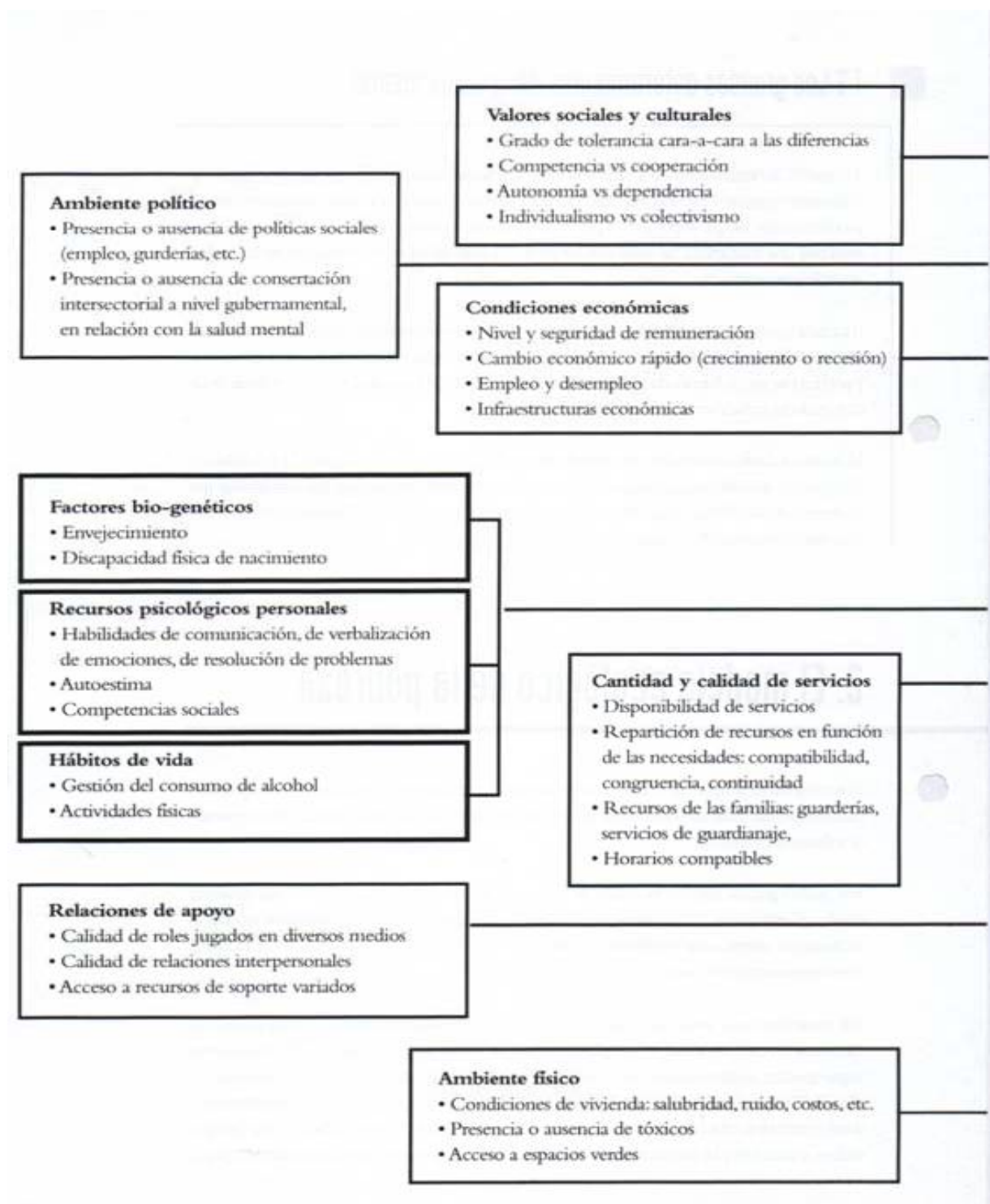
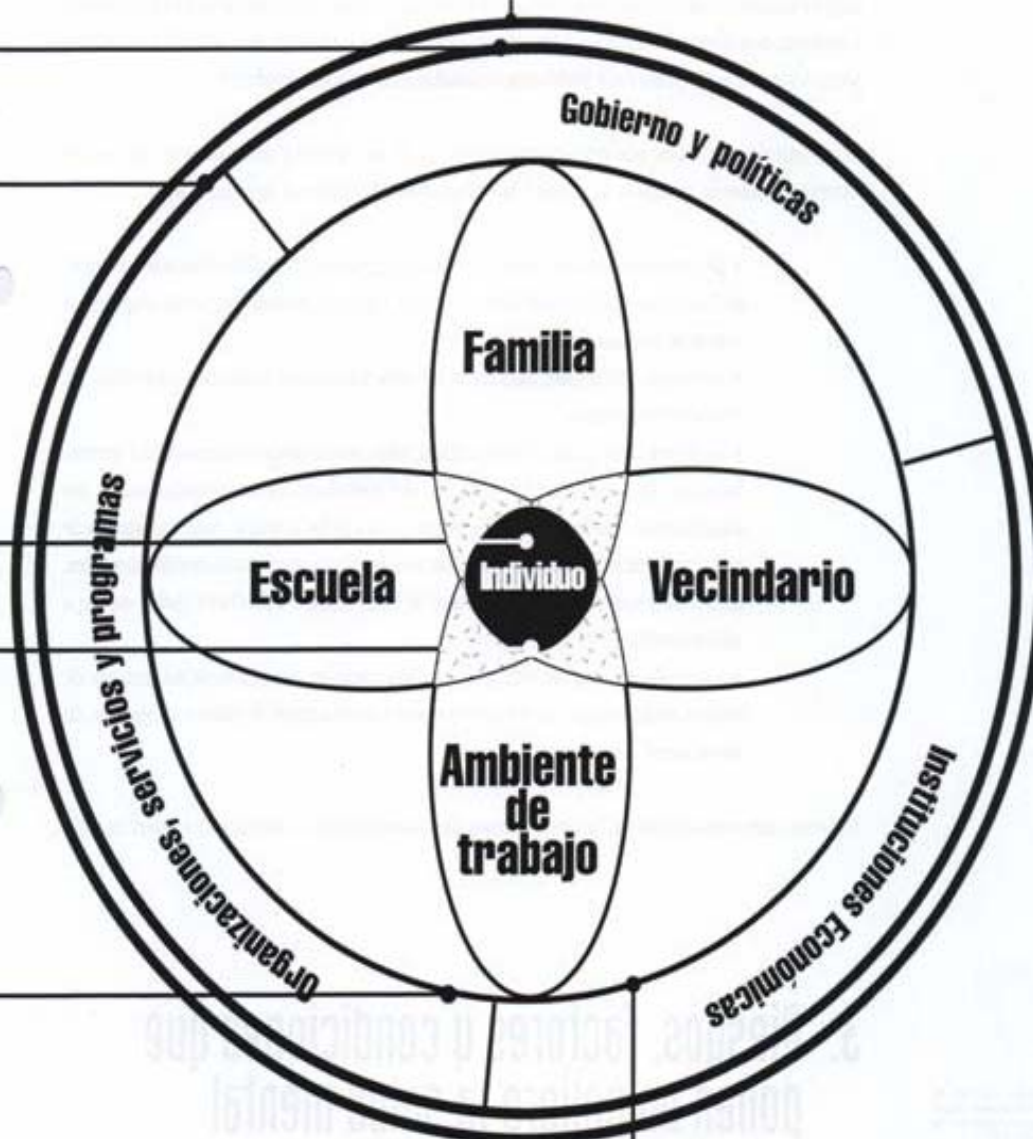


Figura 2. Determinantes de la Salud mental



Notas: Los determinantes citados en cada categoría lo están a título de ejemplos y podrán ser completados por otros. Los autores se inspiraron en un trabajo conjunto del DSC del Hospital del Sagrado Corazón de Montreal y del Laboratorio de investigación en ecología humana y social (LAREHS) y de la Universidad de Quebec en Montreal (UQAM), ilustrando los conceptos de Urie Bronfenbrenner (ver bibliografía).

Fuente: Ministerio de la Salud y Servicios Sociales, 1999; La promoción de la salud mental. Santé Société.ca, vol. 2, Québec: Gouvernement du Québec, 10-11.

distracciones, grupos comunitarios, etc.). Vienen luego los sitios o lugares donde no participa la persona, pero cuyas actividades o decisiones influyen en sus actividades y sus roles: régimen político, sistema económico instituciones sociales y culturales, políticas y legislaciones, medios de comunicación. Vienen finalmente el conjunto de creencias, de valores, de normas, de ideologías de una sociedad o de una comunidad dada.

La pobreza colorea cada uno de estos sistemas y termina por crear un sistema propio, donde la persona interioriza esas diversas influencias y las sufre en su cuerpo (más problemas de salud física en medios pobres) y en su alma y espíritu (más problemas de salud mental en medios pobres).

Es a partir de esta matriz que examinaremos el conjunto de factores y determinantes que, en un contexto de pobreza, causan la aparición y la evolución de los problemas de salud mental:

- los **riesgos individuales**, tales como la carga genética, la condición física al momento de nacer, los sentimientos de desvalorización (baja autoestima, vergüenza, impotencia y otros factores personales);
- los **riesgos relacionales**, tales como las perturbaciones en la relación padre-hijo, las condiciones maternas;
- los **riesgos ambientales** más inmediatos, tales como el desmembramiento del entorno familiar, la anomia de los barrios y del vecindario, el aislamiento social, las insuficiencias y los límites de las intervenciones y de los servicios. Aquí hablaremos de esta "combinación perdedora" que constituye la trilogía: condiciones de vida estresantes, débil o nulo apoyo social e incapacidad de hacer frente a dificultades (*pobre coping o afrontamiento*);
- los **riesgos ambientales más globales**, tales como las características del mercado de trabajo, de la escuela, las políticas sociales (la colocación de niños o el régimen de ayuda social, por ejemplo).

Todos estos elementos constituyen factores poderosos que pueden conducir al deterioro de la salud mental.

3. RIESGOS, FACTORES Y CONDICIONES QUE PONEN EN PELIGRO LA SALUD MENTAL

¡Comencemos por los niños! Para distinguir de manera más precisa los diferentes niveles de factores de riesgo que afectan la salud mental, hemos optado por centrarnos de manera principal, más no exclusiva, en los niños. Además de su carácter didáctico, esta elección se basa en dos razones principales: en primer lugar, los niños representan la mayor parte de la población de bajos recursos de Canadá y Québec, y finalmente si nos tiene que dar la locura por algo, es mejor que ese algo sea los niños, ya que al igual que Bouchard y sus colaboradores (1991)¹⁷ consideramos que es urgente y prioritario, como sociedad, intervenir en este momento con respecto a ellos. También consideramos que las conclusiones de las investigaciones relacionadas con los niños pueden servir de inspiración para el mundo de los adultos.

Los estudios revisados dan cuenta de la influencia de los factores de riesgo en el desarrollo del equilibrio mental del niño, la depresión, la ansiedad y la destreza psicológica en las madres así como la hiperactividad o la agresividad en el niño, o incluso la manifestación de violencia hacia los niños.

¿Cuáles son entonces los factores que contribuyen a debilitar la salud mental en un medio pobre? Cualquiera que fuera el síntoma considerado, todos los autores intentan definir el rol principal de dos grupos de factores: los relacionados con el individuo y los relacionados con el ambiente. Estos destacan también la importancia, a menudo determinante, de los primeros años de vida en la construcción del equilibrio afectivo y mental, principalmente, por el impacto de vivencias emocionales intensas de este período, impacto que ha sido evidenciado por el psicoanálisis¹⁸.

¹⁷ BOUCHARD, C., et al. (1991). *Un Québec fou de ses enfant: rapport du groupe de travail pour les jeunes*. Québec: MSSS.

¹⁸ SAUCIER, J.-F., HOUDE, L. (dir.) [1990]. *Prévention psychosociale pour l'enfance et l'adolescence*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

En realidad, resulta artificial separar los factores individuales y ambientales, debido a que algunos elementos considerados entre los más importantes en el desarrollo del niño como la relación con el o los padres por ejemplo, son el resultado de la doble influencia de variables individuales y ambientales.

Es por ello que este capítulo destinará un lugar especial a dos mecanismos determinantes al nivel de los cuales se refleja la influencia de los otros factores de riesgo: la construcción de la relación entre el o los padres y el niño por un lado, y la calidad y estimulación del ambiente en el hogar por el otro. En su momento, estos mecanismos se convierten en factores importantes del desarrollo y de la conducta del niño.

No obstante, a medida que el niño crece, se añade a la influencia del medio familiar, la manera en la que la sociedad responde a las condiciones y a las necesidades del adolescente y luego del adulto.

También cabe recalcar que la pobreza no solo aumenta los riesgos de mala salud mental, sino que además agrava sus consecuencias. Esto es lo que los autores norteamericanos denominan una doble desventaja (*double jeopardy*)¹⁹. Existe en suma, la creación de un círculo vicioso de riesgos y efectos que se refuerzan mutuamente.

3.1 Factores de riesgo individuales

Los factores de riesgo individuales son numerosos, diversos, difíciles de clasificar y sobretodo, fuertemente interrelacionados.

3.1.1 El bagaje genético (*genetic endowment*)

Actualmente, no se conoce el gen que determina directamente la conducta. Lo que se observa son genes que ejercen su influencia en la conducta por su efecto en un nivel de organización más molecular²⁰.

El estudio de la incidencia familiar de problemas mentales particulares, las comparaciones entre gemelos monozigotes educados en ambientes diferentes así como las comparaciones entre hijos biológicos y adoptivos, acentúan la importancia que tiene tanto la herencia genética del niño como la influencia del entorno para la predicción de sus capacidades cognitivas.

La estimación de la contribución del genotipo en la variación del cociente intelectual sería del orden del 40% al 60% y en ese sentido sería responsable de la mitad de las diferencias observadas. Esto no confirma ni la teoría extrema de una determinación genética exclusiva ni la de una determinación únicamente ambiental²¹. Sin embargo, el bagaje genético de un individuo puede atenuar o, por el contrario, acentuar la influencia del ambiente en general y de la pobreza en particular.

