



Revista de Fomento Social, 49 (1994), 109-126

Las enfermedades de la gran ciudad

El presente estudio sobre patología urbana está, de algún modo, conectado con otro aparecido hace meses en la misma revista. En aquél se intentaba enmarcar -dentro de una visión globalizante- la etiología del hecho de enfermar en la urbe. En éste se concretan los modos específicos en que emerge lo patológico en la existencia de la gran ciudad.

Aun cuando será inevitable el uso de terminología médica técnica, el interés del tema radica, más que nada, en los factores sociales urbanos predisponentes o precipitantes del hecho patológico. El tejido social urbano, con los condicionamientos y hábitos que conlleva, actúa con frecuencia de catalizador en determinadas enfermedades físicas y psíquicas.

Alfonso LOPEZ CABALLERO (*)

(*) Profesor de Sociología en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales-ETEA (Córdoba).

ESTUDIOS

Demografía dinámica de la gran ciudad

Por su repercusión en el comportamiento -a veces patológico- del habitante de la gran ciudad, puede resultar ilustrativo constatar algunas tendencias dinámicas en la gestación de la demografía urbana.

1. El crecimiento de las grandes ciudades no es un hecho atribuible a un crecimiento vegetativo, aunque contribuya a él en determinada proporción. Se debe más bien a un fenómeno migratorio de poblaciones procedentes fundamentalmente del medio rural (1).

2. Dichas poblaciones de ordinario sufren detenciones en su éxodo hacia la gran ciudad en lo que podríamos llamar "*ciudades filtro*". Una gran parte de la población rural que emigra lo hace inicialmente a alguna ciudad próxima, donde realiza trabajos industriales, para posteriormente dar el salto y asentarse en las grandes urbes o en las zonas de mayor desarrollo industrial.

3. Se produce, a su vez, en la gran ciudad una *re-emigración selectiva* desde el centro hacia un nebuloso cinturón de viviendas que rodea a la gran urbe y a su zona industrial. En este amplio cinturón caben tanto zonas de apretadas viviendas para población laboral ("*ciudades dormitorio*") como zonas para espaciados chalets de "alto standing". A la larga, esta re-emigración tiende a degradar la estructura social de la población urbana, obligándola a sucesivas y costosas readaptaciones. Toda migración cambia la vida de las personas, del mismo modo que altera la organización social tanto del área receptora como de la donante.

4. Las ciudades se ordenan en "áreas naturales", mediante *procesos de competición, invasión y sucesión*, al igual que ocurre en la ecología biológica. Si observamos, por ejemplo, una laguna, las especies naturales se equilibran mutuamente, hasta encontrar una especie de distribución estable. Esta distribución estable es perturbada si nuevas especies "invaden" el territorio. Algunos

(1) En Estados Unidos, hacia 1800, sólo un 5 % de la población vivía en ciudades. En 1960, esta proporción se elevaba a más del 70 %. En Francia, la población urbana en el primer tercio del siglo pasado representaba un 15 %. Los datos de 1962 arrojan ya un 74 %. Ninguna gran ciudad, en el primer tercio del siglo XIX, alcanzaba el millón de habitantes. En 1964 existían 105 ciudades en el mundo que lo rebasaban, 30 de ellas en Europa. El año 2000, 25 megalópolis tendrán más de 10 millones de habitantes (PECCEI, A.(1981) *Testimonio sobre el futuro*, Ed. Taurus, Madrid pág.54).

de los antiguos habitantes son forzados entonces a desplazarse hacia áreas más precarias o insalubres. La explicación teórica de las razones de los movimientos migratorios comienza con la "teoría de la expulsión-atracción", formulada por primera vez a finales del siglo XIX (2).

5. Toda gran ciudad contiene un tipo de población estable durante varias generaciones y otro tipo más recientemente incorporado. La dinámica conjunta de esta *población mixta y heterogénea*, junto a la movilidad continua de la población reciente, constituye un factor especial de riesgo que se suma a los específicos que dimanar de la distribución ecológica de la ciudad.

6. Sin que se pueda evitar, la gran ciudad, a pesar de la planificación y de los intentos de zonificación racional, ve renacer constantemente en brotes sucesivos el *chabolismo periférico* (3), con población hacinada y carente de servicios, sobreviviendo a un nivel tercermundista y en un proceso creciente de deterioro interno (4).

7. Las ciudades forman *anillos concéntricos fragmentados* (5). En el interior se encuentran las áreas céntricas, mezcla de negocios prósperos, banca y viviendas de lujo. Alrededor se estructuran distintos barrios, establecidos hace tiempo, donde habitan trabajadores de clase media y baja con empleo estable. Determinadas zonas del área extra-radio las ocupan viviendas de lujo para grupos con mayores ingresos. Dentro de los segmentos de dichos anillos concéntricos se llevan a cabo procesos de invasión y sucesión.

8. Junto al chabolismo periférico, se produce en la gran ciudad otro hecho sintomático: *aparecen caries en las zonas centrales*, donde viejos edificios abandonados esperan la desaparición del último vecino para su derribo y rehabilitación. Tanto en el chabolismo periférico como en los ruinosos tugurios centrales habita una población abigarrada: los recién llegados a la ciudad, gente marginada, vagabundos y desechos sociales, grupos desviantes... Un ambiente

(2) WEEKS, J.R. (1984) *Sociología de la población*, Alianza Editorial, Madrid, cap. 7.

