

**Títol:** “Desigualtats socials i salut mental. Una proposta d’intervenció: la Renda Bàsica”

**Autor:** Sergi Raventós Panyella

**Director:** Josep Lluís Espluga Trenc

Departament de Sociologia. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Curs:** 2007-2008.

Treball de recerca de Doctorat en Sociologia.

# Índex

## **Desigualtats socials i salut mental. Una proposta d'intervenció: la Renda Bàsica**

0. Introducció. Una problemàtica de la societat del segle XXI. Un repte per a les ciències socials i naturals .....	4
Objectius i metodologia del treball d'investigació.....	6
<b>Capítol 1. Salut i malaltia mental: una diversitat de definicions i causes .....</b>	<b>8</b>
1.1 Salut .....	8
1.2 Salut mental.....	10
1.3 Malaltia mental .....	11
1.3.1 El concepte de trastorn.....	13
1.3.2 Classificacions dels trastorns mentals.....	13
1.4 Concepte de “normalitat” i “patologia” .....	16
1.5 Els diagnòstics.....	17
1.6 La salut mental com un procés.....	18
1.7 Condicions de vida i malaltia .....	18
1.8 Enfocaments sobre la salut i malaltia (mental).....	19
1.9 Els enfocaments de la Psicologia, la Psiquiatria i la Medicina evolucionista .....	22
1.9.1 Salut, malaltia i evolució .....	23
1.9.2 Ment, problemes mentals i evolució .....	23
1.9.3 Un ex. de l'enfocament evolucionista: <i>la Teoria de la competició i els trastorns afectius</i> .....	30
1.10 Recapitulant.....	32
<b>Capítol 2. Desigualtats socials i salut mental .....</b>	<b>34</b>
2.1 Concepte de desigualtat .....	34
2.2 Desigualtats socials en la salut .....	35
2.3 Els estudis històrics sobre les desigualtats en salut .....	38
2.4 Black Report .....	41
2.5 Els eixos principals de la desigualtat social en la salut: la classe social, el gènere, immigració i territori .....	44
2.5.1 Classe social.....	44
2.5.2 Gènere .....	45
2.5.3 Immigració .....	46
2.5.4 Territori.....	47
2.6 Les causes de les desigualtats socioeconòmiques de la salut .....	48
2.7 Com repercuteixen les desigualtats socials en la salut mental .....	53
2.8 Alguns estudis sobre les desigualtats socials i la salut mental .....	54
2.8.1 Les desigualtats perjudiquen: RG Wilkinson i altres .....	55
2.8.2 L'enfocament neomaterialista: Carles Muntaner i altres .....	58
2.9 Alguns exemples de la relació entre desigualtats socials i salut mental.....	59

2.9.1 Pobresa i salut mental .....	62
2.9.2 Treball, atur i salut mental .....	63
2.9.3 Estigma i salut mental.....	67
2.9.4 Recapitulant.....	69
<b>Capítol 3. Polítiques de salut mental.....</b>	<b>71</b>
3.1 Un repàs històric.....	71
3.2 Les estratègies pel que fa a la salut mental i lluita contra la malaltia mental.....	75
3.3 Prevenció i promoció de la salut mental.....	77
3.3.1 El llibre verd de la salut mental de la Unió Europea.....	78
3.3.2 L'estratègia espanyola del Sistema Nacional de Salut .....	80
3.3.3 El Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya .....	83
3.3.4 Recapitulant.....	85
<b>Capítol 4. La proposta de la Renda Bàsica.....</b>	<b>86</b>
4.1 La Renda Bàsica .....	87
4.2 La Renda Bàsica i les desigualtats socials .....	89
4.3 Renda Bàsica i classe social.....	89
4.4 Renda Bàsica i gènere .....	90
4.5 Renda Bàsica i immigració .....	91
4.6 Renda Bàsica i pobresa .....	92
4.7 Renda Bàsica i treball assalariat i l'atur.....	93
4.8 La Renda Bàsica i l'estigma dels malalts mentals .....	93
4.9 Recapitulant.....	95
<b>Capítol 5. Conclusions.....</b>	<b>96</b>
<b>Capítol 6. Proposta d'investigació .....</b>	<b>99</b>
6.1 Objectius.....	99
6.2 Hipòtesi.....	99
6.3 Metodologia i Tècniques.....	101
6.4 Mostra.....	103
<b>Bibliografia .....</b>	<b>105</b>

## **Desigualtats socials i salut mental. Una proposta d'intervenció: la RB**

### **0. Introducció. Una problemàtica de la societat del segle XXI. Un repte per a les ciències socials i naturals.**

Ja fa anys que s'està posant de manifest per diversos organismes i institucions que els trastorns i les malalties mentals van en augment. En el 2020, segons un informe de la Unió Europea, anomenat *Llibre verd de la salut mental*, s'espera que la depressió sigui la segona o la primera causa de malaltia en el món desenvolupat. Tanmateix, cada cop és més palès que les capes social i econòmicament baixes de la població són més vulnerables a les malalties mentals. (CCE, 2005)

Alguns informes de l'Organització Mundial de la Salut relacionen els trastorns mentals i del comportament amb factors socials com l'urbanització, la pobresa i l'evolució tecnològica, però la repercussió dels canvis socials en la salut mental no és igual en tots els segments d'una societat determinada. Entre les víctimes de la pobresa i les privacions és major la prevalença dels trastorns mentals.

La prevalença, l'aparició i l'evolució dels trastorns mentals i del comportament estan determinats per diversos factors. Es tracta de factors socials i econòmics, factors demogràfics com el sexe i l'edat, amenaces greus com conflictes i desastres, presència de malalties físiques importants, etc.

Des de les ciències socials calen estudis que contribueixin juntament amb la resta de ciències a esbrinar les explicacions del per què hi ha aquest augment tant gran en les nostres societats de patiment psíquic i mala salut mental.

I encara que les proves que tinguem d'aquesta relació entre desigualtats socials i mala salut mental no siguin del tot completes (i és discutible que ho puguin arribar a ser-ho en un futur proper), hem de poder pensar en propostes de polítiques i mesures per a protegir i promoure la salut mental.

Actualment i amb el coneixement disponible en les ciències socials, naturals, econòmiques, etc. podem ja fer algunes propostes de polítiques socials per tal de disminuir aquestes desigualtats socials. Segons Mckeown, (2006): "el major avenç que podria fer-se en el camp de la salut seria eliminar les grans desigualtats que existeixen entre els pobres i rics, l'eliminació de les desigualtats de la salut exigeix la redistribució de la riquesa i és probable que en definitiva depengui de l'eliminació de la pobresa. En el món actual, la mala salut es deu menys a la manca de recursos que a la seva distribució desigual entre nacions i dintre d'elles." Dit d'una altra manera: al tractar de resoldre algunes de les injustícies socials i econòmiques, les polítiques no només

milloraran la salut i el benestar, sinó que reduiran una sèrie de problemes socials que broten juntament amb la mala salut.

Des de ja fa més de 20 anys que s'ha anat obrint pas arreu del món la proposta de Renda Bàsica universal que podria contribuir a millorar algunes de les problemàtiques que des d'aquí s'apuntaran. Aquesta idea ara es discuteix en molts àmbits: acadèmics, polítics, sindicals, socials, etc. i cada cop està més ben justificada tan normativament, com socialment, com econòmicament.

En aquest treball es vol establir la hipòtesi que amb una proposta d'ingrés econòmic universal i incondicional a tot ciutadà i ciutadana es podria contribuir a millorar la salut mental de la població.

Es partirà de diversos enfocaments de les ciències socials i les ciències de la salut, que han aportat en els darrers anys noves dades i coneixements sobre els múltiples aspectes que giren entorn la salut mental. Quan parlem dels múltiples aspectes o variables que giren entorn de la salut mental no és una forma de parlar, en aquest cas és una constatació cada cop més evident. Un dels reptes que té plantejats aquest segle XXI és el coneixement de la ment. I la salut mental està profundament relacionada amb aquest objectiu. La seva gran complexitat i interrelació de múltiples variables posa en evidència l'error que suposa la gran separació de les ciències socials respecte de les ciències naturals.

En els darrers 20 anys s'han fet un bon nombre d'investigacions i estudis sobre les relacions entre la Ciència cognitiva i la Sociologia, l'evolució cultural i la Psicologia evolucionaria, la Biologia evolucionaria i la Medicina o bé entre l'Economia i la Psicologia i han tingut un gran impacte en els territoris que giren al voltant de la salut mental.

La salut i la salut mental estan íntimament relacionades amb les circumstàncies socials i econòmiques però ens cal també fer ús de les noves descobertes de la teoria evolutiva i de les noves dades en les diverses ciències de la ment per poder explicar la raó per la qual ens veiem especialment afectats com humans per la naturalesa de l'estructura social i l'entorn social.

Si sabem que "la salut mental d'una persona depèn des de la seva gestació, d'un normal desenvolupament neurobiològic, de factors hereditaris, de l'educació familiar i escolar, del nivell de benestar social, del grau de realització personal en el medi sociolaboral, d'una relació d'equilibri entre la capacitat de l'individu i les demandes sociolaborals, socioeconòmiques, socioculturals i psicosocials, i d'un envelliment digne" (Rodríguez-Marín, J.1992:103) podem entendre el que apuntàvem més amunt

sobre la conveniència de no fragmentar la Ciència si volem avançar en el coneixement<sup>1</sup>.

Una veu ben reconeguda en el món acadèmic de l'àmbit de la Genètica com és Francisco J. Ayala, catedràtic de genètica i president durant anys de la Associació Americana per l'avenç de la Ciència és clar quan diu que: "Els canvis culturals -com el desenvolupament de l'agricultura, la migració del camp a la ciutat i de país a país, la contaminació ambiental i molts altres- creen noves pressions de selecció. Les pressions de la vida en la ciutat, per exemple són responsables en part de l'alta incidència de trastorns mentals en certes societats humanes."(Ayala, F.J, 1994:229)

En els darrers anys les investigacions que han tingut més impacte i més ressonància en el món acadèmic en l'àmbit de la salut mental, han estat les que provenen de les ciències biomèdiques i de la genètica. És evident que des de les ciències socials no només es poden fer bones contribucions en el terreny de la salut mental, sinó que són del tot necessàries i convenients per donar abast a l'envergadura d'aquest projecte que és la comprensió i millora de la salut mental de la població.

### **Objectius i metodologia del treball d'investigació**

Un dels objectius d'aquest treball és en primer lloc poder explorar i relacionar els diferents conceptes i definicions que hi ha al voltant de tot un seguit de temàtiques. Des de poder entendre que és la salut mental fins a com aquesta queda afectada per a les desigualtats socials. Aquest fil conductor també ens portarà a veure les diferents polítiques de salut que es desenvolupen i que es porten a terme en l'àmbit de la salut mental.

Com a segon objectiu d'investigació es plantejarà un projecte de recerca en el que es farà una proposta d'investigació en base a dos objectius i diverses hipòtesis de cada objectiu. Es tractarà de resoldre qüestions que tenen a veure amb el fet de: Per què no es porten a terme polítiques efectives de promoció de la salut mental i prevenció del trastorns mentals? Quins són els factors que dificulten tirar endavant aquestes polítiques? I un cop ho analitzem, plantejar com a proposta d'intervenció una mesura que podria impactar en la salut mental: la Renda Bàsica. Podria ser aquesta proposta una contribució substancial a la millora de la salut mental i a la prevenció de trastorns mentals, així com factor de neutralització de l'estigma dels malalts mentals ?

La metodologia que es seguirà és a partir de l'anàlisi bibliogràfic i documental dels principals autors/es i teories que han tractat sobre els temes desenvolupats en aquest

---

<sup>1</sup> El llibre de Wilson, E. O. (1999) *Consilience* seria una bona defensa d'aquesta necessària unitat del coneixement.

treball. I també es farà ús de dades secundàries i d'estadístiques de salut i d'informes institucionals. Es farà un recull de les polítiques en salut mental de les principals agències de salut internacional i finalment s'avançarà la proposta de la Renda Bàsica que des de fa uns anys s'està proposant en determinats àmbits acadèmics, socials i polítics de diferents països.

## Capítol 1. Salut i malaltia mental: una diversitat de definicions i causes.

### 1.1 Salut

Una de les dificultats més importants quan ens introduïm en el camp de la salut és poder definir-la. Malgrat el concepte de salut hauria de ser un dels més estudiats i desenvolupats per les ciències que s'ocupen de la vida humana, ens trobem que ha estat poc estudiat i teoritzat com assenyala Martí (1995).<sup>2</sup>

Algunes definicions sempre són útils, però en el cas de la salut ens podem trobar fins a 18 definicions distintes. Així que agafaré les que crec més rellevants i les que han tingut un més gran impacte, malgrat no estan exemptes de dificultats, ja sigui pel fet que es dona més o menys importància als aspectes històrics, polítics, sociològics o biològics. També és important recordar el fet que de la malaltia tenim constància des de fa més temps. Un bon exemple del que estem dient sobre el coneixement ancestral de la malaltia ens l'aporta López Piñero quan explica que la investigació paleopatològica ha demostrat que la malaltia ha aparegut paral·lelament amb la vida en tots els seus nivells. Les malalties han estat inseparables de l'existència de la humanitat. (López Piñero, J. M<sup>a</sup>, 2000). Malgrat tot, les malalties també podem considerar-les com abstraccions que canvien històricament a mesura que tenim més coneixement. Hem de tenir present que definir una malaltia és complicat, doncs com recorden Benach i Muntaner (López, S.2005) això té nombroses implicacions sanitàries, econòmiques, legals, ètiques i socials. En molts casos no podem parlar ni de malalties, en tot cas s'hauria de parlar de malalties imaginàries com per exemple: la menopausa, la calvície, la disfunció sexual masculina o l'envelliment, doncs és ben sabut com afirmen aquests autors, que les indústries farmacèutiques estan molt interessades en crear, difondre i justificar malalties noves amb les que fer bons negocis.

Tanmateix, mentre la detecció de la malaltia és molt antiga i les definicions prop d'aquest estat són múltiples, la necessitat de definir científicament la salut és molt recent, sorgeix a final de la primera meitat del segle vint i està relacionada amb un canvi d'actitud pel fet d'entreveure la possibilitat de controlar col·lectivament la producció de malaltia. (Martí, 1995)

H. Sigerist, un dels més importants historiadors de la Medicina del segle passat, el 1941, en mig de la segona guerra mundial, començava la reflexió sobre el concepte de salut. Deia que "Salut no és únicament absència de malaltia, sinó una cosa positiva, una actitud d'acceptació alegre de les responsabilitats que la vida imposa als éssers

---

<sup>2</sup>El llibre d'Oriol Martí, *Introducció a la medicina social* ofereix una bona relació de definicions de les diferents escoles funcionalistes, ecològiques, conflictivistes, etc.



humans". Després de la segona guerra mundial, l'estructuració de la Organització Mundial de la Salut (OMS), i la posada en marxa de les polítiques de l'estat del benestar en els països del centre i Nord d'Europa, fan extensiva la cobertura sanitària a tota la població d'aquestes zones. És en aquest context que neix una altra definició que és la que dona l'OMS en el 1946: "un estat de complet benestar físic, mental i social". Laín Entralgo va jutjar críticament aquesta definició, al considerar que proclama una utopia inabastable en la pràctica, pel fet que passa per alt que el malestar físic i mental, no és incompatible amb la salut. (López Piñero, J. M<sup>a</sup>, Terrada, M<sup>a</sup> L. 2000).

La definició de Jordi Gol, metge, també ha estat molt utilitzada posteriorment quan va afirmar en el conegut Congrés de Metges i Biòlegs en llengua catalana, celebrat a Perpinyà el 1976, que salut era "aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa". Gol assenyalava que la salut i la malaltia no s'han de separar, són un continu i que es pot estar malalt de forma sana i es pot estar sa de forma insana. (citada a Martí, 1995)

D'altres definicions han posat l'accent en la capacitat dels individus per adaptar-se i afrontar adequadament les diverses situacions vitals.

En qualsevol cas, aquestes definicions no ens poden fer oblidar tampoc que la salut té una component social, econòmica i política molt important (Benach i Muntaner, 2005).

Amb la salut podem analitzar les fites socials aconseguides per una societat o bé per entendre les injustícies socials que aquesta pateix. És evident que la salut és una de les condicions més importants de la vida humana i un component fonamental de les possibilitats humanes que tenim motius per a valorar.

Després d'aquest seguit de definicions i consideracions sobre la salut i la seva importància, avançaré en la definició de la salut mental, que sempre ha tingut més dificultats per la seva complexitat.

## **1.2 Salut mental**

Si el concepte de salut ha estat difícil de definir, segurament un dels conceptes més borrosos i complicats de definir mai ha estat el de salut mental. En primer lloc cal avançar que degut a la càrrega estigmatitzant del concepte de malaltia mental, s'ha fet ús de forma eufemística del terme de "salut mental" per descriure els serveis de tractament i suport a persones amb trastorns mentals i altres afers relacionats amb els problemes de salut mental.

La frontera entre la salut i la malaltia mental costa de delimitar i és habitual oposar els dos conceptes.

Un bon exemple de la diversitat de definicions del concepte de salut mental és la que podem trobar en el *Manual de Psiquiatria* de Josep M. Costa i Molinari (1994):

- Skottowe considera que el tret fonamental de la salut mental és la capacitat d'adaptar-se al medi.
- Macklin creu que és la capacitat de reaccionar favorablement als canvis de l'entorn.
- Lewinson i Ginsberg la defineixen com la capacitat de dominar l'entorn o de guanyar-se la vida.
- Redlich considera que és l'estat integral d'eficiència i d'una necessitat raonable de gratificació, sota control social.
- La Federació Mundial de la Salut mental la defineix com el millor estat possible ateses les condicions existents.
- Meningen creu que és un control raonable dels instints, la capacitat de donar i rebre cordialment, una plena participació en la vida familiar i social.
- Martos (2004) malgrat reconeix que no és fàcil definir la salut mental, creu que hi hauria una sèrie d'indicis que senyalen o apunten que hi ha salut mental: absència de símptomes, reaccions proporcionades, funcions i instints bàsics, control de la realitat i adaptació al medi.
- La O.M.S. descriu la salut mental com la capacitat d'establir unes relacions harmonioses amb els altres, i la participació constructiva a les modificacions de l'ambient físic i social. En aquest sentit, la salut mental és la base pel benestar i funcionament efectiu d'un individu i d'una comunitat.

En totes aquestes definicions es pot observar una condició de satisfacció per part del subjecte juntament amb una dinàmica adequada a l'entorn, però un té la sensació que no abasten del tot "el concepte de salut mental". Una aproximació que intenta captar el que portem dient fa estona sobre la complexitat de la salut mental podria ser aquesta: una personalitat madura segons M. Jahoda (1996), citada a Costa i Molinari (1994) és aquella que ha assolit un òptim nivell de salut i té les següents característiques:

- Autopercepció, és a dir amb capacitat per tenir esment de la pròpia personalitat, desigs, sentiments, necessitats, recursos i capacitats, amb possibilitats de satisfer-los o d'emprar-los, sempre que sigui raonablement possible.
- Ajustament, o capacitat d'adequar la conducta a les normes del grup social.
- Autonomia, amb un comportament segons allò que considera just i convenient, sense restriccions imposades per pors, temors, inhibicions o altres limitacions irracionals. La possibilitat d'actuar amb una àmplia independència personal és

una condició bàsica. La personalitat madura té una elevada capacitat de ser feliç i productiva.

- Sentit de la realitat, no distorsionada per actituds o conflictes personals.
- Integració a l'ambient i a les persones, amb les quals pot establir relacions d'afecte, cooperació i ajuda.
- Autoactualització, amb possibilitat d'aprendre coses noves, d'introduir canvis en la seva conducta i de mostrar adequada flexibilitat per situar-se al dia.

En aquest conjunt de característiques sobre el que és una personalitat madura, es pot apreciar que hi hauria un munt de conceptes que podran trobar millor o pitjor expressió en funció del context social, però d'això parlarem en el següent capítol sobre les desigualtats socials.

### **1. 3. Malaltia mental**

De la malaltia mental s'ha escrit molt i des de disciplines molt diverses com la Medicina, Psiquiatria, Psicologia, Sociologia, Neuropsiquiatria, Psicopatologia, etc. No es pretensió d'aquest treball fer cap contribució a un debat conceptual que encara no està resol del tot.

Sense voler fer un repàs històric exhaustiu de la malaltia mental<sup>3</sup> cal dir que s'ha fet alguna troballa arqueològica de trepanacions de cranis d'èpoques prehistòriques però no està gens clar el seu significat (Jarne, A. i Talarn A., 2000). Rojo (1995) recorda que les primeres descripcions sistemàtiques de les malalties mentals es troben en el papir d'Ebers, encara que altres autors citen com a primera referència al deteriorament senil del príncep Ptah-hotep, de l'any 3.000 abans de Crist. Ara bé, l'abordatge més seriós el varen iniciar els grecs, que consideraven que les malalties mentals eren la conseqüència de les alteracions corporals, concretament dels líquids humorals. És a partir d'Homer que els escriptors grecs van reflectir una gran varietat de comportaments estranys i anormals i mereixedors d'una explicació especial. Herodot registra en la seva *Historia* alguns d'aquests casos. Dos d'ells relaten les accions i experiències del rey persa Cambises (530-522 a. C.) i de Cleomenes I, rey d'Esparta (al voltant de 520-490 a. C.). Ambdues són d'especial interès pel fet que aclareixen les opinions gregues sobre la malaltia mental i indiquen alguns dels medis que s'usaven per tractar als que les patien (Rosen, 1974).

---

<sup>3</sup> Per a un exhaustiu anàlisi històric i sociològic de la malaltia mental veure: Rosen, G. (1974): *Locura y sociedad*. Alianza universidad. Madrid. També un itinerari històric molt informatiu el trobem a Porter, R. (2002): *Breve historia de la locura*. Fondo de Cultura económica. México.

La medicina grega a través d'Hipocrates de Cos, encara que sobretot posterior a ell, doncs la majoria daten del segle IV a. C., va desenvolupar un ampli i holístic sistema explicatiu de la salut i la malaltia, en el que s'inclouïa la bogeria. La vida humana, el mateix en la salut que en la malaltia, havia de ser entesa en termes naturalistes, com ho exposa un dels textos hipocràtics: "Els homes han de saber que és del cervell, i només del cervell, que provenen els nostres plaers, alegries, riures i bromes, el mateix que els nostres pesars, penes, congoixes i llàgrimes. Concretament, és a través d'ell que pensem, veiem, escoltem i distingim el que és lleig del bonic, el dolent del que és bo, el que dóna plaer del que és desagradable. (...) I és aquest mateix el que ens torna bojós o delirants, ens inspira temor o por, ja sigui de nit o de dia, produeix insomni, ansietats sense sentit, distraccions i actes contraris al costum." (Porter, R. 2002)

L'antecedent de la definició de malaltia mental diu Rojo (1995) que el trobem en el segle VI, en un autor anomenat Aecio d'Amida, el qual en la seva obra *Tetrabiblon* va distingir tres classes de frenitis<sup>4</sup>: les que afectaven la memòria, les que afectaven la raó i les que afectaven la imaginació. Posteriorment a l'edat mitjana es produeix un període d'obscurantisme que es correspon a les teories sobrenaturals o màgiques, i caldrà esperar al Renaixement per vincular a les malalties mentals amb la resta de malalties. Correspon a Willis i Sydenham la introducció del terme de malaltia mental, amb la qual cosa s'inicien els esforços per dur a terme una classificació en un domini separat de la resta de malalties corporals. El terme "neurosi" per exemple el va introduir William Cullen cap a 1785, com a qualsevol malaltia del sistema nerviós (després amb Freud això canviaria) i consistent en un trastorn funcional sense lesió sensible de les seves estructures. Un segle després, el segle XIX, té lloc la incorporació de la psiquiatria al model de la medicina somàtica. Això pressuposava que les malalties mentals eren malalties cerebrals, primàriament o secundàriament. Griesinger a l'any 1857 va afirmar que les malalties mentals eren malalties del cervell. En aquest marc arribem a Kraepelin, qui va postular que a cada factor etiològic li ha de correspondre un quadre clínic peculiar, un curs determinat, un final comú i una anatomia patològica precisa.

Des d'aleshores els intents per definir la malaltia mental han estat infructuosos i la definició del concepte de malaltia mental és un problema per resoldre (Rojo, 1995). Salut mental i malaltia mental, normalitat o anormalitat són qüestions sobre les quals les acotacions no estan encara ben definides. Malgrat tot, en aquest treball

---

<sup>4</sup> La Frenitis, consisteix en estats delirants aguts, es caracteritza per la presència de febre.

consideraré els problemes de salut mental no només com les situacions patològiques clàssiques (esquizofrènia, depressió, neurosi, etc.), sinó també els malestars i dificultats psicològiques no patològiques i que es poden presentar en la vida de les persones.

### **1.3.1 El concepte de Trastorn**

Davant de les dificultats i manca de clarificació per definir i clarificar si estem “davant d’una malaltia” o “encara no”, o bé està en “procés de tenir-la”, etc. un dels conceptes que ha tingut més fortuna en l’àmbit de la medicina i de la psiquiatria ha estat el concepte de *Trastorn*. Aquest el podem definir com la presència d’un “comportament o patró de conducta, o un grup de símptomes ben delimitats i identificables en l’exploració clínica, que en la majoria de casos s’acompanyen de malestar i/o interfereixen en grau divers l’activitat general o particular de l’individu”. (Mesa, P.J., 1999). Tradicionalment, des de la Psicopatologia general, que és la ciència que estudia les alteracions mentals, s’han proposat quatre característiques comunes que es poden presentar d’una manera parcial o total en un individu amb sospita de trastorn mental: 1) malestar o patiment subjectiu 2) pèrdua de llibertat i d’autonomia 3) manca parcial o total d’adaptació a l’entorn i 4) violació de normes socials o morals.

