

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE GEOGRAFIA E HISTORIA**

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES URBANISTICOS
EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LOS
TRASTORNOS PSIQUICOS DEL AREA DE MADRID**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el

Prof. D. JOSE ESTEBANEZ ALVAREZ

D^a JOSEFA LORENZO RODRIGUEZ

Madrid, Marzo 1993

CAPITULO 1º

INTRODUCCION

1.0.-INTRODUCCION.-

Problema siempre apasionante entre herencia y ambiente, naturaleza y cultura, tanto en el ámbito de las características psicológicas normales, como en el de las patológicas. Todo ello está motivado por teorías filosóficas, religiosas o psicológicas, que van desde el ideal de Rousseau del "buen salvaje", que será estropeado por la civilización, a conceptos pesimistas de la naturaleza humana, de carácter religioso, pecado original, inclinación al mal, etc., o psicológicos como el "perverso polimorfo" de Freud.

El apasionamiento con que se discuten estos temas indica que rozan profundos sentimientos del ser humano, en torno a su devenir existencial, siendo posiblemente el más importante el que hace referencia a la libertad, hasta que punto el sujeto es libre para dirigir su propia existencia, o está predestinado por su herencia, o por los factores medioambientales.

Pero estas discusiones no son de carácter bizantino, puesto que de las respuestas se van a derivar justificaciones de regímenes sociopolíticos, y abordajes de problemas específicos como pueden ser el de la igualdad de oportunidad, y el de la prevención y tratamientos de las enfermedades mentales.

Desde el punto de vista político, y para ilustrar lo expuesto, pondríamos dos ejemplos antitéticos, caricaturescos, pero reales. El primero de ellos sería la

famosa y tónica polémica protagonizada en la Unión Soviética de Stalin, sobre las modificaciones ambientales en la herencia, postulando la doctrina oficial, que mediante estas modificaciones se producirían cambios heredables, frente a las teorías actualmente vigentes, que demuestran que los factores ambientales no inducen cambios en la herencia, a menos que produzcan mutaciones genéticas. En el fondo de la polémica se hallaba el presupuesto filosófico del "hombre nuevo" que saldría de la revolución comunista, de forma que en las nuevas generaciones sus componentes no estarían corrompidos por los vicios y malas inclinaciones burguesas: egoísmo, insolidaridad, agresividad, etc. que serían, por lo tanto, no el fruto de la naturaleza humana, sino del ambiente. En el sentido contrario las teorías ultraliberales ponen énfasis en la capacidad de todo ser humano de labrar su propio destino, en competencia con los demás, justificando las evidentes lacras e injusticias del sistema en la falta de capacidad o cualidades del individuo.

Desde el punto de vista socioeconómico, las implicaciones también resultan evidentes, y también como ejemplo señalaremos las polémicas surgidas en USA, sobre la oportunidad y rendimiento de los programas de educación diferencial, destinados a elevar los niveles educativos de minorías raciales, o económicamente marginadas, para conseguir una auténtica igualdad de oportunidades. En la aplicación de estos programas se plantean varias

cuestiones, la primera de ellas y más esencial es la de su necesidad, puesto que para muchos elementos reaccionarios, los evidentes fracasos educativos de los alumnos de estas minorías, se deben a sus condiciones naturales, "son más torpes, más perezosos" etc., y no a fallos del sistema. Afortunadamente estudios perfectamente controlados, han demostrado la falsedad de estas hipótesis, y como una educación diferencial, que tenga en cuenta, y se adapte a las características personales, familiares y de carácter social de estos niños consigue resultados verdaderamente espectaculares.

En el campo de la salud mental, y de las enfermedades mentales, la polémica entre la etiología orgánica, heredada o adquirida, y la socioambiental, ha alcanzado en el pasado una gran virulencia, con posturas extremas, algunas de ellas fuertemente ideologizadas, y politizadas, como las corrientes antipsiquiátricas, que llegaron a negar la existencia de la enfermedad mental, afirmando paradójicamente que la enfermedad, y como paradigma la esquizofrenia era la respuesta creativa a la alienación del sistema.

Como geógrafos no vamos a entrar en estas polémicas, y únicamente pretendemos utilizando las herramientas de nuestra especialidad aportar nuestro granito de arena al conocimiento de la verdad, en el convencimiento de que esta es muy compleja, y no admite abordajes simplistas.

Ciñendonos, pues, al ámbito geográfico, entendido tanto

en el ámbito físico como humano, existe una abundante literatura sobre la influencia de la raza, sexo, clase social, países, climas, hábitat rural o urbano, barrios de residencia, etc., cuyos resultados más relevantes serán expuestos en el estado de la cuestión. La revisión bibliográfica se realizó por dos procedimientos, el primero de ellos a través de los libros clásicos sobre el tema, y el segundo mediante una búsqueda bibliográfica, efectuada por International Research, filial española del Banco de Datos de información bibliográfica, DIMDI, de la República Federal Alemana, al cual está ligado el Hospital Militar Central Gómez Ulla mediante un convenio de cooperación científica. Se hizo una búsqueda de los resúmenes bibliográficos sobre el tema en los últimos 10 años, y entre estos se seleccionaron la serie de artículos más interesantes, de los que se obtuvo una copia íntegra.

Señalaremos de todas formas que frente a la abundante literatura sobre correlaciones entre enfermedad mental, raza, clase social, hábitat, etc, son bastante escasos los trabajos referentes a factores específicamente urbanísticos, en los que se analicen de forma precisa, y se cuantifiquen características medioambientales. En España, si bien la importancia del hábitat rural o urbano, y de las características residenciales, y de vivienda, han sido señaladas por diversos autores, como factores importantes en la patología psiquiátrica, son escasos los trabajos que

hagan referencia a factores urbanísticos, estudiados estos con la metodología de la Geografía Urbana, y serán debidamente expuestos en un apartado posterior.

Resulta por lo tanto cada día más importante la realización de trabajos multidisciplinarios, que tengan en cuenta en el diseño del estudio, las variables y metodologías de la moderna Geografía Urbana para aportar información sobre la influencia de los factores urbanísticos en la génesis de enfermedades mentales, y todo ello no por un prurito académico, sino con la finalidad de que esta información sirva para un mejor conocimiento del problema y para la toma de decisiones que pueden tener una función preventiva de la enfermedad mental, o de mejora de la salud mental de la población.

CAPITULO 2º

HIPOTESIS DE TRABAJO

2.0.-HIPOTESIS DE TRABAJO.-

Mediante la aplicación de un estudio epidemiológico muy riguroso, muestras selectivas de población y su correlación con factores urbanísticos, evaluados y cuantificados de una forma muy pura, utilizando la metodología actual de la Geografía Urbana, y empleando métodos estadísticos multivariados, se ha pretendido investigar las siguientes hipótesis:

1º Existencia o no de correlación entre factores urbanísticos, y enfermedades mentales en conjunto, valoradas estas por los niveles de prevalencia.

2º Si la influencia de los factores ambientales es igual para los diferentes subgrupos de enfermedades mentales, o por el contrario estos factores influyen de manera diferente en las distintas enfermedades mentales.

3º Si la influencia de los diferentes factores urbanísticos es la misma o existe una jerarquía en su capacidad de modificar la prevalencia de las enfermedades mentales.

4º Si hay factores urbanísticos singulares ligados a la génesis de las enfermedades mentales.

El objetivo final del trabajo sería el de señalar la posible existencia de población de riesgo, sobre los datos de los factores urbanísticos, información que podría ser muy valiosa para las autoridades sanitarias a la hora de diseñar los planes asistenciales y preventivos.

CAPITULO 3º

ESTADO DE LA CUESTION

3.0.-ESTADO DE LA CUESTION.-

3.1.- Concepto de enfermedad mental.-

Definir la enfermedad mental resulta una labor extraordinariamente ardua dada la diversidad de trastornos mentales y la diferente tolerancia social hacia los mismos en las distintas culturas. Si bien resulta facil establecer la anormalidad de una conducta y etiquetarla como enfermedad mental, en el caso de las grandes psicosis: psicosis esquizofrénicas, psicosis afectivas, etc ya que la diferencia con los patrones conductuales normales es de caracter cualitativo, la tarea resulta más ardua en otra serie de trastornos psiquiátricos en los que la desviación de la norma es de caracter cuantitativo, resultando extraordinariamente dificil establecer la frontera entre la normalidad y la patología psíquica.

Esta evidente dificultad junto a imprecisiones terminológicas ha motivado la aparición de criterios diagnósticos, el más extendido de ellos el DSM III (Manual Diagnóstico y Estadístico), que permite clasificar y diagnosticar los diferentes trastornos psiquiátricos mediante una evaluación multiaxial, aportando cada uno de los ejes distintas clases de información. La terminología del DSM III difiere con frecuencia de la usada tradicionalmente en el ámbito internacional, así como las definiciones y limites de las categorías diagnósticas contiene un importante número de categorías nuevas, todo ello es el resultado de un esfuerzo por valorar los

trabajos y datos en los que se basó, esfuerzo que llevaron a cabo de manera conjunta numerosos Comités durante varios años, intentando una aplicación coherente y lógica de los principios postulados inicialmente con una documentación científica de gran valor.

El DSM III se ha convertido en un verdadero tratado de psiquiatría (excepto en los aspectos terapéuticos), ha suscitado en el mundo psiquiátrico interés y controversia ya que no solo difiere de la ICD 9 -expresión de un cierto consenso internacional- sino que también contrasta con otras opciones anteriores en los mismos EE.UU. Cualquiera que sea la posición que uno adopte ante tal o cual concepción expresada en él, ningún psiquiatra actual puede ignorarlas. El DSM III marca una fecha tan importante para la evolución de la Psiquiatría como lo fué la publicación en 1896 de la sexta edición del tratado de Kraspelin, que delimitó el marco conceptual que esencialmente sigue dominando en la Psiquiatría de hoy. Es imposible prever cuales serán los añadidos o las modificaciones que el progreso de la ciencia impondrá al DSM III y no se pueden prejuzgar las consecuencias que tendrán sus perspectivas verdaderamente revolucionarias sobre las otras nosologías, nacionales e internacionales. Pero a pesar de todo se puede afirmar que será imposible ocuparse de la semiología y del diagnóstico psiquiátrico sin hacer referencia a ellas, sea para refutarlas o para aceptar sus puntos de vistas.

Una evaluación multiaxial exige que cada caso sea

valorado de acuerdo con varios "ejes", cada uno de los cuales hace referencia a distintas clases de información. Con el fin de que el sistema tenga la mayor utilidad clínica posible, debe haber un número de ejes limitados: en la clasificación multiaxial del DSM III hay cinco. Los tres primeros configuran la valoración diagnóstica oficial.

Cada sujeto es evaluado en referencia a cada uno de los ejes siguientes:

Eje I: Síndromes clínicos. Estados no atribuibles a trastorno mental, que merecen atención o tratamiento y código adicionales.

Eje II: Trastornos de la personalidad y trastornos específicos del desarrollo.

Eje III: Estados y trastornos somáticos.

Los ejes IV y V pueden utilizarse en protocolos especiales de estudios clínicos o en trabajos de investigación y proporcionan información suplementaria del diagnóstico oficial DSM III (ejes I, II y III), que puede ser útil para decidir el tratamiento y predecir la evolución:

Eje IV: Intensidad del estrés psicosocial.

Eje V: Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año.

La utilización de la clasificación multiaxial del DSM III asegura que se prestará atención a algunos tipos de trastornos, áreas funcionales y aspectos del ambiente que pueden pasar inadvertidos si el clínico valora el problema

actual.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, ICD 9, coincide exactamente en el ámbito de la Psiquiatría, con el DSM III, por lo que se utilizan sus criterios diagnósticos para etiquetar a los pacientes.

3.2.- Teorías etiopatogénicas de la enfermedad mental.

Dentro de la historia de la Psiquiatría científica, y siguiendo a Cabaleiro Goas, 1966, podemos distinguir cuatro grandes crisis doctrinales, señalando que ninguna de ellas ha sido superada en el momento actual:

La primera, fué la producida por la enunciación de la doctrina nosológica de Kraspelin, y su clasificación de las enfermedades mentales.

La segunda gran crisis, sobrevino a consecuencia de la irrupción y difusión del Psicoanálisis de Freud, con todas sus derivaciones y repercusiones posteriores.

La tercera crisis, hizo su irrupción con los hallazgos y el auge alcanzado por las investigaciones de la dirección somatobiológica psiquiátrica, especialmente las llevadas a cabo por la orientación bioquímica, y por la neurofisiológica.

La cuarta y última crisis, está producida por todo lo que representa la aparición de la dirección psiquiátrico social, con sus importantes conquistas y prometedores enfoques, pero también con no pocos extremismos desfasados

de algunas posturas mantenidas en su seno.

De estas crisis no superadas derivan las corrientes psiquiátricas actuales, siendo imprescindible su reseña por las implicaciones respecto a etiología, diagnóstico, y tratamiento, que conllevan, y porque es respecto a sus coordinadas doctrinales donde se fijan las hipótesis para la investigación.

En líneas generales, podemos establecer tres grandes corrientes doctrinales psiquiátricas, en base fundamentalmente a los conceptos etiológicos que postulan sobre la enfermedad mental, y que son las siguientes: organicista, psicodinamicista y sociogenética, y ecléctica.

Las corrientes organicistas puras tuvieron su auge en el pasado, y pese a las numerosas evidencias aportadas en favor de la etiología orgánica de determinadas enfermedades mentales, se han mostrado excesivamente reduccionistas en la explicación de la complejidad del hombre enfermo psíquico.

Las corrientes psicodinamicistas, derivadas del psicoanálisis, han tenido una influencia enormemente positiva tanto en el ámbito de la Psiquiatría, como en el de la Medicina en general, pero sus postulados son difícilmente generalizables a todas las enfermedades mentales, especialmente a las psicosis. En los últimos tiempos hemos asistido al auge de las corrientes sociogenéticas, llegando al grado extremo con las corrientes antipsiquiátricas, que suponen en sus exponentes

más extremistas, "la esquizofrenia es una forma de estar en el mundo", Laing 1974, la negación pura y simple de la enfermedad mental, que como señala el Prof. Alonso Fernandez queda reducida a una "sociosis", o desviación anómala de las relaciones interpersonales, prescindiendo de los aspectos biológicos, con lo que ningún psiquiatra clínico puede estar de acuerdo.

Ante la controversia cada vez más agria, por implicaciones de factores políticos e ideológicos entre las corrientes organicistas y dinamicistas, que constituyen una visión parcial y deformada de la realidad, y suponen como muy bien dijo Henry Ey un "dilema psiquiatricida", cobran auge las corrientes eclécticas, que intentan superar dicho dilema, integrando en una colección jerarquizada de todos los saberes psiquiátricos empíricos, coherentes o eficaces.

Aunque estas corrientes eclécticas no han logrado establecer todavía un cuerpo doctrinal suficientemente amplio y coherente, nosotros creemos, siguiendo a Cabaleiro Goas que "La Psiquiatría se ha ido convirtiendo, rápida y progresivamente, en un verdadero cúmulo de saberes distintos, y de las más variables procedencias, haciéndose cada vez más heterológicas, y por ello también mas inabarcable".

3.3.- Influencia de factores sociales y ambientales, en la génesis de las enfermedades mentales.

3.3.1.- Influencia del medio rural o urbano.-

Desde la más remota antigüedad existen textos

literarios que hacen referencia a la capacidad stresante de la vida urbana, y su influencia en la aparición de trastornos emocionales, o de verdaderas enfermedades mentales. La vida urbana, por lo general ha gozado de muy mala prensa, y así refiriéndonos únicamente a los clásicos españoles, podríamos citar a Fray Luis de León, que busca "la descansada vida del que huye del mundanal ruido, y sigue la escondida senda de los pocos sabios que en el mundo han sido", o el caso paradigmático de Cervantes, en el Quijote, cuando Sancho recomienda como remedio al cuadro melancólico que precede a la muerte del Caballero de la Triste Figura, el abandono de las luchas e intrigas de la Caballería, y la dedicación a la vida pastoril.

En tiempos más recientes encontramos otros acérrimos defensores de la vida rural, como fuente de equilibrio espiritual, como Pereda en sus novelas sobre la vida montañesa, o Palacio Valdés, cuando refiere el impacto de la revolución industrial, primeras explotaciones mineras, sobre la vida rural asturiana. Más significativos aún son los representantes del naturalismo francés, con Zola a la cabeza, narrando la influencia de la vida urbana, concretamente de la ciudad de París, en sus procesos de crecimiento e industrialización sobre la vida, y la salud mental de las gentes, con la descripción de tipos de "degenerados morales", que son el germen de patología psiquiátrica.

En las últimas décadas los movimientos

contraculturales han estado teñidos de preocupaciones ecológicas, y han acusado con ardor a la sociedad industrial y urbana de ser una fuente de alienación, llegando en sus posturas más extremas a postular la vuelta al campo, a las comunas rurales.

Pero dejando aparte los testimonios literarios de mayor, o menor valor, vamos a hacer una revisión de los trabajos más importantes aparecidos en la literatura científica sobre el tema.

Sorokin y Zimmermann, 1929, indican que hace mucho tiempo que se ha advertido que el número de enfermos mentales es más elevado en las ciudades que en el campo.

Schroeder, 1942, coincidiendo con los anteriores, señala que el número de enfermos mentales es más elevado en áreas urbanas que en las rurales.

Gruenberg, 1955, apreció alta tasa de psicosis senil en el medio urbano, más que en el rural, tratando de razonarlo aduciendo que la mayor prevalencia mórbida hallada en la periferia y zonas suburbanas podía deberse a que estos pacientes mantenían mejores condiciones de estabilidad ecológica que si hubieran residido en el centro urbano. En cambio los esquizofrénicos y neuróticos podrían encontrarse residiendo en esas zonas concretas con objeto de facilitar su tratamiento, dada la proximidad de los centros asistenciales.

Kalzberg 1955, al analizar la distribución de trastornos mentales en áreas rurales y urbanas destacó que

en las grandes aglomeraciones urbanas, las tensiones que producen las relaciones sociales son mucho más significativas que en zonas agrícolas con pequeños asentamientos, pues "la misma complejidad de la vida en la ciudad pone en cuestión las facultades adaptativas que ciertamente son menos necesarias en el medio rural" .

Toung-Yi Lin, 1958, realizó una investigación en Formosa en la que 19.913 personas fueron interrogadas o sometidas a test. Ha podido comparar un área rural de Formosa, una pequeña ciudad y un sector de la gran ciudad, no encontrando diferencias significativas, todo lo más un porcentaje ligeramente superior de esquizofrenias en las zonas urbanas, y un porcentaje ligeramente superior de debilidades mentales y de psicosis seniles en la zona rural.

Wieser Panse, 1967, considera que en una sociedad principalmente agrícola donde el grupo familiar es extenso, (no nuclear) y fuertemente constituido, los enfermos mentales son aceptados y sostenidos por la familia en la mayoría de las ocasiones; por el contrario, en países fuertemente industrializados y en sociedades en plena evolución, estos enfermos son más fácilmente considerados como un estorbo y rechazados, y la familia pide la hospitalización de enfermos crónicos, que en su medio anterior en la gran familia campesina eran tolerados y atendidos.

Kolb, 1973 parece considerar la idea de que el hombre

urbano es más propenso que el rural frente a trastornos del tipo: psicosis alcohólicas, Parálisis General Progresiva, drogadicción, paranoia y neurosis.

Schwab, 1974, muestra la importancia de distinguir la residencia habitual de la de origen, ya que las investigaciones que están solamente enfocadas sobre el lugar de la residencia habitual pueden oscurecer el significado de las diferencias.

Srole, 1975, que señala la existencia de tendencias antiurbanas, anota, en cambio, la mayor prevalencia de problemas de salud y salud mental en las comunidades rurales.

En España destacaremos el estudio de Muñoz y cols, 1979, realizado en el Valle del Baztan (Navarra), destacando como mientras que el modo de vida urbano se asocia de manera significativa con una alta morbilidad neurótica, en el rural y diseminado las cifras son mas bajas. Dentro de los nucleos urbanos hallaron una tendencia, no significativa a nivel estadístico, que relacionaba el modo de vida en la urbe y la neurosis fóbica.

Eaton y Kessler, 1981, realizan estudios de escalas de depresión en sujetos que residen en la ciudad: área comercial y financiera, área suburbana, y área central, en las áreas rurales, y encuentran que los más altos porcentajes de depresión se hallan entre los que viven en las áreas comerciales y financieras, y centro de la ciudad,

y los más bajos en las áreas suburbanas y rurales.

Mueller, 1981, señala que utilizando una forma de rastreo o investigación global, no aparece un cuadro claro de las diferencias urbano/rural, y los estudios recientes sugieren que los residentes urbanos pueden tener un riesgo particularmente alto tanto para la sintomatología como para los trastornos depresivos. Afirma, este autor, que esto se debería en parte a la variación en la cantidad y calidad del soporte social de los lazos sociales en las respectivas comunidades.

Brown y Prudo, 1981, estudian la población de las Hébridias Exteriores y la comparan con la de Camberwell, en el sur de Londres. A la conclusión que llega es que estudiando los acontecimientos vitales, los habitantes de una población aislada, rural, etc, tienen menos depresión, pero que esto no solo es debido a que tengan menos factores estresantes sino que tienen un sistema de vida más tradicional y con lazos más fuertes que hacen que estén más protegidos.

Según Neff, 1983, las evidencias recientes sugieren que hay una mayor prevalencia de síntomas depresivos en el medio urbano que en el rural. La revisión de los datos nacionales así lo indican, mientras que los síntomas depresivos pueden ser menos prevalentes en las áreas rurales que en las comunidades urbanas, los puntajes medios de depresión de residentes de áreas de granjas rurales fuera de las estadísticas de las áreas metropolitanas son

casi tan altas como las de los sujetos que viven en el centro de la ciudad. Datos posteriores de un estudio de residentes urbanos y rurales de Florida indican una media significativamente más alta de trastornos depresivos en las áreas urbanas que en las rurales, aunque esta diferencia sería eliminada por controles tales como la renta, educación, edad, y sexo. Cuando se examinan los síntomas depresivos persistentes, las diferencias urbano-rural no son significativas. Las implicaciones de los presentes hallazgos respecto a las diferencias urbano-rural en los trastornos depresivos son considerables, sentándose la necesidad de examinar las hipótesis urbanicistas sobre una base de datos que permita tener un adecuado control de otras variables tales como el status socioeconómico, las variables de migración, etc.

Dhadphale y cols., 1983, estudian la prevalencia de morbilidad psiquiátrica entre los pacientes ambulatorios de un hospital general en un área rural y semiurbano de Kenia, sin hallar diferencias significativas en prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes de las dos áreas, encontrando en conjunto unas cifras de prevalencia de psicosis maniaco depresiva del 29% entre los 388 pacientes. La ansiedad y la depresión eran las categorías diagnósticas más frecuentes. El alcoholismo era más común en las áreas rurales que en las semiurbanas.

Blazer y cols., 1986, estudian las diferencias rurales-urbanas en la prevalencia de nueve trastornos

psiquiátricos de una comunidad delimitada, (parte del Programa Epidemiológico de "Area Catchment"), de 3.921 adultos viviendo en Piedmont en Carolina del Norte. Comparaciones de los datos sin depurar revelan, que los episodios de depresiones mayores y abuso de drogas y/o dependencia era más común en el área urbana, mientras que abuso/dependencia de alcohol era más común en el área rural. Cuando la prevalencia de estos trastornos era estratificada por edad, sexo, raza, y educación (factores que pueden confundir las comparaciones urbano/rural), se identificaban una serie de diferencias significativas, tales como la mayor prevalencia de depresiones mayores en mujeres y sujetos blancos, y mayor prevalencia de abuso/dependencia de alcohol en los sujetos con menor nivel de educación. Se utilizó un análisis de regresión logística, para determinar si persistían significativas diferencias urbano rural cuando se controlaban estas potenciales fuentes de error, encontrándose que trastornos depresivos mayores eran hallados con doble frecuencia en el área urbana.

Keatinge, 1987, estudia el papel de los factores comunitarios en la utilización de los hospitales psiquiátricos en poblaciones rurales y urbanas en Irlanda, y realiza una evaluación usando el modelo conceptual Hollingshead and Redlich's. Las diferencias urbanas y rurales en la identificación de los trastornos psiquiátricos, actitudes hacia los servicios

psiquiátricos y aislamiento social, fueron evaluadas mediante administración de encuestas a la comunidad. No se encontró diferencia en el reconocimiento de la conducta esquizofrénica. Los residentes rurales tienden a minimizar las conductas neuróticas y significativamente muy pocos la reconocen como desviantes. Las dos comunidades no difieren en la identificación del alcoholismo o neurosis como enfermedades mentales. Los individuos rurales tienen una actitud más negativa a los servicios psiquiátricos y buscan ayuda más frecuentemente en los familiares, quienes fueron menos accesibles que los urbanos.

Koves y cols., 1987, realizó un trabajo de campo en el Canadá francés que confirma los hallazgos de que los residentes rurales tienen mayores cifras de depresión que los residentes metropolitanos y muestra que estas diferencias se mantienen después de hacer las correcciones por sexo, edad, estado civil, educación, empleo y migración interna. Sin embargo, no se obtuvo ninguna prueba para la hipótesis de que la muestra metropolitana se sintiese menos apoyada por la comunidad que la muestra rural. Finalmente llegaron a la conclusión de que las diferencias entre áreas rurales y metropolitanas están concentradas en dos minorías, los hombres desempleados y las mujeres separadas, bastante más que en el resto, lo que sugiere que la dicotomía rural-urbana puede ser inapropiada para la búsqueda sociopsiquiátrica.

3.3.2.- Factores medioambientales.-

Para la revisión de este aspecto constituyen un arduo problema las variadas metodologías aplicadas por los diferentes autores, por lo que consideramos imprescindible realizar en primer lugar una breve reseña de las más importantes.

Muchos estudios han confirmado las relaciones entre el ambiente sociocultural y la salud psicosocial de la población.

Se han realizado investigaciones metodológicas en que la unidad de medida era la persona individual -Hollingshead y Readlich, 1958; Leighton, Harding, Macklin, Macmillan y Leighton, 1963; Srole, Langer, Stanley, Opter y Rennie, 1962- o el área geográfica -Bloom, 1966; Cartwright y Howard, 1966; Kraus, 1975-. Otro método, a menudo llamado método ecológico, ha sido criticado por Dohrenwend, 1966, porque no pueden obtenerse coeficientes de correlación ecológicos significativos entre variables similares cuando la unidad de medida es la persona individual. Bloom, 1968, sugiere que puede ser apropiado extrapolar las correlaciones basadas en áreas geográficas a los estudios individuales para semejantes propósitos como un índice de estimación, que se podría usar en las actividades preventivas de salud mental basadas en la comunidad, en la que las estimaciones son para la comunidad y no para individuos específicos.

En estos estudios se han usado una variedad de medidas

para evaluar la salud mental -o enfermedad- de las personas o la comunidad. Los estudios de individuos han usado escalas psicológicas autoadministradas - Catalano y Dooley, 1976; Srole y col., 1962, -registros de hospitales o de la práctica privada-Hollingshead y Redlich, 1958; Leighton y col., 1963-, o entrevistas personales. Los estudios ecológicos han usado tasas de delincuencia juvenil -Cartwright y Howard, 1966; Kraus, 1975- tasas de primera admisión en hospitales psiquiátricos -Stack, 1975; Bloom, 1968; Brenner, 1969, 1973- o una colección de medidas de desequilibrio social -Bloom, 1966- incluyendo tasas de divorcio, de niños que viven con un solo padre, tasas de desempleo y tasas de crimen y detenciones.

Las medidas usadas para el estudio del ambiente sociocultural han focalizado su atención en indicadores de status socioeconómico tales como ocupación, educación, renta y/o residencia geográfica -Hollingshead y Redlich, 1958-; la cohesión de la comunidad o la participación-Bloom, 1966; Leighton y col., 1963- y, especialmente para los estudios ecológicos, las características de las secciones censales, variables comunes que pueden ser extraídas de los datos del censo o de otras fuentes, que incluya calidad de las casas o hacinamiento -Stack, 1975; Bloom, 1966-; renta, educación, ocupación y empleo -Stack, 1975; Bloom, 1966-; características demográficas tales como edad y distribución de sexo, tasas de fertilidad y tasas de matrimonios -Bloom, 1968-; y salud de la comunidad y los

índices de servicios de salud tales como cifras de tuberculosis...

En los últimos años, los estudios de las relaciones del medioambiente y salud social se han extendido más allá de los factores socioculturales. Varios estudios enfatizan los aspectos económicos -Brenner, 1969, 1973; Catalano y Dooley, 1976-. Dooley y Catalano, 1977, sugieren que los factores económicos pueden ser usados para predecir un incremento anticipado de demandas de servicios de salud mental siguiendo malas rachas en la economía, básicamente una postura reactiva. Otros psicólogos de la comunidad han profundizado en la prevención primaria en relación con los aspectos físicos del ambiente -Moos, 1976; Monahan, 1975; Bloom, 1973; Wohlwill, 1970-. Así Catalano y Monahan, 1975, sugieren que los psicólogos de la comunidad deben participar en los procesos de asesoramiento sobre impacto medioambiental, ellos e Imber, Young y Froman, 1978, opinan que los psicólogos han evitado entrar en este tema, con la consecuencia de que los profesionales de planificación urbana han sido dejados con una mínima ayuda aunque diariamente toman decisiones que configuran el medioambiente urbano.

Una razón que explicaría por que los psicólogos de la comunidad no han participado activamente en la investigación de las correlaciones del medio ambiente físico y la salud psicosocial -Craik, 1973; Rubinstein y Coelho, 1970- puede ser la falta de énfasis dada a los

factores medioambientales físicos en sus programas de entrenamiento -Aponte, 1974; Barton, Andrulis, Grove, y Aponte, 1976; Meyer y Gerrard, 1977-. Se han hecho esfuerzos para ampliar los estudios sobre este tema, y cambiar la actitud de los psicólogos hacia la problemática del ambiente físico, aunque se echa en falta una construcción teórica, basada en las hipótesis de la interacción en el campo de la salud mental de los factores psicológicos y medioambientales, verificada con datos empíricos, para que los psicólogos vuelquen su interés en el tema, y sus opiniones sean importantes a la hora de tomar decisiones sobre planificación del ambiente en la comunidad.

Alexander, 1971, señala como las ciudades de nueva creación han sido un fracaso precisamente por la artificiosidad de su estructura, y por no haber tenido en cuenta los factores psicológicos mencionados. Así sucede que la inmensa mayoría de estas ciudades tan "racionalmente creadas", como el Proyecto de la Community Research and Development and Forshaw, el de Kenzo Tange para Tokio, el de Paolo Soleri para Mesa City, el de Le Corbusier para Chandigarh, los de Brasilia de Lucio Costa, y el Proyecto Comunista de Percival y Paul Goodman, se presentan como estructuras arbóreas de manera que la dinámica social se concibe solo como progresiones que van de lo simple, individuo y familia, a lo mas complejo, pero con una rigidez tan grande que separa drásticamente las diferentes

funciones de la ciudad. Sin embargo, la ciudad natural no es un árbol, sino ante todo, un semirretículo con una multitud de superposiciones. Así, dirá este autor que la ciudad es ante todo un receptáculo de vida y si ese receptáculo actúa como árbol, forzosamente aceptará esa superposición de corrientes vitales; sería, dice, como si en ese receptáculo vital pusiesemos hojas de afeitar de canto, la vida introducida en él quedaría destrozada al obligársela a ir por esa hiriente estructura. Las "ciudades arbol" por esa razón, terminan destrozando a los hombres.

Hiltembrand, Singer, y Kammerer, 1971, en un estudio epidemiológico desarrollado en la ciudad de Estrasburgo, encontraron áreas de alta frecuencia mórbida, y en una de ellas se observó correlación entre enfermedades mentales y el tamaño de las calles: siendo más alta la morbilidad psiquiátrica en las calles largas que en las cortas, encontrándose también que la tasa de alcoholismo era mayor en las viviendas situadas en calles estrechas, y en los sectores en que la población se caracterizaba por su avanzada edad. De todas formas no hay que olvidar la estrecha correlación entre el tipo de calles en este caso, y la estructura socioeconómica de la población.

Brogan y James, 1980, examinan la hipótesis de que la salud psicosocial de los sujetos de los medios urbanos están relacionados con las características de ambiente físico en que reside. Por cada uno de 100 bloques de la ciudad de Atlanta, elaboraron 21 índices de conductas

psicosocial desviadas así como 104 índices de ambiente físico tales como el paisaje, uso del suelo, y 106 índices de ambiente sociocultural tales como densidad de población y la renta. Entre los índices de ambiente físico figuran: Porcentaje de patios delanteros que están sucios, décimas de milla hasta el transporte público más cercano, porcentaje de calles con baches, porcentajes de suelo en cuartos de milla dedicado a industrias ligeras o almacenes. Porcentaje de área de los bloques cubiertos de árboles, porcentajes de solares vacíos en la calle, porcentaje de patios con verjas, etc.

Entre los índices socioculturales figuran: Porcentaje de familias con rentas por debajo del nivel de pobreza, porcentaje de varones sin empleo, población por milla, media de personas por cuarto, porcentaje de viviendas alquiladas, porcentaje de 16-21 años que no van a la escuela ni al instituto, incremento del porcentaje de personas de color en el bloque de 1960-1970, etc.

El análisis factorial fué usado para definir variables relativamente independientes y miden tanto el ambiente físico como el sociocultural, haciendo un análisis de regresión que se usa para establecer asociaciones de los índices físicos con los de salud psicosocial. Los resultados indican que las características del ambiente físico son casi tan importantes como las características del ambiente sociocultural, en la explicación de las variaciones en la salud psicosocial.

Giggs, 1986, presenta los hallazgos de una investigación específicamente geográfica sobre la incidencia, distribución y correlación socio-medioambiental de trastornos mentales en Nottingham. Fueron examinados tres grupos diagnósticos, la esquizofrenia, las psicosis afectivas, o maniaco depresivas, y los trastornos mentales no psicóticos. El análisis de dos cohortes distintas de pacientes, esquizofrénicos y psicóticos maniaco depresivos, que consultan por primera vez, muestra una diferencia marcada en las tasas de incidencia, lo que le sugiere que las diferencias encontradas en la incidencia de trastornos mentales específicos en las diferentes ciudades probablemente refleja tanto factores nosocomiales, o de carácter asistencial, que están en relación con el tipo de servicios o de hospitales existentes en dichas ciudades, como con la finura o agudeza diagnóstica de los servicios psiquiátricos. Siendo muy arriesgado adscribir una variación en la incidencia de diversas enfermedades psiquiátricas, solamente a las diferencias entre el medio socio ambiental encontradas en estas ciudades, sin tener en cuenta las condiciones asistenciales señaladas.

Las distribuciones espaciales de los trastornos mentales seleccionados dentro de Nottingham fueron analizadas en el contexto de un conjunto de 12 áreas ecológicas distintas. Estas áreas se derivaban desde una matriz que comprendía 105 subáreas y 40 variables y se hacía mediante el análisis de componentes principales con

un algoritmos de clustering no jerárquico.

Se encontró una notable variación espacial en la incidencia de todos los trastornos mentales, evidenciable por ambas vías: cartografía tradicional y técnicas de representación cartográfica de valores de probabilidad. El coeficiente producto-momento de Pearson revelaba que la distribución de las dos cohortes diagnosticamente distintas, esquizofrenia y psicosis afectiva eran virtualmente idénticas.

Se analizaron las relaciones entre las tasas de trastornos mentales y atributos socio medioambientales. Se elaboraron modelos de regresión múltiple por etapas, para ambos componentes principales, y variables individuales del censo que revelaban fuertes y sistemáticas relaciones con todos los trastornos mentales. Aunque semejante análisis ecológico tiene una capacidad explicativa limitada nos provee, sin embargo, de una muy útil visión de conjunto dentro de las relaciones de los trastornos mentales con el ambiente, que podrían ser examinadas con más detalle y precisión a un nivel inferior.

En España Martí Tusquets, y Murcia Grau, 1987, en un estudio sobre el suicidio en Barcelona, han podido precisar zonas de alta incidencia, que llega a ser cuatro veces superior a la de otras zonas. La incidencia en toda la ciudad es del 14,9 por cien mil habitantes, y en cambio en la zona englobada en la avenida de Gaudí alcanza una incidencia del 53 por cien mil, en Pueblo Seco de 41,6 por

cien mil, y en el barrio de Collblanch, 40,7 por cien mil.

3.3.3.- Organización social/Desorganización social.-

La organización- desorganización social de los grupos humanos ha sido intuita siempre como un factor psicopatógeno, y existen abundantes testimonios de filósofos, literatos, etc, que hacen referencia a la mayor incidencia de desajustes psicológicos en las épocas de cambio, de revolución, de guerras, etc. El problema radica en que la cuantificación del grado de desorganización social es extraordinariamente difícil de valorar, especialmente por la distinta cualificación que subjetivamente se les puede dar a los cambios sociales, debiendo los psicólogos y psiquiatras comunitarios poner a punto los instrumentos de medidas adecuados para un análisis lo más objetivo posible.

Burgess, 1926, basándose en observaciones hechas por él en Chicago, distingue cinco áreas concéntricas, partiendo del centro: 1) zona del comercio o zona central; 2) zona "en transición", invadida poco a poco por la primera y a la que llamamos zona de desorganización; 3) zona de las residencias modestas; 4) zona de las residencias de la clase alta; 5) los suburbios, con una población móvil que se desplaza cada día al lugar en que trabaja, para no volver sino al final del día.

Park, 1926, manifestó su opinión de que los hechos sociales y psíquicos se traducen en hechos espaciales, que

de esa forma pueden ser medidos. Las condiciones que ofrezca el medio y las conductas de adaptación están estrechamente ligadas. Si su desarrollo es anormal lo será a nivel grupal (general), con lo cual las redes de soporte social quedarían afectadas, potenciando una integración deficiente, y una interiorización de normas y valores morales puestos en entredicho por el subgrupo afectado. Pero el medio ambiente no lo constituye tan solo la vivienda y el espacio físico que lo envuelve (hábitat), sino también todos aquellos servicios que contribuyen a paliar las necesidades de la población: dotaciones escolares, sanitarias, guarderías infantiles, hogares, clubs, etc.

Shaw, 1929, ha encontrado que los niveles de delincuencia juvenil, varían paralelamente al número de familias que reciben asistencia social, y al número de inmigrantes y en razón inversa del número de familias propietarias de sus apartamentos:

	Zona trans.	2ª mill	3ª mill	4ª mill	5ª mill
Tasa delinc.	37,0	15,6	7,2	2,6	1,6
Fam. asist.	4,7	2,4	1,5	0,25	0,3
Nac. extranj.	51,5	40,3	38,3	27,5	25,5
Fam. propiet.	4,5	11,3	25,5	33,0	41,0

Mowrer, 1932, muestra la diversidad de los tipos de familias de un área a otra: familias emancipadas, por encontrarse aisladas y escapar al control social, de la zona en transición -familias paternales y hasta

patriarcales de las áreas obreras y más particularmente de las colonias de inmigrantes, como el Ghetto judío o la Pequeña Sicilia -familias igualitarias de las áreas de habitación de la clase media- familias maternas, en fin, de los suburbios, donde la madre reina en ausencia del padre, que no vuelve hasta la tarde. También aquí es evidente que la desorganización de la familia, con los fenómenos de deserción conyugal o de divorcio, sigue la misma ley de disminución progresiva, desde el centro hacia la periferia.

Faris y Dunham, 1934, establecen basándose en las primeras admisiones en los hospitales psiquiátricos públicos o privados, que a partir del centro y yendo hacia el sur, se tienen las cifras siguientes, por cada 100.000 habitantes: 362, 337, 175, 115, 88, 84, y 71 y hacia el noroeste: 362, 117, 95, 71, 66, y 55. La ley del decrecimiento progresivo con la distancia (distance decay) parece, pues, válida. No obstante, un examen más minucioso muestra que la ley vale sobre todo para la esquizofrenia; las psicosis maniaco depresivas no presentan la misma regularidad de distribución, estas se reparten al azar a través de diversas áreas.

La esquizofrenia alcanza su más alto porcentaje en la zona de desorganización social (Centro y Hobo: 1195; Barrio negro: 514; Barrios ricos: 111), pero sus diversas formas se localizan en barrios diferentes: la forma paranoica y la forma hebefrénica en los lugares en que la población es más

móvil, las áreas de hoteles y de apartamentos amueblados. La forma catatónica en las áreas de inmigrantes o de negros.

Las psicosis de origen orgánico se distribuyen con la misma regularidad que las psicosis funcionales: las psicosis alcohólicas o debidas al uso de estupefacientes decrecen de 554 a 10 del centro a la periferia; la Parálisis General Progresiva presenta sus cifras más elevadas igualmente en la zona de desorganización; en fin, la demencia senil decrece de 35 a 0,8 cuando se pasa de los apartamentos amueblados a las pequeñas casas individuales de la periferia de Chicago, las psicosis debidas a la arterioesclerosis de 134,4 a 2,9. Una distribución así, una tal regularidad no puede ser efecto del azar. Sin embargo, queriendo realizar un primer control, Faris y Dunham han escogido una pequeña ciudad de Rhode Island, Providence. Aquí no se encuentran "slums" propiamente dichos, pero se pueden distinguir con todo dos zonas, la de las casas antiguas y la de las construcciones nuevas; pues bien, son los barrios de apartamentos vetustos, de alquiler, los que proporcionan las cifras más elevadas de enfermedades mentales, en particular de esquizofrenias; y de esta ciudad vieja hacia los barrios nuevos, volvemos a encontrar la ley del decrecimiento: de 105 y más a 70-104,99; después de 35 a 69,99 y finalmente 34,99 y menos (por cada 100.000 habitantes). Piensan haber encontrado una verdadera ley.

No puede admitirse que sea la pobreza la causa de esta

distribución, porque se han tenido en cuenta también las clínicas burguesas. Además, si la pobreza fuera responsable, debería haber una distribución análoga para todas las enfermedades y hemos visto que cada tipo tenía su barrio preferido. Tampoco se puede recurrir a la posibilidad de errores estadísticos debidos a la enorme movilidad de la población en la zona de desorganización, porque aunque se hiciesen las correcciones necesarias para eliminar a estos pasantes, el porcentaje de los trastornos mentales en el Hobo sigue siendo mayor que en el resto de la ciudad.

Cabe preguntarse, como lo hace Burgess en el prefacio que ha puesto al libro de Faris y Dunham, si este alto porcentaje de enfermos mentales en la zona de desorganización no provendría de que los enfermos, una vez declarados, no vinieran a refugiarse en el anonimato y el aislamiento. Los autores del libro no lo presentan así, en primer lugar porque los psicóticos afectados por trastornos maniaco depresivos no vienen a establecerse allí y después porque, según la distribución por edades, los enfermos jóvenes se concentran allí en mayor número que los viejos. Serían, pues, las condiciones de vida de ciertas áreas las que serían responsables de los trastornos de la personalidad, por la ruptura de los vínculos familiares, el aislamiento forzado de los individuos, la desaparición de todo control social y de toda posibilidad de comunicación: en suma, habría allí zonas urbanas destructoras de la salud

mental.

Shaw y Mc Kay, 1942, encontraban tasas de delincuencia en áreas urbanas y las correlacionaba con varias características socioeconómica del vecindario, los sociólogos han visto generalmente la explicación por las diferencias en salud psicosocial entre áreas urbanas como estando ligadas a la variación de oportunidad en la fortaleza de la posición en el orden social.

E. Gartly Jaco, 1954, para verificar el papel exacto del aislamiento como factor si no provocador al menos acelerador de los trastornos mentales, ha establecido un cierto número de criterios que los definen: anonimato (según el número de nombres, de vecinos, de amigos y de conocidos que se pueden aducir), movilidad espacial (arrendatario o propietario, mudanzas anteriores, duración del tiempo de residencia en el local actual), frecuencia de participación (en las organizaciones profesionales, culturales, políticas o religiosas) número de parados en el barrio y finalmente interacción con los otros barrios (visitas y desplazamientos). Basándose en estos criterios Jaco ha dividido la ciudad de Austin (Texas) en quince sectores, para ver si los sectores que tienen el más alto porcentaje de esquizofrénicos (y como control, de psicosis maniaco-depresiva) eran o no los barrios en que se verificaban estos criterios de aislamiento. Para los 668 enfermos estudiados entre 1940 y 1954 encontró:

- 33% de esquizofrénicos en los sectores noveno y

décimo frente a 3'5% en el primero y en el decimosexto.

- 29% de psicosis maniaco-depresivas en el octavo y en el duodécimo, frente a 2'6% en el quinto y en el segundo.

Lo que caracteriza a los sectores con altos porcentajes de trastornos psíquicos desde el punto de vista que nos ocupa es: 1) El conocimiento de un número reducido de nombres de vecinos, de amigos o de conocidos; 2) El mayor número de inquilinos que de propietarios; por el contrario, los fenómenos de migración no parecen mayores en estos sectores que en los otros; 3) Menor participación en la actividad sindical y en los diversos tipos de asociación y mayor porcentaje de abstención electoral; 4) Mayor movilidad profesional; 5) Menos visitas al distrito central de la ciudad, a los amigos de los otros sectores de la ciudad, menos excursiones fuera de la ciudad.

El aislamiento, por tanto, sería más bien una causa precipitante que como causa predisponente; Según Jaco se podría establecer el esquema siguiente:

- Sin predisposición y medio de aislamiento no se darían trastornos mentales.

- Con predisposición, pero sin medio aislante, tampoco se darían trastornos mentales.

- Habría que hacer intervenir a estos dos factores, interno y externo, para que aparezcan los trastornos.

Eaton y Weil, 1955, estudian a las comunidades hutteritas, realizando encuestas sobre la salud mental de

sus componentes. Estas comunidades consideradas como "oasis psiquiátricos", que escapaban a las enfermedades por su cohesión social y cultural con bajas tasas de esquizofrenias, muy elevadas la tasa de reacciones maniaco-depresivas; siendo considerada la depresión como un fenómeno normal, una "tentación diabólica", lo que hace que estas psicosis permanezcan integradas en la sociedad; por ello su existencia pudo escapar a los primeros psiquiatras interesados por los hutteritas. Subrayan por tanto, que la cultura hutterita no protege más que ninguna otra contra los trastornos de la personalidad. El concepto de neurosis, está muy alejado del pensamiento hutterita, pero esto no quiere decir que esta población esté indemne de él, han diagnosticado un 33% de casos, sobre todo, femeninos; pero los hutteritas las asocian a las enfermedades orgánicas. La conclusión general que se desprende del estudio de estas colonias cerradas contra las tentaciones que vienen del "mundo" es, pues, que la cohesión social no impide la existencia de trastornos psiquiátricos, pero que, no obstante, desempeña un papel eficaz de orden terapéutico o preventivo para reducir las tensiones e impedir la alienación social.

Cloward y Ohlin, 1960, afirman que el comportamiento o conducta desviada, tal como la delincuencia, es propiamente del sistema social.

Kedward, 1962, resalta la dificultad de los estudios acerca de la incidencia y prevalencia de enfermedades

mentales, ya que se ven influidos por el tipo de modalidad asistencial, y por la actitud del paciente y su entorno hacia la enfermedad mental, dependiendo en parte esta actitud del status y clase social.