(3) Fueron precisamente el alcance de la pobreza en la ciudad y las grandes diferencias entre sus barriadas algunos de los principales factores que impulsaron el temprano análisis sociológico de la vida urbana. GIDDENS, A. (1991) *Sociología*, Alianza Editorial, Madrid, pág. 589.

(4) JACKSON, K. (1985) *Crabgrass Frontier*, Oxford, Oxford University Press. Ofrece una interesante perspectiva suburbana de las grandes ciudades europeas y americanas.

(5) GIDDENS, A. (1991) *Sociología*, Madrid, Alianza Editorial, pág. 590.

en el que reinará con frecuencia el miedo y la violencia, con un alto poder de contaminación social en lo que a formas de vida no deseable se refiere.

9. Desde el punto de vista del "desarrollo sostenible", concepto acuñado en la Cumbre de la Tierra (Río de Janeiro, junio 1992), *las ciudades modernas plantean serias dificultades* sobre todo en los países en vías de desarrollo:

- producen una nula o escasísima proporción de los alimentos, combustible y agua que necesitan sus habitantes,
- consumen enormes cantidades de energía y materias primas para el transporte y la construcción,
- generan ingentes cantidades de residuos sólidos y peligrosas concentraciones de residuos contaminantes en el aire y en el agua.

a) TRASTORNOS DE LA SUBSISTENCIA

Se engloban en este apartado -como trastornos de la subsistencia- determinadas patologías físicas del habitante de la gran urbe (6), patologías que entorpecen, alteran e incluso llegan a truncar su devenir como ser vivo (7).

En las grandes ciudades se producen, entre otros, tres *fenómenos de clara tendencia patogénica*:

- Condicionar, por la propia estructura física de la ciudad y por las características también físicas del entorno o ambiente, determinadas enfermedades o agravar las ya existentes (8).

(6) Con una etiología concreta, se está produciendo recientemente una patología urbana específica, derivada de condiciones malsanas en el trabajo. Por ejemplo, los problemas oculares o cervicales por largas horas ante el ordenador. O también, el llamado "dolor laboral", originado por la incongruencia entre las capacidades físicas del sujeto y las demandas del puesto desempeñado. En enero de 1992, la Sociedad Europea de Biosociología publicó un informe sobre dicho mal en varias localidades de los alrededores de Madrid. En este estudio se destacan las tareas femeninas de barrer calles, carga y descarga (hay chicas de 16 años que están movilizándolo en empresas privadas o talleres de Renfe hasta 3.000 kilos en jornadas de 8 horas), encargadas de caja en hipermercados (mueven con un solo brazo y con el cuerpo rotado miles de kilos de mercancías y en un desplazamiento de 70 centímetros).

(7) Sobre problemas relacionados con el crecimiento de las ciudades es muy ilustrativo el libro de HAL, P. 1984 *The World Cities*, New York, St. Martin's Press.

(8) En este apartado habría que incluir algo tan elemental como la composición del agua con que cuenta una población. Desde hace tiempo se sabe que las villas o ciudades con aguas de las llamadas "duras" tienen bastante menos mortalidad cardiovascular que las que beben aguas

- Ser fuente de disturbios interpersonales y asiento ambiental de efectos perniciosos de los mismos sobre los estados de salud, modelando específicas situaciones de enfermar (principalmente cardiopatías y gastropatías).
- Colaborar a la pérdida del bienestar orgánico, a través de una serie de factores interconectados entre sí: el estado de vida urbana, la organización de la sociedad en su vertiente local o urbana, los ritmos biológicos alterados artificialmente, las formas culturales (nivel ecológico) del tejido social urbano y de sus grupos, las tradiciones arraigadas (hábitos, excesos, formas de diversión) (9).

1. Enfermedades cardiovasculares

En las cardiopatías de ciudad confluyen varios fenómenos, cuya gravedad es con frecuencia minusvalorada por el propio habitante que los sufre.

Está, en primer lugar, la contaminación atmosférica. Ya en la simple intoxicación por óxido de carbono, procedente de los braseros, como en la intoxicación por gas del alumbrado, se produce sin duda una alta patología cardio-circulatoria.

Pero el problema adquiere proporciones gigantescas en la *contaminación atmosférica* de las grandes ciudades: gases e impurezas procedentes de las grandes fábricas, de los tubos de escape de los automóviles, de las combustiones de fuel, de gas-oil, de butano, de propano, por el plomo procedente de la combustión de la gasolina y del carbón...

Varios científicos rusos (Nardzarjan, Barj, Izmerov) han aportado significativas orientaciones sobre los efectos cardiovasculares de la contaminación atmosférica. Por ejemplo, que la estimulación de los receptores olfatorios con sustancias olorosas -incluso por debajo de la sensación de olor- produce alteraciones vasomotoras endocraneales con hipertensión arterial en la zona.

químicamente más puras. Igual ocurre con aguas ricas en cromo, vanadio y manganeso. Por el contrario, las ricas en plomo facilitan la arteriosclerosis y la hipertensión.