Més endavant analitzarem la relació d’aquest darrer criteri per considerar a una persona que presenta un trastorn mental amb el que anomenem conducta anormal.

### **1. 3. 2 Classificacions dels trastorns mentals**

Des d’Hipocràtes al *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, més conegut per les seves sigles: DSM-IV-TR<sup>5</sup> de l’actualitat, les malalties mentals s’han volgut sempre classificar. Cal recordar que tota classificació és arbitrària i pot ser canviada sense que això canviï la realitat, com recorda Costa i Molinari (1994). Ara bé, el pensament científic necessita d’una classificació. Malgrat els fets psicopatològics els podem agrupar en classes, hi ha tot un territori neutral entre elles, una zona fronterera que permet una certa permeabilitat.

Cap sistema classificador ha arribat a definir completament la malaltia mental. La primera classificació internacional de les malalties mentals la publica la OMS (ICD-6) en 1948.

Si consultem els manuals psiquiàtrics dels trastorns mentals en vigor, com són el DSM IVR (nordamericà) o el CIE-10 (europeu) veurem que ni tan sols existeix una definició

---

<sup>5</sup> El DSM és el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals de la American Psychiatric Association. S’han fet diverses edicions i revisions d’aquestes. En aquests moments s’ha fet una revisió de la IV.

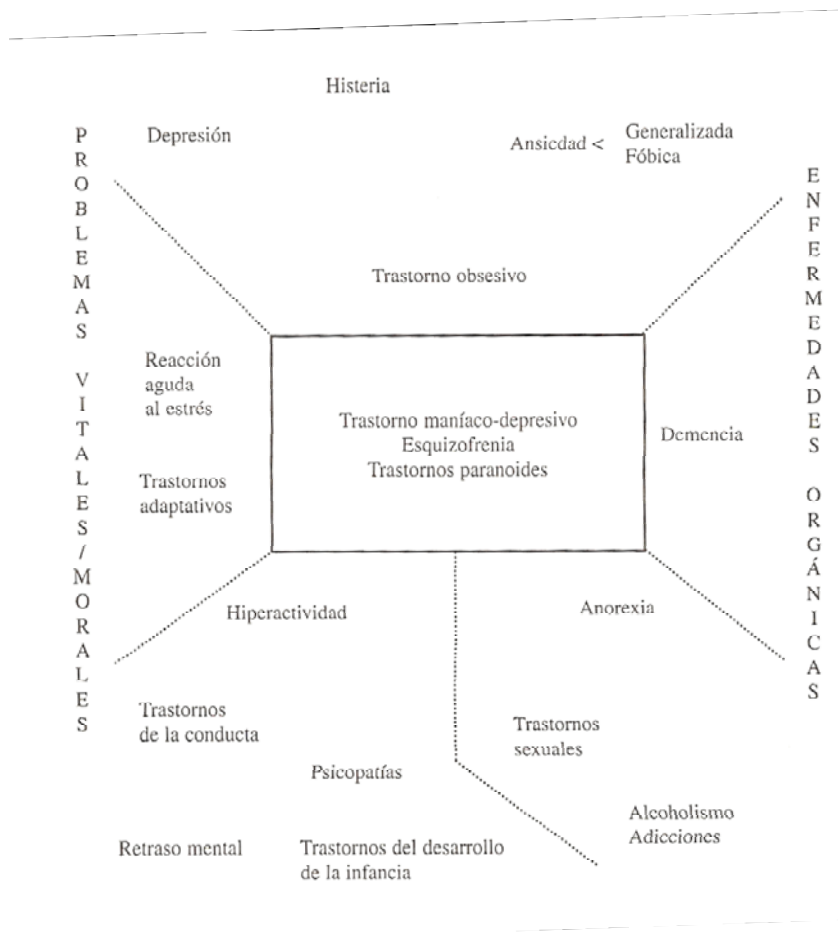
satisfactòria que especifiqui els límits precisos del concepte de trastorn mental. Cal advertir que moltes de les decisions que apareixen en els DSM (III, III-R, IV i IV-TR) segons alguns autors (Gonzalez, H. Pérez, M. 2007) són el fruit de pactes i de consens polític i això dóna lloc a un problema epistemològic molt greu. A favor d'aquests manuals estaria el fet que el seu llenguatge classificador ha contribuït a que tothom sàpiga de què es parla quan es parla de depressió, esquizofrènia<sup>6</sup> o trastorn bipolar, per citar alguns. El problema dels DSM, segons Sanjuán (2000) és que a l'anar de la mà del model mèdic i del tractament farmacològic ens ha creat la il·lusió que estem parlant d'entitats biològiques reals. I a hores d'ara no comptem amb cap marcador biològic fins a la data, que tingui la suficient especificitat com per ser inclòs dintre dels criteris diagnòstics en cap trastorn psiquiàtric. O sigui que la principal crítica al model mèdic-biològic ve de la pròpia Biologia.

Fulford, K.W.M.(2001) proposa un "mapa" conceptual analític (veure fig. 1) dels trastorns mentals elaborat de la següent manera: a la dreta apareixen les anomenades malalties orgàniques; a la part esquerra apareixen els "problemes de la vida". Segons aquest autor, alguns trastorns mentals, com la demència, es troben pròxims a la malaltia orgànica, mentre que d'altres, com els trastorns de conducta, es troben pròxims als problemes morals. Per tant l'àmplia varietat de trastorns mentals aniria del món mèdic al món moral. Aquest mapa, fet des de la Filosofia analítica i de les neurociències, consta d'una part central que està ocupada per l'esquizofrènia, els trastorns paranoides i el trastorn bipolar; a la seva esquerra se situen la depressió, les reaccions agudes a l'estrès, els trastorns adaptatius, els trastorns de conducta i el retard mental. A la dreta col·loca la demència, l'anorèxia, els trastorns sexuals i les addiccions. La histèria, la neurosi obsessiva i l'ansietat fòbica apareixen per sobre de l'esquizofrènia i en una posició central.

El que és força suggerent d'aquest plantejament és l'establiment d'una continuïtat o *continuum* que enllaça els problemes morals i les malalties orgàniques. Aquest autor emfatitza doncs la condició equívoca del trastorn mental, a cavall entre la medicina i la moral. Cal recordar per exemple que en la història de les classificacions dels trastorns mentals, l'homosexualitat va ser considerada durant un temps com una malaltia fins l'any 1973, mentre que ara es considera com una elecció o opció sexual.

---

<sup>6</sup> Per fer-se una aproximació a les dificultats de conèixer les causes de l'esquizofrènia és molt recomanable veure el capítol 4 del llibre de Riddley, M. (2003) on es descriuen fins a 7 ó 8 possibles explicacions de les causes d'aquesta malaltia, entre les que hi haurien gens, virus, problemes de desenvolupament, de sinapsis, manca d'omega-3, etc.



Font: Fulford, K.W.M

*Fig. 1 Mapa conceptual de Fulford.* Alguns trastorns mentals (com la demència) es troben conceptualment propers a la malaltia orgànica, mentre que d'altres (com els trastorns de la conducta) ho estan als problemes morals. L'àmplia varietat de trastorns mentals constitueix doncs un pont entre els mons mèdic i moral.

Després del que portem ja dit fins ara, crec que podríem establir la necessitat d'un canvi de paradigma que doni una nova conceptualització a les malalties mentals. Per tal de fer això crec que Sanjuan (2000) aporta alguns requisits prou suggerents:

- Hauria de donar explicació sobre l'origen i funcionament de la ment normal.
- Hauria de ser compatible amb les dades epidemiològiques, clíniques i biològiques dels trastorns mentals.
- Hauria de traçar algun mecanisme de connexió entre els enfocaments biològics, psicològics, socials i familiars.

- Ha de permetre la integració d'enfocaments terapèutics que s'han demostrat empíricament útils.

Aquests requisits serien la base per a poder integrar les diferents aportacions de les diverses disciplines que operen a l'entorn de la malaltia mental.

#### **1.4 Concepte de “normalitat” i “patologia”**

En l'àmbit de la salut mental o de la malaltia mental, segurament els conceptes de normalitat i patologia han estat dels més utilitzats, moltes vegades sense precisar del tot què entenem per cadascuna d'aquestes paraules, altrament molt carregades de ideologia.

Intentaré fer una aproximació a aquests conceptes, malgrat no hi ha una separació molt precisa. Són límits convencionals els que s'estableixen entre una conducta normal i anormal. La definició de normalitat i anormalitat va molt lligada a cada període històric i a cada cultura. Lewontin (2003) ens posa un bon exemple històric amb la figura de Joana d'Arc - que deia que escoltava veus i deia que eren d'àngels que li demanaven que lluités i expulsés als anglesos- que va ser heroïna de França. Posteriorment va ser feta santa. Avui dia, diu aquest autor, hagués estat diagnosticada d'esquizofrènica, malgrat s'hagués estalviat de morir a la foguera...

Tot i que com ja hem dit més amunt el concepte de normalitat està molt lligat a cada context cultural i històric, podem trobar que hi ha conductes en les que predominen els tributs propis de la normalitat o de la psicopatologia.

Una conducta anormal segons Costa i Molinari (1994) seria aquella que “presenta un grau de malestar personal, una amenaça de l'equilibri intern, una distorsió en la valoració de la realitat i una conducta incapacitant”. I per oposició els trets d'una conducta normal serien fonamentalment els següents: 1) una qualitat del funcionament social i de les relacions interpersonals satisfactòria, per la qual el subjecte estigui integrat eficaçment al grup social, participi en les finalitats col·lectives i rebi el suport i l'aprovació dels altres. La possibilitat d'integració afectiva i d'establir intercanvis positius és fonamental. 2) El subjecte ha de poder utilitzar amb eficàcia les seves funcions psicològiques, les quals han d'estar integrades harmònicament entre elles. 3) L'actuació de l'individu ha d'estar sota el control voluntari, s'ha de poder modificar lliurement i posseir autonomia personal per poder decidir, en tot moment que cal fer.

Segons aquest autor podem arribar a definir quatre variants de normalitat si fem referència a la conducta com un tot:

- La normalitat estadística que faria referència a la normalitat que s'acosta més a la mitjana.
- La normalitat ideal, que és una tendència cap a una situació desitjable.



- La normalitat funcional, que considera normals totes aquelles persones que estan raonablement lliures de dolor injustificat, malestar o dificultats personals.
- La normalitat adaptativa, que resulta d'un procés amb èxit entre les demandes externes i els recursos de la persona.

En canvi, hi ha una manera alternativa que és considerar els aspectes parcials. Es tractaria de limitar o caracteritzar l'estat de salut d'un únic acte o moment de la vida i no la normalitat o anormalitat de la persona en el seu conjunt. Cada acte humà, pensament, sentiment o impuls pot ser, en determinades circumstàncies, normal o patològic.

### **1.5 Els diagnòstics**

Un dels problemes que ha tingut sempre més polèmica en l'àmbit de la salut mental és el diagnòstic. El perill de l'abús, l'aplicació de categories que no es corresponen, amb el perill que suposa per aquestes persones el risc de patir els efectes perjudicials del diagnòstic psiquiàtric que el poden arrossegar durant anys i anys. Entre aquests efectes, juntament amb la pèrdua de la llibertat personal i tractaments psiquiàtrics determinats, hi ha la possibilitat de quedar "etiquetat" per sempre i patir desavantatges socials i legals, des de la declaració d'incapacitat civil fins a la mort. (Bloch *et al*, 2001). I equivocar-se en un diagnòstic és molt fàcil, doncs intervenen factors com: criteris subjectius, la intuïció del psiquiatra, un comportament peculiar del pacient que pot fer errar el diagnòstic i biaixos de molts tipus, que amb el DSM-IV-TR s'han pogut frenar, però sempre hi haurà una component d'error.

Un altre aspecte a destacar, és el fet que ha anat augmentant el nombre de diagnòstics a mesura que van passant els anys: en el DSM-I a l'any 1952 hi havia 106 diagnòstics, en el DSM-II 182, en el III 265, en el DSM-III-R, 292 i en el DSM-IV-TR de l'any 2000, quasi 400. Si en el 1880 només hi havia 8 categories, l'augment ha estat considerable. Alguns autors ho han atribuït sobretot a la pressió de la indústria psicofarmacèutica per fer augmentar els trastorns mentals i el seu corresponent tractament. Un exemple paradigmàtic del que estem dient seria la creació del "Trastorn d'estrès posttraumàtic", categoria creada des de fa uns pocs anys en el DSM-IV. Degut a la pressió dels veterans del Vietnam, les formulacions psiquiàtriques, els arguments judicials i la pressió política, va fer que finalment es reconegués la problemàtica dels veterans del Vietnam d'adaptació a la vida civil, amb els seus problemes de depressió, ansietat, por, esquizofrènia, insomni, alcoholisme, etc. Malgrat aquests problemes ja estaven tipificats, la societat no es feia càrrec dels veterans de la mateixa manera que ho feia amb els que tenien *traumes físics*, i calia crear un nou diagnòstic de *trauma psicològic* degut als actes de servei en la guerra. A partir d'aleshores, aquest "quadre

psiquiàtric” acull, redueix i canalitza la diversitat de problemes presentats pels veterans de la guerra del Vietnam. (González H., Pérez, M. 2007).

Un altre exemple que citen González H. i Pérez, M. (1997)<sup>7</sup> podria ser el de “fòbia social”. La timidesa vista com un problema que requereix d’ajut. La timidesa ha passat a ser un “Trastorn d’ansietat social” en el DSM-III i a la “fòbia social” en el DSM-IV. De ser una característica personal i potser un problema en alguna ocasió, a ser un trastorn psiquiàtric.

Aquests autors diuen que no es tracta de pensar que hi ha una “ma negra” que mou els fils. Es tracta més aviat d’un sistema de marketing. Es tractaria doncs que per promoure un medicament s’ha de promoure un trastorn. Un exemple d’això el tenim amb la companyia Glaxo-SmithKline, que va contractar una agència de publicitat (Cohn & Wolfe) per a promoure el trastorn d’ansietat social com una condició greu.

## 1.6 La salut mental com un procés

És important clarificar què entenem per salut mental com un procés i no com un estat. Ens referim al fet que una persona amb una mala salut mental pot evolucionar o empitjorar en funció de determinades circumstàncies i dels recursos disponibles d’una societat (atenció mèdica, serveis de rehabilitació, psicoteràpia, recursos socials, oportunitats d’ocupació...) a diferència de determinades discapacitats de caràcter permanent.

A diferència del plantejament mèdic tradicional, el plantejament evolucionista<sup>8</sup> conceptualitza les malalties mentals dintre d’un *continuum*. Per exemple, algunes formes de la depressió formarien part d’un *continuum* amb la tristesa. O bé algunes formes o símptomes de psicosis apareixerien dintre d’un *continuum* amb la normalitat. (Sanjuan, 2000).

## 1.7 Condicions de vida i malaltia

Són les condicions de vida les que han canviat de forma profunda a partir de les condicions en què l’humà va evolucionar, especialment en els darrers segles i no cap adaptació genètica de gran abast. És per això que la majoria de malalties no contagioses es deuen a canvis en les condicions de vida i el comportament associats a la industrialització i a la societat de serveis (Mckeown, 2006)

---

<sup>7</sup> El llibre de González, H. i Pérez, M. (2007): *La invención de los trastornos mentales*. Alianza Editorial. Madrid, està ple de dades per desmuntar la idea que els trastorns mentals siguin malalties. Sense negar la seva existència, es dediquen a investigar com apareixen i per què.

<sup>8</sup> En aquest treball s'utilitzarà indistintament la paraula evolucionista o evolucionària, per referir-nos a aquella Psicologia que integra el coneixement de la Psicologia cognitiva i la Teoria de l'evolució.

Gran part de les modificacions de les condicions ambientals que forcen el nostre disseny evolutiu són produïdes per el propi home. Moltes de les malalties que avui patim són conseqüència de la incompatibilitat entre el nostre disseny evolutiu del nostre organisme i l'ús que actualment li donem. Per exemple, el nostre cos està preparat per fer una activitat física considerable i en canvi moltes de les feines avui dia són sedentàries i d'estar assegut moltes hores seguides. Aquest ús inadequat del disseny del nostre cos dificulta les articulacions i les sobrecarrega provocant problemes d'obesitat, de columna, dolors i malaltia.

Més endavant (en el següent capítol) analitzarem amb més deteniment com les desigualtats socials poden alterar i perjudicar la salut mental.

### **1.8 Enfocaments sobre la salut i la malaltia (mental)**

No és aquí el lloc, ni tinc les competències per fer un anàlisi de les principals corrents de les ciències que s'han aproximat a la comprensió i explicació de la malaltia mental<sup>9</sup>, però si almenys intentaré apuntar aquí quines han estat algunes de les seves principals mancances per poder explicar quines són les causes i els orígens de la malaltia mental. I per fer-ho seguiré sobretot a Sanjuan (2004).

La *psicoanàlisi*, malgrat ser una teoria que s'ha basat en la comprensió de la ment humana en instints innats (sexu i mort) s'ha mantingut apartada dels aspectes biològics de la naturalesa humana. La psicoanàlisi considera com a mètode a la introspecció i a la interpretació. És una metodologia contrària a la observació naturalista.

La teoria psicoanalítica i la seva terapèutica es basa en el llenguatge. El que és essencial és l'anàlisi del discurs del pacient. L'eix de les teràpies es basa en la hipòtesi que els pensaments irracionals són els que originen les patologies. La psicoanàlisi té una confiança quasi absoluta en el poder de la paraula.

A part de Freud, S. (1975), altres autors com C. G. Jung (1970) van desenvolupar les teories psicoanalítiques, malgrat aquestes es van quedar encapsulades en els seus propis constructes.

Per diverses raons que serien llargues d'explicar el psicoanàlisi s'ha anat apartant de la Biologia i també de la teoria de l'evolució.

Cal dir que hi ha tot un seguit d'autors que han intentat fer aproximacions de la teoria de Freud amb la de Darwin, com Badcock (1995), Stevens, A. (1996), Price, J. (1967) i a Espanya hi hauria l'obra de Rof Carballo, J. (1972). Un altre autor molt destacat que

---

<sup>9</sup> Algun autor com Ionescu ha arribat a seleccionar 14 enfocaments diferents per apropar-se a la sicopatologia. Cadascuna d'aquestes escoles preten explicar i proposar un tractament per cada trastorn mental concret, a Sanjuán (2000).

va aproximar-se a la teoria evolutiva va ser Bowlby, J (1998), amb formació psicoanalítica, va estudiar la importància del vincle en el desenvolupament infantil aplicant teories etològiques i evolutives als trastorns mentals. (Sanjuan, 2004).

L'altra gran corrent de la Psicologia ha estat el *conductisme*, que malgrat va ser una teoria de la conducta que s'inspirava en models d'experimentació animal, curiosament no va prestar atenció a la teoria de l'evolució i ha estat tradicionalment menyspreador amb la Biologia. El fundador del conductisme americà, John B. Watson (1936) va estudiar amb un evolucionista com John Dewey, però una ment dotada per l'experiment i el laboratori com la de Watson va xocar amb la del seu mestre.

Els motius podrien ser dos: donava igual el que hi hagués a la caixa negra, el que importava era poder predir la conducta de qualsevol organisme a partir de l'anàlisi del comportament. En segon lloc, sempre es va considerar que no hi havia conducta instintiva, tot era aprenentatge. Coneguda és aquella expressió d'Skinner quan va afirmar: "rates, gossos, humans, tant hi fa! Tot és aprenentatge!" (Sanjuan, 2004).

Posteriorment, el conductisme va evolucionar al reconèixer la importància del llenguatge, amb el que s'ha conegut com enfocament cognitiu-conductual.

La *Psiquiatria* neix com a disciplina científica a principis del segle XIX impulsada pel positivisme i amb la intenció d'integrar-se dintre de la medicina, encara que això impliqués posar les bases biològiques dels trastorns mentals. La tasca inicial dels psiquiatres va ser la de descriure i classificar als pacients.

Per molt que els pares de la psiquiatria com Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Schneider i altres estaven convençuts de les bases biològiques del que descrivien, no van pensar que aquestes bases tinguessin a veure amb la Teoria de l'evolució. Ha estat molt sorprenent el nul interès que han tingut la majoria de les escoles psiquiàtriques pel pensament evolucionista. En això ha estat seguint la corrent oficial de la Medicina.

*Les teories sociològiques* de la bogeria i de l'*antipsiquiatria* consideren que la societat és el principal factor de bogeria. El tenir consciència del pes de la societat en la gènesi de la bogeria, i de la intolerància respecte d'aquesta com a factor de cronicitat, és el que va servir de base als moviments de la desinstitucionalització i de l'antipsiquiatria. Aquestes dues corrents precedeixen de nombroses fonts: des de les diferents escoles californianes als experiments de Laing i Cooper al Regne Unit, de la sectorització psiquiàtrica concebuda a França per Bonnafé, Daumezon, Tosquelles i d'altres, a la

revolució de Basaglia<sup>10</sup> a Itàlia, en concret a Trieste i Roma. (Zarifian, 1990). Això sense oblidar la influència d'autors com T. Szasz (1976) o M. Foucault (2006) en la defensa dels drets dels malalts mentals.

Malgrat les influències positives que va tenir alguns d'aquests moviments qüestionant, reformant i tancant els manicomis i qüestionant el poder psiquiàtric<sup>11</sup>, també han aparegut moltes simplificacions, com les que consideren que això de la malaltia mental no és res més que una invenció social (Szasz, T, 1976)<sup>12</sup>.

La *Teoria Sociològica clàssica* s'ha centrat sobre les grans dimensions de la vida social que influeixen la salut mental: integració, estratificació i sistemes culturals (Horwitz A.V., 2008)

Des de la Teoria Sociològica també cal esmentar les grans aportacions d'alguns clàssics que han enriquit considerablement els estudis de la Sociologia de la malaltia mental. Des del clàssic estudi de Durkheim sobre el suïcidi i la importància que tenen en aquest les relacions socials i de suport social (Durkheim, E., 1992), fins al treball de Marx i el concepte d'alienació (Marx, C. 1992) que comporta la societat capitalista i les relacions jeràrquiques i les distribucions desiguals de poder. Una llarga tradició de recerca confirma les observacions de Marx sobre la importància de les condicions de treball i la dominació sobre la salut mental.

Avui en dia, poca gent, quan es parla de la salut mental pot estar en desacord amb el plantejament del *model biopsicosocial* que va exposar Engel a la revista *Science*, en un article l'any 1977. Aquest article va suposar una crítica al reduccionisme del model biomèdic i la necessitat d'una visió en la que s'incloguin aspectes biològics, psicològics i socials en la nostra comprensió de la malaltia mental. Recordar aquesta importància de considerar que en qualsevol trastorn influeixen aspectes biològics, psicològics i socials ens ajudarà a introduir el tema següent que serà l'enfocament vertebrador des del que s'inspira part d'aquest treball, per a poder explicar els orígens i possibles causes de bona part dels problemes de salut mental de les nostres societats.

---

<sup>10</sup> Aquest autor considerava a la psiquiatria com l'abraçada mortal entre la medicina i la justícia. (Ventura, S. 2008)

<sup>11</sup> Un llibre que fa un exhaustiu repàs de la història de l'atenció psiquiàtrica i del tracte que s'ha donat a Catalunya als malalts mentals durant l'època contemporània és el de Ventura, S (2008): *Els bojos a Catalunya 1850-2000*. Ed. 62. Barcelona

<sup>12</sup> Aquest autor també crítica a la Psiquiatria comunitària per considerar que els seus mètodes com bàsicament els de la psiquiatria tradicional: el control social mitjançant procediments ostensiblement mèdics. ( Szasz, T. 1976)

### 1.9 Els enfocaments de la psicologia, la psiquiatria i la medicina evolucionista

Un enfocament que ens cal per tal de saber quines són les explicacions de com els éssers humans hem arribat a ser qui som i amb les nostres característiques específiques ha estat l'enfocament evolucionista. Al llarg dels darrers 20 anys s'ha anat desenvolupant una psicologia, una medicina i una psiquiatria evolucionista per tal de poder cercar els orígens de la nostra ment i per tant també de les nostres malalties mentals.

La Teoria de l'Evolució<sup>13</sup> podria ser el marc integrador dintre de la batalla doctrinal dels enfocaments biològics, psicològics i socials (Sanjuan, 2000). Aquesta teoria postula que tots els éssers vius provenen d'un ancestre primitiu o d'uns pocs. Una teoria que segons diu Sampedro "es pot considerar demostrada per sobre de qualsevol dubte raonable" (Sampedro, 2002: 24). L'altra teoria que conformaria el Darwinisme és la teoria de la selecció natural, un mecanisme gradual per explicar no només l'evolució, sinó el fet que els éssers vius tinguin estructures que semblin dissenys intel·ligents ( ulls, mans, cervells...) sense necessitat que els hagi projectat un dissenyador intel·ligent. Darwin va formular la segona (selecció natural) per donar força a la primera (l'evolució). (Sampedro, 2002).

La següent idea pot donar una perspectiva temporal del que estem dient. Malgrat que qualsevol cosa que nosaltres pensem sobre la història humana de qualsevol civilització passada o actual, ja sigui l'agricultura, els cossos policials, els governs, els cultes religiosos, les associacions de veïns o l'ensenyament reglat és el resultat de l'evolució social d'uns pocs centenars o milers d'anys (Mundó i Raventós, 2000). L'evolució cultural de pocs milers d'anys no és independent de l'evolució biològica de molts milions d'anys. Els membres de l'espècie *Homo Sapiens* som el producte també de l'adaptació progressiva pel mecanisme de la selecció natural. Aquesta idea de Darwin que tots els éssers vius som producte de l'evolució, va provocar un canvi en el nostre pensament, una gran revolució científica, de l'alçada de la *revolució copernicana*. Darwin va proporcionar una pauta per explicar el per què del disseny dels organismes, incloent les propietats de les ments de tots els animals, també de l'humà.