Ayala, 1964, señala que la "multitud" de la ciudad está poblada por ciudadanos solitarios rodeados por miles de solitarios como ellos, que se sienten perdidos y minimizados en la urbe. La soledad y el anonimato, dentro del proceso de uniformación en el consumo, de masificación en la vida política y de alienación en las relaciones laborales se unen a esa sensación de irresponsabilidad e insolidaridad, que aparece como consecuencia del sentimiento de libertad a que conduce la pérdida de los controles sociales; junto a esto, la desaparición de los papeles convencionales y la pérdida del respaldo de la tradición, originan un conflicto de valores que se hace especialmente dramático en las grandes urbes. Sentir todo esto en un marco físico y moralmente inhóspito crea la depresión y la conciencia de una inseguridad que el progreso técnico no ha hecho sino desplazar del ámbito de la subsistencia al de la existencia.

Klee y cols, en 1967, hallaron en Baltimore a raíz de un análisis ecológico como entre la información reunida en el registro de casos psiquiátricos de Maryland abundaban aquellas personas que provenían de sectores muy desorganizados socialmente y que podían ser adscritas a la clase social más baja, y que ostentaban en su comunidad un

status de pobreza.

San Martín, 1979, considera que la mayoría de los problemas de salud y enfermedad han sido consecuencia de la organización social que el hombre se ha dado. Así Barker y Rose, 1983, consideran que la adicción a la heroína puede seguir una presentación en racimos o aglomeraciones en unidad de espacio y tiempo, a medida que el conocimiento de la droga y su abuso se propagan en la comunidad.

Barnes, 1988, correlaciona la prevalencia de síntomas de depresión en una ciudad canadiense con una muestra de 524 casos elegidos aleatoriamente completados con escalas de depresión y cuestionarios sobre variables demográficas. En ella el 15% de los hombres y el 19% de las mujeres tenían puntuaciones por encima del corte de la depresión en el cuestionario de la escala de depresión. Estas cifras eran bastante parecidas a los resultados que han dado varios centros de U.S. Los síntomas de la depresión son más comunes entre los jóvenes, los menos educados y empleados de comercio y granjas. La depresión era más baja en la población de más edad, más educados, los casados y empleados en puestos de dirección. Tomados como un conjunto estos predictores sociodemográficos explican el 11% de la varianza en los síntomas de depresión.

Leighton, realizó una vasta encuesta sobre una ciudad de 3.000 habitantes, Bristol y sus alrededores, utilizando un cuestionario especial susceptible de revelar los desórdenes de la personalidad que no han llamado la

atención de los médicos ni de los hospitales psiquiátricos; por el momento resulta que lo que era más importante no era el grado de concentración demográfica, sino el grado de organización o desorganización de la vida social, pudiendo la desorganización caracterizar tanto las áreas campesinas como los barrios urbanos.

3.3.4.- Raza.-

Odegaard, 1936 estudiando a los noruegos emigrados a América encontró que estos ingresaban más en centros psiquiátricos que los que permanecieron en su país de origen.

Malzberg, 1956 demostró que entre la población de enfermos mentales del estado de Nueva York las tasas de ingreso en hospitales eran más altas para los nacidos fuera del país que para aquellas personas nacidas en los EE.UU.

Helgason, 1964 apreció en Islandia unas tasas de prevalencia muy altas para la enfermedad depresiva (estados depresivos). Mientras que la frecuencia usual de casos en la población mundial es del 3 al 4% en el citado país aumentaba hasta el 12%. Se adujo como posible causa las especiales características climáticas que imperan en esas latitudes con largos periodos de día y noche que obligan al cambio de las acostumbradas relaciones sociales.

Hassler, 1976 señala que en los países en desarrollo estudiados en la órbita de América Latina se registran tasas de prevalencia de epilepsia más altas que en los países desarrollados. Lo usual sería encontrar frecuencias

que oscilaran entre el 0'3 y el 0'4%, mientras que las halladas se encontraban entre el 0'9 y el 2'1%. Estas oscilaciones de frecuencia también han sido descritas en trastornos del tipo del alcoholismo y la farmacodependencia.

Mausner y Bahn, 1979, en EE.UU niños residentes en zonas montañosas muestran un C.I. apreciablemente inferior, sobre todo en pruebas verbales, en comparación con niños de origen étnico similar que viven en aldeas menos aisladas y con mejores escuelas.

Roberts y cols., 1981, examinan la prevalencia de los síntomas de depresión entre negros y blancos en el condado de Alameda, California, en 1974 y los síntomas de depresión son más frecuentes entre los negros que en los blancos. Sin embargo cuando se ajusta estadísticamente por los efectos de edad, sexo, educación, renta, estado civil, y empleo, no aparecen ya esas diferencias. Estos datos corroboran los resultados reseñados por Comstosk y Helsing.

3.3.5.- Clase social.-

La variable sociodemográfica que probablemente ha recibido más atención es la clase social. El bajo status social ha sido universalmente señalado como factor de riesgo psicológico. Dohrenwend y Dohrenwend, 1969, observan que 20 de los 25 estudios para los que, en la relación, se había encontrado altos niveles de psicopatología, era en los niveles más bajos de la clase social.

Tarnopolsky, Lubchansky y Mirensky, en 1973 hallan en un análisis ecoepidemiológico desarrollado en la provincia de Buenos Aires diferencias respecto a la frecuencia mórbida según la calidad socioeconómica de las áreas consideradas. En las zonas más desfavorecidas, uno de cada cinco jóvenes sufre epilepsia y oligofrenia, mientras que en la zona mejor urbanizada solo sufren la enfermedad uno de cada sesenta y seis. En ese mismo estudio se determinó que el alcoholismo, demencia y psicosis, tomadas en conjunto sobre la población mayor de 15 años muestran mayor concentración en la zona de villas miserias.

En España deben destacarse en este sentido los trabajos del grupo del profesor Seva Díaz, 1979 en Zaragoza, quien ha demostrado una estrecha correlación entre niveles bajos de salud psíquica y bajos niveles culturales, ingresos familiares totales y conciencia subjetiva de clase social y ello debido a una acumulación de diferentes factores socioculturales que actuarían negativamente sobre el individuo (malas condiciones de vida, familias divorciadas, deficiente salud física, etc).

Schwab y cols., 1979, en un detallado estudio de 1.645 residentes de un condado de Florida, encuentran una fuerte relación inversa entre status social y trastorno psicológico. Aquellos sujetos de más bajo status social tienen cinco veces más riesgo de padecer trastornos mentales que los de más alto status. Hay varias explicaciones para estos hallazgos. En una parte estaría la

hipótesis del "drift", o deriva social, según la cual aquellos que tienen una salud mental más débil declinan en el status, o no mejoran su posición tan rápidamente como lo hacen los más sanos de su clase, y entonces estos mentalmente enfermos se acumulan en los estratos más bajos. Esta clase de explicación generalmente, pero no inevitablemente, implica una causa genética de trastorno mental. Por otro lado, está la hipótesis de la "social causation", la cual sugiere que el stress y las dificultades de la vida de las clases más bajas juega una parte en la etiología de los trastornos mentales. Hay unas posiciones intermedias y variaciones sobre estos dos temas. (Kohn, 1972; Turner y Wagenfeld, 1967).

Directamente aplicable a las hipótesis comprometidas con la clase social es la posible relación entre psicopatología y movilidad social. La evidencia de tales relaciones es muy ambigua. Goldberg y Morrison, 1963, en Inglaterra encontraron una clara evidencia de que en hospitalizados esquizofrénicos ha sido mucho más descendente la movilidad social comparada con otros factores, pero Birtchnell, 1971, encontró que esto solo era verdad para ciertos grupos diagnósticos, y estaba fuertemente influenciado por la década de nacimiento de los pacientes estudiados. En los famosos estudios de Hollingshead y Redlich, 1959, de New Haven no se encontró relación entre las tasas de trastornos mentales y la movilidad social. Además, si existiese una relación podría

ser resultado de otras variables, movilidad social y psicopatología, contribuyendo casualmente el trastorno mental a que el sujeto se mueva muchísimo más.

En España Ruiz Ruiz, 1978, Martí Tusquets, y Murcia Graes, 1986, han podido precisar en Barcelona unas claras y definidas zonas que presentaban una elevada prevalencia de casos diagnosticados de esquizofrenia. En dichas áreas existe una manifiesta relación entre condición socioeconómico-cultural y patología, siendo las áreas urbanas menos favorecidas las que dan cobijo a las zonas de alta frecuencia.

3.3.6.- Sexo.-

La diferencia de sexo que frecuentemente ha sido observada en porcentajes de trastorno psicológico también plantea problemas de explicación. La aparentemente más alta proporción de mujeres con psicopatología podría resultar de: -las mujeres lo refieren mucho más comparado con los hombres en niveles similares de sintomatología, Phillips y Segal, 1969; -diferencias generales en la percepción de la conducta apropiada de su sexo, Broverman y cols., 1970; -o, papeles específicos le son asignados a cada mujer y el stress que esto lleva consigo, Gove y Tudor, 1973. La diferente significación del status civil para hombres, y mujeres en particular, ha recibido mucha atención ultimamente. Gove y sus colaboradores, en particular, han argüido que las mujeres casadas están en desventaja

comparadas con los hombres casados en su capacidad para mantener una salud mental a causa de los diferentes papeles que ocupan. Es igualmente verdad que los casados de ambos sexos tienen mucho menos riesgos de experimentar psicopatologías que los solteros, los viudos, o los divorciados, Bachrach, 1975.

Rojo Sierra, 1983 a las depresiones producidas por el cambio de hábitat las denomina depresiones de desarraigo, frecuentes en mujeres, sobre todo, entre 40 y 50 años de edad. Para el citado autor el cambio supone de alguna forma romper con el medio social y cortar lazos objetivos establecidos simbólicamente y afectivamente con la antigua casa, en un momento además en que la familia empezaba a deshacerse.

3.3.7.- Stress.-

El concepto de stress como una variable mediadora entre características demográficas -bajo status social, estado civil, etc- y trastornos psicológicos, es ahora bien aceptado, aunque la exacta naturaleza de la mediación no esté bien comprendida, Cochrane y Sobol, 1980. Ciertos tipos de experiencias, se piensa que son stressantes y son de naturaleza más social que individual y pueden ser consideradas en relación con variables sociodemográficas, pero su estudio requiere una metodología diferente a la empleada en esta tesis, y su análisis nos alejaría del objetivo del presente estudio.

3.3.8.- Hacinamiento.-

Siguiendo los estudios de las consecuencias adversas de la alta densidad en el comportamiento de los animales por Calhoun, 1962, Christian y cols, 1960, y otros, los sociólogos han pensado en cosas similares para los humanos, y lo han estudiado según la densidad mayor o menor encontrada en las ciudades. Estas muy extensas investigaciones no han encontrado las mismas consecuencias patológicas de sobrepoblación para humanos que las encontradas en especies infrahumanas, Freedman, 1975. Recientes mejoras en la metodología, sin embargo, han conducido a algunos investigadores a la creencia de que ciertos aspectos del hacinamiento -especialmente el hacinamiento en la casa como opuesto a la densidad del área- puede tener unos efectos deletéreos en la salud mental, Gove y cols., 1979.

3.3.9.- Desempleo.-

Existe una abundante literatura no médica sobre la acción psicopatógica del desempleo, la mayor parte de ella sin el mínimo rigor científico, y teñida de connotaciones políticas e ideológicas, llegando en sus afirmaciones más extremas a considerar el desempleo como un trastorno psicológico, cuando y como será expuesto seguidamente, solo puede ser considerado como un factor desencadenante o precipitante de los trastornos psíquicos.

En 1973 Brenner demuestra que las tasa de parados se

correlacionan con las tasas de admisiones de hospitales mentales en USA, pero sus estudios no indican si son los mismos individuos parados, los que figuran en las estadísticas. Sin embargo, estudios de Kasl y col., 1975, y Cataleno y Dooley, 1977, han implicado que la experiencia de estar parado como un factor causal directo en el desarrollo de síntomas psicológicos y psicósomáticos.

Trainor, 1987, refiere que la relación entre los cambios económicos y los trastornos mentales ha sido examinada por varios investigadores en la pasada centuria. El propósito de su trabajo es explorar estas relaciones básicas y determinar su dirección en una extensa área Metropolitana. Se analizaron series temporales, para investigar si el desempleo y los indicadores de salud mental están relacionados.

Se investigaron los siguientes indicadores de salud mental:

1.- Número de admisiones de todos los servicios de atenciones psiquiátricas de la Metròpoli de Toronto.

2.- Número de admisiones de un hospital psiquiátrico provincial (Queen Street Mental Health Centre) en Toronto..

3^a.- El desempleo, utilizando como parámetro el "Lag Time", o tiempo de latencia, que aquí es definido como el periodo de tiempo que transcurría el sujeto en el desempleo y la aparición de trastornos mentales. Los tiempos de latencia usados fueron el cero, tres, seis, y doce meses.

La mejor ecuación se encontró en el periodo de 6 meses, indicando una relación inversa; cuando el desempleo aumenta las admisiones y los tratamientos psiquiátricos disminuyen (el sujeto que se queda en situación de desempleo tiene un periodo de máxima incidencia de enfermedad mental hasta los 6 meses y a partir de ahí empieza a disminuir la posibilidad de ingreso). Los resultados sugieren que no hay una relación simple entre variables dependientes e independientes.

3.3.10.- La vivienda.-

La vivienda es mucho más que el simple recinto físico delimitado por sus paredes; es un espacio pático donde la familia lo anima todo. En modo alguno la vivienda se queda en su sola y exclusiva limitación física de las paredes que la definen, sino que trascendiendo de su frontera y espacio cerrado, se extiende a todo el entorno de servicios, comunicaciones y contexto sociocomunitario en donde está ubicada. Junto a ello, la vivienda o lugar físico en dónde se desarrolla una gran parte de la vida familiar, representa para el hombre, no solamente el espacio cerrado dónde encuentra el apoyo que necesita, sino también el lugar de encuentro íntimo y personal.

En España el Prof. Alonso Fernandez, 1974, señala que es sobradamente conocida la relación entre espacio habitable y trastornos de conducta: "Hablamos de espacio social y espacio vital cuando queremos referirnos a las

relaciones que establecemos con nuestros semejantes y las circunscribimos sobre una unidad de espacio o lugar, o cuando aludimos a las correlaciones establecidas en el espacio y que es vivenciado como algo imprescindible".

Abrams y Fromm, 1974, han profundizado en el tema de la vivienda y la familia, apuntando que en nuestra sociedad occidental, raramente se tiene en cuenta si las casas que construimos se adaptan o no a los cambios sociales, a pesar de que es un hecho el que las alteraciones de la vida familiar influyen en la utilización de la casa. Para estos autores, no obstante, más importante que el problema de la vivienda es la disminución del "carácter sagrado" de la familia y la creciente tendencia a coordinar los objetivos individuales de los miembros de la familia y a permitir el cultivo de intereses individuales, separados, dentro de una organización familiar más laxa.

O.M.S., 1974 indica que un cambio de casa o de forma de vida pueden no ser por si mismos un peligro para la salud, pero si que pueden serlo los cambios involuntarios de residencia y de modo de vida para los que no se está debidamente preparado.

O.P.S, 1976 han indicado que el cambio de vivienda no favorece la moral y el ajuste general de los habitantes de tugurios y que la neurosis y las tasas de mortalidad aumentaban después del traslado de habitantes de esos barrios a viviendas mejores. Indican, a su vez, que las neurosis que tal vez puedan considerarse etiológicamente

vinculadas con la tensión psicológica y física sean más fáciles de relacionar con las frustraciones inherentes al hecho de habitar en una casa incómoda, desaseada, ruidosa, sin atractivos y en condiciones de hacinamiento por la falta de espacio.

Martí Tusquets, 1976 señala que los denominados síndromes psíquicos ecológicos están caracterizados por síndromes clínicos de carácter depresivo ansioso que acostumbran a aparecer entre algún componente del grupo familiar cuando se presenta la oportunidad de un cambio de vivienda (depresiones de la territorialidad), siendo desencadenados por el temor que produce el cambio de hábitat (en este caso el microclima biopsicosocial que configura la vivienda) y/o de biotopo (natural y social).

Goldenberg y Lubchansky, 1978 demostraron en que forma la erradicación de viviendas produce desórdenes emocionales al actuar como un factor de stress.

Mausner y Bahn, 1979 creen que en EE.UU. es ahora cuando se empieza a apreciar los costos en aumento de la delincuencia y otras conductas antisociales de las decisiones tomadas en la década de los cincuenta para construir viviendas de muchos pisos en vez de unidades de poca altura.

Gruenberg y Turns, 1982 han descrito áreas en las que existe un neto predominio de viviendas unifamiliares y en las cuales los índices de ingreso hospitalario son bajos para todos los grupos económicos considerados, mientras que

en aquellas otras zonas en las que las edificaciones son de características multifamiliares, los índices de ingreso son altos, también independientemente del nivel económico.

Rojo Sierra, 1983, las denomina depresiones de desarraigo, frecuentes en mujeres, sobre todo, entre 40 y 50 años de edad. Para el citado autor el cambio supone de alguna forma romper con el medio social y cortar los lazos objetales establecidos simbólicamente y afectivamente con la antigua casa, en un momento además en que la familia empezaba a deshacerse.

3.4.- Estado de la cuestión sobre metodologías de estudio.-

3.4.1.- Metodología de estudio de los factores psicosociales.-

Cada vez cobran más importancia los aspectos metodológicos en el estudio de la influencia sobre la salud mental de los factores físicos y medioambientales, porque de la adecuada planificación de los mismos va a depender la fiabilidad de los resultados. Hasta una fecha relativamente reciente se podría decir que ha habido una cierta falta de comunicación entre psicólogos, psiquiatras, geógrafos y urbanistas, lo que explicaría la gran variedad de métodos empleados para el estudio de los diferentes factores, de los que reseñaremos los más relevantes desde el punto de vista histórico y de la actualidad.

Como ejemplo de las diferentes metodologías de medición, tenemos los trabajos clásicos de Hollingshead y Redlich, 1958; Leighton, Harding, Macklin, Macmillan, y Leighton, 1963; Srole, Laugner, Stanley, Opter y Rennie, 1962; en los que la unidad de medida era la persona individual o el área geográfica en los trabajos de Bloom, 1966, 1968; Cartwrighty Howard, 1966; Kraus, 1975; Stack, 1975. El más reciente método a menudo llamado método ecológico, ha sido criticado (e,g, por Dohrenwend, 1966) porque no pueden obtenerse coeficientes de correlación ecológicos significativos entre variables similares cuando la unidad de medida es la persona individual.

Un estudio más moderno es el de D.R.Brogan y L.D.James, 1980, en el cual examinan la hipótesis de que la salud psicosocial de los habitantes urbanos se relaciona con características del ambiente físico en los que reside. En dicho estudio obtuvieron por cada 100 bloques de la ciudad de Atlanta 21 índices de conducta psicosocial desviada, 104 índices de ambiente físico (tales como el paisaje, o como el uso de la tierra próximo a las edificaciones) y 106 índices del ambiente sociocultural (tales como densidad de población y renta).

Brogan y James, 1980, establecen unos índices psicosociales para el estudio de la salud psicosocial. Esta se manifiesta porque el sujeto consigue unas metas o un lugar en la comunidad, y el lado negativo, por manifestaciones de conductas desviadas o indeseables.

Muchos de los índices de salud psicosocial en el estudio de estos autores proceden de los datos que se han encontrado entre los residentes de un determinado bloque y alguna de las agencias -unidades de salud, departamento de bienestar, en las comisarías, etc-.

Seleccionaron un total de 22 índices de salud psicosocial, incluyendo el índice de utilización de los servicios de salud mental; el índice de sujetos que obtenía honores en la escuela superior; los índices de novillos o ausencias en la escuela; los datos de asistencia social de niños abandonados, y mortalidad infantil; de delincuencia juvenil; envueltos en homicidios y muertes violentas; fuegos, robos y con problemas conocidos de drogas; Para cada índice se hacía una proporción anual que consistía en dividir la población de los bloques en 1970 entre el número de contajes en 1970 por cada bloque.

Se contaba siempre por individuo no por delito, aunque hubiese cometido más de un delito. Para darnos una idea de los índices de salud psicosocial nos dan una tabla y descripción de los índices.

- 1.- Arrestos -excluyendo juveniles, narcóticos, robos-
- 2.- Arrestos juveniles
- 3.- Arrestos narcóticos
- 4.- Arrestos por robo
- 5.- Calificaciones en la escuela superior
- 6.- Envueltos en homicidios
- 7.- Víctimas de robos

Se hizo un análisis factorial para definir variables relativamente independientes midiendo los ambientes físico y sociocultural, y se hizo un análisis de regresión para establecer asociaciones de esas variables con los índices de salud psicosocial.

3.4.2.-Metodología de estudio de factores ambientales.-

Los índices ambientales eran definidos en un intento de captar los atributos del medioambiente físico, tanto el ambiente natural y el realizado por el hombre, que plausiblemente añadirían stress o satisfacción a las vidas de las gentes que viven en esos bloques. Las observaciones de campo se hacían sobre cada muestra de bloque y se limitaba a los datos residenciales del exterior y que podían ser observados mientras se paseaban alrededor del perímetro del bloque. Mapas, fotografías aéreas, o los datos también coleccionados con otros propósitos también eran utilizados en el estudio del área cuando eran apropiados. El único instrumento que se usó era un medidor de ruido. Los procedimientos para hacer las medidas requeridas para los índices eran definidos para producir resultados que tendrían que ser lo más independiente posible que se pudiera del individuo que se mandaba a que observase aquello. Su reproductibilidad se verificaba comprobando si había 9 sujetos que tomaban las medidas turnándolos o haciendo que repitiese algunos de los otros

bloques que habían sido vistos anteriormente por los otros sujetos para ver si había una concordancia en las medidas.

Y se consiguieron 11 grandes componentes acerca de las características físicas del ambiente, resultando 104 índices para medir estos componentes.

1.- Las características visuales del medio ambiente exterior las cuales son vistas tal como un residente vería desde el frente de su patio de el mismo y su vecino, lo verían desde la calle o desde la línea del horizonte.

2.- El nivel de mantenimiento de las áreas exteriores, si estaban limpias, si no había basuras, desperdicios, escombros, etc. Si estaba cuidado todo esto.

3.- La presencia, características visuales, y distribución espacial de los árboles en la vecindad.

4.- La categoría de acuerdo a los atributos ambientales, respecto a las áreas vecinas, y su homogeneidad en el aspecto externo con los vecinos.

5.- El acceso y exposición a espacios abiertos incluyendo parcelas vacías o parques y la calidad estética y cualidad recreacional de cada área.

6.- La cantidad de tráfico, de vehiculos o peatones y el aparcamiento de vehículos en la vecindad y las previsiones hechas para acomodarse.

7.- El uso de suelo público incluyendo tipos de residencia unifamiliares, apartamentos, viviendas públicas, etc.), densidad residencial, y otros desarrollos urbanos (industrial, comercial, áreas públicas, etc.).

8.- Factores que trabajan tanto para excluir como para atraer a gente de fuera del área, o incrementan y disminuyen el control de los que el residente individual tiene sobre su propio ambiente exterior.

9.- Acceso de los habitantes a los servicios que deseen o a los servicios o proximidad de estas casas a otras casas indeseables.

10.- Topografía del vecindario, distancia al horizonte y posición del bloque entre el punto más elevado y la parte más baja.

11.- Intensidad de las experiencias de la vecindad con el aire, agua, ruido o con la polución sólida.

Con todo esto se hizo una lista de 104 índices. La información para los índices socioculturales se obtuvo de los censos de 1960 y 1970 de Población y Vivienda U.S. y el de 1970 Housing Survey conducida por el Departamento de Planificación de Atlanta. Se incluyeron 12 componentes sobre el medioambiente sociocultural y de estos 12 componentes resultaron 88 SE índices originales; 18 índices SE combinados fueron definidos con funciones de algunos de los 88 índices SE originales:

1.- El tamaño de los bloques medidos por la superficie y por la población.

2.- La densidad de población medida por las personas por habitación, por residencia, o por estructura de la vivienda; el número de residencias o estructuras de vivienda por acre; y la densidad diaria cuando es afectada

por usos industriales o comerciales o por atracciones públicas.

3.- Las características raciales de los residentes. El grado de integración racial en la vecindad, y el grado en que ambos de estos factores habían cambiado en la época precedente.

4.- La cualidad de las viviendas indicadas por la media de la vecindad y el precio de las mismas, edad, cumplimiento de los códigos de edificación, y las tasas de ocupación.

5.- El control que el residente tiene sobre su propia casa y sobre su espacio de vida tal como podría ser indicado si son propiedad, proximidad de la vecindad, y la atracción para atraer a gente de la vecindad a estas casas.

6.- Características de la gente que vive juntas en residencia en relación con el tamaño del grupo, relaciones del cabeza a los otros, sexo y edad.

7.- El número, propósitos y cualidades de los edificios no residenciales en la vecindad.

8.- La dirección y el índice de tiempo en el cual el bloque cambiaba su población, de tal manera que los individuos se movían en y fuera de los edificios que estaban construyéndose o volvían al mismo bloque.

9.- Si las condiciones de un determinado bloque eran mejores, representativa de, o peores que las condiciones de su vecindad.

10.- La distribución de la edad de la gente que vive en

el bloque y en la vecindad en su conjunto.

11.- Nivel educacional y cultural, ocupación, y status de empleo de los residentes en el bloque, y si su empleo era mejor o peor que los de los que vivían alrededor.

12.- Las rentas de los residentes del bloque ambos blancos y negros, y la comparación con las rentas de los vecinos.

Giggs, 1986, en su artículo sobre Nottingham señala que en epidemiología psiquiátrica un prerrequisito esencial para la precisión en la investigación es la exacta definición de la población objeto de estudio, la población total que potencialmente tiene "riesgo". Esto tiene importantes implicaciones para las etapas siguientes en los procesos de análisis. La definición debe incluir una clara estipulación de las características geográficas de la población. En el contexto de la citada investigación este requisito fué cumplido. La población estudiada comprende todas las personas entre 15-59 años residiendo dentro del área de registro de casos psiquiátricos de Nottingham.

Sin embargo los siguientes etapas de la investigación epidemiológica psiquiátrica plantean al investigador problemas críticos de elección y selección. Así el cálculo de tasa de morbilidad psiquiátrica, para los mapas de las enfermedades, y para los estudios estadísticos de factores censales, sociales y ambientales, requieren una selección apropiada y completa de áreas intraurbanas. Tradicionalmente los investigadores han usado subdivisiones

administrativas, para lo cual utilizaban los datos del censo disponible. Este ha sido el método más usado en USA y en el Reino Unido, empleándose habitualmente como unidad los distritos electorales, y en algunas investigaciones más recientes se han utilizado unidades de áreas más pequeñas particularmente las secciones censales numerados en el Reino Unido, e incluso los bloques en USA.

En muchos de estos estudios es evidente que un requisito básico de investigación epidemiológica no ha sido cumplido, y por ello estos resultados pueden ser criticados por el criterio de la selección de un particular esqueleto espacial de subáreas, al no haber tenido en cuenta, suficientemente, la importancia de la relación entre el número de casos bajo revisión (admisiones hospitalarias) y el número de subáreas. Así en el estudio de Levy y Rowitz, 1973, en Chicago, en el que fueron utilizadas 75 áreas comunitarias para calcular las tasas de incidencia ajustadas a la edad de solo 131 primeras admisiones de pacientes seniles y arterioscleróticos y 197 maniaco depresivos. Por otra parte en la escala de Hare, 1956, basada en el análisis de la distribución de la esquizofrenia en Bristol en solo tres áreas, cada una comprendiendo 5 distritos electorales, posteriormente se excluyeron 4 distritos de la investigación, ya que eran notablemente heterogéneos en cuanto a sus características sociales. Claramente la investigación necesita tener muy en cuenta los puntos mencionados, para un adecuado diseño de

investigación y de análisis.

Un segundo requerimiento del conjunto de unidades, o de áreas elegidas, es que deben de ser internamente homogéneas. En muchos aspectos este problema es un problema de escala. Así se han utilizado los atributos de distritos electorales (Hare) que indudablemente tiene una gran variabilidad interna. Un problema similar es el que aparece en el estudio pionero sobre el suicidio en Londres, aquí se estaba obligado a usar el Metropolitan Boroughs como unidad espacial, porque las estadísticas de mortalidad solo eran publicadas a esta escala espacial administrativa.

Idealmente las unidades espaciales usadas deberían también comprender o tener los límites de las verdaderas áreas sociales y ambientales dentro del área de estudio. Hay pocos investigadores que hayan intentado conscientemente satisfacer este requisito. Así el primer gran trabajo de estudio ecológico de trastornos mentales en el área urbana, Faris y Dunham, 1939, analizaron los datos de trastornos mentales en 120 subcomunidades en Chicago. Había grupos contiguos del censo que poseían similares atributos de vivienda y demográficos. Por consiguiente los investigadores en este campo han intentado mejorar las bases teóricas y estadísticas de las investigaciones pioneras de Faris y Dunham, y así en USA el Instituto Nacional de Salud Mental, NIMH, ha sido particularmente activo. La técnica del "análisis de áreas sociales" propugnada por Shevky y Bell, 1955, ha sido usada como una

guía primaria por el NIMH para la selección y análisis de variables censales. Las formulaciones originales han sido modificadas y elaboradas para cumplir los requisitos de investigación en epidemiología psiquiátrica. El NIMH ha publicado varios informes técnicos especificando las variables censales relevantes y técnicas que son más útiles para un uso en análisis estandarizado de subáreas residenciales en ciudades americanas.

3.5.- Metodología estadística.-

Constituye este un aspecto muy interesante de comentar, ya que la técnica estadística empleada para el estudio de los factores urbanísticos, y su correlación con trastornos psicológicos es cada vez más compleja, habiéndose abandonado por insuficientes, los análisis univariados, para pasar a análisis multivariados, o a metodologías más complejas, como el análisis de componentes principales, de la que expondremos seguidamente algunos ejemplos.

La investigación teórica y práctica en Geografía Humana ha mostrado que la "familia" de métodos de análisis factorial multivariado da resultados superiores a aquellos derivados del análisis de áreas sociales "sensu stricto". Estos métodos han sido ampliamente utilizados en los estudios ecológicos y comportamentales de ciudades desde 1960 (22 Gigg). Sin embargo, el análisis factorial ha sido empleado en muy pocas encuestas ecológicas psiquiátricas

(1, 14, 23, Giggs). La presente investigación provee de las últimas oportunidades para demostrar los méritos de la identificación de áreas ecológicas del área de Nottingham PCR. Los resultados de los análisis para 1981 son presentados aquí. La matriz de los datos relevantes fué obtenida desde las apropiadas tablas del censo para unidades de áreas comprendiendo conjuntos de distritos de enumeración contigua (EDs). El análisis de las componentes principales ha sido usado para identificar las principales dimensiones de la variación en la matriz de datos y el agrupamiento "óptimo" de un área, y esto se hacía seleccionándolo por un algoritmo de agrupamiento (cluster analysis) no jerárquico.

Los grupos resultantes de "áreas ecológicas" social y medioambientalmente distintas han sido seguidamente empleados en el cálculo de los trastornos mentales dentro de las mismas para realizar los mapas tradicionales (mapas de probabilidades usando la distribución de Poisson y para hacer modelos de las relaciones trastornos mentales/medioambientales (usando un análisis de regresión lineal).

3.6.-Epidemiología.-

3.6.1.- Aspectos generales.-

La Epidemiología podría definirse, según Greenwood, como "el estudio de las manifestaciones en masa de la enfermedad", y tiene por objeto determinar el riesgo de que

una colectividad se vea afectada por determinados trastornos, descubrir indicios sobre su origen y propagación, encontrar las oportunas medidas de prevención, o de lucha, y verificar su eficacia en la práctica.

La Epidemiología es, por tanto, una ciencia de la investigación básica que se ocupa de descubrir las causas de las enfermedades y problemas de salud mediante la recolección y análisis de datos sobre poblaciones humanas. La epidemiología es también una ciencia de investigación aplicada indispensable en la planificación y programación en salud pública, a la que concierne los problemas de salud en las comunidades, el establecimiento de las prioridades de intervención y la evaluación de la eficacia y de la efectividad de las intervenciones preventivas y curativas.

Para averiguar las causas de las enfermedades e invalideces, identificar los problemas de salud, existen toda una serie de estudios epidemiológicos útiles para alcanzar uno o varios de estos objetivos.

3.6.2.- Epidemiología en Psiquiatría.-

La epidemiología psiquiátrica no difiere de las otras ramas de la epidemiología. Es decir, aporta un conjunto de conocimientos que hacen referencia al modo de presentarse y evolucionar de las enfermedades dentro de una población.

Hoy en día su campo de actuación se ha ampliado, abarcando no tan solo a los factores que comportan patología, sino también a los que determinan la salud.

La evolución histórica de la epidemiología ha pasado de la medición e identificación de las enfermedades infecciosas, proceso que fué su punto de origen y del que recibió el nombre, se pasó a un interés progresivo hacia las enfermedades crónicas para incorporar, posteriormente, el estudio de los factores de riesgo, etapa en la que nos encontramos en la actualidad.

En el terreno concreto de la Psiquiatría, la epidemiología ha seguido una evolución similar a la del resto de la Medicina. Los primeros estudios epidemiológicos tuvieron como objetivo esencial la medición e identificación de los trastornos mentales, los llamados estudios de morbilidad, ya fueran de poblaciones en tratamiento o reales. Más adelante centró su atención en los factores de riesgo en salud mental, bajo la premisa de que ninguna enfermedad ha sido eliminada curando uno a uno los individuos afectados, sino tratando los factores subyacentes a la enfermedad.

Clasicamente se han empleado en estudios epidemiológicos datos tales como estadísticas de mortalidad, registros de hospitales, registros de mutualidades de seguros sociales, etc. El inconveniente de los estudios reseñados, es que muchas veces solo aportan datos fragmentarios, difícilmente aplicables en nuestros casos, por razones tales como el que no figuran como causa de muerte en la mayor parte de los certificados de defunción, el que muchos enfermos mentales no se han

hospitalizado, y otros lo han hecho en varios hospitales, el que las prestaciones sociales son diferentes según el grado de incapacidad que provoque la enfermedad, etc. Precisamente para superar estas dificultades, algunos de los trabajos de investigación combinan varias fuentes de información, con lo que consiguen unos resultados más fiables.

A este respecto Cochrane y Stopes-Roe, 1980, señalan que los estudios epidemiológicos de los trastornos mentales son notables por la gran diversidad de métodos usados y las contradicciones contenidas en sus hallazgos. En su opinión esto se debería a que las dos variables más importantes empleadas, tasa de admisión de hospitales, y contajes de síntomas derivados de cuestionarios, no están hechos para medir exactamente la misma cosa. Incluso aunque la lista de los síntomas explorados es válida generalmente respecto a las admisiones del hospital mental por criterios de grupos, los métodos ciertamente no reflejan todas las formas de enfermedad mental igualmente, y ellos pueden, incluso, no ser capaces de valorar determinados datos importantes de los trastornos mentales. Del mismo modo hay que decir que existen muchos factores que influyen en la política de admisiones en los hospitales mentales aparte de los niveles de síntomas psiquiátricos que refiere el paciente, tales como la capacidad de camas, formas alternativas de tratamiento, ambiente que rodea a los pacientes, actitud de la comunidad, etc.

Helgerson, 1978, realizó una comparación de la prevalencia de trastornos mentales estimados por contacto con los psiquiatras, incluyendo admisiones hospitalarias, y pasando un cuestionario en Islandia. Menos de la mitad de la morbilidad psiquiátrica detectada por el cuestionario era registrada oficialmente, y mucha menor proporción que esta era presumiblemente reflejada por las admisiones de los hospitales. Esto confirma la impresión generada por un número de estudios americanos de que las admisiones de hospital no representan los verdaderos índices de trastornos mentales (Dohrenwend y Dohrenwend, 1969). En Gran Bretaña estamos en el mismo caso, es más, las estadísticas de las admisiones de hospitales mentales pueden infravalorar los trastornos mentales para diferentes grupos sociales (Cochrane, 1977).

3.6.2.1.- Métodos epidemiológicos en Psiquiatría.-

La epidemiología psiquiátrica, en su relativa especificidad, ha requerido el desarrollo de una metodología particular, condicionado este por los problemas metodológicos con los que se ha encontrado la Psiquiatría en las décadas pasadas, especialmente la definición de caso psiquiátrico, la baja fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, la carencia de instrumentos de medida con una adecuada sensibilidad y especificidad, y los problemas derivados del caos nosológico en el que se ha movido la Psiquiatría hasta muy recientemente.

Desde 1960, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presta especial atención a los temas relacionados con la epidemiología psiquiátrica. Mediante la cooperación internacional se ha fomentado la realización de estudios encaminados al perfeccionamiento de las técnicas para la observación, el registro y el recuento de los trastornos psiquiátricos, así como el examen de los problemas de las investigaciones y estudios sobre la influencia del medio sociocultural en el estado clínico y el curso de los trastornos mentales.

Las primeras iniciativas de la OMS consistieron en encargar a diferentes expertos la redacción de unas líneas básicas para la promoción y difusión de una correcta metodología en la realización de estudios epidemiológicos psiquiátricos, que dió lugar a las dos publicaciones de Reid en 1960 y Lin y Standley en 1962 sobre el método epidemiológico en Psiquiatría.

En 1966 se puso en marcha el Estudio Piloto Internacional sobre la esquizofrenia a partir de un proyecto inicial elaborado por Lin, Wing, Kramer y otros autores, al que posteriormente se incorporaron nuevos expertos como Shapiro y Sartorius, y que ha contado con la financiación del National Institut of Mental Health (NIMH) de los EE.UU, la propia OMS y los nueve centros investigadores participantes. Los objetivos señalados por la OMS para sus programas en epidemiología psiquiátrica y psiquiatría social se resumen en cuatro puntos: 1)

normalización del diagnóstico, clasificación y estadísticas psiquiátricas; 2) elaboración de técnicas de aplicación internacional para la evaluación de las enfermedades mentales; 3) realización de estudios completos de trastornos psiquiátricos en poblaciones geográficamente definidas, y 4) realización de un programa internacional de formación en epidemiología psiquiátrica y psiquiatría social. La OMS recoge de esta manera en sus programas los objetivos ya definidos por Cooper y Morgan alrededor de tres áreas concretas: 1) evaluación de la incidencia y de la prevalencia en una población determinada; 2) definir hipótesis surgidas del análisis clínico que relacionen determinados factores presentes en una población con el origen de una enfermedad mental definida, y 3) verificación de estas hipótesis comprobando la existencia de correlaciones.

Otro objetivo epidemiológico consiste en la evaluación de los índices de curación o remisión espontánea para las diferentes patologías, a fin de precisar la eficacia de las distintas medidas terapéuticas y preventivas.

La epidemiología de las enfermedades mentales representa una de las cuatro prioridades sanitarias de las sociedades postindustriales, junto a la de las enfermedades cardiovasculares, las neoplásicas y la de las lesiones derivadas de los accidentes.

El método epidemiológico se apoya en cuatro pilares básicos: la demografía, la estadística, la nosología y la

psicopatología. Las etapas son:

1) Selección de la estrategia de la investigación la cual incluye varias posibilidades, desde los estudios descriptivos hasta los experimentales, pasando por encuestas retrospectivas, o bien investigaciones longitudinales frente a otras transversales.

2) Definición de la población a estudiar. Las poblaciones deben ser geográficamente definidas y pueden ser abordadas mediante encuestas sobre la población total, sobre muestras aleatorias, o en estudios de casos y controles. Los diferentes tipos de encuestas serán expuestos más adelante. El diseño de una muestra aleatoria debe de garantizar la no existencia de sesgo, es decir, que cualquier individuo de la población tenga la misma probabilidad de ser incluido en el estudio.

3) Definición operacional de la enfermedad, de la patología, o de los factores psicosociales a investigar. Los criterios de definición de caso deben ser apropiados a la investigación, no pueden basarse en la psicopatología subyacente, sino en hechos observacionales. Los términos deben ser precisos, tanto en lo referente a los rasgos que deben estar presentes, como a los que deben hallarse ausentes, para una identificación positiva de los factores psicosociales a investigar.

4) Localización e identificación de los casos mediante una técnica adecuada.

5) Expresión de los resultados de forma comparable y

replicable.

3.6.2.2.- Encuestas epidemiológicas en Psiquiatría.-

Encuestas completas de zona: Se basan en el estudio del total de individuos de una determinada zona, al objeto de determinar la incidencia y prevalencia de una determinada enfermedad.

Los estudios sobre la población total, salvo en casos muy particulares como pueden ser las islas pequeñas, son difíciles de realizar, pues requieren una gran dotación de recursos económicos una buena situación de la infraestructura administrativa de la zona estudiada y disponer de numeroso personal, lo cual repercute en una menor cualificación profesional de este personal. Todo ello determina que este tipo de encuestas detecte solamente los casos más graves y que su utilidad quede limitada a la determinación aproximada de los recursos o equipamientos que requiere una determinada comunidad.

Encuestas de grupos seleccionados: Se basan en el examen de grupos completos de personas de una edad determinada, grupos escolares, soldados del reemplazo en el Servicio Militar, o bien grupos profesionales, cuando la asistencia médica, y ficheros clínicos están bajo el control de un servicio central de medicina del trabajo.

Un ejemplo clásico de estudio epidemiológico sería el realizado por Klemperer en Munich, en 1933, analizando la biografía de 1.000 habitantes de esta ciudad nacidos entre

el año 1881, y 1890, calculando las tasas de incidencia de determinadas enfermedades a lo largo de su existencia, hasta 1931, o hasta la fecha de su fallecimiento, si este había tenido lugar con anterioridad. El coste de un estudio de este tipo es enorme, e inaplicable a menos que se cuente con unos medios fabulosos. Por otra parte este método, que teóricamente era el ideal, se vió que en la práctica introducía en la observación errores sistemáticos, de naturaleza diferente, pero de magnitud casi igual a los que se encuentran en los tipos mas corrientes de estudio censal o de prevalencia.

Un argumento de las ventajas del empleo de encuestas en la comunidad como una forma de aproximación a la epidemiología psiquiátrica, es la extraordinaria flexibilidad de este método. La categorización del todo o nada de las admisiones de los hospitales es inferior a las medidas requeridas para la investigación psiquiátrica en la cual se utiliza más variables de carácter continuo que definen de una forma adecuada los trastornos psicológicos.

El Servicio Militar obligatorio, como reconocen D.D. Reid, Hyde y Kinsley, Escudero y Gerona, etc., ofrece una excelente posibilidad para realizar encuestas demográficas completas y selectivas para la medición de la morbilidad, por tratarse de una muestra representativa de la población. El Servicio Militar al ser universal y obligatorio para los varones, como es el caso de nuestro país, hace que la muestra cumpla la regla de oro de éste tipo de encuestas, o

sea, que cada individuo de la población en esa edad determinada, tenga idénticas posibilidades de figurar en dicha muestra.

CAPITULO 4º

MATERIAL Y METODOS

4.0.-MATERIAL Y METODOS.-

4.1.-Muestra.-

4.1.1.- Descripción de la muestra.-

Insistiremos en la importancia que tiene para un estudio epidemiológico, la característica de universalidad y obligatoriedad del Servicio Militar, puesto que difícilmente pueden encontrarse muestras que tengan este carácter de representatividad. Otros tipos de encuestas fallan precisamente en la representatividad, porque las muestras de población están previamente seleccionadas, por factores asistenciales, sociales, económicos, etc.

La muestra de población, de la que se han extraído los casos de nuestro estudio, está constituida por los sujetos de 19 años de edad que habían alegado padecer alguno de los trastornos psíquicos de nuestro estudio como motivo de exclusión del Servicio Militar, o que se halla manifestado durante su estancia en filas.

El índice de fiabilidad de esta encuesta es muy elevada, y a nuestro juicio muy superior a las encuestas habituales, por las siguientes razones:

1º.- Porque como anteriormente habíamos señalado no se encuentra sesgada por factores económicos o asistenciales, y los casos son estudiados en una organización sanitaria única y centralizada, lo que evita errores groseros, tales como el que los sujetos enfermos no figuren por falta de derecho a asistencia, o figuren como duplicados, ya que pueden ser asistidos como beneficiarios independientes, o

como incluidos en las cartillas de sus padres, etc.

2º.- Porque es el mismo equipo médico el que los examina garantizándose una unidad de criterio.

3º.- Porque el sujeto, y sus familiares, tienen unas poderosas razones para alegar, y no ocultar la enfermedad del sujeto, evitándose el posible riesgo de descompensaciones, o trastornos de adaptación durante el Servicio Militar, con graves consecuencias.

4º.- Porque los médicos civiles que atienden a estos pacientes, están concienciados sobre el riesgo que supone para los mismos el Servicio Militar, aconsejando, y remitiendo los adecuados informes clínicos del paciente.

5º.- Porque en el caso de que el sujeto no haya alegado, o por voluntad propia, o por presiones familiares haya ocultado la enfermedad, al permanecer un año viviendo en una comunidad cerrada, fuertemente jerarquizada, con disciplina y horarios estrictos, con una gran probabilidad será incapaz de adaptarse, y terminará solicitando ayuda psiquiátrica.

Hay que distinguir una primera muestra de sujetos para la encuesta sobre característica urbanísticas generales, que está formada por 1.147 sujetos, de 19,7 + 1.4 años, rango 18-22, que en el transcurso de su Servicio Militar, habían presentado una enfermedad mental de las elegidas para formar el grupo de estudio, y habían estado ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central Gomez Ulla, con fines periciales, o de tratamiento, los

años 1985, 1986, 1987, 1988, y 1989.

La muestra para el estudio de características urbanísticas particulares, está formada por 217 sujetos, de 18,9+0,9 años de edad, rango 17-21, que alegaron la enfermedad como paso previo a su incorporación a filas, cuando eran Mozos pertenecientes a las Cajas de Reclutas y esta enfermedad fué comprobada y etiquetada con los códigos de la OMS, y siguiendo los criterios de la DSM-III por los especialistas de Psiquiatría del H.M.C.Gomez Ulla, en consultas ambulatorias, no precisando ninguno de ellos hospitalización psiquiátrica, ya que la finalidad del examen médico era puramente pericial. Todos ellos fueron examinados durante los seis primeros meses de 1989, sin que existiese sesgo de tipo cronológico, ya que durante ese plazo, eran revisados aproximadamente el 90% de los alegantes de todos los Distritos y Juntas Municipales de Madrid.

4.1.2.- Criterios de selección de la muestra.-

4.1.2.1.- Criterios geográficos.-

Todos los sujetos debían ser residentes en Madrid desde al menos los cinco años anteriores al examen médico, desechándose todos aquellos que no cumplieran esa condición.

4.1.2.2.- Criterios médicos.-

Los criterios de inclusión en la muestra son haber alegado, o sufrido la enfermedad, en el transcurso de su

servicio militar, y que dicha enfermedad cumpliera los requisitos diagnósticos psiquiátricos fijados, para lo cual se utilizaban los criterios diagnósticos del DSM-III para las siguientes enfermedades : 295, 300, 301, 304, 309, 317, 318.

Los criterios resumidos del DSM-III son los siguientes:

317/318.xx Retraso mental: Capacidad intelectual muy por debajo del promedio: un CI de 70 o inferior obtenido mediante una prueba de inteligencia administrada de forma individual.

Existencia de déficit o deterioros concurrentes en la capacidad adaptativa, por ejemplo, en la eficacia personal del niño para conseguir el rendimiento esperado por su edad y grupo cultural, en áreas como habilidades sociales y responsabilidad personal, comunicación, habilidades para resolver problemas cotidianos, independencia personal y autosuficiencia.

Comienzo antes de los 18 años.