(9)George Bubolz centra la calidad de vida en cuatro áreas: 1) la familia y los amigos, 2) un sistema de valores, 3) buena salud o salud razonable, 4) dedicación a un programa de vida basado en la aceptación de la realidad (BUBOLZ, G. (1982) *Buscando una mejor calidad de vida*, PHP 4518-29). Se podrían analizar detenidamente los impactos que la vida de la gran ciudad produce negativamente en cada una de estas cuatro áreas.

Hay que advertir que los efectos de la polución atmosférica en la gran ciudad son debidos exclusivamente a las substancias extrañas a la habitual composición del aire y no, como muchos piensan, a una reducción del oxígeno. Aunque aumenten otros elementos, el oxígeno de la atmósfera no decrece. Es un recurso virtualmente ilimitado.

Existe en la ciudad otra polución, no menos dañina, y es la "*polución sonora*" o agresión por los ruidos: motores de tráfico, martillos neumáticos, excavadoras, hormigoneras, bocinas, talleres de laminado o prensado, etc. Es sabido que zonas o profesiones donde dichos ruidos normalmente superan el umbral medio de tolerancia (80 decibelios) ofrecen mayores porcentajes de traumatismos psíquicos y fisiológicos, entre los cuales no faltan determinadas anomalías cardiovasculares (palpitaciones, extrasístoles, arritmias), atribuibles por el sujeto a otros factores.

Por otro lado, la excitación córtico-cerebral, producida por la agresión sonora y por la suciedad atmosférica, es la base del estado de ansiedad que se ha bautizado como "irritación urbana". Dicho estado, si no es causa directa, al menos es claro que contribuye a determinadas disreacciones neurocardiovasculares y a variados tipos de arritmia de origen hipotalámico.

El *tráfico urbano* es otro agente evidente de patología cardiovascular. Especialmente en el interior de las grandes ciudades, las consecuencias que la conducción puede acarrear al aparato circulatorio son infinitamente superiores a lo que se piensa. En diferentes momentos de la conducción -al tomar curvas rápidamente, en los frenazos bruscos, en momentos de irritación colérica contra otro conductor-, se han detectado fases taquicárdicas con más de 200 pulsaciones por minuto, así como elevaciones tensionales intensísimas (en casos extremos, de 14/7 a 26/14), pero sin conciencia de síntoma subjetivo alguno.

Tanto las neurosis como las enfermedades psicósomáticas cardiovasculares son entidades raras en el ambiente rural. Normalmente su gestación se lleva a cabo en ambiente urbano, sobre disrupciones en las relaciones afectivas y sobre tensiones en la conducta social (10). Su urdimbre se teje en torno a la

(10) En relación con las repercusiones de la tensión social por ascender o mantenerse en ciertos estratos sociales, J. Groen, al analizar los factores psicosociales de las enfermedades coronarias, señala los conflictos interpersonales implícitos en relaciones de dominancia-sumisión que son inhibidos por autocontrol. Tanto los factores como la enfermedad se dan más en sociedades occidentales que orientales y más entre hombres que entre mujeres. El varón está

tolerabilidad o intolerabilidad individual ante determinados *estímulos stressantes*. Se trata, por tanto, de un problema de adaptación situacional.

La gran ciudad no sólo es un manantial permanente de cargas y tensiones (11), sino que ha pasado a convertirse en un auténtico stress antropológico. Los habitantes de las grandes ciudades son, en sí mismos, "sujetos stressantes" para los demás que en ellas conviven.

Hay patrones de personalidad de la gran ciudad, igual que hay patrones de personalidad rural. Esa personalidad urbana, esa personalidad "megapolítica", facilita la aparición de una vida patológica que, según los carriles por los que discurre (somáticos, psíquicos o ambos), dará lugar en el curso del tiempo a esos entes que llamamos enfermedades.

Dentro del campo cardiovascular, algunas de estas enfermedades específicas de gran ciudad y que conforman el lado patológico de la personalidad urbana son, por ejemplo:

1. la llamada "neurosis cardíaca", con las variantes fisiológicas de cada individuo (12),
2. la hipertensión lábil que acaba por instalarse como característica esencial del sujeto,
3. la arteriosclerosis en todas sus localizaciones y con sus finales fatalmente obstructivos (infarto, hemiplejía).

2. Enfermedades del aparato digestivo

La más corriente, entre las dolencias digestivas del hombre de gran ciudad,

normalmente más sometido a este tipo de relaciones y también se exige más en cuanto a control de sus propias reacciones (GROEN, J. (1964) *Psychosomatic Research*, Oxford).

(11) Todas aquellas circunstancias que suponen un importante esfuerzo de adaptación son susceptibles de provocar stress. Y dentro del complejo mecanismo socio-laboral de la gran ciudad, incluso determinadas profesiones exigen dicho esfuerzo. Pensemos, por ejemplo, en trabajos (técnico de mantenimiento, médico, ATS, piloto comercial) que obligan a cambiar frecuentemente de turno, con la consiguiente readaptación a distintos ritmos de vigilia-sueño.