---

<sup>13</sup> Cal recordar que aquesta teoria sempre ha aixecat molta polseguera des dels seus orígens fins a l'actualitat, amb les corrents contemporànies neocreacionistes del disseny intel·ligent. També cal dir que fins l'aparició del neodarwinisme (síntesi entre el model d'herència mendelià i la selecció natural darwiniana) el darwinisme va jugar un paper molt influent en el pensament ideològic i no sempre positiu. L'expressió més dramàtica d'això va ser la teoria del *darwinisme social* que va postular Herbert Spencer i que postulava que l'èxit social es donava per la supervivència dels més forts.

### **1.9.1 Salut, malaltia i evolució**

La salut i la malaltia reflecteixen la interacció entre el ser humà i el seu entorn. I per entendre una interacció cal comprendre els components de la mateixa (Wilkinson, 2000). És per això que hem de conèixer l'entorn però també com hem estat dissenyats per la nostra herència evolutiva comuna. L'organisme humà actual ha estat dissenyat i modelat al llarg de milions d'anys. El nostre disseny va haver d'evolucionar per a respondre als canvis en el medi. Qualsevol modificació de les condicions del medi en el que vivim els éssers humans pot alterar alguna de les funcions de l'organisme i ocasionar una malaltia<sup>14</sup>, inclosa la mort.

Tot el que som és el resultat de milions d'anys d'evolució: “La forma del nostre cos, l'estructura dels ossos, el mecanisme dels músculs, el funcionament dels nostres òrgans digestius, la filtració de l'orina, la circulació de la sang, l'activitat del cervell, el nostre metabolisme, els enzims que treballen dintre de les nostres cèl·lules, el calci que s'acumula en els nostres ossos; tot això és el resultat de l'evolució biològica, un procés complex que permet el canvi i la diversificació dels organismes a través del temps” (Campillo Alvarez, J.E., 2007:39).

Pel que cada cop es va posant de manifest aquells avantpassats nostres de fa només 10.000 anys ja reunien totes les mateixes qualitats cerebrals i fisiològiques que tenim nosaltres avui dia. Fins i tot alguns autors com R. Nesse i G. C. Williams (2000) asseguren que si poguéssim “transportar màgicament nadons d'aquella època i criar-los en famílies modernes, podríem esperar que es convertissin en advocats, atletes, grangers o addictes a la cocaïna perfectament actuals”. Estem molt ben adaptats a les condicions ecològiques i socioeconòmiques de societats tribals, en un entorn semiàrid característic de l'Àfrica Subsahariana. És probablement en un entorn com aquest on la nostra espècie es va originar i va viure durant milers d'anys i on ha transcorregut el 90% de la nostra història. Un entorn molt diferent de bona part de la població actual.

### **1.9.2 Ment, problemes mentals i evolució**

Cal destacar que malgrat la teoria de l'evolució ha estat acceptada per la comunitat científica, quan parlem del cervell, hi ha una resistència a acceptar que la ment humana és producte de l'evolució. I encara que siguin dues coses diferents, si volem analitzar la ment humana, caldrà analitzar l'evolució del cervell. I és que el cervell

---

<sup>14</sup> Recentment un grup d'investigadors de l'Institut Pasteur de París, estan cercant respostes a l'evolució comparant genomes sencers de distintes poblacions humanes. La seva conclusió és que la selecció natural segueix vigent i ha determinat molts trets externs, com el color de la pell i el pel i interns com la susceptibilitat a diverses malalties.  
[www.consumer.es/web/es/salud/investigacion\\_medica/2008/03/17/175478.php](http://www.consumer.es/web/es/salud/investigacion_medica/2008/03/17/175478.php) Consultada el 25 de març del 2008.

humà no és qualsevol òrgan, és "l'òrgan suprem de l'organisme" (Mora, 2001: 48). Si tenim en compte que el 50% del genoma humà està dedicat a la construcció del cervell i que el cervell humà té unes 100.000 milions de neurones i un milió de bilions de sinapsis podem intuir la importància i complexitat d'aquest òrgan.

L'explicació darwiniana ens dona una elegant explicació causal de la relació existent entre els problemes adaptatius i els dissenys efectius dels organismes. Sampedro és clar quan diu: "El cerebro humano está exquisitamente adaptado para esa avanzada función cognitiva y, como sabemos, la única teoría que puede explicar la adaptación es la selección natural darwiniana". (Sampedro, 2002: 195). Malgrat que aquest autor en el seu llibre *Deconstruyendo a Darwin* oposa crítiques a la teoria ortodoxa de la selecció, en aquest aspecte no ofereix dubte: "Este libro es una crítica del darwinismo contemporáneo, pero tengo la convicción de que la evolución del cerebro humano sólo puede comprenderse a la luz de la selección natural darwiniana". (Sampedro, 2002: 195).

Però quina importància pot tenir això per a les ciències socials? Doncs, si hi ha algun aspecte rellevant pel que sigui important que siguem hereus biològics dels nostres avantpassats, és el de la ment humana. Es tractaria del fet que la nostra ment seria el producte d'un procés evolutiu de milers i milers d'anys i que responia a unes necessitats de caça i recol·lecció en grups de no més de 150 membres. Això té unes implicacions evidents que anirem veient tot seguit, doncs és del tot rellevant saber quins mecanismes psicològics han evolucionat per resoldre problemes adaptatius i quina relació hi ha entre l'estructura d'aquests mecanismes i la cultura humana.

La ment seria també producte de l'evolució: "Els mecanismes psicològics que defineixen la nostra naturalesa també es van desenvolupar per selecció natural i els factors ambientals que van condicionar la selecció natural van ocórrer en el Pleistocè i no en les circumstàncies actuals. El cervell humà no va caure del cel, ni és un artefacte inescrutable d'origen desconegut i ja no hi ha cap raó sensata per estudiar-lo deixant de costat el procés causal que li donà origen" (Cosmides i Tooby, 2002: 133).

Una frase que reforça aquesta idea que estem defensant la trobem un cop més amb Sampedro (2002:212): "...si hay un dispositivo biológico que apesta a adaptación darwiniana por todos los poros, ése es precisamente la mente humana. Nuestra consciencia, nuestra inteligencia y nuestra creatividad, en parte heredadas de los primates, y en parte amplificadas en cadena por la invención evolutiva del lenguaje, constituyen un caso escandaloso de adaptación para el manejo casi instantáneo de informaciones muy complejas sobre el mundo y sobre los demás individuos, una habilidad que sin duda ha resultado crucial en el pasado de nuestro linaje."



L'estreta relació entre gens i ambient és molt evident en les malalties mentals com l'esquizofrenia o la psicosis maniacodepressiva, doncs els processos mentals són la màxima expressió del joc interactiu entre l'individu (gens) i tot allò que l'envolta (medi ambient). (Mora, 2001).

Un exemple força suggerent per esbrinar el rastre del que podrien arribar a ser alguns dels orígens dels nostres problemes mentals ens el dona Francisco Mora (2004). Ens fa imaginar que un dia, un babuí mascle, en el seu hàbitat natural a Kenia, s'aïlla del grup i baixa a un estany del seu entorn a beure. I quan està bevent, és atacat per un lleopard i resulta ferit. Probablement, l'animal ferit, mentre es restaura de les seves ferides, estarà relacionant en el seu cervell aigua i lleopard com una amenaça perillosa per a la seva supervivència. Fins aquí tot normal, per a la majoria de babuïns que han tingut aquesta desagradable experiència això no els porta més enllà de canviar la seva conducta i estratègia a l'hora de beure. Però pot haver-hi un dia que un babuí amb aquesta mateixa experiència no sigui capaç de superar aquest fet i persisteixi ansiós i preocupat en aquesta relació lleopard-aigua-mort. Aquest babuí podria desenvolupar un trastorn obsessiu entorn a la relació aigua, entorn i perill de supervivència. El corol·lari pot ser un seriós trastorn de conducta que el faci comportar-se de mode diferent a la resta de babuïns de la colònia cada cop que el grup s'apropi a un estanyol a beure. Aproximadament, segons Mora, això és el que ens passa als éssers humans. Però en aquest cas, s'amplien d'una manera desmesurada, probablement pel fet que la nostra capacitat d'associació no la tenen els babuïns. "Els éssers humans poden projectar i desenvolupar les seves fòbies no només en relació a la immediatesa del problema sinó a tota una sèrie d'associacions en aparença alienes i distants. A tot allò que signifiqui aigua i a objectes o recipients que puguin contenir-la, encara que estiguin a prop o lluny". (Mora, 2004: 39).

Algunes aportacions de la medicina evolucionària ens donen pistes de com va poder aparèixer, per exemple, l'ansietat. Per exemple, Nesse i Williams (2001) apunten que la capacitat d'experimentar ansietat ha evolucionat per a protegir-nos dels perills futurs i altres tipus d'amenaques o la capacitat d'experimentar tristesa davant una pèrdua s'hagi desenvolupat per evitar més pèrdues. Els casos més extrems i poc adaptatius d'ansietat, tristesa i altres emocions adquireixen major sentit quan comprenem els seus orígens evolutius, així com les normals funcions adaptatives. En definitiva, les nostres emocions podrien ser adaptacions modelades per la selecció natural. Recorda López N. (2007) que l'humà és tant raó com sentiment<sup>15</sup>. "Les emocions vindrien primer i els sentiments després per què l'evolució va donar primer les emocions i

---

<sup>15</sup> Un llibre on s'explica les diferències entre les emocions i els sentiments és el de Damasio, A. (2005)

després els sentiments”. (Damasio, 2005:34). I és amb el sentiment que l'home s'humanitza. És per això que conèixer la naturalesa dels sentiments i de les emocions relacionades pot contribuir al tractament efectiu d'algunes de les principals causes del patiment humà, entre elles la depressió, el dolor o l'addició a les drogues. Amb els sentiments l'ésser humà desenvolupa les connexions del sistema emocional profund a tal grau que porta a l'escorça cerebral al màxim de les seves connexions cognoscitives i mentals (Damasio, 2005).

Les nostres capacitats emocionals haurien estat dissenyades per situacions que van ocórrer repetidament en el decurs de l'evolució, i que resultaven importants per l'aptitud. Els atacs dels depredadors, les amenaces d'exclusió del grup i les oportunitats d'aparellar-se eren prou freqüents i importants com per haver modelat pautes especials de preparació, com el pànic, el temor social i l'excitació sexual. I és que el nostre cervell posseeix els mecanismes que d'una manera única ens alerten i ens preparen o defensen davant situacions que tenen que veure amb la nostra supervivència, sigui individual o de l'espècie. Les emocions diu Mora: “serien els mecanismes que ha posat en marxa l'ésser humà per mantenir-se viu”. (Mora, 2001:90)

Els resultats empírics de les darreres dècades de la biologia evolucionària, la intel·ligència artificial, la psicologia del desenvolupament i la lingüística, entre d'altres, han cristal·litzat en la psicologia evolucionària (Mundó, 2006). Aquesta Psicologia apunta un pont o una connexió causal entre la biologia evolucionària i els complexos fenòmens socials i culturals estudiats pels sociòlegs, antropòlegs, historiadors i economistes (Barkow, 1992). Les realitats socials i culturals no s'expliquen només per causes socials o culturals. La socialitat i la cultura són generades de formes molt complexes per mecanismes de processament de la informació que estan situades en les ments humanes. Aquests mecanismes són el producte de milers d'anys de procés evolutiu. Sobre aquest tema complex Mosterín diu: “En el món biològic els canvis merament fenotípics no es transmeten genèticament i en general es perden. No obstant això, els continguts culturals (que des d'un punt de vista biològic són part del fenotip estès) sí que es transmeten, encara que no genèticament, sinó per aprenentatge social. Els canvis genètics són aleatoris, succeeixen a l'atzar, en absència de qualsevol intencionalitat. No obstant això, els canvis culturals amb freqüència (encara que no sempre) responen a un disseny intencional dels seus inventors o introductors.” I també ens apunta que “En qualsevol cas, l'evolució cultural, com la biològica, és un fenomen històric, dependent de mil contingències imprevisibles. No podem predir-la amb cap grau de precisió ni seguretat”. (Mosterín, 2006: 243).

Cal comprendre l'arquitectura de la nostra cognició. La promesa de la Psicologia evolucionaria és la connexió causal entre el món biològic i el psicològic i entre aquest i el social. Un programa que implica connexió, com ja hem apuntat més amunt, entre els camps social i natural.

L'auge de la Psicologia evolucionaria ha estat espectacular, abordant diverses temàtiques des de la perspectiva darwiniana com les preferències d'aparellament, les pautes d'homicidi, la naturalesa dels zels, etc.( Foley, 1995).

És prou evident que aquesta disciplina no ha rebut l'atenció que és mereix en molts àmbits. Com diu Pinker (1997: 41): "Aquesta al·lèrgia a l'evolució en les ciències socials i cognitives ha estat, en la meua opinió, un obstacle pel coneixement." Bona part de les seves implicacions considero que tenen un impacte directe sobre molts dels fonaments en els que ens movem els científics socials. No caldria recordar un cop més que bona part dels principis socials descansen i estan limitats pels principis naturals. O molt millor dit amb les paraules d'un evolucionista com Alexander (1994: 77): "L'acceleració independent de la taxa de canvi cultural en relació amb la de l'evolució gènica i la possibilitat resultant d'alterar el medi ambient social i de desenvolupament mercès al coneixement dels mecanismes de la seva història són més que suficients per desconnectar la cultura i els gens. No obstant, sense un coneixement conscient de les causes de la nostra història social, ni tan sols una innovació ambiental a gran escala pot ser suficient per eliminar les connexions entre el canvi gènica i el cultural". Aquest enfocament de la psicologia evolucionista tindria principalment quatre premisses:

- 1) Hi ha una conducta humana universal més enllà de les diferències culturals.
- 2) Els mecanismes psicològics que defineixen la naturalesa humana es van desenvolupar, a l'igual que les altres espècies, per selecció natural.
- 3) Els factors ambientals que van condicionar l'esmentada selecció natural van ocórrer en el Pleistocè i no en les circumstàncies actuals.
- 4) La ment funciona de forma modular.

Aquestes 4 premisses també són fonamentals en les altres disciplines com la Medicina i la Psiquiatria evolucionaria.

Intentaré fer un breu resum del que significa cada premissa d'aquestes. Pel que fa la primera dir que la nostra espècie ha estat sotmesa a pressions evolucionaries intenses que han promogut una especial agudesesa perceptiva i una insòlita capacitat per l'associació, el raonament i la inferència. Les pressions selectives a la sabana probablement varen comportar l'increment de trets afavoridors de l'autonomia, les

tendències socials (potser per protecció) i també de les seves capacitats cognitives, potenciant les capacitats d'associació simbòlica i posant les bases definitives per el llenguatge, el pensament i la intercomunicació<sup>16</sup>. Això vol dir que l'entorn ha anat seleccionant els patrons de conducta que resulten més adaptatius per a la nostra espècie. La universalitat de l'espècie humana la trobaríem reflectida al nivell dels mecanismes psicològics i no dels seus comportaments culturals. (Barkow,1992).

Respecte a la segona premissa o com els mecanismes psicològics es van desenvolupar per selecció natural, apuntar a que estem especialment predisposats a reconèixer perills en senyals o animals (per exemple: serps, aranyes) que no constitueixen perill en el moment actual, però que si van ser riscos vitals importants en períodes ancestrals. Sobre aquest aspecte és important aturar-se una mica doncs ens pot ajudar a entendre alguns dels aspectes que tractarem més endavant.

Així doncs ens trobaríem que hi ha molts tipus de fòbies que tindrien a veure amb una explicació evolucionària. Posarem alguns exemples més que poden fer entendre millor el que són trets i pors persistents de l'evolució però que ja no són necessàriament adaptatius en l'actualitat, o el que en llenguatge més evolucionista s'anomena entre "conductes adaptatives" i "conductes conservades" per selecció natural. Alguns exemples: la por a les aranyes i serps seria per la seva picada verinosa. La por a les alçades per evitar caigudes. L'agorafòbia per evitar llocs on no hi ha refugi o escapatori. El pànic seria una resposta d'alarma davant d'un perill general. La por a la separació seria per la necessitat de protecció dels pares. La por a la sang per evitar als depredadors...

Pel que fa a la tercera, un concepte clau en la Psicologia evolucionària és el "retard en el genoma" o *genoma lag*. La càrrega genètica que condicionaria els nostres instints i reaccions emocionals més primàries va aparèixer adaptada als ambients ancestrals i no a la nova situació que ha generat la cultura i la civilització actuals. La selecció natural actua en períodes molt més llargs de temps. El nostre cervell seria aproximadament quasi el mateix que el dels nostres avantpassats. Segons això, la velocitat de canvi social que s'ha multiplicat exponencialment en aquest segle pot accentuar aquest fenomen de desajust entre adaptació genètica-cerebral a ambients ancestrals i el món accelerat actual. (Sanjuan, 2000). La qual cosa, de ser certa, ens pot fer predir un augment en el futur de les conductes desajustades o del que anomenem trastorns mentals i que malauradament les diverses agències de salut com la OMS ja ho estan pronosticant, com apuntàvem al començament.

---

<sup>16</sup> Idea desenvolupada a l'article de Mundó i Raventós (2000).

Sobre el genoma i la seva importància diu Mosterín que “els misteris de la vida, els secrets de la mort, els trucs de la supervivència, heretats d’un llarg llinatge de supervivents, que arriba fins als procaris primigenis de fa 3800 milions d’anys, tot això i molt més està en el genoma” (2006: 133). Ara bé, el catedràtic de Biologia i Neurologia Robert M. Sapolsky parlant de la influència de la genètica en la salut mental, és prou clarificador quan diu que “les anormalitats neuroquímiques (influenciades per la genètica) de la depressió no són les culpables del fet que estem deprimits. Ens fan més vulnerables als factors d’estrés presents en l’ambient, que ens empenyen a concloure que estem indefensos en circumstàncies en les que realment no ho estem”. (2007: 31)

La velocitat de canvi social que s’ha multiplicat exponencialment, des de fa 10.000 anys i sobretot en el segle XX i XXI, pot accentuar encara més aquest desajust entre l’adaptació genètica-cerebral i el món actual. Els aproximadament 10.000<sup>17</sup> anys que han passat des que vam fer-nos sedentaris, cultivem la terra i s’inicia la història i la civilització, són pocs per a què la selecció natural modifiqui les característiques essencials d’un organisme. Segons els genetistes, només un 0,005 per 100 del nostre genoma ha canviat en aquest curt període de temps.

Aquest desajust entre la nostra biologia paleolítica i la nostra forma de vida actual fomentaria el desenvolupament de diverses malalties. (Spotorno, A.E. 2005).

És important, pel tema que treballarem, la diferència que la Psiquiatria evolucionaria estableix entre la *patologia veritable i la pseudopatologia*. La primera serien aquelles malalties que ja eren desadaptatives en els ambients ancestrals, per exemple: La Corea de Huntington<sup>18</sup>. Altres, serien conductes recents provocades per canvis socials i ambientals que resulten desadaptatives, com l’anorèxia nerviosa. També trobaríem aquelles conductes que eren adaptatives en el passat, però ara ja no, com la fòbia a les serps.

---

<sup>17</sup> Malgrat aquests períodes llargs de temps siguin necessaris per l’evolució genètica, pel que fa als animals amb cervell, hi hauria un mecanisme ràpid d’aprenentatge que s’anomena *Efecte Baldwin*, en honor al psicòleg nord-americà James Mark Baldwin (1861-1934). Aquest efecte es pot resumir dient que el que s’aprèn es fa instint. O quan un cervell aprèn alguna cosa, el resultat d’aquest aprenentatge acaba, generacions després, formant una estructura innata en el cervell dels nadons. Seria un mecanisme poderós en els animals amb cervell, amb certa flexibilitat neuronal i amb certa capacitat d’aprenentatge. (Sampedro, 2002). Posteriorment la teoria dels *mems* també ha desenvolupat aquest tema. El terme «mem» és un neologisme introduït el 1976 per Richard Dawkins per designar les unitats de reduplicació o de transmissió cultural.

<sup>18</sup> La Corea de Huntington és una malaltia que presenta una demència presenil als 35-40 anys d’edat. És una alteració del cromosoma 4. És una malaltia degenerativa.

Sobre la quarta hipòtesi del “funcionament modular de la ment”, va ser formulada per primera vegada per J. Fodor. La hipòtesi de Fodor consisteix en què els mòduls en els que està implicada la ment son limitats. En canvi, J.Tooby i L.Cosmides consideren que ha d'haver múltiples mòduls, cadascun d'ells acomplint una funció específica del cervell i que es conserven per què tenen un caràcter adaptatiu per a l'individu. Aquests mòduls guarden relació amb funcions bàsiques com escollir la parella adequada, cercar menjar, protegir a la prole, defendre el grup social, etc. La ment humana no seria una tabula rasa on es podria escriure al llarg de la vida sinó que hi hauria uns programes funcionals per a processar informació sobre el món i sobre els altres éssers humans (Barkow,1992; Pinker, 2002).

Encara que només sigui fer un breu apunt voldria fer esment sobre les darreres evidències i descobriments de les moltes diferències en el cervell entre l'home i la dona<sup>19</sup>. Hi ha també dades epidemiològiques de la major freqüència d'aquests trastorns depressius i d'ansietat entre la dona i aquesta diferència també és constant, amb petites variacions, entre les cultures (Piccinelli M., i Wilkinson G., 2000).

### **1.9.3 Un exemple de l'enfocament evolucionista: la teoria de la competició social i els trastorns afectius.**

Al llarg de la història, les visions etiològiques dels trastorns afectius s'han centrat en la realització o frustració de dues necessitats bàsiques: *la dels llaços afectius i la del rang social o estatus*. Sense descartar la importància que té la *teoria dels llaços afectius* en la depressió, ens dedicarem per qüestió d'espai i per una relació més directa amb l'àmbit de la Sociologia, a analitzar la del rang social. Aquesta Teoria és potser la que millor explica els sentiments d'incapacitat que experimenta el deprimat, la inhibició psicomotriu i les distorsions cognitives comuns a la majoria de les depressions.

Abans caldria apuntar algunes coses pel que fa a les emocions. Les emocions les podem definir com “el canvi intern d'un animal que li predisposa a una determinada conducta” segons McGuire a Sanjuan (2004).

Partim que tant l'ansietat com la depressió son “estats emocionals” i que com a qualsevol resposta preprogramada han estat filtrades pels mecanismes de la selecció natural i han persistit perquè han estat útils per a la supervivència de l'espècie.

Per classificar a les emocions hi hauria dos postulats:

---

<sup>19</sup> En els darrers anys han aparegut llibres molt informatius sobre les diferències i similituts entre el cervell de les dones i dels homes. Un bon exemple és el llibre *Sexo, cerebro y género* de Nogués, R. M (2003).

- 1) a mesura que augmenta la complexitat de la resposta emocional d'un organisme augmenta la possibilitat de noves fonts de respostes anòmales (falses senyals d'alarma) incloent la resposta ansiosa i depressiva.
- 2) Existeix un solapament des de les emocions més primàries a les més recents (els circuits i gens més antics estarien implicats en totes les respostes emocionals encara que estiguin modulats per circuits i gens més recents).

Tenint clar que el primer deure de tot ésser viu és sobreviure, és bàsic que l'organisme disposi de formes per captar els perills que amenacin la supervivència. Les amenaces o perills poden ser de dos tipus: internes (dintre de l'organisme) i externes (per perills físics o biològics). La resposta emocional més fàcilment reproducible en l'experimentació animal és la resposta d'alarma o la por.

Marks (citada a Sanjuan, 2004) defineix 4 tipus de respostes davant d'un estímul generador d'alarma: la resposta de fugida, la resposta de paràlisi, la resposta d'agressió i la resposta de submissió (aquesta última seria la que tindria molts correlats amb les conductes depressives) .

Seria difícil establir un sistema òptim en la capacitat de detecció, identificació i resposta de les senyals d'alarma. Per a definir quin és el nivell òptim cal tenir en compte el cost d'una falta de detecció i el d'una falsa alarma. El cost de morir un sol cop és superior al cost de cent alarmes. Per tant, els sistemes que ha generat l'evolució tindrien una tendència a donar senyals falses d'alarma (Sanjuan i Penella, 2002).

Més amunt ja hem parlat de pors que estan genèticament programades i que s'han mantingut en la nostra espècie al llarg del temps, malgrat moltes d'elles ja no són perills reals. Tots aquests canvis són perfectament adaptatius si es tracta de respondre a una situació aguda i el grau de resposta és adequat, però què passa si hi ha una hiperresposta del sistema d'alarma? O quina és la conseqüència si la situació d'estrès es fa crònica? Quan l'estat d'activació i alarma es fa crònic és quan podem passar d'un estat agut (crisi d'ansietat) a un estat d'alarma continua (ansietat generalitzada) o presentar una claudicació (depressió).

Quan la supervivència depèn de la capacitat d'alerta, del temps de reacció i de l'habilitat de córrer ràpidament, totes les altres funcions biològiques com poden ser la digestió, la immunitat, els processos reproductius, la reparació dels teixits...poden esperar. Quan ja ha passat l'emergència no s'ha perdut res com a conseqüència de la desviació de recursos. Però quan l'ansietat i l'estimulació duren setmanes, mesos o anys, els costos en salut s'acumulen i poden ser alts. Els mecanismes de tornar a

l'estat normal poden resultar danyats en períodes llargs d'estimulació (Wilkinson, 2001).

### **1.10 Recapitulant**

Una malaltia pot ser causada per molts factors: infecciosos, tòxics, traumàtics, autoimmunes, mutacions genètiques puntuals, etc. La majoria de les malalties són multifactorials, intervenint en elles factors genètics i ambientals que interaccionen entre si. Entre elles es troben la major part de malalties més prevalents en les societats desenvolupades, com la cardiopatia isquèmica, la hipertensió arterial, algunes formes de càncer, la diabetis, la depressió, l'esquizofrènia i la malaltia d'Alzheimer.