Desde otro punto de vista, algunos investigadores sugieren que la influencia del ambiente podría estar seriamente subestimada en este tipo de estudios, en la medida en que el impacto de las características de origen genético podría deberse a las reacciones que estas características suscitan²².

Así, incluso en presencia de una contribución del genotipo en los resultados de una evaluación del cociente intelectual, podríamos considerar que el ambiente es el que sigue siendo el factor más poderoso y determinante, en la medida en que la performance en la evaluación está en

¹⁹ MCLOYD, V.C. (1990). The impact of economic hardship on black families and children, psychological distress: parenting, and socioemotional development. *Child Development* 61, 311-346; PARKER, S., GREER, S., ZUCKERMAN, B. (1998). Double Jeopardy: the impact of poverty on early child development. *The Pediatric Clinics of North America*, 35, 1227-1239.

²⁰ ANTHONY, E.J. (1980). Le syndrome de l'enfant psychologiquement vulnérable. En E.J. Anthony, C. Chiland y C. Koupernik. *L'enfant à haut risque psychiatrique*, pp. 19-27. Paris: PUF; COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. (1985a). *La santé mentale des enfants et des adolescents: vers une approche plus globale, Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes*. Québec: Gouvernement du Québec.

²¹ PARKER, S., GREER, S., ZUCKERMAN, B. (1988). *Op. cit.*

²² KLEINMAN, A. (1988a). *Op. cit.*

función de la manera en que las personas son percibidas y tratadas en su entorno familiar, escolar, laboral, etc.

3.1.2 La condición física

La condición física de un recién nacido, ya sea que se considere para ello su peso al nacer, el tiempo de gestación, las malformaciones congénitas o las discapacidades crónicas, y, en casos extremos, el daño cerebral mayor, influye directa o indirectamente en el crecimiento y el desarrollo del niño²³. La influencia de la pobreza en este nivel es doble. Por un lado, la pobreza aumenta los riesgos de malas condiciones físicas en los niños desde el nacimiento, pues en medios desfavorecidos se presentan de dos a tres veces más recién nacidos prematuros o con un peso insuficiente²⁴; por otro lado, posteriormente y en condiciones idénticas, los retrasos en el crecimiento, las enfermedades infecciosas y los accidentes son más frecuentes en este caso²⁵, lo que contribuye a aumentar las condiciones desfavorables para el crecimiento y el desarrollo.

Además, los problemas sensoriales y neurológicos de los niños prematuros o con bajo peso comprometen su crecimiento y desarrollo. El estado de salud de estos niños y su fragilidad los hacen menos gratificantes, provocan la ansiedad de los padres y a menudo requieren hospitalizaciones repetidas o prolongadas. Un conjunto de elementos repercute en las relaciones de los padres y trastorna toda la vida familiar, particularmente en los medios desfavorecidos donde este problema amenaza la supervivencia de la familia debido a sus consecuencias financieras o psicológicas. Incluso esto puede provocar dificultades en las relaciones padres-hijos, lo que corre el riesgo de acentuar los problemas de desarrollo o de provocar posteriores malos tratos²⁶.

Así, el impacto de una condición física desfavorable es más fuerte en un medio desfavorecido, tal como lo mostró Escalona (1982)²⁷ y Sameroff y Chandler (1975)²⁸. Estos últimos autores precisan lo siguiente:

El rol de los factores socioeconómicos y familiares en el origen de los problemas emocionales y de retardo intelectual, tiende a sobrepasar los efectos de las dificultades perinatales precoces. Parece entonces que el ambiente tiene el potencial de minimizar o maximizar tales dificultades de desarrollo precoces.

Finalmente, de una manera más general, la encuesta Santé-Québec mostró que las personas discapacitadas por una mala salud física también presentan problemas de salud mental²⁹.

3.1.3 El temperamento del niño

La importancia del temperamento en el proceso de desarrollo del niño está bien establecida en la actualidad³⁰, en particular gracias a los trabajos de Thomas y Chess,

²³ MANCIAUX, M., et al. (1987). *L'enfant et sa santé: aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux*. Paris: Doin éditeurs.

²⁴ COLIN, C. (1989). Naître égaux et en santé ou les conditions de vie et de maternité des femmes du quart monde. En L. Vandelac et al., *Du privé au politique: la maternité et le travail des femmes comme enjeux des rapports de sexes. De l'expérience de la maternité à l'enquête des technologies de procréation*. Actes de la Section d'études féministes du congrès de l'ACFAS. Montreal: UQAM.

²⁵ EGBUONU, L., STARFIELD, B. (1982). Child health and social status. *Pediatrics*, 69(5), 550-557.

²⁶ COLIN, C., DESROSIERS, H. (1989). *Naître égaux et en santé: la périnatalité au Québec, Avis n° 3 (La grossesse en milieu défavorisé)*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

²⁷ ESCALONA, S.K. (1982). Babies at double hazard: early development of infants at biologic and social risk. *Pediatrics*, 70, 670-676.

²⁸ SAMEROFF, A.J., CHANDLER, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of Child Development Research*, 4, 187-244.

²⁹ PERRAULT, C., LÉGARÉ, G., BOYER, R., BLAIS, L. (1988). *Santé mentale. Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé-Québec 1987*. Québec: Les Publications du Québec; JOUBERT, P., LABERGE, A., CHARBONNEAU, M., POIRIER, S., BEAUSÉJOUR, R., MARKOWSKI, S. (1987). *Recours aux services et consommation de médicaments. Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé-Québec*. Québec: Les Publications du Québec.

³⁰ MAZIADE, M. (1990). Études sur le tempérament: contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux chez l'enfant. En J.-F. Saucier y L. Houde (dirs.), *Prévention psychosociale pour l'enfance et l'adolescence*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.

llevados a cabo a mediados de los años 50³¹. Por definición, el temperamento es un estilo de reacción innato que aparece a la edad de tres meses, constantemente en interacción con el ambiente y que presenta una continuidad en el tiempo. Los nueve rasgos de temperamento descritos por Thomas y Chess son: la actividad del niño, el ritmo de sus funciones biológicas, su adaptabilidad, su reacción de acercamiento o de rechazo frente a nuevos estímulos, su umbral de sensibilidad, la intensidad de sus reacciones emocionales, su humor general, su grado de distracción y su persistencia³².

Se estima que aproximadamente 10% de los niños presentan un temperamento difícil³³; se trata particularmente de niños recién nacidos hiperactivos, que sufren de cólicos, que no se acurrucan o que son difíciles de consolar, etc. Por el contrario, 40% de los niños tienen un comportamiento denominado fácil. Los niños con temperamento difícil presentan con más frecuencia problemas de comportamiento durante los cinco primeros años de su vida, aún si esta influencia ya no se encuentra al inicio de su edad adulta. La influencia del temperamento a largo plazo depende mucho del grado de adecuación de las expectativas del ambiente respecto del niño. Si estas son compatibles con el estilo de temperamento del niño, los comportamientos que se desarrollan tienen probabilidades de ser sanos. Si no, el niño corre el riesgo de manifestar comportamientos disfuncionales³⁴.

Parker subraya que no se ha comprobado asociación alguna entre el temperamento y el nivel socioeconómico, lo que confirma los estudios de Thomas y Chess (1977)³⁵, de Persson-Blennow y McNeil (1982)³⁶ y de Maziade (1990)³⁷. Más bien, podría existir una base genética para el temperamento³⁸, lo cual, por el momento, sigue siendo una hipótesis. Un temperamento fácil puede atenuar la influencia del estrés en el niño³⁹, principalmente gracias a la facilidad de las relaciones paternas que permite. Por el contrario, un temperamento difícil en un niño es una fuente de mayor estrés (sobre todo con padres sobrecargados), que puede conducir a la hostilidad, a la irritabilidad y a la exacerbación de actitudes punitivas por parte de los padres⁴⁰ y finalmente, a más malos tratos en el momento de la aparición de otras fuentes de tensión en la familia.

3.1.4 Los sentimientos personales que desvalorizan

Entre los sentimientos que desvalorizan a las personas, aquellos que encontramos en los adultos, afectan a los padres y condicionan a su vez la relación padres-niños.

a. La baja autoestima

La baja autoestima se considera como un factor de vulnerabilidad en salud mental⁴¹. Este es uno de los factores importantes de la depresión que se considera asociado con el alcoholismo, la toxicomanía, la criminalidad, las enfermedades mentales y el suicidio⁴². Las personas que demuestran una baja autoestima se inclinan a tomar riesgos, a involucrarse en actividades peligrosas para evadirse a sí mismos y a su entorno.

La autoestima no cae del cielo. Ésta depende del medio y de las condiciones de vida en las que evoluciona la persona. Así, el vínculo entre un bajo estatus

³¹ THOMAS, A., CHESS, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner-Mazel.

³² MAZIADE, M. (1990). *Op cit.*

³³ JELIU, G. (1979). Facteurs de vulnérabilité et prévention psycho-sociale en pédiatrie. *Union médicale du Canada*, 108, 1273-1283.

³⁴ PARKER, S., GREER, S., ZUCKERMAN, B. (1988). *Op. cit.*

³⁵ THOMAS, A., CHESS, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner-Mazel.

³⁶ PERSSON-BLENNOW, I. MCNEIL, T.F. (1982). Factors analysis of temperament characteristics in children at 6 months, 1 year and 2 years of age. *British Journal of Educational Psychology*, 52, 51-57.

³⁷ MAZIADE, M. (1990). *Op cit.*

³⁸ MAZIADE, M. (1990). *Op. cit.*

³⁹ LERNER, R., EAST, P. (1984). The role of temperament in stress, coping and socioemotional functioning in early development. *Infant Mental Health Journal*, 5, 148-159.

⁴⁰ MCLOYD, V.C. (1990). *Op. cit.*

⁴¹ LEMYRE, L. (1985). *Stress psychologique et appréhension cognitive*. Tesis doctoral no publicada. Québec: Université Laval, Sainte-Foy.

⁴² PLANTE, M.C. (1984). La santé mentale des jeunes et le chômage. *Santé mentale au Québec*, 9(2), 17-25.

socioeconómico y una baja autoestima ha sido establecido por diversos autores⁴³. La imagen que proyecta la sociedad a quienes no perciben un salario, no tienen trabajo ni ingresos es muy negativa y refleja un desprecio, en particular hacia aquellos que dependen del Estado para vivir.

"La autoestima se porta mal en tiempos de crisis", titulaba recientemente un diario. En efecto, la Corporación de psicólogos de Québec, a la luz de una encuesta realizada entre sus miembros, afirmaba que la falta de autoestima es una de las principales razones que incita a los habitantes de Québec a consultar un psicólogo. Según el presidente de esta corporación, "la autoestima es el denominador común de la mayoría de los problemas psicológicos actuales tanto en el niño que no recibe suficiente aliciente, como en el joven adulto que puede tener problemas en su vida profesional". El presidente agrega además que: "Por los tiempos que vivimos, no debemos sorprendernos de este resultado pues nuestra época valora desmesuradamente la competencia y el alto rendimiento."

b. La vergüenza

*La vergüenza no tiene por fundamento una falta que nosotros hayamos cometido, sino la humillación que sentimos de ser aquello que somos sin haberlo escogido y la sensación insoportable de que esta humillación es visible de todos lados*⁴⁴.

Puede ser que la vergüenza no sea en sí un factor de riesgo de mala salud mental. Su rol en salud mental es, sin embargo, muy importante y merece ser considerado. Las humillaciones cotidianas en medios desfavorecidos aumentan la vergüenza. Ahora bien, esto provoca un sentimiento de inferioridad, de desvalorización, de rechazo que conduce a la pérdida de la autoestima, de la dignidad, del respeto por sí mismo, del amor propio. Un ciclo de auto inhibición se inicia: la vergüenza de no reaccionar confirma la nulidad del individuo, incrementa la humillación y el sentimiento de que se es merecedor de desprecio. Es en este regreso de los efectos de la miseria contra uno mismo, que la pobreza se vuelve cuestión de salud mental⁴⁵. La miseria con frecuencia va acompañada de exclusión a través de la repulsión que ella provoca: nos alejamos de aquello que tenemos; esto contribuye a reforzar los sentimientos de vergüenza, de baja autoestima y a comprometer más la salud mental.

c. El sentimiento de impotencia

El sentimiento de impotencia (*powerlessness*) es muy frecuente en los medios pobres; medios que están desprovistos de poder, sin relación de fuerzas real en el seno de las dinámicas sociales. Ahora bien, hemos mostrado que la falta de control sobre las decisiones, la incapacidad de saber lo que va pasar, en particular, en el medio laboral, engendran un estrés importante⁴⁶. Estas conclusiones pueden aplicarse a las situaciones de vida en medio de la pobreza.

De manera aún más precisa, la impotencia, la incapacidad de dominar el futuro y el medio ambiente, engendrarían un ecosistema de desconfianza⁴⁷ que tendría efecto directo en las actitudes y la personalidad de las personas que viven en medio de la

⁴³ TOUSIGNANT, M. (1989). La pauvreté : cause ou espace des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 100; BOISVERT, R., LEMIRE, L. (1990). *Regards sur la problématique de la santé mentale : désintégration et réseaux d'entraide en quatre communautés de la Mauricie*. Trois-Rivières: Centre Hospitalier Sainte-Marie, Département de Santé Communautaire.

⁴⁴ KUNDERA, M. (1990). *L'immortalité*. Paris: Gallimard.

⁴⁵ GAULEJAC, V. DE (1989). Honte et pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 128-137.

⁴⁶ PALTIEL, F.L. (1988). Is being poor a mental health hazard? *Women and Health*, 12(3-4), 189-211.

⁴⁷ TRIANDIS, H.C., FELDMAN, J.M., WELDOM, D.E. HARVEY, W.N. (1975). Ecosystem distrust and the hard-to-employ. *Journal of Applied Psychology*, 60(1), 44-56; FORTIN, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale: est-ce que le pauvres sont plus malades et si oui pourquoi? *Santé mentale au Québec*, 14(2), 104-113.

pobreza: encontramos pues, más actitudes paranoicas y personalidades exageradamente angustiadas y ansiosas⁴⁸.