(12) Las llamadas "neurosis cardíacas" admiten la contaminación sociocultural, llegando en ocasiones a adquirir categoría epidémica en ciertos grupos de la sociedad y en ciertas familias. Sus manifestaciones sintomáticas pueden ser variadas: palpitaciones arrítmicas, malestares bruscos, dolores precordiales, disnea, ansiedad difusa, sudoración, parestesias, temblores, mareos repentinos, trastornos sexuales, miedo al infarto, expectación miedosa...

es la *úlcera péptica duodenal* (13). Se trata de una enfermedad típica del hombre civilizado, especialmente del que habita en las grandes ciudades. Se podría considerar como un lastimoso tributo que hay que pagar a la civilización: no oprime al salvaje ni al habitante del campo hasta que se instala en ambiente urbano.

La úlcera duodenal es una afección muy frecuente -se calcula que entre el 15 y el 20 % de los varones adultos en la gran ciudad la padecen o la han padecido- y se suele dar bastante más entre la población masculina que entre la femenina: 67 % de varones frente a un 33 % de mujeres. Suele poseer una tendencia recidivante, tras permanecer latente o inactiva durante temporadas más o menos largas, y las recaídas son más frecuentes entre las clases trabajadoras que entre los estratos adinerados de la sociedad.

Entre las causas que los especialistas señalan como provocadoras de úlcera en la gran ciudad se cuentan:

1. La alimentación, deficiente en muchos casos, a base de conservas, de alimentos fríos, precocinados, hamburguesas....
2. la vida agitada e inquieta a que obliga la urbe, comiendo de ordinario fuera de casa, con prisas y sin masticación suficiente,
3. el trabajo continuo en locales cerrados, agravado por las diversiones también en locales cerrados (bailes, discotecas),
4. el consumo exagerado de alcohol y tabaco,
5. determinadas ocupaciones, especialmente las que requieren gran tensión psicoemocional.

La segunda dolencia digestiva típica de ambiente urbano es la *colitis ulcerosa*. Se trata de una afección casi siempre de evolución crónica, con fases alternantes de remisión y agudización.

No existe ningún país civilizado exento de esta enfermedad. Es más frecuente en la mujer que en el varón y aparece fundamentalmente entre los veinte y los cuarenta años.

Desde las primeras investigaciones sobre la enfermedad, allá por los años 20, se la considera como típicamente psicósomática: sobreviene a continuación de

(13) La Sociedad Española de Patología Digestiva calcula que alrededor de cinco millones de españoles padecen úlcera de estómago o de duodeno, con un coste económico de más de 120.000 millones de pesetas al año (*El País*, 20 septiembre 1993, pág. 26).

situaciones emocionales intensas y prolongadas. De hecho, los especialistas aseguran que en la mayoría de los pacientes se encuentra un conflicto desencadenante ocurrido poco antes de la aparición de los primeros síntomas.

El perfil psico-sociológica del enfermo de colitis ulcerosa contendría los siguientes datos: tiene una madre que suele ser dominante, autoritaria, meticulosa, muy religiosa (o supersticiosa) y superprotectora. En su propia personalidad destacan rasgos obsesivos y paranoides: suele ser inmaduro emocionalmente, con dificultad para expresar adecuadamente la ira, egocéntrico, hipersensible a la ofensa, meticoloso, inseguro con respecto al propio valor, excesivamente necesitado de afecto, con una intensa fijación a la madre o a un sustitutivo a quien idealiza en exceso.

En el curso de la enfermedad, no es raro que la iniciación de la sintomatología vaya precedida por la vivencia dolorosa de la pérdida real o simbólica de una persona querida, de quien el paciente dependía afectivamente.

Los *trastornos funcionales del colon*, por último, constituyen la tercera de las afecciones digestivas típicas de gran ciudad. Entrarían en dicha categoría las falsas colitis, el colon irritable o inestable, el colon espástico, la colitis mucosa, la diarrea nerviosa... Se trataría, en definitiva, de disfunciones del intestino grueso en ausencia de afecciones orgánicas del mismo.

Los digestólogos afirman que se trata de la enfermedad gastrointestinal más frecuente en las grandes ciudades, ya que la padecen entre el 50 y el 60 % de los pacientes que acuden a consulta. En ambientes rurales, los porcentajes son llamativamente más pequeños.

El aumento de dichas disfunciones del colon aumenta proporcionalmente a las complicaciones de la existencia, tal como se vive en la gran ciudad. Desempeñan un papel primordial en la inestabilidad colónica la angustia, la depresión y los conflictos socio-emocionales que implica la vida en la gran urbe. No es raro que aparezca por primera vez la enfermedad en individuos que se trasladan, con su familia, desde zonas rurales al núcleo industrial de la gran ciudad.

Rasgos psico-sociológicos asociados al enfermo colónico son, por ejemplo: agitación, ansiedad relacionada con las excesivas responsabilidades, pluriempleo, aprensión, emotividad fácil y excesiva, tendencia a la exageración, sensaciones de debilidad y de fatiga, opresión precordial, insomnio y tendencias depresivas.

3. Enfermedades provocadas por el progreso

Englobando en unos cuantos titulares las enfermedades que al final de siglo amenazan a la humanidad (14), los especialistas citan el sida, las alergias, las cardiopatías y las somatizaciones.