Ja hem vist que gens que van poder adaptatius en el medi ambient ancestral, com per exemple els que regulen les reaccions de defensa generadores de l'estrès, com la reacció lluita-fugida, o un millor aprofitament de la dieta, poden resultar nocius en el medi actual.

Durant la major part de la seva existència, que abraçaria un període de més de 2 milions d'anys, els membres del gènere *Homo* van viure com caçadors-recolectors i part dels seus gens van ser seleccionats com adaptació a l'esmentat estil de vida. Des del punt de vista genètic, els éssers humans actuals estan adaptats encara a un estil de vida caçador-recolector. Aquest desfasament genètic-cultural, influeix de forma important en les malalties de la civilització, les quals poden causar el 75% de la mortalitat en els països occidentals. (Sanjuan, 2004)

L'entorn que va envoltar la nostra evolució implicava una baixa densitat de població, exercici físic intens, alimentació pobre en àcids grassos saturats, nivells baixos de colesterol en sang, ingesta baixa de sodi i sucres, estrès ocasional (depredadors, catàstrofes naturals, lluites...) el qual es podia combatre desplegant una gran activitat física, canvis socials i tecnològics lents i vida en grups relativament igualitaris en els que els membres es donaven suport material i emocional.

L'entorn actual, pel contrari, comporta aglomeracions, vida sedentària, alimentació excessiva i rica en àcids grassos saturats, sucre i sodi, adaptació a ambients sorollosos, activitats repetitives i excessivament reglamentades, situacions estressants sostingudes, societats jerarquitzades i desiguals, aïllament social i emocional, etc. És molt plausible inferir que aquests fets podrien contribuir a l'elevada freqüència de malalties cardiovasculars, obesitat, diabetis, trastorns emocionals com depressió i ansietat, que s'observen en les societats desenvolupades.

En funció de la dotació genètica de cada individu, es podria ser més vulnerable o menys davant de determinats factors ambientals. Aquesta vulnerabilitat genètica va



poder ser avantatjosa en l'ambient ancestral com va ser per exemple: la capacitat d'emmagatzemar greixos, útil en les èpoques d'escassetat i molt freqüents en el passat.

En d'altres ocasions, reaccions inicialment adaptatives poden desregular-se i donar lloc a respostes exagerades i maladaptatives, que poden ser incapacitants, com en els casos d'ansietat patològica.

Integrar la Teoria Social i la Sociologia de la salut mental amb la teoria evolucionaria ens pot ajudar a entendre i explicar com les dimensions de la vida social ens pot fer comprendre determinades respostes psicològiques. Hem pogut veure com els humans som especialment sensibles i ens provoca impactes a la salut mental les desigualtats socials, d'estatus, d'integració, etc. (Horwitz A. V. 2008)

En el següent capítol analitzarem com les desigualtats socials contribueixen a generar problemes de salut i per tant, també de salut mental.

## Capítol 2. Desigualtats socials i salut mental

### 2.1 Concepte de desigualtat

En aquest capítol ens centrarem a analitzar les evidències que hi ha sobre les repercussions que tenen les desigualtats socials en la salut mental. Aquestes desigualtats socials que juntament amb altres factors biològics i psicològics (com ja hem explorat en el capítol anterior) interactuen en els diferents àmbits socials on desenvolupem les nostres vides: treball, ciutat, família...

Abans però, farem un breu repàs d'algunes de les definicions i apunts sobre el concepte de desigualtat i els diferents tipus que s'han investigat en relació al tema de la salut.

Podem entendre per desigualtat social la diferència d'accés que trobem entre els ciutadans d'una mateixa comunitat, en quantitat i qualitat, als recursos i bens socials. (Sánchez, C. 2005).

L'estudi de les desigualtats és important per diversos motius: perquè l'accés als recursos està relacionat amb les condicions de vida de la gent. La vida de les persones que no assoleixen els recursos vitals mínims, com l'alimentació o l'habitatge, és més difícil i això també té repercussions en la seva salut. També les diferències entre les persones en l'accés en alguns recursos com l'educació o la feina, també dificulta la vida i la salut de les persones. La desigualtat també està fortament associada a la quantitat de poder. Les classes i els grups socials que es troben en una posició dominant dins la societat tenen un control més gran dels recursos per fer valer els seus interessos. I finalment, l'estudi de les desigualtats permet analitzar les dinàmiques d'identificació col·lectiva que es generen entre les classes i els grups socials que tenen unes condicions de vida semblants (Miguélez i col·l., 1996).

Rousseau ja distingia dos tipus de desigualtat: la natural i la moral: "Concibo en la especie humana dos maneras de desigualdad: una que llamo natural o física por cuanto se halla establecida por la naturaleza, y que consiste en la diferencia de edad, de salud, de las fuerzas del cuerpo y de las condiciones de espíritu, o del alma, y otra que puede llamarse desigualdad moral o política, porque depende de una especie de convención, y se halla establecida, o al menos autorizada, por el consenso de los hombres. Consiste ésta en los distintos privilegios de que gozan unos en detrimento de otros, como ser más ricos, más distinguidos, más poderosos o incluso el disponer de autoridad sobre los demás". (Jean Jacques Rousseau, *Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres*. Escritos de combate, Madrid: Alfaguara, [1775] (1979): 149-150.

En un sentit semblant s'expressa Nussbaum, quan diu que és important distingir la igualtat en poders i capacitats, de la igualtat moral. Tots els éssers serien iguals des del punt de vista moral i cal establir una connexió entre les dos desigualtats: si els éssers humans son realment més o menys iguals en poders i capacitats, sembla més bé arbitrari que uns tinguin moltes més potestats i oportunitats que els altres. (Nussbaum, 2007)

També Van Parijs apunta a que “gran parte (si no todo) de nuestro interés en los hechos relacionados con la desigualdad se deriva en último término de la presunción general de que las desigualdades son injustas” (Van Parijs, 1996: 51)

## **2.2 Les desigualtats socials en salut**

Les desigualtats en salut són les diferències en salut que són innecessàries i evitables i que a més són injustes, segons la definició ja clàssica que va donar Margaret Whitehead a l'any 1990. (Borrell, 2007).

“La desigualtat en salut es considera, per tant, un concepte amb implicacions ètiques i morals. Si una diferència és innecessària, evitable i injusta es tracta de desigualtat, i per tant si es considera com a meta ideal la igualtat en salut, observarem els resultats que ens identifiquen desigualtats i ens encaminarem a la seva reducció” (Pérez, R. 2006: 17).

Una altra definició és la que considera les desigualtats en salut com aquelles disparitats de salut en un país i entre diferents països que es consideren improcedents, injustes, evitables i innecessàries (no irremediabls) i que afecten sistemàticament a poblacions que han estat fetes vulnerables per les estructures socials subjacents i per les institucions polítiques, econòmiques i legals. (Krieger, N. 2002 )

El concepte de desigualtat com diuen Benach i Muntaner<sup>20</sup>“és relacional. Només podem establir fins a quin punt és injusta la limitada tinença de determinats bens o recursos quan tenim la capacitat de comparar el distint accés que tenen els individus” (2005: 19).

L'existència de desigualtats en salut produïda per factors socials ha estat descrita en la literatura científica durant els darrers anys. Hi ha una clara evidència que la gent de classes més baixes presenta pitjor nivell de salut que la població benestant (Informe del CAPS 2002).

---

<sup>20</sup> Aquests autors mostren en el seu llibre *Aprender a mirar la salud* (2005) brillantment i pedagògicament com la desigualtat social és la principal responsable de la mala salut en el món. És un llibre especialment imprescindible per a l'objecte d'aquest estudi.

Molts estudis des de fa anys mostren com la pobresa, la desigualtat, l'explotació, la injustícia estan en els orígens de la mala salut i mort prematura que pateixen una gran quantitat de persones (Wilkinson R., 1990, 1992, Regidor E. 2002, López A., 2005).

Que la desigualtat augmenta és un fet ja incontestable: en el 1960 la riquesa del 20% de la població més rica era 30 vegades més gran que la pobre, en el 1995 la diferència era de 82 vegades. Viure en un país pobre significa viure menys i viure pitjor: emmalaltir més, tenir pitjors serveis sanitaris i una menor qualitat de vida. La pobresa impedeix vacunar als nens i nenes, tenir aigua neta, disposar d'aliments, comprar fàrmacs...La pobresa impedeix viure: 2 de cada 5 nens de les 50 milions de morts anuals en el món són prematures, més de 10 milions d'infants no arriben als 5 anys de vida i altres 10 milions d'adults no arriben als 50 anys. La pobresa perjudica la salut. La malaltia més important d'aquesta època, l'epidèmia més devastadora no és la tuberculosi, la malària o la sida, sinó la desigualtat en la salut, segons Benach i Muntaner (2005).

Les paraules d'un dels estudiosos de les desigualtats socioeconòmiques en la salut com es Vicente Ortún no admeten tampoc gaires dubtes: "La situación socioeconómica de una persona, su clase social, medida a través de la renta, la educación, la profesión o alguna combinación de las anteriores, crea mayores diferencias en el estado de salud (mortalidad y morbilidad) entre las personas que cualquier otro factor de riesgo conocido (como el tabaco)." (Ortún, V. 2000: 65).

L'OMS en l'informe Whitehead (1990), considera les següents situacions injustes, a partir de la interacció de diversos factors que es concreten en 7 determinants de la salut: 1) la variació natural biològica que fa diferents als individus i que no es considera desigualtat; 2) el comportament perjudicial per a la salut identificat en l'estil de vida que al ser escollit "lliurement" tampoc es considera desigual; 3) l'anomenada "avantatge sanitària" que es refereix a l'adopció de comportaments saludables per part d'un grup, front a d'altres que no les adopten malgrat tenen l'oportunitat. Aquesta última situació tampoc es considera indicativa de desigualtat. Els quatre darrers si s'identifiquen com a generadors de desigualtat en la salut i són: 4) els comportaments que atempten contra la salut i no depenguin de l'elecció de l'individu, ja que la seva capacitat està restringida; 5) l'exposició a condicions de vida i treball poc saludables i estressants; 6) la manca d'accés a la sanitat i altres espais públics bàsics; 7) la selecció natural o mobilitat social relacionada amb la salut, que provoqui la tendència de les persones amb disminució o discapacitat a perdre nivell social.

Es pot veure que aquest classificació presenta un component d'elecció individual, al que no s'hauria de donar resposta des de les institucions públiques, ja que forma part

de les parcel·les d'intimitat de l'individu. I aquí entràriem a analitzar fins a quin punt les opcions de comportament respecte a la salut poden estar restringides a condicionants socials i econòmics (Pérez, R. 2006).

El que és greu i una injustícia segons Sen (2002) és que alguns no poden tenir l'oportunitat d'aconseguir una bona salut degut a acords socials, i no a una decisió personal de no preocupar-se particularment per la seva salut. Una malaltia que no és previnguda per motius socials (per la pobresa) i no per motius personals té una repercussió particularment negativa en la justícia social.

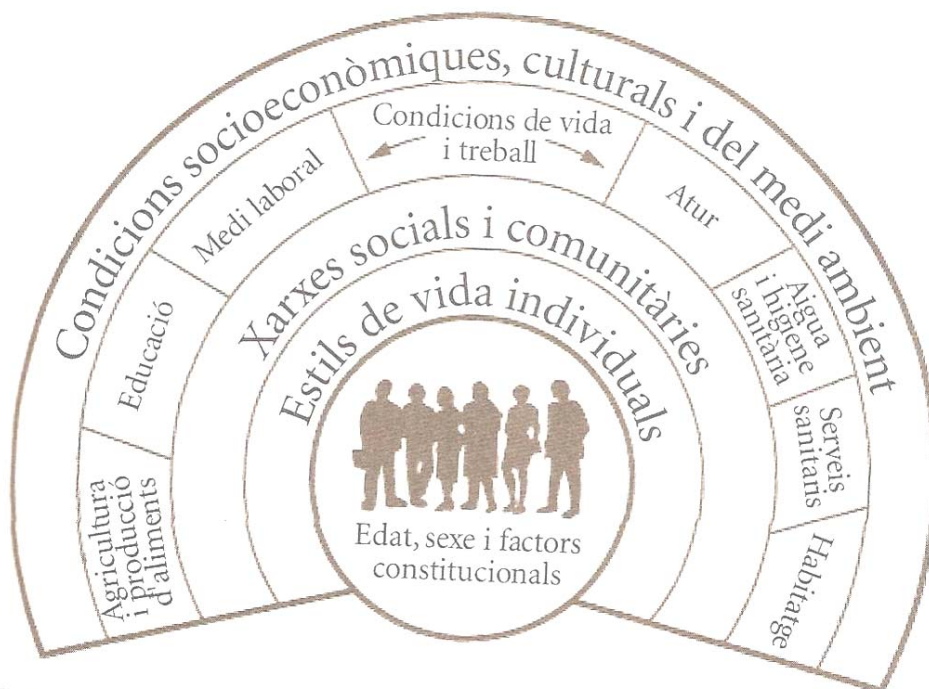
Quan les tres quartes parts de la humanitat no disposen de l'opció d'escollir amb llibertat factors relacionats amb la salut com una alimentació adequada, viure en un ambient saludable o tenir un treball digne que no sigui nociu per la salut podem dir que la salut no l'escull qui vol sinó qui pot. (López, S. 2005)

El nivell de salut i/o malaltia d'una població depèn en gran mesura del desenvolupament econòmic, avenços mèdics i de la prestació de l'atenció sanitària, i mai com fins ara ha existit un món tan ric, amb tants coneixements sanitaris i malgrat tot, les desigualtats dels individus en salut i atenció sanitària van augmentant progressivament, i això no es produeix per atzar sinó que hi ha una sèrie de determinants socials que comporten una mala salut: el tipus de treball, l'entorn ambiental, l'exclusió social, la situació econòmica, discriminació racial, etc. (Bleda, 2005).

Diversos autors han proposat models conceptuals en els que integren el conjunt de factors que incideixen en la salut. Veure les figures 1.6 i 1.7 (extretes de Borrell i Benach, 2003).

**Figura 1.7.**

Model de salut de Dalghren i Whitehead.



Font: Dalghren i Whitehead (1991).

### 2.3 Els estudis històrics sobre les desigualtats en la salut

Farem un breu repàs històric sobre l'estudi de les influències de les circumstàncies socials i econòmiques dels individus sobre la salut. Malgrat que, segons Regidor: "el progrés en el coneixement d'aquesta àrea s'ha produït fonamentalment en els darrers 25 anys degut a les investigacions realitzades en els països desenvolupats durant aquest període. Totes les investigacions assenyalen que els individus que pertanyen als estrats socioeconòmics baixos tenen major freqüència de problemes de salut i major risc de mortalitat per a la majoria de causes de mort que els individus que pertanyen als estrats socioeconòmics alts", Regidor (2002: 9).

Hipòcrates (Grecia, 460-332 a. n. e.) és una de les primeres referències que va relacionar les malalties amb el mitjà en el què vivim<sup>21</sup>. En el seu tractat *Sobre els aires, aigües i llocs* deia que "qui desitgi estudiar correctament la ciència de la medicina

<sup>21</sup> Un bon repàs històric el podem trobar al "Curso de desigualdades sociales en salud" que el podem trobar a l'enllaç següent: [http://weblogs.madrimasd.org/salud\\_publica/archive/2007/09/23/74482.aspx](http://weblogs.madrimasd.org/salud_publica/archive/2007/09/23/74482.aspx), enllaç consultat per darrera vegada el 09/01/08

haurà de procedir de la següent manera: ...informar-se sobre la situació geogràfica de les ciutats respecte els vents, l'efecte del canvi de les estacions, la qualitat de les aigües, els costums dietètics dels seus habitants, etc..."

El gran mèrit d'Hipòcrates va ser desenvolupar un sistema racional basat en l'observació i l'experiència per a l'estudi de les malalties, les causes de les quals les atribuïa a fenòmens naturals i no a intervencions divines o fenòmens de tipus màgic o religiós.

Van ser hipocràtics, ens recorda Martí (1995) els qui varen constatar el desigual repartiment de les malalties: els nobles escites que passaven la vida muntats a cavall, patien impotència, malaltia rarament constatada fora dels membres de la noblesa.

Caldrà avançar un grapat de segles, fins el segle XVIII per a trobar-nos estudis que relacionin les malalties amb el treball i la professió, com va ser el cas de Bernardo Ramazzini (considerat el pare de la salut laboral) que en el 1700 a Florència va publicar "De morbis artificum diatriba" en el que examina les malalties professionals de 41 tipus d'ocupacions, ressaltant el paper dels factors socials en la creació de malaltia.

En el segle XVIII-XIX, en l'època de la Revolució industrial, es fa palesa la relació que hi ha entre l'aparició de malalties infeccioses i la concentració demogràfica de grans masses de població treballadora, vingudes del camp a la ciutat, i vivint en condicions de massificació, explotació i insalubritat. Apareixen alguns estudis importants com el de Louis Villermé a França sobre les condicions de vida dels nens a les fàbriques de l'any 1840, o el de Edwin Chadwick a Gran Bretanya el 1842. Villermé observa l'excés de mortalitat en les famílies d'obers assalariats en les fàbriques de teixits i filats de cotó a Mulhouse en comparació amb les famílies dels gerents de les fàbriques.

Chadwick va observar com a Liverpool el promig de vida era diferent per a l'aristocràcia, els comerciants o els obrers i va identificar la insalubritat com la font de malalties i va proposar una política de sanejament.

Rudolf Virchow va investigar els brots de malalties infeccioses a l'Alta Silesia i a Berlín i va concloure que la pobresa i les condicions de vida de la classe obrera, incloent l'alimentació, l'habitatge, l'accés a l'aigua potable i el clavegueram, són les responsables de les diferències en salut.

F. Engels va escriure l'any 1845 un gran llibre d'Antropologia i d'epidemiologia social: *La situació de la classe obrera a Anglaterra* en el que descriu, després d'un treball de camp i d'observació<sup>22</sup>, els riscos per a la salut dels obrers anglesos de mitjans del segle XIX.

---

<sup>22</sup> Crec que és prou il·lustrativa la dedicatòria del llibre com a exemple de treball d'observació:  
A LAS CLASES OBRERAS DE GRAN BRETAÑA

Posteriorment, durant el segle XX, es va desenvolupar la revolució bacteriològica, amb Robert Koch com a descobridor del microbi de la tuberculosi, i això va infondre la idea que l'atenció mèdica a través del progrés de la farmacopea i la tecnologia sanitària, acabaria amb les principals malalties. La preocupació per les condicions de vida, pel sanejament dels barris obrers, l'exposició a tòxics en els llocs de treball o la jornada laboral ja no era un tema de la Medicina, era ja un tema polític, de lluites de classes socials.

La revolució bacteriològica va fer creure que amb vacunes i antibiòtics s'acabarien les principals malalties, però l'avançament de les malalties no infeccioses va posar en crisi el paradigma imperant. Malalties com el càncer, la diabetis, l'infart de miocardi, etc. no podien ser explicades des del model de l'únic agent responsable de la malaltia.

L'epidemiologia dominant va proporcionar el model de la multicausalitat. La teoria de la multicausalitat propugnava que les malalties cròniques tenien múltiples factors. El problema d'aquesta teoria és que no explicava la relació entre ells i la jerarquia que tenien. Els factors socioeconòmics com la pobresa o l'atur eren situats al mateix nivell que els hàbits individuals de fumar o sedentarisme o a les característiques fisiològiques (hipertensió arterial, obesitat...). Tots els factors individuals eren mesurats i posats en la caixa, on la relació entre uns i altres no era considerada important i era desconegut (caixa negra). El que sortia de la caixa era la malaltia que era mesurada i comparada amb les mesures dels factors de risc individuals.

El desenvolupament de mètodes estadístics d'anàlisi multivariant i de la informàtica van afavorir aquests estudis complexos. S'afavoreix una cultura epidemiològica centrada en el domini dels mètodes i una fascinació per la matemàtica i l'estadística.

El pensament causal i l'aplicació del coneixement per a intervenir sobre les causes socials que generen la malaltia en la comunitat, es consideraven com elements aliens al camp de l'epidemiologia. El risc era concebut com individual (originat en cada individu, i no en el grup o la societat) i no es qüestionava els mecanismes de producció de la malaltia, o sigui: les relacions entre les desigualtats econòmiques,

---

Trabajadores!

A vosotros dedico una obra en la que he intentado describir a mis compatriotas alemanes un cuadro fiel de vuestras condiciones de vida, de vuestras penas y de vuestras luchas, de vuestras esperanzas y de vuestras perspectivas. He vivido bastante tiempo entre vosotros, de modo que estoy bien informado de vuestras condiciones de vida; he prestado la mayor atención a fin de conocerlas bien; he estudiado los diferentes documentos, oficiales y no oficiales, que me ha sido posible obtener; este procedimiento no me ha satisfecho enteramente; no es solamente un conocimiento *abstracto* de mi asunto lo que me importaba, yo quería veros en vuestros hogares, observaros en vuestra existencia cotidiana, hablaros de vuestras condiciones de vida y de vuestros sufrimientos, ser testigo de vuestras luchas contra el poder social y político de vuestros opresores. He aquí cómo he procedido: he renunciado a la sociedad y a los banquetes, al vino y al champán de la clase media, he consagrado mis horas de ocio casi exclusivamente al trato con simples *obreros*; me siento a la vez contento y orgulloso de haber obrado de esa manera...



l'explotació o els mecanismes de dominació amb els factors socioeconòmics; i d'aquests amb els hàbits de salut o les característiques fisiològiques, bioquímiques o immunitàries.

Als anys 60 i 70 del segle XX van aparèixer els que s'han considerat els epidemiòlegs socials. En el món anglosaxó destaquen gent com Susser, Graham, Rose o Syme. Molts d'ells van incorporar models i mètodes provinents del camp de la Sociologia o l'Antropologia. Un llibre destacat de Susser va ser *Sociology in Medicine* en el que es fa un esforç d'aproximar les ciències socials a les mèdiques. Posteriorment a aquests autors han aparegut autors com Nancy Krieger, deixebles de Susser, que fa anys que es dedica als estudis de desigualtats socials en salut, especialment enfocats a integrar classe i gènere (La Parra D., 2002)

## **2.4 El Black Report**

*L'informe Black* (Black report) està considerat dintre de l'Epidemiologia social un abans i un després. Cal recordar que va acabar sent un best-seller, curiós tractant-se d'un informe oficial de l'administració. L'estudi va ser encarregat pels laboristes britànics l'any 1977, però el va rebre l'any 1980 la primera ministra conservadora Margaret Thatcher. Va provocar un terrabastall entre la societat britànica sobre l'equitat del seu sistema de salut i de les polítiques públiques. La tasca de l'informe era analitzar l'evidència nacional i internacional sobre desigualtats socials en salut i recomanar polítiques públiques al govern.

Quines van ser les conclusions d'aquest informe? Es va concloure que al Regne Unit hi havia unes diferències marcades en les taxes de mortalitat de les classes ocupacionals en ambdós sexes i en totes les edats. El risc de morir a cada classe és major en les classes socials més baixes.

Què deia el grup de treball de l'informe? Que els factors socioeconòmics com ingressos, atur, mediambient, educació, habitatge, transport i estils de vida, que afecten a la salut, havien quedat fora de l'àmbit de les polítiques de salut. Per tant, l'enfocament sobre les desigualtats de la salut estava basat en una explicació estructuralista.

Una de les recomanacions era que les millores de salut no depenien només de l'acció del sistema sanitari, es recomanava millorar les condicions materials de vida (millora dels ingressos, més guarderies, millora dels habitatges, de les condicions de treball, etc.) i dels grups més pobres (especialment dels grups de nens, discapacitats i vells). Les reaccions conservadores van ser que les propostes no eren realistes, i es van posar en dubte les conclusions de l'estudi, qüestionant la metodologia.

La novetat de l'estudi era que el sistema basat en l'estat del benestar social construït després de finalitzar la segona guerra mundial estava permetent dinàmiques de desigualtats que es reflectien en la salut. Havien millorat les taxes de mortalitat de les classes altes però menys les de les classes baixes. La taxa de mortalitat del Regne Unit havia passat de ser la 5ena millor l'any 1960 a ser la 15ena el 1978 per darrera de Hong-kong i Singapur.

Les implicacions del Black report són diverses: es destaquen diferents desigualtats socials en salut utilitzant com a indicador la classe social ocupacional. I s'arriba a la conclusió que la mortalitat dels estrats socials més baixos era més de dues vegades superior a la dels estrats socioeconòmics més alts. Aquesta superioritat es trobava en totes les causes de mort (amb excepcions com el càncer de mama).

El Black Report, proposava quatre explicacions possibles als resultats obtinguts: 1) Problemes en la construcció d'indicadors, 2) processos naturals i socials de selecció, 3) elements culturals o conductuals i 4) factors materials i estructurals. Anem a veure cadascun. Pel que fa als problemes en la construcció d'indicadors, els autors consideren la possibilitat que els resultats es deguin en part, però mai completament a errors de tipus metodològic relacionats amb la pròpia qualitat de les dades. En quan als processos naturals i socials de selecció, s'invertirien els factors explicatius, de manera que la classe social es convertiria en la variable dependent i la salut en la variable independent. La idea defensada és que hi hauria desigualtats en salut degut al fet que la gent amb pitjor salut tendeix a descendir en l'escala social, mentre que les persones saludables milloren la seva posició. Els autors del Black Report, van assenyalar que malgrat hi ha una part que es compleix, aquest aspecte només explicaria una mínima part de les desigualtats trobades. D'altra banda, també seria difícil distingir entre la selecció directa provocada per la salut, o sigui, la mobilitat social provocada únicament per motius de salut o la selecció indirecta en la que la mobilitat social s'explica per factors relacionats amb la salut i la classe social com l'educació. Ara bé, malgrat els processos de selecció no semblen explicar sinó una part petita de les desigualtats socials en salut, no deixa de ser un aspecte clau quan es tracta de donar compte dels processos de mobilitat social i que no ha merescut un interès suficient entre els investigadors. L'empobriment de les persones pot lligar-se a motius de salut, en especial en aquells països en els que no existeixen xarxes de protecció per part de l'Estat o en els que la família no proporciona un teixit integrador suficientment sòlid.