Este ecosistema de desconfianza afectaría igualmente la motivación, de allí, el poco de deseo de realización personal, la poca constancia para la realización de tareas, el bajo nivel de resistencia a la frustración y la búsqueda de gratificaciones inmediatas⁴⁹. El resultado es una mayor vulnerabilidad y un mayor número de problemas de salud mental⁵⁰.

d. El tipo de percepción

La manera de percibir y de reaccionar frente a una situación puede llevar la huella de la pobreza. Estas actitudes se relacionan con la manera en que la persona encara los eventos⁵¹. En efecto, un mismo evento puede ser considerado por ciertas personas como una amenaza y por otras, de manera más positiva, como un desafío. Estas últimas personas son más seguras, más capaces de utilizar sus propios recursos.

e. La negación

Finalmente, algunos recurren a la negación, que es un medio paliativo usado para enfrentar las situaciones (*coping*); se trata en otras palabras, de una falta de atención selectiva que hace visibles ciertos elementos de una situación y oculta y descuida otros. Un comportamiento como éste puede ser sano pues sustrae al individuo del estrés pero, también puede ser amenazante si le impide sustraerse de los peligros (ejemplo: la violencia física). Según McLoyd (1990)⁵², esta estrategia de rechazo es utilizada por la sociedad cuando recurre al *victim blaming* (culpabilización de la víctima) para no asumir sus responsabilidades.

f. Otros factores individuales

Por último, a veces otros factores individuales son puestos de manifiesto: el sentido de la coherencia, el dominio, la capacidad de enfatizar en el bien (*focus on the good*), la confianza en sí, el optimismo, un cociente intelectual elevado, e incluso, el hecho de estar afiliado a un grupo y de ser capaz buscar ayuda activamente cuando se la necesita⁵³.

El sentido de responsabilidad constituye también una fuente de estrés. Algunos se sienten personalmente más responsables que otros con respecto a sus ingresos, su trabajo, y esto puede provocar problemas psicológicos⁵⁴.

Los factores de riesgo individuales son numerosos. Sin embargo, no pueden considerarse aisladamente unos de otros, ni tampoco aisladamente de los elementos de contexto y de las condiciones de vida en las que se presentan.

3.2 Los factores de riesgo relacional: las perturbaciones de la relación entre los padres y el niño

⁴⁸ MACLEAN, M.E. (1977). Chronic welfare dependency: a multivariate analysis of personality factors. *Multivariate Experimental Clinical Research*, 3(2), 83-93; MISKIMINS, R.M., BAKER, B.R. (1973). Self-concept and the disadvantaged. *Journal of Community Psychology*, 1(4), 475-487; FORTIN, D. (1989). *Op. cit.*

⁴⁹ BARRY, J.R. (1971). Motivation of the disadvantaged, rehabilitation research and practice. *Review*, 3(1), 21-28; FIGUEIREDO, J.M. (1983). The Law of sociocultural demoralization. *Social Psychiatry*, 18, 73-78.

⁵⁰ FORTIN, D. (1989). *Op. cit.*

⁵¹ LAZARUS, (1984). Citado por PALTIEL, F.L. (1988). Is being poor a mental health hazard? *Women and Health*, 12(3-4), 189-211.

⁵² MCLOYD, V.C. (1990). *Op. cit.*

⁵³ DIMSDALE, S.E. (1976). The coping behavior of nazi concentration camp survivors. En R.H. Moos (dir.), *Human adaptation : coping with life crises*. Lexington: Health and Co; CAPLAN, G. (1976). Human competence and coping. En R.H. Moos (dir.), *Human adaptation: coping with life crises*. Lexington: Health and Co; PALTIEL, F.L. (1988). Is being poor a mental health hazard? *Women and Health*, 12(3-4), 189-211.

⁵⁴ KASL, S.V., COBB, S. (1979). Some mental health consequences of plant closings and job loss. En L. FERMAN y J. GORDUS (dir.), *Mental health and the economy*, pp.255-300. Kalamazoo: Upjohn Institute for Employment Research; LINDBLAD-GOLDBERG, M., DUKES, J.L. (1985). Social support in black, low-income, single-parent families : normative and dysfunctional patterns. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 42-58.

3.2.1 Una relación indispensable para el desarrollo del niño

En el curso de los últimos años, numerosas investigaciones han confirmado la evidencia que el establecimiento de una buena relación entre padres e hijos es indispensable para el desarrollo de éste y para su equilibrio psicodinámico.

a. Una relación positiva

Numerosos autores como Bowlby (1951)⁵⁵, Brazelton (1973)⁵⁶, Winnicott (1960)⁵⁷, Soulé y Noel (1983)⁵⁸ y Bronfenbrenner (1979)⁵⁹ han precisado las condiciones, los parámetros y los efectos de la relación entre padres e hijos, tan importante para el futuro de ambos. De acuerdo a Bronfenbrenner (1989)⁶⁰:

Para desarrollarse a nivel intelectual, emocional, social y moral, un niño necesita en cada una de estas áreas de lo mismo: participar regularmente y durante un largo período de su vida de niño en una actividad recíproca, de una manera progresivamente más compleja, con una o varias personas, con quienes el niño establezca un fuerte vínculo afectivo recíproco e irracional, personas que desempeñen un papel en el bienestar y el desarrollo del niño, de preferencia durante toda su vida.

Así, si bien todo ser tiene en él las aptitudes necesarias para el proceso de aprendizaje, éste necesita para crecer a nivel físico, mental y social, interacciones recíprocas cada vez más complejas que se enmarquen en un clima de fuerte y mutuo compromiso.

b. Una relación que se establece desde los primeros momentos de vida

Si puede ser que existen a parte de la interacción positiva entre los padres y el niño para que este último se desarrolle, adopte aptitudes y afirme su personalidad, estos son menos eficaces y más costosos. La interacción entre los padres y el niño es pues un elemento privilegiado del desarrollo humano. Los primeros meses y los primeros años de la vida extra-uterina permiten establecer esta interacción que condiciona las modalidades duraderas de reacción y de conducta a lo largo de toda la vida. La falta de armonía o la inexistencia de tal interacción tienen consecuencias sumamente negativas en el desarrollo del niño.

c. Una relación tributaria de múltiples influencias

Es importante distinguir que la calidad de la relación entre padres e hijos es a la vez un factor de desarrollo principal y el resultado de un conjunto complejo de factores, tanto individuales como ambientales. Así, el bagaje genético, las condiciones sanitarias, y el temperamento del niño por un lado, las condiciones de vida de los padres y el entorno doméstico y comunitario por el otro, influyen directamente en la calidad de dicha relación. Consideramos aquí la influencia que tiene un medio de vida desfavorable en esta relación.

3.2.2 El efecto perverso de la pobreza en la relación entre padres e hijos.

a. Padres pobres y preocupados por sus hijos

⁵⁵ BOWLBY, J. (1951). *Child care and the growth of love*. Londres: Penguin Books.

⁵⁶ BRAZELTON, T.B. (1973). *Neonatal behavioral assessment scale*. Philadelphia: Lippincott.

⁵⁷ WINNICOTT, D.W. (1960). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

⁵⁸ SOULÉ, M., NOËL, J. (1983). *La prévention médico-psychosociale précoce*. Paris: COPES.

⁵⁹ BRONFENBRENNER, U. (1979). *Op. cit.*

⁶⁰ BRONFENBRENNER, U. (1989). *Les enfant, qui s'en soucie?* Paris: UNICEF/PAM.

En primer lugar, se debe recordar que los padres, principalmente las madres de medios desfavorecidos, muestran gran preocupación por el desarrollo y la salud física y mental de sus hijos⁶¹, incluso si esta preocupación está a menudo opacada por la dureza de sus condiciones de vida⁶².

Más allá de las numerosas dificultades a las que puede estar enfrentada, la familia sigue siendo el lugar privilegiado de socialización, lugar donde la experiencia de vida del niño puede inscribirse en una historia, lugar donde son transmitidos saber y valores, a condición que claro, el niño sea reconocido y considerado por los demás. Es fundamental que el niño pueda conocer sus raíces y su historia, si es que él quiere hacer frente de manera positiva su futuro. El efecto desastroso producido por la separación total de los niños de sus familias, por la ruptura del vínculo con sus padres ilustra esto de manera infeliz⁶³.

b. La pobreza disminuye las capacidades de los padres

Sin embargo, de manera general, la pobreza disminuye la eficacia de los padres y aumenta los riesgos de mala salud mental en los niños⁶⁴, entre otras cosas exacerbando la influencia de un temperamento difícil o incluso disminuyendo el efecto positivo de un temperamento fácil.

La pobreza aumenta la vulnerabilidad de los individuos⁶⁵ al producir una cadena compleja de interacciones. Por ejemplo, los recién nacidos en medios desfavorecidos tienen mayor tendencia a ser prematuros o a tener un peso insuficiente, y se ha visto anteriormente que esta situación, en sí, corre el riesgo de dificultar el establecimiento de la relación entre padres e hijos.

Las difíciles condiciones materiales de vida de los padres, los múltiples problemas a los que se enfrentan en lo que respecta a ingresos, vivienda, trabajo, cansancio, angustia e inseguridad permanente hacen que estos se exasperen y pierdan el control. Esta constante tensión a menudo relega las expresiones de ternura de los padres y favorece, por el contrario, el uso de actitudes violentas. Además, la falta de reconocimiento social de los padres, la sospecha de la cual son objeto, el cuestionamiento permanente de su dignidad y de sus valores modelan las relaciones que establecen con sus hijos y la imagen que estos se formarán de sí mismos y del mundo.

La mayoría de investigadores ponen de manifiesto una mayor frecuencia de conductas coercitivas, punitivas o disciplinarias en este medio. Los padres recurren más a los castigos físicos que al entendimiento y la negociación⁶⁶. Los padres dudan en ponerse a sí mismos como modelos de identificación y su comportamiento con respecto a sus hijos, es más restrictivo frente al desarrollo de la autonomía.. Los padres ejercen más presión para que el niño se conforme al modelo dominante⁶⁷.

El recurso a la coerción que hacen las madres, principalmente las que no cuentan con mayores estudios, es mayor cuanto más incomoda es su vivienda, cuanto menos cuentan con un empleo fuera del hogar, cuanto más se adhieran a los valores de conformidad, cuanto menos dispongan de un apoyo social suficiente y cuanto más existan relaciones conflictivas o dañinas en su entorno⁶⁸. Igualmente, se observó que

⁶¹ THIBAUDEAU, M.-F. (1985). La santé des familles défavorisées. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 27-35; COLIN, C., OUELLET, F., BOYER, G., MARTIN, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

⁶² LA GORCE, F. DE (1986). Famille, terre de liberté. En *Science et service*. Paris: Quart-Monde.

⁶³ SCHAUDER, C. (1990). L'enfant et ses racines. *Le Journal du jeune praticien*, 178, 1-7.

⁶⁴ RUTTER, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331; COMER, J.P. (1989). Poverty, Family and the Black Experience. En G. Miller (dir.), *Giving children a chance*. Washington, D.C.: Center for National Policy Press.

⁶⁵ SCHORR, L. (1988). *Within our reach*. New York: Anchor Doubleday; HALPERN, R. (1990). *Poverty and early childhood parenting: toward a framework for intervention*. American Orthopsychiatric Association.

⁶⁶ MCLOYD, V.C. (1990). Op. cit.

⁶⁷ TOUSIGNANT, M. (1989). La pauvreté: cause ou espace des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 100.

⁶⁸ BOUCHARD, C. (1989). Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoce. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 138-149.

estas madres adoptan más prácticas autoritarias cuando atraviesan más situaciones traumáticas y reciben menos apoyo de su entorno social.

Así pues, podemos afirmar que la pobreza disminuye la capacidad de adoptar un rol de padre consistente y cuidadoso. De hecho, estos padres que también han vivido una infancia donde el amor era imposible, mal transmitido, mal recibido e inconsistente por las privaciones y las angustias cotidianas, viven constantemente con la angustia de ser juzgados como incapaces y de ser separados de sus hijos⁶⁹. Este temor impregna todas sus reacciones y, a menudo, las conduce paradójicamente a una severidad extrema hacia sus hijos, más aún cuando piensan que esto es lo que la sociedad y sus diversos representantes (trabajadores sociales, psicólogos, profesores, profesionales de la salud, etc.) esperan de ellos.

De esta manera, el establecimiento progresivo de una interacción positiva se encuentra fuertemente marcado por el contexto socioeconómico en el que viven los padres y los hijos. Más allá del amor que los padres brinden a sus hijos, la pobreza condiciona la expresión misma de la capacidad paterna.

c. La pobreza aumenta la aflicción psicológica de los padres, lo que a su vez perturba la relación con sus hijos

Un elemento mediador importante en este proceso parece ser el nivel de aflicción vivido por los padres, y en particular por las madres. La misma aflicción psicológica moderada según el apoyo económico y social que reciben las madres, explica en parte las diferencias del comportamiento de los padres; y esta situación se presenta mayormente en medios desfavorecidos. En efecto, los padres de bajos recursos están más deprimidos, son más irritables y atraviesan por más conflictos conyugales (McLoyd, 1990). La depresión materna es más frecuente cuando los ingresos y el nivel de escolaridad son bajos y cuando la madre no se siente muy satisfecha con su vida diaria, tiene mucha tensión y recibe poco soporte social.

La depresión materna, más frecuente en medios desfavorecidos, contribuye igualmente a perturbar el ambiente familiar y a comprometer la salud de la familia⁷⁰.

Esto ocurre de manera más frecuente en los casos de madres jóvenes en su primer embarazo y de madres con numerosos hijos o con hijos muy pequeños⁷¹. Por un lado, las madres de bajo nivel socioeconómico que viven en constante estrés y reciben poco soporte social son más vulnerables a la depresión; por otro lado, las consecuencias de esta depresión son más fuertes en ellas, pues se desarrolla una interacción cada vez más coercitiva entre padre e hijo, más aún cuando el padre carece de habilidad para enfrentar la situación.