Niveles de gravedad. Existen cuatro niveles de gravedad que reflejan el grado de deterioro intelectual: leve, moderado, grave y profundo. Los valores del CI utilizados para diferenciar entre los cuatro niveles de gravedad son:

Niveles de gravedad de retraso mental	CI
317.00 Leve	de 50-55 a 70
318.00 Moderado	de 35-40 a 50-55
318.10 Grave	de 20-25 a 35-40

295.xx Esquizofrenia: Presencia de los síntomas psicóticos característicos en la fase activa, durante una semana como mínimo: 1) Ideas delirantes, alucinaciones predominantes, incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa, conducta catatónica, afectividad embotada o claramente inapropiada.

2) Ideas delirantes extrañas (por ejemplo, incluyendo fenómenos que serían considerados inverosímiles por cualquier individuo de su medio cultural; por ejemplo, difusión del pensamiento, estar controlado por una persona muerta).

3) Alucinaciones predominantes de una voz con un contenido que aparentemente no tiene relación con la depresión o la euforia, o de una voz que comenta los pensamientos o la conducta del sujeto, o dos o más voces conversando entre sí.

Durante el curso de la alteración, la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio de la alteración (o, cuando el inicio se presenta en la infancia o en la adolescencia, el sujeto no ha alcanzado el nivel de desarrollo social que cabía esperar).

Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos; por ejemplo, comprobando si a lo largo de la fase activa de la

alteración ha habido un síndrome depresivo mayor o un síndrome maniaco, o si la duración global de todos los episodios de síndrome del estado de ánimo ha sido breve en comparación con la duración total de la fase activa y de la fase residual de la alteración.

Signos continuos de la alteración durante seis meses como mínimo. El periodo de seis meses debe incluir una fase activa durante la cual se han presentado síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia, con o sin fase prodrómica o residual, tal como se especifica más adelante.

300.xx TRASTORNOS POR ANSIEDAD (o neurosis de ansiedad y neurosis fóbica): En algún momento durante la alteración se han presentado una o más crisis de angustia (periodos concretos de miedo o molestias intensas) que han sido inesperados, es decir, que no se han presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad, y no han sido desencadenados por situaciones en las cuales el individuo ha sido el foco de la atención de los demás.

Por lo menos cuatro crisis tal como se definen en el criterio anterior durante un periodo de cuatro semanas, o bien una o más crisis seguidas de miedo persistente a presentar otro ataque por lo menos durante un mes.

Por lo menos, cuatro de los síntomas siguientes durante alguna de las crisis:

- 1) Falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo.

2) Mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia.

3) Palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado (taquicardia).

4) Temblor o sacudidas.

5) Sudoración.

6) Sofocación.

7) Nauseas o molestias abdominales.

8) Despersonalización o desrealización.

9) Adormecimiento o sensaciones de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestesias).

10) Escalofríos.

11) Dolor o molestias precordiales.

12) Miedo a morir.

13) Miedo a volverse loco o a perder el control.

301.XX TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: Los criterios diagnósticos para los trastornos de la personalidad se refieren a conductas o rasgos que son característicos de la vida inmediata del sujeto (en el transcurso del último año) y que se hacen patentes al inicio de la edad adulta. La constelación de conductas o rasgos causa o bien un deterioro significativo en la actividad social o laboral, o bien una perturbación subjetiva asimismo acusada.

Las conductas o rasgos limitados a los episodios de enfermedad no se consideran a efectos de diagnosticar el trastorno de personalidad.

309.xx TRASTORNOS ADAPTATIVOS: Una reacción de adaptación a un estrés emocional psicosocial identificable, que se presenta durante los tres meses siguientes al comienzo del estrés.

La naturaleza desadaptativa de la reacción viene indicada por alguna de las siguientes características:

- 1) incapacitación para la actividad social o laboral.
- 2) síntomas que son excesivos respecto a la reacción normal y esperable frente al estrés.

La alteración no es solo la que ocurriría si se tratara de una hiperreacción ante el estrés o de una exacerbación de alguna de las enfermedades mentales anteriormente descritas.

Se admite que la alteración va a remitir después de que cese el estrés o, en el caso de que este persista, cuando se consiga el nuevo nivel de adaptación.

La alteración no cumple los criterios del duelo no complicado ni de cualquiera de los trastornos específicos enumerados previamente.

304.XX TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: Los criterios siguientes son aplicables para cada una de las sustancias específicas que se enumeran más adelante.

Dependencia de sustancias psicoactivas

A. Como mínimo, tres de los síntomas siguientes:

- 1) Con frecuencia, el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un periodo más largo de lo que el

sujeto pretendía.

2) Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia.

3) Una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, el robo), consumirla (por ejemplo, fumando en cadena), o recuperarse de sus efectos.

4) Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas (por ejemplo, no va al trabajo a causa de la resaca, va al trabajo o a la escuela "colocado", está bajo los efectos de la intoxicación mientras cuida a sus hijos), o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado (por ejemplo, conduce bajo los efectos de la intoxicación).

5) Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia.

6) Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia (por ejemplo, el sujeto sigue consumiendo heroína a pesar de las discusiones familiares que provoca su consumo, de la depresión inducida por cocaína, o de tener una úlcera que empeora con el alcohol).

7) Tolerancia notable: necesidad de incrementar

notablemente las cantidades de sustancia (al menos, un 50%) para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.

Nota: Los siguientes items no pueden aplicarse al cannabis, los alucinógenos o la fenciclidina (PCP):

8) Síntomas de abstinencia característicos

9) A menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

4.2.-ENCUESTAS EPIDEMIOLOGICAS.-

4.2.1.- Encuesta sobre características urbanas generales.-

El formulario de esta encuesta se expone seguidamente, y tiene dos finalidades, la primera de ellas estudiar la proporción de las distintas enfermedades mentales en los diferentes barrios del área de Madrid, ya que no pueden extraerse cifras de prevalencia por tratarse de una muestra sesgada, ya que está compuesta únicamente por sujetos que han precisado hospitalización en el Servicio de Psiquiatría del H.M.C Gomez Ulla, encontrándose excluidos de la misma los sujetos que hayan sido asistidos ambulatoriamente o excluidos previamente del Servicio Militar.

La segunda finalidad de la encuesta sería el análisis de dotaciones urbanas respecto a las diferentes enfermedades mentales estudiadas. La encuesta extensiva se realiza basándose en criterios objetivos: diagnóstico de la

enfermedad de acuerdo con los criterios del DSM-III y su clasificación según el código de la OMS, datos de residencia o pertenencia al barrio, y finalmente características urbanísticas del barrio.

Las características urbanísticas del barrio vienen definidas según los datos procedentes de los Boletines Estadísticos del Ayuntamiento de Madrid.

A todos aquellos pacientes que presenten alguno de los trastornos mentales seleccionados, le hemos realizado una ficha en la cual incluimos: Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos que padecen, codificados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, hasta un máximo de dos. Su domicilio de residencia que codificamos siguiendo la división por distrito y barrio que realiza el Ayuntamiento.

Junto a estos datos, hemos recogido, extrayéndolos del Anuario Estadístico y, sobre todo, de los Boletines Estadísticos Municipales, los datos sobre equipamiento de cada barrio, y en el caso de Educación no universitaria (Preescolar, EGB, BUP, F.P.), Cultura y Ocio (Centros culturales, Cines, Bibliotecas, Clubs de Ancianos), totales de espacios de Instalaciones y espacios deportivos y de Sanidad, la relación entre las distribuciones porcentuales de los equipamientos y la población por distritos de Enero de 1988.

Del Boletín Estadístico Municipal Nº11, de Junio de 1988, referente a la caracterización socioeconómica de los

Barrios de Madrid, hemos extraído las siguientes variables:

En primer lugar una variable cualitativa, que hemos codificado dándole valor numérico, que es la referente a la tipología del barrio. Clasificándolos como: Centro Urbano 1; Barrios Polivalentes, 2; Barrios industriales, 3; Barrios dormitorio, 4; Barrios con amplios espacios libres no consolidados, 5; Barrios singulares, aquellos que el Ayuntamiento por especificidades de diferente índole presentan valores muy singulares y no pueden agruparlos en ninguna de las categorías anteriores, de este tipo existen siete barrios.

Seguidamente hemos tomado de cada barrio diferenciándolos: población, número de viviendas, densidad de población, viviendas por Ha., porcentaje de superficie dedicado a la industria y construcción, porcentaje de superficie dedicado al comercio minorista, a la banca, bares y restaurantes, y a otros servicios en general. Así como del Boletín Estadístico Municipal Nº 7, de Octubre del 87, la proporción de parados varones de 16 a 24 años, por distritos.

4.2.2.- Encuesta sobre características urbanísticas específicas.-

Las finalidades de esta encuesta son dos, la primera de ellas sería obviamente el estudio de características urbanísticas específicas de la vivienda y barrio del sujeto, y la segunda a nuestro juicio más importante, sería

el análisis de variables cualitativas, de carácter psicológico, respecto al ambiente físico, intentando captar la relación subjetiva del sujeto con su entorno.

Sobre un grupo más reducido de pacientes, que habían sido reconocidos los seis primeros meses de 1988, por haber alegado, y sido diagnosticados, de alguna de las enfermedades seleccionadas, se ha realizado una encuesta, cuyo formulario se expondrá seguidamente. Esta encuesta fué realizada en entrevista individual a lo largo de seis meses. Requiriéndose diferente tiempo para cada uno de ellos. Al enfermo se le iba preguntando sobre cada una de las cuestiones, en ocasiones se acudía a sus familiares en aquellos temas que desconocían, por ejemplo en datos objetivos de su casa como pueden ser dimensiones, propiedad o alquiler, etc.; prefiriéndose siempre que la entrevista fuese en solitario para evitar influencias.

En la encuesta analizamos en detalle variables tales como: lugar de nacimiento, años que vive en Madrid, con lo que pretendemos ver las posibles consecuencias del desarraigo. Con quién vive, estado civil, edad, si viven sus padres, si tienen hermanos, el grado de organización/desorganización familiar. Profesión del cabeza de familia, estudios realizados por este, profesión del encuestado, número de empleos de duración superior a los tres meses, horizonte vital cultural, laboral y familiar, etc. Con esta batería de cuestiones se pretende analizar el nivel socio-profesional del que proviene el individuo así

como su posible desclasamiento, debido o no a la enfermedad. Datos en torno a la patología que presenta tales como: diagnóstico de la OMS hasta un número de dos, duración de la enfermedad, si ha estado en tratamiento o no, si presenta trastornos de conducta o fracaso escolar, etc.

Luego viene otra batería de preguntas sobre datos urbanísticos, referentes ellas a los cambios de residencia en las distintas etapas de su vida, satisfacción con el barrio, ubicación de los amigos, etc. con las que se pretende ver el grado de movilidad, arraigo, etc, tanto suyo como de su familia.

Seguidamente incluimos una serie de preguntas subjetivas en las que se puede observar el grado de integración y satisfacción del enfermo con su barrio como son: clase social a la que pertenece el barrio, dotaciones escolares, comunicaciones, dotaciones sanitarias, comerciales, recreativas, etc, en las cuales, según el individuo estuviese más o menos satisfecho con su barrio tendía a sobrevalorarlos, y a la inversa.

Posteriormente se recogen datos concretos sobre su vivienda: régimen, tipo, dotaciones, con lo que se ubica al enfermo en un determinado grupo socio económico. Número de alturas del bloque, número de viviendas por piso, metros cuadrados de la vivienda, número de habitaciones, habitantes que la ocupan, para determinar el grado de hacinamiento, del barrio y de la propia familia.

Se optó preferentemente por un cuestionario con preguntas cerradas en su mayor parte, ya que la muestra no era demasiado numerosa, y aún así en aquellas cuestiones en que el número de variables es grande, no se alcanza una significación estadística.

El cuestionario en líneas generales cumplió sus objetivos, encontrándonos con sorpresas en algunos casos, en otros se confirma lo ya sabido. Es interesante en aquellos aspectos en que se analiza las características concretas del individuo así como el equipamiento de su vivienda, encontrándonos con indicadores de un gran valor estadístico, como puede ser el ascensor, el lavavajillas. etc.

4.2.3.-Cuestionario de características urbanísticas generales.-

A continuación se expone el cuestionario, en el que se consignaban los siguientes datos.

- 1º Número de identificación.
- 2º Primer Código de la OMS
- 3º Segundo Código de la OMS
- 4º Categoría Militar : Mozo, Recluta o Soldado
- 5º Índice dotación Centros Preescolares en el distrito
- 6º " " " EGB en el distrito
- 7º " " " BUP en el distrito
- 8º " " " Culturales en el

distrito

- 9º " " Cines en el distrito
- 10º " " Bibliotecas en el distrito
- 11º " " Centros de Ancianos en el

distrito

- 12º " " Instalaciones Deportivas del

distrito

- 13º " " Sanitaria del distrito
- 14º Número de habitantes del distrito
- 15º " " viviendas del distrito
- 16º Densidad de población del distrito
- 17º Número de viviendas por hectárea del distrito
- 18º Porcentaje de superficie dedicado a la
Industria y Construcción
- 19º Porcentaje de superficie dedicado al Comercio
Minorista
- 20º Porcentaje de superficie dedicado a la Banca
- 21º Porcentaje de superficie dedicado a Bares y
Restaurantes
- 22º Porcentaje de superficie destinado a
Servicios en general
- 23º Número de parados en el distrito
- 24º Número de habitantes del barrio
- 25º Número de viviendas del barrio
- 26º Densidad de población del barrio
- 27º Porcentaje de superficie dedicado al comercio
minorista en el barrio

28º Porcentaje de superficie dedicado a la banca en el barrio

29º Porcentaje de superficie dedicado a bares y restaurantes en el barrio

30º Porcentaje de superficie dedicado a servicios en general

4.3.2.- Cuestionario sobre características urbanísticas particulares.-

DATOS PERSONALES

1.- Nº de identificación

2.- Donde ha nacido Ud. 1 Madrid

2 Medio urbano

3 Medio rural

3.- Años que vive en Madrid

4.- Con quién vive

- Solo 1

- Con la familia 2

- Con amigos 3

- Pareja 4

- Solo con los hijos 5

5.- Estado civil

- Soltero 1

- Casado 2

- Viudo 3
- Divorciado 4

6.- Edad

7.- Viven sus padres

- Los dos 1
- Solo la madre 2
- Solo el padre 3
- Ninguno de los dos 4

8.- Tiene hermanos

- Si 1
- No 2

9.- Que lugar ocupa entre ellos

- Es el mayor 1
- Es el menor 2
- Tiene uno o más hermanos mayores sin ser el más pequeño 3

10.- Profesión del cabeza de familia

- Activos: Profesionales técnicos 1
- Personal directivo 2
- Personal administrativo 3
- Comerciantes y vendedores 4
- Trabajadores de los servicios 5
- Agricultura y campo 6
- Trabajadores de la producción 7
- Trabajadores no clasificados 8

Fuerzas Armadas y Policía	9
Servicios no cualificados	10
- No Activos: Paro	11
Jubilados	12
Rentistas	13
Labores del hogar	14
Otros (especificar)	15
11.- Estudios de la persona entrevistada	
- Ninguno	1
- Primarios	2
- FP1-EGB	3
- FP2-Completo	4
- Medios (Escuelas Técnicas)	5
- Superiores	6
12.- Profesión del entrevistado	
- Activos: Profesionales técnicos	1
Personal directivo	2
Personal administrativo	3
Comerciantes y vendedores	4
Trabajadores de los servicios	5
Agricultura y campo	6
Trabajadores de la producción	7
Trabajadores no clasificados	8
Fuerzas Armadas y Policías	9
Enseñanza	10

Peonaje y servicios no cualificados 11

- No Activo:

En paro -Búsqueda del primer empleo	12
-Paro	13
-Otros	14
Estudiante	15

13.- Número de empleos superiores a tres meses

HORIZONTE VITAL

14.- Cultural

- Considera finalizada su formación	1
- Espera alcanzar un nivel superior	2
- No sabe /no contesta	3

15.- Laboral

- Considera que ha alcanzado un adecuado nivel laboral	1
- Se prepara o proyecta alcanzar un nivel superior	2
- No sabe /no contesta	3

16.- Familiar

- Tiene proyectos de formar familia	1
- No tiene proyectos de formar familia	2
- No sabe /no contesta	3

17.- Grado de satisfacción con el trabajo

-Mucha	1
-Poca	2

-Nada 3

18.- Grado de satisfacción con los compañeros

-Mucha 1

-Poca 2

-Nada 3

19.- Tiempo invertido al lugar de trabajo, minutos

20.- Veces que realiza el recorrido diario

21.- Diagnóstico de la OMS - 1º

- 2º

22.- Duración de la enfermedad en meses

23.- Tratamiento - Ingresado 1

- No tratado 2

- Ambulatorios 3

23'.- Fracaso escolar - Si 1

- No 2

24.- Trastornos de conducta

- Conductas delictivas 1

- Hábitos Tóxicos 2

- Desajuste familiar/social 3

- Sin trastornos de conductas 4

- Combinaciones 5

DATOS URBANISTICOS

CAMBIOS DE RESIDENCIA

25.- Niñez

- No 1

- Si, en el mismo barrio 2
- Si, en otro barrio 3
- Si, de área rural 4
- Si, de área urbana 5

26.- Adolescencia

- No 1
- Si, en el mismo barrio 2
- Si, en otro barrio 3
- Si, de área rural 4
- Si, de área urbana 5

27.- Actualidad

- No 1
- Si, en el mismo barrio 2
- Si, en otro barrio 3
- Si, de área rural 4
- Si, de área urbana 5

28.- Grado de satisfacción con el barrio

- Mucha 1
- Poca 2
- Nada 3

29.- Ubicación de sus amigos en la niñez

- En el Bº 1
- Fuera del Bº 2
- En ambos 3
- No tenía 4

30.- Ubicación de sus amigos en la adolescencia

- En el Bº 1
- Fuera del Bº 2
- En ambos 3
- No tenía 4

31.- Ubicación de sus amigos en la actualidad

- En el Bº 1
- Fuera del Bº 2
- En ambos 3
- No tiene 4

32.- Atributos que más valora en un barrio

- La gente, amabilidad o buen trato 1
- La tranquilidad 2
- No delincuencia 3
- Zonas verdes 4
- Buenas comunicaciones 5
- Buenos servicios 6
- Ambiente, marcha 7
- Nada 8
- Otros 9
- No sabe, no contesta 10
- Limpieza 11

33.- Atributos que más valora en su barrio

- La gente, amabilidad o buen trato 1
- La tranquilidad 2
- No delincuencia 3
- Zonas verdes 4

-Buenas comunicaciones	5
-Buenos servicios	6
-Ambiente, marcha	7
-Nada	8
-Otros	9
-No sabe, no contesta	10
-La limpieza	11
34.- Distrito municipal de residencia	
35.- Características del barrio -UVA	1
-Chabolas	2
-Bloques	3
-Casas de pisos	4
-Chalets	5
-Combinaciones	6
36.- Actividad predominante del barrio	
-Industria	1
-Servicios	2
-Residencia	3
37.- A que clase social pertenece su barrio	
-Alta	1
-Media alta	2
-Media	3
-Media baja	4
-Baja	5
38.- Considera que su barrio posee colegios	

suficientes:

-Si	1
-No	2
-No sabe/no contesta	3

39.- Considera que su barrio esta comunicado

-Bien	1
-Mal	2
-No sabe/no contesta	3

40.- Considera su barrio dotado sanitariamente

-Bien	1
-Mal	2
-No sabe/no contesta	3

41.- Considera su barrio dotado en servicios sociales y de esparcimiento

-Bien	1
-Mal	2
-No sabe/no contesta	3

42.- Considera su barrio dotado en comercios

-Bien	1
-Mal	2
-No sabe/no contesta	3

COMUNICACIONES

43.- Metro: Si	1
No	2
No sabe, no contesta	3

44.- Autobuses:	Si	1	
	No	2	
	No sabe, no contesta	3	
45.- Oficina de Correos:	Si		1
	No		2
	No sabe, no contesta		3

EDUCACION

46.- Guarderías:	Si	1	
	No	2	
	No sabe, no contesta	3	
47.- EGB:	Si	1	
	No	2	
	No sabe, no contesta	3	
48.- Formación Profesional:			
	Si		1
	No		2
	No sabe, no contesta		3

SANITARIOS

49.- Ambulatorio de Medicina General:			
	Si		1
	No		2
	No sabe, no contesta		3
50.- Ambulatorio de Especialidades:			
	Si		1

	No	2
	No sabe, no contesta	3
51.- Casa de Socorro:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3

SERVICIOS SOCIALES Y DE ESPARCIMIENTO

52.- Iglesias Catolicas:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
53.- Otras Confesiones:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
54.- Clubs Deportivos:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
55.- Clubs de Tercera Edad:		
	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
57.- Otros clubs:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
58.- Cines:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3

59.- Teatros:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
60.- Bares:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
61.- Discotecas:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
62.- Jardines:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
63.- Parques:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3

COMERCIOS

64.- Mercado Central:	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3
65.- Galerías de Alimentación:		
	Si	1
	No	2
	No sabe, no contesta	3

66.- Minoristas de Alimentación:

Si	1
No	2
No sabe, no contesta	3

67.- Hipermercado: Si 1

No 2

No sabe, no contesta 3

68.- Pequeño comercio: Si 1

No 2

No sabe, no contesta 3

69.- Grandes Almacenes: Si 1

No 2

No sabe, no contesta 3

DATOS DE LA VIVIENDA

70.- Régimen -Propiedad 1

-Alquilada 2

71.- Tipo -Unifamiliar 1

-Chabola 2

-Prefabricadas 3

-Bloque 4

72.- Número de alturas del bloque

73.- Número de viviendas por pisos

74.- Ascensor -Si 1

-No 2

-Blanco y negro 2

88.- Video: Si 1

No 2

89.- Aire acondicionado: Si 1

No 2

90.- Coche -Ninguno 1

-Uno 2

-Dos 3

-Más de dos 4

91.- Que características de la vivienda
apreciaba más en la niñez

-Luz 1

-Espacio 2

-Buena construcción 3

-La situación 4

-Hogar familiar 5

-Su dormitorio 6

-Lugar donde ve tele, reunión... 7

-Ninguna 8

-Patio 9

-Otras 10

-No sabe, no contesta 11

93.- Que características de la vivienda
apreciaba más en la adolescencia

-Luz	1
-Espacio	2
-Buena construcción	3
-La situación	4
-Hogar familiar	5
-Su dormitorio	6
-Lugar donde ve tele, reunion...	7
-Ninguna	8
-Patio	9
-Otras	10
-No sabe, no contesta	11

94.- Que características de la vivienda
aprecia más en la actualidad

-Luz	1
-Espacio	2
-Buena construcción	3
-La situación	4
-Hogar familiar	5
-Su dormitorio	6
-Lugar donde ve tele, reunion...	7
-Ninguna	8
-Patio	9
-Otras	10
-No sabe, no contesta	11

95.- Que características de la vivienda
valoraba menos en la niñez

-Estrechez	1
-Oscuridad	2
-Mala construcción	3
-El vecindario	4
-La antigüedad	5
-Nada, le gusta todo	6
-No le gusta nada	7
-Fría	8
-Otras	9
-No sabe, no contesta	10

96.- Que características de la vivienda valoraba menos en la adolescencia

-Estrechez	1
-Oscuridad	2
-Mala construcción	3
-El vecindario	4
-La antigüedad	5
-Nada, le gusta todo	6
-No le gusta nada	7
-Fría	8
-Otras	9
-No sabe, no contesta	10

97.- Que características de la vivienda valora menos en la actualidad

-Estrechez	1
-Oscuridad	2

-Mala construcción	3
-El vecindario	4
-La antigüedad	5
-Nada, le gusta todo	6
-No le gusta nada	7
-Fría	8
-Otras	9
-No sabe, no contesta	10

98.- Que echaba en falta en la niñez

99.- Que echaba en falta en la adolescencia

100.- Que echa en falta en la actualidad

4.4.-Análisis estadístico.

Las respuestas a los cuestionarios, así como los diagnósticos y datos demográficos, fueron convenientemente codificados para su posterior tratamiento estadístico.

En el caso del cuestionario sobre características urbanísticas generales el procedimiento fué el siguiente, se introdujeron dos ficheros en el ordenador, en uno de ellos iba el número de identificación del individuo, códigos de la OMS, códigos del distrito y barrio de residencia, y categoría militar. En un segundo fichero figuraban los datos poblacionales y urbanísticos de cada distrito y barrio, que constituían una base de datos, que

servían para asignarle a cada sujeto los datos correspondientes a las variables analizadas en su distrito o barrio. Se exponen a continuación unos ejemplos de las hojas utilizadas como para anotar esta información, que luego era transferida al ordenador.

El estudio estadístico fué realizado por el CIBEST, Centro de Estudios Bioestadísticos, dirigido por el Prof. D. José Luís Carrasco de la Peña, que se encontraba ligado por entonces con el Hospital Militar Central Gómez Ulla mediante un convenio de cooperación científica.

Los estudios fueron realizados mediante el programa estadístico SIGMA, elaborado por el Prof. Carrasco de la Peña, y constan en primer lugar de una estadística descriptiva, y en segundo lugar de un análisis multivariable, utilizándose métodos de regresión múltiple, fijándose la significación estadística de las diferencias para $p < 0.05$.

CAPITULO 5º

RESULTADOS

5.0.- RESULTADOS

Como paso previo debemos señalar que las tasas de incidencia, que vienen definidos por el número de nuevos casos en el periodo de un año, por cada 100.000 habitantes, no han podido ser determinadas, al no poder tener controlada la población de la muestra, desde el punto de vista sanitario, durante un año, ya que un gran número de ellos fueron estudiados durante un reconocimiento pericial desconociéndose su evolución posterior. La prevalencia se ha determinado en un sentido más genérico que el ortodoxamente epidemiológico, de número de enfermos por cada 100.000 habitantes, utilizándose para ello las tasas de morbilidad relativa de las diferentes enfermedades mentales.

5.1.-Encuesta sobre características urbanísticas generales.-

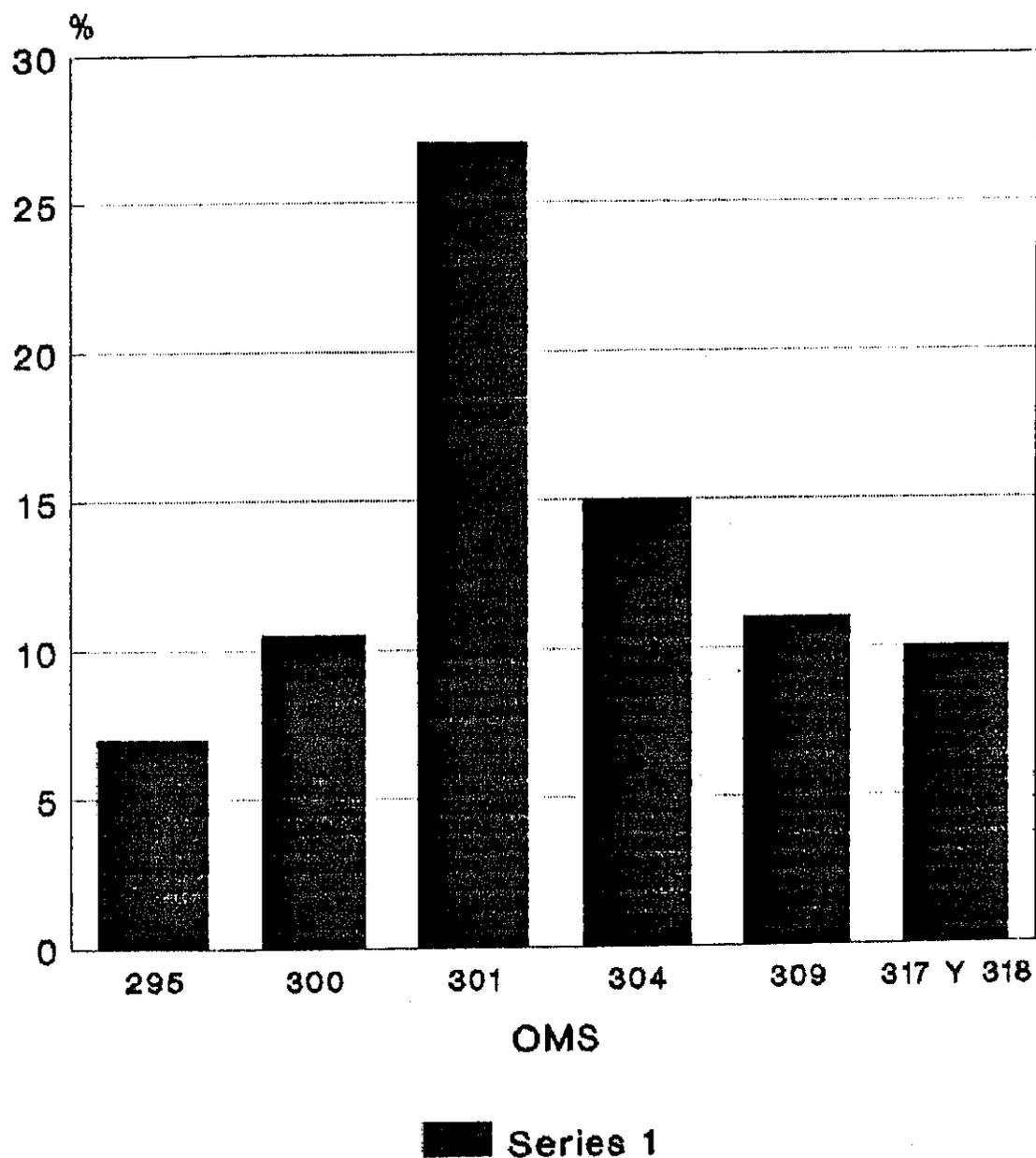
5.1.1.- Distribución de los trastornos en la muestra.-

Como habíamos expuestos anteriormente el número de encuestados es de 1.147, todos ellos tratados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central Gómez Ulla, por causa psiquiátrica.

En la Gráfica 1 y 2, se exponen los porcentajes relativos de las enfermedades estudiadas, que merece comentarse con un cierto detenimiento, puesto que es un

PRIMER DIAGNOSTICO OMS

PROPORCION RELATIVA ENFERMEDADES

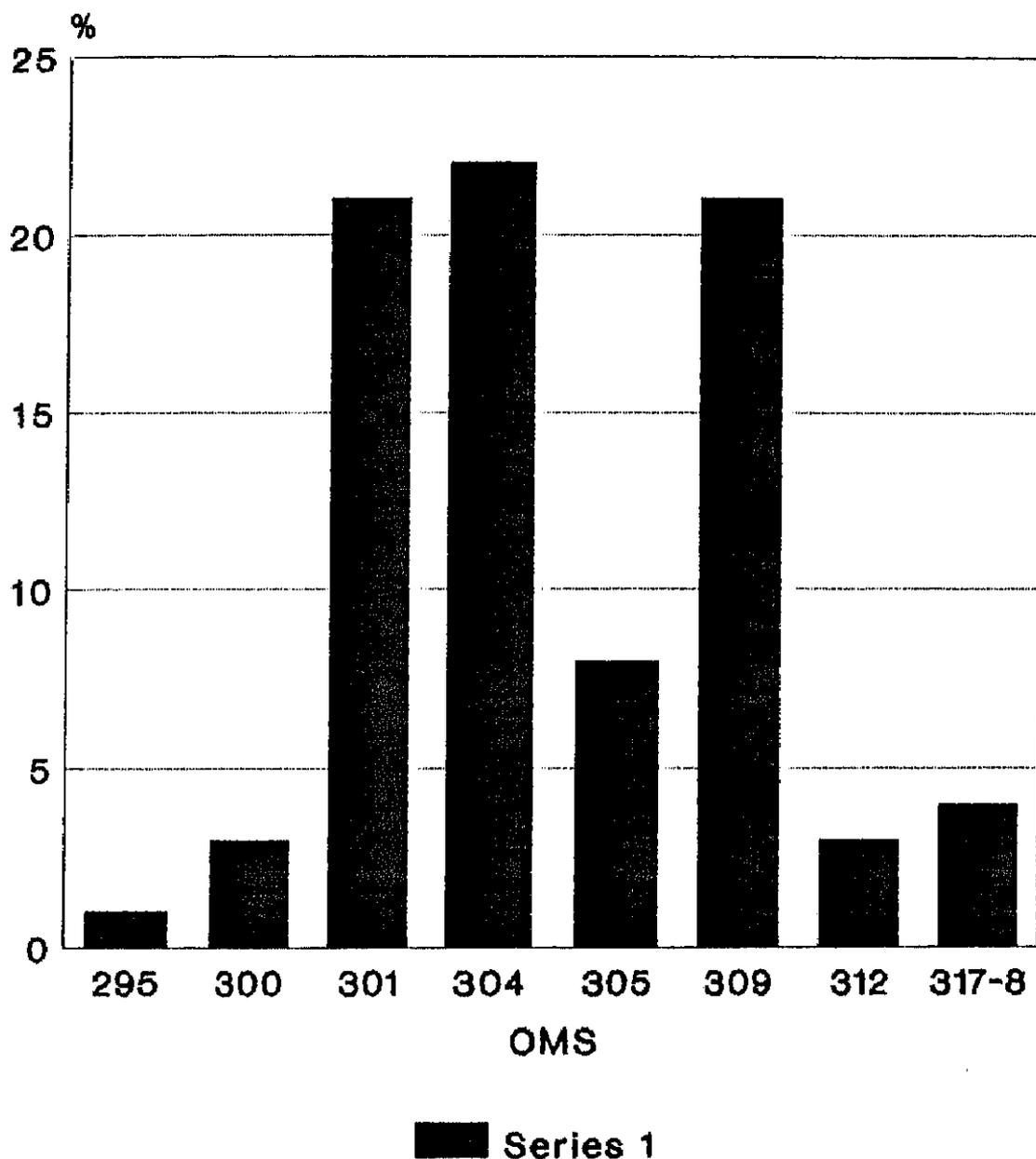


N=1.147

Fig.1.- Porcentaje relativo de los primeros diagnosticos , segun la OMS, en los 1.147 pacientes estudiados.

SEGUNDO DIAGNOSTICO OMS

DIAGNOSTICO ASOCIADO



I-387

Fig.2.- Porcentajes relativos de los segundos diagnosticos segun la OMS, en los 387 casos en que existia un diagnostico asociado.

retrato de las tasas de patología psiquiátrica a esas edades, que experimenta una variación según los cambios sociales, según la tolerancia social, y según las tendencias psiquiátricas del momento. Comparativamente a las estadísticas de los años 60 y 70, que figuran en diversos trabajos publicados por los psiquiatras militares, Larrea y cols, 1986, Llaquet y Larrea, 1980 y 1984, etc, se aprecia un incremento muy marcado de los trastornos de personalidad, OMS 301, que alcanza el máximo porcentaje, con un 26,2 %, seguidos las toxicofilias, OMS 304, 15,2%, y trastornos de adaptación, OMS 309. Se asiste por lo tanto a un incremento de los trastornos psiquiátricos de carácter más sociogénico, que reflejan los problemas de cambio social, de desarraigo, de anomia, y en definitiva de crisis de valores de una sociedad. La esquizofrenia, OMS 295, que puede servirnos como testigo, ya que por su carácter endógeno no está significativamente influida por las circunstancias sociales señaladas, permanece en similares valores absolutos a los de otras décadas, aunque su porcentaje relativo se ve disminuido por el aumento de otras patologías.

En 387 de los casos estudiados había una asociación de varios diagnósticos psiquiátricos, habiéndose anotado el segundo diagnóstico de la OMS, para investigar la posible ligazón entre enfermedades. Este segundo diagnóstico de la OMS, no se ha tenido en cuenta a la hora de analizar la relación entre las diversas variables, y únicamente

señalaremos que el 2º diagnóstico más frecuentemente asociado es el de toxicofilia, OMS 304, en 86 casos, seguido de los trastornos de personalidad, OMS 301, 85 casos, y trastornos de adaptación, OMS 309, 82 casos. Estos datos ponen de manifiesto de una parte el importantísimo problema de la toxicofilia, que no solo es por sí misma una fuente de patología, sino que contamina otros cuadros psiquiátricos, agravándolo, siendo relativamente frecuente el sujeto neurótico, que además se droga, e incluso el esquizofrénico con drogadicción añadida, y a la que han sido impulsados muchas veces por el proselitismo de los toxicómanos con los que conviven en los hospitales. De otra parte los dos restantes diagnósticos citados, van a reflejar en definitiva las dificultades de adaptación al medio civil en unos casos, y al medio militar en otros, posiblemente en relación con factores educativos, y de maduración afectiva, que dan como resultado sujetos muy dependientes, con baja tolerancia a la frustración, y escasa capacidad para superar dificultades y adaptarse.

5.1.2.- Distribución de los trastornos en los distritos estudiados.-

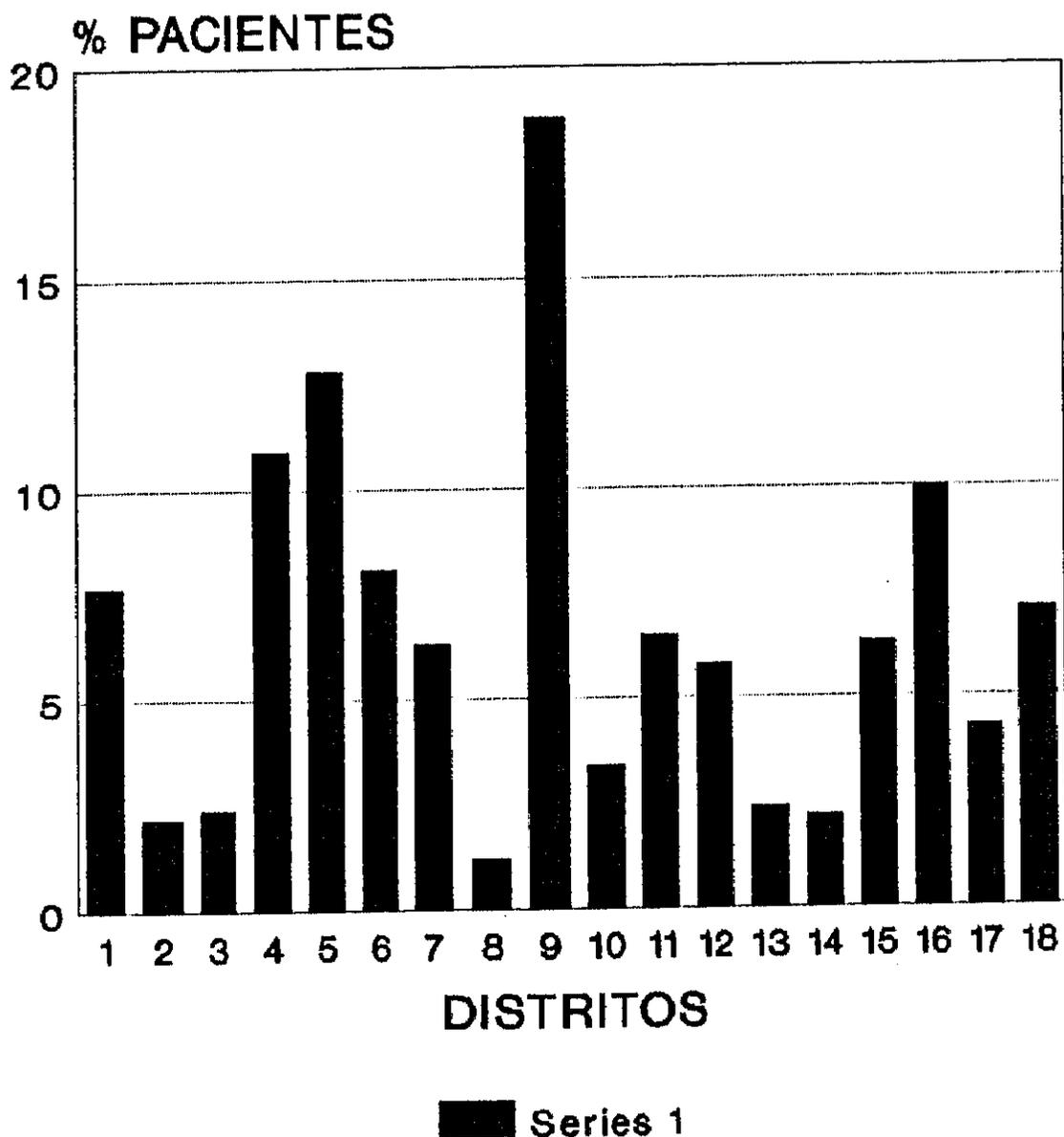
Para cada distrito estudiado se ha obtenido el número total de pacientes afectos de los trastornos psiquiátricos seleccionados, y el número de pacientes de cada uno de esos trastornos, calculándose su porcentaje relativo respecto al total de pacientes del distrito

expresándose en gráficas para cada diagnóstico de la OMS.

Comenzaremos por la esquizofrenia, que es la enfermedad mental mas genuina, OMS 295, cuya distribución en los diferentes distritos expresada en porcentajes relativos, aparece representada en el diagrama en barras de la Grafica 3, encontrándonos que se distribuye de forma homogénea por los diferentes barrios, con porcentajes que oscilan entre el 11 y 5%, con pequeñas desviaciones como la correspondiente al distrito 9, en que alcanza la cifra del 18,8 %, que puede no ser significativa dado que es el barrio con una cifra más baja de pacientes, 32. Esta distribución geográfica de la enfermedad está de acuerdo con las teorías actualmente admitidas, que postulan un origen endógeno de la misma, siendo escasamente influible por circunstancias del entorno físico, o por factores de índole psicosocial. Mapa 1.

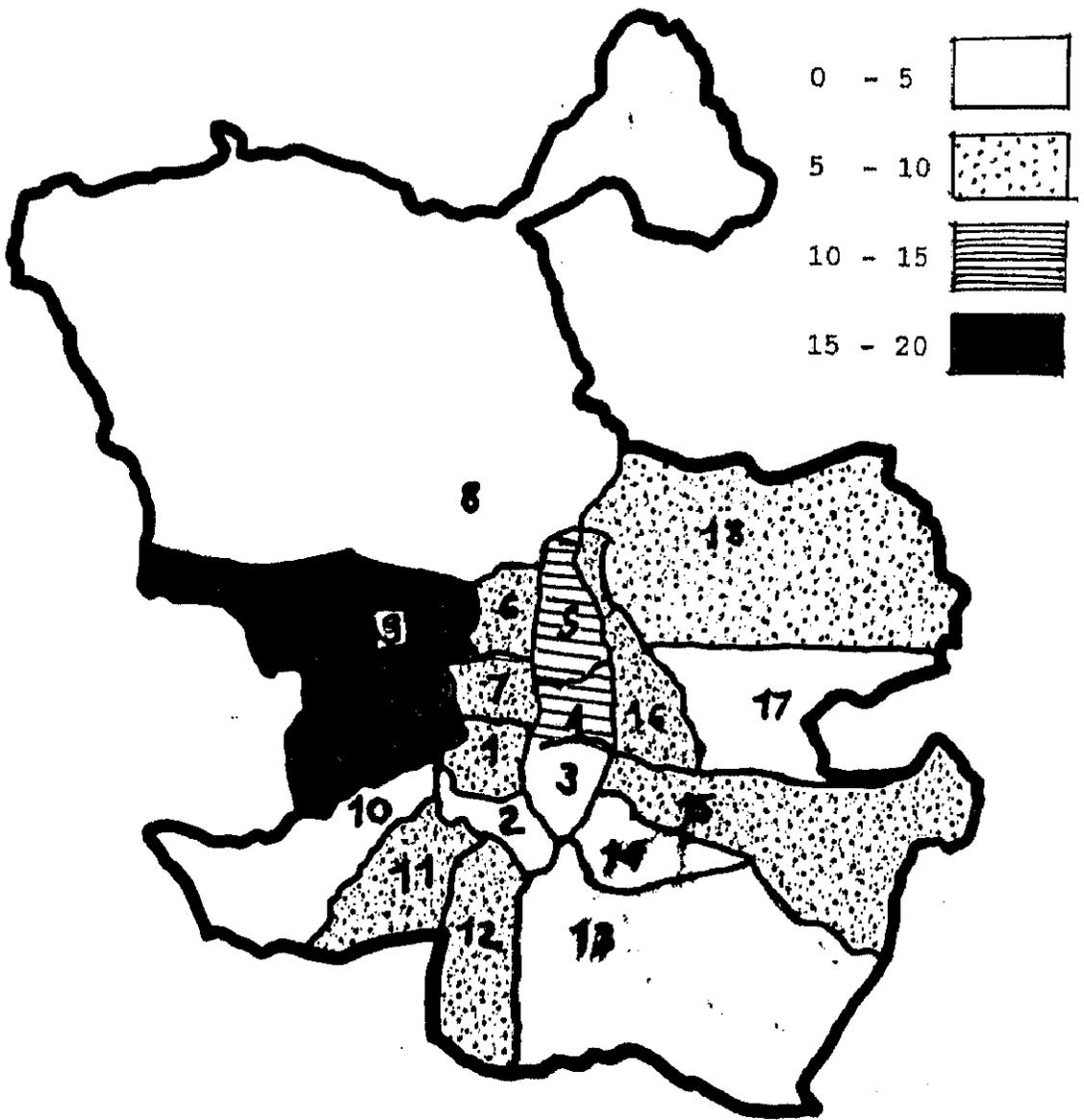
Los trastornos de ansiedad, OMS 300, aparecen en la Gráfica 4, que expresan en diagramas en barras los porcentajes de este trastorno en los diferentes distritos. Por contraste a lo apreciado en el caso de la esquizofrenia, aquí la distribución no es homogénea, alcanzando en algunos distritos, como el 2, 3 y 7, porcentajes en torno al 20%, en tanto que en otros distritos, como el 1, 12, y 13, no alcanza el 5%. Bajo este epígrafe se incluyen los trastornos conocidos anteriormente como neurosis, de etiología fundamentalmente vivencial, y de más fácil expresión en alguna de sus formas

% PACIENTES DISTRITO ESQUIZOFRENIA. OMS 295



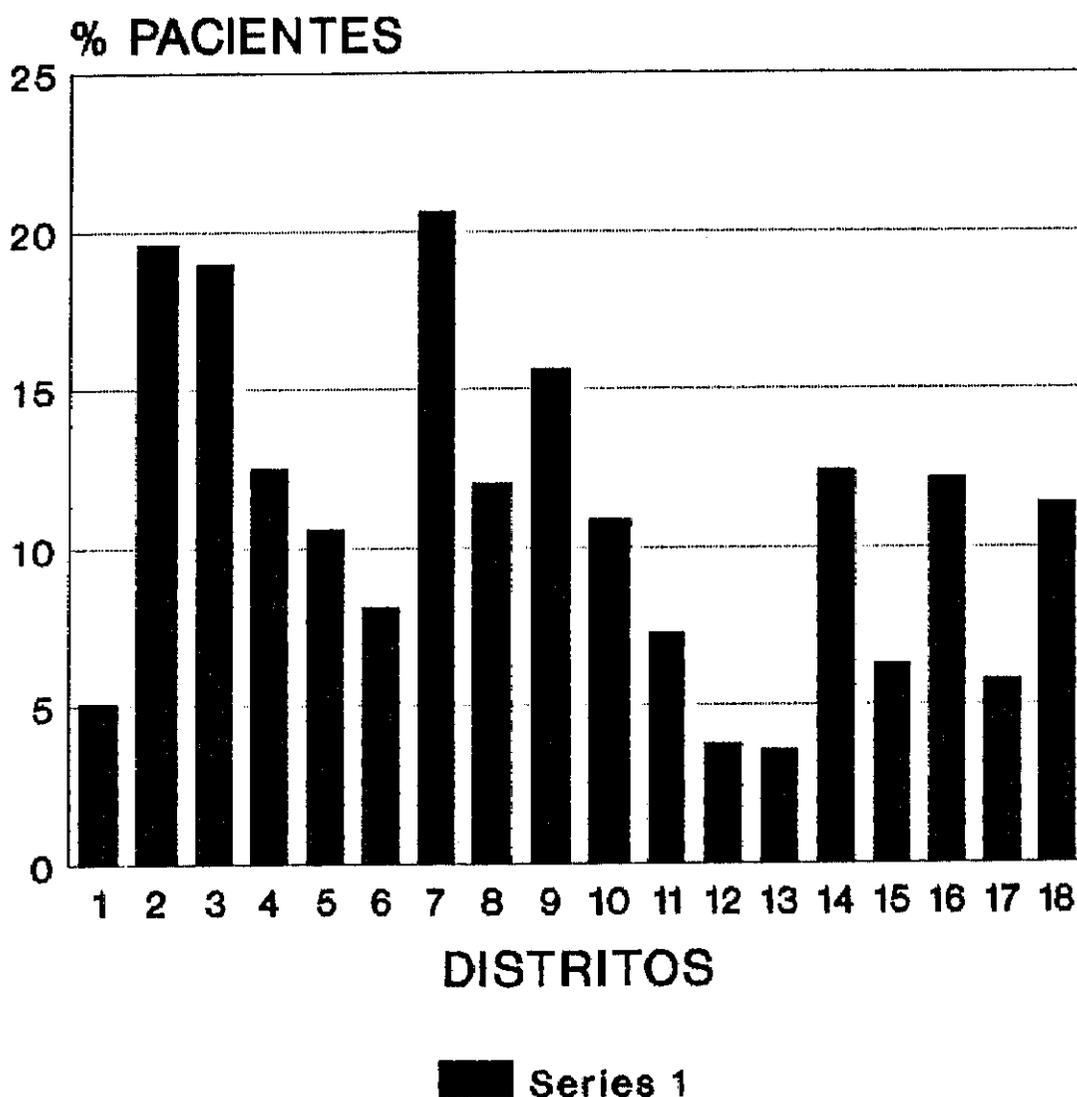
N=1.147 PACIENTES

Fig.3.- Porcentaje relativo de pacientes esquizofrenicos, sobre el total de pacientes psiquiatricos ingresados de cada uno de los distritos municipales señalados.