Respecte al tercer aspecte que fa referència als estils de vida, el Black Report es refereix a la importància dels aspectes culturals i conductuals en la salut. L'estil de vida d'una persona afecta als riscos de emmalaltir i morir. Fumar, beure alcohol, el tipus

d'alimentació i la realització d'exercici han estat apuntats com factors molt directament relacionats amb la salut. Les desigualtats socials en salut s'explicarien segons aquesta línia degut a que els diferents grups socials tenen diferents conductes de risc determinades fonamentalment pel seu nivell educatiu. Les classes baixes tendeixen a fumar més, beure més, tenir una dieta menys equilibrada i realitzar menys exercici. Cal recordar que això està fet a la societat anglesa de fa trenta anys, doncs a Barcelona per exemple, les dones de classe alta fumen més que les de classe baixa i els homes de classe alta i baixa no tenen diferències en el consum excessiu d'alcohol. (Borrell et al., 1999).

Una altra tendència pel que fa als estils de vida és la tendència a considerar-los factors estrictament culturals. Això s'hauria d'esmenar en la mesura que l'exercici d'un estil de vida depèn que estiguin disponibles els mitjans materials per a poder exercir-lo. Per exemple, la composició de la dieta pot dependre de factors tan estructuralment marcats com el volum de renda familiar, la disponibilitat de temps o l'oferta que tinguis al barri. Les persones que tenen poc temps per disposar degut als llargs horaris laborals, familiars o d'estudis tindran més tendència a menjar aliments de ràpida preparació.

Sobre els factors materials i estructurals (4), segons els autors és la que gaudeix de més força explicativa. Els autors de l'informe indiquen que malgrat el creixement econòmic ha augmentat l'estàndard de vida de la població, encara hi ha grups socials que es veuen enfrontats a problemes d'escassetat, i per tant el creixement econòmic no ha acabat amb les diferències de classe social i la pertinència a una determinada classe social condiciona les oportunitats materials disponibles, i per tant el nivell de salut.

Posteriorment a l'informe Black Report anglès d'altres informes a Anglaterra han tingut resultats similars. Al Regne d'Espanya s'han donat alguns altres, destacant l'informe de Navarro i Benach sobre desigualtats en salut (1996).

Cal dir també que des de l'any 2005 i fins el 2008 s'ha creat dintre de la OMS una comissió sobre els determinants socials de la salut que ha realitzat estudis i recomanacions per tal d'incorporar les desigualtats en salut en l'agenda central dels països i de la pròpia OMS. (Ortiz, L. et al, 2007)

## 2.5 Els eixos principals de la desigualtat social en la salut: la classe social, el gènere, immigració i territori <sup>23</sup>.

En aquest treball i per motius obvis d'abast, apuntarem quatre eixos que considero principals i dels quals s'han fet alguns treballs d'investigació que aporten dades rellevants de la relació que hi ha entre aquestes variables i la salut mental, però assumint que hi ha d'altres eixos com poden ser l'edat i la ètnia que poden jugar també un paper molt important.

### 2.5.1 Classe

Respecte a la classe social, l'estudi de l'estructuració de la societat a partir de les desigualtats existents entre les persones de diferents classes socials ha estat molt utilitzat en l'anàlisi sociològica de les relacions socials de les societats nascudes de la revolució industrial. Entre els diversos significats de *classe* cal destacar els següents: en primer lloc, la classe es pot utilitzar per descriure els grups situats en un ordre jeràrquic; en segon lloc la classe pot ser usada per indicar prestigi o el nivell social; un tercer ús es basaria en la descripció de la desigualtat material; en quart lloc, per descriure la situació dels grups socials en funció de les seves desigualtats pel que fa a l'ocupació, nivell d'ingressos, etc. i finalment, les classes han estat identificades com a forces socials potencials o reals amb capacitat per transformar la societat (Crompton, 1993).

L'indicador de classe social més utilitzat en els estudis empírics sociològics ha estat el de l'ocupació. Com recorden Borrell i Benach (2003) s'ha de diferenciar entre els esquemes que es basen en la descripció de l'estructura de classes, dels esquemes conceptuals que intenten mesurar les relacions de classe. Entre els primers, hi hauria la classificació del *British Registrar General* i pel que fa als segons, destaquem la classificació de Goldthorpe, que es basa en Weber, i la de E.O. Wrigth que es basa en Marx. Un dels autors que ha treballat més la relació que hi ha entre pertànyer a una determinada classe social i gaudir de més o menys salut mental és Carles Muntaner (2000, 2003, 2004). Aquest autor ha analitzat des de l'anàlisi de classe d'E.O.Wright<sup>24</sup> les relacions de control, autoritat, disciplina, dominació, etc. que es donen en el lloc de treball entre els que prenen les decisions en el lloc de treball i els subordinats i com això acaba tenint conseqüències en la salut mental, amb un augment de trastorns

---

<sup>23</sup> En el llibre de Benach i Borrell (2003) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, conegut en diferents àmbits com el Black Report català, es desenvolupen diversos eixos i estudis sobre les desigualtats socials i salut, malgrat es diu a la introducció que "els principals eixos de l'estudi són classe, gènere i territori". (pàg. 18)

<sup>24</sup> Cal dir que investigadors destacats com Carme Borrell i Joan Benach, entre d'altres, també han treballat en alguns articles aquesta associació de classe social i salut mental. Veure Muntaner C., Borrell C., Benach J., Pasarin M.I., Fernandez E. (2003)

d'ansietat i més risc de depressions ( Muntaner et al., 2004). Més endavant analitzarem algunes de les seves principals tesis.

### **2.5.2 Gènere**

La paraula gènere malgrat que tal i com diu Izabella Rohlf (Borrell i Benach, 2003: 182) "s'ha utilitzat de manera indiscriminada, tant en la seva accepció correcte (per definir les relacions socials entre els sexes) com també, com a sinònim políticament correcte de la paraula sexe" hi ha la constatació que a la majoria de societats, amb algunes variacions, es produeix una distribució desigual en funció del gènere entre el món de la producció i el món de la reproducció (àmbit domèstic-familiar) que és discriminatòri per a les dones. Això implica que majoritàriament els homes realitzen el treball productiu fora de la llar (que és més reconegut socialment) i les dones s'encarreguin fonamentalment de les tasques relacionades amb la cura de les persones que no tenen tant valor social. Històricament, els sistemes econòmics han mantingut aquesta dualitat.

A la majoria de les societats occidentals, la desigualtat es tradueix en una segregació laboral molt forta en funció del gènere en dos sentits: en sentit horitzontal (que es manifesta en el fet que les dones es concentrin en uns pocs sectors de l'activitat econòmica, sobretot als serveis) i vertical, que provoca que les dones ocupen la majoria de les feines menys qualificades. D'altra banda la progressiva incorporació de les dones al món laboral no domèstic, es realitza sense que puguin renunciar al treball i responsabilitats de les tasques de la llar, cosa que produeix tensió i conflicte. La necessària conciliació dels dos àmbits recau en les dones i els exigeix desenvolupar diferents formes d'adaptació, resistència i eleccions diverses (tant en l'àmbit domèstic familiar com el mercat laboral), situació que necessàriament tindrà conseqüències per a la seva salut. (Borrell i Benach, 2003).

Les desigualtats en la salut sovint operen en el sentit perjudicial per a les dones encara que també hi ha homes que pateixen aquests desavantatges. Les desigualtats de gènere no actuen aïllades i interaccionen amb altres factors (classe social, ètnia, religió, etc.) i això implica que no totes les dones o tots els homes d'una societat determinada experimenten les desigualtats en salut de la mateixa manera. En els darrers anys s'han fet algunes investigacions que han mostrat clarament aquestes diferències de salut i gènere<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> En el llibre de *Les desigualtats en la salut a Catalunya* coordinat per Carme Borrell i Joan Benach (2003) hi ha un capítol dedicat a les desigualtats de salut i gènere on es fa un recull de temes com l'esperança de vida, la morbiditat, les ocupacions, la salut sexual i reproductiva, etc.

### 2.5.3 Immigració

La immigració produïda per causes econòmiques constitueix un factor productor de desigualtats si prenem com a referència els patrons de la població del país d'acollida. L'immigrant arriba al seu destí amb un nivell de salut que pot perdre progressivament en funció de les situacions que hagi d'afrontar<sup>26</sup>. Com apunta Beneduce (2002): "la vulnerabilitat de què és objecte l'immigrant no és un valor intrínsec a l'individu sinó una conseqüència de la seva condició de vida vinculada a limitacions socials, culturals, lingüístiques, polítiques, humanes, psicològiques, afectives i econòmiques entre altres".

Segons Josep M. Jansà i Patricia García de Olalla, autors del capítol sobre Desigualtats en la salut i la immigració (Borrell i Benach, 2003) alguns indicadors permeten obtenir aproximacions sobre la mesura de les desigualtats en la salut dels immigrants estrangers: a) les pròpies particularitats de la zona d'origen que, en general, cal entendre com a diferències i no com a desigualtats; b) les conseqüències de les desigualtats socials i econòmiques entre els països (major prevalença d'algunes malalties infeccioses, dèficits en salut bucodental, pautes incompletes de vacunació, etc.); i c) trastorns vinculats al fet migratori (desnutricions o deshidratacions, esgotament físic i emocional, estrés, depressions<sup>27</sup>...). En una segona etapa poden aparèixer alteracions relacionades amb deficiències socials i econòmiques i limitacions en l'accés o l'ús dels serveis de salut (per exemple: evolució a malaltia d'infeccions latents com la tuberculosi, trastorns relacionats amb dèficits o descompensacions nutricionals, compliments de tractaments farmacològics, visites de control de l'embaràs, trastorns psico-afectius...).

Ja fa anys que quan parlem de població immigrada cal parlar de la salut mental com un dels elements fonamentals en l'anàlisi de la salut d'aquestes poblacions. Segons alguns autors com Achotegui (2000), les consideracions sobre el dol migratori, els aspectes transculturals i la mentalitat de cada individu constitueixen elements essencials. Hi hauria segons aquest autor, per part de l'immigrant, fins a set tipus de dols o pèrdues bàsiques generadors de trastorns emocionals i psicològics inevitables: la pèrdua de contacte amb els familiars i amics del país d'origen; la pèrdua de la llengua materna; la pèrdua de la pròpia cultura; dels paisatges i la terra, la pèrdua del seu estatus social; la pèrdua del contacte amb el seu propi país entès com a grup o unitat poblacional i la sensació de pèrdua de la seguretat física. En un estudi sobre la

---

<sup>26</sup> La incertesa d'aquest col·lectiu sobre la situació laboral, sumada als baixos salaris, pot incrementar l'estrés i el risc de patir trastorns mentals, segons Porthé, V et al. (2007).

<sup>27</sup> Sobre les conseqüències del fet migratori en la salut mental, darrerament en el nostre país per part d'alguns investigadors com el professor Joseba Atxotegui s'està fent un treball considerable. Aquest autor ha posat un nom a un síndrome específic pels immigrants: *Síndrome d'Ulises* que seria un síndrome amb estrés crònic, múltiple i extrem. Veure Atxotegui (2005)

salut mental dels immigrants, es detectaven puntuacions que denotaven una salut mental dolenta en el 28% dels immigrants. D'una utilització dels serveis de salut del 52% de la població immigrada, es mostraven un nombre de trastorns crònics elevats: depressions declarades en un 58% dels casos, 33% de mal d'esquena, un 37% de migranya, etc. unes prevalences superiors a la les de la població autòctona de Barcelona (Enquesta de salut de Barcelona, 2000).

#### **2.5.4 El territori**

Des de fa uns anys s'ha reforçat la importància del territori com a factor important de salut. Diverses constatacions han evidenciat el paper del context geogràfic i com pot influenciar la salut independentment dels atributs personals dels individus. Les característiques socioeconòmiques que configuren i que alhora són un reflex d'un determinat àmbit geogràfic afecten les formes de treballar, de viure i de relacionar-se de les persones que hi habiten. Són factors que es tradueixen en nivells de salut diferents. Les persones que viuen en regions més empobrides d'un país, als municipis que tenen un nivell d'atur més elevat o als barris d'una ciutat on hi ha els habitatges de més mala qualitat tenen més factors de risc, menys oportunitats socials i laborals i més problemes vitals que aquelles persones que viuen en zones amb unes condicions més bones (Borrell i Benach, 2003). També en alguns informes de la OMS s'ha posat de manifest que la meitat de la població urbana dels països amb ingressos baixos i mitjos viu en la pobresa, i dotzenes de milions d'adults i nens no tenen llar. (OMS, 2004)

A escala planetària cal tenir en compte que darrerament ja més de la meitat de la població viu en zones urbanes. Entre 1950 i el 2000 la proporció de la població urbana Àsia, Àfrica, Amèrica Central i Amèrica del Sud va augmentar del 16% al 50%. Això no vol dir que en les zones rurals no hi hagin problemes, doncs l'aïllament, l'escassetat de recursos, la carència de transports i comunicacions, l'escassetat d'oportunitats educatives i econòmiques és considerable i la concentració de serveis de salut mental a les zones urbanes deixa sense assistència psiquiàtrica a la gent de les zones rurals.

Algunes de les condicions de vida (contaminació, manca d'aigua, de sanitaris, massificació, etc.) en les que viuen milions de persones, en zones de misèria i abocadors, provoquen la mort i greus problemes de salut entre aquestes poblacions. Darrerament alguns informes ben documentats de la OMS ho han posat de manifest (OMS 2004, WHO 2007). Un estudi fet en un context urbà miserable com el de Mumbai Slum<sup>28</sup> mostra com degut a les males condicions de vida, les pobres infraestructures, els desplaçaments, les demolicions de cases, etc. es generen greus

---

<sup>28</sup> *Slum* seria traduït per habitatge miserable, barraquisme... Mumbai Slum es tracta d'un gran suburbi de la Índia de més de 15 milions d'habitants que viuen entre la misèria. (Parkar SR, et al. 2003)

problemes de desesperança, decepció, desmoralització, d'addiccions, depressió, hostilitat, violència, criminalitat, etc.

## **2.6 Les causes de les desigualtats socioeconòmiques de la salut**

Hi ha quatre<sup>29</sup> aproximacions teòriques destacades sobre les causes de les desigualtats socioeconòmiques en la salut: 1) la selecció social 2) les explicacions del comportament i/o culturals 3) les explicacions materials o estructurals i 4) els factors psicosocials.

Pel que fa a la primera, la de la selecció social, aquest enfocament suggereix que les desigualtats socials es poden explicar a partir d'un procés de selecció segons el qual el nivell de salut determina el canvi en la posició social i no a l'inrevés (Borrell i Benach, 2005). Dit d'una altra manera, aquesta teoria ve a dir que la gent amb mala salut tendeix a moure's cap a les classes socials baixes, a descendir en l'escala social i la gent amb bona salut cap a les altes. Aquesta mobilitat social pot passar dins d'una generació (selecció intrageneracional) o entre dues generacions (selecció intergeneracional). La selecció intergeneracional pot ser directa o indirecta. La directa és quan l'estat de salut determina la posició econòmica. La indirecta és quan alguns factors ocorreguts en la infantesa (la privació en la infantesa, l'educació...) determinen tant la salut com la mobilitat social en els adults. (Borrell, C. 1998).

Els processos de selecció explicarien una petita part de les desigualtats socials en la salut sobretot en aquells països que no hi ha una bona xarxa de protecció per part de l'Estat.

Una crítica i argumentació sòlida contra la idea de selecció com explicació de les desigualtats entre classes socials es pot trobar en el cas de la població jubilada. Aquest col·lectiu degut a les pensions no experimenta canvis substancials en la seva situació social, però en canvi dintre d'aquest grup d'edat les desigualtats en salut en funció de la classe social tenen una gran magnitud (La Parra D. 2002).

Pel que fa a la relació entre pobresa i salut mental i quina és la causant de l'altra, s'ha trobat que hi ha més prevalença de trastorns mentals i del comportament, inclosos els associats a substàncies psicotròpiques, entre la gent pobre. Això ha provocat també discutir quin és el mecanisme responsable. Hi hauria un mecanisme causal més vàlid pels trastorns depressius i d'ansietat originats per la pobresa, mentre que la teoria de la transició a la pobresa podria explicar sobretot la major prevalença de trastorns

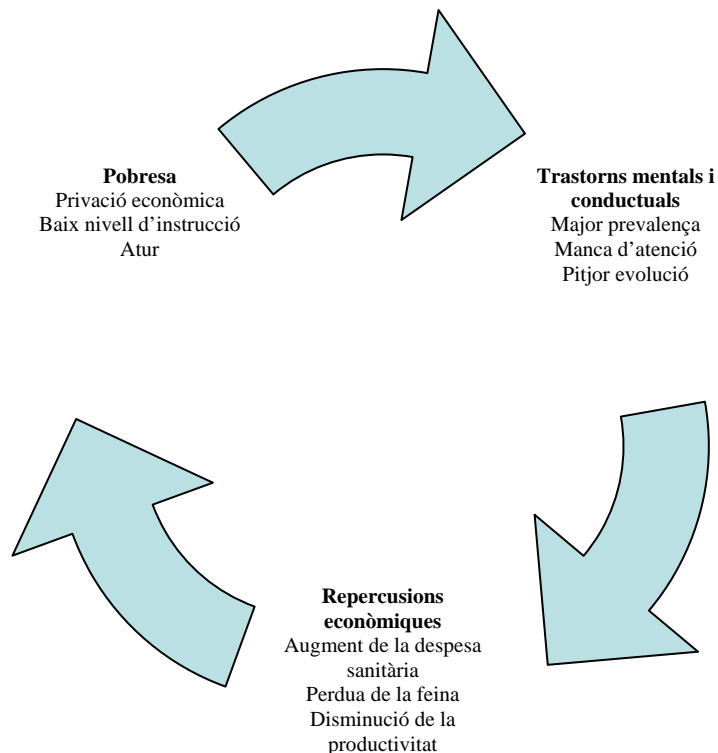
---

<sup>29</sup> Segons el llibre de Benach i Borrell (2003) hi hauria aquests enfocaments teòrics, però en un informe de l'octubre del 2007 que ha tret la comissió dels determinants de salut de la OMS parla de la *Materialista/estructuralista*, la *Psicosocial*, el model de *producció social de salut* i la *Ecosocial theory* que integraria el model psicosocial i el de producció social de salut amb una interacció amb la Biologia i el medi ambient. (WHO, 2007 a)



psicòtics lligats a toxicomanies entre els pobres. Però aquests mecanismes no s'exclouen mútuament (veure fig. 1.7): els individus poden estar predisposats als trastorns mentals degut a la seva situació social i aquells que pateixen aquests trastorns poden patir més encara les privacions com a conseqüència de la malaltia. Aquestes poden ser nivells d'instrucció més baixos, atur o fins i tot la manca de llar.

**Fig. 1.7 El cercle viciós de la pobresa i els trastorns mentals**



Font: OMS, 2004

La segona teoria, la que fa referència a les explicacions culturals (o estils de vida) es basen en el fet que el comportament i les conductes individuals relacionades amb la salut (tabac, dieta, activitat física, etc.) comporten desigualtats socials. Així per exemple, en l'estudi Whitehall II es va detectar com les categories professionals més baixes fumaven més, feien menys exercici en temps de lleure i la seva dieta era menys correcta, però en canvi presentaven poques diferències en tensió arterial i colesterol (Marmot MG et al. 1984).

Diferents estudis han trobat desigualtats socials en salut independentment de les conductes. En l'estudi de Whitehall es van descriure desigualtats importants en la mortalitat cardiovascular pel nivell socioeconòmic que no s'explicaven per les desigualtats en el consum del tabac, la tensió arterial, el colesterol, la intolerància a la glucosa, la talla, etc. (Borrell, C. 1998).

Cal dir també que l'estil de vida també depèn que estiguin disponibles els mitjans materials per a poder exercir-lo. Per exemple, la composició de la dieta dependrà de factors estructuralment marcats com el volum de renda familiar, la disponibilitat del temps o l'oferta del barri.

Pel que fa a la tercera explicació, les teories estructurals o materialistes fan referència sobretot a les condicions de vida i de treball de la gent, al seu entorn social. Els partidaris d'aquest tipus d'explicació de desigualtats socials en salut es poden dividir en dos grups. Un primer grup, més estructuralista, entén que les classes socials segueixen estan definides per relacions socials estructurades i per l'acció de classe. En paraules de Wright (1992: 16): "La pretensió central de l'anàlisi de classe marxista és que la classe sigui el determinant fonamental del conflicte i el canvi socials". Aquest grup entendria que les classes socials a través dels representants polítics exerceixen una influència decisiva en l'organització de l'assistència sanitària i la política social en un determinat social. Una altra corrent, dintre d'una visió dels estrats socials més weberiana, es caracteritzaria per concedir menys pes a l'aparell teòric en l'explicació dels resultats empírics. En aquesta corrent es tendeix a considerar la classe social com un constructe metodològic capaç de captar una varietat de desigualtats entre les persones, però que en cap cas pot considerar-se que comparteixen algun tipus d'experiència col·lectiva de tipus polític o en quan a la seva posició en les relacions de producció. En aquest sentit, l'estrat social pot considerar-se com una convenció útil per a mesurar les desigualtats. Aquesta corrent és la més freqüent en les publicacions epidemiològiques i encara que utilitzin el terme classe social es fa més en un sentit d'estrat social o posició socioeconòmica que com indicador de la posició en les relacions de producció. La construcció de l'indicador de classe social del British Registrar General respondria a aquest criteri, segons el qual la posició queda determinada per l'ocupació de l'individu i el gradient s'estableix en termes de qualificació o ingrés associat a cadascuna de les ocupacions. Les diferències entre la concepció marxista i weberiana han tingut gran transcendència en l'anàlisi de classe.

Aquest enfocament de les classes socials considera per exemple que les situacions que comporten l'atur i determinades condicions de treball tenen una influència clara en l'estat de salut física i psíquica de les persones. Altres factors com l'habitatge i les condicions ambientals poden comportar determinades malalties de tipus respiratori.

Les desigualtats es produirien perquè les classes socials més baixes estarien més exposades a situacions menys saludables que les classes socials altes. Les classes socials més baixes treballen en ocupacions que estan més exposades a factors de riscos físics, químics i psicosocials, habiten en residències de menys qualitat i sovint viuen en àrees de més contaminació ambiental (Davey Smith et al., 1994).

També s'ha analitzat la importància del nivell d'ingressos i la riquesa a l'hora d'explicar les desigualtats, i darrerament s'ha estudiat com afecten a la salut les desigualtats de renda. Àrees on la distribució de renda és més desigual hi ha més mortalitat i un estat de salut més dolent (Wilkinson, 1996). Els mecanismes que estableixen aquesta relació difereixen entre els autors: mentre que per uns serien més els factors psicosocials (veure més endavant), d'altres defensen que són els factors materials com la manca d'inversions, els factors polítics lligats al mercat de treball o a l'estat del benestar les que expliquen millor aquesta relació (Muntaner i Lynch 1999; Lynch i col·l., 2000; Navarro i Shi, 2001, Borrell C. i col·l., 2008).

Els factors psicosocials, la quarta explicació, han obert un camp molt important en les investigacions sobre els determinants socials de la salut. El treball d'autors com Wilkinson, Marmot, Kawachi, Kennedy, Baum, etc. s'inicia a partir del fet que en els països amb el PIB més alt, la desigualtat en l'ingrés s'associa estretament amb indicadors com l'esperança de vida o la mortalitat. L'associació entre riquesa material mesurada a partir del PIB i millora de la salut és vàlida al comparar països rics i pobres, però perd tot poder explicatiu entre els països de major capacitat econòmica segons els autors d'aquesta corrent teòrica.

Per explicar com un ambient social amb un alt grau de desigualtat en l'ingrés es pot transformar en un pitjor estat de salut en els individus, els partidaris de la hipòtesi psicosocial, encapçalats per Wilkinson (2000, 2001) i Marmot (2004), introdueixen una sèrie de factors psicosocials. El principal efecte de la desigualtat seria provocar una sèrie de condicions psicosocials poc positives per a la salut, sobretot l'estrés<sup>30</sup>.

L'estrés psicològic tindria un doble impacte sobre la salut. Per un costat un efecte directe de tipus somàtic: l'organisme exposat a condicions d'estrés continu del sistema nerviós acabaria patint canvis en altres òrgans vitals i en el funcionament del cos. Un estat d'estrés s'associaria a perdudes de salut mental i física. L'efecte indirecte de l'estrés consistiria en la tendència a reaccionar davant de situacions adverses amb el consum abusiu d'alcohol, de tabac, conductes temeràries o amb exercici de violència.

---

<sup>30</sup> El distrés seria l'estrès negatiu o desagradable. L'eustrès en canvi seria l'estrès positiu. I l'estrès és una resposta inespecífica davant d'un estímul específic.

El que destaquen aquests autors és com la desigualtat en l'ingrés provoca un deteriorament en les relacions socials. La jerarquia es relaciona amb més violència, inseguretat, desconfiança i una disminució de la cohesió social. En un ambient social d'aquestes característiques augmenten les situacions d'estrés. Les persones que més pateixen són les exposades a situacions estressants de forma continua. Aquest seria el cas de les classes socials més desfavorides exposades a la inseguretat de l'ocupació i a problemes econòmics, entre d'altres. La major exposició a situacions estressants quedaria reforçada per la major propensió a l'estrés provocada per la baixa autoestima, l'escàs control sobre el treball o la manca d'inserció en relacions socials que proporcionin suport emocional. Els efectes de l'estrés en l'organisme serien greus i directes. El resultat final és que les classes socials més afavorides gaudeixen de millor salut que les classes socials més desfavorides (La Parra, D. 2002). També el catedràtic de Biologia i Neurologia de la Universitat de Stanford Robert M. Sapolsky ha investigat molt sobre l'estrés<sup>31</sup> i assenyala que “el estrés psicológico se construye alrededor de la falta de control, de previsibilidad, de válvulas de escape y apoyo social, y los pobres carecen de todas ellas: despidos cada vez que la economía empeora, la posibilidad de que al casero no le dé la gana de poner la calefacción todavía, no poder pagarse nunca unas vacaciones, el cansancio por tener dos trabajos, un contexto en el que hablar de “red de apoyo social” suena a jerga *yuppie*. Además las enfermedades existentes mas sensibles al estrés son las que tienen los mayores gradientes de estatus socioeconómicos como los trastornos psiquiátricos y las enfermedades del corazón” (Sapolsky R.M.,2007: 142).