Así, un padre depresivo e irritable solicita cosas irrazonables a su hijo, quien no puede realizarlas, lo que provoca un castigo más severo⁷². Además, el alto nivel de crítica que tienen los padres con relación a sus hijos, la rigidez del control, la poca frecuencia con la que los felicitan, sumados algunas veces al bajo nivel de afecto expresado por la madre, tienen efectos destructivos en el niño, quien sólo puede buscar atención de manera negativa y desarrollar una hiperactividad irracional⁷³. Por consiguiente, las conductas coercitivas y disciplinarias contribuyen a la aparición de una conducta antisocial en el niño⁷⁴.

⁶⁹ COLIN, C., OUELLET, F., BOYER, G., MARTIN, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

⁷⁰ RICHMAN, N., STEVENSON, J., GRAHAM, P.J. (1982). *Pre-school to school: a behavioural study*. New York: Academic Press; WERNER, E., SMITH, R. (1977). *Kawai's Children Come of Age*. Hawaii: University of Hawaii Press.

⁷¹ PARKER, S., GREER, S., ZUCKERMAN, B. (1988). *Op. cit.*

⁷² JOHNSON, D.L. (1990). The Houston parent-child development center project: disseminating a viable program for enhancing at-risk families. *Prevention in Human Services*, 7, 89-108; PATTERSON, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 431-444.

⁷³ BRECKENRIDGE, J.N. (1980). *Predicting child behavior problems from early mother-child interaction*. Tesis de maestría no publicada. Houston: University of Houston.

⁷⁴ MCLOYD, V.C. (1990). *Op. cit.*

d. La pobreza conduce a la ausencia de poder de los padres y a la vergüenza de los hijos

Este conjunto de circunstancias se encuentra agravado por el hecho de que los adultos pertenecientes a medios desfavorecidos perciben que todo en sus vidas está regido por circunstancias exteriores (Ej. las fluctuaciones del mercado laboral, las medidas sociales). Los logros o fracasos, tanto los de los niños como de los adultos, tienden entonces a ser percibidos como independientes de los esfuerzos o de los comportamientos individuales.

El niño se convierte, según las circunstancias, en un niño rey o en un niño "malo". En estas condiciones, incluso si reciben demostraciones de afecto, un gran número de niños no siente sino rara vez la seguridad afectiva necesaria para su desarrollo.

Además, el contacto con otros medios, que teóricamente podría ser un factor favorable para el desarrollo del niño, a menudo no hace más que agravar la situación, particularmente cuando provoca un sentimiento de vergüenza en el niño, quien siente que el nivel de educación de sus padres es cuestionado. Gaulejac (1989)⁷⁵ ha descrito este fenómeno. Este autor demuestra que la pobreza destruye la imagen de los padres y, en consecuencia, la imagen ideal del niño: este último ve a sus padres degradados, violentos, impotentes, humillados. El niño entonces conoce la vergüenza, que entraña impotencia, cólera, frustración, y reacciones que suscitan un fuerte deseo de revancha.

Se puede decir que la vergüenza vivida por el niño es doble. En un primer nivel, el niño comparte la vergüenza de su medio, de su familia a través de diversos detalles de la vida cotidiana que suscitan menosprecio, rechazo y estigmatización (vestimenta, vivienda, alimentación, vocabulario, actitudes, etc.). En un segundo nivel, el niño se avergüenza de sus padres, y, finalmente se avergüenza de avergonzarse de ellos. Esta vergüenza no se puede expresar por su naturaleza misma y permanece durante toda la vida, sin importar cuáles sean los cambios que ocurran en sus condiciones de vida⁷⁶.

e. La pobreza engendra directamente la violencia y la negligencia de los adultos hacia los niños, así como los problemas de conducta en los niños

Sabemos que los problemas de violencia y de negligencia hacia los niños se presentan en todas las clases sociales. Igualmente sabemos que estos problemas tienen una mayor importancia, frecuencia y visibilidad en los medios desfavorecidos⁷⁷. (...) Las situaciones de privación en las que son puestos algunos niños entorpecen gravemente las relaciones padre-hijo y constituyen un riesgo dramático para el desarrollo del niño.

(...)

Ahora bien, la noción de problemas de conducta en el niño debe ser manejada con mucha discreción y prudencia. No se trata de una enfermedad contagiosa cuyo origen se encuentra en genes mal configurados o de neurotransmisores cerebrales defectuosos. Un estudio de Vachon (1978)⁷⁸ precisa que los problemas de conducta del niño constituyen en efecto:

[...] una configuración de factores asociados donde se interrelacionan de manera compleja, problemas de relaciones padres-hijos, de relaciones conyugales, al igual que problemas de salud mental, alcoholismo, negligencia y rechazo o incapacidad de asegurar los cuidados.

Hemos visto anteriormente que todos estos factores están íntimamente relacionados con las condiciones de vida difíciles de las familias desfavorecidas.

⁷⁵ GAULEJAC, V. DE (1989). *Op. cit.*

⁷⁶ *Idem.*

⁷⁷ BOUCHARD, C. (1989). *Op. cit.*

⁷⁸ VACHON, J. (1978). *Les parents face au placement*. Montréal: Université de Montréal.

En 1990, los investigadores⁷⁹ quisieron comprender los mecanismos que explican las manifestaciones de violencia en los jóvenes que asistían a escuelas iniciales de medios socioeconómicos bajos de la CECM (Comisión de Escuelas Católicas de Montreal). Su estudio permitió distinguir un grupo de factores. De esta manera, los niños “violentos” serían producto de medios socioeconómicos desfavorecidos, de manera más precisa, de familias explotadas, de madres menores de 20 años al momento del nacimiento del niño y que se benefician de la ayuda social; estos jóvenes también habrían estado en guarderías mientras todavía lactaban.

En otro estudio⁸⁰, los investigadores trataron de comprender las dificultades de adaptación social de los jóvenes procedentes de medios socioeconómicos bajos de Montreal. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Los niños con mayor riesgo de presentar problemas importantes se manifiestan de manera externa al final de la escuela primaria, son ellos quienes en inicial, ya presentaban conductas externas extremas y quienes viven en una situación de adversidad familiar.

Los investigadores miden esta adversidad familiar de acuerdo al nivel socioeconómico, la educación de los padres, y la edad de estos últimos al momento del nacimiento del niño, todos estos indicadores se encuentran relacionados con la pobreza. La adversidad familiar así definida aparece como el segundo mejor medio de predicción de las dificultades de adaptación al finalizar la escuela primaria.

Padres e hijos viven, uno al lado del otro, en una pobreza no sólo material sino también relacional y sociocultural. Los niños que ven sus necesidades primarias insatisfechas, necesitan nutrirse no solamente a nivel físico, sino también a nivel afectivo:

Estos niños se subestiman y desarrollan sentimientos de incompetencia y de falta de confianza. Manifiestan reacciones depresivas y se sienten muy apartados de los demás niños. En la escuela, presentan dificultades para integrarse a un grupo o a la vida escolar [...] La mitad de ellos desarrolla problemas de inadaptación socio afectiva⁸¹.

Sin embargo, no debemos olvidar el hecho de que si los hijos sufren de carencias afectivas, los padres, por su parte, se encuentran privados de las simples alegrías que proporciona el afecto de sus hijos.

Así pues, la pobreza condiciona de manera radical las relaciones entre padres e hijos. Además, crea un clima tal que los padres llegan a interiorizar los mensajes negativos recibidos de la sociedad al respecto y los proyectan en sus propios hijos. Las actitudes de los padres hacia sus hijos son, de alguna manera, la proyección de las actitudes que tiene la sociedad con estas familias desfavorecidas, actitudes frecuentemente negativas⁸², y los pediatras ya han recalcado que la violencia practicada con los niños en este medio es mucho menos importante que la violencia que la sociedad ejerce sobre estas familias⁸³.

3.3 Factores de riesgo ambiental inmediatos

3.3.1 El desmembramiento familiar

⁷⁹ TREMBLAY, R.E., et al. (1990). La violence physique chez les garçons : un comportement à comprendre et à prévenir. *Interface*, 12-18.

⁸⁰ TREMBLAY, R.E., et al. (1991a). Can disruptive boys be helped to become competent? *Psychiatry*, 54.

⁸¹ CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1990b). *De la protection des enfants au soutien des parents*. Gouvernement du Québec et Gaëtan Morin Éditeur.

⁸² LA GORCE, F. DE (1986). *Famille, terre de liberté*. En *Science et service*. Paris: Quart-Monde.

⁸³ GIL, D.G. (1970). *Violence against children*. Cambridge: Harvard University Press.

Desde temprana edad, se requiere un ambiente familiar adecuado para el aprendizaje y el dominio de nuevas habilidades ya que esto condiciona la calidad de las interacciones entre los padres y el niño, y de la estimulación prestada al niño.

La disfuncionalidad familiar, y particularmente, la discordia conyugal, aparece desde ese momento, como uno de los principales factores de riesgo relacionados con el origen de los problemas de conducta en el niño y con la aparición de síntomas antisociales en el adolescente y el adulto⁸⁴. El conjunto de la dinámica familiar se encuentra afectado en caso de discordia conyugal ya que las dificultades producen una hostilidad por parte del padre y dificultan la relación con sus hijos, ligada al hecho de que los hijos, generalmente, apoyan a la madre⁸⁵.

¿La discordia conyugal se presenta con mayor frecuencia en medios desfavorecidos? Parece que así es y que se trata también aquí del efecto negativo de las condiciones de vida difíciles. En otras palabras, se tiene menos probabilidades de éxito en el matrimonio, divorcio o separación cuando se vive en condiciones socioeconómicas preocupantes. Este factor se suma a los ya mencionados que llegan a comprometer el desarrollo del niño y de la familia.

Estas situaciones se viven al interior del proceso social que modificó considerablemente las estructuras y las dinámicas familiares durante las últimas décadas: modificaciones en el tamaño de las familias, de los roles del padre y de la madre bajo la influencia de un movimiento feminista, multiplicación de las familias monoparentales en su mayoría aún dirigidas por mujeres y finalmente, modificación del lugar que ocupa la familia como estructura de referencia⁸⁶.

Finalmente, Parker, Greer y Zuckerman (1988)⁸⁷ observaron que el ambiente familiar es más estimulante y apropiado cuando la ayuda social es adecuada, lo que raramente sucede en el caso de los medios desfavorecidos.

3.3.2 Un trío infernal: condiciones de vida estresantes, ausencia o limitado soporte social e incapacidad de hacer frente a las dificultades.

a. De los eventos estresantes a las condiciones de vida estresantes.

Las investigaciones de las últimas décadas han abordado el tema de la influencia del ambiente en los individuos a través de la noción de estrés propuesta como modelo explicativo de las relaciones entre el ambiente y las conductas humanas. Podemos recordar, entre otros, la película *Mon oncle d'Amérique* (Mi tío de América), inspirada en los trabajos de Laborit (El elogio de la fuga) y que ilustra de manera brillante la influencia del estrés en los individuos.

Cannon y Selye son quienes hicieron popular **el modelo basado en el estrés**, cuyos principales elementos son los siguientes: el organismo dirigido al equilibrio y a la armonía entre sus diferentes componentes; en el momento en el que los elementos externos llegan a perturbar este equilibrio, aparece el estrés y el organismo trata entonces de restablecer su equilibrio a través de diversos mecanismos de adaptación, algunos positivos y otros negativos.

Traspassando estos esquemas al campo de la salud mental, los investigadores trataron de determinar aquello que, en el ambiente de los individuos, podría ser una fuente de tensión que los obliga a reaccionar para enfrentar la situación.

- Una **primera hipótesis: los eventos estresantes son en sí perturbadoras.**

En primer lugar se cree que los eventos estresantes como la muerte de alguien cercano, un divorcio, la pérdida del empleo, una mudanza, un fracaso escolar, etc. podrían, por

⁸⁴ ROBINS, L.N. (1978). Psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 35, 697-702; MAZIADÉ, M. (1990). *Op. cit.*

⁸⁵ MCLOYD, V.C. (1990). *Op. cit.*

⁸⁶ COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. (1985a). *Op. cit.*

⁸⁷ PARKER, S., GREER, S., ZUCKERMAN, B. (1988). *Op. cit.*

sí mismos, hacer surgir una patología mental. Así, los estudios epidemiológicos recientes han comprobado el rol que desempeñan los eventos de vida estresantes en el origen y la evolución de las enfermedades físicas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.) o mentales (períodos depresivos, períodos esquizofrénicos)⁸⁸. Las primeras investigaciones sobre el tema utilizaron listas de eventos clave (divorcios, mudanzas, duelos, etc.). Dicha lista fue establecida por Holmes y Rahe (1967)⁸⁹, quienes además solicitaron a un grupo de jueces evaluar el grado de estrés asociado a cada una de estas situaciones. El número de eventos estresantes sopesados en función del peso normativo de éstos estuvo relacionado con los síntomas de problemas psiquiátricos presentados por el sujeto.

- Una **segunda hipótesis: el contexto de los eventos estresantes tiene una importancia grande o determinante.**

Ahora bien, los estudios anteriores se mostraron poco útiles para explicar la relación que existe entre los estresores psicosociales y los problemas posteriores⁹⁰. Ya, al inicio de los años 70, en un estudio que relacionó el estatus social, los eventos estresantes y el desorden mental, Eaton (1986)⁹¹, había demostrado que, una vez controlado el nivel de estrés de los entrevistados, la relación entre estatus social y desorden mental se mantiene como la relación principal.

Los investigadores se dieron cuenta de que no era justo considerar todos los elementos por igual, o atribuirles un valor uniforme cualquiera sea el contexto (Ej. despedir a un trabajador no calificado, jefe de familia, que permanecerá desempleado durante un largo tiempo, y despedir a un ejecutivo, que representa el segundo ingreso en el hogar y quien rápidamente encontrará otro trabajo), además, no era válido confiarse solamente en las percepciones de los sujetos, sobretudo cuando se trataba de pacientes que presentaban problemas afectivos que podían influir sobre estas percepciones (Ej. depresión).