Mapa 1.- Distribución en porcentajes de los esquizofrénicos, OMS 295, en los diferentes distritos, respecto al total de pacientes ingresados por los trastornos psiquiátricos estudiados. N=1147.

% PACIENTES DISTRITO TRASTORNOS DE ANSIEDAD OMS 300



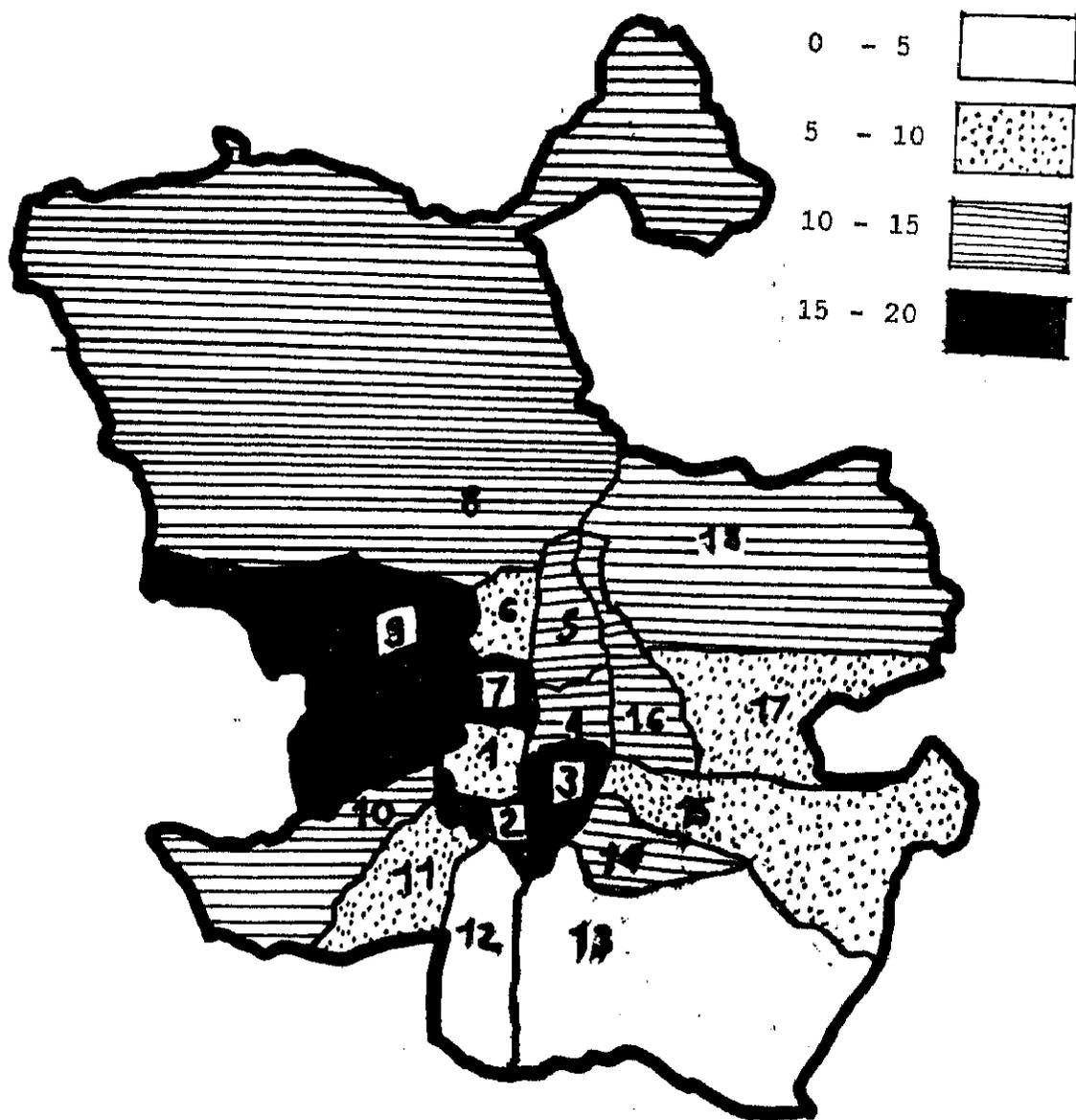
N=1.147 PACIENTES

Fig. 4.- Porcentaje relativo de pacientes con trastornos de ansiedad, sobre el total de pacientes psiquiatricos ingresados de cada uno de los distritos municipales.

en determinadas clases sociales, por lo que no debe extrañarnos su distribución desigual por barrios, y como veremos posteriormente su proporción inversa a los trastornos de personalidad, y toxicofilias. Mapa 2.

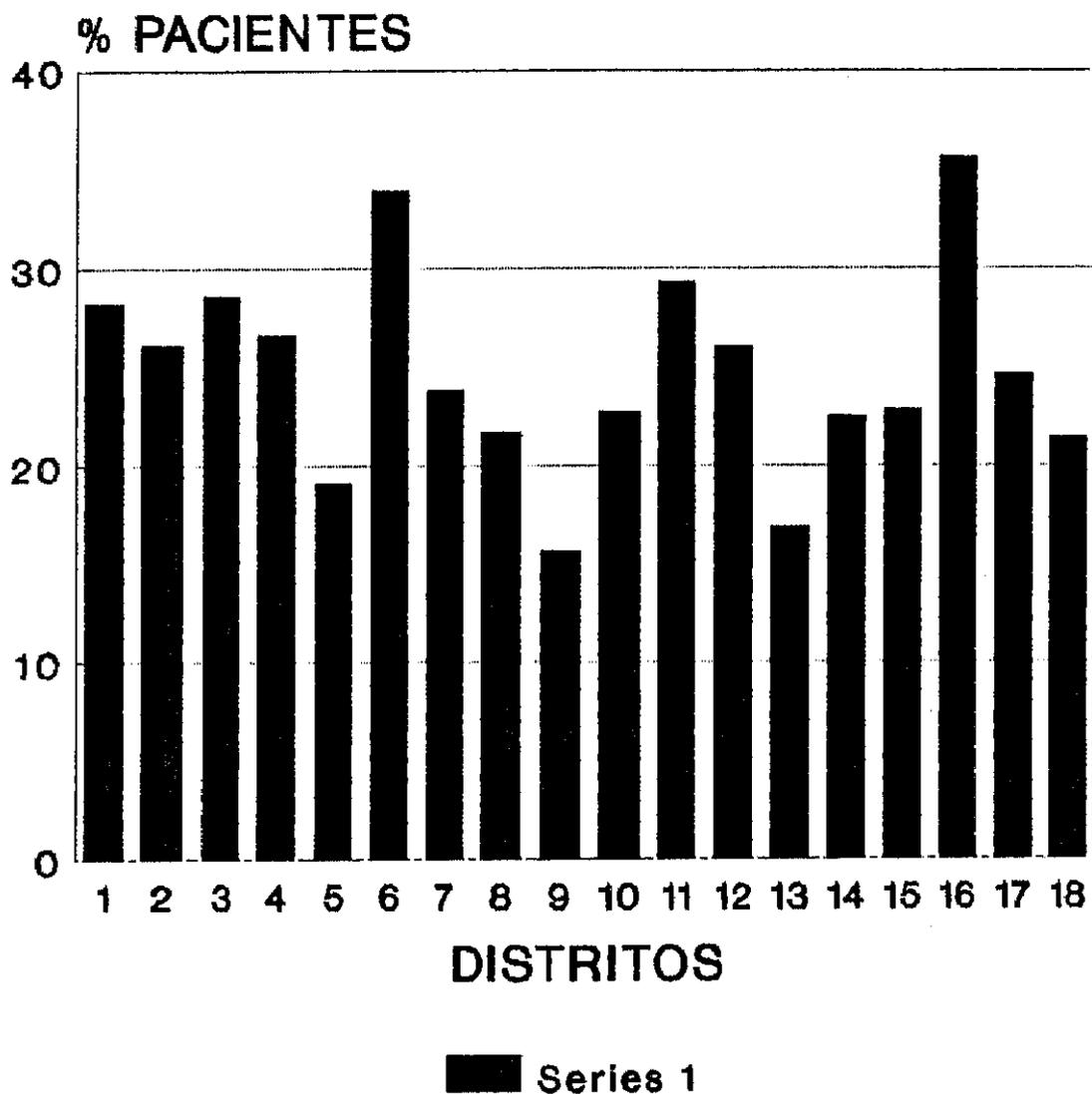
Los trastornos de personalidad, OMS 301, son un verdadero cajón de sastre, en el que se incluyen desde los clásicos trastornos de personalidad, tales como la personalidad esquizoide, insegura, sensitiva, neurótica, obsesiva etc, a los trastornos de carácter psicopático, anteriormente conocidos como personalidades psicopáticas, o psicópatas. No es de extrañar por lo tanto que su distribución sea reactivamente homogénea en todos los distritos, con porcentajes que oscilan entre el 20 y el 30%, gráfica 5, con una proporción mínima en el barrio 9, 15,6%, y una proporción máxima en los barrios 6 y 16, 33,1 y 35,6% respectivamente. Mapa 3.

Los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, OMS 304, cuyos resultados se exponen en la gráfica 6, muestran claramente que la distribución de este trastorno no es homogénea, siendo evidente la existencia de marcadas diferencias entre los diferentes distritos. En tres de ellos, el 8, 9, y 14, la proporción de estos trastornos respecto al total de trastornos psicológicos estudiados del barrio, es marcadamente alta, con porcentajes del 26,5, 28,1, y 24,1% respectivamente, en tanto que en otros distritos, 2, 3, 4 y 7, la proporción de estos trastornos no supera el 6%, lo que sugeriría una



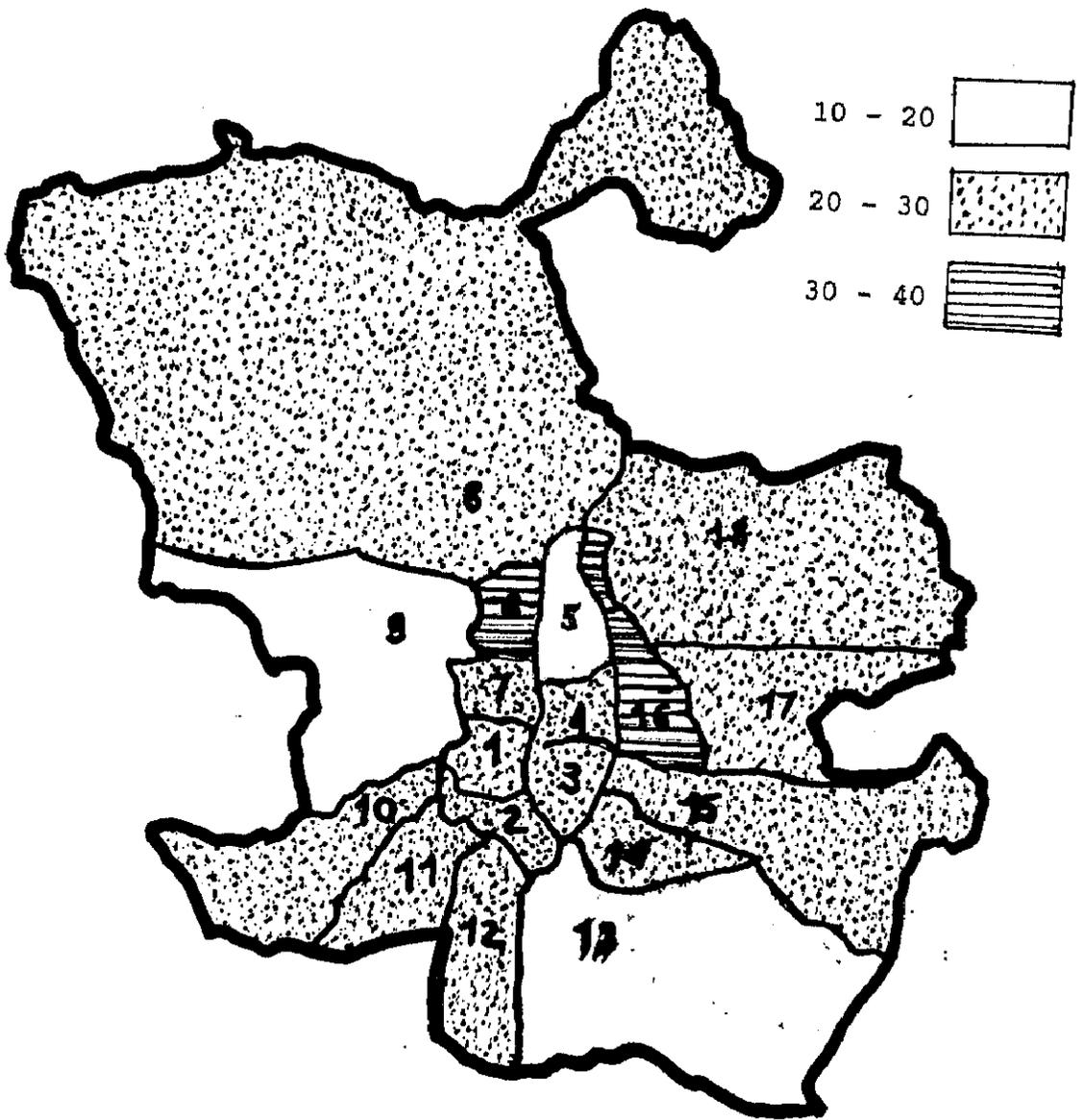
Mapa 2.- Distribución en porcentajes de los pacientes con trastornos de ansiedad, OMS 300, en los diferentes distritos, respecto al total de pacientes ingresados por los trastornos psiquiátricos estudiados. N=1147.

%PACIENTES DISTRITO TRASTORNO DE PERSONALIDAD OMS 301



N=1.147 PACIENTES

Fig.5.-Porcentaje relativo de pacientes con trastornos de personalidad, sobre el total de pacientes psiquiatricos ingresados de cada uno de los distritos municipales.

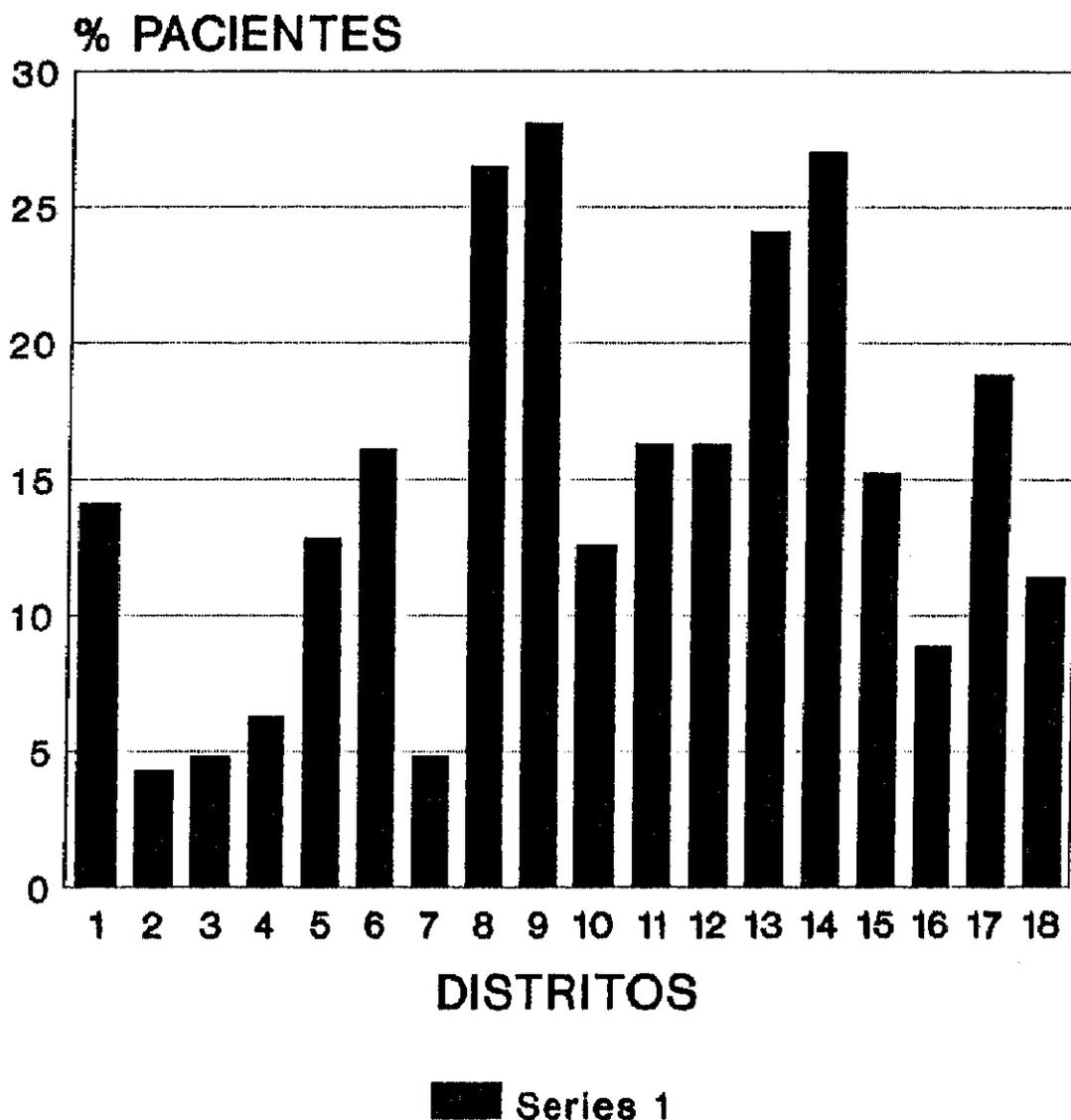


Mapa 3.- Distribución en porcentajes de los pacientes con trastornos de personalidad. OMS 301, en los diferentes distritos, respecto al total de pacientes ingresados por los trastornos psiquiátricos estudiados. N=1147.

% PACIENTES DISTRITO

TRASTORNOS POR USO DE

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. OMS 304



N=1.147 PACIENTES

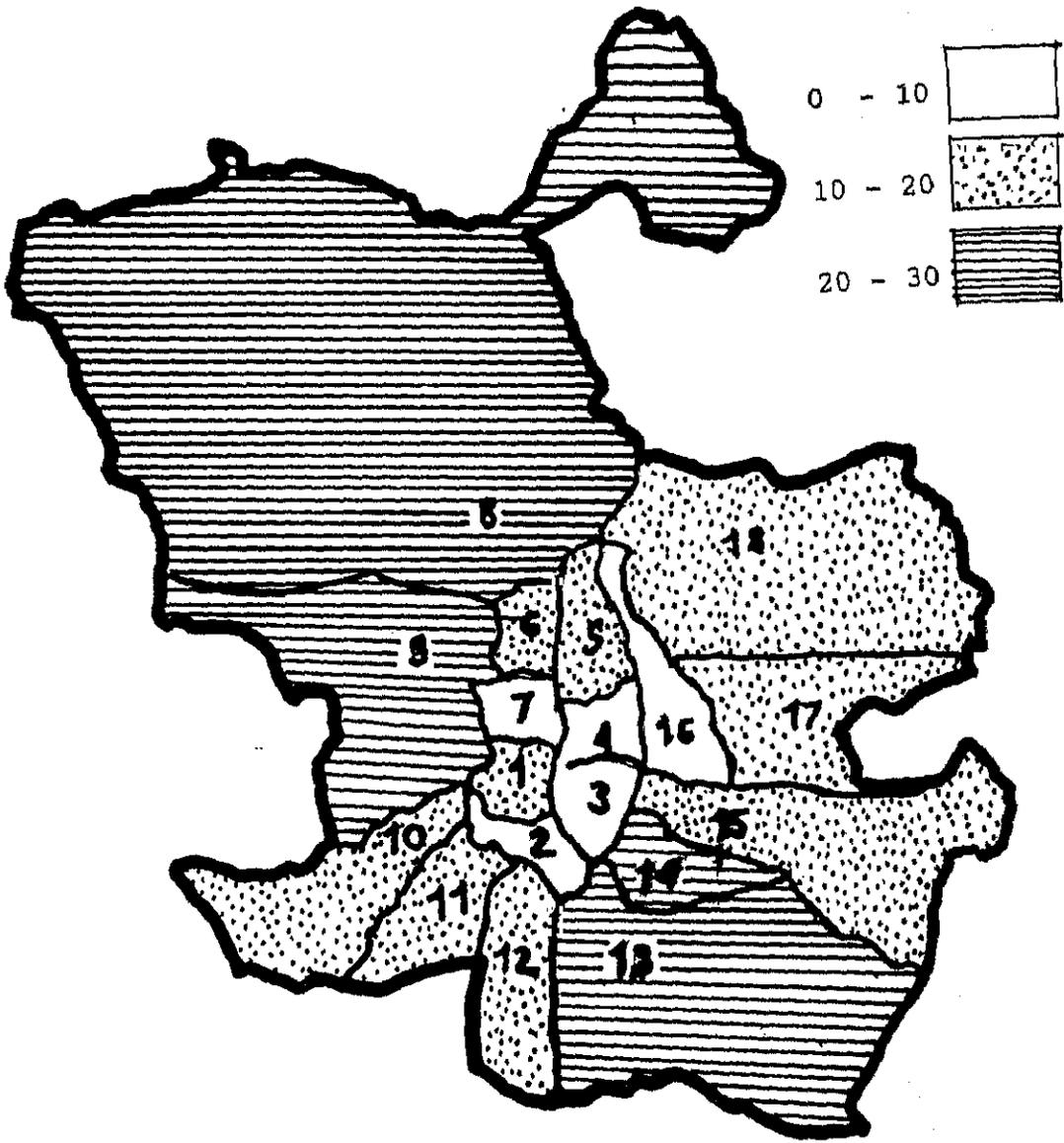
Fig.6.-Porcentaje relativo de pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas, sobre el total de pacientes ingresados de cada uno de los distritos municipales.

fuerte relación de la drogadicción con determinadas características del distrito, que será analizada en la discusión. Mapa 4.

Respecto a los trastornos adaptativos, OMS 309, lo más llamativo es la baja proporción de este trastorno en alguno de los distritos, 1, 3, 5, 14 y 16, con porcentajes en torno al 5 %, expuestos en la gráfica 7. Su significación será analizada en la discusión, y aquí únicamente apuntaremos, el hecho de que se trata de un trastorno transitorio, sin los rasgos de permanencia de los restantes trastornos estudiados, y que por otra parte es un trastorno que aparece frecuentemente asociado como segundo diagnóstico de la OMS. Mapa 5.

En cuanto al déficit intelectual, OMS 317 y 318, el motivo de su inclusión en el estudio fué su utilización como grupo testigo, ya que en principio, y en un país con el grado de desarrollo del nuestro, no deberían existir diferencias significativas ligadas a factores medioambientales. Los resultados están expuestos en la gráfica 8, apareciendo diferencias significativas entre los diferentes distritos, que a nuestro juicio se deben fundamentalmente a sesgos en la muestra de estos trastornos, que serán analizados con detalle en la discusión. Mapa 6.

5.1.3.-Comparación de la distribución de la esquizofrenia, OMS 295, y trastornos por uso de sustancias

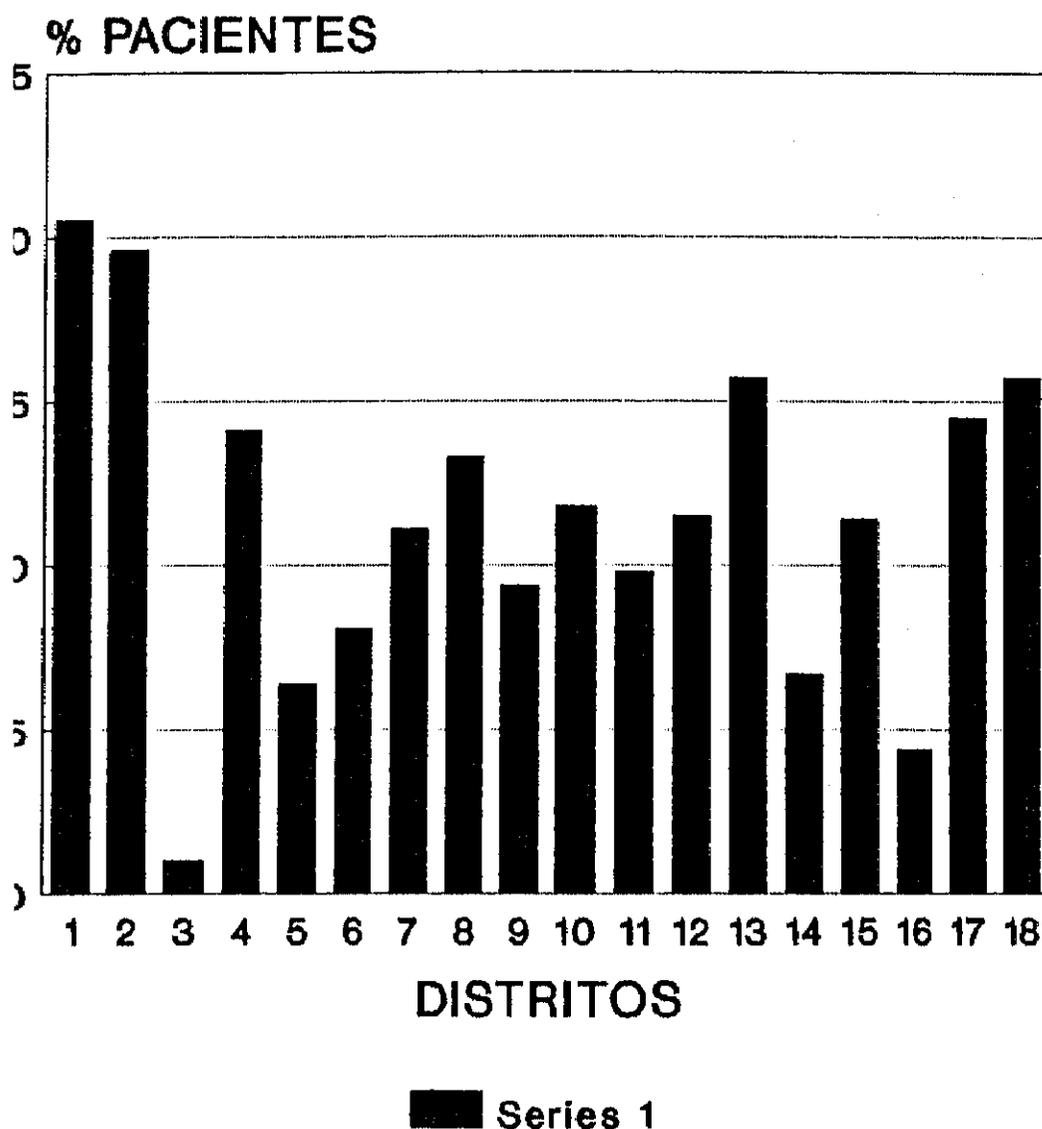


Mapa 4.- Distribución en porcentajes de los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas, OMS 304, en los diferentes distritos, respecto al total de pacientes ingresados por los trastornos psiquiátricos estudiados. N=1147.

% PACIENTES DISTRITO

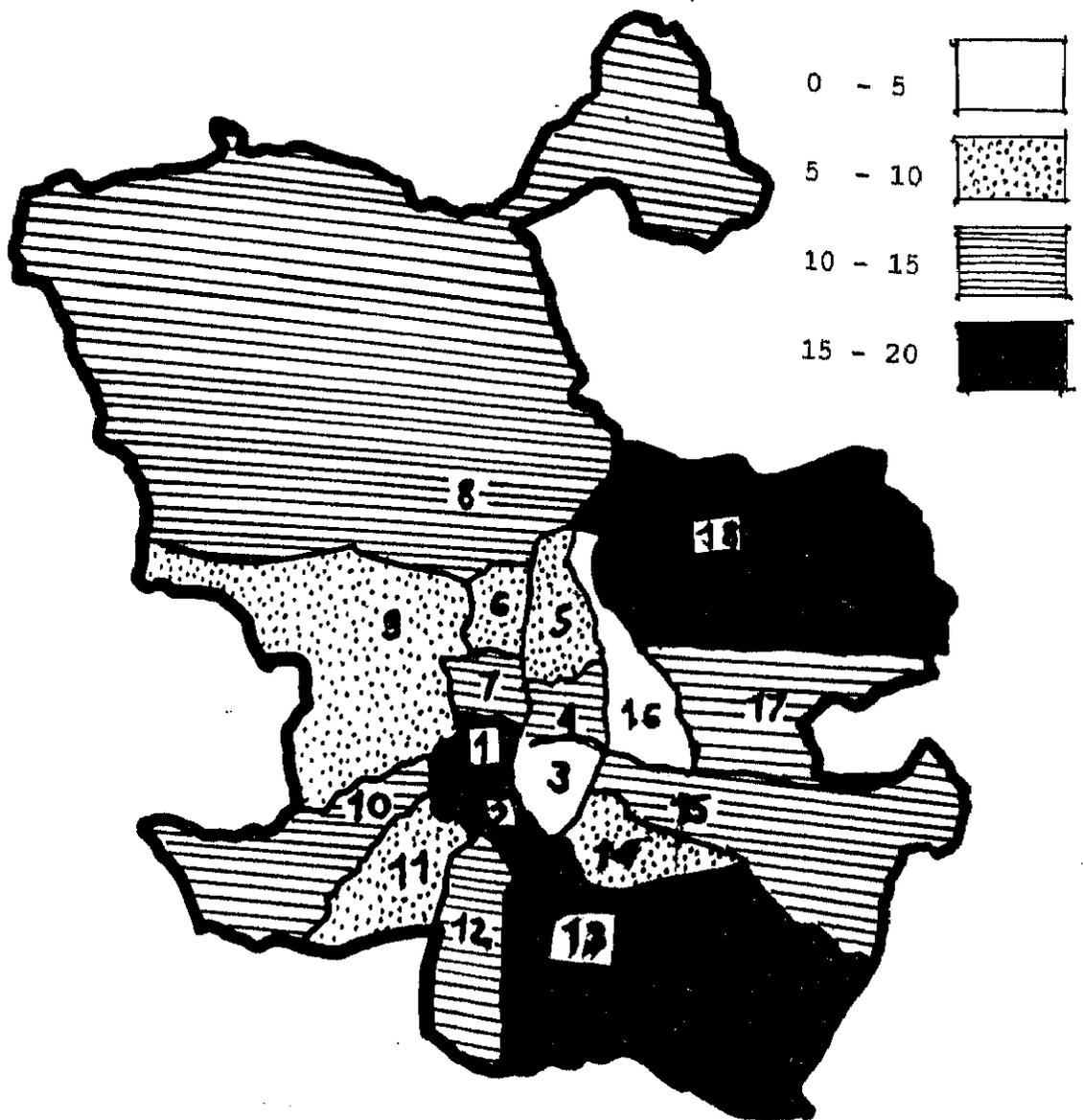
TRASTORNOS DE ADAPTACION

OMS 309



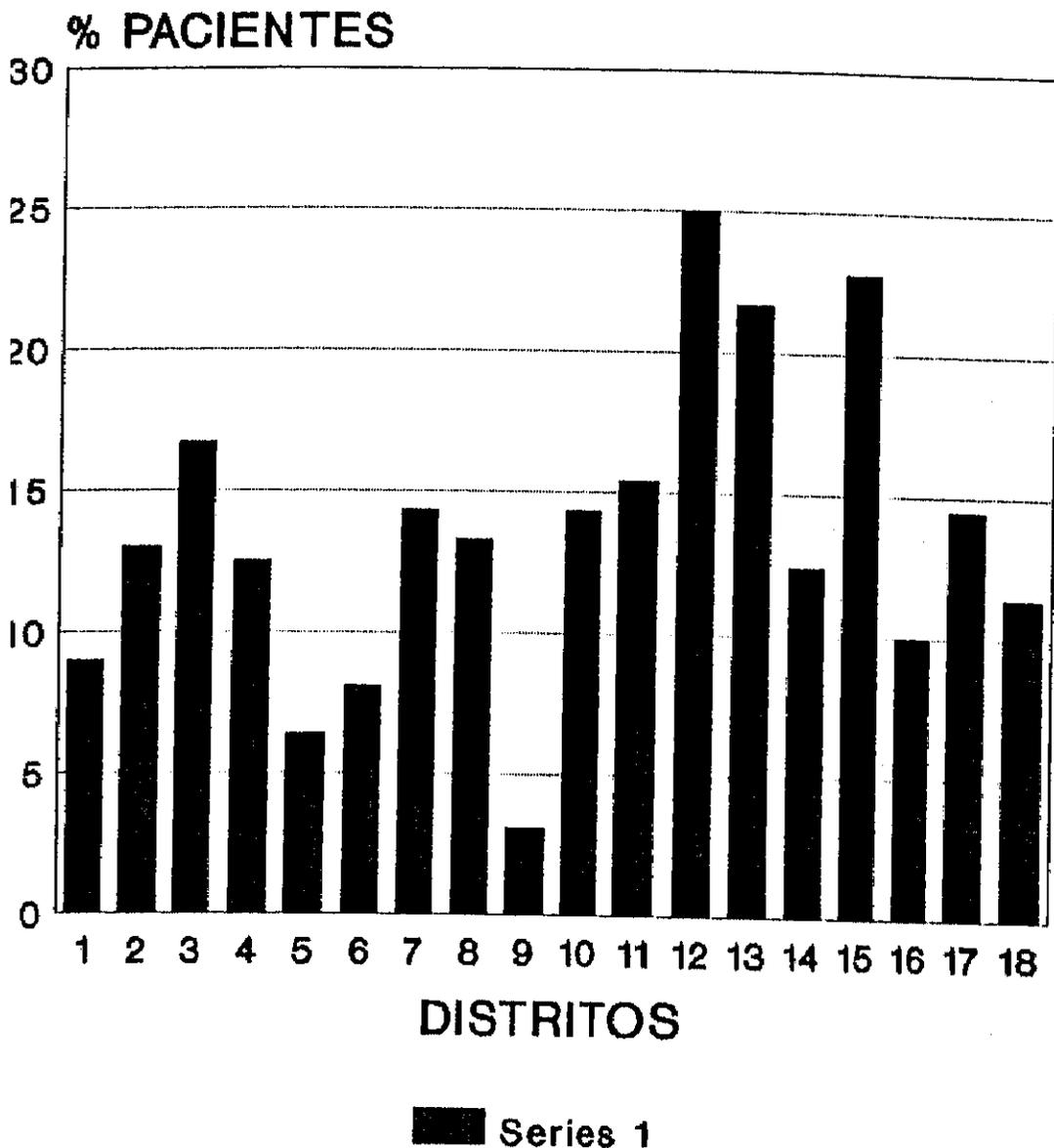
.147 PACIENTES

Fig.7.- Porcentaje de pacientes con trastornos de adaptacion, sobre el total de pacientes ingresados de cada uno de distritos municipales.



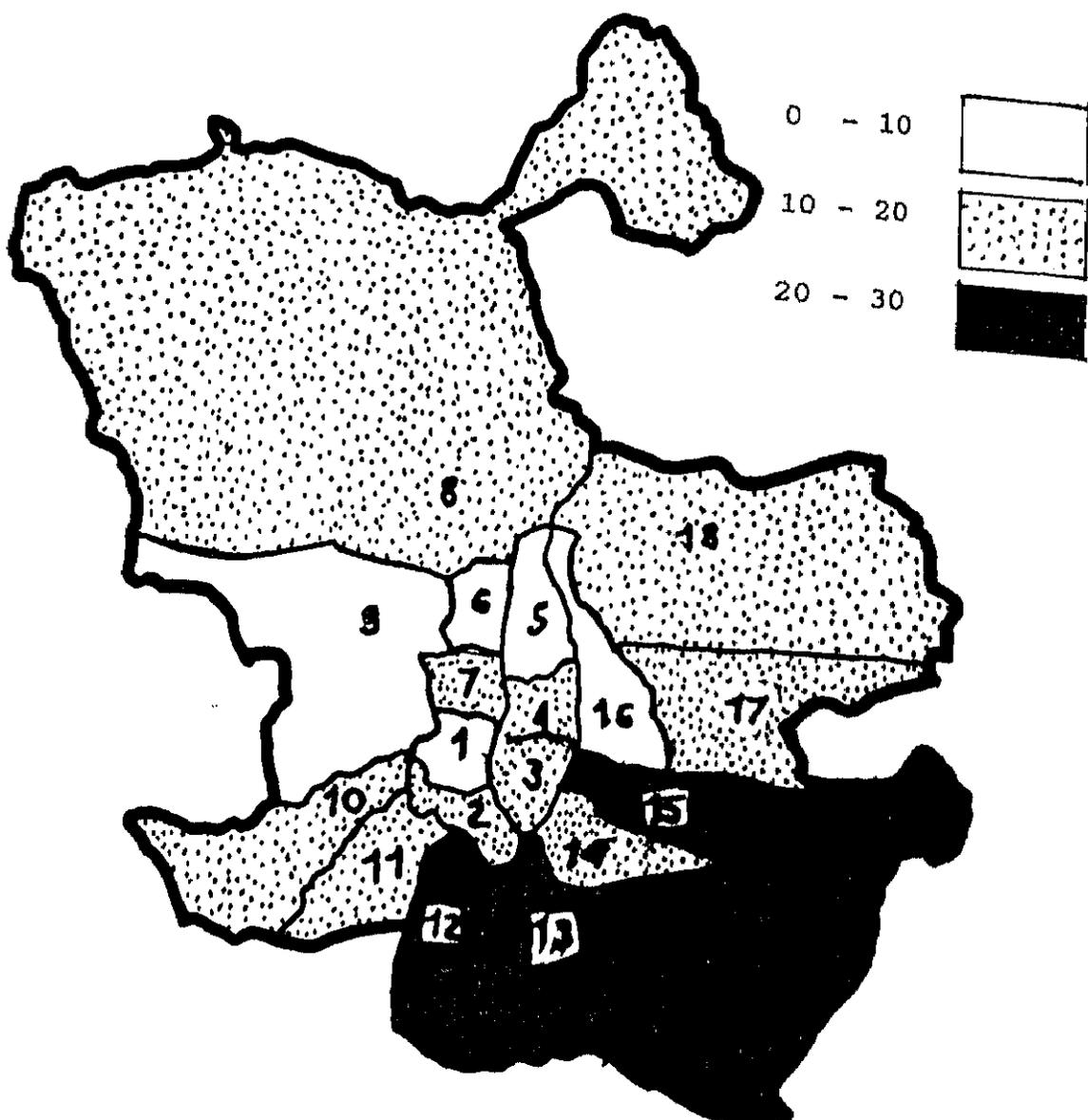
Mapa 5.- Distribucion en porcentajes de los pacientes con trastornos de adaptacion, OMS 309, en los diferentes distritos, respecto al total de pacientes ingresados por los trastornos psiquiatricos estudiados . N= 1147.

%PACIENTES DISTRITO RETRASO MENTAL. OMS 317 Y 318



1.147 PACIENTES

Fig.8.- Porcentaje de pacientes con retraso mental, sobre total de pacientes psiquiatricos ingresados de cada uno de los stritos municipales.



Mapa 6.- Distribución en porcentajes de los pacientes con déficit intelectual. OMS 317 y 318, en los diferentes distritos, respecto al total de pacientes ingresados por los trastornos psiquiátricos estudiados. N=1147.

psicoactivas, OMS 304, en los diferentes distritos.-

Tanto la esquizofrenia, como las toxicofilias, constituyen dos trastornos tipo desde el punto de vista etiopatogénico, la primera de una causalidad fundamentalmente endógena escasamente influible por circunstancias ambientales, y las segundas de un trastorno muy ligado a factores sociológicos y ambientales. Por eso las hemos reunido en las mismas gráficas, 9 y 10, pudiendo extraerse de su análisis varias conclusiones, la primera de ellas, es que por desgracia la drogadicción supera en proporción prácticamente en todos los distritos a la esquizofrenia, que es el trastorno psiquiátrico más genuino, lo que pone de relieve la tremenda importancia del problema de la droga. Otra conclusión, es que en algunos distritos, el 2 y el 7, las tasas de ambos trastornos son muy próximas, e incluso en el distrito 7, el porcentaje de esquizofrénicos, 6,3%, es superior al de toxicómanos, 4,8%.

5.1.4.-Correlación de variables urbanísticas con los trastornos psiquiátricos estudiados.-

Las variables urbanísticas, como ya se expuso en la metodología, han podido ser cuantificadas, lo que permite obtener la media de cada una de ellas para las distintas patologías estudiadas, y realizar seguidamente una comparación de medias múltiple, fijándose la significación estadística de las diferencias para $p < 0.01$.

5.1.4.1.- Trastornos psiquiátricos y

%PACIENTES DISTRITO ESQUIZOFRENIA RESPECTO A DROGADICCION

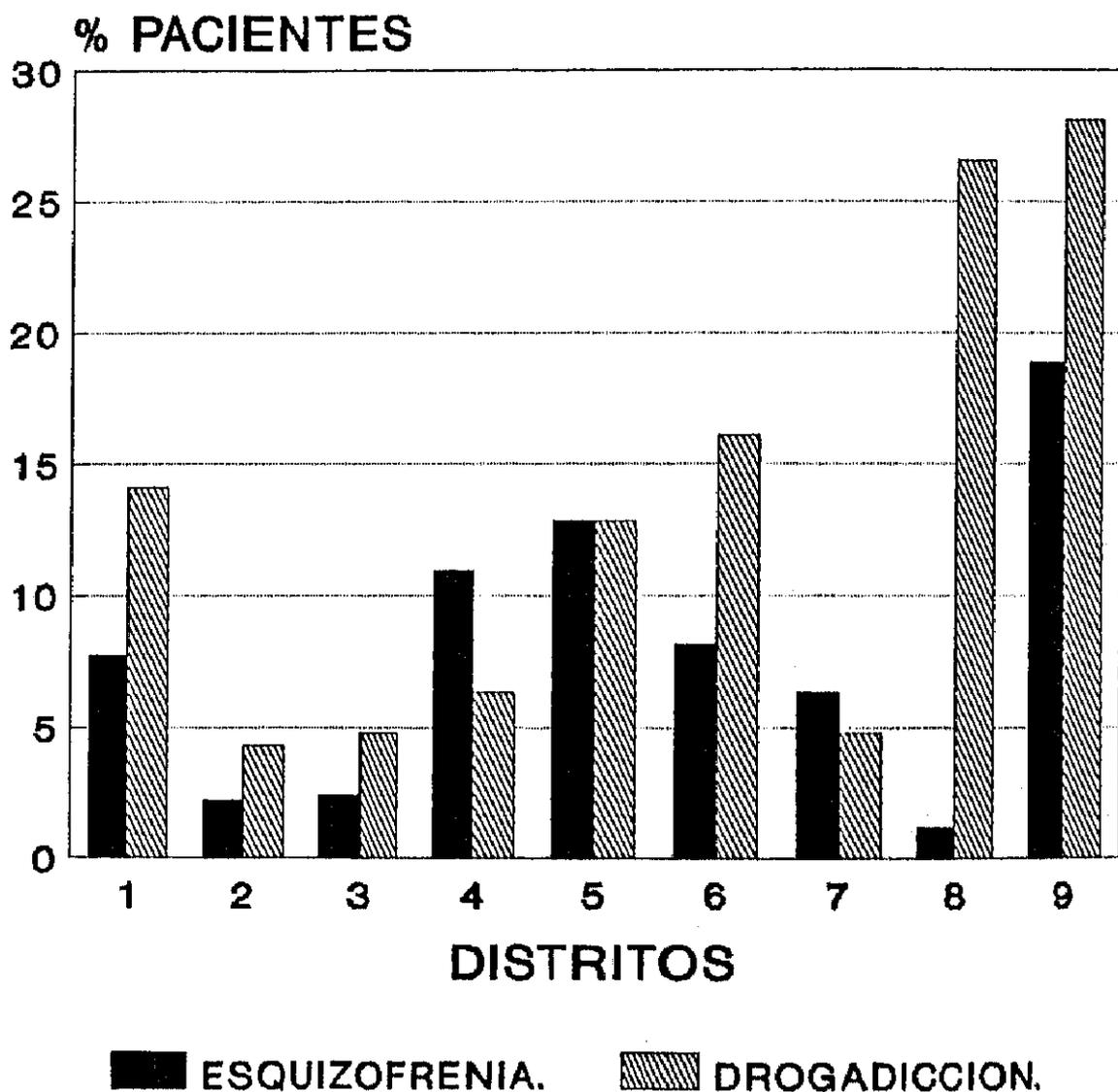
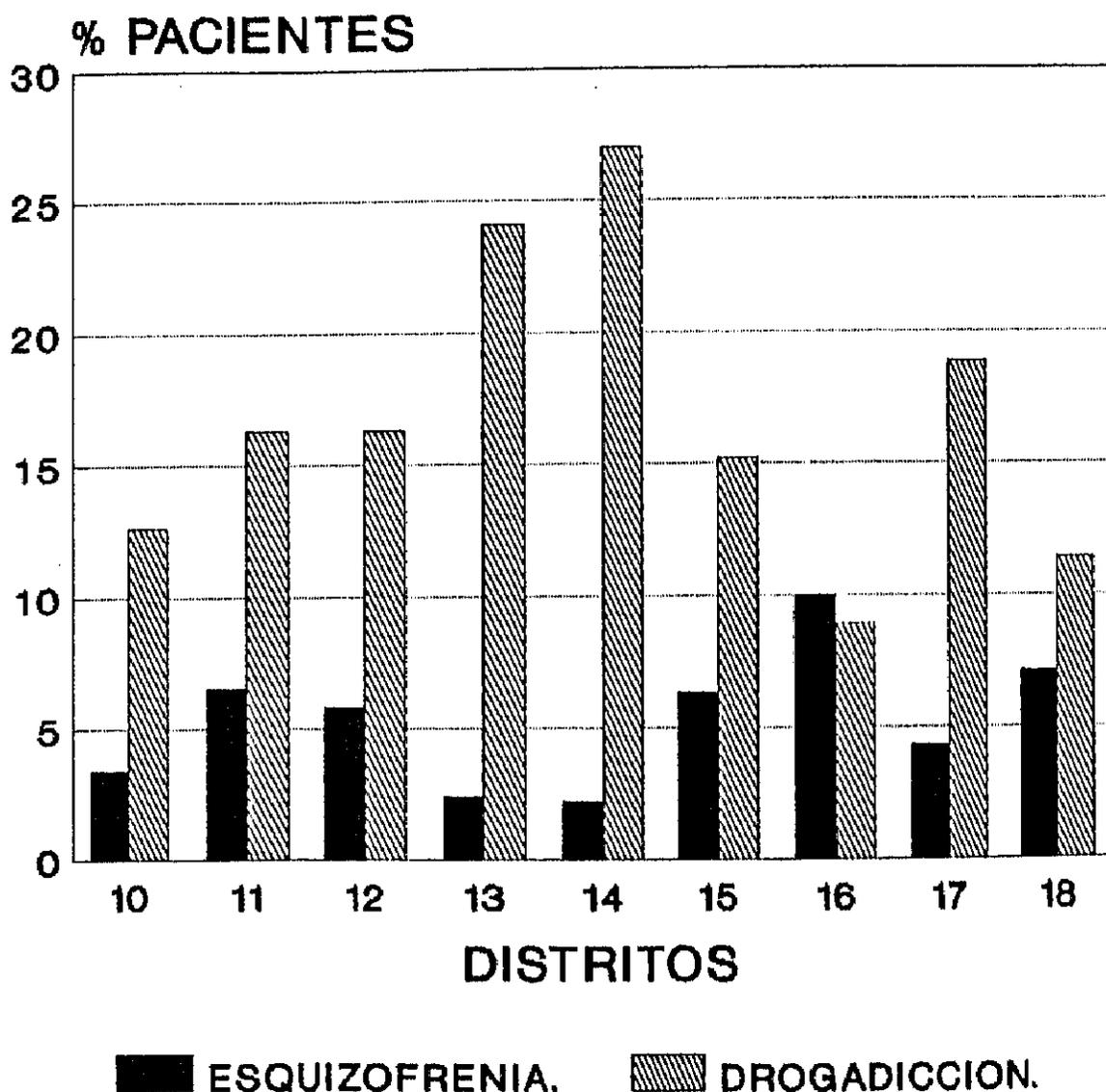


Fig.9.- Comparacion de los porcentajes de esquizofrenicos y pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas en cada uno de los distritos municipales, apreciandose diferencias significativas en la distribucion de dichas enfermedades en algunos de los distritos.