Tant la perspectiva estructural i la psicosocial serveixen per aclarir, en bona mesura, els motius pels que es produeixen les desigualtats de salut i també han apuntat intervencions per a la disminució de les mateixes. Ambdues perspectives, malgrat les diferències que tenen, es poden solapar en alguns aspectes, com per exemple el fet que Wilkinson assenyala que els factors psicosocials són els que contribueixen de forma més determinant a l'explicació de les desigualtats socials només entre països econòmicament més forts (requisit material), però que entre els països més pobres segueix sent determinant el nivell de riquesa material. I un altre punt en comú seria el fet que qui pateixen els factors psicosocials negatius i els qui contenen amb recursos materials limitats són els estrats socials més desfavorits.

Hi ha alguns punts on es contraposen els dos enfocaments teòrics: per exemple, la visió materialista prediu que els increments en els nivells de vida es tradueixen en millores de la població. Els partidaris de l'hipòtesi psicosocial en canvi consideren que

---

<sup>31</sup> Un llibre imprescindible sobre aquest tema de l'estrés és el de Sapolsky R.M. (2008): *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?* Madrid: Alianza editorial.

aquests increments ho fan en millores de la salut únicament quan hi ha una disminució de la desigualtat.

Aquestes quatre teories també tenen una rellevància especial quan analitzem les desigualtats socials en referència a la salut mental.

## **2.7 Com repercuteixen les desigualtats socials en la salut mental**

La salut mental i les malalties mentals ja hem esmentat que estan determinades per molts factors d'interacció social, psicològica i biològica de la mateixa manera que ho estan la salut i la malaltia en general. Ara bé, hi ha dades que mostren una clara taxa superior de trastorns mentals entre la població pobre que en la rica, tant entre països rics i pobres com dintre dels mateixos països (OMS, 2001). L'associació entre pobresa i trastorns mentals<sup>32</sup> sembla ser universal, es dona a totes les societats, independentment dels seus nivells de desenvolupament. Factors com la inseguretat i la desesperança, el ràpid canvi social i els riscos de violència i problemes de salut física poden explicar la major vulnerabilitat de les persones pobres en qualsevol país, a desenvolupar malalties mentals<sup>33</sup> (O.M.S, 2004. Segons enquestes transnacionals fetes per la OMS a Brasil, Xina, India, Zimbabwe hi hauria el doble de trastorns mentals entre els pobres que entre els rics. En els Estats Units d'Amèrica es va trobar que el risc de trastorns era major en els nens de famílies pobres, en una proporció de 2:1 pels trastorns del comportament i de 3:1 pels trastorns comòrbids. També hi ha d'altres estudis que assenyalen més freqüència de depressió entre els pobres que en la població rica. (OMS, 2001: 40).

L'estat de salut mental d'una societat està relacionat també amb l'estat de salut general i els seus determinants, però també està molt influït pels factors demogràfics, socials i econòmics i pel propi sistema assistencial.

Les malalties mentals poden afectar a qualsevol persona, però determinats grups socials són més vulnerables: persones en situació d'atur, baixos nivells d'educació, afectades de pobresa, immigrants, víctimes de violència, refugiats, situacions d'exclusió social, dones maltractades i amb fills a càrrec, persones grans abandonades, etc.

Hi ha alguns autors que han posat de manifest (a part dels factors contextuals com l'estrès) els traumes (en la família i fora), el racisme, el sexisme, ser membre d'una

---

<sup>32</sup> Un article imprescindible sobre com la pobresa afecta i repercuteix a la salut mental és el de Vijaya Murali i Femi Oyebode (2004).

<sup>33</sup> Malgrat que és difícil fer una frontera entre quins serien els trastorns mentals associats a la pobresa i quins no, hi ha tot una sèrie de malalties que tenen una prevalença independent de mesures preventives o de l'accés als sistemes de salut com poden ser les de base genètica. Encara que un es cuidi, no canviarà el risc de contraure determinades malalties com per exemple la diabetis juvenil (Sapolsky R.M, 2007)

minoria ètnica, d'un poble colonitzat, o ser dona en una societat patriarcal, o lesbiana o gai en una societat homofòbica poden arribar a tenir conseqüències psicològiques importants (Read *et al.* 2006)

També cal dir que malgrat la relació que s'ha establert entre trastorns mentals i del comportament amb factors socials com l'urbanització, la pobresa i l'evolució tecnològica, no hi ha raó per pensar que la repercussió des canvis socials sobre la salut mental és igual en tots els segments d'una societat determinada. Aquests canvis tenen diferents efectes en funció de la situació econòmica, el sexe, la raça i les característiques ètniques. (OMS, 2004)

Determinades problemàtiques de salut com la malaltia cardíaca, la depressió i l'ansietat tenen major prevalença i son més difícils d'afrontar quan existeixen condicions d'altas taxes d'atur, baixos ingressos, educació limitada, condicions d'estrès laboral, discriminació de gènere, estil de vida no saludable i violacions dels drets humans (Desjarlais i altres, a O.M.S, 2004).

En els països desenvolupats des de fa anys hi ha una ampla producció científica sobre la relació entre posició socioeconòmica i salut mental. (Ortiz, L. et al, 2007).

Les dues corrents teòriques que segurament han jugat un paper, en els darrers anys, més destacat pel que fa a les desigualtats socials i la salut mental són l'anomenada Teoria Psicosocial encapçalada per autors com R.G. Wilkinson, M. Marmot<sup>34</sup>, I. Kawachi, B. Kennedy, etc. i la neomaterialista, amb representants com C. Muntaner, J. Benach<sup>35</sup>, C. Borrell, J. Lynch, etc.

## **2.8 Alguns teories sobre les desigualtats socials i la salut mental**

En aquest apartat es mostrarà un representant de cadascuna de les principals teories dels darrers 50 anys i que hem esmentat més amunt: la teoria Psicosocial (també coneguda com la de l'estratificació social<sup>36</sup>), amb Richard G. Wilkinson<sup>37</sup> com un dels seus exponents destacats. I la teoria Neomaterialista (o de les classes socials<sup>38</sup>) amb

---

<sup>34</sup> Michael Marmot actualment és qui dirigeix la comissió dels determinants socials de la salut de la OMS.

<sup>35</sup> Joan Benach i Carles Muntaner han coordinat un dels informes (el de l'àmbit del treball) de la comissió dels determinants de la salut de la OMS que coordina M. Marmot

<sup>36</sup> El concepte d'estratificació social és un concepte controvertit i que ha tingut múltiples definicions. Aquí el podem definir com "l'ordre jeràrquic que s'estableix en una societat per l'educació formal, l'estatus ocupacional i els ingressos del treball". (Muntaner C. et al, 2000)

<sup>37</sup> En el cas d'escollir RG Wilkinson ha estat pel fet que, a part de ser un dels autors que més ha sapigut clarificar l'enfocament psicosocial, l'únic llibre seu traduït al castellà em va causar especial impacte i admiració.

<sup>38</sup> Les classes socials les podem definir com "els grups definits en termes de les seves relacions de control i propietat sobre els mitjans de producció i sobre el control de la força de treball dels altres". (Muntaner C. et al, 2000)

Carles Muntaner com un dels seus principals defensors<sup>39</sup>. Més amunt ja hem vist algunes de les similituds i diferències teòriques entre aquests autors.

En aquest apartat es vol fer una breu aproximació al debat que porten aquestes corrents i que considero que pot tenir una relació més directa amb la proposta d'una Renda Bàsica de ciutadania, que es farà al final del treball.

### **2.8.1 Les desigualtats perjudiquen: R.G.Wilkinson i altres**

Aquest autor, juntament amb d'altres com Marmot (2004) han investigat com el fet de ser exclòs de la vida social i rebre un tractament d'inferioritat, causa pitjor salut. Més concretament, hi hauria prou evidència que l'estrès<sup>40</sup> que produeix viure en la pobresa és particularment perjudicial per a les mares durant l'embaràs, pels nadons, els nens i els vells. ((Wilkinson, 2000)

Determinades circumstàncies psicològiques i socials poden causar un estrès perllongat. Un estat d'ansietat que s'allarga, la inseguretat econòmica, una autoestima baixa, l'aïllament social i la manca de control sobre el treball i la vida domèstica exerceixen uns efectes importants sobre la salut. Aquests riscos es van acumulant al llarg de la vida i augmenten les possibilitats de patir una pobre salut mental i una mort prematura. Llargs períodes d'ansietat i inseguretat i la manca d'amistats que puguin donar suport són perjudicials en qualsevol aspecte de la vida que es produeixin.

Quina seria l'explicació? Wilkinson<sup>41</sup> i altres autors<sup>42</sup> ho han explicat així: quan ens trobem davant d'una situació d'emergència, els nostres sistemes nerviós i hormonal ens preparen per a fer front a una amenaça física immediata desencadenant una resposta de lluita o fugida: augmenta el ritme cardíac, es mobilitza l'energia emmagatzemada, la sang es dirigeix als músculs i s'aguditza l'estat d'alerta. Encara que l'estrès que s'experimenta en la vida urbana moderna, difícilment requereix d'una activitat física extenuant o moderada; un cop que s'ha disparat una resposta davant d'una situació d'estrès, es desvien a altres parts del cos els recursos i les energies invertides en molts processos fisiològics que són importants pel manteniment de la salut a llarg termini. Aquest tipus de resposta afecta al sistema cardiovascular i a

---

<sup>39</sup> Carles Muntaner ha treballat, amb d'altres autors com W. W. Eaton, Carme Borrell, Jan Benach, J W. Lynch, G.Davey Smith, G.A. Kaplan, etc. el vincle entre salut mental i pertànyer a una o altra classe social.

<sup>40</sup> En l'any 1926 H. Selye va introduir el concepte d'estrès en l'àmbit de la salut. Des d'aquell any s'ha utilitzat molt per part dels professionals de la salut, malgrat la controvèrsia en la definició. Les distintes definicions s'han classificat en funció de la seva conceptualització de l'estrès com estímul, com a resposta, com a percepció o com a transacció. Veure Artazcoz, L., Escribà V., Cortès I. (2006)

<sup>41</sup> Les tesis que s'exposen aquí estan fonamentalment extretes del seu llibre Wilkinson, RG.(2001): *Las desigualdades perjudican*. Crítica. Barcelona

<sup>42</sup> Un autor destacat com M. Marmot (2004) en el seu llibre *The Status Syndrome* també ha analitzat com l'estrès afecta a la salut i anomena el *gradient social* en la salut: quan més baixa és la posició socioeconòmica d'un individu, pitjor és la seva salut. Hi hauria un gradient en salut que aniria des del més alt al més baix de l'espectre socioeconòmic.

l'immunològic. Això no tindria importància quan succeeix durant breus períodes de temps<sup>43</sup>; però quan una persona està tensa amb molta freqüència, o bé quan es manté durant molt de temps, aquesta persona es torna més vulnerable a una àmplia sèrie de condicions que inclouen infeccions, diabetis, alta pressió sanguínia, infarts cardíacs, vessaments cerebrals, depressió i agressió (agressivitat).

Wilkinson, ha palesat com els éssers humans som sensibles a les diferències de poder, jerarquia i posició social que es donen en les nostres relacions quotidianes i com el fet d'ocupar un lloc baix en la jerarquia social és una enorme font d'estrès, i l'estrès<sup>44</sup> ja hem dit que ens fa més vulnerables a una llarga llista de malalties.

També posa de manifest perquè la salut està tant íntimament relacionada amb les circumstàncies socials i econòmiques i utilitza la teoria evolutiva per tal d'entendre de quina manera ens veiem afectats per la naturalesa de l'estructura social i l'entorn social.

Wilkinson recorda que durant molts anys es va creure que els determinants psicosocials de la salut no tenien un paper important, malgrat alguns estudis sobre la influència del dol i els "successos de la vida" que produeixen tensió: com el divorci, la pèrdua de feina, o la malaltia greu d'un parent proper, que també semblaven nocius per la salut. A la vegada també hi havia l'evidència que l'amistat i el suport social eren bons per a la salut, però tot i així no resultava obvi que els factors psicosocials fossin causes poderoses de les desigualtats en la salut.

Les postures van canviar quan es va estudiar el treball i la seva pèrdua: l'atur comportava un deteriorament de la salut i aquesta empitjorava quan hi havia ja l'amenaça de l'atur.

L'estructura social i la posició social generen ansietat i estrès. Els processos biològics que l'ansietat posa en marxa impliquen un compromís entre els avantatges adaptatius i els costos de salut que en el seu temps van ser beneficiosos però ara operen en contra nostra.

---

<sup>43</sup> Ens diu Sapolsky que: "Para el 99% de las bestias de este planeta el estrés se condensa en esos tres minutos en los que gritamos aterrorizados cuando "esprintamos" para salvar la vida en la sabana, después de lo cual la persecución se termina o terminan con nosotros. Los problemas surgen porque nosotros, sofisticados humanos cognitivamente hablando, somos capaces de segregar glucocorticoides de forma crónica a causa de un estrés psicológico y social continuado. Y al contrario de las útiles acciones de los glucocorticoides al enfrentarse a un factor estresante físico agudo, una cantidad excesiva de hormonas en respuesta a un estrés crónico hacen mas probable la aparición de todo tipo de problemas relacionados con el estrés, como la subida de la presión sanguínea, discapacidades reproductivas y la depresión del sistema inmunitario". (2007: 102)

<sup>44</sup> Veure Artazcoz, L., Escribà E., Cortès I. (2006) sobre l'estrès en relació a l'àmbit laboral i també extralaboral. Segons aquest article, entre d'altres constatacions es diu que hi ha molts estudis que demostren l'efecte en la salut mental de l'amenaça que implica per a la continuïtat de la vida laboral perdre la feina o treballar en contractes temporals. D'altra banda també posen de manifest que en l'escala d'aconteixements vitals estressants, el divorci i la separació de parella ocupen el segon i tercer lloc.



Les desigualtats socioeconòmiques exerceixen també un profund efecte en el benestar psicosocial de la població i quan menor és el grau de desigualtat socioeconòmica, més saludable és la societat. En les societats més iguals (com probablement eren les societats de caçadors-recolectors) hi ha menys estrès, les persones confien més les unes en les altres i són menys hostils i violentes entre elles. Wilkinson conclou que a major igualtat millor salut trobem. Posa exemples diversos: Japó a finals de la dècada dels 80. Una localitat que es diu Roseto, a prop de Pennsilvania, i també l'exemple del període d'entreguerres en el Regne Unit, quan les diferències de renda es van reduir dràsticament. Diu aquest autor que es va produir un sentit de companyonia que va tenir una àmplia acollida; la salut de la població civil va millorar dos o tres vegades més ràpid del que és normal. Tindria a veure amb això la relació estreta que hi ha entre amistat i igualtat. Platón ja reconeixia la naturalesa igualitària de l'amistat quan va dir allò de "¡Cuánta verdad hay en el viejo refrán que dice que la igualdad conduce a la amistad. Es bastante cierto y suena a verdad!" (Wilkinson, 2000: 42).

Encara estem lluny de saber quina influència precisa tenen l'estatus social, l'amistat i la cohesió en la salut, però l'autor apunta alguns factors socials com: la quantitat de control de les persones sobre el treball i sobre altres facetes de la vida, l'haver de fer front a successos estressants, els llaços dèbils i les dificultats emocionals a una edat jove, i també les relacions socials negatives com els conflictes matrimonials. Junt a aquests factors socials, els factors més psicològics d'afrontament com són un cert sentit d'indefensió, una baixa autoestima, hostilitat, impotència, depressió i baixa satisfacció de la vida, són indicis de mala salut.

Un punt fonamental que destaca l'autor és el que va posar Michael Marmot de manifest quan es referia als "factors de vulnerabilitat" i que podrien trobar-se darrera de les desigualtats en la salut. Així doncs, hauríem de pensar més en les defenses del cos, al sistema immunològic i a la capacitat de resistir a l'exposició a un ampli espectre de circumstàncies potencialment nocives o a reparar els danys resultants. L'ansietat crònica seria el "factor de vulnerabilitat" que explicaria per què aquest ampli ventall de malalties son més comunes entre els grups socioeconòmics més baixos. Això no vol dir que hi haurien d'altres factors de vulnerabilitat per d'altres malalties. L'ansietat crònica doncs, augmentaria la vulnerabilitat de forma acumulativa al llarg de la vida.

També Wilkinson parla de la depressió, una de les malalties més esteses en el món. Diu que també està relacionada amb l'ansietat social. La depressió sorgeix de processos psicològics que han evolucionat amb la derrota i la submissió. Sense ella, les conductes de domini portarien a conflictes constants, per tant la capacitat de subordinació té un valor de supervivència. La depressió seria el resultat d'un sentit de derrota i fracàs del que no es pot escapar. Si la depressió no tingués aquest valor de

supervivència, conclou l'autor, no seriem tant propensos a adoptar una postura tant incapacitant com la depressió profunda.

Les seves tesis finals son palesar que l'amistat i l'estatus social baix, estan fortament relacionats amb la salut.

Les estratègies d'afiliació que afavoreixen la solidaritat social<sup>45</sup> no poden prevaldre sense una economia més igualitària que les sostingui. En definitiva, aquest autor ens diu que si volem millorar la salut i el capital social, si volem alliberar-nos dels prejudicis antisocials i crear una societat més incloent, la reducció de les desigualtats socials ha de ser un objectiu prioritari.

### **2.8.2 L'enfocament neomaterialista: Carles Muntaner i altres.**

Carles Muntaner amb d'altres autors<sup>46</sup> han posat de manifest que malgrat les investigacions de classe social i salut s'han incrementat, pel que fa a la classe social i la salut mental des de fa anys s'han aturat força (Muntaner C., Eaton, W., Diala, Ch., 2000).

Els i les sociòlogues, segons aquest autor, han estat interessats en estudiar els factors de les condicions de treball, el suport social, l'estil de vida... analitzant la relació entre estratificació social i salut. Els epidemiòlegs i investigadors de la salut pública en canvi han estat menys interessats en entendre les causes socials de les desigualtats socials i en

canvi s'han dedicat a identificar les intervencions per la seva eliminació.

L'enfocament de classe social tracta d'explicar les característiques de les posicions en l'estructura social (relacions de classe social) i com aquesta determina els diferents ingressos, perquè els ingressos per si mateix d'aquella persona no expliquen com va ser capaç de guanyar-los. Les posicions de la classe social en l'estructura social estan associades a diverses classes d'ingrés (rendes derivades de la propietat vs. rendes derivades de tenir una feina).

L'anàlisi de classe representa una aproximació alternativa a l'estratificació social doncs considera que algunes relacions socials generen desigualtats en recursos econòmics, polítics i culturals. No seria només que hi hagi estratificació social, sinó que entre les persones de classes socials diferents es produeixen unes relacions socials

---

<sup>45</sup> És interessant fer referència al que diu Frans de Waal respecte a la naturalesa plenament social de la nostra espècie: "después de la pena de muerte, el castigo más extremo que podemos concebir es el confinamiento en solitario. Y esto es así, sin duda, porque no hemos nacido para solitarios. Nuestros cuerpos y nuestras mentes no están diseñados para vivir en ausencia de otros. Nos deprimimos sin apoyo social: nuestra salud se deteriora." ( De Waal, F. 2007:29)

<sup>46</sup> Veure l'article de Muntaner C., Eaton, W., Diala, Ch. "Social Inequalities in Mental Health: a review of concepts and underlying assumptions". *Health* (London) 2000; vol. 4; 89-113 on s'exposa les principals tesi d'aquest corrent.

determinades. I aquestes relacions impliquen una apropiació dels recursos polítics, econòmics i culturals, propi d'una jerarquia implícita de poder i riquesa.

Aquesta corrent teòrica defensa que l'estructura política i econòmica genera processos que generen desigualtat, i aquesta desigualtat existeix prèviament a que els seus individus l'experimentin al seu nivell individual o micro com apunta la Teoria Psicosocial (Lynch et al. 2000).

Carles Muntaner i Joan Benach quan parlen de les causes socioeconòmiques de tipus absolut que interactuen en cada país en la creació de desigualtats socials en salut, esmenten tres categories diferents: a escala global o macro, les causes més importants es troben en la forma en com està organitzada la societat, el sistema de producció econòmica i la desigual distribució de poder entre els ciutadans. La malaltia i la salut són productes de la relació entre els productors de riquesa: els posseïdors dels mitjans de producció i productors de bens i serveis, ja que la distribució dels recursos vitals per a la salut (educació, habitatge, aliment, lleure...) és funció del poder relatiu dels diferents grups. A nivell intermedi, les causes socials les hem de cercar en el medi laboral, ambiental, familiar i cultural. Els factors més importants per a explicar les desigualtats en salut són la pobresa, l'atur, l'escàs nivell d'ingressos familiar, la precarietat laboral, l'explotació infantil, la manca d'aigua potable i aliments, les males condicions de treball i habitatge, la contaminació ambiental, l'analfabetisme i la manca de suport familiar o social. I finalment a nivell micro, la presència de factors psicosocials creadors d'estrés en el medi laboral com són tenir un nivell elevat d'exigències o una baixa capacitat de control i suport social serien causes que tindrien una reconeguda importància. Segons aquests autors, les desigualtats socials produeixen diferents tipus de malalties i és més rellevant saber això que no pas conèixer les malalties específiques produïdes per la desigualtat. (Benach J., Muntaner C. 2005)

Aquestes teories posen l'èmfasi en el paper de l'entorn social i les condicions de vida i de treball de la gent. Les desigualtats es produïrien perquè sovint les classes populars estan més exposades a una situació global menys saludable que no pas les altres classes socials. Les classes socials més desavantatjades treballen en ocupacions que estan més exposades a factors de riscos físics, químics i psicosocials, habiten en residències de menys qualitat i sovint viuen en àrees de més contaminació ambiental (Borrell C., Benach J., 2003).

### *La metàfora de l'avió*

Una metàfora prou gràfica que han utilitzat autors d'aquest corrent és la següent: per apreciar com les condicions neomaterials poden influenciar la salut, diuen que

considerem la metàfora del viatge en avió. Les diferències entre viatjar en classe de primera i classe econòmica poden produir desigualtats de salut després d'un viatge llarg. Els passatgers de primera classe entre molts avantatges com menjar bé i ben servits, tenen més espai i seients reclinables per a dormir. Aquests passatgers arriben ben frescos i restaurats, en canvi els de classe més econòmica arriben cansats. Per a la interpretació psicosocial, aquestes desigualtats de salut produeixen emocions negatives generades per la percepció de la desavantatge relativa entre les dues categories que viatgen. En canvi per a una interpretació neomaterial la gent que viatge en seients barats té pitjor salut perquè ells viatgen en espais estrets i no poden dormir. El fet que ells puguin veure a la gent rica en seients més grans no és la causa de la seva pobre salut. Per la interpretació psicosocial aquestes desigualtats en salut serien reduïdes abolint la primera classe. Per a la interpretació neomaterial, les desigualtats en salut podran ser reduïdes millorant les condicions de la classe econòmica, tenint clar sempre que els de primera classe oposaran resistència als canvis (Lynch, 2000).

Alguns autors com Muntaner, Borrell, Benach han utilitzat l'anàlisi teòric de classe del sociòleg marxista Erick Olin Wright en diversos dels seus estudis ( Muntaner C. et al. 2000, 2003, 2004). La tipologia de classes que estableix aquest sociòleg, a diferència de l'anàlisi de l'estratificació social i de les categories ocupacionals, mesura els mecanismes relacionals i les relacions de poder, control i autoritat en el món del treball. Per exemple, el que s'anomena la "doble exposició" dels supervisors, que estan pressionats per l'alta gerència i a la vegada a l'antagonisme dels treballadors subordinats que exerceixen poca influència en la política de l'empresa (EO Wright, 2000). Aquesta situació que pateixen els supervisors de pressió per dalt i per baix, ha palesat que tenen més factors de risc de patir trastorns mentals com ansietat i depressió i presenten més pobre salut mental que els gerents. (Muntaner et al. 1998).

Carles Muntaner, Carme Borrell i Haejoo Chung analitzen i repassen en un article molt informatiu les relacions entre classe social i la malaltia mental, i com s'ha trobat associació entre explotació de classe i depressió, fent servir indicadors que capturen les relacions de propietat i l'extracció de l'esforç del treball. Els autors argumenten a favor de marcs més estructurals per entendre millor la relació entre desigualtats econòmiques i malaltia mental (Muntaner C., Borrell C., Chung H., 2008).

Les explicacions de classe social de les desigualtats socials en salut mental, segons Muntaner, tindrien un fonament més polític doncs determinen molts aspectes: "impliquen més que canvis en les relacions socials, implica fonamentalment democratitzar el lloc de treball per tal de garantir una millora de la salut mental en la societat"(Muntaner C. et al 2000:100).

Altres informes també han demostrat la importància de pertànyer a una classe social alta o baixa i la relació amb la salut mental: en un informe de la Fundació Bofill de l'any 2002 fet a Catalunya, es va concloure que la probabilitat de patir un trastorn mental és més gran entre les dones i entre les persones de classe social menys afavorida. (F. Bofill, 2002).