Entre las causas originantes, no pocas tienen que ver con el estilo de vida urbano e industrializado (15); la cultura occidental de la prisa y la puntualidad, la ansiedad generalizada combinada con el stress, la desorientación para motivaciones que no sean afán de poder, mercantilismo y consumo (16), la incapacidad para expresar los propios sentimientos...

Al margen de las actitudes, el mismo progreso parece arrastrar en pos de sí una constelación de disfunciones y desarreglos. Por ejemplo, de forma global se puede afirmar que *las enfermedades alérgicas han aumentado en los países industrializados*.

Algunas de sus manifestaciones están relacionadas con el uso incontrolado de medicamentos, la utilización de productos químicos en la agricultura, el empleo de sustancias nuevas en las industrias y los efectos directos de la contaminación ambiental (asma y rinitis).

Pero puede que se trate también, según la opinión de algunos, del "precio de la civilización". ¿Cómo explicar, si no, que este tipo de patología no afecte al llamado Tercer Mundo? Es como si los anticuerpos de las enfermedades alérgicas, que deberían estar vigilantes frente a las enfermedades parasitarias, una vez liberados de ellas, se hubieran vuelto locos contra sustancias que en

(14) Más de 1.000 millones de personas, cerca del 20 % de la población mundial, sufre algún tipo de enfermedad. Aunque se aprecia una disminución de fallecimientos por cada 1.000 habitantes (10.8 en 1980, 9.5 en 1990), la invalidez por enfermedad en personas de la tercera edad ha aumentado (Informe Anual de la Organización Mundial de la Salud, analizado en la 45 Asamblea, en la sede de las Naciones Unidas de Ginebra, el 4 de mayo de 1992).

(15) Las condiciones medioambientales en el trabajo son causa de una gran número de patologías que es necesario empezar a considerar como enfermedades laborales. Esta es una de las conclusiones del libro de: ANÍBAL RODRÍGUEZ, C. (1993) *Acerca de la salud de los trabajadores*, editado por CC OO.

(16) Aquí habría que hablar también de la ludopatía, como enfermedad predominantemente urbana. Sólo en Andalucía, se calcula que 400.000 personas están afectadas, en mayor o menor grado, por la ludopatía. En 1992, los andaluces gastaron en juegos de azar 500.000 millones de pesetas (*El País*, 30 octubre 1993, pág. 6).

principio no son agresivas.

Por otro lado, las “*bacterias ociosas*” se revuelven contra nuevos objetivos. Aparecen, todavía sin explicación científica, gripes diseñadas a la medida de una nueva especie social llamada “yuppy”, síndromes de edificios urbanos que enferman a sus ocupantes -conducciones, aire acondicionado, moquetas- y nuevos virus que se toman asesinos (17).

b) TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN

Se pueden agrupar en este apartado -como trastornos de la satisfacción- determinados *síndromes más de etiología psíquica que física*. No se trataría de auténticas enfermedades sino de malestares, desequilibrios, carencias de plenitud... emparentados todos ellos con lo psicósomático.

Con respecto a dichos trastornos de la satisfacción, se pueden establecer las siguientes afirmaciones globales:

1. Aun cuando no atenten directamente contra la vida, es innegable que tienen capacidad de perturbarla y hacerla básicamente inapetecible (18).
2. No se trata de perturbaciones psico-físicas totalmente desconocidas en el ambiente rural, pero no cabe duda de que la proporción con que aparecen en la gran ciudad es inmensamente mayor.
3. En su raíz se pueden fácilmente detectar determinados desajustes provocados por la vida urbana (19).

(17) Pronostica la OMS que entre 30 y 40 millones de personas serán contaminadas por el virus del sida de aquí al año 2000 (Informe Anual de la OMS, Ginebra, 4 de mayo de 1992).

(18) De cualquier forma, se trata siempre de disfunciones y malestares de segundo orden, de cuadros neuróticos y no psicóticos. Por ello, realidades tajantes como el suicidio no aparecen claramente vinculadas a los aspectos socio-culturales de la persona, sino más bien a síndromes seriamente psicopatológicos de la misma (depresión endógena, psicóticos “borderline”, desviaciones de personalidad). Es cierto que en Europa el suicidio es un fenómeno de áreas industriales y urbanas, más que de rurales. Sin embargo, en USA se produce el fenómeno contrario: Nevada, Wyoming y Montana consiguen los mayores porcentajes (*Excerpta Medica*, nº 117, Amsterdam 1966, pág. 252).

(19) Se produce, según los especialistas, una especie de correlación entre determinados desajustes psico-sociales y determinadas zonas donde se instala la patología física. Así, por ejemplo, las tensiones con el perimundo afectarían al aparato motor, los conflictos entre educación instintiva y racional repercutirían en el aparato anal y urogenital, la impresión de una

A propósito de dichos desajustes, Schultz-Henke (20) insistió ya hace tiempo en el hecho de que, en la sintomatología de dichas enfermedades psicosomáticas, pueden intervenir determinados impulsos que no se dominan correctamente. El distingue tres grupos principales de impulsos humanos: *el anhelo de poseer, el ansia de dominar y el impulso amoroso*. Que se trata de las principales debilidades humanas, nadie lo puede poner en duda. Schultz-Henke llama la atención, incluso, sobre el hecho de que los votos monásticos de pobreza, castidad y obediencia han representado durante siglos la renuncia al desenvolvimiento de dichas tendencias humanas.