Los investigadores, especialmente Georges W. Brown, desde entonces se abocaron a elaborar una metodología más precisa y más justa basada en un análisis contextual de los estresores psicosociales y de las dificultades crónicas. Estos trabajos han confirmado de manera mucho más convincente, la hipótesis de la etiología social de la enfermedad mental⁹².

Los estudios de Brown establecen que el 96% de los casos de depresión están precedidos por un estresor psicosocial severo, un agente precipitante, y que, aproximadamente en la mitad de los casos (46%), estos eventos están relacionados con una dificultad crónica severa luego de por lo menos hace dos años⁹³.

Así, los trabajos de este grupo confirmaron que el estudio del estrés no se puede limitar a examinar una lista de eventos de tensión, cualesquiera que sean, y que se deben considerar las dificultades de vida crónicas, cuyo efecto negativo en la salud mental y en el bienestar es mucho mayor que el atribuido a los eventos estresantes aislados⁹⁴.

⁸⁸ BROWN, G.W., BIRLEY, J. (1968). Crisis and life changes in the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 217-244.

⁸⁹ HOLMES, T.H., RAHE, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

⁹⁰ LEMYRE, L. (1985). *Op. cit.*; THOITS, P.A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress : an evaluation and synthesis of the literature. En H.B. Kaplan (dir.), *Psychological stress : trends in theory and research*, p. 33-103. New York: Academic Press; LEMYRE, L. (1989). Stresseurs et santé mentale : analyse contextuelle de la pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14 (2), 120-127.

⁹¹ EATON, W.W. (1986). *The sociology of mental disorder* (2^e éd.). New York: Praeger Press.

⁹² BROWN, G.W., HARRIS, T. (1978). *Social origins of depression*. Londres: Tavistock; BROWN, G.W., HARRIS, T. (1989). *Life events and illness*. New York: Guilford; LEMYRE, L. (1989). Stresseurs et santé mentale : analyse contextuelle de la pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14 (2), 120-127.

⁹³ *Idem*.

⁹⁴ BROWN, G.W., HARRIS, T. (1978). *Op. cit.*; MAKOSKY, V. (1982). Sources of stress : events or conditions? En D. Belle (dir.), *Lives in Stress : Women and Depression*. Beverly Hills: Sage; MCLANAHAN, S. (1983). Family structure and stress: a longitudinal comparison of two-parent and female-headed families. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 45, 347-357; LINDBLAD-GOLDBERG, M., DUKES, J.L., LASLEY, J.H. (1988). Stress in black low-income, single-parent families : normative and dysfunctional patterns. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(1), 104-120.

Numerosas investigaciones confirmaron este descubrimiento. Así, en un estudio llevado a cabo entre mujeres de bajos ingresos con hijos, se observa que el riesgo de síndrome depresivo, ansiedad o baja autoestima, no se relaciona con el número de eventos estresantes sino más bien con el hecho de haber soportado condiciones de vida muy difíciles de manera permanente durante los dos últimos años⁹⁵.

Las condiciones de vida difíciles relacionadas con la vivienda y con los ingresos debilitan más la salud mental que las crisis agudas⁹⁶. La imposibilidad de predecir el futuro, la inseguridad y los problemas relacionados con el dinero parecen constituir los factores de riesgo más importantes para la salud mental⁹⁷.

Existen numerosas fuentes de estrés en la vida cotidiana de un individuo o de una familia, y las definiciones que han tratado de precisar sus características son numerosas. Lo que parece esencial a tener en cuenta es más bien la diferencia (discrepancy) entre las demandas de orden interno o externo realizadas a la familia y el potencial de respuesta de esta familia⁹⁸. Dicho de otra manera, el estrés no es producto de una situación en particular, sino más bien de la interacción entre esta situación y la capacidad del individuo o de la familia para enfrentarla⁹⁹.

Así, en un estudio llevado a cabo entre 126 familias monoparentales urbanas de raza negra, Lindblad-Goldberg y sus colaboradores (1988)¹⁰⁰ separaron las familias de condiciones socioeconómicas y familiares similares en dos grupos de acuerdo a si eran funcionales (familias que no tenían mayores problemas escolares, de delincuencia o toxicomanía, sin discapacidades, ni enfermedades físicas o mentales graves) o disfuncionales (familias que utilizaban los servicios de una clínica especializada en el seguimiento de problemas escolares y otros, frecuentemente relacionados con problemas de conducta). Los autores constataron entonces que existía una diferencia mínima en cuanto al número total de eventos o de condiciones de vida estresantes experimentadas por las familias; la diferencia residía más bien en la percepción que estas familias tenían de estos eventos: las familias funcionales habían vivido más eventos percibidos positivamente mientras que las familias disfuncionales, más eventos percibidos negativamente. En realidad, no serían los eventos situaciones en sí los que ocasionarían el estrés, sino la aceptación o rechazo al cambio producido por dicho evento.

Cuando se tiene en cuenta la gravedad de los eventos, de su deseabilidad, las familias disfuncionales presentan puntajes de estrés más altos que los de las otras familias. Sin negar la influencia de los eventos negativos, se puede ver que las familias funcionales demuestran más adaptabilidad de percibir los eventos de una manera más positiva. La influencia de las condiciones de vida desfavorables también es puesta en evidencia en este estudio en el que se comprueba que cuanto mayor tiempo dependen las madres de la ayuda social, afrontan los eventos estresores de manera menos positiva. El contexto socioeconómico tiene pues una influencia directa en el tipo de percepción de los individuos, percepción que influye a su vez, en la manera de vivir los eventos y las condiciones de vida estresantes.

⁹⁵ MAKOSKY, V. (1982). *Op.cit.*

⁹⁶ BROWN, G.W., BHROLCHAIN, M.N., HARRIS, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9(2), 225-254; BELLE, D. (dir.). (1982). *Lives in stress*. Beverly Hills: Sage; MCLOYD, V.C. (1990). The impact of economic hardship on black families and children, psychological distress: parenting, and socioemotional development. *Child Development* 61, 311-346.

⁹⁷ DILL, D., FELD, E. (1982). The challenge of coping. En D. Belle (dir.), *Lives in Stress*. Beverly Hills: Sage; PALTIEL, F.L. (1988). Is being poor a mental health hazard? *Women and Health*, 12(3-4), 189-211.

⁹⁸ MCCUBLIN, H., PATTERSON, J. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.

⁹⁹ ECKENRODE, J., GORES, S. (1981). Stressful events and social supports : the significance of context. En B. Gottlieb (dir.), *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage.

¹⁰⁰ LINDBLAD-GOLDBERG, M., DUKES, J.L., LASLEY, J.H. (1988). Stress in black low-income, single-parent families : normative and dysfunctional patterns. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(1), 104-120.

Igualmente se demostró la importancia de la manera en la que algunos estresores primarios pueden dar origen a estresores secundarios e interactuar con tensiones de roles a través de las cuales el contexto estructura ampliamente las actividades, las relaciones, y la experiencia de los individuos. Estos estresores interactúan con tensiones del ambiente tales como la pobreza, los vecindarios marcados por el crimen, la violencia, las enfermedades crónicas. Así pues, es importante observar la manera en la que los eventos y las tensiones convergen en la vida de las personas. La mayoría de los eventos nos vuelven a enviar al sistema de estratificación social y al lugar que el individuo ocupa en el sistema¹⁰¹.

b. La ausencia o la debilidad del soporte/apoyo social

Desde hace unos diez años, numerosos autores han documentado el rol jugado por el soporte social en el campo de la salud y del bienestar: el soporte social reduciría los efectos nefastos del estrés y de las situaciones de vida difíciles de manera directa o indirecta¹⁰². Él protegería al individuo de la aparición de problemas patológicos que pudiera incluso llegar a provocar la muerte¹⁰³.

Más allá de las dificultades de definición¹⁰⁴, se puede admitir que el soporte social se relaciona con el grado de satisfacción de las necesidades primarias de un individuo en el campo material, normativo, cognitivo y afectivo. Barrera precisó que es necesario tomar en cuenta no sólo el soporte prestado sino también, la forma en que se percibe este soporte. Algunos científicos estiman que los conocimientos relacionados con el efecto del soporte social en la salud están tan desarrollados en la actualidad como los conocimientos de los efectos del tabaco en 1964, cuando el Ministro de Salud de los Estados Unidos decidió intervenir¹⁰⁵, y que estos podrían contribuir a plantear las bases de importantes intervenciones preventivas.

El apoyo social juega un rol importante en la salud mental¹⁰⁶. En efecto, según Tousignant (1987: 127)¹⁰⁷, "la salud mental a menudo va de la mano con el soporte social que encontramos a nuestro alrededor".

Ahora bien, en los medios desfavorecidos, los pobres reciben menos apoyo de su entorno y su red personal está menos extendida que la de las personas que viven en un medio más favorable¹⁰⁸. Las relaciones familiares son experimentadas de manera más negativa o más conflictiva¹⁰⁹. Y los jóvenes de 10 a 18 años de edad son los que más sufren de aislamiento social y emotivo¹¹⁰.

¹⁰¹ PEARLIN, L. (1977). The sociological study of stress. *Journal of Health and Behavior*, 30, 341-356.

¹⁰² CASSEL, B., et al. (1976). The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123; COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314; GOTTLIEB, B.H. (1981). *Social networks and social support: community mental health*. Beverly Hills-Londres: Sage Publications; BARRERA, M.J. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.

¹⁰³ BERKMAN, L.F. (1984). Assessing the psysical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.

¹⁰⁴ COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314

¹⁰⁵ RENAUD, M. CONTENDRIOPOULOS, A.-P., CORIN, E., PLESSE, B. (1990). *Au-delà des politiques de soins: la santé est d'abord liée à l'environnement social, économique et culturel*. Montréal, Le Devoir, 1er février, extrait du mémoire présenté à la commission parlementaire chargée d'examiner l'avantprojet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

¹⁰⁶ CAPLAN, G., KILLILEA, M. (1976). *Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations*. New York: Grune and Stration; COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314; BELLE, D. (dir.). (1982). *Op. cit.*; FORTIN, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale: est-ce que le pauvres sont plus malades et si oui pourquoi ? *Santé mentale au Québec*, 14(2), 104-113.

¹⁰⁷ TOUSIGNANT, M. (1987). *L'étiologie sociale en santé mentale: rapport final déposé au CQRS (RS-876-083)*.

¹⁰⁸ OUELLET, F. (1988). *Enquête promotion de la santé à Montréal: le réseau social*. Montréal: DSC Sacré-Cœur; COLIN, C., OUELLET, F., BOYER, G., MARTIN, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

¹⁰⁹ BROWN y HARRIS. (1978). Citados en FORTIN, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale: est-ce que le pauvres sont plus malades et si oui pourquoi ? *Santé mentale au Québec*, 14(2), 104-113.

¹¹⁰ BRENNAN, 1982. Citado en FORTIN, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale: est-ce que le pauvres sont plus malades et si oui pourquoi ? *Santé mentale au Québec*, 14(2), 104-113.

Por el contrario, Brown, Bhrolchain y Harris (1975)¹¹¹ demostraron que el apoyo del esposo o de un amigo jugaba un rol de protección para las mujeres de medios desfavorecidos que viven un evento estresante. En este sentido, Tennent y Bebbington¹¹², vuelven a analizar los trabajos de Brown y Harris (1978a)¹¹³, demostrando que el apoyo de un esposo o de un amigo y el hecho de tener tres hijos menores de 14 años en la casa están en relación inversa con el riesgo de depresión. En esta situación, los investigadores no hallaron interacción significativa alguna con los eventos estresantes.

La ausencia de cónyuge, en especial si la persona que está sola tiene a su cargo niños (monoparentalidad), parece ser un factor de riesgo para el desarrollo del niño: los niños educados en familias monoparentales corren mayor riesgo de presentar problemas de comportamiento y problemas de aprendizaje¹¹⁴. Esta situación de monoparentalidad es asimismo un factor de riesgo para la madre (depresión, ansiedad) más aún cuando la carga paterna es más fuerte, los niños son más jóvenes y/o más numerosos¹¹⁵.

Sin embargo, esta comprobación merece ser matizada. Por un lado, Rutter (1987)¹¹⁶ demostró sin equivocación, que en los hogares desunidos, lo problemático no es tanto la ausencia de un padre sino más bien el hecho, que los niños hayan sufrido durante un largo periodo la discordia entre los padres¹¹⁷. Esto concuerda con las propuestas de Dolto (1988: 150)¹¹⁸, según las cuales "más vale un buen divorcio que un matrimonio dividido". Por otro lado, "los riesgos de trastornar el desarrollo del niño debido a una estructura monoparental son relativamente menores, comparados con los riesgos relacionados con la pobreza"¹¹⁹.

Así, en el estudio de Offord (1990)¹²⁰, en Ontario, las diferencias en los rendimientos psicológicos y escolares observados en los niños de familias monoparentales desaparecen cuando se tiene en cuenta la pobreza y la disfunción familiar. Por otro lado, las madres solteras corren mayor riesgo de sufrir de ansiedad, depresión y problemas de salud, sobretodo si estas son pobres y viven solas con sus hijos¹²¹. Por el contrario, el efecto negativo de la monoparentalidad se reduce de manera importante si la madre se beneficia del constante apoyo de otros adultos que viven en la casa o incluso de padres que viven cerca de amigos, vecinos o profesionales comprometidos¹²².

Así pues, en el plano de la aflicción psicológica, las madres solas corren mayor riesgo cuando son pobres, y de forma complementaria, las madres pobres corren mayor riesgo cuando están solas¹²³.

Las relaciones con el cónyuge, cuando lo hay, y con los otros miembros de la familia o los amigos parecen ser globalmente, y de forma general, más negativas en un

¹¹¹ BROWN, G.W., BHROLCHAIN, M.N., HARRIS, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9(2), 225-254.

¹¹² Citado en DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S. (1981). Socioenvironmental factors, stress and psychopathology. *American Journal of Community Psychology*, 9(2), 128-164.

¹¹³ BROWN, G.W., HARRIS, T. (1978). *Social origins of depression*. Londres: Tavistock.