% PACIENTES DISTRITO ESQUIZOFRENIA RESPECTO A DROGADICCION



N=1.147 PACIENTES

Fig.10.-Comparacion de los porcentajes de esquizofrenicos y pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas en cada uno de los distritos municipales, apreciandose diferencias significativas en la distribucion de dichas enfermedades en algunos de los distritos.

características urbanísticas y poblacionales del distrito.-

Los resultados respecto a la población del distrito vienen expresados en la Tabla 1, apreciándose que las diferencias entre los diferentes grupos de pacientes no alcanzan significación estadística.

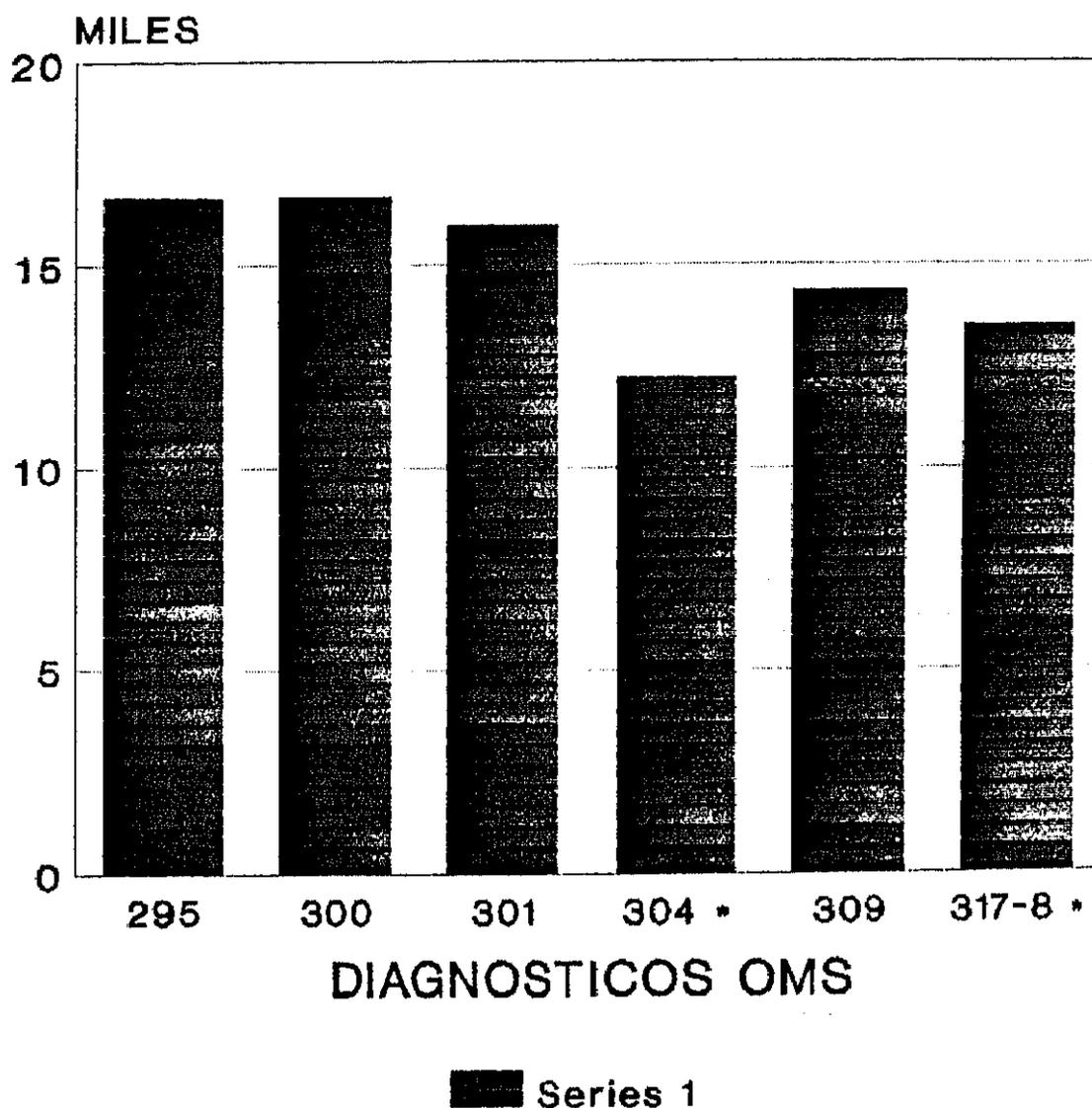
Respecto al número de viviendas del distrito, los resultados figuran en la Tabla 2, y muestran la inexistencia de diferencias significativas respecto al número de viviendas del distrito entre los diferentes grupos de pacientes.

En cuanto a la densidad de población del distrito, los resultados figuran en la Tabla 3, y Gráfica 11, apreciándose como la mayor densidad poblacional corresponde a los trastornos de ansiedad, y esquizofrenia, y la menor a las toxicofilias, y déficits intelectuales, siendo estadísticamente significativas las diferencias entre los grupos mencionados.

Los resultados sobre el número de viviendas por hectárea en el distrito, figuran en la Tabla 4, y Gráfica 12, mostrando un mayor índice, muy similares en la esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, y adaptativos, y las menores cifras correspondientes a toxicofilias y déficits intelectuales, alcanzando significación estadística las diferencias entre ambos grupos.

Respecto al problema del paro, se ha evaluado la cifra de parados correspondientes al grupo de edad de los

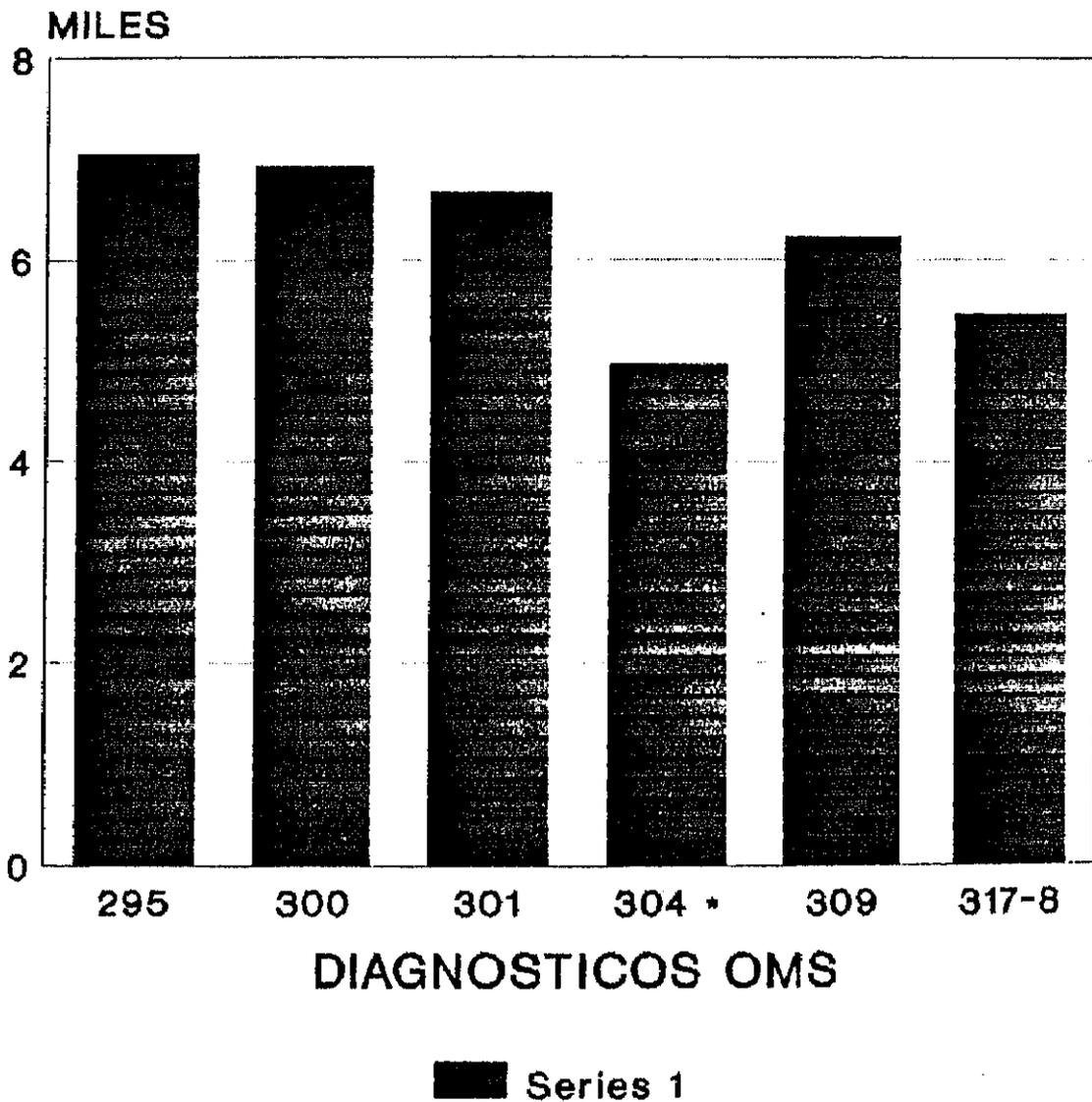
DENSIDAD DE POBLACION NUMERO DE HABITANTES POR KM.2 DE LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE



N = 1.147 * P<0.01

Fig. 11.-La densidad de poblacion es relativamente similar para las enfermedades estudiadas, alcanzando las mayores cotas para la esquizofrenia, y los trastornos de ansiedad.

DENSIDAD DE VIVIENDAS NUMERO DE VIVIENDAS POR HECTARE DE LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE



N = 1.147 * P<0.01

Fig.12.- Numero de viviendas por hectarea en el distrito para los trastornos psiquiatricos estudiados.

18 a 24 años. Los resultados figuran en la Tabla 5, y Gráfica 13, apreciándose que las mayores cifras corresponden a las de los grupos de toxicofilias, y déficits intelectuales, y las menores a los trastornos de ansiedad, y a las esquizofrenias, alcanzando significación estadística las diferencias entre ambos grupos.

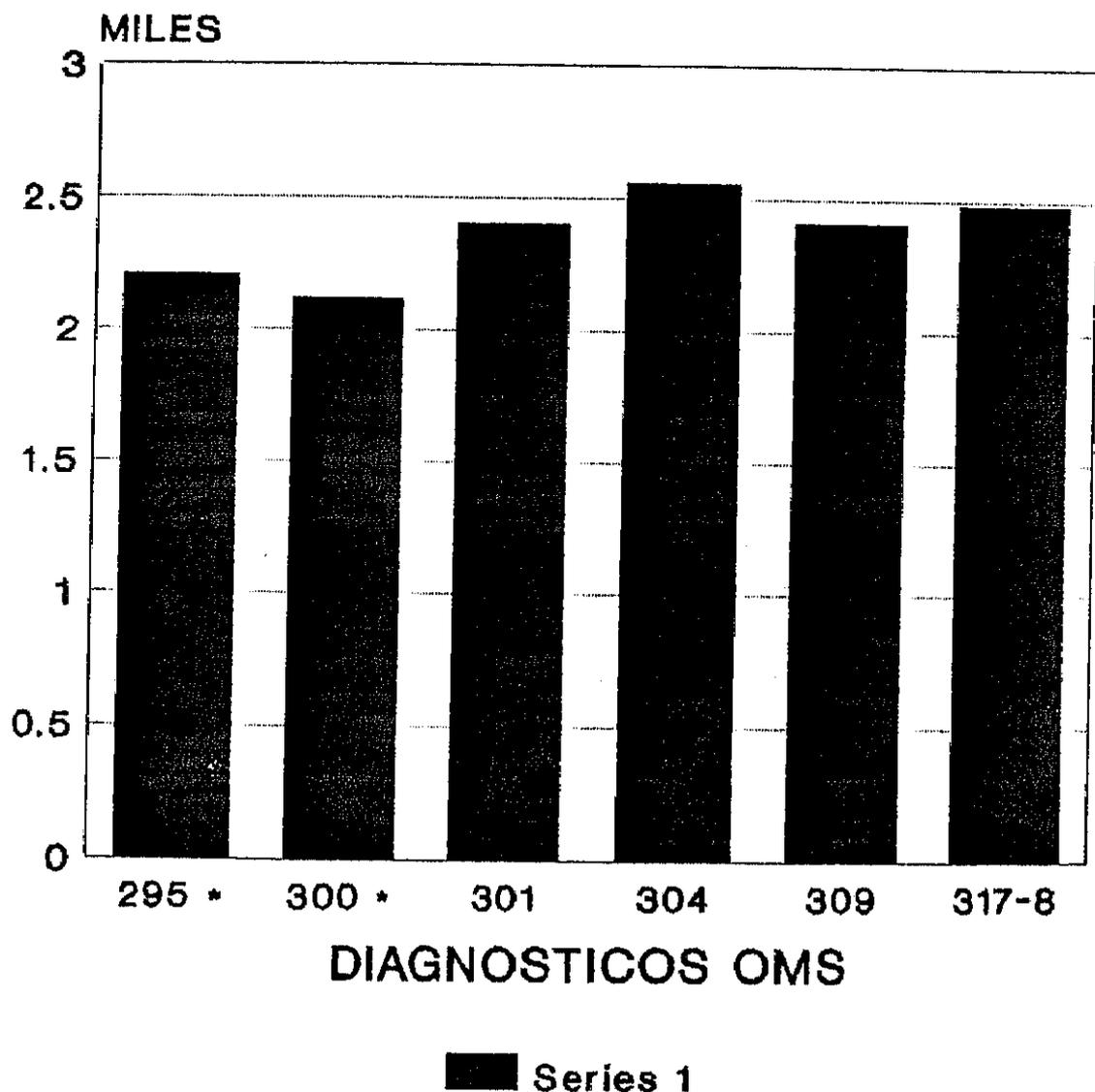
5.1.4.2.- Trastornos psiquiátricos y dotaciones educativas.-

Como se afirma en el Boletín Estadístico Municipal nº 8, Enero 1988, del Ayuntamiento de Madrid, la localización de estos equipamientos en Madrid no es homogénea espacialmente, ni tiene una correspondencia directa con la población residente en cada uno de los distritos, siendo los factores determinantes de esta inadecuación los diversos criterios según los servicios y su dependencia institucional, primando en las pautas de localización en unos casos los determinantes funcionales, en otros los espaciales, y en otros las políticas de cada uno de los promotores. La relación entre equipamiento y población se ha medido a través del cociente entre los pesos específicos de cada tipo de equipamiento y la población. Mapa 7.

La dotación educativa se ha medido con un índice resultante de dividir el % de unidades de equipamiento por el % de población. Se han considerado separadamente los centros de Educación Preescolar, Educación General Básica,

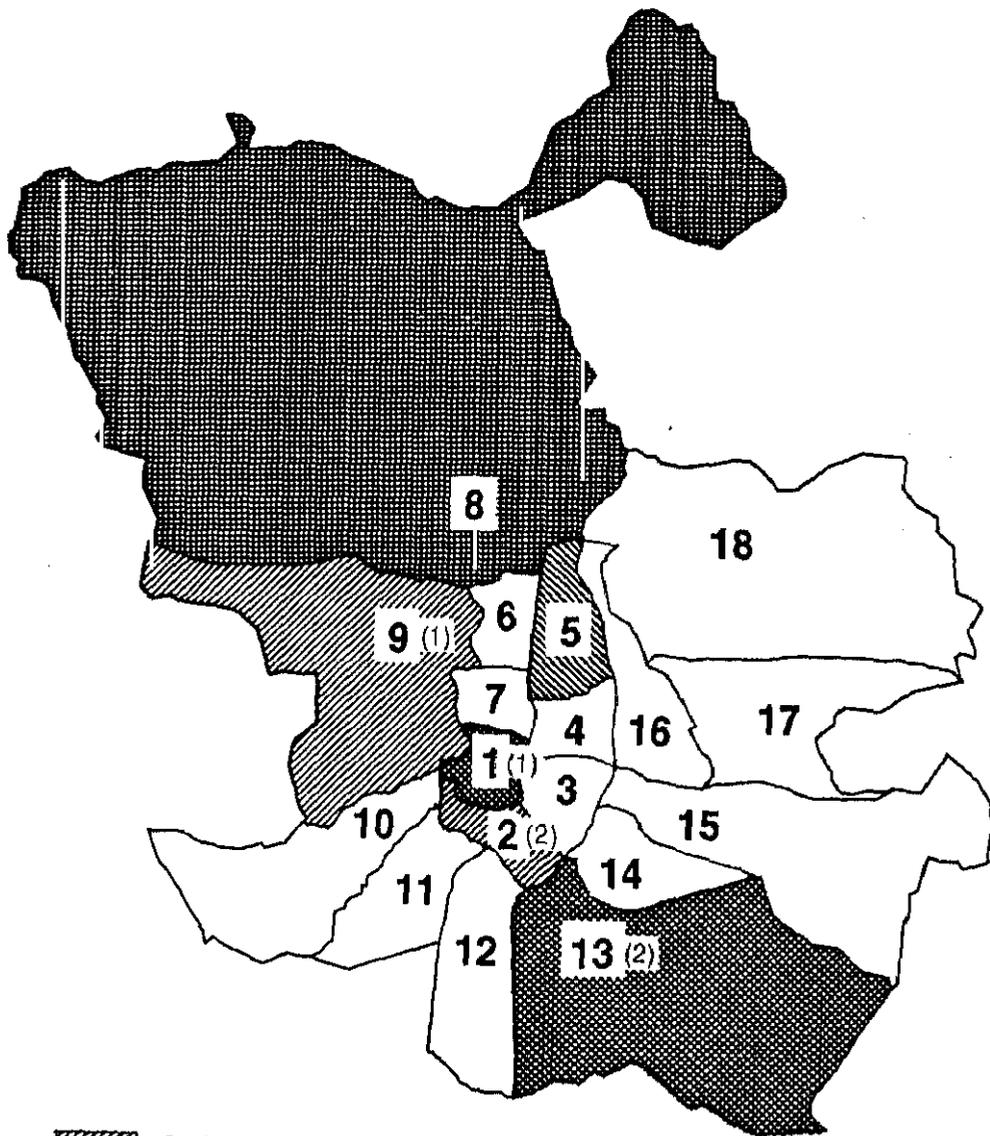
PARO JUVENIL

NUMERO DE PARADOS JOVENES EN L DISTritos DE LOS PACIENTES



N = 1.147 * P<0.01

Fig.13.- Las cifras de paro juvenil en el distrito son mas altas para los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, y deficits intelectuales.



Enseñanzas
no Universit.



Sanitarios
1) Hospitales
2) Consultor.



Culturales
1) Urbanos
2) Locales



Espacios
Deportivos



Sin Especialización

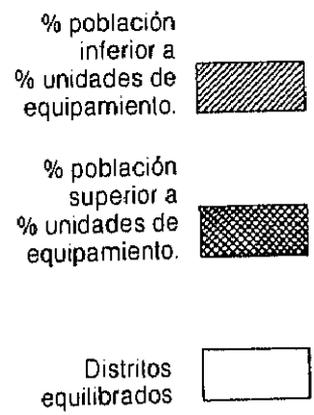
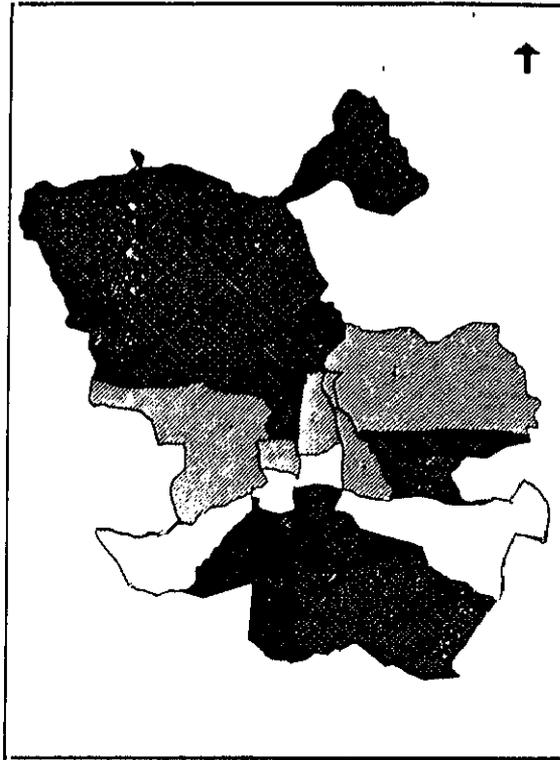
Mapa 7.- Distribución espacial de los equipamientos en Madrid
Concentración Geográfica de los Equipamientos en Relación con
la población (% unidades equipamiento / % población).

Bachillerato Unificado Polivalente, y Formación Profesional. No se ha considerado la educación universitaria, porque son centros que superan el marco del distrito, que es la unidad de estudio elegida, mapas 8, 9, 10 y 11.

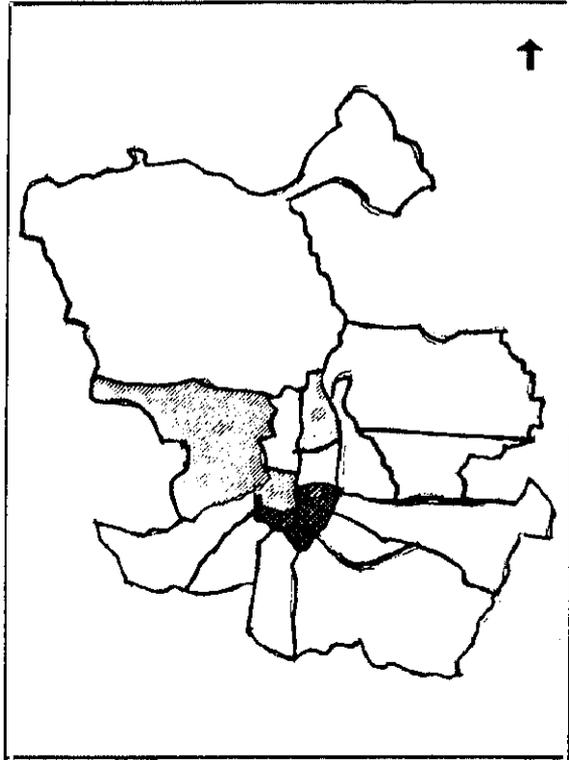
Se analiza en primer lugar la dotación de centros preescolares correspondiente a los trastornos estudiados, y en la gráfica 14, se exponen los resultados, apreciándose que a los esquizofrénicos, como grupo, les corresponde la mayor dotación de estos centros, 1.11, seguido de los trastornos de ansiedad, siendo las diferencias estadísticamente significativas entre los esquizofrénicos, y los trastornos de personalidad, OMS 301, toxicofilias, OMS 304, trastornos de adaptación, OMS 309, y déficits intelectuales, OMS 317 y 318.

En segundo lugar, Gráfica 15, se analiza la dotación de Centros de EGB, encontrándonos idéntica gradación a la referida para la Educación Preescolar, siendo los esquizofrénicos, seguidos de los trastornos de ansiedad, los que tienen una mayor dotación de estos centros, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre la esquizofrenia y los restantes grupos estudiados.

En tercer lugar, Gráfica 16, se analiza la dotación de Centros de Bachillerato, BUP, siendo los esquizofrénicos una vez más los que tienen la mayor dotación de estos centros, alterándose el orden en este

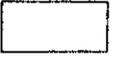


Mapa 8.- Relación entre población de 4-5 años y plazas de Educación Preescolar.

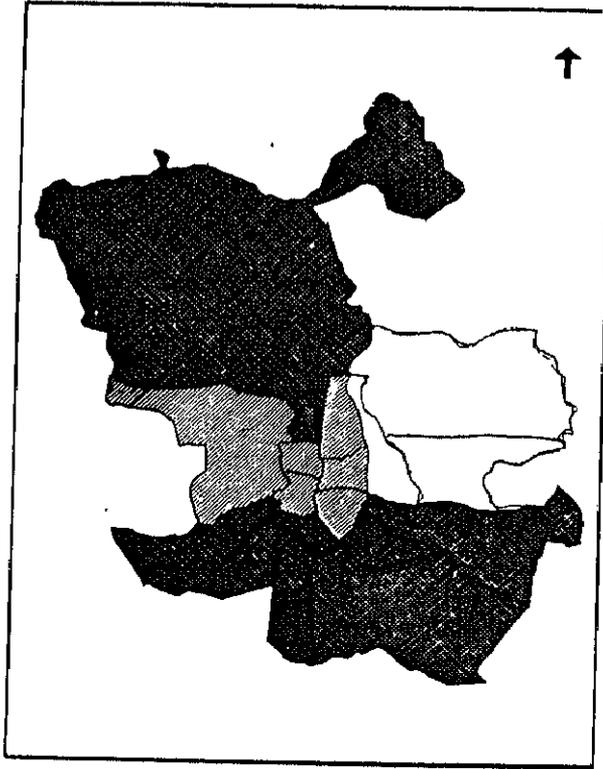


% población inferior a % unidades de equipamiento. 

% población superior a % unidades de equipamiento. 

Districtos equilibrados 

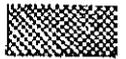
Mapa 9.- Relación entre población de 6-13 años y plazas de Educación General Básica.



% población inferior a % unidades de equipamiento



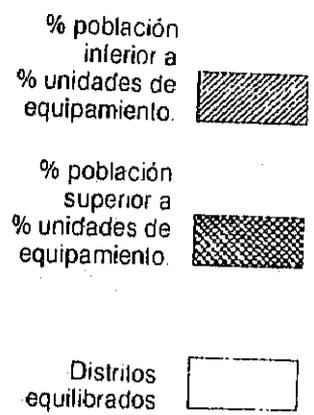
% población superior a % unidades de equipamiento



Distritos equilibrados

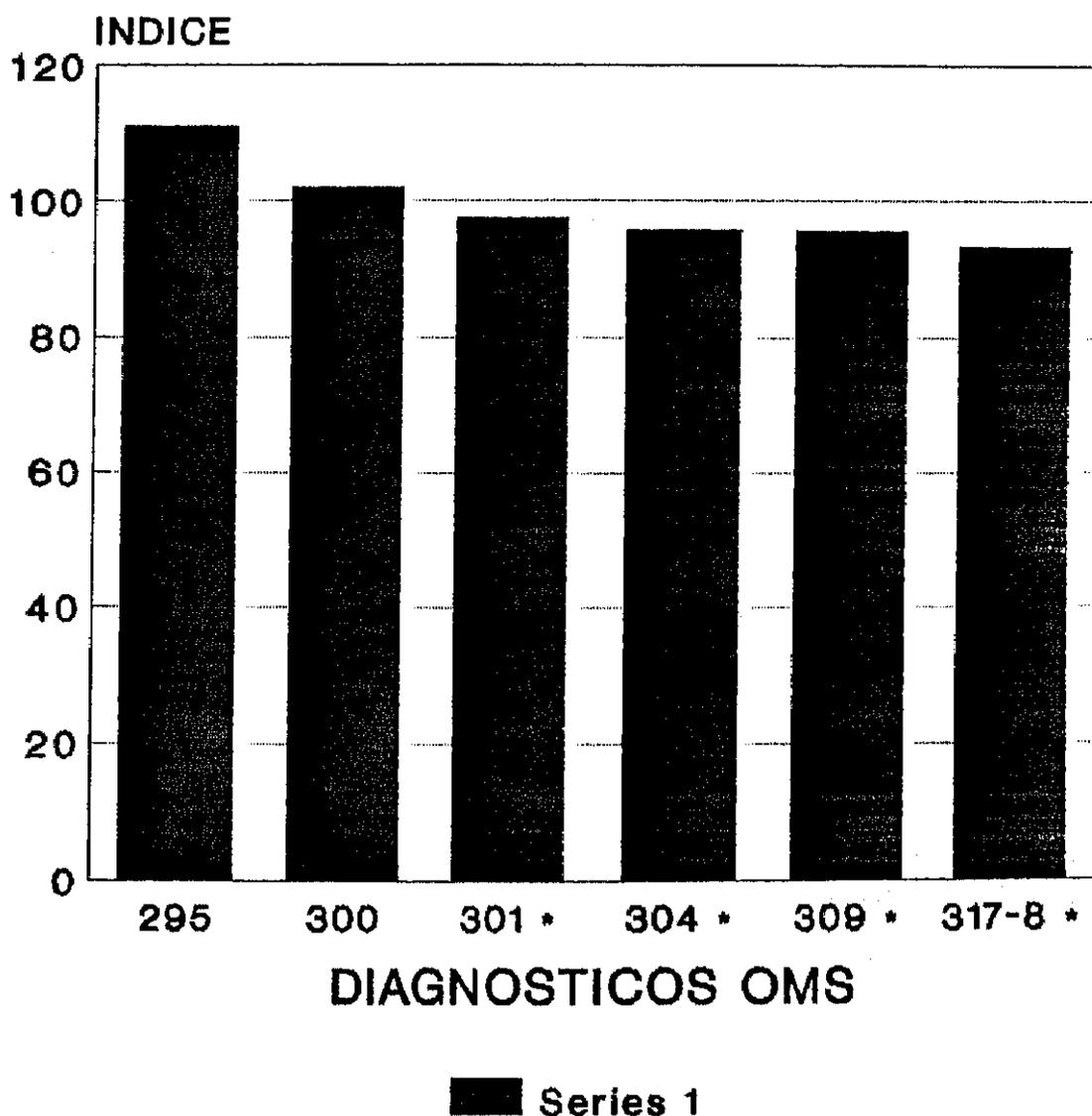


Mapa 10.- Relación entre población de 14-17 años y plazas de B.U.P. y C.O.U.



Mapa 11.- Relación entre población de 14-18 años y plazas de Formación Profesional.

CENTROS PREESCOLARES INDICE DE DOTACION MEDIA EN LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE

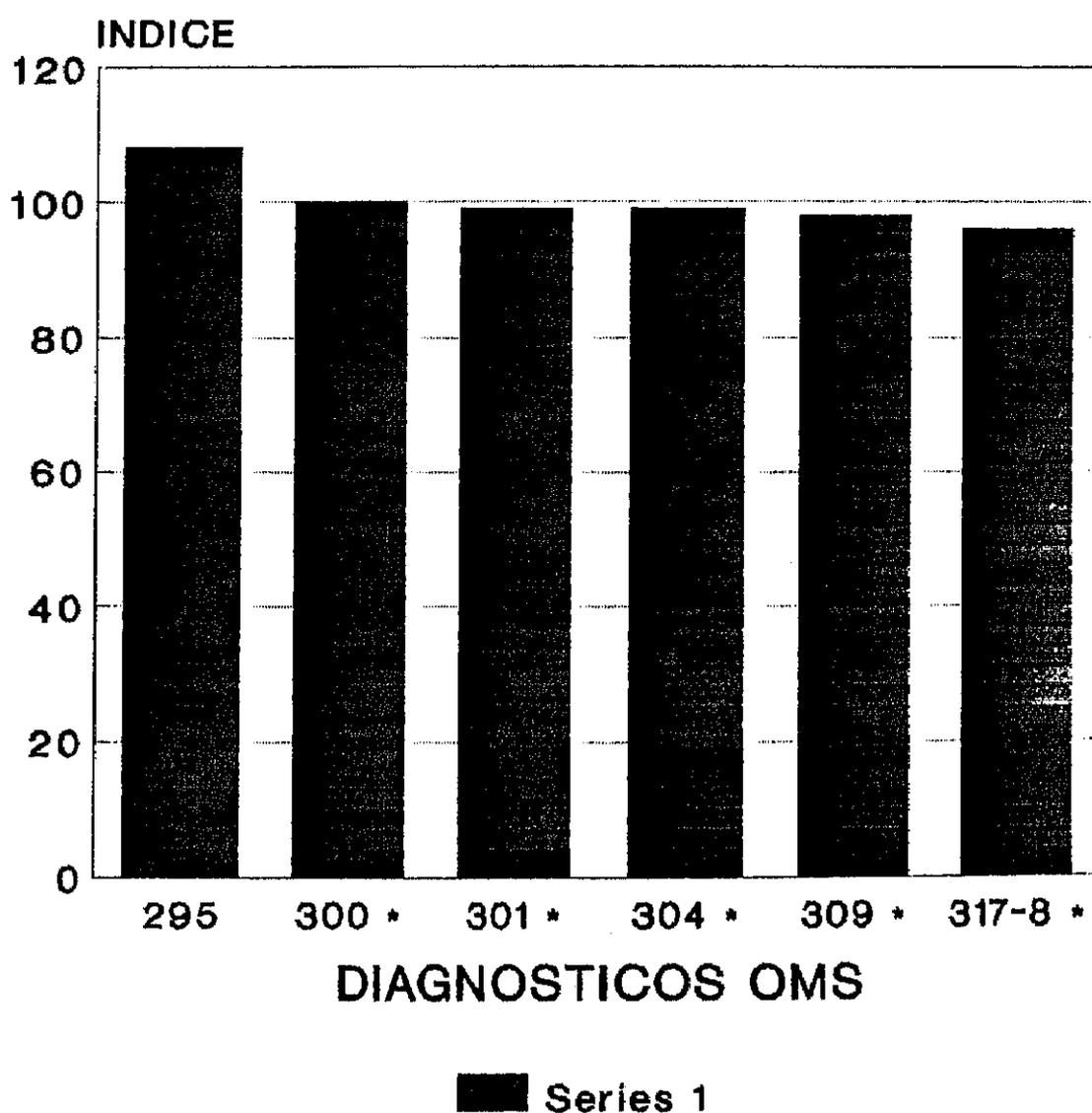


N = 1.147 * P<0.01

Fig.14.-Indice de dotación de centros escolares en el distrito, para los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

CENTROS DE EGB

INDICE DE DOTACION MEDIA DE LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE

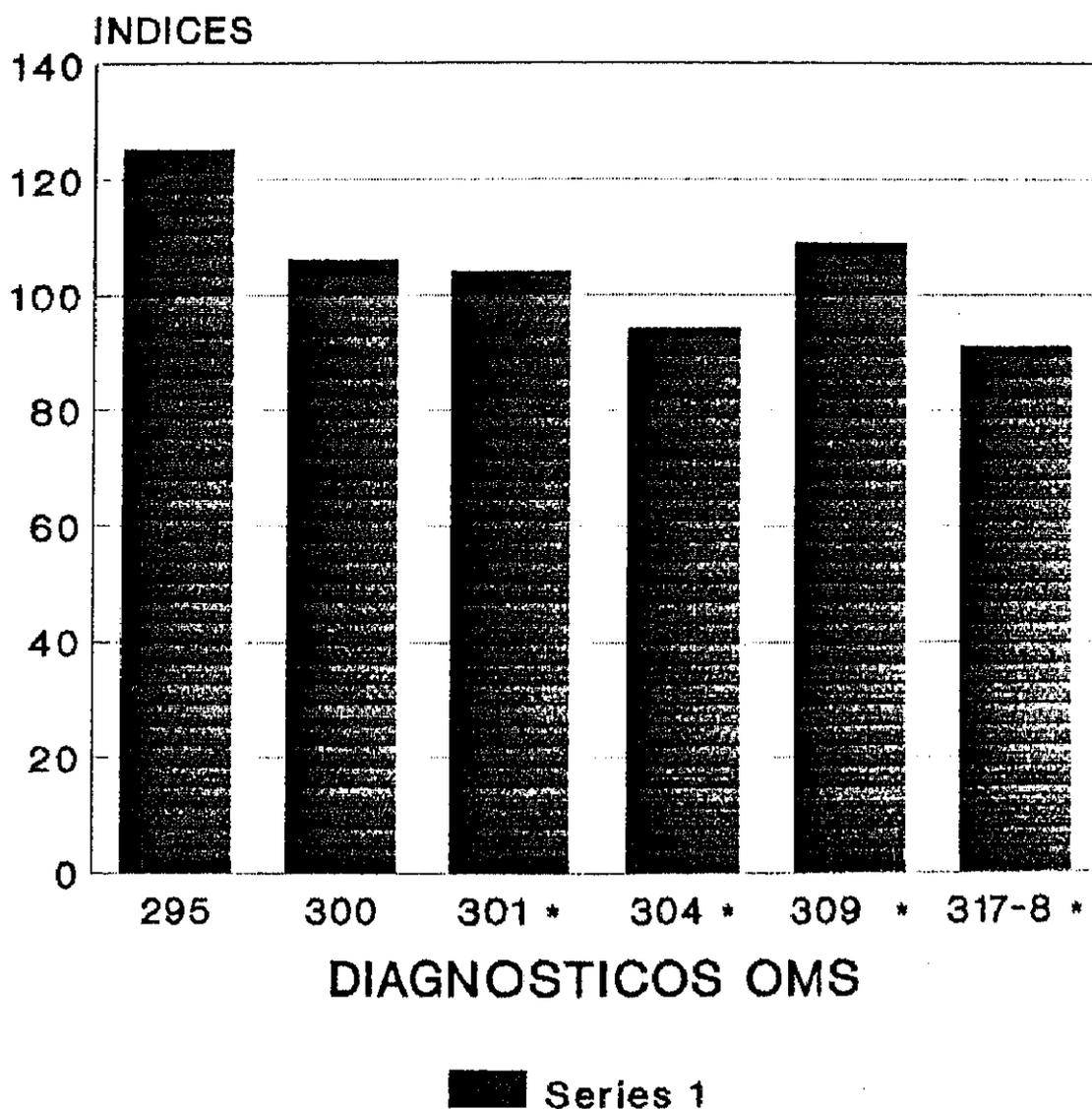


N = 1.147 * P<0.01

Fig.15.- Índice de dotación de Centros de EGB en el distrito, para los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

CENTROS DE BUP

INDICE DE DOTACION MEDIA DE LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE



N = 1.147 * P<0.01

Fig.16.- Índice de dotación de Centros de Bachillerato, BUP, en el distrito, para los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

caso, porque el segundo lugar pasa a ocuparlo los trastornos de adaptación, desplazando al tercer lugar a los trastornos de ansiedad. Las diferencias alcanzan significación estadística solamente entre la esquizofrenia, y los trastornos de personalidad, toxicofilias, y déficits intelectuales.

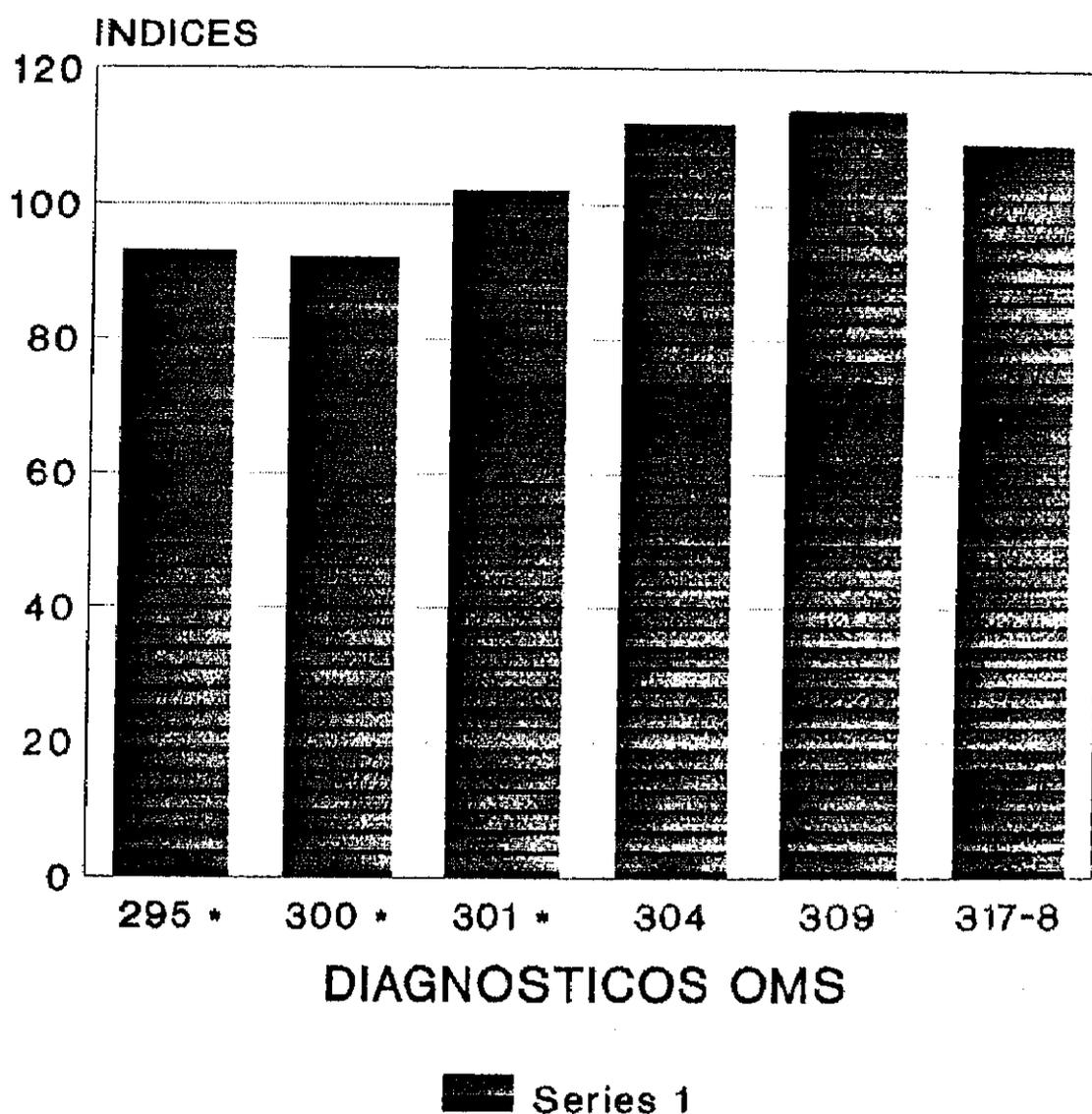
En cuarto lugar se analizan las dotaciones de Centros de Formación Profesional, apreciándose como en este caso el orden se altera, apareciendo en primer lugar los trastornos de adaptación, seguidos de la esquizofrenia, y solo se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre las dotaciones correspondientes a los trastornos de personalidad, y las de los déficits intelectuales.

5.1.4.3.- Trastornos psiquiátricos y dotación de centros culturales y deportivos.-

Los resultados aparecen expuestos en la Gráfica 17, y muestran como la menor dotación de estos centros culturales corresponde a los esquizofrénicos, y trastornos de ansiedad, frente a los restantes grupos, siendo las diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos y los restantes, Mapa 12.

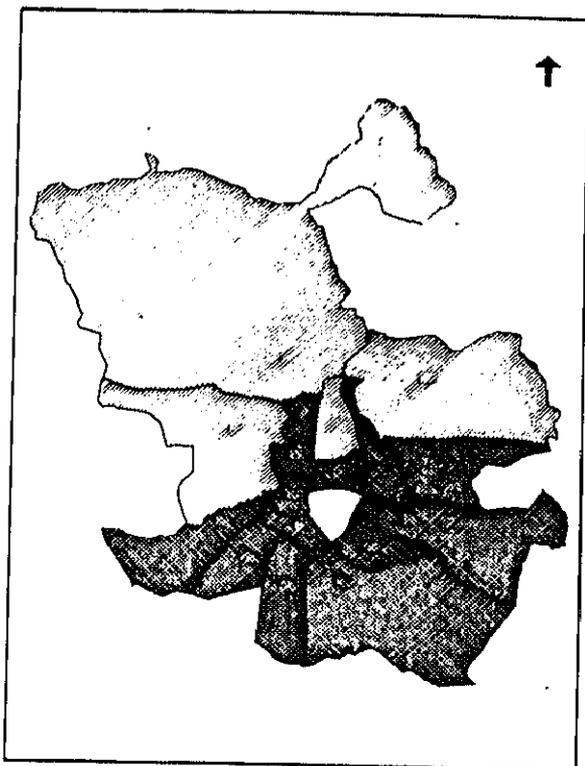
En cuanto a la dotación de cines los resultados muestran a los esquizofrénicos encabezando la clasificación aunque las diferencias solo alcanzan significación estadística entre los esquizofrénicos, y trastornos

CENTROS CULTURALES INDICE DE DOTACION MEDIA DE LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE



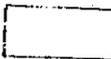
N = 1.147 * P<0.01

Fig.17.- Indice de dotación de Centros Culturales en el distrito, para los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.



% población inferior a % unidades de equipamiento. 

% población superior a % unidades de equipamiento. 

Districtos equilibrados 

Mapa 12.- Relación entre población de 10-65 años y los Espacios Deportivos.

adapataivos, con los deficientes intelectuales, y con las toxicofilias.