Ahora bien, se puede afirmar que la vida de la gran ciudad estimula artificialmente las tres tendencias hasta donde lo permite la legislación vigente o las convenciones sociales. Tanto el anhelo de poseer, como el ansia de dominar y el erotismo, constituyen pilares básicos en las modernas tácticas de motivación publicitaria. Por otro lado, no es raro que dicha estimulación artificial provoque desajustes, ya que en su práctica totalidad desemboca en frustración. Engendra necesidades, las convierte en imperiosas y luego no las satisface.

Manejando parámetros distintos, Mira y López (21) bosqueja una especie de síntesis de normas psicosomáticas. Para él, *la salud mental depende de un ajuste o equilibrio entre el Ser (estructura), el Hacer (esfuerzo), el Pretender (aspiración), el Valer (rendimiento), el Parecer (apariencia) y el Obtener (resultado)*.

Sin salirnos del marco conceptual de Mira y López, se pueden realizar las mismas reflexiones que para el anterior esquema de Schultz-Henke: la vida urbana no favorece el ajuste sino el desajuste entre dichos factores, de los que depende la salud mental.

emoción dañaría el tramo que va desde el esófago hasta el intestino grueso (LÓPEZ IBOR, J.J. (1964) *Lecciones de Psicología Médica*, Madrid, Ed. Paz Montalvo, pág. 382). El temperamento alérgico estaría relacionado con la necesidad de superar el miedo a ser abandonado, el asma es una especie de "llanto de angustia inhibido", el tuberculoso está "hambriento de amor" (EY, Henry (1969) *Tratado de Psiquiatría*", Barcelona, Toray-Masson, pág. 1004).

(20) SCHULTZ-HENKE, H. (1957) *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, Thieme, Stuttgart. Otras correlaciones psico-somáticas analizadas por el autor son: 1) angustia - corazón y pulmones, 2) miedo - tiroides, 3) tristeza - hígado, 4) disgusto - bilis, 5) cólera - arterias cefálicas, 6) avaricia - intestino, 7) codicia - estómago, 8) sexualidad - riñón.

(21) MIRA Y LÓPEZ, E. (1968) *Guía de la salud mental*, Buenos Aires, Ed. Oberón, pág. 151.

El pretender siempre ser más, la aspiración a la conquista del máximo placer, la justificación social de la apariencia, la simulación y el "bluff", las disarmonías entre lo que gusta, lo que conviene, lo que se puede y lo que se debe, la constante persecución de una felicidad aparente, la forzada disgregación entre la vida real y la vida ideal... todo ello no puede sino provocar una erosión progresiva de la salud psíquica, ya que mina sus pilares más básicos.

1. Cefalalgia

Tanto las cefalalgias de índole neurótica, como las migrañas o las jaquecas, *suelen disponer de un caldo de cultivo excepcional en el tejido social urbano*. Es raro el dolor de cabeza en el habitante del agro.

La migraña (hemicraneá), por ejemplo, típica cefalalgia urbana, es un dolor que se presenta en forma de ataque y con localización unilateral (22). Entre los afectados, según estadísticas europeas, el 63% suelen ser mujeres y el 37% hombres.

En algunas personas, el dolor siempre se presenta en el mismo lado, en otras cambia alternando extrañamente la localización. No es raro que dichos ataques vayan acompañados de náuseas y hasta de vómitos, de fotofobia, fonofobia y de intenso malestar general. Durante el ataque, el paciente se ve imposibilitado para el trabajo o para cualquier tarea normal.

Un ataque de migraña puede durar pocos minutos, varias horas o días enteros (23). No es raro que la aparición del ataque esté relacionada con alguna situación especial (normalmente conflictiva), con determinados procesos fisiológicos (menstruación) o con cierta estación del año (24).

(22) La incidencia de la migraña es considerablemente alta. Se calcula que 120 millones de personas la sufren anualmente en todo el mundo. Cuando una determinada patología afecta al 12 % de la población, como demuestran los datos epidemiológicos analizados en Europa, la trascendencia de la enfermedad es muy seria. Además, afecta a las capas productivas de la sociedad, ya que la mayoría de las personas afectadas cuentan entre 25 y 54 años.

(23) La migraña se encuentra a veces precedida por lo que se conoce como "aura": el paciente empieza a notar una brillante luz que casi le ciega, siente hormigueos en las manos, se le entumescen algunas partes del cuerpo e incluso pierde fuerza en alguna extremidad.

(24) De hecho, la causa exacta de la migraña es aún desconocida, pero el ataque puede estar propiciado por factores emocionales -tensión, stress, nerviosismo, excitación-, algunas comidas, determinado medicamento o un golpe en la cabeza.