En un estudi de l'Agència de Salut Pública de Barcelona de l'any 2000, es va avaluar la salut mental de 8319 persones. Totes les anàlisis han estat estandarditzades per edat, per districte i estratificades per sexe. En aquest estudi també es posa de manifest que les persones amb un nivell educatiu baix, com també les de classe social més desafavorida, mostren una prevalença més elevada de patiment psicològic que les que gaudeixen d'un nivell educatiu elevat o pertanyen a classes socials més benestants. Pel que fa a les xifres, en el cas dels homes sense estudis, la prevalença era del 30%, en el cas de les dones del 26%. Pel que fa a estudis primaris incomplets, en el cas de les dones era d'un 20%, i els homes del 12%. En el cas d'estudis primaris complets, un 17% les dones i un 12% els homes. En canvi, els que gaudien de millor salut mental eren els homes amb estudis universitaris amb només un 8% de patiment psicològic. Pel que fa referència a les classes socials, les de classe social alta (CS-I) gaudien de millor salut mental (7% de patiment els homes, 11% de dones) que les de classes socials més baixes (CS-V) que eren del 14% de mala salut mental per als homes i del 22% per les dones (ASPB, 2000).

## **2.9 Alguns exemples de la relació entre desigualtats socials i salut mental**

Sobre les repercussions de les desigualtats socials sobre la salut mental podem parlar com ja hem vist, de diferents esferes: de l'ocupació, de l'educació, del suport social, de les condicions de vida urbanes, de la discriminació per motius d'ètnia, per gènere, etc. i cadascun d'aquests àmbits requereix per si mateix tot un desenvolupament específic. En aquest treball he volgut apuntar breument tres camps en concret que he considerat prou importants i significatius en el terreny de la salut mental, i també pel fet de tenir una relació molt directe amb la proposta de la Renda Bàsica que es desenvoluparà en el capítol final.

Els temes apuntats aquí són en primer lloc la pobresa i la salut mental. En segon lloc el treball o la seva absència i com repercuteix en la salut mental. I en tercer lloc un tema que sense ser exclusiu de la salut mental, si que té una importància prou significativa i evident en la literatura sociològica al llarg dels anys<sup>47</sup>: l'estigma.

---

<sup>47</sup> Un dels temes més tractats al llarg dels anys per la Sociologia de la salut mental ha estat el de l'estigma. Veure el treball d'anàlisi dels articles de Sociologia de la salut mental de les principals revistes nordamericanes de Sociologia de Avison W. R., McLeod J.D., Pescosolido B. A., (2007)

### **2.9.1 Pobresa i salut mental**

Els ingressos econòmics estan directament associats amb el nivell de salut. Es considera un indicador directe de la riquesa material. La pobresa relativa significa ser molt més pobre que la majoria de les persones de la societat i es sol definir com viure amb uns ingressos inferiors al 60% de la mitja nacional. La pobresa impedeix a les persones l'accés a una vida digna, a l'educació, al transport i d'altres factors vitals per a la plena participació en la societat. Ser exclòs de la vida social i rebre un tractament d'inferioritat causa pitjor salut i riscos més elevats de patir una mort prematura.

Segons un estudi longitudinal realitzat a EUA a l'any 1980, es va mostrà que la mortalitat en els individus que residien en llars on els ingressos mitjos eren menors de 10.000 dòlars era un 55% superior a la dels individus que residien en llars que tenien ingressos mitjos superiors a 34.000 dòlars (Davey Smith, 1996). Al Regne d'Espanya un estudi a l'any 1987 va mostrar que el percentatge d'homes amb ingressos mensuals familiars inferiors a 50.000 pessetes que deia tenir una malaltia crònica era 1,35 vegades més gran que els homes amb ingressos mensuals familiars superiors a 100.000 pessetes. En el cas de les dones era 1,20 vegades superior. (Enquesta nacional de salut, 1999).

La pobresa i l'exclusió social provoquen un gran impacte sobre la salut i provoquen una mort prematura. La pobresa absoluta, entesa com la carència de les necessitats materials bàsiques de la vida, segueix existint, inclòs als països més rics d'Europa. Els aturats, moltes minories ètniques, els treballadors immigrants, els discapacitats, els refugiats, les persones sense llar estan més exposades a aquest risc. Les persones que viuen al carrer tenen l'índex més elevat de mort prematura.

Més concretament pel que fa a la salut mental, hi ha prou evidència que l'estrès que produeix viure en la pobresa és particularment perjudicial per les mares durant l'embaràs, pels nadons, els nens i nenes petits i la gent vella.

Les circumstàncies psicològiques i socials poden causar un estrès perllongat. Un estat d'ansietat que s'allarga, la inseguretat econòmica, una autoestima baixa, l'aïllament social i la manca de control sobre el treball i la vida domèstica exerceixen uns efectes importants sobre la salut. Aquests riscos es van acumulant al llarg de la vida i augmenten les possibilitats de patir una pobre salut mental i una mort prematura. Llargs períodes d'ansietat i inseguretat i la manca d'amistats que puguin donar suport són perjudicials en qualsevol aspecte de la vida que es produeixin.

Un informe recent de Càritas, organització que treballa amb la gent pobre, diu "Hi ha un augment del malestar en el conjunt de la població en general. Són elements determinants la forta càrrega emocional i estressant que suporten els individus en una

societat com la nostra, molt exigent, selectiva i competitiva. També intervenen els canvis que estem vivint en els models de vida familiar i social.” ( Càritas, 2007: 37). I més endavant dona les xifres: “la meitat de les persones sense llar tenen problemes de depressió, el 43% beu o ha begut en excés en algun moment de la seva vida i gairebé el 50% posa en relació l’alcohol amb el fet d’estar al carrer; el 16% ha consumit altres drogues, l’11% ha patit algun problema greu de salut mental, un 7,7% ha patit maltractaments de la seva parella i un 3,8% agressions sexuals d’adults (Càritas, 2007: 61).

També l’informe anual de l’any 2006 de la Federación Europea de Organizaciones Nacionales (FEANTSA) que treballen amb persones sense llar, diu que tots els informes rebuts assenyalen que els ràtios de mala salut mental entre els sense sostre són molt més alts que entre la població en general. Una de cada cinc persones que es queden sense habitatge prèviament patien problemes de salut mental<sup>48</sup>. Encara que no hi hagi una malaltia mental com a tal, hi ha una clara pèrdua de benestar mental entre la majoria de persones sense llar, que es manifesta amb sensació d’ansietat, estrès, tensió i incapacitat per fer front als problemes, de depressió i de dificultats per a dormir.

Segons aquest mateix informe, els nivells de malaltia mental són alts i és comú entre la gent sense llar, presentar diversos problemes psiquiàtrics a la vegada. Aquests problemes poden ser agreujats per l’abús de substàncies. Aquests informes conclouen que les malalties més comunes entre els sense sostre, són l’esquizofrènia, els trastorns de personalitat i la depressió. Els problemes de salut mental comporten també un alt risc de lesions i suïcidis. (FEANTSA, 2006).

Ja hem explicat que les malalties mentals les pot patir qualsevol persona, però determinats grups socials poden resultar més vulnerables i les persones pobres són un d’aquests grups. Un exemple del que estem analitzant el podem trobar en les dades de la població atesa als serveis especialitzats en salut mental a Barcelona. Les diferències entre els districtes alts i baixos són il·lustratives: a Sarrià Sant Gervasi és del 2,1% i a Nou Barris és del 3,8%. Les taxes d’hospitalització psiquiàtrica també varien de l’1,9% a Gràcia al 4,9% de Ciutat Vella.

### **2.9.2 Treball, atur i salut mental**

Els principals factors de risc pels trastorns de l’estat d’ànim (depressió, distímia, ...) es relacionen amb la situació laboral de la població. A Espanya, les persones de baixa

---

<sup>48</sup> Es donaria aquí en part el fenomen de les 2 direccions: la malaltia mental pot portar a la pobresa i la pobresa i els baixos ingressos poden comportar problemes de salut mental.

per malaltia, amb descans per maternitat, en situació d'atur i les que presenten discapacitat tenen entre 3 i 6 vegades més risc de caure malalt que les que tenen feina remunerada. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Els dos principals estressors relacionats amb el treball que poden empitjorar la salut mental són l'estrès en el lloc de treball i l'atur<sup>49</sup>.

Tant pel que fa a les conseqüències de quedar-se a l'atur, com pel que fa a determinades condicions de treball<sup>50</sup> hi ha força investigació de qualitat acumulada, que ens pot també aportar prou informació sobre com afecta a la salut mental. Segons alguns estudis estar a l'atur triplica la proporció de les psicosis i les fòbies i duplica l'ansietat i la depressió respecte a la resta de la població. (Meltzer H., et al. 1995)

En una entrevista<sup>51</sup> feta a Joan Benach, professor de salut pública i salut laboral a la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona i Carles Muntaner, Catedràtic de salut pública a la Universitat de Toronto a l'any 2005, recordaven que el treball a part d'ocupar un lloc central en les vides de les persones, com mitjà per sobreviure, també determina el nostre grau d'influència social i nivell de vida, i també la nostra salut. Tenim feina o no, treballem dintre, fora de la llar o ambdues coses a la vegada, tenim contractes laborals i aquests són estables o no, tenim ocupacions saludables, insalubres o perilloses. No hi ha dubte que en el segle XXI, el tipus de treball segueix emmalaltint i matant a treballadors...però a més a més, el treball a part d'emmalaltir i matar, també ens desgasta, deteriora i envelleix. El "desgast psíquic" no només es refereix a les malalties reconegudes per la Psiquiatria sinó també a malalties psicosomàtiques i a una sèrie de patiments, amb freqüència difícils de definir, rarament reconeguts i estudiats, que van des de la fatiga a l'insomni passant per dolors musculars, el malestar, l'ansietat o la insatisfacció. També les diferències de poder dels treballadors influeixen profundament sobre la salut, ja que aquestes determinen per exemple, quin tipus de treballadors tindran més possibilitats de ser acomiadats, quins estaran sotmesos a un contracte precari o quins estaran exposats a factors de risc per la seva salut.

Un informe de l'Organització Internacional del Treball (OIT) fet a Alemanya, Estats Units d'Amèrica (EUA), Finlàndia, Polònia i el Regne Unit l'any 2000<sup>52</sup> va causar un

---

<sup>49</sup> Veure les diferents repercussions a la salut física i mental de tenir feines precàries i estar a l'atur a Dooley et al. (1996).

<sup>50</sup> Hi ha prou investigació per saber que l'ocupació flexible pot tenir efectes adversos sobre la salut dels treballadors. Veure Benavides F. G. i Delclos G.L (2005)

<sup>51</sup> Entrevista molt exhaustiva de Salvador López Arnal a Joan Benach i Carles Muntaner del 12 de desembre del 2005 a [www.lainsignia.org](http://www.lainsignia.org). Part d'aquesta entrevista es va publicar al Viejo Topo de desembre del 2005, núm. 214-215, pp. 28-35. Consultada el 14 de maig del 2007.

<sup>52</sup> [www.ilo.org/global/About the ILO/Media and public information/Press](http://www.ilo.org/global/About%20the%20ILO/Media%20and%20public%20information/Press) Pàgina consultada el 29/08/07



fort impacte: deia que un de cada deu treballadors patia depressió, ansietat, estrès o cansament que en alguns casos comportava atur o hospitalització. La Sra. Phyllis Gabriel, especialista en rehabilitació professional i autora de l'esmentat informe deia: "Els empleats pateixen desànim, cansament, ansietat, estrès, pèrdua d'ingressos i inclòs atur, amb l'agreujant, en alguns casos, de l'inevitable estigma associat a la malaltia mental. Pels creadors d'ocupació, els costos es tradueixen en baixa productivitat, disminució de beneficis, altes taxes de rotació de plantilla i majors costos de selecció i formació de personal substitut. Pels governs, els costos inclouen despeses d'atenció sanitària, pagaments per segurs i minva de renda a nivell nacional".

La situació, en aquest informe era francament desoladora: a EUA, la depressió clínica s'ha convertit en una de les malalties més comuns, que afecta cada any a una dècima part dels adults en edat de treballar, amb el resultat d'aproximadament 200 milions de dies de treball anuals; a Finlàndia, més del 50% dels treballadors pateixen algun tipus de símptomes relacionats amb l'estrès, com l'ansietat, sentiments depressius, dolor físic, exclusió social i trastorns de la son; el 7% dels treballadors pateixen un cansament sever que poden portar a actituds clíniques i una dràstica reducció de la capacitat professional, i els trastorns de la salut mental son ja la principal causa de pensions per incapacitat a Finlàndia; a Alemanya, els trastorns depressius son els responsables de quasi el 7% de les jubilacions prematures i la producció perduda per l'absentisme atribuïble a trastorns mentals de salut mental s'estimava en més de 5.000 milions de marcs anuals; En el Regne Unit, quasi 3 de cada 10 ocupats pateixen problemes de salut mental i molts estudis indiquen que son comuns l'estrès provocat per el treball i les malalties que causa; a Polònia el nombre de persones que reben assistència sanitària mental és creixent, sobretot de trastorns depressius. Tendència que estaria relacionada amb la transformació socioeconòmica del país i amb l'augment de l'atur, inseguretad laboral i descens dels nivells de vida.

L'informe reconeix que malgrat la complexitat dels orígens de la inestabilitat mental, sembla que hi ha alguns elements comuns que vinculen l'alta incidència de l'estrès, el cansament i la depressió als canvis que s'estan produint en el mercat de treball, deguts en part als efectes de la mundialització econòmica.

El 26 d'octubre del 2005, la OIT en una conferència dedicada al tema, destacava les conseqüències de l'estrès en els treballadors i les empreses. L'estrès relacionat amb el treball representa un dels majors problemes de salut laboral en la UE. Segons aquest comunicat es diu que "La meitat dels 150 milions de treballadors d'Europa està sent exposada a una pressió considerable en el treball. La UE estima que el cost de l'estrès en el lloc de treball és d'aproximadament 20.000 milions d'euros anuals. ([www.ilo.org](http://www.ilo.org))

A l'Enquesta Europea sobre condicions de Treball el 1996, es diu que el distrès en el treball s'ha convertit en un veritable problema de salut que pateix el 28% de la població. Aquest percentatge està lligat a la presència de diferents estressors, entre ell, el ritme de treball, amb un 54%; la repetició en les tasques, amb un 45%; i la monotonia amb un 37%.

Al Regne d'Espanya, segons la V Enquesta Nacional de Condiciones en el Trabajo (2004), uns tres milions cinc-cents mil treballadors/es estan sotmesos a forts ritmes de treball. Manifesten que canviarien el càrrec si tinguessin alguna possibilitat. Un milió més considera que té més capacitats de les que demanda el seu lloc de treball i més d'un milió manifesta tenir molèsties relacionades amb factors psicosocials.

En un estudi que es va fer a Barcelona sobre les desigualtats en la salut mental de la població ocupada, les conclusions eren clares: la salut mental de la població ocupada s'explica per una interacció entre el sexe i la qualificació del treball. La salut mental de les dones, amb ocupacions menys qualificades, és la pitjor. (Cortés, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., 2004)

També convé esmentar un monogràfic molt informatiu sobre Salut mental de la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo<sup>53</sup> on es diu que els precursors de la (mala) salut mental són, en general de caràcter psicosocial i guarden relació amb el contingut del treball, les condicions de treball i les relacions en el treball. Quan un o més d'aquests factors es manté actiu, les respostes a curt termini poden originar modificacions més estables i menys reversibles com l'esgotament, les psicosis o un trastorn depressiu major.

Una altra constatació important és la relació estreta que es dona entre el treball flexible i insegur i diversos problemes de salut mental<sup>54</sup>, sobretot entre feines poc qualificades tant entre els homes com entre les dones (Artazcoz, Benach, Borrell, Cortés, 2005).

Pel que fa a les repercussions d'estar a l'atur, també cal esmentar la tesi doctoral de Lucia Artazcoz<sup>55</sup>, on ha constatat que l'efecte de l'atur sobre la salut mental depèn de la classe social i ho fa de forma distinta segons gènere: entre els homes és superior en els de classe social més baixa, mentre en les dones ho és en les més qualificades.

---

<sup>53</sup> Directors del capítol: Joseph J. Hurrell, Lawrence R. Murphy, Steven L. Sauter, Lennart Levi. Es poden trobar diversos articles molt informatius, entre d'altres sobre *Trabajo y salud mental, Psicosis relacionadas con el trabajo, Ansiedad relacionada con el trabajo, Karoshi: muerte por exceso de trabajo, El estrés y el agotamiento, etc.*

<sup>54</sup> Un informe exhaustiu i recopilatori de diversos estudis del que representa el món del treball amb totes les seves variants i tipologies i com afecta a la salut (mental) el podem veure a WHO (2007c), treball fet per una comissió dels determinants de la salut de la OMS, coordinada per Joan Benach i Carles Muntaner.

<sup>55</sup> *Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social i treball.* Tesi dirigida per la Dra. Carme Borrell i el Dr. Joan Benach. Universitat Pompeu Fabra. Departament de Ciències experimentals i de la Salut. Barcelona 2004.

Una altra vegada l'estudi mostra les interaccions dels tres eixos: gènere, classe social i rols familiars....

L'atur és un factor de precipitació de malalties mentals, incrementant el risc d'ingrés psiquiàtric per als treballadors amb períodes d'atur de més de 6 mesos (Lajer, 1982).

Segons dades de l'Estratègia de salut mental del Sistema Nacional de Salut d'Espanya basades en la European Study of the Epidemiology of mental disorders, la taxa de prevalença pels aturats era del 14,7% de patir qualsevol trastorn mental, el doble d'una persona que té una feina remunerada o d'un estudiant. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 45).

Una dada que en els darrers anys ha posat un tema a debat és el de la doble jornada de moltes dones i com aquest fet juntament amb unes determinades condicions laborals acaba comportant conseqüències per a la salut mental. El 29 de desembre del 2006 l'Agència de Salut Pública treia un comunicat on es deia que "l'atur té un efecte negatiu sobre la salut mental dels homes, però no en la de les dones". Les dones aturades tenien, segons aquest informe, millor salut mental que les ocupades. Tindrien més mala salut mental un 13,3% de les dones ocupades, en front d'un 6,5% de les aturades. L'explicació podria venir pels factors laborals (pitjors condicions laborals) i per la doble jornada que empitjoraria la salut mental de les dones. En el cas dels homes<sup>56</sup>, el 22,3% dels homes aturats presenten mala salut mental, davant del 6% dels ocupats. Els que presenten pitjor salut són els homes en atur, que han treballat en feines manuals, amb fills menors de 15 anys i que no cobren subsidi. El 40% dels homes que es troben en aquesta situació presenten una mala salut mental i tenen 19 vegades més probabilitats de tenir mala salut mental que els que es troben amb la mateixa situació familiar però si treballen.

### **2.9.3 Estigma i salut mental**

L'estigma i la discriminació relatiu a les persones que pateixen malalties mentals fa referència a les distintes barreres socials que hi ha a les nostres societats i amb negatives conseqüències sobre les persones amb malalties mentals severes. Barreres, que a part dels efectes directes sobre la dignitat i autoestima de les persones, dificulten el seu accés a condicions bàsiques per l'exercici dels drets de ciutadania, així com als serveis d'atenció.

És evident que, malgrat l'efecte que pugui tenir alguna discriminació sobre les persones amb alguna problemàtica de salut mental, és palès que les persones més afectades són aquelles que pateixen trastorns mentals greus (esquizofrènia, trastorns

---

<sup>56</sup> Caldria esmentar alguns estudis rellevants europeus sobre com pot arribar a perjudicar a la salut l'atur entre els joves. Veure el llibre coordinat per Kiselbach T ed. (2000)

bipolars, depressions majors, etc.). Aquestes persones es troben afectades per dos tipus de problemes: els derivats directament per la seva malaltia o trastorn que acostumen a ser intermitents i episòdics, i els relacionats amb l'estigma, que solen ser paradoxalment més permanents i constants. La conseqüència d'ambdues és una disminució important de les oportunitats per a gaudir d'una vida ciutadana i de les relacions socials, de parella, de feina, d'habitatge, etc.

En el seu clàssic anàlisi, Erving Goffman (1970), anomena "estigma" per referir-se a un "atribut profundament desacreditador", és a dir, una característica que ocasiona en el qui la posseeix, un ampli descrèdit o desvalorització, com a resultat que aquesta característica o tret es relaciona amb un estereotip negatiu cap a la persona que ho posseeix. El significat de la paraula que vol dir atravesar o fer un forat, deriva de la marca que es feia a l'Edat Mitjana a qui havia fet alguna infàmia o conducta reprovable. La marca era feta amb ferro cremant aplicada en algun lloc de la superfície visible del cos. El subjecte quedava així estigmatitzat. (AEN, 2008).

És probable que estiguem davant d'un fenomen universal<sup>57</sup> que guarda relació amb els processos de categorització social (Alvaro JL., Garrido A., 2003) amb bases tant biològiques, com psicològiques i socials i que simplifica i resumeix d'una manera eficient, informació molt diversa i complexa. Ajudaria a identificar a "primera vista" a amics i enemics probables. Encara que sigui a costa de simplificar la visió i generar dificultats i complicacions afegides, tant a les persones afectades, que veuen menystinguts els seus drets i deteriorada la seva situació, com al conjunt de la societat, que es priva de gaudir de les potencials contribucions de la minoria exclosa.

Hi hauria un procés d'estigmatització<sup>58</sup> que consistiria en un seguit de passos que es donarien més o menys així: 1) distinció, etiquetat, identificació d'una determinada diferència o marca que afecta a un grup de persones. 2) Associació de les persones etiquetades amb característiques desagradables en funció de les creences culturals 3) la consideració d'aquestes persones com un grup diferent i apart. 4) les repercussions emocionals de qui estigmatitza i el qui és estigmatitzat 5) la pèrdua d'estatus i la discriminació que afecta conseqüentment a la persona o grup estigmatitzat 6) i l'existència de factors que tenen a veure en asimetries de poder, sense les quals el procés no funcionaria, o sense la mateixa intensitat ni amb les mateixes conseqüències per a les persones afectades.

---

<sup>57</sup> Veure més detalladament l'anàlisi de Corrigan PW, Watson AC. "Understanding the impact of stigma on people with mental illness". *World Psychiatry*, 2002, 1,1:16-20

<sup>58</sup> L'article "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible" de Ana María Rodríguez y Almudena Aparicio (2008) és un article molt informatiu on hi ha més de 200 referències bibliogràfiques sobre investigacions relacionades amb l'estigma.

En el cas de l'estigma de les malalties mentals trobem que hi hauria un gradient que aniria des de problemes de salut mental que ens poden afectar a tothom (ansietat, depressió, etc.) fins a la imatge tradicional de la "bogeria", com és l'esquizofrènia<sup>59</sup>.

Des d'anàlisis sociològics rigorosos hi ha un considerable nombre d'estudis que posen de manifest com la simple etiqueta de "malalts mentals" dispara opinions i sentiments personals per si sola, independentment de les conductes de les persones que la porten.

Les conseqüències de l'estigma social te moltes repercussions. En primer lloc, per les persones afectades directament que experimenten dos efectes: els produïts directament com a resultat de la discriminació personal i estructural que els afecta i els derivats de la pròpia autoestigmatització<sup>60</sup>. Pel que fa al primer efecte, són abundants les barreres en l'exercici de drets i accés a serveis, agreujant els seus efectes. Hi ha molts exemples de discriminació per accedir a l'habitatge, el treball<sup>61</sup>, serveis, relacions socials<sup>62</sup>, etc reforçat per la imatge que es dona als mitjans de comunicació.

Pel que fa al primer efecte, també molt negatiu, com és l'autoestigma, hi ha estudis que també posen de manifest, com s'acaben assumint els estereotips de perillositat, incapacitat i incurabilitat, comportant sentiments de vergonya i disminució de la seva autoestima, afavorint l'aïllament i dificultant la demanda d'ajut. I això, augmenta el risc de recaigudes de la seva malaltia i també de suïcidi.

Cal dir, però, que no sempre hi ha una única interiorització negativa. La resposta a l'estigma també dependrà de l'anàlisi que faci la persona i la seva interiorització de la situació, del context social i especialment del suport social i institucional que la persona tingui.

#### **2.9.4 Recapitulant**

Hem estat analitzant fins aquí alguns dels problemes socials, pel que fa a la salut mental de les poblacions, que té la societat, entrat ja el segle XXI. Les desigualtats socials, la pobresa, determinades condicions de treball, l'atur involuntari, etc. afecten

---

<sup>59</sup> Un estudi de l'any 2006, deia que l'esquizofrènia és, de les 53 malalties mentals catalogades, la més estigmatitzada. <http://newsvote.bbc.co.uk> consultada el 05/09/07. L'esquizofrènia és una malaltia que afecta a tots els països del món i es troba entre les 10 primeres causes d'incapacitat en la població entre les edats compreses dels 18 als 44 anys.

<sup>60</sup> Tindria a veure amb això de l'autoestigmatització que el 20% de les persones amb malaltia mental crònica creuen que les persones amb malaltia mental suposen un risc si no s'hospitalitzen, segons algunes dades resumides de l'estudi de la Universidad Complutense de Madrid i l'Obra Social de Caja Madrid, anomenat "Estigma y Enfermedad mental: análisis de las actitudes de rechazo social y estigmatización que sufren las personas con enfermedad".

<sup>61</sup> El País del 7 d'octubre del 2001 informava que "En España sólo alrededor de un 9% de personas afectadas por trastornos mentales posee un puesto de trabajo, frente al 34% de Europa". La situació a maig del 2008 malauradament no ha canviat gaire.

<sup>62</sup> Segons el mateix estudi de la Universitat Complutense i Caja Madrid es deia que només el 14% de les persones amb malaltia mental crònica tenen parella estable i un 18% no tenen cap amic.

greument a la salut mental de milions d'individus a tot el món. També s'ha fet una referència a l'estigmatització de les persones que pateixen malalties mentals i de quina manera repercuteix als drets de ciutadania d'aquestes persones quan es barra el pas a l'accés de l'ocupació, l'habitatge, els serveis, a les relacions socials, etc.