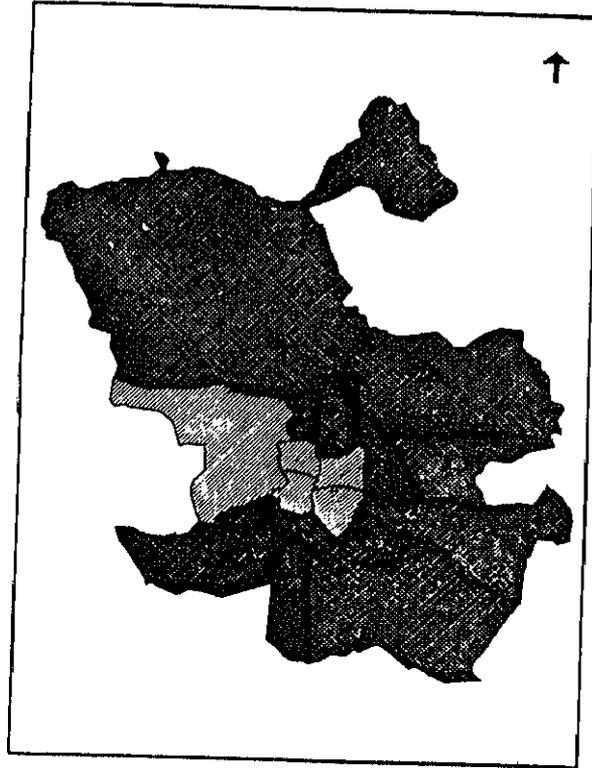
Respecto a la dotación de bibliotecas, los resultados muestran como la mayor dotación de estos equipamientos corresponde al grupo de los esquizofrénicos alcanzando significación estadística las diferencias entre los esquizofrénicos y los restantes grupos.

En el apartado de instalaciones deportivas se incluye el porcentaje medio de superficie, sobre el total de espacio del barrio, que se dedica a instalaciones, pistas deportivas, de tenis, frontones, atletismo, campos de fútbol, piscinas, pabellones, etc, mapa 13.

Los resultados muestran como el mayor porcentaje de superficie para estas dotaciones corresponde a los esquizofrénicos, y toxicofilias, aunque las diferencias entre los diversos grupos no alcanzan significación estadística.

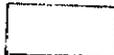
5.1.4.4.-Trastornos psiquiátricos y dotaciones sanitarias y de Centros para la Tercera Edad.-

En el apartado de dotaciones sanitarias se incluye el total de centros correspondientes a Hospital General Camas, Hospital Quirúrgico Camas, otras Unidades Hospitalarias, Consultorios, Centros de Salud, Ambulatorios, Centros de Salud Mental, de Planificación Familiar, Casas de Socorro y otros centros, elaborándose un índice del % de unidades de equipamiento sanitario por % de población, mapas 14 y 15.

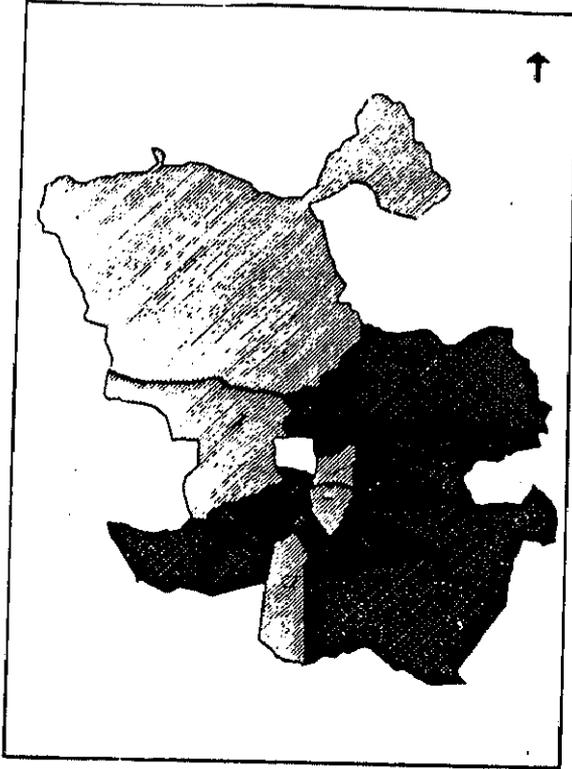


% población
inferior a
% unidades de
equipamiento. 

% población
superior a
% unidades de
equipamiento 

Districtos
equilibrados 

Mapa 13.- Relación entre población y Centros Culturales de ámbito urbano.

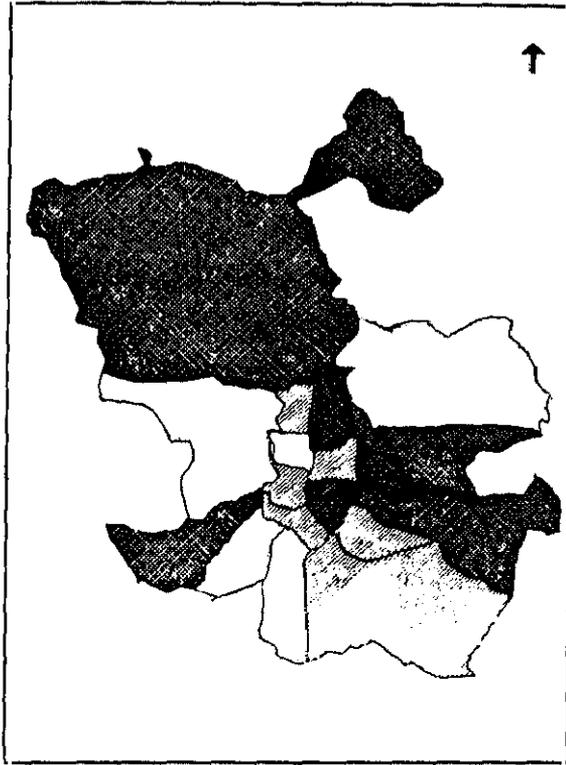


% población inferior a % unidades de equipamiento. 

% población superior a % unidades de equipamiento. 

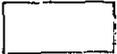
Distritos equilibrados 

Mapa 14.- Relación entre población y capacidad de los Centros Hospitalarios.



% población inferior a % unidades de equipamiento. 

% población superior a % unidades de equipamiento. 

Districtos equilibrados 

Mapa 15.- Relación entre población y capacidad de los Centros Sanitarios no hospitalarios.

Los resultados muestran que las diferencias entre los grupos de pacientes estudiados son mínimas, y no llegan a alcanzar significación estadística.

Las dotaciones de Centros para la Tercera Edad vienen expuestos en la gráfica 18, y muestran que son el grupo de los trastornos de ansiedad, y esquizofrénicos los que tienen menor dotación de Centros para la Tercera Edad, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre la dotación correspondiente a los trastornos de ansiedad, y la de los restantes grupos patológicos, exceptuado el de los esquizofrénicos.

5.1.4.5.- Trastornos psiquiátricos y actividades industriales, comerciales y de hostelería en el distrito.-

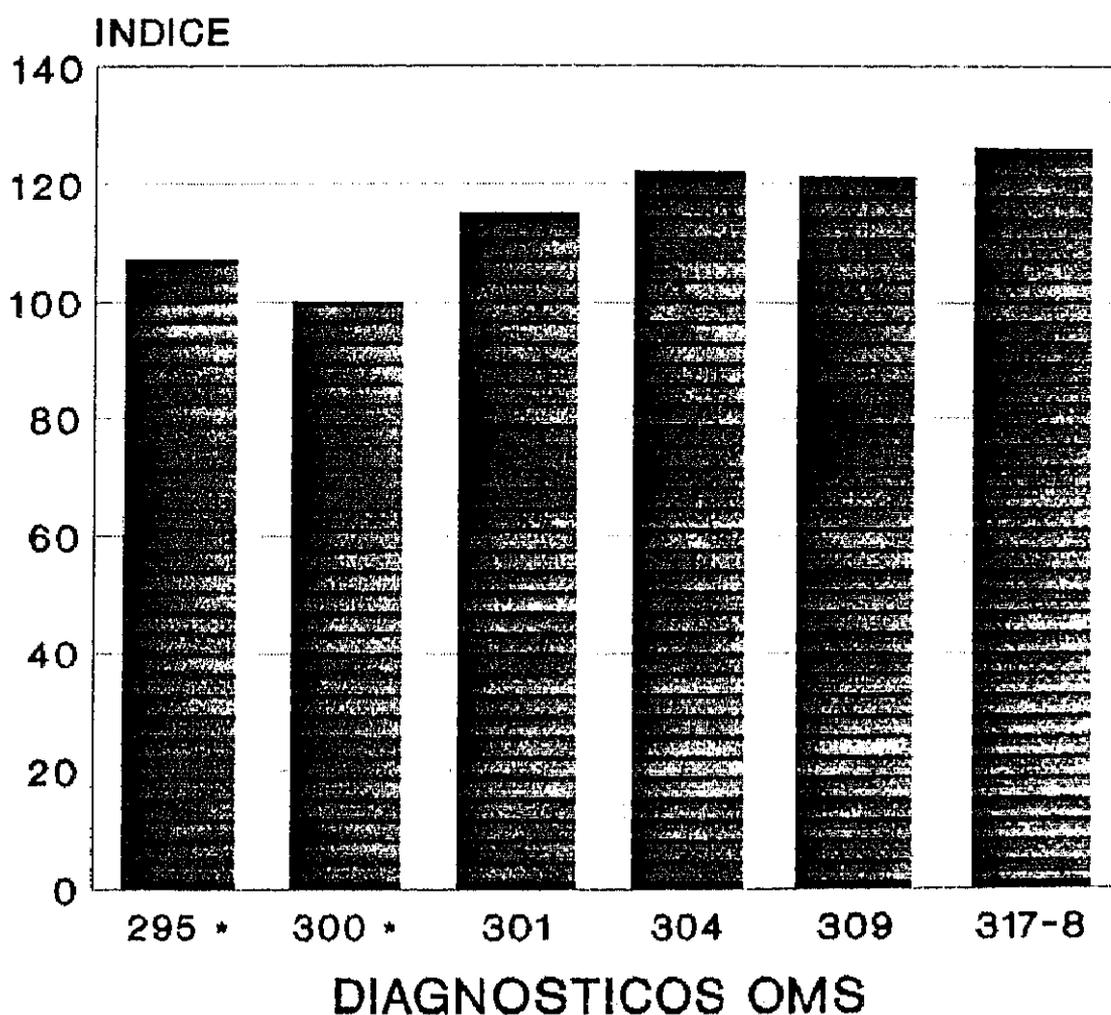
La dotación de equipamientos comerciales se evalúa por la superficie en metros cuadrados, dedicada a estas actividades en el distrito. Los resultados aparecen en la Tabla 7, y Gráfica 19, apreciándose un índice de dotación de este tipo de actividades menor en los grupos de las toxicofilias, y déficits intelectuales, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los restantes grupos, dentro de los cuales el de la esquizofrenia es el que alcanza el mayor índice.

La dotación de establecimientos bancarios se evalúa por la superficie en metros cuadrados, que ocupan los establecimientos bancarios en el distrito. Los resultados aparecen en la Tabla 8, y Gráfica 20, apreciándose que la mayor superficie de establecimientos bancarios corresponde

CENTROS TERCERA EDAD

INDICE DE DOTACION MEDIA

DE LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE



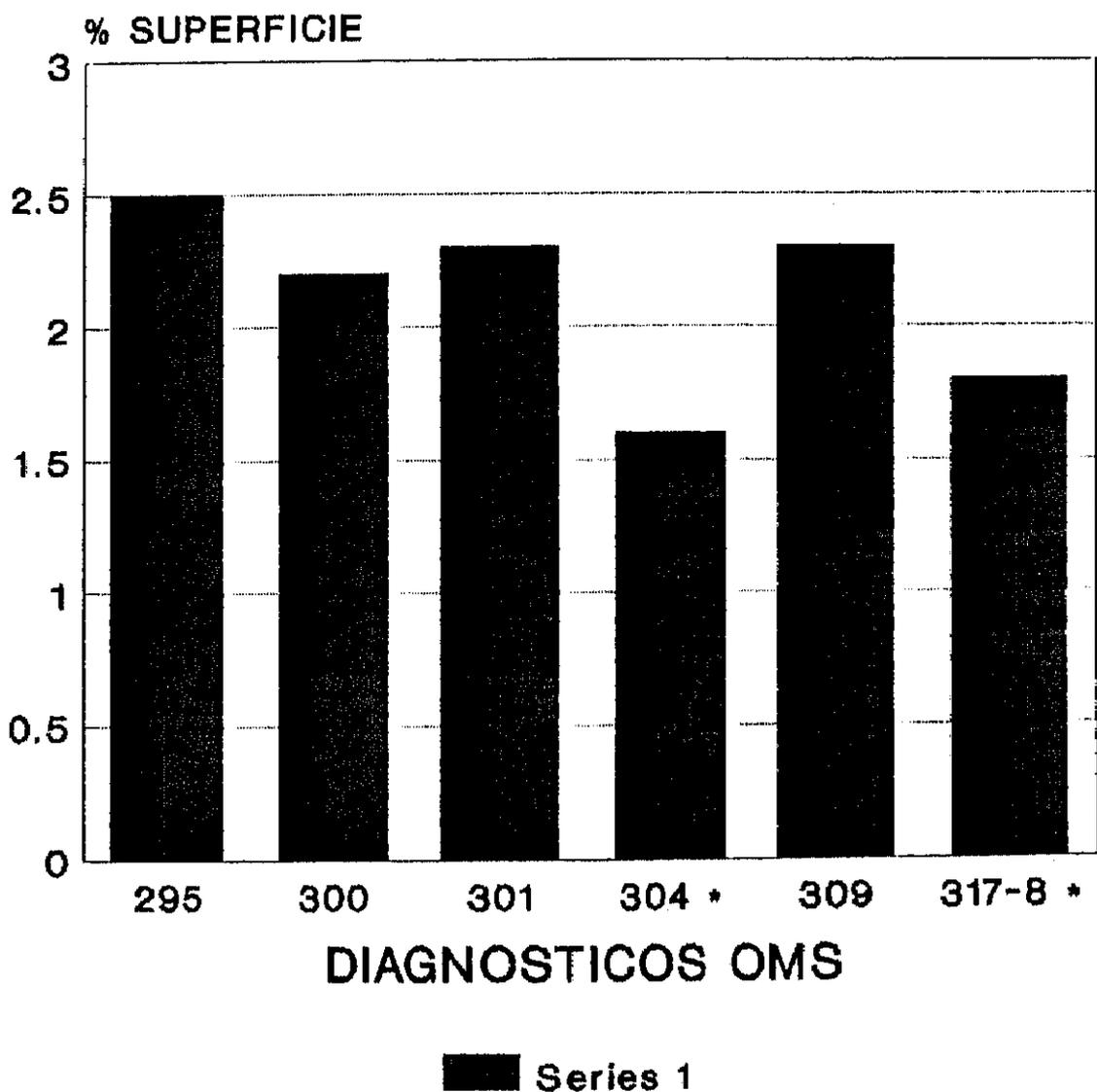
Series 1

$N = 1.147$ * $P < 0.01$

Fig.18.- Índice de dotación de Centros para la Tercera Edad en el distrito, para los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

COMERCIO MINORISTA

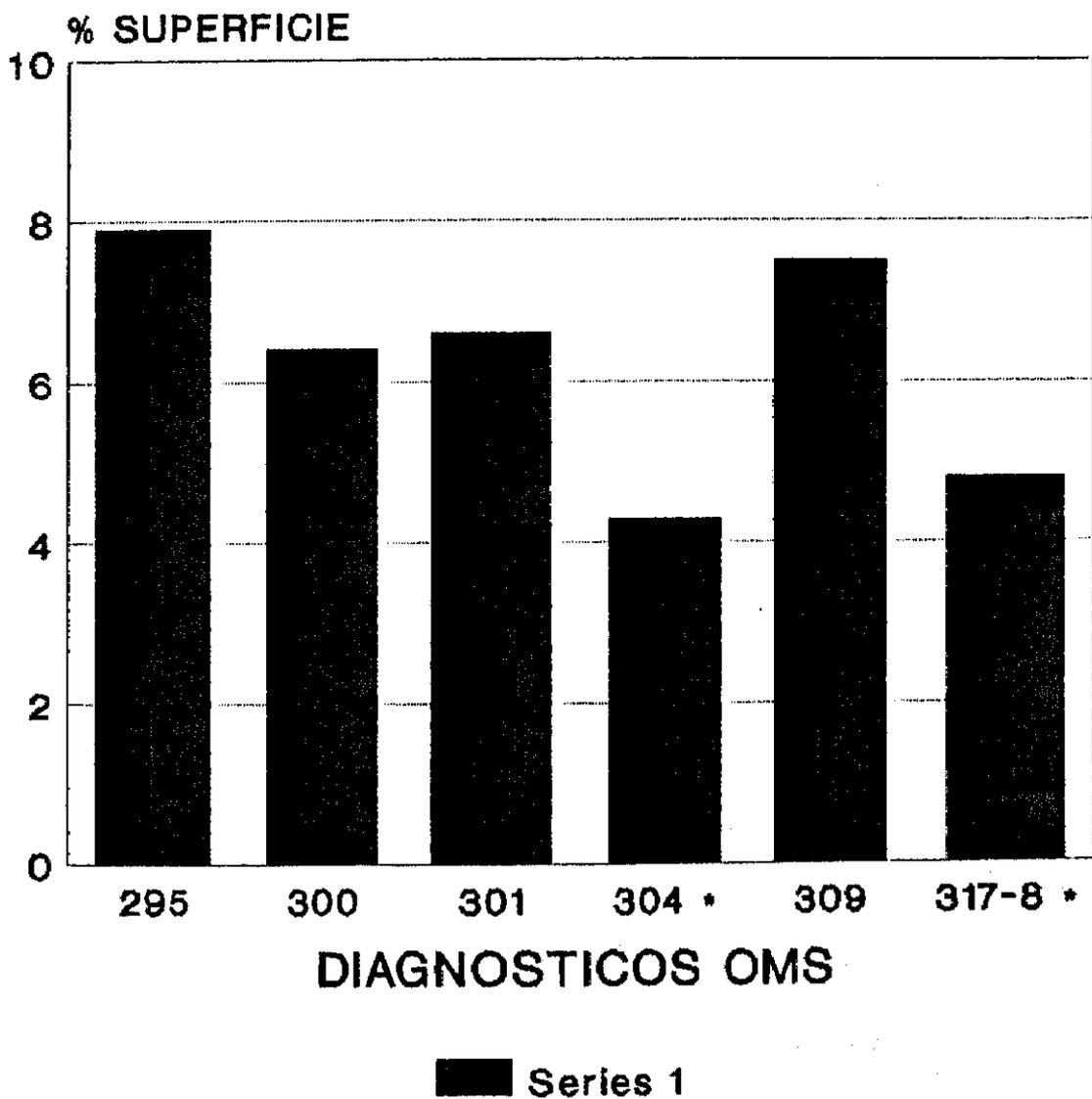
PORCENTAJE MEDIO DE SUPERFICIE EN LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE



N = 1,147 * P<0.01

Fig.19.- Índice de dotación de equipamientos comerciales en el distrito, para los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

ENTIDADES BANCARIAS PORCENTAJE MEDIO DE SUPERFICIE EN LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE



N = 1.147 * P<0.01

Fig.20.- Índice de detección de establecimientos bancarios en el distrito, para los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

al grupo de los esquizofrénicos, y de los trastornos adaptativos, y el menor índice a las toxicofilias y déficits intelectuales, alcanzando significación estadística las diferencias entre estos grupos.

La dotación de bares y restaurantes se expresa, como en los casos anteriores, por la superficie ocupada por estos establecimientos en el distrito. Los resultados aparecen en la Tabla 9, correspondiendo la menor cifra a las toxicofilias y a los déficits intelectuales, siendo estadísticamente significativas las diferencias con las correspondientes a los trastornos adaptativos, y de personalidad.

5.1.4.6.-Trastornos psiquiátricos y dotación de servicios en general en el distrito.-

Los resultados aparecen en la Tabla 10, y Gráfica 21, expresados en los metros cuadrados dedicados a estos menesteres en el distrito, mostrando como las mayores dotaciones corresponden a los grupos de la esquizofrenia, trastornos de ansiedad, y trastornos adaptativos, y el menor índice de dotación a las toxicofilias, y a los déficits intelectuales, alcanzando significación estadística las diferencias entre ambos grupos.

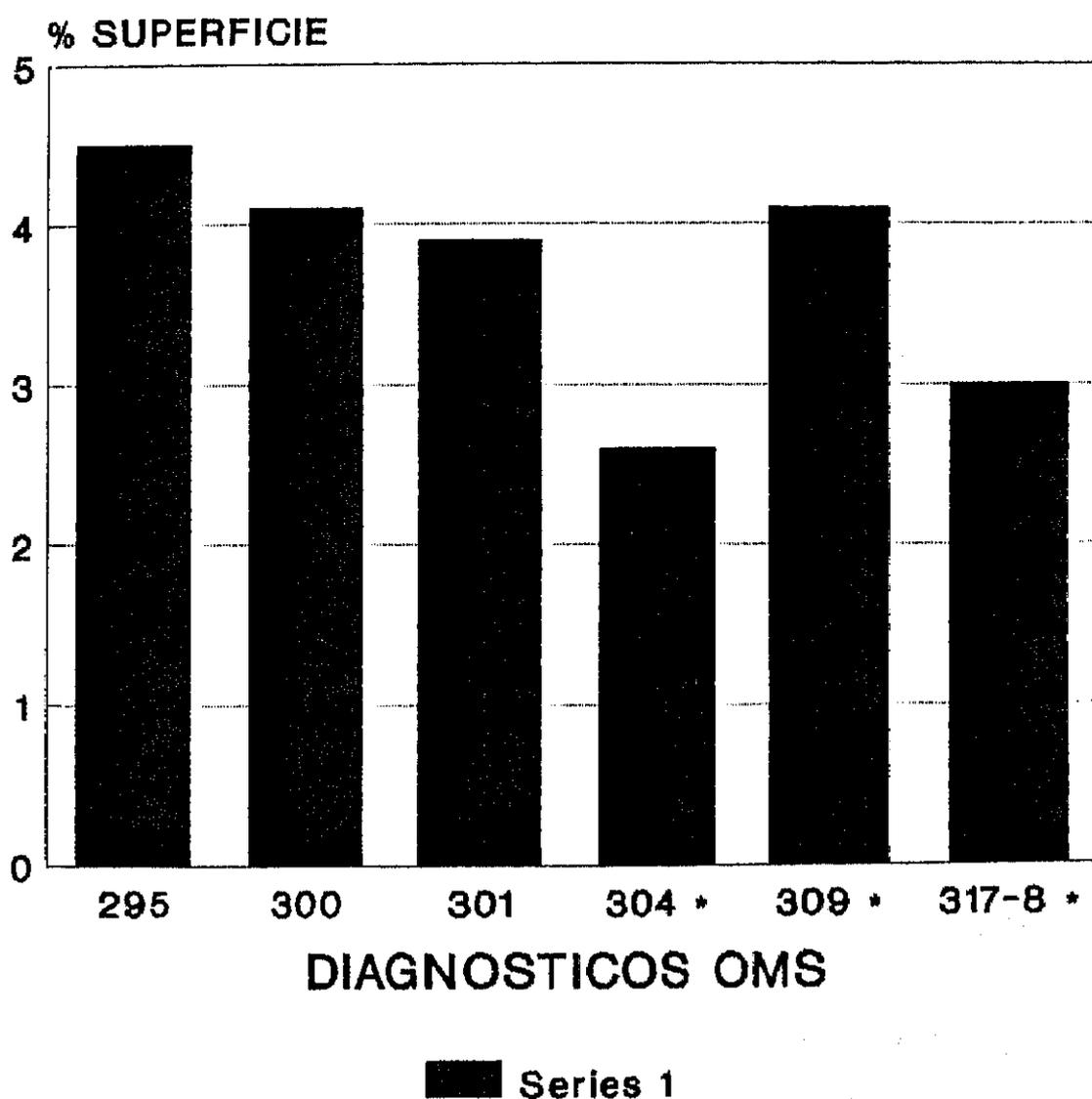
5.1.4.7.- Trastornos psiquiátricos y características del barrio.-

Aunque como se había señalado anteriormente la unidad geográfica empleada en el estudio ha sido el distrito, para

SERVICIOS GENERALES

PORCENTAJE MEDIO DE SUPERFICIE

EN LOS DISTRITOS DE LOS PACIENTE



N = 1.147 * P<0.01

Fig.21.-Índice de dotación de Servicios en general en el distrito, para los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

alguno de los datos urbanísticos era posible emplear además una unidad de medida más pequeña, y seguidamente expondremos los resultados más interesantes, mapa 16.

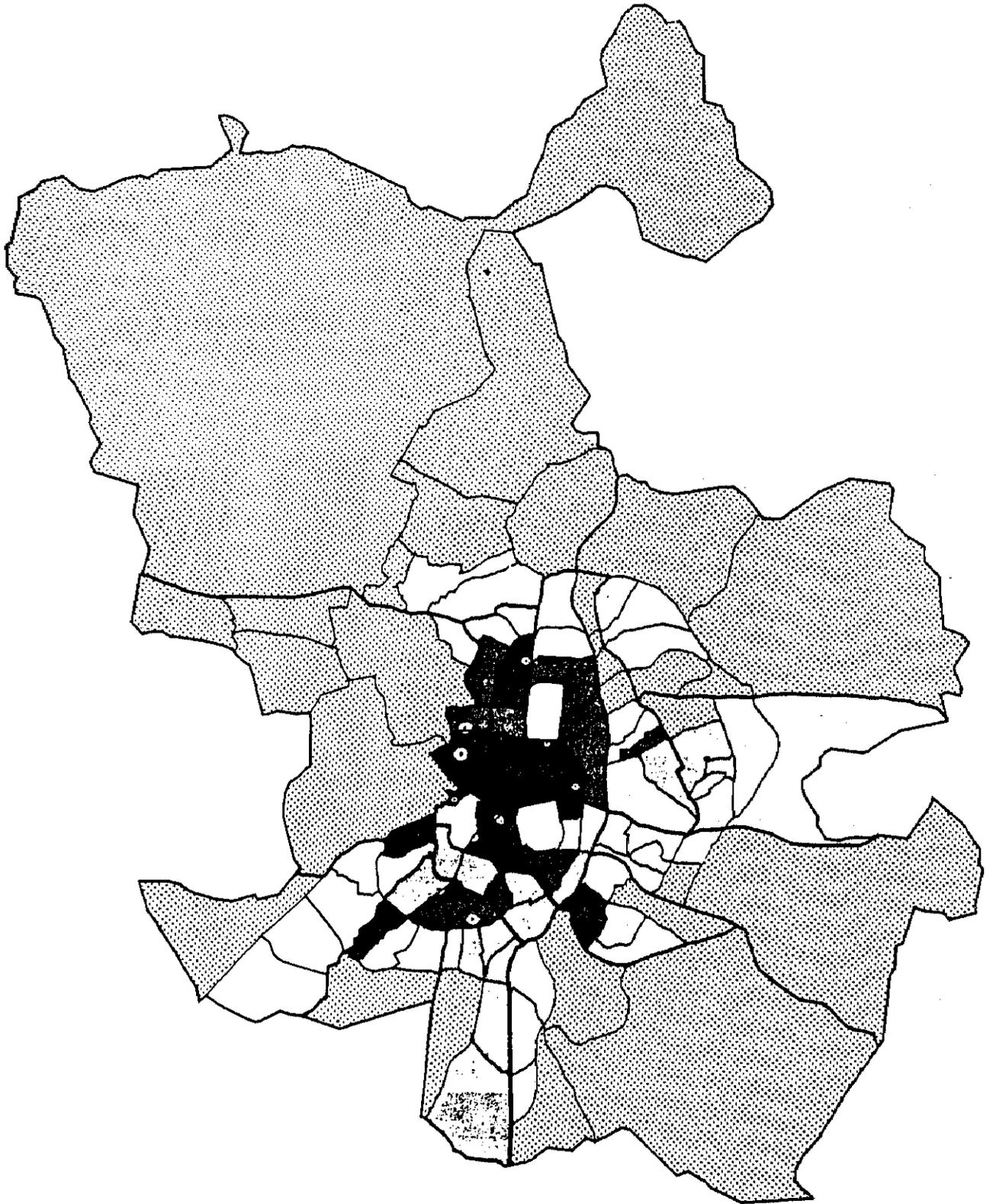
No se aprecian diferencias significativas en las cifras de población, número de viviendas, densidad de población. Respecto a la dotación viviendas por hectárea del barrio, las toxicofilias presentan la cifra más baja, Tabla 11, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los otros grupos.

Respecto a la dotación de servicios en general, los resultados se exponen en la Tabla 12, y Gráfica 22, y las mayores cifras corresponden a los trastornos de ansiedad, y esquizofrenias, y las menores a las toxicofilias y déficits intelectuales, alcanzando significación estadística las diferencias.

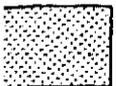
5.2.- Encuesta sobre características socioeconómicas y urbanísticas particulares.-

5.2.1.- Distribución de los trastornos psiquiátricos en la muestra.-

La muestra estudiada esta compuesta por 217 sujetos, y la distribución de las cinco patologías seleccionadas en un total de 179 pacientes, ya que las restantes patologías que se repartían los otros 38 casos alcanzando una tasas muy bajas no figura en la Gráfica 23, apreciándose que los déficits intelectuales son los que alcanzan una mayor proporción del 35,7%, seguidos por los trastornos de personalidad, 19,2%, toxicofilias, 14,2 %, trastornos de



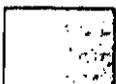
TIPOS DE BARRIOS



NO CONSOLID



DORMITORIO



INDUSTRIAL



POLIVALENTES



CTRO CIUDAD



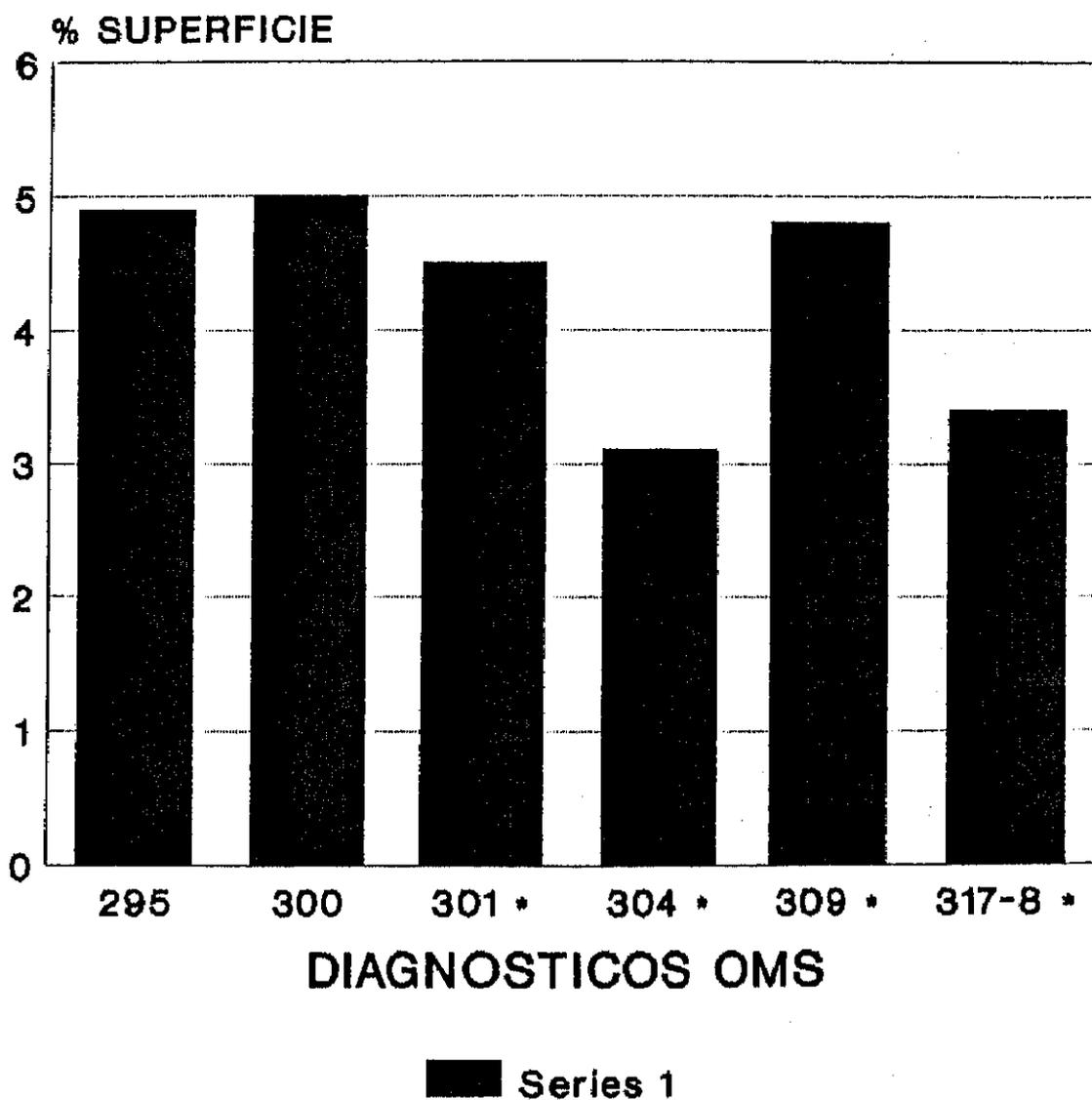
SINGULARES

Mapa 16.- Tipología de los barrios de Madrid.

SERVICIOS GENERALES

PORCENTAJE MEDIO DE SUPERFICIE

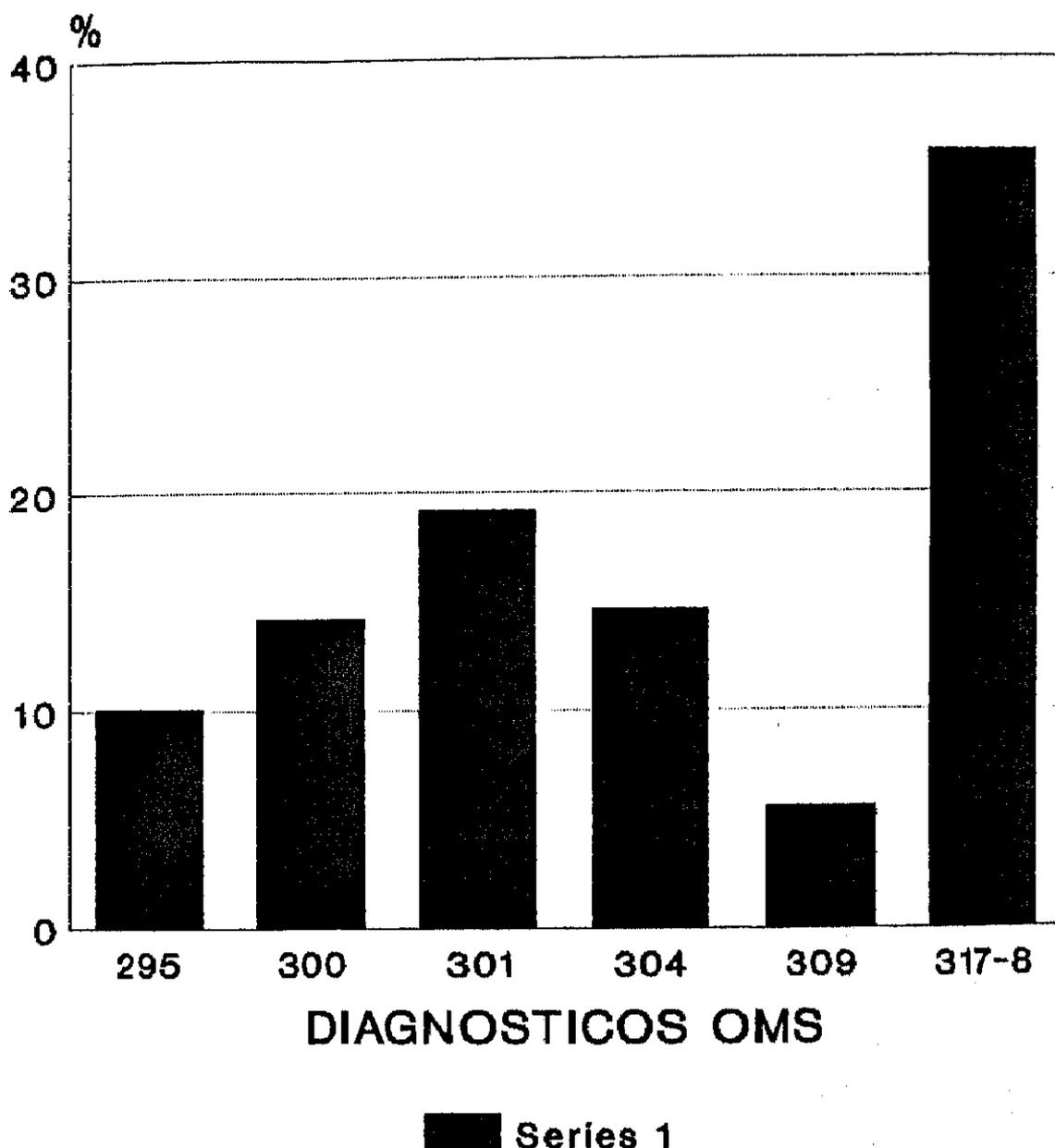
EN LOS BARRIOS DE LOS PACIENTES



N = 1.147 * P<0.01

Fig.22.-Índice de dotación de Servicios en general en el barrio, para los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

DISTRIBUCION TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ENCUESTA CARACTERISTICAS PARTICULARE



√ = 178

Fig.23.- Porcentaje relativo de los diferentes trastornos psiquiátricos, en los sujetos de la muestra empleada para el estudio de las características socio económicas y características particulares.

ansiedad, 14,2%, esquizofrenia, 10,1%, y en el último lugar los trastornos de adaptación, 5.6 %.

Se aprecian evidentes diferencias en la distribución de las patologías estudiadas en esta muestra de pacientes ambulatorios, respecto a la otra muestra de pacientes hospitalizados, lo que resulta lógico por las siguientes circunstancias:

1º.- Unas patologías determinadas tienen mayores posibilidades de estar representadas en la muestra de pacientes ambulatorios, y como ejemplo diremos, que todos los esquizofrénicos que han presentado la enfermedad antes de su ingreso en filas la alegan y se incluyen en la muestra de pacientes ambulatorios, en tanto que en la muestra de pacientes hospitalizados solo figurarán aquellos en que el padecimiento se haya inclado durante su Servicio Militar. Otro ejemplo sería el de los trastornos de adaptación, cuyo número mínimo en la muestra de pacientes ambulatorios, se explica por el hecho de que en ese momento solo alegan los que han presentado reacciones de adaptación en la vida civil, cuando en la vida militar el riesgo es más elevado, figurando entonces en la muestra de hospitalizados.

2º.- Alguno de los trastornos estudiados no son alegados por los sujetos previamente a su incorporación en filas, siendo el ejemplo más evidente el de las toxicofilias, ya que muchos sujetos ocultan su condición por la sanción social o familiar, y porque piensan que para

el momento de su incorporación a filas la habrán superado.

3º.- Cuando se considera el segundo diagnóstico de la OMS, y su asociación con el primer diagnóstico, aparece frecuentemente asociada los trastornos de personalidad, y las toxicofilias.

Este tipo de variaciones en la muestra afectan por igual a los individuos de todos los distritos estudiados, por lo que no altera la fiabilidad de los resultados.

5.2.2.- Trastornos psiquiátricos y características socioeconómicas.-

La primera variable analizada es el lugar del nacimiento de los pacientes, puesto que nos puede informar sobre los cambios de residencias inducidos por las migraciones interiores. El 83% de los encuestados habían nacido en Madrid, un 12,0 % en otra ciudad, y solo un 4% habían nacido en el medio rural. Las tablas de asociación de caracteres cualitativos muestran la falta de asociación entre lugar de nacimiento y los trastornos psiquiátricos estudiados.

En cuanto a los años de residencia en Madrid, la media era muy elevada 17,3 años, reflejando otro aspecto de lo mencionado anteriormente, de que la mayoría de ellos eran nacidos y residentes desde su nacimiento en Madrid. La comparación de medias múltiple, muestra la ausencia de asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de residencia en Madrid y las diferentes entidades

nosológicas analizadas.

Prácticamente la totalidad de los pacientes vivían con la familia, 176, y solo 3 vivían solos.

En cuanto al estado civil, prácticamente la totalidad de los pacientes estudiados, 175, eran solteros.

La media de edad era de 18,9 años, y no se asociaba significativamente a ninguno de los trastornos estudiados.

Vivían ambos padres de 159 de los pacientes estudiados, solamente la madre en 12 de ellos, y solo el padre en 7 casos. No se demostró asociación significativa entre la pérdida de alguno de los progenitores y la patología psiquiátrica analizada.

Solo 9 de los pacientes estudiados eran hijos únicos, no comprobándose asociación significativa de esta circunstancia con la patología psiquiátrica analizada.

Tampoco se encontró asociación significativa entre la patología psiquiátrica, y el lugar que el paciente ocupaba en la fratria: mayor, menor o mediano.

Tampoco se encontró asociación entre la profesión del cabeza de familia, y la patología psiquiátrica analizada, aunque aquí habría que hacer la consideración que las profesiones se habían clasificado en 16 categorías, induciendo por lo tanto una fragmentación excesiva de los datos para una muestra tan reducida de pacientes.

No se encontró tampoco asociación entre las patologías psiquiátricas analizadas y el nivel de estudios de los

pacientes, únicamente que los déficits intelectuales, como resulta lógico, alcanzaban como nivel máximo educativo la Educación General Básica.

En cuanto al nivel profesional alcanzado por los pacientes, la mayor parte de ellos, dada su edad y también su patología, no habían trabajado, no comprobándose asociación de niveles de patología psiquiátrica y profesión.

La media de empleos del grupo de pacientes estudiados era de 0,8, siendo los esquizofrénicos, y los déficits intelectuales los que en menor número han sido empleados, mostrándose en la Tabla 13, la existencia de diferencias significativas entre los grupos de pacientes estudiados.

En cuanto a las aspiraciones de formación cultural, expresadas según el sujeto considere que está finalizada, o que aspire a un nivel superior, nos encontramos, Tabla 14, que los pacientes con trastornos de ansiedad son los que pretenden un nivel superior, mientras que los pacientes toxicofílicos son los que con menos frecuencia aspiran a mejorar su nivel formativo.

En cuanto a sus aspiraciones laborales, son los esquizofrénicos los que en menor número consideran que su situación laboral es adecuada, siendo la tónica general de las respuestas el que la mayor parte de los pacientes aspiran a un empleo mejor. En cuanto al grado de satisfacción con el trabajo, 55 de los 72 pacientes que estuvieron empleados se muestran muy satisfechos, del mismo

modo 53 de los pacientes se mostraban muy satisfechos de sus compañeros. El tiempo medio invertido desde la casa al trabajo era de 34,2 minutos, y el número de recorridos diarios para acudir al trabajo, era de 2.8, sin que se apreciaran diferencias significativas entre los diversos grupos estudiados.

En cuanto a las aspiraciones de formar una familia, las opiniones están divididas, y casi una tercera parte de los casos afirman que no se han planteado esa cuestión, y otra tercera parte rechazan la posibilidad de formar una familia.

La duración de la enfermedad expresada en meses viene expresada en la Tabla 15, apareciendo como las de menor duración la esquizofrenia, lo que es lógico dada su evolución en brotes, y su aparición en edades juveniles muy próximas a la incorporación en filas, seguida de los trastornos adaptativos. La duración máxima como es lógico la de los déficits intelectuales, dada la etiología connatal o perinatal de la mayor parte de estas enfermedades. Queremos señalar en el caso de las toxicofilias un dato a nuestro juicio importantísimo, y es que la media de la duración de la adicción era de 40 meses, lo que dada la media de edad de 18.9 años de los sujetos cuando fueron reconocidos, supone que el inicio de este trastorno fué a los quince años, hecho gravísimo y que pone de manifiesto como es sobre personas inmaduras tanto psicológicamente, como afectivamente sobre las que los

traficantes dirigen sus ventas.

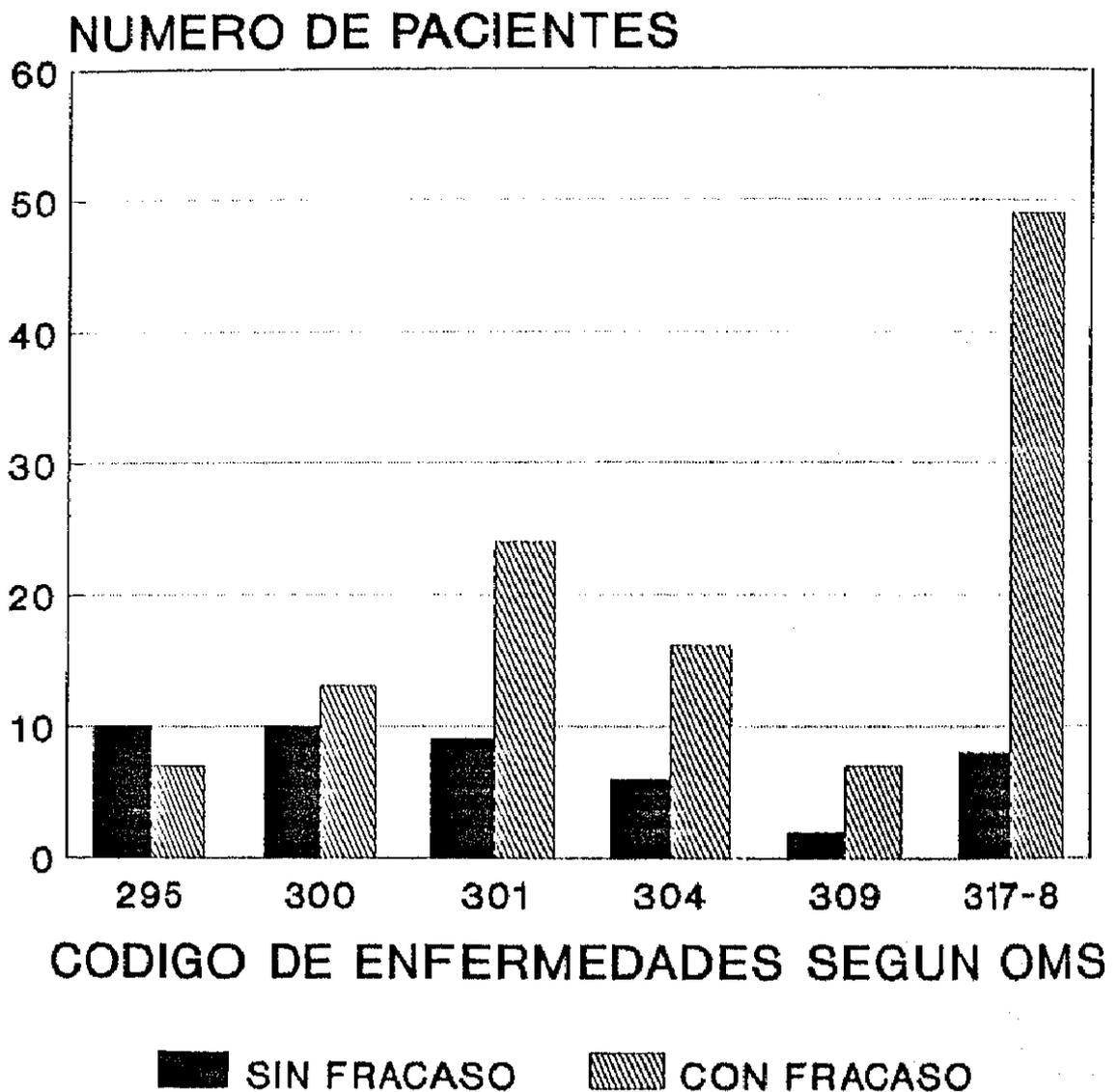
En cuanto al tipo de tratamiento, los resultados vienen expresados en la Tabla 16, que muestra el predominio de los tratamientos ambulatorios sobre los realizados en régimen hospitalario. Lo más interesante a nuestro juicio es la elevada proporción de pacientes con toxicofilias, y con trastornos de personalidad que no han recibido ningún tratamiento, siendo las diferencias significativas con los otros grupos.