En una ponencia del IV Congreso Mundial de Psiquiatría (Madrid 1966), Simarro-Puig diseñó un perfil del jaquecoso, a partir del estudio de más de 5.000 pacientes en Barcelona (25). En el aspecto psíquico, lo califica como obsesivo, susceptible, suspicaz, impulsivo, inestable, excitable, muy influenciado por el ambiente, perfeccionista y dominante. Somáticamente suele ser alérgico, dismetabólico, fácilmente descompensable, con una gran interinfluencia entre lo psíquico y lo somático.

Las líneas maestras de dicha ponencia son interesantes, tanto para tratamiento (psíquico y fisiológico) como por el hecho de que facilitan una conclusión: *determinadas predisposiciones humanas se verán mucho más excitadas en ambiente urbano que en ambiente rural*. Por tanto, la vida urbana actuará de catalizador de ciertas tendencias patológicas, tendencias que en otro ambiente social permanecerían sin actualizar.

Algo similar se deduce del estudio sobre el enfermo migrañoso que elabora Jores (26):

“Son estos pacientes sumamente ambiciosos con respecto al rendimiento y al éxito profesional, y suelen salir airoso en su propósito. Casi todos ellos ocupan puestos de responsabilidad y pertenecen a las altas esferas sociales. Se obstinan extraordinariamente en su deseo de llegar a la perfección y no toleran ni la más mínima crítica. Ellos mismos se colman de responsabilidades y de trabajo, pero, al mismo tiempo, se muestran por esta causa agrios e irritables. Se trata de personas “modelo”, pero a pesar de tantos éxitos permanecen interiormente inseguros de sí mismos”.

Se podría afirmar que se trata de un cuadro psicológico conformado por la vida urbana y que encuentra su encaje más perfecto en dicha modalidad existencial. El perfil psicológico del enfermo de migraña o de jaqueca es impensable en un marco rural.

Siguiendo el análisis de Jores, estas personas experimentan una tensión tan continua, que les resulta completamente imposible relajarse o gozar de tranquilidad, libertad o esponjamiento interior. Son faltos de elasticidad y notoriamente

(25) *Excerpta Medica*, (1966) n° 117, Amsterdam, pág. 394.

(26) JORES, A. (1961) *El individuo enfermo*, Barcelona, Ed. Scientia, pág. 71.

te incapaces de adaptarse a nuevas situaciones. Sus relaciones humanas pueden ser muy pulidas, pero carentes de sinceridad y espontaneidad.

Evidentemente, en la conformación psíquica del migrañoso intervienen de manera notable los *modelos vividos en la infancia*. El triunfo escolar parece jugar un papel importantísimo. Los candidatos a la migraña suelen ser en su infancia obedientes y aplicados, poco comunicativos y ambiciosos, con un marcado deseo de triunfar pero emocionalmente inhibidos (virtudes, como se puede comprobar, más urbanas que rurales). Las relaciones con los padres no es raro que carezcan de cordialidad y cariño. Los padres suelen ser unos fanáticos del trabajo y los hijos no tardan en darse cuenta de cual es la llave que les abre la puerta al reconocimiento.

2. *Cervicalgia o dolor de cuello*

Emparentado con todo lo anterior y cercano en el esquema corporal, se puede hablar también de la cervicalgia o dolor de cuello. Se trata de una dolencia osteoarticular -la más frecuente en el ámbito urbano- y que porcentualmente aparece mucho más en mujeres que en hombres. La Sociedad Europea de Biosociología ha desarrollado durante ocho años un estudio que muestra que más de 500.000 españolas padecen este tipo de dolor, relacionado con desajustes emocionales y dificultades laborales (27).

Parece que la existencia urbana e industrial está desarrollando un nuevo modelo femenino, con unas patologías muy concretas que son expresión de la inadaptación social que padece. *Si a la mujer contemporánea urbana hubiera que definirla por una dolencia, ésta sería sin duda el dolor de cuello*. Entre pérdidas por absentismo, bajas laborales y tratamientos médicos, los gastos anuales causados por este padecimiento sobrepasan en España los 25.000 millones de pesetas.

En palabras del presidente de la Sociedad Europea de Biosociología, "el dolor de cuello es una clara expresión de los desajustes personales y de las tensiones colectivas, así como de situaciones con exceso de responsabilidad, sobrecarga de trabajo, inseguridad, soledad y sensación de fracaso".

Se trataría, por tanto, de un síntoma somático de petición de auxilio ante la

(27) *El País*, 19 octubre 1992.

imposibilidad de analizar, hacer frente o resolver los problemas e imposiciones de un entorno hostil. Muchas veces, sin embargo, es interpretado como consecuencia de un proceso traumatológico, artrósico o degenerativo.

3. Alteraciones nerviosas

Bajo este título se incluyen una serie de disfunciones, difíciles de clasificar como estrictos cuadros clínicos (28). En terminología médica se conocen como distonía neurovegetativa, síndrome vegetativo-endocrino, síndrome funcional, neurosis vegetativa, trastornos funcionales, neurosis con síntomas en los órganos...