¹¹⁴ BRONFENBRENNER, U. (1989). *Op. cit.*

¹¹⁵ PEARLIN, L., JOHNSON, J. (1977). Marital status, lifestrains and depression. *American Sociological Review*, 42, 704-715.

¹¹⁶ RUTTER, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.

¹¹⁷ MAZIADÉ, M. (1990). *Op. cit.*

¹¹⁸ DOLTO, F. (1988). *La cause des adolescents*. Paris: Robert-Laffont.

¹¹⁹ BRONFENBRENNER, U. (1989). *Les enfant, qui s'en soucie?* Paris: UNICEF/PAM.

¹²⁰ OFFORD, D. (1990). *Ontario child health study: children at risk*. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

¹²¹ MCLOYD, V.C. (1990). The impact of economic hardship on black families and children, psychological distress: parenting, and socioemotional development. *Child Development* 61, 311-346.

¹²² BRONFENBRENNER, U. (1989). *Op. cit.*

¹²³ BELLE, D. (dir.). (1982). *Op. cit.* ; MCADOO, M.P. (1986). Strategies used by black single mothers against stress. En N. Simms y J. Malaveaux (dirs.), *Slipping through the cracks :the status of black women*, pp. 153-166. New Brunswick, N.J.: Transaction Books; PEARLIN, L., JOHNSON, J. (1977). Marital status, lifestrains and depression. *American Sociological Review*, 42, 704-715.

medio desfavorecido¹²⁴, sobretudo si no sólo se considera el número o la frecuencia de los contactos, sino también la manera en la que éstos son percibidos.

En un medio desfavorecido, el contacto con otro adulto sólo rara vez fuente de placer, dado que a menudo es una fuente de demandas de mayor estrés¹²⁵. Las madres desfavorecidas que experimentan un alto nivel de estrés tienen a menudo la percepción que dan más de lo que reciben. Por otra parte, es necesario reconocer que, muy concretamente, la continuidad y la fortaleza de la red social son difíciles de mantener por la movilidad geográfica y las frecuentes mudanzas propias de medios desfavorecidos¹²⁶.

Además y de manera mucho más importante, de Gaulejac (1989)¹²⁷ resalta que la miseria ocasiona la exclusión por el rechazo que ella provoca. Las personas de medios desfavorecidos son confrontadas con la obligación de establecer relaciones mínimas con vecinos o amigos, para ayudarse mutuamente a enfrentar la miseria y la exclusión, buscando siempre, al mismo tiempo, la forma de distinguirse de los otros, de mostrar que se es diferente, que "no somos como ellos", para librarse de la vergüenza que suscita esta pertenencia". ¡He ahí el motivo por el que no es fácil el establecimiento de una red social fuerte!

Entre los factores de vulnerabilidad con relación a la salud mental de las mujeres pobres, Paltiel (1988)¹²⁸ cita de nuevo la ausencia de confianza, pero también hace alusión a la ausencia de trabajo fuera del hogar, la carga de tres hijos o más y la pérdida de la madre antes de llegar a la edad de 11 años. Se debe poner atención a los efectos devastadores de las rupturas tempranas de los padres a corta edad, ya sea a causa de un fallecimiento o debido a una separación impuesta por la ley.

Además, los contactos sociales de la madre están relacionados con las interacciones de ésta con el niño: mientras más la madre se beneficie de un soporte social, más adecuada es la estimulación del niño; mientras menos se beneficie, mayores son las tensiones y más frecuentes los malos tratos¹²⁹.

Así la ausencia o la insuficiencia de apoyo material, informativo y emocional es una fuente de peligro para la salud del niño (conducta, lenguaje, malos tratos), o de los padres (ansiedad, depresión), sobre todo en caso de estrés importante.

3.3.3 La anomia de los barrios

La influencia de la calidad del ambiente comunitario ha sido claramente puesta en evidencia en Montreal por Bouchard (1989)¹³⁰. En familias del mismo nivel socioeconómico desfavorecido, existen más malos tratos hacia los niños si las relaciones del vecindario no son fuertes, si hay más monoparentalidad, si hay más niños, si las madres son jóvenes y perciben a sus niños como difíciles, si éstas reciben menos ayuda o si la ayuda recibida es percibida como insuficiente.

El grado de enriquecimiento social de los barrios influye pues en la tasa de malos tratos hacia los niños (según lo miden las muestras a cargo de la Dirección de Protección de la Juventud).

Otro estudio realizado en Québec que se ha mencionado anteriormente, constata también que cuando existe la misma pobreza, es la calidad de las redes de apoyo mutuo y soporte la que marca la diferencia entre la presencia y la gravedad de los problemas asociados con la

¹²⁴ COLIN, C., *et al.* (1992). *Op. cit.*; TOUSIGNANT, M. (1989). *Op. cit.*; FORTIN, D. (1989). *Op. cit.*; SCHWAB, J.J., SCHWAB, M.E. (1978). *Sociocultural roots of mental illness*. New York: Plenum Medical Book Company; BROWN, G.W., HARRIS, T. (1978). *Social origins of depression*. Londres: Tavistock.

¹²⁵ BELLE, D. (dir.). (1982). *Op. cit.*; COLIN, C., *et al.* (1992). *Op. cit.*

¹²⁶ HOLLINGSHEAD, A.B.S., REDLICH, F.C. (1958). *Social class and mental illness: a community study*. New York: John Wiley.

¹²⁷ GAULEJAC, V. DE (1989). *Op. cit.*

¹²⁸ PALTIEL, F.L. (1988). Is being poor a mental health hazard? *Women and Health*, 12(3-4), 189-211.

¹²⁹ ADAMAKOS, H. *et al.* (1986). Maternal social support as a predictor on mother-child stress and simulation. *Child Abuse and Neglect*, 10, 463-470;

¹³⁰ BOUCHARD, C. (1989). *Op. cit.*

salud mental. Los barrios más pobres también son los que están en mayor desventaja dado que en ellos se encuentra el mayor grado de desintegración social: delincuencia, drogas, tugorios, criminalidad¹³¹.

Hemos hecho referencia en el capítulo precedente al hecho de que el grado de desorganización social de un medio, un barrio, una comunidad tiene una influencia directa en la importancia de los problemas de salud mental que en ellos se encuentra.

Algunos han sugerido que los individuos interiorizan la desorganización del sistema social. La anomia, que nos remite a una ausencia de reglamentación o xxxx a una falta de firmeza o de regularidad en la relación con el grupo, representa un aspecto particular de la desorganización social y puede igualmente traducirse en una falta de control o de indicaciones internas, por una impaciencia generalizada con respecto a cualquier norma¹³².

3.3.4 El aislamiento social

De manera general, la presencia de una red de ayuda social ha sido muy estudiada en sus efectos para disminuir el impacto del estrés en la salud. Es desde esta perspectiva que abordamos el tema. Así, los investigadores han demostrado la influencia del aislamiento social en la salud mental a partir de la ausencia de referencia a un grupo. Mediante entrevistas a 1500 afroamericanos de Filadelfia, Parker, Greer y Zuckerman (1988)¹³³ demostraron que un factor importante que permite explicar la alta tasa de problemas de salud mental entre afroamericanos es el aislamiento social. Una persona aislada de su grupo social tiende a adoptar como normas de conducta las que pertenecen al grupo dominante en la sociedad en la que vive. Así, integra los valores que transmiten, en particular, los medios de comunicación y tiende a sentirse constantemente desvalorizada por la comparación entre los ideales de la sociedad global y su imposibilidad para acceder a estos.

Por otro lado, una persona que no está aislada y que está en relación constante con su grupo inmediato adopta las normas de éste, normas mucho más compatibles con su situación. Pero si la pertenencia a un grupo social puede tener un efecto protector, también nos remite al hecho de que la pobreza es la fuente de una presión constante para la destrucción del tejido social en el seno del cual se construyen las comunidades.

a. La pobreza: clave de la combinación perdedora

Si se admite como Peters y Massey (1983)¹³⁴ y Lindblad-Goldberg y Dukes (1985)¹³⁵ que la mayor parte del estrés en la vida no proviene de la adaptación al cambio, sino de las limitaciones permanentes que deben tolerarse cotidianamente, entonces, parece evidente que vivir en una situación de pobreza es una fuente mayor de estrés. Esta comprobación que viene del simple sentido común, cuando se conocen las dificultades que enfrentan las familias desfavorecidas (ingreso, vivienda, trabajo, etc.) es confirmada en la actualidad por investigaciones científicas cada vez más numerosas¹³⁶. Por un lado, las familias pobres viven más eventos estresantes¹³⁷, y por otro lado, estos eventos son percibidos de manera más negativa, más penosa¹³⁸ y son vividos de manera más difícil.

¹³¹ BOISVERT, R., LEMIRE, L. (1990). *Regards sur la problématique de la santé mentale : désintégration et réseaux d'entraide en quatre communautés de la Mauricie*. Trois-Rivières: Centre Hospitalier Sainte-Marie, Département de Santé Communautaire.

¹³² COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. (1985b). *La santé mentale: de la biologie à la culture, Avis sur la notion de santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec.

¹³³ PARKER, S., GREER, S., ZUCKERMAN, B. (1988). *Op. cit.*

¹³⁴ PETERS, M., MASSEY, G. (1983). Mundane extreme environmental stress in family stress theories: the case of black families in white America. *Marriage and Family Review*, 6, 193-218.

¹³⁵ LINDBLAD-GOLDBERG, M., DUKES, J.L. (1985). Social support in black, low-income, single-parent families : normative and dysfunctional patterns. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 42-58.

¹³⁶ LEMYRE, L. (1989). *Op. cit.*; MCLOYD, V.C. (1990). *Op. cit.*

¹³⁷ DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S. (1981). Socioenvironmental factors, stress and psychopathology. *American Journal of Community Psychology*, 9(2), 128-164; FORTIN, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale: est-ce que le pauvre est plus malade et si oui pourquoi ? *Santé mentale au Québec*, 14(2), 104-113; TOUSIGNANT, M. (1989). La pauvreté : cause ou espace des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 100.

¹³⁸ PERRAULT, C., LÉGARÉ, G., BOYER, R., BLAIS, L. (1988). *Santé mentale, Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé-Québec 1987*. Québec: Les Publications du Québec.

Así, en el estudio realizado por Belle (1982)¹³⁹, las dificultades para obtener ingresos, la insuficiencia de recursos financieros y sus consecuencias (pagar las cuentas, el alojamiento, la alimentación y los medicamentos), aparecen como los estresores más importantes para la salud mental. También, hemos resaltado el rol que desempeñan las dificultades de vivienda y laborales, las dificultades con la justicia (cónyuge en prisión), la soledad de la madre, la presencia de niños muy pequeños, las dificultades relacionadas con la mala salud o el fallecimiento de los niños así como la naturaleza y la fuerza del apoyo social¹⁴⁰. La cronicidad y la severidad de los estresores desempeñan un rol importante, y los eventos estresantes frecuentes durante un largo periodo de tiempo parecen ser un factor de riesgo mayor para la salud mental¹⁴¹.

En resumen, la pobreza disminuye la capacidad de enfrentar numerosos problemas y nuevas dificultades. Se admite además que la influencia de un alto nivel de estrés es menor en las personas de nivel socioeconómico elevado, debido al papel amortiguador que desempeñan los recursos psicológicos o materiales de los cuales disponen¹⁴².

b. La insuficiencia y los límites de ciertas intervenciones y servicios

Igualmente, la cantidad de servicios y su accesibilidad juegan un papel nada despreciable para las personas de medios desfavorecidos, quienes recurren, de manera importante, a los servicios sociales. De esta manera, en un estudio realizado por Kates y Krett (1988)¹⁴³, las referencias hacia los servicios de salud mental estaban estrechamente relacionadas con la pobreza de las familias (factor que explicaba el tercio de la variación), la pobreza individual y las condiciones de vivienda; se puede pensar que las personas que corren mayor riesgo de tener necesidad de ser referidas son seguramente aquellas que presentan desventajas sociales múltiples.

Desafortunadamente, aún si ciertas intervenciones parecen eficaces, quedan todavía muchas interrogantes en cuanto a la eficacia real de nuestras intervenciones por la falta considerable de evaluación a largo plazo en el campo de la salud y en el campo social¹⁴⁴.

Por otro lado, ciertos autores han llamado la atención no sólo sobre la ineficacia de un buen número de intervenciones, en particular, a nivel internacional¹⁴⁵, sino también sobre el carácter potencialmente perjudicial y dañino de algunas de estas (ejemplo: la detección temprana de niños de temperamento difícil)¹⁴⁶.

Hemos notado que las personas pobres evitan espontáneamente las situaciones donde el pedido de ayuda está sujeto a un proceso de control importante o tiene que pasar una "prueba" constituida por una entrevista estructurada tipo "confesión"¹⁴⁷. En este caso, el hecho de exigir al sujeto que cuente sus problemas y su vida puede tener un efecto extremadamente perverso, dado que esto transmite al individuo el mensaje de que su vida (y por tanto él) son el problema y que por consiguiente, en él debe estar la solución. Esto no puede más que reforzar los sentimientos de culpabilidad y de vergüenza que ya tiene tan presente. En ciertos casos, está claro que las estrategias de evasión de los

¹³⁹ BELLE, D. (dir.). *Op. cit.*

¹⁴⁰ THIBAudeau, M.-F. (1985). La santé des familles défavorisées. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 27-35; PARKER, S., GREER, S., ZUCKERMAN, B. (1988). *Op. cit.*; MCLOYD, V.C. (1990). The impact of economic hardship on black families and children, psychological distress: parenting, and socioemotional development. *Child Development* 61, 311-346; LEMYRE, L. (1989). Stresseurs et santé mentale : analyse contextuelle de la pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14 (2), 120-127.

¹⁴¹ MCLOYD, V.C. (1990). *Op. cit.*

¹⁴² PARKER, S., GREER, S., ZUCKERMAN, B. (1988). *Op. cit.*

¹⁴³ KATES, N., KRETT, E. (1988). Socio-Economic Factors and Mental Health Problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7(1), 89-98.