Otra variable analizada es el fracaso escolar, cuyos resultados se expresan en la Tabla 17, y Gráfica 24, apreciándose como los esquizofrénicos son los que en menor número fracasan, porque la enfermedad eclosiona pasada la etapa escolar, y los que más fracasan son por deficientes intelectuales. Llama la atención la elevada proporción de fracasos escolares en el grupo de los trastornos de personalidad, y en el de las toxicofilias, en los que las dos terceras partes de los casos habían fracasado, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

5.2.3.- Trastornos psiquiátricos y características urbanísticas peculiares del barrio.-

Hay que dejar muy claro que gran número de preguntas se refieren a datos no objetivos, y que por lo tanto las respuestas vendrán matizadas por la subjetividad del individuo, lo que nos obligará a ser muy cauto en el análisis de las respuestas. Por ejemplo cuando al sujeto se le pide que califique su barrio por la clase social, es

FRACASO ESCOLAR NUMERO DE PACIENTES CON Y SIN FRACASO ESCOLAR



N= 178 PACIENTES

Fig.24. - Proporción de fracaso escolar en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

evidente que la mayor parte de los sujetos lo incluyen como de una clase social más elevada.

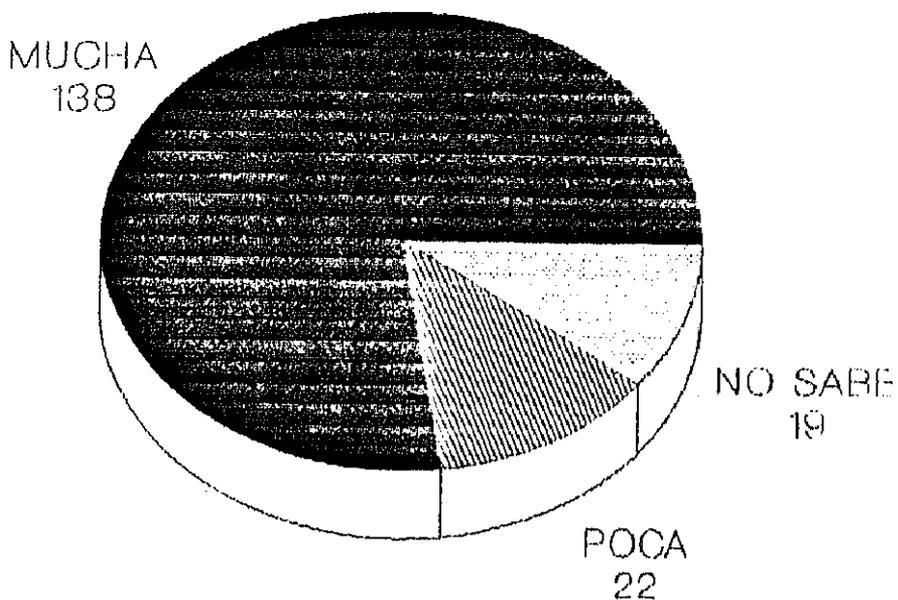
La primera cuestión planteada referente al barrio particular en que vive el sujeto, es de carácter puramente subjetivo, y se refiere al grado de satisfacción con el barrio, expresándose los resultados en la Tabla 18, y Gráfica 25, apreciándose como los más satisfechos son los sujetos con déficit inetelectual, dato que hay que interpretar a la luz de su inadecuado juicio crítico, pero es aún más llamativo que una elevada proporción de pacientes con trastornos de personalidad, y de toxicofílicos, muestren tal satisfacción por sus barrios.

En cuanto a las características que más aprecian del barrio, los resultados no alcanzan significación dada la fragmentación de la muestra, pero consideramos interesante dar la relación del atributo preferido por cada grupo patológico, y así los esquizofrénicos y los sujetos con trastornos de personalidad lo que más aprecian es la tranquilidad del barrio, los toxicofílicos no muestran ninguna preferencia especial, alcanzando el máximo puntaje el atributo otros, que engloba una variedad de características, los pacientes con trastornos de personalidad aprecian fundamentalmente la existencia de gente amable, y los deficientes intelectuales la existencia de zonas verdes.

No se ha encontrado asociación entre la tipología de la construcción del barrio: UVA, chabolas, bloques,

SATISFACCION CON EL BARRIO

GRADO DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES CON SU BARRIO



N = 178 PACIENTES

Fig. 25. -Grado de satisfacción de los pacientes estudiados con su barrio.

pisos, chalets, o combinaciones y la patología psiquiátrica.

Tampoco se encuentra asociación entre la actividad del barrio, y la clase social predominante en el barrio, y la patología psiquiátrica analizada, aunque la fiabilidad de las respuestas es muy baja, y así nos encontramos que los pacientes toxicófilos, solo en dos casos definen su barrio como de clase baja, lo que no coincide ni con la apreciación del examinador, ni con las características objetivas del barrio en el que viven.

En cuanto a las comunicaciones no se aprecian diferencias significativas en las respuesta de los grupos, sobre si su barrio esta bien o mal comunicado, ni tampoco hay diferencias respecto a la dotación de Metro, y de autobuses, aunque es interesante señalar que más de un 90% de los encuestados considera que su barrio está bien comunicado.

Respecto a otros equipamientos del barrio, a través de las respuestas de los sujetos, no se aprecian diferencias significativas en la dotación de colegios, centros de Educación General Básica, y Centros de Formación Profesional.

En cuanto a los servicios sanitarios no se aprecian diferencias significativas en las respuestas de los grupos, en la consideración de si la calidad de la asistencia es buena o mala, ni tampoco sobre la existencia o no en su barrio de ambulatorios de medicina general, ambulatorios

de especialidades, o casas de socorro, aunque es importantes señalar que más de la tercera parte de los encuestados considera mala la calidad de la asistencia sanitaria que se les presta. Gráfica 26.

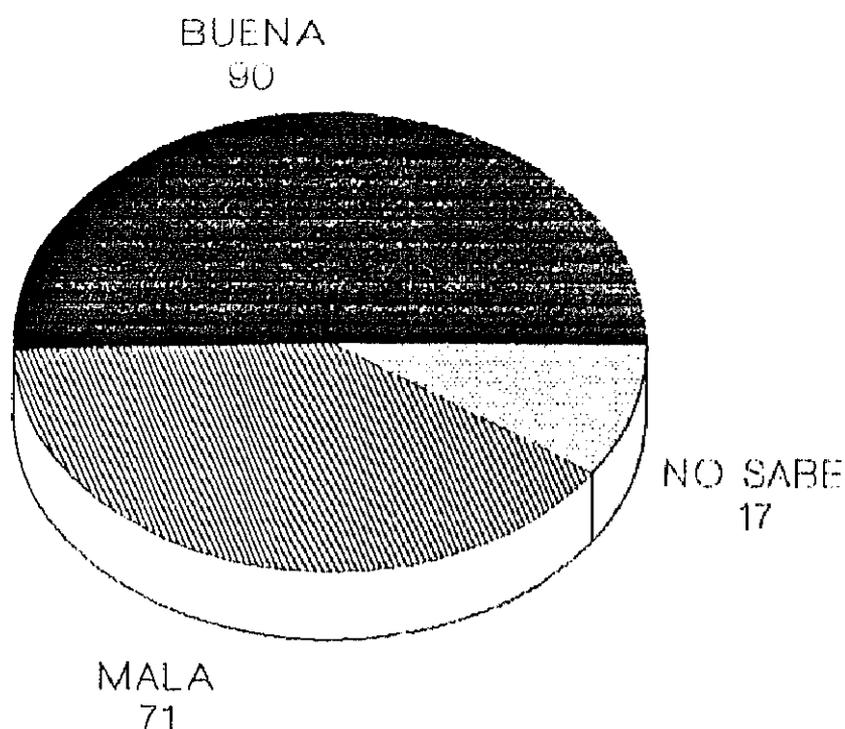
Tampoco hay diferencias en las respuestas de los grupos estudiados, en cuanto a la dotación en sus respectivos barrios de servicios sociales, y guarderías, aunque más del 50% de los encuestados consideran que sus barrios están mal dotados de servicios sociales. En cuanto a la existencia o no de centros para la tercera edad, en la Tabla 19, se exponen las diferencias en las respuestas los diferentes grupos patológicos, apreciándose que son los toxicofílicos los que refieren prácticamente en su totalidad la existencia de este tipo de centros en sus barrios, alcanzando significación estadística la diferencia con los otros grupos.

En cuanto al comercio, casi el 90% de los encuestados consideran que su barrio está bien equipado, sin que haya diferencias entre los grupos de patología, no encontrándose tampoco diferencias significativas respecto a la existencia en sus barrios de mercados, galerías de alimentación, minoristas, galerías, e hipermercados.

En prácticamente todos los barrios hay iglesias católicas, y en casi un 40 % de ellos existen centros religiosos de otras confesiones, no apreciándose diferencias en las respuestas de los diferentes grupos.

En aproximadamente un 20% de los barrios, según las

ASISTENCIA SANITARIA CONSIDERACION SUBJETIVA DE SU CALIDAD POR LOS PACIENTES



N = 178 PACIENTES

Fig.26.-Consideración de los pacientes sobre la calidad de la asistencia sanitaria en su barrio.

respuestas de los encuestados no existen instalaciones deportivas, sin diferencias entre los grupos.

Existen parques y jardines en el 90% de los barrios de los encuestados, sin diferencias entre los grupos.

En cuanto a dotaciones para el ocio: bares, teatros cines y discotecas, no se aprecian diferencias en las respuestas de los diferentes grupos.

5.2.4.- Características de la vivienda y trastornos psiquiátricos.-

El régimen de la vivienda es de propiedad en el 80% de los casos, sin diferencias entre los grupos.

El 90% de las viviendas son bloques, sin diferencias entre los grupos estudiados.

En cuanto a la altura en pisos del bloque donde está la vivienda, los resultados vienen expresados en la Tabla 20, apreciándose como son las viviendas de los esquizofrénicos, seguidas por las de los deficientes intelectuales las que tienen un mayor número de pisos alcanzando significación estadística las diferencias.

No se encontraron en cambio diferencias significativas en las respuestas de los diferentes grupos sobre el número de viviendas del bloque, los metros cuadrados de superficie de la vivienda, el número de habitaciones, y el número de personas que habitaban en la vivienda.

Una pregunta que es muy interesante de analizar,

porque frente a muchas otras del cuestionario no admite subjetividad en la respuesta, es la de existencia o no de ascensor, cuyos resultados se exponen en la Tabla 21, apreciándose como son los esquizofrénicos, seguidos por los trastornos de ansiedad, los que responden afirmativamente a esta pregunta, siendo las diferencias estadísticamente significativas respecto a los otros grupos estudiados. En el caso del teléfono, y en el del lavavajillas, se vuelve a repetir la misma situación, Tabla 22, y aunque las diferencias son menores, alcanzan significación estadística.

Prácticamente todas las viviendas del grupo encuestado están dotadas de luz, agua corriente, y gas, sin que existan por lo tanto diferencias entre los grupos. Tampoco existen diferencias en las viviendas de los grupos patológicos encuestados, respecto a la dotación de calefacción central, calefacción individual o aire acondicionado.

Algunos indicadores externos de status o clase social, como el coche, el televisor en color, el video, etc, han perdido su capacidad discriminatoria, aunque casi un 30% de los encuestados afirman que su familia no posee coche, sin que se aprecien diferencias entre los grupos estudiados.

Finalmente se han incluido una serie de preguntas sobre lo que más y menos le gustaba de su vivienda en diferentes épocas de la vida.

Los esquizofrénicos no manifestaban preferencia por

ninguna de las cualidades de la vivienda que figuran en el cuestionario, en ninguna de las etapas de su vida. Los pacientes con trastornos de ansiedad lo que más apreciaban en su niñez era el patio de la casa, en su adolescencia su dormitorio, y en la actualidad la habitación donde se reúne la familia. Los sujetos con trastornos de personalidad apreciaban siempre: en la infancia, adolescencia, y en la actualidad, su dormitorio. Los toxicófilos apreciaban en la infancia la situación de su vivienda, en la adolescencia su dormitorio, y en la actualidad no manifiestan preferencias. Los pacientes con trastornos de adaptación no manifestaban preferencia especial en las diferentes etapas de su vida por ninguna de las cualidades encuestadas. Finalmente los deficientes intelectuales manifestaban su predilección en todas las épocas de su vida por la habitación donde se reunía la familia.

En cuanto a las cualidades de la vivienda que más les desagradaban, los esquizofrénicos no manifestaban rechazo especial a lo largo de su vida por ninguna cualidad. Los pacientes con trastornos de ansiedad, por la oscuridad en la niñez, por el vecindario en la adolescencia, y por la estrechez en la actualidad. Los pacientes con trastorno de personalidad valoraban negativamente el vecindario en la niñez, la estrechez en la adolescencia, y el vecindario en la actualidad. Los toxicófilos valoraban con el mayor desagrado a lo largo de toda su vida el vecindario. Los pacientes con trastornos

adaptativos no manifestaban preferentemente su desagrado por ninguna de las cualidades encuestadas. Finalmente los deficientes intelectuales manifestaban su desagrado por el vecindario en la infancia y adolescencia, y por la mala construcción de la vivienda en la actualidad.

CAPITULO 6º

DISCUSION

6.0.- DISCUSION

6.1.- Cualidades de la muestra.-

Las cualidades de la muestra estudiada, tanto para la encuesta sobre características urbanísticas generales, como de las particulares, han sido en parte expuestas y discutidas en la exposición de los resultados, y solo queremos poner énfasis en dos aspectos, el importante incremento de las toxicofilias respecto a la apreciada en anteriores décadas, evidente en la comparación de los resultados expuestos en trabajos de otros autores, entre los que destacaríamos el de Llaquet Baldellou, 1980, que encuentra entre los 1.029 casos de soldados, o alegantes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central Gómez Ulla en el año 1979, un 12,9% de toxicofílicos, frente al 15,2% encontrada por nosotros, teniendo en cuenta que en la estadística de 1979 se incluía el cannabis, que no figura en el Número 304 de diagnósticos de la OMS, lo que implica que la proporción de toxicómanos no solamente es algo mayor, sino que también son casos más graves, con adicción a mórficos, y politoxicomanía. El otro aspecto verdaderamente importante sería el del inicio de la toxicomanía en épocas cada vez más tempranas, como se pone de manifiesto en la encuesta sobre características urbanísticas particulares, en que la media de edad de inicio en el consumo de tóxicos sería a los 16,3 años.

6.2.- Distribución de los trastornos psíquicos estudiados en los distritos.-

6.2.1.- Esquizofrenia.- Como se expuso en los resultados, la distribución de este trastornos en los distintos distritos es bastante similar, con cifras que oscilan entre el 5 y el 11%, con pequeñas variaciones explicables al tratarse de porcentajes relativos, en los que el incremento de uno de los trastornos induce descensos en las cifras correspondientes a los restantes trastornos. Solo un distrito alcanza un porcentaje que se separa ampliamente de la media, el 9, Moncloa, en el que el porcentaje de ingresados por este motivo, respecto al total de ingresados de ese distrito por los restantes trastornos psiquiátricos es del 18.8%, aunque este dato no es significativo ya que la cifra total de ingresados de este distrito era muy pequeña, 32 casos.

Los resultados de nuestro trabajo coinciden con la opinión de la mayor parte de autores sobre el tema, en el sentido de que la esquizofrenia es una enfermedad de naturaleza endógena, con un base genética, muy poco influible por circunstancias ambientales, bien sean sociales o urbanísticas. A este respecto serían demostrativos los trabajos de Giggs, 1986, en Nothingan, en los que ha encontrado grandes variaciones en la distribución de los trastornos psiquiátricos en los diferentes distritos, pero que la esquizofrenia y las psicosis afectivas, lo que anteriormente se denominaba

psicosis maniaco depresiva, ambas de naturaleza claramente endógena tenían una distribución similar.

No se cumplen por lo tanto en nuestro estudio las reglas de distribución geográfica señaladas por la escuela de Chicago, Faris y Dunham, 1934, o los más recientes de Gartly Jaco, 1954. La explicación, además de que según las teorías etiopatogénicas actualmente admitidas este hecho no debería producirse, puede estar en circunstancias derivadas de las muestras estudiadas, por estos autores, y la nuestra, que no son similares. En nuestra muestra los sujetos son muy jóvenes, y prácticamente todos están viviendo con los padres, sin posibilidad de cambiar de barrio, que es más el de sus padres que el suyo. En la de los autores referidos la muestra se extrae de pacientes psiquiátricos de cualquier edad ingresados en los servicios psiquiátricos públicos, y por la estructura social americana, y de sus grandes ciudades, los esquizofrénicos, sobre todo después de sus primeros brotes de enfermedad, tienden a residir en las áreas más miserables de la ciudad, en las pensiones baratas, o en albergues de indigentes, mezclados en el trágico mundo de los sin hogar, "homeless", que tanto impresiona a los visitantes de las ciudades de Estados Unidos.

6.2.2.-Trastornos de ansiedad.- Como se ha expuesto en los resultados la distribución de estos trastornos no es homogénea, y así tenemos unos distritos,

el 2, 3 y 7, que corresponden a Arganzuela, Retiro, y Chamberí, donde la proporción de estos trastornos es muy alta, con porcentajes en torno al 20%, mientras que en los distritos 1, 12 y 13, correspondientes a Centro, Villaverde y Mediodía, los porcentajes son inferiores al 5%. Las características más importantes que definen a ambos grupos son de tipo socioeconómico, siendo los distritos del primer grupo los habitados por la clase media, o media alta, en tanto que los segundos son distritos de clase económicamente baja, de nueva construcción, y con una gran proporción de población procedentes de migraciones interiores. Nuestros resultados coinciden con la opinión generalmente aceptada de la génesis en gran parte vivencial de estos trastornos, y la explicación somera sería que es en las clases medias en las que existen, por la forma de educación, por las relaciones paterno filiales, por la imposición y aceptación de normas sociales, etc, en las que existiría más posibilidades de expresar la conflictiva intrapsíquica en forma neurótica. En otras clases sociales, con un tipo de educación, y en otras circunstancias de barrio, escuela, etc, el conflicto o la enfermedad puede expresarse en forma de trastorno de personalidad, o de conducta toxicofílica.

6.2.3.- Trastornos de personalidad.- Como ya expusimos este diagnóstico es un verdadero cajón de sastre, porque incluye una gran variedad de trastornos, bastante

diferentes en su etiología y manifestación, y esto explicaría el que su escaso poder discriminatorio respecto a cualquier otra variable con la que se quiera comparar, y que su distribución sea relativamente homogénea, apareciendo como distrito de mínima incidencia el 9, Moncloa, distrito poco significativo como ya señalamos por la pequeñez de la muestra, y como distritos de máxima incidencia el 6 y 16, que corresponden a Tetuán, y Ciudad Lineal.

6.2.4.- Trastornos por uso de sustancias psicoactivas.- Se aprecia una evidente distribución no homogénea de estos trastornos en los diferentes barrios estudiados, y así en algunos distritos, el 8, 9, 13 y 14, que corresponden a Fuencarral, Monclóa, Mediodía y Vallecas, los porcentajes de toxicofilias están en torno al 25 % del total de pacientes ingresados, mientras que en otros distritos, 2, 3, 4, 7 y 16, que corresponden a Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamberí, y Ciudad Lineal, los porcentajes son cuatro veces menores, no llegando al 6% del total de pacientes psiquiátricos ingresados del distrito.

En alguno de los distritos señalados coincide el máximo de toxicofilias con el mínimo de trastornos de ansiedad y viceversa, siendo las características que definen a los distritos de máxima y mínima toxicofilia las inversas a las de los trastornos de personalidad, y así el mínimo de toxicofilias corresponde a distritos de clase

media o media alta, y el máximo a distritos habitados por las clases económicamente más desfavorecidas. Estos resultados están de acuerdo con los aparecidos en la abundante literatura sobre el tema, que ponen énfasis en el azote de la droga en los barrios y clases sociales más desfavorecidas, y en particular con los de Llaquet Baldellou, 1984, quien en un trabajo sobre 820 soldados ingresados de 1979 a 1983, pertenecientes todos ellos a Madrid, señalaba que en los distritos centrales de Madrid el porcentaje de drogadicción estaba entre 10 y el 15%, en los distritos del norte y oeste entre el 15 y 20 %, superando el 20% los distritos del este y sur de la capital.

6.2.5.- Trastornos de adaptación.- La distribución de este trastorno es relativamente homogénea en los diferentes distritos, aunque hay algunos de ellos con tasas significativamente menores, y cuya explicación no es clara, posiblemente estaría en relación con el mismo trastorno, que es de carácter transitorio, y que revelaría únicamente una cierta fragilidad de la persona para adaptarse a situaciones de esfuerzo o de disciplina. A la situación de trastornos de adaptación se puede llegar por diferentes vías, bien por la fragilidad personal anteriormente descrita, bien por que el acúmulo de circunstancias adversas, fundamentalmente situaciones conflictivas de tipo socio familiar, o derivadas de la vida en la unidad militar

sobrepasen la capacidad del sujeto para afrontarlas, o bien por una falta de preparación o motivación para superar circunstancias difíciles o desfavorables. Esta pluricausalidad nos puede explicar en parte la poco definida distribución de los trastornos en la muestra.

6.2.6.- Déficit intelectual.-Como ya señalamos, en teoría y en un país como el nuestro, no deberían producirse diferencias significativas en la distribución de estos trastornos según la categoría del distrito. Sin embargo estas diferencias aparecen claramente en los resultados, y así en los distritos 12, 13 y 15, que corresponden a los distritos de Villaverde, Mediodía, y Moratalaz, alcanzan porcentajes superiores al 20 % de los casos ingresados, y en el distrito 3, que corresponde a Retiro con un 16.7%. Las posibles explicaciones son varias, unas de ellas derivadas de los criterios diagnósticos, y es que los déficits intelectuales ligeros, pueden pasar desapercibidos, o no ser alegados en los distritos de menor nivel cultural, y de menores exigencias educativas, y se van a poner de manifiesto al tener que afrontar las exigencias de un medio extraño, como es la vida militar. Para los porcentajes elevados con que aparecen estos trastornos en Retiro, y también, aunque menores, en otros barrios de clase media o alta, solo encontramos la explicación de que estos trastornos están sobrerrepresentados en la muestra, al darse en estos distritos porcentajes muy bajos de toxicofilias.

6.3.- Trastornos psiquiátricos y variables urbanísticas.-

La forma de evaluación de las variables urbanísticas ha sido expuesta en la metodología y resultados, y aquí solamente queremos señalar, que la interpretación de los datos es más fácil y fiable, que en el apartado anterior de distribución de trastornos psiquiátricos en los barrios, porque no se manejan valores relativos intercorrelacionados, sino valores absolutos que se le asignan a cada paciente según los atributos objetivos de su distrito.

6.3.1.- Trastornos psiquiátricos y características urbanísticas y poblacionales del distrito.-

No se aprecian diferencias respecto a la población total del distrito en los diferentes grupos de pacientes estudiados, posiblemente porque uno de los criterios de división en distritos es entre otros el número de habitantes, lo que al homogeneizar las cifras les haría perder valor discriminante.

Respecto al número de viviendas por distrito, ocurre lo mismo que en el apartado anterior, que es una variable que tiende a homogeneizarse, y que por lo tanto pierde capacidad discriminatoria.

La mayor densidad de habitantes en el distrito corresponde a la esquizofrenia, y a los trastornos de ansiedad, con significación estadística respecto a la de

los toxicofílicos, y deficientes intelectuales. En una ciudad como Madrid, los datos no coinciden con los expuestos por los autores americanos o ingleses, que refieren unos mayores índices de toxicofilia, en las zonas más densamente pobladas, lo que hay que interpretarlo teniendo en cuenta la diferente morfología de las ciudades. En Madrid gran parte de las clases ricas, media y media alta, siguen viviendo en el centro de la ciudad, en bloques de pisos, en tanto que en la periferia de la ciudad, teniendo en cuenta que no se consideran las ciudades dormitorio, o residenciales, habitan las clases económicamente más pobres, a veces en chabolas, viviendas bajas, o en bloques de menos alturas, lo que justificaría que la proporción de las toxicofilias se dé más en distritos con menor densidad poblacional.

En cuanto al número de viviendas por hectárea en el distrito, los índices son similares a los obtenidos en el caso de la densidad de población, con las menores cifras correspondiendo a los toxicofílicos, y deficientes intelectuales, pudiendo explicarse por las mismas causas.

Las mayores cifras de parados en su distrito corresponden al grupo de los toxicómanos y deficientes intelectuales, dándose el hecho de que el paro en el grupo de edad que se ha estudiado, de los 16 a los 25 años, es además de un indicador económico de primera magnitud, una parte de la población de estos distritos está en paro porque al contrario de lo que sucede en otros distritos,

no está estudiando, o aprendiendo algún oficio.

6.3.2.- Trastornos psiquiátricos y dotaciones educativas.-

El grupo de los esquizofrénicos es el que presenta los mejores niveles medios de dotaciones de preescolar, EGB, y BUP, seguidos de los trastornos de ansiedad en los dos primeros casos, y de los trastornos de adaptación en el caso de BUP, siendo los trastornos de adaptación los que alcanzan el mayor nivel de centros de Formación Profesional.

En sentido contrario parece evidente, que las toxicofilias y los trastornos de personalidad aparecen con mayor frecuencia en los distritos con menores dotaciones educativas.

6.3.3.-Trastornos psiquiátricos y dotación de centros culturales y deportivos.-

La dotación de centros culturales es menor en el grupo de esquizofrénicos y de trastornos de ansiedad que en los restantes grupos estudiados. La explicación de este hecho es paradójica, y radicaría a nuestro juicio que en los barrios de clase media, o de clase media alta, donde la proporción de estos trastornos es mayor, la gente organiza sus actividades culturales de forma autónoma, individualmente, o en clubs privados, o a través de asociaciones corporativas, en tanto que en los distritos más desfavorecidos los centros culturales han sido

promocionados por las entidades públicas, organizaciones religiosas, asociaciones vecinales, etc, con la idea de suplir sus carencias.

La dotación de cines ha sido incluida en este apartado, por considerar que el cine además de ser un recurso de ocio, tiene una gran influencia cultural. El grupo de los esquizofrénicos es el que tiene una dotación de salas de cine significativamente mayor, aunque la importancia de este atributo es cada vez más relativa, ya que las salas clásicas de cine van desapareciendo, más aceleradamente en los barrios más pobres, por el impacto del video y de la televisión, perdurando algo más en los barrios más pudientes, transformándose en salas de minicine.

La dotación de bibliotecas correspondiente al grupo de esquizofrénicos es significativamente mayor que la del resto de los grupos estudiados.

En cuanto a la dotación de instalaciones deportivas, no se evidencian diferencias significativas entre los diferentes grupos, lo que sugeriría una dotación uniforme, o al menos relativamente compensada de estas instalaciones en los distritos estudiados.

6.3.4.- Trastornos psiquiátricos y dotaciones sanitarias y de Centros para la Tercera Edad.-

No se aprecian diferencias significativas entre las dotaciones de instalaciones sanitarias

correspondientes a los grupos de pacientes estudiados, lo que sugeriría que la asistencia sanitaria gracias al esfuerzo de la sanidad pública alcanza niveles relativamente homogéneos en todos los distritos.

En cuanto a los Centros para la Tercera Edad, son el grupo de los trastornos de ansiedad y de los esquizofrénicos los que presentan la menor dotación de estos centros en sus distritos, y la explicación de este hecho sería la misma que la dada para el caso de la dotación de Centros Culturales, en los que se da el mismo tipo de distribución.

6.3.5.- Trastornos psiquiátricos y actividades industriales, comerciales y de hostelería.-

El menor índice de actividades industriales corresponde a los toxicofílicos y deficientes intelectuales, sin que alcancen significación estadística las diferencias.

Las menores dotaciones de establecimientos comerciales corresponden a los toxicofílicos, y deficientes intelectuales, alcanzando significación estadística las diferencias respecto a los esquizofrénicos, que alcanzan la mayor dotación, y que viene a reflejar las mejores características económicas de los distritos habitados por estos últimos.

En cuanto a la dotación de establecimientos de hostelería, bares y restaurantes, los grupos de

toxicofílicos y deficientes intelectuales son los que tienen en sus barrios menor dotación de bares, siendo la menor la correspondiente a esquizofrénicos y trastornos de ansiedad.

6.3.6.- Trastornos psiquiátricos y dotación de servicios en el distrito.-

La mayor dotación de servicios corresponde a la esquizofrenia, trastornos de ansiedad y adaptativos, siendo significativas las diferencias con los toxicofílicos, y deficientes intelectuales, lo que evidencia que estos últimos trastornos tienden a concentrarse en los distritos de menor calidad.

6.3.7.- Trastornos psiquiátricos y características del barrio.-

El empleo de esta unidad urbana más reducida, no ha hecho cambiar de forma significativa los resultados obtenidos empleando los datos de los distritos, aunque muchas de las variables estudiadas pierden significación estadística. Persisten las diferencias entre los diferentes grupos de trastornos psiquiátricos, y el número de viviendas por hectárea, y de dotación de servicios, dándose las mayores cifras en la esquizofrenia y en los trastornos de ansiedad.

6.4.- Encuesta sobre las características socioeconómicas y urbanísticas particulares.-

6.4.1.-Distribución de los trastornos psiquiátricos en la muestra.-

Las peculiaridades de la muestra han sido expuestas en los resultados, así como la explicación de las diferencias con la primera muestra de pacientes para el estudio de características urbanísticas generales.

6.4.2.- Trastornos psiquiátricos y características socio económicas.-

Como ya habíamos expuesto en los resultados, la procedencia de los pacientes es fundamentalmente urbana, 96% de los casos, y habían nacido en el medio rural solo en un 5%. Hay que señalar en todos estos trabajos, que el lugar de nacimiento de los pacientes es cada día un indicador menos fiable, puesto que por las modalidades de asistencia a los partos, los niños no nacen en el domicilio de los padres, sino en las maternidades de los grandes hospitales. Aún a pesar de ello los datos parecen indicar que se trata de individuos pertenecientes en gran parte a la segunda generación de los inmigrantes venidos a Madrid en los años cincuenta y sesenta. No es posible por lo tanto establecer correlaciones en el presente estudio, entre trastornos psiquiátricos, y las variables rural o urbana, o de inmigración.

Los datos de años de residencia en Madrid ofrecen una información de corte similar a la reseñada respecto al lugar de nacimiento, el 83% de los encuestados nacieron en

Madrid, y han permanecido en Madrid, o han sido traídos a Madrid en edades muy tempranas, ya que la media de años de residencia en Madrid era de 17.3 años. No puede por lo tanto con este tipo de muestra extraerse conclusión alguna sobre correlaciones entre los trastornos psiquiátricos estudiados, y variables de rural-urbano, o de inmigración.

Dada la edad de los pacientes, y la aún fuerte cohesión de la familia española, la práctica totalidad de los pacientes vivían con su familia. Este dato es muy importante, y puede explicar como ya de pasada habíamos indicado refiriendonos a la distribución de los trastornos por distritos, la disparidad de nuestros resultados con los de los estudios clásicos de Faris y Dunhan, y otros de la Escuela de Chicago, ya que los sujetos de la muestra al permanecer vinculados a la familia, no han ejercitado la opción de situarse en el barrio, o en la clase a la que su enfermedad, con las consiguientes dificultades de inserción socio laboral, los conduciría. También el que vivan con los padres tiene importantes implicaciones, tanto para el diagnóstico de la enfermedad, como para el seguimiento asistencial, ya que los pacientes tienen derecho a la asistencia sanitaria, en la casi totalidad de los casos, a través de la cartilla de la Seguridad Social de sus progenitores, en las que están incluidos.

Vivían ambos padres en el 90% de los casos, lo que unido al hecho de su residencia en el hogar familiar, hace que no puedan establecerse en la muestra estudiada,

correlaciones entre los trastornos psiquiátricos y variables del tipo de separación, abandono, duelo , etc.

Dado el escaso número de pacientes hijos únicos en la muestra, tampoco ha sido posible establecer correlación entre esta variable y la patología, así como tampoco se ha apreciado correlación entre la patología y el lugar que el paciente ocupa en la fratria.

El elevado número de opciones profesionales para los padres, que figuran en el cuestionario empleado, induce una marcada fragmentación de la muestra, que impide establecer correlaciones de esta variable con la patología.

El nivel de estudios de los pacientes, dada la edad de los mismos, y la influencia de la enfermedad, que ha podido interrumpirlos, resulta difícil de evaluar, porque en la mayoría de los casos el sujeto continúa en periodo de formación, o es impreciso determinar si la ha dado por finalizada. Unicamente en el caso de los deficientes intelectuales, como es lógico, los máximos niveles alcanzados son los correspondientes a la EGB.

El nivel profesional de los pacientes resulta difícil de evaluar, ya que como dijimos en los resultados, dada su edad encuentran muchos de ellos en periodo de formación, por lo que no han podido ejercer ningún trabajo, no pudiendo establecerse por lo tanto correlación entre esta variable y la patología.

En cuanto a las aspiraciones de obtener una mejor formación cultural, los resultados parecen lógicos, siendo

los sujetos con trastornos de ansiedad, cuya personalidad está bien integrada, y son individuos muy normativos, los que aspiren a mejorar su situación. Parece significativo el que los toxicofílicos no aspiren a superar su nivel, lo que podría correlacionarse con su conducta de marginación, y de desajuste social.

Los resultados a otras preguntas del cuestionario, tales como aspiraciones laborales, nivel de satisfacción en el trabajo, y con los compañeros de trabajo, tiempo invertido en el trayecto de casa al trabajo, y número de trayectos al día han sido expuestos anteriormente y no ofrecen campo para la discusión.

En cuanto al tratamiento, ya habíamos señalado el inicio de la toxicofilia en edades muy tempranas, y el dato importante de que una elevada proporción de sujetos con trastornos de personalidad, y toxicofilias nunca habían recibido tratamiento. Las explicaciones son diversas, en el caso de los toxicómanos por la tendencia a ocultar su condición, dado el estigma social de la misma, o porque viven en la llamada fase de "luna de miel" con la droga y no son conscientes de sus consecuencias devastadoras. Esta ausencia de tratamiento hace que muchas veces las estadísticas sobre toxicofilias no sean reales, y solo afloren muchos casos que habían permanecido ocultos, o sin tratamiento, cuando el sujeto puede obtener un beneficio, alegación como causa de disminución de la imputabilidad, exenciones del Servicio Militar, etc. Muchos de los

trastornos de personalidad permanecen sin consultar, o sin recibir ayuda médica, porque sus trastornos conductuales son tolerados por medios sociales permisivos, y solo cuando las exigencias del medio se incrementan aflora la inadaptación de estos sujetos.

Es verdaderamente llamativo el índice de fracaso escolar en toxicofílicos, y en trastornos de personalidad, que podría ser un primer paso hacia la droga, o hacia los desajustes conductuales. En estos casos es muy difícil de determinar la influencia de los diversos factores en el resultado del fracaso escolar, que pueden ir desde el menor índice de dotaciones escolares en los barrios en que habitan la mayor parte de los drogadictos, a problemas derivados del status social y económico de la familia, ya que como han puesto de manifiesto recientes investigaciones americanas, el nivel cultural familiar, su lenguaje, y sus motivaciones para la formación educativa del niño son determinantes en el progreso escolar. Muchos de estos requisitos no se dan en los barrios y familias de los toxicofílicos, y el sujeto fracasa, hace novillos, abandona la escuela, y cae en la calle que muchas veces es una escuela de delincuencia, porque el modelo a imitar va a ser el pequeño delincuente, o el traficante.

6.4.3.-Trastornos psiquiátricos y características peculiares del barrio.-

Como señalábamos en la exposición de los resultados

las respuestas son de carácter subjetivo, llamando la atención la elevada proporción de pacientes que se encuentran satisfechos con su barrio, aunque a la hora de definir el atributo que más aprecian, las respuestas sean muy variables.

La ausencia de correlación entre el tipo de construcciones del barrio: UVA, chabolas, bloques, pisos, chalets, etc y patología psiquiátrica, podría ser atribuida a la pequeñez de la muestra.

En cambio la ausencia de correlación entre la clase social de la población del barrio y la patología psiquiátrica, se debería a la falta de sinceridad, o de objetividad de las respuestas, ya que la mayor parte de los sujetos tienden a definir a la clase social de su barrio en categorías superiores a las que realmente les corresponde.

La mayoría de los encuestados encuentra bien las dotaciones educativas, y de transporte, y en cambio en casi una tercera parte de los casos no están satisfechos de la asistencia sanitaria recibida, o disponible en el barrio, y casi la mitad de los encuestados consideran insuficiente la dotación de servicios sociales del barrio.

La dotación de Centros Culturales es mayor en los barrios habitados por los toxicófilos, coincidiendo este resultado con el obtenido objetivamente en la encuesta de características urbanísticas generales, explicándose por los mismos motivos.

No hay diferencias en las dotaciones de centros

religiosos, instalaciones deportivas, parques, jardines, etc.

6.4.4.- Características de la vivienda y trastornos psiquiátricos.-

El régimen de propiedad es de alquiler en el 80% de los casos, que debe ser similar al de la población general, sin diferencias significativas entre los diferentes grupos psiquiátricos.

El 90% de las viviendas se sitúan en bloques, siendo los bloques correspondientes a los esquizofrénicos los que tienen mayor altura, estando correlacionada en una ciudad como Madrid la altura con la calidad de la vivienda.

Hay que poner en duda la exactitud de las respuestas sobre el número de viviendas del bloque, y sobre la superficie de la vivienda, que no muestran diferencias en los trastornos psiquiátricos estudiados, y que contrasta con otros datos de carácter más objetivo sobre la calidad de la vivienda, como es la existencia de ascensor, en que si aparecen diferencias entre los grupos, siendo los esquizofrénicos y los pacientes con trastornos de ansiedad los que con mayor frecuencia tienen, ascensor en la vivienda. También son los esquizofrénicos, y los pacientes con trastornos de ansiedad los que con mayor frecuencia disponen en su domicilio de teléfono, y lavavajillas.

Otra serie de elementos o equipamiento de la vivienda, tales como el agua, la luz, la calefacción

central o individual, el aire acondicionado, no muestran diferencias significativas entre los grupos.

Algunos indicadores clásicos de status socio económico, como eran el coche, la televisión en color, el vídeo, etc, al generalizarse han perdido su poder discriminante, lo que justificaría la ausencia de significación estadística entre los diferentes grupos.

En cuanto a las cualidades de su vivienda que más apreciaban o que más les desagradaban en las diferentes etapas de la vida, las respuesta son muy variables y cambiantes.

6.5.-Cumplimiento de las hipótesis de trabajo.-

Finalizada la exposición y discusión de los resultados, nos encontramos en condiciones de analizar si los resultados confirman las hipótesis de la presente tesis doctoral.

Creemos conveniente comenzar haciendo unas precisiones de índole terminológica, puesto que en un trabajo de este tipo, en el que se manejan referencias bibliográficas de muy diversos autores, de diferentes países, y datos procedentes de diversas fuentes oficiales, es absolutamente necesario definir el alcance de los mismos.

En la presente tesis nos parece muy claro que es una falacia distinguir tajantemente entre factores urbanísticos, referidos a las características puramente

físicas del distrito, y factores socioeconómicos, puesto que ambos van indisolublemente ligados en nuestra sociedad. Los distritos están habitados por hombres y mujeres que han acudido a ellos por una serie de condicionantes, que van desde su origen e historia personal, a circunstancias económicas, profesionales, etc. Por lo tanto al hablar de factores urbanísticos siempre dejaremos implícita la existencia de factores socioeconómicos subyacentes.

En el presente trabajo creemos que ha quedado claramente demostrada la primera hipótesis, de la existencia de una correlación de factores urbanísticos y tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos, por la distribución no homogénea de los trastornos psiquiátricos estudiados en los diferentes distritos, en ausencia de otros factores de entidad suficiente que pudieran explicarla.

En cuanto a la segunda hipótesis de trabajo, también ha quedado a nuestro juicio claramente demostrado, que la influencia de los factores urbanísticos no es la misma para los trastornos psiquiátricos estudiados, siendo mínima para algunos de ellos como la esquizofrenia, y máxima para otros como la adicción a sustancias psicoactivas.

En cuanto a la tercera hipótesis de trabajo, se comprueba que al menos para una ciudad con la morfología y estructura urbanística y social de Madrid, la influencia de los trastornos urbanísticos en las tasas de prevalencia

de los trastornos psiquiátricos no es similar, y se ha podido demostrar la escasa influencia de algunos de ellos, como pueden ser el índice de dotaciones de instalaciones sanitarias, deportivas, población total del distrito, y número de viviendas del distrito. Por el contrario un gran número de variables urbanísticas, tales como: dotación de centros educativos, centros culturales, centros para la tercera edad, densidad de población del distrito, número de viviendas por hectárea del distrito, porcentaje de superficie dedicado al comercio, a la industria y construcción, a entidades bancarias, a bares y restaurantes, a servicios generales, número de parados, etc, muestran diferencias significativas en las diferentes enfermedades psiquiátricas estudiadas.

En cuanto a la cuarta hipótesis de trabajo, creemos que no existen factores urbanísticos singulares correlacionables con las tasas de prevalencia en los distritos de los enfermedades psiquiátricas estudiadas, ya que la mayor parte de ellos están intercorrelacionado, y actúan de forma conjunta. De todas formas queremos señalar que para la enfermedad más influenciada por factores urbanísticos, los trastornos por adicción a sustancias psicoactivas, el conjunto de variables urbanísticas cuyas diferencias con los otros grupos alcanzan significación estadística, tienen como factor común la pobreza, la menor dotación de centros educativos, de actividades industriales y de construcción, de servicios generales, mayor número de

parados, etc. Los resultados obtenidos en la encuesta sobre características urbanísticas particulares también vienen a confirmar estos extremos, con la existencia de un elevado índice de fracaso escolar, e indicadores de status socioeconómico, que muestran el predominio de estos trastornos por adicción en las clases sociales y barrios más pobres y desfavorecidos.

Se comprueba también una clara gradación en la acción de estas variables urbanísticas sobre las diferentes enfermedades, cuya significación se va difuminando para los déficits intelectuales, trastornos de adaptación, y trastornos de personalidad, para llegar a los trastorno de ansiedad, y a la esquizofrenia, que tienen la mayor calidad de dotaciones urbanísticas.

En cuanto al objetivo final de la presente tesis, nos parece demasiado ambicioso para los medios empleados, y seríamos inmodestos si afirmásemos que lo hemos cumplido, pero queremos aportar nuestro granito de arena a esta tarea. En la presente tesis aparece claramente definido un grupo de riesgo, que es el de los sujetos con adicción a sustancias psicoactivas, y es interesante señalar toda una serie de circunstancias y características que concurren en el mismo, porque sobre algunas de ellas sería posible realizar una labor preventiva.

El grupo de sujetos con adicción a sustancias psicoactivas presenta las mayores tasas de prevalencia en determinados distritos: Fuencarral, Moncloa, Mediodía,

Vallecas, etc, que deberían por lo tanto ser objeto de acciones preferentes. Las más bajas dotaciones urbanísticas de este grupo han sido expuestas anteriormente: centros de educación, bibliotecas, industria y construcción, comercio, servicios generales, así como sus consecuencias, mayor índice de fracaso escolar, mayor número de parados, que pueden ser el primer paso hacia la marginación y la drogadicción, y cuya corrección a través de una política social, y una adecuada planificación urbanística podría contribuir a paliar el problema.

CAPITULO 7º

CONCLUSIONES

7.0.- CONCLUSIONES

1º.- Existe una correlación entre variables urbanísticas del distrito y barrio, y las tasas de morbilidad de los trastornos psiquiátricos estudiados.

2º.- La influencia de los factores urbanísticos no es similar para todos los grupos estudiados, siendo máxima para los trastornos por adicción a sustancias psicoactivas, y trastornos de personalidad, y mínimos para la esquizofrenia.

3º.- No existe un factor urbanístico singular cuya acción tenga una influencia determinante sobre las tasas de morbilidad psiquiátrica, encontrándose correlacionados entre sí la mayor parte de los factores urbanísticos, y actuando de forma conjunta.

4º.- La influencia de los diversos factores urbanísticos en la génesis o desencadenamiento de trastornos psiquiátricos no es la misma en todos ellos, teniendo algunos de ellos una mayor carga patógena que los otros.

5º.- Ha sido posible definir grupos de riesgo en relación con variables urbanísticas, alguno de ellos como el de los adictos a las sustancias psicoactivas, con perfiles muy nítidos.

6º.- Creemos posible una labor preventiva de determinados trastornos psiquiátricos, mediante adecuadas políticas sociales y de planificación urbanística.

7º.- Consideramos que los geógrafos deberían

participar en los equipos multidisciplinarios para el estudio de estos temas, y en las tareas de asesoramiento y planificación urbanística.

CAPITULO 8º

APENDICE: TABLAS

LE	MEDIA	DESV.TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
-295	202798.306	116596.536	12646.67	105915	540269	85
	198028.985	97992.8322	8465.2914	105915	540269	134
	213317.479	116349.454	6366.3589	105915	540269	334
	200191.716	113587.064	7952.6852	105915	540269	204
	201601.816	108186.771	8775.1059	105915	540269	152
8	208558.216	110535.112	8126.703	105915	540269	185

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 1.246E+10 gl = 5,1088

LE1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. sig.
-295	300	4769.3208	85	134	0.018982	NO
-295	301	-10519.173	85	334	0.1203	NO
-295	304	-6393.4098	85	204	0.039352	NO
-295	309	1196.4901	85	152	0.0012522	NO
-295	317+318	-5759.9103	85	185	0.031003	NO
	301	-15288.494	134	334	0.35866	NO
	304	-11162.73	134	204	0.1617	NO
	309	-3572.8307	134	152	0.014587	NO
	317+318	-10529.231	134	185	0.13824	NO
	304	4125.7634	334	204	0.03459	NO
	309	11715.6633	334	152	0.23006	NO
	317+318	4759.2628	334	185	0.043269	NO
	309	7589.8999	204	152	0.080509	NO
	317+318	633.4995	204	185	0.00062473	NO
	317+318	-6956.4004	152	185	0.064789	NO

Tabla 1.- Tabla de comparaciones de la población del trito en los trastornos psiquiátricos estudiados.