Como recopilación aproximativa, que agrupara la *sintomatología más frecuente*, se podría desarrollar la siguiente tabla:

- Inquietud interna inmotivada, llegando a fuertes crisis de angustia.
- Falta de dinamismo y de iniciativa, rendimiento reducido, fatiga precoz, inapetencia generalizada.
- Estado general alterado, sensación de estar enfermo, pérdida de la elemental cenestesia.
- Trastornos del sueño: somnolencia continua, insomnio, despertar precoz y angustiado.
- Trastornos de la irrigación periférica: extremidades frías, sudores en manos y axilas.
- Cefalalgias, frontales y occipitales, jaqueca o migraña.
- Sensación angustiosa de ahogo, presión en el cuello, respiración suspirosa, tos seca, disnea, sensación de estrangulamiento, sobre todo en horas nocturnas.
- Molestias cardíacas: palpitaciones, arritmias, dolores en el pecho accesionales, con angustia.

(28) "Estas conductas están compuestas por todos los síntomas de una ansiedad caracterizada, desde el punto de vista fisiopatológico, por un "terreno ansioso" y, desde el punto de vista psicopatológico, por un perpetuo estado de alerta y miedo. En relación a la neurosis en general se comportan como estados generadores, "nebulosas con poder de organización", perpetuamente en movimiento, susceptibles de cambios, pero sin abocar por lo general a esas formaciones de defensa típicas que entran en la organización de las neurosis más estructuradas." (EY, H. (1969) *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, pág. 433).

- Molestias intestinales y urinarias: disfagia, aerofagia, estreñimiento alternando con diarrea, gastralgias, micciones frecuentes e incontrolables.
- Trastornos del aparato genital: libido deficiente, impotencia, frigidez, desarreglos menstruales.

Se trata, pues, de una gran variedad de síntomas que podrían enmarcarse de acuerdo a las siguientes características:

1. normalmente, y según la persona, dan preferencia a un sistema orgánico sobre otro, sin faltar por ello otros síntomas concomitantes específicos,
2. a veces se toman lacunares -apareciendo y desapareciendo a capricho-,
3. no es raro que se repitan los mismos síntomas en la misma familia,
4. una nota uniforme y específica es que se producen reacciones exageradas o inadecuadas ante ciertas excitaciones externas,
5. se presentan en mucha mayor proporción en ambientes urbanos que en rurales,
6. se trata de una categoría ("nerviosos con síndrome funcional") que representa una proporción muy alta de los enfermos que acuden a consulta.

Rof Carballo (29) expone el *perfil de dichos enfermos*, tal como aparece en los resultados de tests de personalidad (fundamentalmente el Rorschach). Según él, casi siempre los tests revelan: temor, más o menos marcado, a la pérdida de control de la personalidad y a su disociación; dificultades para establecer relaciones personales en el plano afectivo; temor a no poder adaptarse a un medio distinto del habitual; restricción defensiva del campo de intereses, del mundo en que el hombre se mueve; dificultad, más o menos enmascarada, para hacerse cargo pleno de la realidad; maniobras defensivas, tales como actividad incesante, personalidad moralmente rígida, actitudes estereotipadas evitando todo lo que pueda parecer original o personal.

Conclusión

La gran ciudad -con la constelación de hábitos, condicionamientos y alteraciones ambientales que arrastra en pos de sí- es un factor predisponente a determinadas formas de enfermar. El tejido social urbano, sólo por el hecho de

(29) ROF CARBALLO, Juan (1972) *Biología y Psicoanálisis*, Bilbao, Desclée de Brouwer, pág. 506.

respirar un determinado hábitat, está expuesto a concretos desajustes psíquicos y biológicos. Porque, parece claro, el microcosmos urbano genera comportamientos patógenos. Y nos guste o no, esta situación a la larga pasa su factura. No vendría mal al urbanita ser consciente de dicha amenaza y tomar serias medidas para contrarrestarla. Parece que, afortunadamente, en el último decenio toma cuerpo una conciencia colectiva que cristaliza paulatinamente en cautelas, denuncias y movilizaciones grupales en este sentido.

Pueden servir de conclusión a todo lo dicho las reflexiones de Ricardo Díez Hochleitner (30), presidente del Club de Roma:

“El hombre moderno vive a un ritmo cada vez más acelerado, impuesto por sus propias ambiciones y por el estilo de vida propio de las aglomeraciones urbanas, causa frecuente de estrés y factor de ansiedad desencadenante de muchas enfermedades psicósomática y finalmente orgánicas. Ni el cuerpo ni la mente del hombre pueden adaptarse a la larga a tantos y a tan rápidos cambios.”

Y como planteamientos de futuro pueden ser válidos los propuestos por Luis Rojas Marcos -responsable máximo de los Servicios de Salud Mental en la ciudad de Nueva York-. En un libro que merece ser leído, analiza las luces y sombras de la gran ciudad (31). Según él, el habitante de la urbe ha de utilizar en gran medida la empatía, ponerse en el lugar del otro, ser compasivo y tolerante, fomentar el altruismo, la dignidad del ser humano y la compasión hacia los que sufren. Es lo único que le hará superar los delirios narcisistas, la desidia social y la desesperación nihilista que se extiende como una plaga entre los habitantes de la ciudad moderna.

(30) DÍEZ HOCHLEITNER (1993) “La salud en nuestro tiempo”, *El País*, 11 noviembre, pág. 26.

(31) ROJAS MARCOS, L. (1992) *La ciudad y sus desafíos*, Madrid, Ed. Espasa Calpe.