¹⁴⁴ MAZIADE, M. (1990). *Op. cit.*

¹⁴⁵ JOLLY, R. (1988). La privation dans l'environnement des enfants: tirer parti de l'adversité. *Revue canadienne de santé publique. Supplément* 2(79), 22-28.

¹⁴⁶ MAZIADE, M. (1990). *Op. cit.*

¹⁴⁷ GAULEJAC, V. DE (1989). *Op. cit.*

servicios de salud constituyen en realidad medios de protección (ejemplo: evitar las consultas prenatales para no hacerse “aconsejar” un aborto no deseado)¹⁴⁸.

En un estudio¹⁴⁹ realizado entre los empleados de organismos e instituciones (grupos autónomos de mujeres, CLSC¹⁵⁰, escuelas) que trabajan con clientes pobres, los autores resaltan que, a pesar de su apego a las personas y a pesar de su satisfacción con respecto a ciertos logros de las mujeres y de los niños, los empleados subrayan:

- La impotencia, el atosigamiento, la cólera engendrada por el hecho de estar cotidianamente enfrentados a “situaciones de gran angustia para las que a menudo tienen pocos recursos y poca esperanza de cambiar las cosas”.
- El contexto de desbordamiento en el que trabajan, contexto que se debe a un aumento de la pobreza;
- La frustración ante el hecho de ser ignorados por quienes tienen el poder de decisión “cuando se trata de evaluar una política o una acción gubernamental”, de allí la resignación e incluso el escepticismo frente a los gobiernos y a las élites políticas y económicas.

Estas situaciones influyen fuertemente en las relaciones con respecto a los servicios.

3.4 Factores globales de riesgo ambiental

Los factores de riesgo mencionados en las páginas precedentes se inscriben dentro de un contexto más global del cual es necesario resaltar algunas de las características susceptibles de actuar en la salud mental de los individuos.

3.4.1 El no trabajar

*Trabajar río arriba en la prevención (...) es ocuparse del más grande derroche social que hace que a los 30 años de edad, los jóvenes aún no trabajen y cuando llegan a los 55 años, ya no trabajan*¹⁵¹.

La idea de que el desempleo genera costos sociales importantes no es nueva. Así, en los Estados Unidos, en 1936, apenas algunos años después de la gran depresión:

*(...) la Corte Suprema declaraba que el desempleo rompe la moral de los trabajadores, perturba las familias, reduce el bienestar físico, retarda la formación de familias, reduce la tasa de natalidad, conduce a crímenes, suicidios y vagancia*¹⁵².

Los datos citados en el capítulo precedente demuestran el vínculo que existe entre el desempleo y la salud mental. Sin embargo, es importante dejar atrás esta comprobación y tratar de comprender los mecanismos a través de los cuales funcionan estas influencias. Los estudios de tipo monográfico han puesto en evidencia el gran número de campos influenciados por el desempleo.

Así, una monografía preparada por Lazarsfeld en 1935 en un pequeño pueblo austriaco, permitió poner en evidencia las consecuencias sociales y psicológicas del desempleo¹⁵³:

- El desempleo tiende a volver a las personas más inestables emotivamente;
- Los desempleados pierden prestigio ante sus propios ojos y frente a los ojos de los demás;
- Se sienten inferiores y no tienen confianza en sí mismos;

¹⁴⁸ N. de T. El aborto en Canadá es legal.

¹⁴⁹ FORTIN, L., FOURNIER, D., PROVOST, M. (1992). La pauvreté change-t-elle nos pratiques? CCDS et Relais-Femmes (sic).

¹⁵⁰ N. de T.. Los CLSC son centros comunitarios distritales de salud.

¹⁵¹ AQDR, citado por LAMOUREUX, J., LESEMAN, F. (1987). Les filières d'action sociale. Rapport présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Montréal: Université de Montréal.

¹⁵² BELLEMARE, D., POULIN-SIMON, L. (1983). *Le plein emploi : pourquoi?* Montréal: Presses de l'Université du Québec.

¹⁵³ *Idem*

- Están angustiados;
- Reducen sus actividades sociales;
- Se sienten desmoralizados;
- Se culpan de su fracaso aún si no son responsables de su desempleo.

Cincuenta años después, estas conclusiones continúan estando vigentes. En 1982 y 1983, algunos investigadores¹⁵⁴ notaron un aumento significativo de la angustia psicológica cuando los trabajadores perdían su empleo y una reducción equivalente de ésta cuando volvían a encontrar un empleo. Esta angustia se debería a los siguientes elementos que coinciden con los señalados por Lazarsfeld:

- La pérdida de ingresos, que en dos de cada tres casos, representa una baja superior al 50% del ingreso familiar;
- La reducción del ambiente de interacción;
- El desmoronamiento de la estructura de objetivos parciales que organiza una jornada normal de trabajo;
- La reducción de la envergadura de la toma de decisiones como consecuencia de la pérdida de los campos de acción relacionados con las actividades laborales, y como consecuencia de la reducción de los recursos económicos;
- La pérdida de un medio marcado por un cierto dinamismo que enriquece las percepciones de sí mismo y los objetivos personales;
- El aumento de situaciones de frustración e incluso de humillación provocadas por la caída del ingreso y la presentación de solicitudes de asistencia;
- La inseguridad frente al futuro, que provoca crisis de angustia;
- La reducción de la red de relaciones sociales que trae consigo el repliegue hacia uno mismo y que puede acentuar el miedo de entrar en contacto con los demás;
- La caída del estatus social y el desmoronamiento de la autoestima.

Estos investigadores también demostraron que la intensidad y la variedad de los problemas psicológicos relacionados con el desempleo variaban de acuerdo a si la obligación moral de ocupar un puesto de trabajo estaba interiorizada o no, si los desempleados eran jóvenes (menores de 25 años) o mayores (más o menos ad portas de jubilarse), si la duración del desempleo se prolongaba y si la reducción financiera influía poco o nada en la reducción de las actividades de ocio.

También indicaron que la reacción al desempleo depende del sexo y de las responsabilidades familiares. Las mujeres solteras sin hijos reaccionan de la misma manera que los hombres. Sin embargo, notamos una diferencia de comportamiento en las madres de familia; diferencia, que según Warr (1984)¹⁵⁵ es atribuible al rol social de la madre: substituye el rol de trabajadora para paliar así la pérdida brutal de roles sociales.

Algunos estudios¹⁵⁶ muestran que de 20% a 30% de desempleados afirman haber experimentado un deterioro de su salud desde que perdieron su empleo. Estos sujetos declaran sufrir de ansiedad, insomnio, apatía, irritabilidad, mayor nerviosismo y se sienten deprimidos; estas disfunciones varían según que la salida del trabajo haya sido no deseada o voluntaria, o

¹⁵⁴ BANKS y JACKSON. (1982), así como BANKS y WARR (1983), citados en WARR, P. (1985). Twelve questions about unemployment and health. En B. Roberts, R. Finnegan y D. Gallie (dirs.), *New Approaches to Economic Life*, pp. 302-218. Manchester: Manchester University Press.

¹⁵⁵ WARR, P. (1984). Job loss, unemployment and psychological well-being. En L.A. Vernon et A. et E. Van De Vliert (dir). *Role Transitions*, s.l. Plenon Publishing Corporation, 263-286.

¹⁵⁶ Citados en WARR, P. (1985). Twelve questions about unemployment and health. En B. Roberts, R. Finnegan y D. Gallie (dirs.), *New Approaches to Economic Life*, pp. 302-218. Manchester: Manchester University Press.

según que sea el resultado de una medida que afecta al individuo y a sus compañeros de trabajo, más que a él de manera aislada. Finalmente, el desempleo provoca tensiones familiares que tienden a aumentar cuando la presión financiera es más importante.

Otras investigaciones¹⁵⁷ llegaron a las mismas conclusiones. Los principales factores que están relacionados con el desempleo y provocan problemas mentales son:

- El cambio de estatus social;
- La modificación de los papeles con respecto al trabajo y a la vida familiar;
- La tensión provocada por la situación financiera;
- La pérdida de autoestima;
- La incertidumbre frente al futuro.

Estos investigadores observaron que la pérdida de empleo provoca una cadena de eventos estresantes tales como el hecho de pedir prestado sin saber cuáles serán las posibilidades futuras de reembolsarlo, la pérdida de la casa familiar y la obligación de tener que mudarse, la desaparición gradual de los ahorros y la pérdida de estatus. De esta manera, el hecho de verse relegado al desempleo aumenta la vulnerabilidad de las personas cuando viene el momento de afrontar otras situaciones difíciles.

El desempleo es experimentado como un drama por la mayoría de desempleados¹⁵⁸. En un estudio realizado en Windsor, Ontario, entre aproximadamente 350 trabajadores despedidos, lo que resalta es la actitud de desaliento.

No obstante, el desempleo no afecta a todas las categorías sociales de la misma manera. Sus influencias en el ingreso, en las redes comunitarias, en la imagen de sí mismo o en la valorización personal, es más marcada en un medio desfavorecido¹⁵⁹.

El desempleo trae consigo de igual manera, costos para los contribuyentes “en gastos adicionales de cuidados de salud, protección contra el crimen, tensiones sociales, pérdidas de recursos humanos, etc.”¹⁶⁰. En los Estados Unidos, un aumento de 1.4% en la tasa de desempleo entre 1970 y 1975 costó al menos 21 mil millones de dólares en pérdidas por ingresos debido a enfermedades, mortalidad, costos de hospitales psiquiátricos y prisión, transferencia de ayuda social y seguro de desempleo¹⁶¹.

a. Los jóvenes y el desempleo

El desempleo es particularmente dramático en los jóvenes. La opinión pública comienza apenas a medir sus estragos, dadas las numerosas manifestaciones violentas que involucran a los jóvenes y que trastornan cada vez con más frecuencia la metrópoli. Rehusándose a considerar cada evento como un hecho aislado o únicamente relacionado con desviaciones personales de los jóvenes, la gente cuestiona la relación que existe entre la sociedad y la vida de los jóvenes:

(...) una vida en la cual no hay futuro profesional, en la cual se debe olvidar la posibilidad de ser independiente de sus padres... y de soñar con un futuro mejor. La situación para los jóvenes de hoy en día está manejada por una tasa de desempleo de más de 19% aproximadamente, tasa que, según los especialistas, no tiene oportunidad alguna de disminuir de manera importante antes de fines de siglo. Este es el caso de millares de jóvenes de origen haitiano, jamaicano, de hijos de familias monoparentales y de muchos otros¹⁶².

¹⁵⁷ ENSMINGER, M.E., CELENTANO, D.D. (1988). Unemployment and psychiatric distress: social resources and coping. *Social Science and Medicine*, 27(3), 239-247.

¹⁵⁸ SOFRES, citado por BELLEMARE, D., POULIN-SIMON, L. (1983). *Le plein emploi: pourquoi?* Montréal: Presses de l'Université du Québec.

¹⁵⁹ INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES ACANCÉES. (1989). La santé des populations et le programme sur la santé des populations. ICRA.

¹⁶⁰ BELLEMARE, D., POULIN-SIMON, L. (1983). *Op. cit.*

¹⁶¹ *Idem*

¹⁶² TEITELBAUM, B. (1992). Jeunes et violence: il faut trouver les causes exactes. *La Presse*, 30 août.

La falta de trabajo afecta sobretodo a los jóvenes de medios desfavorecidos¹⁶³. El fenómeno no puede reducirse a un simple evento estresante personal en el sentido que la pérdida de un empleo o la dificultad de tener acceso a uno, fuera el caso de sólo algunas personas, y se diera de manera intermitente. Después de la Segunda Guerra Mundial, todas las generaciones de jóvenes vieron abrirse las grandes puertas del mercado laboral. Los jóvenes de hoy en día golpean dolorosamente a puertas herméticamente cerradas... no sin pagar por ello un precio elevado, demasiado elevado. Los jóvenes de hoy, y especialmente, los jóvenes de medios desfavorecidos, piensan; no sin cierta justificación, que nunca podrán trabajar en su vida o que sólo trabajarán en forma precaria.

Para Gauthier (1987)¹⁶⁴, el desempleo no constituiría "más el detonante de una situación latente de pobreza en la cual se conjugan varios factores. Se encuentra esta cara de la pobreza sobre todo en los jóvenes que viven solos, sin lazos familiares o de otro tipo, y que no tienen estudios" ¹⁶⁵.

El estudio de Lazarsfeld realizado a principios de los años 30, contiene datos interesantes sobre el comportamiento de los jóvenes desempleados de la época, datos que se pueden aplicar a la situación actual. El investigador notó lo siguiente:

*Aunque los jóvenes desempleados deberían ser normalmente más resistentes a las depresiones y no resignarse, actitud general de los desempleados con más edad, sino más bien rebelarse, parece que también se resignan y pierden toda ambición*¹⁶⁶.

Ciertamente, la resistencia no deja de manifestarse en algunos según la edad y la situación familiar. Sin embargo, parece que todos los estudios de la época concuerdan: la resignación es la respuesta dominante frente a una situación de desempleo muy elevado¹⁶⁷.

Al subrayar "que no hay suficiente interés en las repercusiones psicológicas y sociales del subempleo de los jóvenes en la población que todavía está en la escuela, en sus aspiraciones, sus elecciones profesionales y su relación con la sociedad"¹⁶⁸, el CSMQ ya había indicado algunas consecuencias de este contexto económico en la salud mental de los jóvenes:

*(...) el establecimiento de un estado progresivo de anomia y de falta de implicación personal puede reflejarse en desaliento y desesperanza. Es necesario recordar que, en el grupo de 15 a 20 años, el suicidio constituye la segunda causa de mortalidad después de los accidentes (que a veces son otra forma de hacer evidente el desarraigo con respecto a la sociedad y a sus limitaciones)*¹⁶⁹.