	MEDIA	DESV.TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
295	68108.3059	15964.1695	1731.5573	41362	96360	85
	69069.4179	15655.3494	1352.4162	41362	96360	134
	69972.003	15496.7715	847.9456	41362	96360	334
	67154.9216	15513.7807	1086.1819	41362	96360	204
	68229.0461	16007.4163	1298.3729	41362	96360	152
	67400.0432	15964.0839	1173.7028	41362	96360	185

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 2.467E+08 gl = 5,1088

I	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. sig.
05	300	-961.112	85	134	0.038947	NO
05	301	-1863.6971	85	334	0.19079	NO
05	304	953.3843	85	204	0.044212	NO
05	309	-120.7402	85	152	0.00064427	NO
05	317+318	708.2626	85	185	0.023685	NO
	301	-902.5851	134	334	0.063158	NO
	304	1914.4963	134	204	0.24031	NO
	309	840.3719	134	152	0.040773	NO
	317+318	1869.3747	134	185	0.17557	NO
	304	2817.0814	334	204	0.81478	NO
	309	1742.9569	334	152	0.25726	NO
	317+318	2571.9598	334	185	0.63845	NO
	309	-1074.1245	204	152	0.081467	NO
	317+318	-245.1217	204	185	0.0047257	NO
	317+318	829.0028	152	185	0.046489	NO

Tabla 2.- Tabla de comparaciones del número de viviendas estricto en los trastornos psiquiátricos estudiados.

E	MEDIA	DESV. TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
-295	16661.5882	10432.1218	1131.5225	837	36260	85
	16677.8881	10959.2	946.7307	837	36260	134
	15963.3443	10089.4116	552.068	837	36260	334
	12222.8284	9583.944	671.0103	837	36260	204
	14336.4408	11038.5835	895.3474	837	36260	152
18	13476.5784	10162.2505	747.1435	837	36260	185

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 1.058E+08 gl = 5,1088

LE1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. sig.
-295	300	-16.2998	85	134	0.00002613	NO
-295	301	698.2439	85	334	0.062474	NO
-295	304	4438.7598	85	204	2.2357	p < 0.01
-295	309	2325.1474	85	152	0.55737	NO
-295	317+318	3185.0099	85	185	1.1173	p < 0.01
	301	714.5437	134	334	0.092341	NO
	304	4455.0596	134	204	3.0357	p < 0.01
	309	2341.4473	134	152	0.73838	NO
	317+318	3201.3097	134	185	1.5062	p < 0.01
	304	3740.5159	334	204	3.3511	p < 0.01
	309	1626.9035	334	152	0.52289	NO
	317+318	2486.7659	334	185	1.3924	p < 0.01
	309	-2113.6124	204	152	0.73588	NO
	317+318	-1253.7499	204	185	0.28841	NO
	317+318	859.8624	152	185	0.11667	NO

Tabla 3.- Tabla de comparaciones de la densidad de población del distrito en los trastornos psiquiátricos estudiados.

E	MEDIA	DESV. TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
-295	7048.6706	5125.0283	555.8874	294	16038	85
	6924.1418	5128.746	443.0562	294	16038	134
	6644.7994	4949.4949	270.8243	294	16038	334
	4968.8725	4561.8968	319.3967	294	16038	204
	6229.4079	5580.9075	452.6714	294	16038	152
18	5462.6973	4805.8876	353.3359	294	16038	185

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 2.485E+07 gl = 5,1088

LE1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. sig.
-295	300	124.5288	85	134	0.0064904	NO
-295	301	403.8712	85	334	0.088939	NO
-295	304	2079.798	85	204	2.0886	p < 0.01
-295	309	819.2627	85	152	0.29445	NO
-295	317+318	1585.9733	85	185	1.1789	p < 0.01
	301	279.3424	134	334	0.060053	NO
	304	1955.2692	134	204	2.4882	p < 0.01
	309	694.7339	134	152	0.27661	NO
	317+318	1461.4445	134	185	1.3357	p < 0.01
	304	1675.9269	334	204	2.8626	p < 0.01
	309	415.3915	334	152	0.14505	NO
	317+318	1182.1021	334	185	1.3388	p < 0.01
	309	-1260.5353	204	152	1.1137	p < 0.01
	317+318	-493.8247	204	185	0.19039	NO
	317+318	766.7106	152	185	0.39473	NO

Tabla 4.- Tabla de comparaciones del número de viviendas por hectárea del distrito en los trastornos psiquiátricos estudiados.

	MEDIA	DESV. TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
-295	2201.3529	1042.5457	113.08	1018	4817	85
	2116.806	912.0341	78.7877	1018	4817	134
	2400.0329	991.2022	54.2362	1018	4817	334
	2556.6275	933.4432	65.3541	1018	4817	204
	2409.1316	914.6745	74.1899	1018	4817	152
	2483.573	946.5904	69.5947	1018	4817	185

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 916520.944 gl = 5,1088

E1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. sig.
295	300	84.547	85	134	0.081127	NO
295	301	-198.68	85	334	0.58364	NO
295	304	-355.2745	85	204	1.6526	p < 0.01
295	309	-207.7786	85	152	0.51357	NO
295	317+318	-282.22	85	185	1.0123	p < 0.01
	301	-283.227	134	334	1.674	p < 0.01
	304	-439.8215	134	204	3.414	p < 0.01
	309	-292.3256	134	152	1.328	p < 0.01
	317+318	-366.767	134	185	2.2812	p < 0.01
	304	-156.5945	334	204	0.6777	NO
	309	-9.0986	334	152	0.0018871	NO
	317+318	-83.54	334	185	0.18131	NO
	309	147.4959	204	152	0.4135	NO
	317+318	73.0545	204	185	0.11299	NO
	317+318	-74.4414	152	185	0.1009	NO

Tabla 5.- Tabla de comparaciones de la cifra de parados el distrito en los trastornos psiquiátricos estudiados.

	MEDIA	DESV. TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
-295	257.4353	243.7335	26.4366	7	813	85
	228.7164	215.3566	18.604	7	813	134
	235.2904	232.9069	12.7441	7	813	334
	166.7647	210.5329	14.7403	7	813	204
	237.5855	269.4784	21.8576	7	813	152
8	183.3351	208.9656	15.3635	7	813	185

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR =52591.9979 g| = 5,1088

E1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. sig.
-295	300	28.7189	85	134	0.16313	NO
-295	301	22.1449	85	334	0.12636	NO
-295	304	90.6706	85	204	1.8758	p < 0.01
-295	309	19.8498	85	152	0.081684	NO
-295	317+318	74.1002	85	185	1.2161	p < 0.01
	301	-6.574	134	334	0.015717	NO
	304	61.9517	134	204	1.1804	p < 0.01
	309	-8.8691	134	152	0.021304	NO
	317+318	45.3813	134	185	0.60862	NO
	304	68.5257	334	204	2.2616	p < 0.01
	309	-2.2951	334	152	0.0020925	NO
	317+318	51.9553	334	185	1.2221	p < 0.01
	309	-70.8208	204	152	1.6613	p < 0.01
	317+318	-16.5704	204	185	0.1013	NO
	317+318	54.2504	152	185	0.9339	NO

Tabla 6.- Tabla de comparaciones de la superficie en metros cuadrados para establecimientos comerciales el distrito en los trastornos psiquiátricos estudiados.

	MEDIA	DESV.TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO
-295	169.6	122.1962	13.254	5	703
	173.6493	173.4234	14.9815	5	703
	176.3383	147.4525	8.0682	5	703
	132.0049	122.7298	8.5928	5	703
	169.4145	173.7866	14.096	5	703
6	152.9081	147.1365	10.8177	5	703

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 22147.1847 gl = 5,108

LEI	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F
-295	300	-4.0493	85	134	0.0077009
-295	301	-6.7383	85	334	0.027782
-295	304	37.5951	85	204	0.76582
-295	309	0.18553	85	152	0.00001694
-295	317+318	16.6919	85	185	0.14654
	301	-2.6891	134	334	0.0062448
	304	41.6444	134	204	1.2666
	309	4.2348	134	152	0.011533
	317+318	20.7411	134	185	0.3019
	304	44.3334	334	204	2.2479
	309	6.9238	334	152	0.045223
	317+318	23.4302	334	185	0.59022
	309	-37.4096	204	152	1.1008
	317+318	-20.9032	204	185	0.38282
	317+318	16.5064	152	185	0.20531

Tabla 7.- Tabla de comparaciones de los metros cuadrados dedicados a equipamientos industriales en el distrito en castornos psiquiátricos estudiados.

295	79.8353	114.0221	12.3674	0	349
	64.3955	96.5833	8.3435	0	349
	66.6018	106.5634	5.8309	0	349
	43.4412	91.3307	6.3944	0	349
	75.6053	121.8787	9.8857	0	349
3	48.2757	92.6734	6.8135	0	349

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR =10690.0527 g/l = 5,108:

E1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F
295	300	15.4398	85	134	0.23196
295	301	13.2335	85	334	0.222
295	304	36.3941	85	204	1.4868
295	309	4.23	85	152	0.01825
295	317+318	31.5596	85	185	1.0853
	301	-2.2063	134	334	0.0087091
	304	20.9543	134	204	0.66438
	309	-11.2097	134	152	0.16743
	317+318	16.1198	134	185	0.3778
	304	23.1606	334	204	1.271
	309	-9.0035	334	152	0.15842
	317+318	18.3261	334	185	0.74807
	309	-32.1641	204	152	1.6858
	317+318	-4.8345	204	185	0.042423
	317+318	27.3296	152	185	1.166

Tabla 8.-Tabla de comparaciones de la superficie en metros cuadrados dedicada a establecimientos bancarios en el distrito de trastornos psiquiátricos estudiados.

	MINIMO	MAXIMO	MINIMO	MAXIMO	TAMANO	TAMANO	
95	67.9412	82.8328	8.9845		2	321	85
	57.2985	65.9174	5.6944		2	321	134
	62.0898	80.633	4.412		2	321	334
	46.0147	74.2006	5.1951		2	321	204
	67.4868	96.8501	7.8556		2	321	152
	46.1351	67.8375	4.9875		2	321	185

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 6158.1752 gl = 5,1080

I	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. sig.
95	300	10.6427	85	134	0.19132	NO
95	301	5.8514	85	334	0.075343	NO
95	304	21.9265	85	204	0.93084	NO
95	309	0.45433	85	152	0.00036546	NO
95	317+318	21.806	85	185	0.89941	NO
	301	-4.7913	134	334	0.0713	NO
	304	11.2838	134	204	0.33443	NO
	309	-10.1883	134	152	0.24009	NO
	317+318	11.1634	134	185	0.31452	NO
	304	16.0751	334	204	1.0629	p < 0.01
	309	-5.397	334	152	0.098819	NO
	317+318	15.9547	334	185	0.98425	NO
	309	-21.4721	204	152	1.3042	p < 0.01
	317+318	-0.12043	204	185	0.00004569	NO
	317+318	21.3517	152	185	1.2355	p < 0.01

Tabla 9.- Tabla de comparaciones de la superficie en los cuadrados dedicados a bares y restaurantes en el distrito los trastornos psiquiátricos estudiados.

	MEDIA	DESV. TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
-295	459.8353	485.7145	52.6831	11	1416	85
	411.097	452.1742	39.0619	11	1416	134
	398.1317	461.064	25.2283	11	1416	334
	265.2745	396.4237	27.7552	11	1416	204
	410.4474	516.0898	41.8604	11	1416	152
3	307.0108	420.7219	30.9321	11	1416	185

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 204493.926 gl = 5,1088

E1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. sig.
295	300	48.7383	85	134	0.12083	NO
295	301	61.7036	85	334	0.2523	NO
295	304	194.5608	85	204	2.2213	p < 0.01
295	309	49.3879	85	152	0.13005	NO
295	317+318	152.8245	85	185	1.3303	p < 0.01
	301	12.9653	134	334	0.015722	NO
	304	145.8225	134	204	1.682	p < 0.01
	309	0.64965	134	152	0.00002939	NO
	317+318	104.0862	134	185	0.82342	NO
	304	132.8572	334	204	2.1863	p < 0.01
	309	-12.3156	334	152	0.015496	NO
	317+318	91.1209	334	185	0.9668	NO
	309	-145.1729	204	152	1.7953	p < 0.01
	317+318	-41.7363	204	185	0.16528	NO
	317+318	103.4366	152	185	0.87314	NO

Tabla 10.- Tabla de comparaciones de la superficie icada a Servicios en general en el distrito en los trastornos quiátricos estudiados.

	MEDIA	DESV.TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
295	7048.6706	5125.0283	555.8874	294	16038	85
	6924.1418	5128.746	443.0562	294	16038	134
	6644.7994	4949.4949	270.8243	294	16038	334
	4968.8725	4561.8968	319.3967	294	16038	204
	6229.4079	5580.9075	452.6714	294	16038	152
	5462.6973	4805.8876	353.3359	294	16038	185

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 2.485E+07 gl = 5,1088

E1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. Sig.
295	300	124.5288	85	134	0.0064904	NO
295	301	403.8712	85	334	0.088939	NO
295	304	2079.798	85	204	2.0886	p < 0.01
295	309	819.2627	85	152	0.29445	NO
295	317+318	1585.9733	85	185	1.1789	p < 0.01
	301	279.3424	134	334	0.060053	NO
	304	1955.2692	134	204	2.4882	p < 0.01
	309	694.7339	134	152	0.27661	NO
	317+318	1461.4445	134	185	1.3357	p < 0.01
	304	1675.9269	334	204	2.8626	p < 0.01
	309	415.3915	334	152	0.14505	NO
	317+318	1182.1021	334	185	1.3388	p < 0.01
	309	-1260.5353	204	152	1.1137	p < 0.01
	317+318	-493.8247	204	185	0.19039	NO
	317+318	766.7106	152	185	0.39473	NO

Tabla 11.- Tabla de comparaciones del numero de viviendas por hectarea en el distrito en los trastornos psiquiatricos estudiados.

	MEDIA	DESV.TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO
295	498.2824	547.2225	59.3546	7	2786
	503.6119	530.3298	45.8135	1	2391
	453.3443	564.4841	30.8872	1	2786
	313.6471	498.252	34.8846	5	2786
	480.1447	626.5261	50.818	5	2786
	346.027	424.1831	31.1866	1	2280

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 286253.716 gl = 5,100

E1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F
295	300	-5.3296	85	134	0.0010322
295	301	44.938	85	334	0.0956
295	304	184.6353	85	204	1.4291
295	309	18.1376	85	152	0.01253
295	317+318	152.2553	85	185	0.9433
	301	50.2676	134	334	0.16883
	304	189.9649	134	204	2.0391
	309	23.4672	134	152	0.027402
	317+318	157.5849	134	185	1.3483
	304	139.6973	334	204	1.7268
	309	-26.8004	334	152	0.052422
	317+318	107.3173	334	185	0.95801
	309	-166.4977	204	152	1.687
	317+318	-32.38	204	185	0.07107
	317+318	134.1177	152	185	1.0487

Tabla 12.- Tabla de comparaciones de la superficie a Servicios en general en el barrio en los trastornos psiquiátricos estudiados.

	MEDIA	DESV. TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO
95	0.44444	0.85559	0.20166	0	3
	0.88	0.97125	0.19425	0	3
	1.2857	1.2265	0.20731	0	5
	1.7083	1.5737	0.32122	0	6
	1	0.4714	0.14907	0	2
	0.26866	0.59243	0.072377	0	3

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 0.97312 g1 = 5, 173

E1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F
5	300	-0.43556	18	25	0.40803
5	301	-0.84127	18	35	1.729
5	304	-1.2639	18	24	3.3769
5	309	-0.55556	18	10	0.40779
5	317+318	0.17579	18	67	0.090109
	301	-0.40571	25	35	0.49336
	304	-0.82833	25	24	1.7267
	309	-0.12	25	10	0.02114
	317+318	0.61134	25	67	1.3985
	304	-0.42262	35	24	0.52262
	309	0.28571	35	10	0.13049
	317+318	1.0171	35	67	4.8876
	309	0.70833	24	10	0.7279
	317+318	1.4397	24	67	7.5273
	317+318	0.73134	10	67	0.95651

Tabla 13.- Tabla de comparaciones del número de empleos han trabajado en los diferentes trastornos psiquiátricos.

	FINALIZADA	SUPERIOR	NO SABE	TOTAL
295	5	11	1	17
300	- (6)	18	1	25
301	+ 15	14	6	35
304	+ + 13	10	1	24
309	+ 5	4	1	10
317+318	-- 15	26	18	59
TOTAL	59	83	28	170

4

Fichero: B:PEPA4
 TABLA TEORICA OMSI- CULTURAL

BI

	FINALIZADA	SUPERIOR	NO SABE	TOTAL
295	5.9	8.3	2.8	17
300	8.6765	12.2059	4.1176	25
301	12.1471	17.0882	5.7647	35
304	8.3294	11.7176	3.9529	24
309	3.4706	4.8824	1.6471	10
317+318	20.4765	28.8059	9.7176	59
TOTAL	59	83	28	170

Fichero: B:PEPA4
 ASOCIACION DE CARACTERES CUALITATIVOS OMSI- CULTURAL
 OMSI CULTURAL

BI

Tabla 6x3 CHI2: 24.3085 Grados libertad: 10
 SIGNIFICATIVO (p < 0.01)
 Probabilidad: 0.00682
 celdas no ser representativo: 6 celdas con menos de 5 casos

Tabla 14.- Tabla de comparaciones de las aspiraciones de formación cultural en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

	MEDIA	DESV. TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
95	27.2222	21.4793	5.0627	1	96	18
	51.8542	40.8032	8.3289	1.5	144	24
	26.4327	23.9576	4.6985	0.25	60	26
	40.087	25.4807	5.3131	6	96	23
	7.0589	15.5027	5.1676	0.03	48	9
3	179.9574	36.695	5.3525	36	216	47

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 983.2019 gl = 5, 141

.E1	VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. Sig.
15	300	-24.6319	18	24	1.2695	p < 0.01
15	301	0.78953	18	26	0.0013487	NO
15	304	-12.8647	18	23	0.33994	NO
15	309	20.1633	18	9	0.49621	NO
15	317+318	-152.7352	18	47	61.7622	p < 0.01
	301	25.4215	24	26	1.6406	p < 0.01
	304	11.7672	24	23	0.33081	NO
	309	44.7953	24	9	2.6717	p < 0.01
	317+318	-128.1033	24	47	53.0345	p < 0.01
	304	-13.6543	26	23	0.46284	NO
	309	19.3738	26	9	0.51046	NO
	317+318	-153.5248	26	47	80.2588	p < 0.01
	309	33.0281	23	9	1.4354	p < 0.01
	317+318	-139.8705	23	47	61.4564	p < 0.01
	317+318	-172.8986	9	47	45.9327	p < 0.01

Tabla 15.- Tabla de comparaciones de la duración de la enfermedad, expresada en meses, en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

TABLA EXPERIMENTAL Filas: OMS1 Columnas: TRATAMIEH.

	INGRESADO	NO TRATADO	AMBULAT.
295	4	2	11
300	5	8	12
301	8	15	10
304	7	13	3
309	1	7	2
317+318	4	3	51

TABLA TEORICA Filas: OMS1 Columnas: TRATAMIEH.

	INGRESADO	NO TRATADO	AMBULAT.
295	2.9699	4.9157	9.1145
300	4.3675	7.2289	13.4036
301	5.7651	9.5422	17.6928
304	4.0181	6.6506	12.3313
309	1.747	2.8916	5.3614
317+318	10.1325	16.7711	31.0964

ASOCIACION DE CARACTERES CUALITATIVOS - CHI2

OMS1 TRATAMIEH.

Tabla 6x3 CHI2: 61.4897 Grados libertad: 10

SIGNIFICATIVO ($p < 0.001$)

Probabilidad: 0.00000

Puede no ser representativo: 6 celdas con menos de 5 casos

Tabla 16.-Tabla de comparaciones de las diversas modalidades de tratamiento a que han sido sometidos los pacientes, en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

TABLA EXPERIMENTAL Filas: OMSI Columnas: FRACASO

	SI	NO
295	7	++ 10
300	13	10
301	24	9
304	16	8
309	7	2
317+318	++ 49	-- 8

TABLA TEORICA Filas: OMSI Columnas: FRACASO

	SI	NO
295	12.0982	4.9018
300	16.3681	6.6319
301	23.4847	9.5153
304	17.0798	6.9202
309	6.4049	2.5951
317+318	40.5644	16.4356

ASOCIACION DE CARACTERES CUALITATIVOS - CHI2

OMSI

FRACASO

Tabla 6x 2 CHI2: 16.4058 Grados libertad: 5

SIGNIFICATIVO ($p < 0.01$)

Probabilidad: 0.00578

Tabla 17.-Tabla de comparaciones de la proporción del fracaso escolar en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

TABLA EXPERIMENTAL Filas: OMS1 Columnas: BARRIO

	MUCHA	POCA	NADA
295	11	6	0
300	17	4	4
301	28	3	4
304	13	5	6
309	7	1	2
317+318	58	3	3

TABLA TEORICA Filas: OMS1 Columnas: BARRIO

	MUCHA	POCA	NADA
295	13.0171	2.1371	1.8457
300	19.1429	3.1429	2.7143
301	26.8	4.4	3.8
304	18.3771	3.0171	2.6057
309	7.6571	1.2571	1.0857
317+318	49.0057	8.0457	6.9486

ASOCIACION DE CARACTERES CUALITATIVOS - CHI2

OMS1 BARRIO

Tabla 6x 3 CHI2: 25.9685 Grados libertad: 10

SIGNIFICATIVO ($p < 0.01$)

Probabilidad: 0.00378

Puede no ser representativo: 10 celdas con menos de 5 casos

Tabla 18.- Tabla de comparaciones del grado de satisfacción de los pacientes con su barrio en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

TABLA EXPERIMENTAL Filas: OMSI Columnas: TERCERA ED

	SI	NO	NSNC
295	10	3	5
300	17	5	3
301	24	6	5
304	23	0	1
309	6	1	3
317+318	35	25	7

TABLA TEORICA Filas: OMSI Columnas: TERCERA ED

	SI	NO	NSNC
295	11.5642	4.0223	2.4134
300	16.0615	5.5866	3.352
301	22.486	7.8212	4.6927
304	15.419	5.3631	3.2179
309	6.4246	2.2346	1.3408
317+318	43.0447	14.9721	8.9832

ASOCIACION DE CARACTERES CUALITATIVOS - CHI2

OMSI TERCERA ED

Tabla 6x 3 CHI2: 25.9835 Grados libertad: 10

SIGNIFICATIVO ($p < 0.01$)

Probabilidad: 0.00376

Puede no ser representativo: 7 celdas con menos de 5 casos

Tabla 19.- Tabla de comparaciones sobre la dotación de centros para la Tercera Edad en el barrio en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

	MEDIA	DESV. TIP.	ERR. EST.	MINIMO	MAXIMO	TAMAÑO
5	7.7222	3.8472	0.90678	3	16	18
	5.56	2.9732	0.59464	1	13	25
	4.7941	2.0118	0.34502	1	10	34
	5.375	3.1042	0.63364	1	13	24
	4.3	1.8288	0.57831	1	7	10
	7.129	3.3066	0.41994	2	15	62

COMPARACION DE MEDIAS MULTIPLE VR = 9.078 g1 = 5, 167

VARIABLE2	DIFERENCIA	TAM 1	TAM 2	F	Niv. sig.
300	2.1622	18	25	1.0779	p < 0.01
301	2.9281	18	34	2.2231	p < 0.01
304	2.3472	18	24	1.2485	p < 0.01
309	3.4222	18	10	1.6587	p < 0.01
317+318	0.59319	18	62	0.10814	NO
301	0.76588	25	34	0.18618	NO
304	0.185	25	24	0.0092329	NO
309	1.26	25	10	0.24984	NO
317+318	-1.569	25	62	0.96631	NO
304	-0.58088	34	24	0.10459	NO
309	0.49412	34	10	0.041565	NO
317+318	-2.3349	34	62	2.6374	p < 0.01
309	1.075	24	10	0.17972	NO
317+318	-1.754	24	62	1.1728	p < 0.01
317+318	-2.829	10	62	1.5184	p < 0.01

Tabla 20.- Tabla de comparaciones de la altura en pisos del
donde está ubicada la vivienda en los diferentes
grupos psiquiátricos estudiados.

TABLA EXPERIMENTAL Filas: OMS1 Columnas: ASCENSOR

	SI	NO
295	14	4
300	12	13
301	12	22
304	10	14
309	3	7
317+318	39	26

TABLA TEORICA Filas: OMS1 Columnas: ASCENSOR

	SI	NO
295	9.2045	8.7955
300	12.7841	12.2159
301	17.3864	16.6136
304	12.2727	11.7273
309	5.1136	4.8864
317+318	33.2386	31.7614

ASOCIACION DE CARACTERES CUALITATIVOS - CHI2

OMS1 ASCENSOR

Tabla 6x 2 CHI2: 13.3194 Grados libertad: 5

SIGNIFICATIVO ($p < 0.05$)

Probabilidad: 0.02056

Tabla 21.- Tabla de comparaciones sobre la existencia o ausencia de ascensor en las casas en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

TABLA EXPERIMENTAL Filas: OMSI Columnas: LAVAVAJILL

	SI	NO
295	7	11
300	10	15
301	7	29
304	3	21
309	1	9
317+318	30	36

TABLA TEORICA Filas: OMSI Columnas: LAVAVAJILL

	SI	NO
295	5.8652	12.1348
300	8.1461	16.8539
301	11.4045	23.5955
304	7.8202	16.1798
309	3.2584	6.7416
317+318	21.5056	44.4944

ASOCIACION DE CARACTERES CUALITATIVOS - CHI²

OMSI

LAVAVAJILL

Tabla 6x 2 CHI²: 15.1806 Grados libertad: 5

SIGNIFICATIVO ($p < 0.01$)

Probabilidad: 0.00962

Tabla 22.- Tabla de comparaciones sobre la existencia o ausencia de lavavajillas en las casas en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

CAPITULO 9º

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1º.- ABRAMS C. y FROMM E..- La familia. Ed. Pensamiento. Barcelona 1974.
- 2º.- ALEXANDER F..- "Psychoanalysis and social disorganization". The Amer. Journ. of Sociol. Vol 42. 1937.
- 3º.- ALONSO FERNANDEZ F..- Psiquiatría sociológica. Ed. Paz Montalvo. Madrid. 1974.
- 4º.- APONTE I..- "An eclectic aproach." Contemporary Psychology. 21. 106-108. 1976.
- 5º.- AYALA F..- Introducción a las ciencias sociales. Ed. Aguilar. Madrid .1964.
- 6º.- AYUNTAMIENTO DE MADRID.- Boletines Estadísticos Municipales. Ed. Area de Regimen Interior y Personal. Ayuntamiento de Madrid. Publicaciones. 1988.
- 7º.- BACHRACH L.L.- Marital status and mental disorder: an analytical review. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Rockville. Maryland.1975.
- 8º.- BARTON A.K., ANDRULIS D.P., GROVE W.P., y APONTE I..- "A look at psychology community training programs in the seventies". American Journal of Community Psychology. 4.1- 11.1976.
- 9º.- BARNES G., CURRIE R.F., SEGALL A..- "Symptoms of depression in a Canadian urban sample." Can.J.Psychiatry.

33(5)386-93. 1988.

10^o.- BIRTCNELL J.- "Social class, parental social class, and social mobility in psychiatric patients and general population controls". Psychol. Med. I. 209-221. 1971.

11^o.- BLAZER D.; GEORGE L.K.; LANDERMAN R.; PENNYBACKER M.; MELVILLE M.L; WOODBURY M.; MONTON K.G.; JORDAN K.; LOCKE B.: "Psychiatric disorders". A rural/urban comparison ipublished erratum appears in Arch gen Psychiatry, 42 (7) 651-6. 1985.

12^o.- BLOOM B.L.- "An echological analysis of psychiatric hospitalization". Multivariate Behavioural Research. 3. 423-464. 1968.

13^o.- BREMER J.- "Social psychiatric investigation of a small community in Northern Norway." Acta Psychiatr. Neurol. Scand. Suppl. 62. 1951.

14^o.- BROGAN D.R.,y JAMES L.D.- "Physical environment correlates of psychosocial health among urban residents". Am J Community Psychology. 8 (5) 507-22. 1980.

15^o.- BROVERMAN.K.,BROVERMAN F, CLARKSON F, ROSENKRANTZ P, y VOGEL S.- "Sex role stereotypes and clinical judgements of mental health". J. Consult. Clin. Psychol. 34. 1-7. 1970.

16º.- BROWN G.W., y PRUDO R.- "Psychiatric disorders in a rural and urban population : Aetiology of depression". Psychol. Med. 11 (3), 581-99. 1981.

17º.- BURGESS. A.- The urban community. Chicago University Press. 1926.

18º.-CABALEIRO GOAS M.- Temas psiquiátricos. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1-27. 1966.

19º.-CALHOUN J. B.- "Population density and social pathology". Sci. Amer. 206. 139-148. 1962.

20º.- CARTWRIGTH D. S., y HOWARD K. I.- "Multivariate analysis of gang delinquency: 1. Echologic influences". Multivariate Behavioural Research.1. 321-371. 1966

21º.- CATALANO R., y MONAHAM J.- "The community psychologist as social planner: Designing optimal environments". American Journal of Community Psychology. 3. 327-334. 1975.

22º.- CHRISTIAN J., FLYGER E., y DAVIS D.- "Factors in the mass mortality of a herd of Sika deer, Cervus nippon". Chesapeake Science. 1. 79-95. 1960.

23º.- CLOWARD R. A., y OHLIN L. E.- Delinquency and opportunity: A theory of delinquent gangs. Glence III: Free Press. 1960.

24º.- COCHRANE R. y STOPES-ROE M.- "Factors affecting

the distribution of psychological symptoms in urban areas of England". Acta Psychiatr Scand. 61 (5). 445-60. 1980

25º.- COMSTOCK G., y HELSING K.- "Symptoms of depression in two communities". Psychol. Med. 6. 551-563. 1976.

26º.- COOPER B. y MORGAN H. G.- "Epidemiological Psychiatry". Ed. Springfield, Illionois, 51-56. 1973.

27º.- CRAIK K.- "Environmental Psychology". Annual Review of Psychology. 24.403. 1973.

28º.- DHAPDALE M., ELLISON R.H., y GRIFFING L.- "The frequency of psychiatric disorders among patientes attending semi-urban and rural general out-patient clinics in Kenya. Br J Psychiat. 142, 379-83. 1983.

29º.- DHORENWEND B.P..- "Social status and psychological disorders: An issue of substance and an issue of method." American Sociological Review. 31.14-34. 1966.

30º.- DOOLEY C.A., y CATALANO R.A..- "Money and mental disorder: Toward behavioural cost accounting for primary prevention." American Journal of Community Psychology. 5. 217-227. 1977.

31º.- EATON W. J., AND WEIL R. J.: "Culture and mental disorders: a comparative study of the hutterites and other populations." 1955. Citado en: Sociología de las enfermedades mentales. Roger Bastide. Ed. Siglo XXI.

Madrid. 1967.

32º.- FARIS, R.E.L. Y DUNHAM, H.W.: Mental disorder in urban areas. Ed. University of Chicago Press. Chicago. 1934.

33º.- FREEMAN H., ALPERT M.: "Prevalence of schizophrenia in an urban population". Br J. Psychiatry, 149 603-11. 1986.

34º.- FREDMAN. R.- Recent migration to Chicago. Ed. University of Chicago Press. 1950.

35º.- FREEDMAN J. L.- Crowding and behaviour. Ed. Viking Press. New York. 1975.

36º.- GARTLY JACO E.- "Attitude towards and incidence of mental disorders". Southwestern Soc. Sci. Quart. 38. 27-38. 1957.

37º.- GARTLY JACO E.- The social epidemiology of mental disorders, a psychiatric survey of Texas. New York. 1980.

38º.- GIGGS J. A: "Mental disorders and ecological structure in Nottingham". Soc Sci Med, 23 (10) 945-61. 1986.

39º.- GOLDBERG E. M., y MORRISON S.- "Schizophrenia and social class". Brit.J. Psychiat. 109. 785-802. 1963.

40º.- GOVE W., y TUDOR J.- "Adult sex roles and mental

illness". Amer. J. Sociol. 78. 812-835. 1973.

41º.- GRUENBERG E. M.- "Community conditions and psychosis of the elderly". Amer. Journ. of Psychiatry. 1954

42º.- HALLDEN J.-"Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden in relation to social class, marital status and inmigration". Acta Psychiatr Scand. 71 (2). 117-27. 1985.

43º.- HARE E. H.- "Mental illness an social condition in Bristol". BR. J. prev. Soc. Med. 9. 191-195. 1956.

44º.- HASSLER F.- La teoria y la practica de la psiquiatria preventiva. En: Enseñanza de la salud mental en las escuelas públicas. Ed. O.P.S. Publicación nº 321. Washington, 1976.

45º.- HELGASEN O.- "Epidemiology of mental disorders in Iceland". Acta Psychiatr. Scand.. 173 (Suppl). 1964.

46º.- HILTEMBRANDT J., SINGER L., y KAMMERER T.- "Etude ecologique des malades mentaux". Ann. Med. Psychol. 2. 1-43. 1971.

47º.- HOLLINGSHEAD A., y REDLICH F.- Social class and mental illnes, a community study. Ed. Raven Press. New York. 1958.

48º.- IMBER S., YOUNG C., y FROMAN I.- "Public Psychology: an extension of the community idea". American

Journal of Community Psychology. 6. 71-80. 1978.

49º.- KALZBERG. M.- "Urban-rural comparisons of mental disorders". Brit. J. Psychiat. 83. 1115-1122. 1955.

50º.- KEATINGE C.: "Community factors influencing psychiatric hospital utilization in rural and urban Ireland". Community Mental Health J. 23 (3) 192-203. 1987.

51º.- KEDWARD, H. B.: "Social class habit of consulting". Brit. J. Prev. Soc Med. 16. 147. 1962.

52º.- KLEE G. D., SPIRO E., BHAN A. K., y GORTWITZ K.- An ecological analysis of diagnosed mental illness in Baltimore. En Psychiatric Epidemiology an Mental Health Planning. Psychiatric Report No. 22. Ed. American Psychiatric Association. Washington D.C. 1967.

53º.- KLEMPERER G.- "Zur Belastungstatistik der Durchschnittsbevolkeerung". Z. Neurol. Psychiat. 146. 277. 1933.

54º.- KOLB L.- Modern clinical Psychiatry. Ed. W. B. Saunders. Philadelphia. 1973.

55º.- KOVES V., MURPHY HB., y TONSIGNANT M.- "Urban-rural comparisons of depressive disorders in French Canada". J. Nerv Ment Dis. 175 (8) 457-66. 1987.

56º.- KRAUS J.- "Ecology of juvenile delinquency in metropolitan Sydney". Journal of Community Psychology. 4.

384-395. 1975.

57º.- LAING R. D.- El Yo y los otros. Ed. La prensa médica mejicana. Mexico.- p.9. 1974.

58.- LARREA R., QUIROGA M., y LLAQUET L.- Abuso de drogas y drogodependencias en Madrid. Estudio epidemiológico demográfico. Ed. Dirección General Enseñanza Militar. II Symposium Nacional de Sanidad Militar. Valencia. 35-44. 1986.

59º.- LEVY L., y ROWITZ L.- The ecology of Mental Disorder. Ed. Behavioural Publications. New York. 1973.

60º.- LEIGHTON A., CLAUSSEN J. A., y WILLIAM N. R.- Exploration in Social Psychiatry. Ed. Basic Books New York. 1957.

61º.- LEIGHTON A.- The character of danger. (Vol 3). The Stirling County study of psychiatric disorders and sociocultural environment. Ed. Basic Books. New York. 1963.

62º.- LLAQUET BALDELLOU. L.- Aproximación epidemiológica a la situación psiquiátrica del contingente de tropa en la 1ª Región Militar. Ed. Dirección General de Enseñanza Militar. III Symposium de Psiquiatria Militar. Madrid. 47-85. 1980.

63º.- LLAQUET BALDELLOU L.- Epidemiología de las drogodependencias y del abuso de drogas. Estudio realizado

en la Primera Región Militar. Ed. Dirección General de Enseñanza Militar. IV Symposium de Psiquiatría Militar. Madrid. 246-258. 1984.

64º.- MARTI TUSQUETS J.- Psiquiatría social. Ed. Herder. Barcelona .1976.

65º.- MARTI TUSQUETS J. L., y MURCIA GRAU, M.- "Estudios de psiquiatría social y epidemiología. Zonas de alta frecuencia esquizofrénica en la ciudad de Barcelona". Rev. Dpt. Psiquiat. Fac. Med. Barna. 13. 5. 223-232. 1986.

66º.- MAUSSNER J., y BAHN A.- Epidemiología. Ed. Interamericana. Buenos Aires. 1979.

67º.- MEYER M., y GERRARD M.- "Graduate training in community psychology". American Journal of Community Psychology. 5. 155-164. 1977.

68º.- MONAHAN J.- The prevention of violence. En J. Monahan (Ed.), Community mental health and the criminal justice system. New York. Ed. Pergamon Press. 1975.

69º.- MOOSR.- "Evaluating and changing community settings". American Journal of Community Psychology. 4. 313-326. 1976.

70º.- MALZBERG B.- Social and biological aspects of mental diseases. New York. University of Chicago Press. 1940.

71º.- MALZBERG R., y LEE E.- Migration and mental disease: A study of first admissions to Hospitals for Mental Diseases, New York, 1939-1941. Ed. Social Science Research Council. New York. 1956.

72º.- MOWRER E.R.- The family, its organization and disorganization. Ed. University Press of Chicago. 1932.

73º.- MOWRER E.- Disorganization personal and social. New York. 1942. Citado en: Sociología de las enfermedades mentales. Roger Bastide. Ed. Siglo XXI. Madrid. 1967.

74º.- MUELLER D.P.- "The current status of urban-rural differences in psychiatric disorder. An emerging trend for depression". J Nerv Ment Dis. 169 (1) 18-27. 1981.

75º.- MUÑOZ P.E.- Estudios epidemiológicos en una población rural y urbana. Ed. PASN-3. Pamplona. Diputación Foral de Navarra. 1979.

76º.- NEFF J.A.- "Urbanicity and depression reconsidered. The evidence regarding depressive symptomatology". J Nerv Ment Dis. 171 (9). 546-552.1983.

77º.- ODEGARD O.- "Emigration and insanity. Acta Psychiat. et Neurol. Scand. Suppl. 4. 1932.

78º.- O.M.S.- Psiquiatría social y actitudes de la colectividad. Ed. S.I.T. nº 177. Ginebra 1959.

79º.- O.M.S.- Aplicaciones de la epidemiología en los

programas de viviendas y en la planificación de asentamientos urbanos. Ed. S.I.T. nº 544. Ginebra. 1974.

80º.- O.M.S..- Esquizofrenia. un estudio multinacional. Ed. C.S.P. nº 63. Ginebra. 1976.

81º.- O.M.S..- Salud mental y desarrollo psicosocial del niño. Ed. S.I.T. nº 63. Ginebra. 1977.

82º.-O.M.S..- Riesgos del ambiente humano para la salud. Ed.OMS. Publicación nº 329.Washington. 1976.

83º.- PARK. M.- Mental disorders in urban areas. Ed. Chicago University Press. 1926.

84º.- PHILLIPS D., y SEGAL S..- "Sexual status and psychiatric symptoms". Amer. Sociol. Rev. 34.58-72. 1969.

85º.- REID D.D..- Métodos epidemiológicos en el estudio de las enfermedades mentales. Ed. O.M.S. C.S.P nº 2. Ginebra. 1960

86º.- ROBERTS R. E., STEVENSON J.M., y BRESLOW L..- "Symptoms of depression among black and whites in a urban community". Arch Gen Psychiatry. 39 (1), 17-22. 1982.

87º.- ROJO SIERRA. M.- "La Psiquiatría transcultural o la relatividad del esquema clásico de la Psiquiatría". Hospital General. 10.59-67. 1970.

88º.- RUIZ RUIZ M..- Estudio epidemiológico sobre la esquizofrenia. Comunicación al II Congreso Hispano-Luso-

Americano de Psiquiatría. Ed. Publicaciones del Centro de Estudios Psiquiátricos y Psicológicos. CEPYP. Barcelona. 1978.

89º.- SAN MARTIN H.- Ecología humana y salud. Ed. La prensa médica mexicana. Mexico. 1979.

90º.- SCHAWAB J., WARHEST G., y HOLZAR C.- "Mental health: Rural-urban comparisons". Ment. Health. Soc. I: 265-274. 1974.

91º.- SCHAW CH.R. y MC KAY H.D.- Juvenile delinquency and urban areas. Ed. University of Chicago Press. Chicago. 1942.

92º.- SCHOROEDER C. W.- "Mental disorders in cities". Amer. Journ. of Sociol. XLVIII. 1. 1942.

93º.- SEVA A.- El alma del asfalto. La salud mental en la población urbana de Zaragoza. Ed. Servicio Publicaciones Ayuntamiento Zaragoza. 1978.

94º.- SOROKIN N. y ZINMERMAN N.- Principles of rural-urban sociology. Ed. <university Press of Chicago. 1929.

95º.- SROLE L.- The city, town and county: New evidence of an ancient bias. En Srole I., y Fischer a., Eds. Mental Health in the Metropolis; The Midtown Manhattan Study. Book Two. Harper and Ros. New york. 1975.

96º.- SROLE L., LANGER S., MICHEL M., OPLER T., y RENNIE

C.- Mental health in the metropolis: the midtown study.
Vol 1. ed. Pergamon Press. New York. 1962.

97º.- STACK L.C.- "Ecological factors related to first admissions". Journal of Community Psychology. 3. 215-223. 1975.

98º.- TARNOPOLSKY A, LUBCHANSKY I, y MIRENSKY A.- "Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en un suburbio industrial de Buenos Aires". Acta Psiquiátr. Psicol. Amer. Lat. 23. 296-306. 1977.

99º.- TRAINOR J.; BOYDELL K.; TIBSHIRANI R.: "Short-term economic change and the utilization of mental health facilities in a metropolitan area". Can J. Psychiatry, 32 (5) 379-83. 1987.

100º.- TOUNG-YI LIN.- "A study of the incidence of mental disorders in others cultures". Psychiatry. 16. 313-36. 1952.

101º.- TURNER R., y WAGENFELD M.O.- "Occupational mobility and schizophrenia: an assesment of the social causation and social selection hypotheses". Amer.Sociol.Rev. 32. 104-113. 1967.

102º.- WIESER PANSE A.- "Transcultural Psychiatry". Arch. of. Gen. Psychiat. 15. 5. 1967.

103º.- WOHLWILL J.F.- "The emerging discipline of

environmental psychology". American Psychologist. 25. 303-312. 1970.

INDICE GENERAL

1.- INTRODUCCION	1
2.- HIPOTESIS DE TRABAJO	7
3.- ESTADO DE LA CUESTION	9
3.1.- Concepto de enfermedad mental	10
3.2.- Teorías etiopatogénicas de la enfermedad mental	13
3.3.- Influencia de factores sociales y ambientales en la génesis de las enfermedades mentales	15
3.3.1.- Influencia del medio rural o urbano	15
3.3.2.- Factores medio ambientales	24
3.3.3.- Organización social/Desorganización social	32
3.3.4.- Raza	42
3.3.5.- Clase social	43
3.3.6.- Sexo	46
3.3.7.- Stress	47
3.3.8.- Hacinamiento	48
3.3.9.- Desempleo	48
3.3.10.-Vivienda	50
3.4.- Estado de la cuestión sobre metodologías de estudio	53
3.4.1.- Metodología de estudio de los factores psicosociales	53
3.4.2.- Metodología de factores ambientales ..	56

3.5.- Metodología estadística	63
3.6.- Epidemiología	64
3.6.1.- Aspectos generales	64
3.6.2.- Epidemiología en Psiquiatría	65
3.6.2.1.- Métodos epidemiológicos en Psiquiatría	68
3.6.2.2.- Encuestas epidemiológicas en Psiquiatría	72
4.- MATERIAL Y METODOS	75
4.1.- Muestra	76
4.1.1.- Descripción de la muestra	76
4.1.2.- Criterios de selección de la muestra	78
4.1.2.1.- Criterios geográficos	78
4.1.2.2.- Criterios médicos	78
4.2.- Encuestas epidemiológicas	85
4.2.1.- Encuesta sobre características urbanas generales	85
4.2.2.- Encuesta sobre características urbanas particulares	87
4.2.3.- Cuestionario de características urbanísticas generales	90
4.2.4.- Cuestionario sobre características urbanísticas particulares	92
4.3.- Análisis estadístico	109
5.- RESULTADOS	111

5.1.- Encuesta sobre características urbanísticas generales	112
5.1.1.- Distribución de los trastornos en la muestra	112
5.1.2.- Distribución de los trastornos en los distritos estudiados	116
5.1.3.- Comparación de la distribución de la Esquizofrenia, OMS 295, y Trastornos por uso de sustancias psicoactivas, OMS 304, en los diferentes distritos	126
5.1.4.- Correlación de variables urbanísticas con los trastornos psiquiátricos estudiados	132
5.1.4.1.- Trastornos psiquiátricos y características urbanísticas y poblacionales del distrito	132
5.1.4.2.- Trastornos psiquiátricos y dotaciones educativas	138
5.1.4.3.- Trastornos psiquiátricos y dotación de centros culturales y deportivos	149
5.1.4.4.- Trastornos psiquiátricos y dotaciones sanitarias y de Centros para la Tercera Edad	152
5.1.4.5.- Trastornos psiquiátricos y	

actividades industriales comerciales y de hostelería en el distrito	156
5.1.4.6.- Trastornos psiquiátricos y dotación de Servicios en general en el distrito	160
5.1.4.7.- Trastornos psiquiátricos y características del barrio .	160
5.2.- Encuesta sobre características socioeconómicas y urbanísticas particulares	162
5.2.1.- Distribución de los trastornos psiquiátricos en la muestra	162
5.2.2.- Trastornos psiquiátricos y características socioeconómicas	167
5.2.3.- Trastornos psiquiátricos y características urbanísticas peculiares del barrio ...	171
5.2.4.- Características de la vivienda y trastornos psiquiátricos	178
6.- DISCUSION	182
6.1.- Cualidades de la muestra	183
6.2.- Distribución de los trastornos psiquiátricos estudiados en los distritos	184
6.2.1.- Esquizofrenia	184
6.2.2.- Trastornos de ansiedad	185
6.2.3.- Trastornos de personalidad	186
6.2.4.- Trastornos por uso de sustancias	

psicoactivas	187
6.2.5.- Trastornos de adaptación	188
6.2.6.- Déficit intelectual	189
6.3.- Trastornos psiquiátricos y variables	
urbanísticas	190
6.3.1.- Trastornos psiquiátricos y características	
urbanísticas y poblacionales	
del distrito	190
6.3.2.- Trastornos psiquiátricos y dotaciones	
educativas	192
6.3.3.- Trastornos psiquiátricos y dotación de	
centros culturales y deportivos	192
6.3.4.- Trastornos psiquiátricos y dotaciones	
sanitarias y de Centros para la	
Tercera Edad	193
6.3.5.- Trastornos psiquiátricos y actividades	
industriales, comerciales y de	
hostelería	194
6.3.6.- Trastornos psiquiátricos y dotación de	
Servicios en el distrito	195
6.3.7.- Trastornos psiquiátricos y características	
del barrio	195
6.4.- Encuesta sobre las características	
socioeconómicas y urbanísticas	
particulares	195
6.4.1.- Distribución de los trastornos psiquiátricos	
en la muestra	196

6.4.2.- Trastornos psiquiátricos y características socioeconómicas	196
6.4.3.- Trastornos psiquiátricos y características peculiares del barrio	200
6.4.4.- Características de la vivienda y trastornos psiquiátricos	202
6.5.- Cumplimiento de las hipótesis de trabajo .	203
7.- CONCLUSIONES	208
8.- APENDICE: TABLAS	211
9.- BIBLIOGRAFIA	234