No obstante, la tendencia a culpar a los individuos aduciendo su incapacidad para encontrar trabajo o incluso por su falta de ganas de trabajar, sigue siendo muy fuerte. Las mujeres y los jóvenes en particular serían objeto de sospecha. Los programas sociales, tales como el seguro de desempleo y la ayuda social, habrían pervertido la ética laboral en estas dos categorías de desempleados, daño que se extendería al conjunto de trabajadores. Las encuestas gubernamentales concluyeron, sin embargo, que "la ética laboral sigue siendo muy fuerte en Canadá"¹⁷⁰ pero no tanto como para hacer retroceder sustancialmente los prejuicios con respecto a los desempleados.

b. Conclusión

¹⁶³ FORTIN, D. (1983). Impact du chômage sur le bien-être psychologique et la santé mentale: revue de la littérature. Sainte-foy: Université Laval, École de psychologie.

¹⁶⁴ GAUTHIER, M. (1987). *Les nouveaux visages de la pauvreté*. Québec: Institut québécois de la recherche sur la culture.

¹⁶⁵ *Idem*

¹⁶⁶ BELLEMARE, D., POULIN-SIMON, L. (1983). *Op. cit.*

¹⁶⁷ JAHODA, citado por BELLEMARE, D., POULIN-SIMON, L. (1983). *Le plein emploi : pourquoi?* Montréal: Presses de l'Université du Québec.

¹⁶⁸ COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. (1985b). *Op. cit.*

¹⁶⁹ *Idem*

¹⁷⁰ BELLEMARE, D., POULIN-SIMON, L. (1983). *Op. cit.*

El desempleo es nefasto para la salud mental y aumenta los síntomas mentales en un medio desfavorecido¹⁷¹. De hecho, el desempleo parece influir en tres planos. Primero, trae consigo una pérdida de seguridad material, limita los contactos sociales de los desempleados y afecta, de manera importante, la salud mental: ocasiona aburrimiento, pérdida de autoestima, culpabilidad y vergüenza, ansiedad, miedos, cólera, actitudes defensivas y depresión; puede llegar incluso hasta el abuso de alcohol o drogas y al suicidio¹⁷². Por el contrario, se nota que la influencia del desempleo es menor si las personas se benefician de una red de apoyo estable o de una seguridad material y psicológica mínimas.

(...)

3.5 La pobreza como contexto global destructor

Un gran número de factores intervienen pues para determinar el riesgo de que una persona presente problemas de salud mental. En este capítulo, hemos tratado de establecer los factores de riesgo individual, relacional y ambiental. Es importante resaltar la extrema interdependencia y las múltiples interacciones que existen entre estos factores.

3.5.1 Interacciones múltiples

En realidad, se admite de manera general, que un solo factor de riesgo no aumenta, o aumenta muy poco, sea la prevalencia de desviaciones de desarrollo, sea la prevalencia de problemas psicosociales o psiquiátricos¹⁷³; se requiere la suma de diversos factores para aumentar esta ocurrencia¹⁷⁴.

Igualmente, se puede ver la importancia de un encadenamiento de circunstancias¹⁷⁵. Por ejemplo, "no es la presencia de un padre esquizofrénico lo que mejor predice los problemas de conducta, sino más bien, la combinación del grado de perturbación emocional del padre, la inestabilidad familiar y la pobreza" Aunque es verdad que tener un padre esquizofrénico aumenta de 10 a 15 veces más el riesgo para un niño de convertirse también en esquizofrénico, no debe olvidarse que el 90% de adultos que sufren de esta enfermedad no han tenido ningún pariente esquizofrénico en su familia¹⁷⁶.

De la misma manera, tal y como lo mencionamos en el capítulo anterior, la pobreza o la clase social por sí solas no tienen un tipo de relación epidemiológica única o automática con los problemas de conducta emocional¹⁷⁷, y los problemas psiquiátricos del niño son distribuidos de manera homogénea en las clases sociales.

¹⁷¹ WARR, P. (1985). Twelve questions about unemployment and health. En B. Roberts, R. Finnegan y D. Gallie (dirs.), *New Approaches to Economic Life*, pp. 302-218. Manchester: Manchester University Press; PLANTE, M.C. (1984). La santé mentale des jeunes et le chômage. *Santé mentale au Québec*, 9(2), 17-25.

¹⁷² PLANTE, M.C. (1984). *Op. cit.*; TOUSIGNANT, M. (1989). *Op. cit.*

¹⁷³ MAZIADÉ, M. (1990). *Op. cit.*

¹⁷⁴ RICHMAN, N., STEVENSON, J., GRAHAM, P.J. (1982). Pre-school to school: a behavioural study. New York: Academic Press; WERNER, E., SMITH, R. (1977). *Kawai's Children Come of Age*. Hawai: University of Hawaii Press; SAMEROFF, A.J., CHANDLER, M.J. (1975). *Op. cit.*; SAMEROFF, A.J., SEIFER, R., ZAX, M. (1982). Early development of children at risk for research in child development: monographs of the society for research. *Review of Child Development Research*, 47. Chicago: University of Chicago Press; SIGMAN, M., PARMELE, A.H. (1979). Longitudinal evaluation of the preterm infant: infant born at risk. En *Behavior and development*, pp., 193-217. New York: S.P. Medical and Scientific Books.

¹⁷⁵ SAMEROFF, A.J., SEIFER, R., ZAX, M. (1982). *Op. cit.*

¹⁷⁶ ASARNOW. (1983). Citado por MAZIADÉ, M. (1990). Études sur le tempérament : contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux chez l'enfant. En J.-F. Saucier y L. Houde (dirs.), *Prévention psychosociale pour l'enfance et l'adolescence*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.

¹⁷⁷ GRAHAM, P. (1978). Epidemiologic perspective on Maladaptation in children: neurological, familial and social factors. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 197-208; RUTTER, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331; RICHMAN, N., STEVENSON, J., GRAHAM, P.J. (1982). Pre-school to school: a behavioural study. New York: Academic Press.

Además, existe una interacción constante entre los factores relacionados con el individuo y los factores relacionados con el ambiente. Por ejemplo, el niño es influenciado por la calidad de su entorno (calidad de las relaciones conyugales, estado depresivo de la madre, fuerza de apoyo social y comunitario) pero, él también influye su entorno a través de sus características genéticas, sus condiciones de salud y su temperamento. En los adultos, los problemas psicológicos e individuales, que a menudo son resultado de la pobreza económica, acaban por ser considerados como causas, y el individuo es entonces injustamente tratado como si fuese responsable de su pobreza y de su salud¹⁷⁸.

No obstante, la pobreza potencia y aumenta el riesgo adverso desde el momento en que éste se asocia con otros factores de riesgo. Puesto que estos factores de riesgo se presentan con mayor frecuencia en medios desfavorecidos (estrés elevado, menor ayuda social, interacción padres e hijos menos sólida, baja autoestima), asistimos entonces a la presencia de una acumulación de factores de riesgo y de un círculo vicioso con efectos negativos. La pobreza incrementa la presencia de otros factores de riesgo que tienen un efecto en la salud mental, lo que refuerza aún más los factores de riesgo (baja autoestima, menor apoyo social, etc.).

La pobreza no sólo aumenta la prevalencia de otros factores de riesgo, sino que también hace que la consecuencia de estos factores de riesgo sea más importante. Este es el doble peligro - *double jeopardy*¹⁷⁹. Por ejemplo las condiciones de vida con mucho estrés relacionado con la pobreza y con la falta de una red de apoyo provocan la ruptura conyugal con mayor frecuencia. Así también, el hecho de ser madre de una familia monoparental tiene un efecto incluso mayor cuando la mujer es además pobre.

La pobreza amenaza el desarrollo armónico, la seguridad, el equilibrio emocional, cognitivo y social del niño¹⁸⁰. Los constantes fracasos, el número y la fuerza de los estresores provocan en él un sentimiento de impotencia y lo pueden conducir a formas paliativas de adaptación¹⁸¹.

Por otro lado, también se debe ser consciente de que los factores de riesgo estudiados hasta el momento no explican todo¹⁸² y que estos no son más que eslabones de una cadena de asociaciones más vasta. Las experiencias, actitudes y valores de las personas han sido poco estudiadas hasta el momento, al igual que las diferentes influencias de los factores en las diferentes etapas de la vida y del desarrollo.

3.5.2 Un contexto global destructor

Ya lo hemos visto, la pobreza y la salud mental mantienen lazos significativos... y preocupantes. En efecto, y a riesgo de ser redundantes, de los numerosos estudios realizados, una constante resalta claramente: la pobreza es seguramente el mejor medio de predicción, tanto de las perturbaciones del desarrollo del niño¹⁸³ como del nivel de salud mental de los adultos¹⁸⁴, de las diversas manifestaciones de mala salud mental y de las diferentes formas de patología mental¹⁸⁵.

¹⁷⁸ GAULEJAC, V. DE (1989). *Op. cit.*

¹⁷⁹ PALTIEL, F.L. (1988). Is being poor a mental health hazard ? *Women and Health*, 12(3-4), 189-211; LIEM, R., LIEM, J. (1978). Social class and mental illness reconsidered : the role of economic stress and social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 139-156.

¹⁸⁰ BOUCHARD, C. (1989). *Op. cit.*; BOUCHARD, C., et al. (1991). *Op. cit.* Québec: MSSS.

¹⁸¹ BELLE, D. (dir.). (1982). *Op. cit.*; MCLOYD, V.C. (1990). *Op. cit.*

¹⁸² D'ARCY, C. (1989). Réduire les inégalités en matière de santé. En *Le développement des connaissances pour la promotion de la santé: un appel à l'action*. Santé et Bien-être social Canada.

¹⁸³ BOUCHARD, C. (1989). *Op. cit.*; BOUCHARD, C., et al. (1991). *Op. cit.*; COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. (1985a). *Op. cit.*

¹⁸⁴ WARHEIT, G.J., HOLZER, C.E., BELL, R.A., AREY, S.A. (1976). Sex, marital status and mental health: a reappraisal. *Social Forces*, 55(2), 459-470.

¹⁸⁵ KATES, N., KRETT, E. (1988). Socio-Economic Factors and Mental Health Problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7(1), 89-98; DOHRESNWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S. (1981). Socioenvironmental factors, stress and psychopathology. *American Journal of Community Psychology*, 9(2), 128-164; DOHRESNWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S. (1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology: the 1981 remapapouse lecture. *American Journal of Public Health*, 72(11), 1271-

1279.

En realidad, la pobreza refuerza o media los efectos de los otros factores de riesgo, y al mismo tiempo es mediada por estos otros factores de riesgo¹⁸⁶, lo que explica que no tendrá el mismo efecto en todos los individuos desfavorecidos. Se debe volver a insistir en el hecho de que la pobreza no es sinónimo de patología mental, que no tiene las mismas consecuencias en todos los niños ni en todos los adultos y que muchas familias pobres logran, pese a la dificultad de sus condiciones de vida, criar armoniosamente a sus hijos y conducirlos a un excelente estado de salud física y mental¹⁸⁷.

Sin embargo, generalmente podemos afirmar que la pobreza actúa como un aura de ondas negativas, que bombardean incesablemente a los niños:

*La pobreza no hiere a todos los niños, sin embargo constituye un riesgo mayor para su desarrollo por las consecuencias físicas directas de la privación, las consecuencias indirectas del estrés severo en la relación padres e hijos y la carga permanente de tener una condición inferior en el ambiente social*¹⁸⁸.

La pobreza actúa entonces por medio de un conjunto de influencias y crea una cadena extremadamente compleja de causas y efectos¹⁸⁹ que se refuerzan mutuamente. Las consecuencias de la pobreza se extienden de la angustia emotiva moderada a la aparición de problemas mentales severos.

La pobreza es un factor determinante mayor de la salud mental¹⁹⁰ y Bronfenbrenner (1989)¹⁹¹ afirma que representa el contexto más destructor:

*Las investigaciones realizadas en los países desarrollados y en los países en desarrollo han demostrado que las familias que viven en condiciones económicas y sociales difíciles, aunque se benefician con la presencia del padre y de la madre, tienen una mayor dificultad para elaborar y mantener los procesos de interacción padre-hijo y las actividades que buscan el desarrollo del ambiente del niño. Los padres, para obtener resultados equivalentes a los de las familias que viven en condiciones más favorables, deben realizar muchos más esfuerzos y demostrar una mayor tenacidad*¹⁹².

De acuerdo a Parker, Greer y Zuckerman (1988)¹⁹³, los niños de medios desfavorecidos están más expuestos a los riesgos de dificultades de desarrollo, y estos riesgos tienen consecuencias mucho más graves. Dicho de otra manera, los niños pobres tienen el mismo potencial de desarrollo y crecimiento que cualquier otro niño, sin embargo su contexto de vida, al reforzar la influencia de diferentes factores de riesgo, puede comprometer gravemente este desarrollo y crecimiento.

Según manifiestan Bouchard y sus colaboradores (1991)¹⁹⁴:

La pobreza es como una curva peligrosa: no necesariamente pierdes la vida, sin embargo el número de accidentes que se registran es mucho más elevado que en cualquier otro lugar [...] Afecta la vigilancia y el dominio de las capacidades de los padres y orienta a los niños y jóvenes por el camino del fracaso escolar, del rechazo, de la frustración y de la marginación.

¹⁸⁶ HALPERN, R. (1990). *Poverty and early childhood parenting: toward a framework for intervention*. American Orthopsychiatric Association.

¹⁸⁷ JOLLY, R. (1988). *Op. cit.*

¹⁸⁸ HAMBURG. (1985). Citado por HALPERN, R. (1990). *Poverty and early childhood parenting: toward a framework for intervention*. American Orthopsychiatric Association. (traducción libre)

¹⁸⁹ SAUCIER, J.-F., HOUDE, L. (dir) [1990]. *Prévention psychosociale pour l'enfance et l'adolescence*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

¹⁹⁰ INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES ACANCÉES. (1989). *La santé des populations et le programme sur la santé des populations*. ICRA.

¹⁹¹ BRONFENBRENNER, U. (1989). *Op. cit.*

¹⁹² *Idem.*

¹⁹³ PARKER, S., GREER, S., ZUCKERMAN, B. (1988). *Op. cit.*

¹⁹⁴ BOUCHARD, C., et al. (1991). *Op. cit.*