Ara ens cal veure quines polítiques es porten a terme per tal de lluitar contra aquestes desigualtats socials. Perquè tal i com diuen Benach i Muntaner: "Reducir el hambre, la pobreza o la desigualdad, por ejemplo, no son meros problemas técnicos o financieros sino asuntos políticos. Las soluciones técnicas requieren de la voluntad y de la acción política para llevarse a cabo". (Benach J., Muntaner C., 2005: 115). O dit d'una altra manera: el coneixement de les desigualtats socials i com repercuteixen en la salut mental és molt important, però no és suficient per reduir-les, cal prendre decisions, cal desenvolupar polítiques.

### Capítol 3: Polítiques de salut mental

En aquest capítol analitzarem les diferents estratègies polítiques que des de diferents marcs (europeu, espanyol i català) es fan servir per millorar la salut mental.

#### 3.1 Un repàs històric

Abans d'entrar a veure les polítiques que es desenvolupen en el segle XXI pel que fa a la salut mental, ens convé fer un repàs històric sobre el que han estat les diferents polítiques, mesures i tractaments envers la malaltia mental i com s'han anat configurant al llarg de la història.

Abans de l'antiga Grècia, la bogeria era vista com una de les malalties amb la que els Déus castigaven als homes i les dones. En les antigues civilitzacions i cultures històriques de la humanitat com l'antic Egipte i Mesopotàmia eren tractades pels sacerdots-metges, als que corresponia una pràctica sanadora que, en general, combinava els exorcismes, fórmules i rituals màgics amb remeis medicinals de base vegetal. Eren els únics mediadors vàlids i eficaços entre els indefensos mortals i les omnipotents divinitats. (Arechederra J.J., Ayuso P.P., Choza J., Vicente J., 1995). I és que com diuen aquests autors, les malalties al ser vistes com càstigs divins<sup>63</sup>, havien de ser sacerdots a més de metges els que actuaven per restablir la salut, quan era possible, del castigat.

A Mesopotàmia, des de Sumer i Acad fins a l'Imperi Neobabilònic conviuen dos tipus de sanadors: el sacerdot-metge i el metge laic, fonamentalment quiropràctic.

A l'antic Egipte, la Medicina era una barreja de receptes empíriques, rituals litúrgics i fórmules màgiques. Però, a diferència dels mesopotàmics, els sacerdots-metges egipcis no ostentaven una condició tan sagrada, ni refusaven les pràctiques terapèutiques quiropràctiques. El que sí era comú és el fet que la bogeria també era una de les malalties escollides pels Déus per a castigar als mortals.

Entre els hebreus, poble monoteista estricte, també trobem consideracions similars. En el Deuteronomi, trobem que Jehovà castiga amb la bogeria. Qüestió que queda confirmada en el *llibre de Samuel*, on es refereix la bogeria de Saúl com causada per un geni malèfic enviat per Jehovà per a castigar la impietat del rei hebreu.

En el cas de la Índia i la Xina antigues, malgrat el substrat racional de la Medicina india com de la xina, accepten l'existència de dimonis com a causants de moltes malalties, i evidentment també de la bogeria.

---

<sup>63</sup> Pel que sembla, la bogeria juntament amb la ceguesa i la peste eren les malalties preferides pels Déus per venjar-se a qui ofenia, violava els tabús o oblidava els deures religiosos. (Arechederra J.J., Ayuso P.P., Choza J., Vicente J., 1995).

A l'antiga Grècia , abans de la *Hèlade*, els segles VI-V a. C. hi havia influències mesopotàmiques i sobretot egípcies. En la Grècia *heroica* poques coses passen sense que els Déus estiguin d'acord i són els *asklepiades* (sacerdots-metges d'Asklepi, Déu de la Medicina) els encarregats de curar i ho faran als *asklepions* (hospitals i escoles de Medicina).

A partir del segle VI a. C. les coses comencen a canviar. Pitàgores (580-500 a.C.) considera el cervell el lloc on rauen les malalties mentals.

És en aquesta època de la Grècia *clàssica* on els bojos són considerats malalts, i la seva bogeria un mal orgànic, susceptible de rebre tractament mèdic. I així continuaran en la Grècia *helenística* i després en la República i Imperi romans, i no canviarà en segles posteriors. Ara bé, és important veure ja les diferències en el tractament als malalts mentals. Sorano de Efeso (segles I-II d. C.) metge hel·lenisticoromà representa la corrent anomenada *humanitària o de tractament moral*, segons la qual, i d'acord amb els de l'escola *metòdica*, els afectats de "frenitis" no havien de ser tancats en habitacions fosques i mal ventilades, ni encadenats, sent convenient i eficaç tractar-los amb paciència i amabilitat i no sotmetre'ls a dietes rigoroses ni administrar-los catàrtics. A diferència dels mètodes de Aulo Cornelio Celso, contemporani seu i representant de la corrent *cruel*, les pautes del qual incloïen tancaments, cadenes, sagnies, pallisses, fosc, etc. i pretenien curar als malalts per la por. En les dilatades fronteres de l'Imperi Romà, pel que sabem, aquest era el corrent majoritari. (Arechederra J.J., Ayuso P.P., Choza J., Vicente J., 1995).

Amb la caiguda de l'Imperi Romà d'Occident en el segle V a mans dels pobles bàrbars (la majoria germànics), l'àmbit de la ciència i la cultura va experimentar un retrocés d'extraordinàries proporcions, només mantingut pels monestirs i abadies que van preservar molts escrits, entre ells, les obres mèdiques. Malgrat que la concepció clàssica antropocèntrica del món va desaparèixer en benefici d'una visió teocèntrica de l'univers, en la que el providencialisme era l'element fonamental. I això va repercutir òbviament en la concepció del malalt mental.

L'Edat Mitjana no va suposar avenços mèdics pels bojos, doncs la principal influència sobre les actituds cap al malalt mental va provenir de la religió. Cal assenyalar diferències importants entre unes religions i altres. Pel que fa al món musulmà, el profeta Mahoma va proclamar que els bojos eren els estimats de Déu, especialment escollits per ell per a proclamar la veritat. Això es va traduir en la creació d'hospitals i en la constitució d'una professió mèdica. L'afirmació del profeta va elevar l'estatus del pacient al mateix nivell que el del terapeuta, un fet insòlit a la història de la psiquiatria.

La tradició jueva, tal i com es reflexa en el Talmud, descrivia als bojos com a víctimes d'una malaltia, no d'una possessió. Les ordres religioses cristianes oferien tractament



humanitari, encara que limitat, a les persones amb trastorns mentals, però fora dels monestirs, els recursos assistencials europeus s'anaven reduint a conseqüència del deteriorament de l'Imperi Romà, amb el resultat d'un augment de pallisses, tortures i empresonaments.

Cap al final de l'Edat Mitjana es van crear hospitals per malalts mentals, existien metges i cuidadors, i cap als segles XVI i XVII es van multiplicar. Malgrat que en els hospitals de les ordres monàstiques els bojos rebien bona assistència, l'Edat Mitjana només va oferir una resposta aleatòria i imprevisible front la bogeria.

En els segles que van precedir a la Revolució francesa es van crear un major nombre d'hospitals, sense que suposés una millora significativa en l'assistència dels malalts mentals. Les noves teories i coneixements mèdics sobre anatomia i fisiologia van fomentar noves pautes: medicacions potents, sagnies, purgues, etc. juntament amb mètodes com l'aïllament, els cops o la intimidació.

Va ser amb la Revolució francesa i l'americana quan l'individu va guanyar importància en quan a drets. A França, a finals del segle XVIII es considerava que la malaltia mental era el resultat d'un ordre injust en la societat i el pacient era la víctima d'un mitjà social explotador. L'actuació de Philippe Pinel, a qui s'ha honrat per ser l'alliberador de les cadenes dels pacients, és adoptar i impulsar actituds més humanes que els seus predecessors. La base de la seva feina en la dècada de 1790 era la confiança en la Revolució i en un dels seus principis: que una societat millor es traduiria en l'existència d'un menor nombre de pacients i en una millora significativa dels ingressats. Pinel no va suprimir l'autoritat sobre els pacients, però "creia que la comunicació amb ells, era una forma el més igualitària possible, harmonitzava amb l'esperit de la República francesa i també beneficiava a la salut". (Musto, D.F., 2001: 22). Pinel va aconseguir un doble objectiu: la humanització dels manicomis i crear les bases del progressiu canvi de mentalitat cap als bojos, va facilitar que se'ls considerés als éssers humans dignes de respecte físic i moral. (Arechederra J.J., Ayuso P.P., Choza J., Vicente J., 1995).

Així doncs, és amb les Revolucions francesa i americana i amb la Il·lustració que es millora el tracte dels malalts i s'arriba al segle XIX amb molts manicomis humanitaris seguint l'exemple de Pinel. A Amèrica, Itàlia, Alemanya, Gran Bretanya, etc. van arribar també aquestes reformes terapèutiques i assistencials, que malgrat la influència d'algunes teories i tendències com les de Cesare Lambroso (1836-1909) que, entre d'altres concepcions, assimilaven els delinqüents amb degenerats mentals, l'assistència psiquiàtrica va anar experimentant canvis fonamentals que anirien posant fi als manicomis i alliberant progressivament, en molts països, als malalts mentals.

El segle XIX serà el del manicomi com institució específica per l'atenció al malalt mental. Un lloc per possibilitar el tractament adequat i la curació del trastorn mental greu. La bogeria es va separant del món de la pobresa per articular-se com una entitat clínica que es necessària atendre medicament. S'anirà consolidant el manicomi com la principal forma d'atenció al malalt mental amb una doble funció: mèdica i social. La mèdica, de tractament i curació té una eficàcia discutible per la massificació i absència de teràpies eficaces i manca de personal, precarietat de mitjans i condicions, etc. i com a funció social és un lloc de refugi i asil per aquells que no tenen mitjans ni capacitats per retornar a la societat. Però també tindrà la funció de control social, de protecció de la societat front al boig i la seva imprevisible conducta. "Un lloc de contenció d'un grup de població a cavall entre la psiquiatria i la justícia" (Rodríguez, A. Sobrino T., 1997: 57).

Encara que durant la segona meitat del segle XIX i bona part del XX els manicomis a mesura que es desenvolupaven anaven rebent moltes crítiques, no va ser fins després de la segona guerra mundial que es va anar conformant un moviment per a transformar la situació de l'assistència psiquiàtrica. Van coincidir un conjunt de factors per reconvertir l'hospital psiquiàtric per el nou context de la comunitat, on situar el malalt mental i atendre les seves problemàtiques. Aquests factors, segons Abelardo Rodríguez i Teodosia Sobrino (1997) van ser: la consolidació d'un model sociopolític compromès amb el sistema democràtic, el desenvolupament de moviments cívics que lluiten per una societat més lliure i tolerant amb les diferències, l'extensió de la ideologia dels drets humans als malalts mentals, l'aparició de la medicació neurolèptica, nous models teòrics més integrats sobre la malaltia i la seva complexitat, la consciència social sobre la situació lamentable dels hospitals psiquiàtrics i la necessitat de frenar la gran despesa econòmica d'aquests hospitals...

Tots aquests factors van anar generant l'inici d'experiències de reforma psiquiàtrica a França, Anglaterra, EEUU, Canadà, Itàlia i més tard al Regne d'Espanya.

Aquestes experiències, amb diferències i matisos entre països, tenen alguns punts en comú importants (Rodríguez, A. i Sobrino T. 1997):

- Una crítica a l'hospital psiquiàtric i un intent per transformar-lo recuperant el seu paper terapèutic.
- Un procés de transformació de l'hospital psiquiàtric que va comportar una desinstitucionalització de part de la població crònica internada cercant la seva reinserció social en la comunitat.
- Un desplaçament de l'eix de l'atenció: de l'hospital a la comunitat.
- Una aposta per un model comunitari a través de la posada en marxa de serveis que atenguin els problemes de salut mental en el propi entorn social on viu

l'individu, reconeixent els factors psicosocials i socials que incideixen en el procés d'emmalaltir i en el curs i evolució del trastorn.

- L'intent d'articular una gama de serveis i dispositius alternatius en la comunitat que cobreixin les necessitats del malalt.
- L'hospitalització com a complement als serveis comunitaris i no al revés.
- Un enfocament integrat de l'atenció en salut mental que tingui en compte els tres nivells de prevenció, atenció i rehabilitació, des d'un model biològic, psicològic i social.
- Una vinculació estreta amb els models d'atenció sanitària basada en la salut pública o comunitària. La territorialització com a marc d'organització dels serveis comunitaris de salut mental.
- Articular una lògica de continuïtat assistencial que asseguri una atenció integral i coordinada de la població amb malaltia mental.

Aquestes serien les característiques d'un procés de reforma psiquiàtrica que no cal dir que s'ha articular de diferent manera en cada país i que encara resta molta feina per a portar a terme.

En el proper punt veurem algunes de les recomanacions en prevenció i promoció de la OMS pel que fa a la salut mental. I també veurem algunes estratègies polítiques des d'Europa, del Regne d'Espanya i de Catalunya.

### **3.2. Les estratègies pel que fa a la salut mental i la lluita contra la malaltia mental.**

La salut mental sol estar imbricada dintre d'un complex cos de polítiques socials, de salut, de benestar, d'habitatge, de justícia, d'ocupació, etc. El camp de la salut mental es veu afectat per una gran varietat de polítiques i ideologies que no estan directament relacionades amb la salut mental. Quan es formula una política de salut mental és necessari valorar l'entorn físic i social on viuen les persones i és imprescindible també la col·laboració intersectorial per a potenciar els seus efectes positius. (OMS, 2005).

Com diu la OMS: "cada govern hauria de disposar d'una política de salut mental...doncs la salut mental està estretament relacionada amb el desenvolupament humà i la qualitat de vida, els trastorns mentals tenen una alta prevalença i produeixen una càrrega de malaltia significativa a nivell mundial<sup>64</sup> i la posada en marxa

---

<sup>64</sup> En diversos documents de la OMS es troben algunes dades i pronòstics que es repeteixen: algunes d'elles són que el percentatge de morbiditat pel que fa als trastorns mentals i del comportament passarà del 12% del 1999 al 15% del 2020. O també que els trastorns mentals comprenen cinc de les deu causes principals de morbiditat en tot el món (veure OMS, 2001b) i que ocasionen uns costos del 3 ó 4 % del PIB sobretot degut a les pèrdues de productivitat, jubilacions anticipades i percepció de pensions per discapacitat.

d'intervencions de salut mental requereix de la participació de diferents institucions de l'estat". (2005: 14)

L'àmbit de la política de la salut mental està en molts països restringit als serveis psiquiàtrics, però això té un enfocament limitat, no permet donar una resposta integral a les necessitats de la població, com són la promoció de la salut mental i la prevenció de trastorns. Un enfocament ampli ha d'abastar tant l'atenció primària com l'atenció especialitzada, incloent la promoció, la prevenció i la rehabilitació, mentre que els serveis psiquiàtrics poden limitar-se principalment al tractament de persones amb trastorns mentals. (OMS, 2005)

Abans de continuar desenvolupant aquest tema, farem alguna precisió conceptual del que és una política, un pla i un programa de salut mental, per a poder familiaritzar-nos amb aquesta terminologia.

Una *política* de salut mental és un conjunt organitzat de valors, principis i objectius per millorar la salut mental i reduir la càrrega de trastorns mentals de la població.

Un *pla* és un detallat esquema formulat per a posar en marxa actuacions estratègiques que afavoreixin la promoció de la salut mental, la prevenció dels trastorns mentals, el tractament i la rehabilitació.

Un *programa* és una intervenció o sèrie d'intervencions amb un objectiu altament específic que té a veure amb la promoció de la salut mental, la prevenció dels trastorns mentals, el tractament i la rehabilitació. Es sol centrar sobre una prioritat específica de la salut mental. A diferència de la política o els plans, els programes es posen en pràctica en una divisió administrativa més petita o durant menys temps.

Per traduir els objectius d'una política de salut mental en actuacions s'ha de considerar el desenvolupament simultani de diferents àrees. Les àrees següents són les que han format part de la majoria de les polítiques desenvolupades al llarg dels darrers 20 anys:

- Finançament.
- Legislació i drets humans.
- Organització de serveis.
- Recursos humans i formació.
- Promoció, prevenció, tractament i rehabilitació.
- Adquisició i distribució de la medicació bàsica.
- Foment.
- Millora de la qualitat.
- Sistemes d'informació.
- Desenvolupament i avaluació de polítiques i serveis.
- Col·laboració intersectorial.

Consideraré en aquest treball, la *prevenció* i la *promoció* com les actuacions en el camp de la salut mental que més poden tenir a veure amb una mesura de política social com una Renda Bàsica per a tothom, mesura que es plantejarà en el proper capítol.

És obvi que les àrees que més amunt s'esmenten són fonamentals i cal seguir-les desenvolupant per tal d'aconseguir una millor salut mental entre la població, però no guardarien una relació tant estreta amb la proposta de Renda Bàsica.

### **3.3 Prevenció i promoció de la salut mental**

La promoció i la prevenció representen unes estratègies sanitàries orientades a la modificació dels determinants de la salut (pobresa, mala distribució dels ingressos, baixa cohesió social, mala alimentació, etc.). La prevenció implica actuar sobre les causes de la malaltia per tal d'impedir que aquesta pugui actuar. La promoció, en canvi, s'ocupa dels determinants de la salut i pretén capacitar a la població per tal que sàpiga cuidar millor de la seva salut i evitar caure malalts. I d'altra banda també busca construir entorns saludables, tant en el sentit social (disminució de la pobresa, de les desigualtats socials, de la precarietat, etc.) com en el sentit del mediambient (pol·lució, riscos ambientals, problemes urbanístics...) ( Espluga J. Caballero J., 2005). La promoció de la salut mental implicaria “ la creació de condicions individuals, socials i ambientals que permetin l'òptim desenvolupament psicològic i psicofisiològic....”(AEN, 2008: 12) .

Valors com la dignitat de les persones, la solidaritat, el respecte, la tolerància, la sensibilitat cultural i la participació són elements orientadors de les accions de promoció de la salut mental. L'abast de les activitats de promoció per a la salut mental són potencialment àmplies. Pel que fa a la salut mental cal distingir entre intervencions que tenen com a fita principal millorar la capacitat dels individus i comunitats, i les intervencions que estan proposades primordialment per aconseguir quelcom més, però que milloren la salut mental com un benefici lateral.

Les accions que promouen la salut mental tenen també com a important resultat la prevenció dels trastorns mentals. L'evidència indica que la promoció de la salut mental també és efectiva per tal de prevenir una gama important de malalties i de riscos relacionats amb la conducta. (OMS, 2004).

Les activitats per a la promoció de la salut mental són principalment sociopolítiques: reduir l'atur, millorar l'escolarització i l'habitatge, treballar per disminuir els diferents tipus d'estigma i discriminació. Assenyala la OMS que la promoció de la salut mental

reclama pau, justícia social, condicions de vida acceptables, educació i ocupació (OMS, 2004).

El propòsit, de forma més concreta, de les accions de promoció i prevenció en salut mental seria la disminució de l'impacte negatiu que l'estrés psicosocial té en el benestar individual i col·lectiu. Aquest objectiu s'aconseguiria afavorint el desenvolupament de factors protectors, modificant els de risc i disminuint les desigualtats, mitjançant la prioritització de les accions en els grups més vulnerables i amb menys recursos.

Un enfocament combinat per a la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia classifica les intervencions d'acord amb els nivells de risc de la malaltia en diferents grups de població i aclareix quin tipus d'acció col·lectiva cal: *universal* (dirigida a la població sencera), *selectiva* (dirigida a subgrups de població amb riscos superiors al promig, per exemple: suport a les mares joves pobres) o *indicades* (dirigides a individus d'alt risc amb símptomes mínims però detectats, per exemple: detecció i tractament per a símptomes de depressió i demència) (AEN,2008).

Tot seguit entrarem a explorar algunes recomanacions que fa la Unió Europea en quan a la prevenció i la promoció de la salut mental i que inspiren les estratègies dels estats membres i de les Comunitats Autònomes.

### **3. 3.1 El llibre verd de la salut mental de la Unió Europea**

Aquest llibre sorgeix de la conferència ministerial europea de la OMS sobre salut mental, celebrada l'any 2005. Es va encarregar a la Comissió Europea que posés en pràctica una estratègia en matèria de salut mental. El propòsit del llibre segons diu al començament és "iniciar un debat amb les institucions europees, els governs, els professionals de la sanitat, les parts interessades d'altres sectors, la societat civil, en particular les organitzacions de pacients i la comunitat investigadora, sobre la importància de la salut mental per a la Unió Europea (UE), la necessitat d'una estratègia a escala de la UE i les possibles prioritats de tal estratègia."(CCE, 2005:3)

Després de donar algunes xifres a escala europea, com el fet que el 27% dels europeus adults pateixen alguna alteració psíquica en algun any de la seva vida, que les formes més comunes de malalties mentals a la UE són els trastorns d'ansietat i de depressió o que cada any es suïciden 58.000 persones, el document considera que l'actuació mèdica malgrat és fonamental per fer front als reptes plantejats, no pot per si sola abordar i modificar els factors determinants d'ordre social. Per tant, i en consonància amb l'estratègia de la OMS, "és necessari un plantejament exhaustiu que abrasi no només el tractament i l'assistència als individus, sinó també les accions

dirigides al conjunt de la població a fi de promoure la salut mental, prevenir les malalties mentals i encarar els problemes com l'estigmatització i els drets humans. Un plantejament d'aquest tipus ha de comptar amb la participació de molts agents...involucrats en polítiques sanitàries i no sanitàries..." (CCE, 2005:5). Reconeix a la vegada que no hi ha cap estratègia a nivell comunitari sobre salut mental que enllaci les diferents polítiques sanitàries amb les polítiques socials, d'ocupació, educatives, de justícia, etc.

Segons la Comissió europea, l'estratègia de la UE s'hauria de centrar en els següents aspectes:

- 1) Promoure la salut mental de tota la població.
- 2) Fer front a les malalties mentals mitjançant la prevenció.
- 3) Millorar la qualitat de vida de les persones afectades per les malalties o discapacitats psíquiques integrant-les a la societat i protegint els seus drets i dignitat.
- 4) Desenvolupar un sistema d'informació, investigació i coneixements sobre salut mental per a tota la UE.

Pel que fa a la promoció i la prevenció de les malalties mentals, diu que cal fer-hi front als factors determinants relacionats amb l'individu, la família, la comunitat i la societat en general, reforçant els factors de protecció i disminuint els factors de risc.

Quan entra a concretar algunes de les accions concretes en quan a promoció de la salut mental ho fa en quatre grups de població:

- 1) *Infància i adolescència*: la salut mental està molt determinada pels primers anys de vida. I les accions que proposa es fa en base a l'experiència d'alguns projectes de la UE. Tant en el grup de lactants i nens com en el d'adolescents i joves. Pel que fa al grup de lactants i nens: tractament de la depressió postpart de les mares, millora de les habilitats parentals; visites a domicili d'infermeres per ajudar als futurs pares i als que acaben de ser-ho; intervencions de personal d'infermeria en centres escolars. Pel que fa al grup d'adolescents i joves: recomana un entorn i ètica escolars favorables; recursos sobre salut mental dirigits a estudiants, pares i professors.
- 2) *Els i les treballador/es*: el llibre verd constata que unes males condicions de treball i problemes de *mobbing* causen problemes psíquics, baixes per malaltia i costos elevats; I apunta que un 28% dels/les treballadors/es diuen que pateixen estrés. Les accions que proposa són: un lloc de treball i una cultura de gestió participativa; identificació de les malalties mentals del personal; una

organització del treball en consonància amb les necessitats del personal (per exemple: horari flexible).

- 3) *La gent gran*: amb l'edat es presenten molts factors estressants com són la capacitat funcional disminuïda i l'aïllament social (que poden suposar un augment de les malalties mentals). A la càrrega que suposen els trastorns psíquics haurem d'afegir la depressió geriàtrica i les afeccions neuropsiquiàtriques com la demència. Les accions que es recomanen per aquest grup són les xarxes de suport de social; foment de l'activitat física i participació en programes de voluntariat i activitats dintre de la comunitat.
- 4) *Grups vulnerables*: el llibre verd reconeix que les capes social i econòmicament baixes de la població són més vulnerables a les malalties mentals. Quedar-se sense treball i estar a l'atur són situacions que poden comportar caure en depressió. Els immigrants i altres grups marginats poden ser grups de risc de patir malalties mentals. Les accions que recomana són: assessorament a grups de risc; suport per a la incorporació al mercat de treball; treball amb suport per a persones amb malalties o discapacitats psíquiques.

Pel que respecte a la Prevenció de les malalties mentals, destaca:

- 1) Prevenció de la depressió.
- 2) Reduir els trastorns derivats del consum de substàncies psicoactives: drogues i alcohol.
- 3) Prevenció del suïcidi.

Pel que fa a la inclusió social de les persones amb malalties i la protecció dels seus drets i la seva dignitat, denuncia l'estigmatització com un mecanisme d'exclusió social i d'impediment a l'accés a l'habitatge i a l'ocupació. Defensa una millor conscienciació respecte a les malalties mentals i el foment de la integració de les persones afectades en la vida laboral com a forma de generar una millor acceptació i comprensió de la societat. Fa també una crida en favor de la desinstitucionalització i per crear recursos comunitaris.

### **3.3.2 L'estratègia espanyola del Sistema Nacional de Salud.**

L'estratègia espanyola com diu al pròleg està basada en la filosofia de la Declaració de Helsinki de la OMS i va ser subscriuïda per Espanya el 2005. Adopta un enfocament integrat que combina la promoció de la salut mental, la prevenció dels trastorns mentals, el diagnòstic i tractament dels pacients, la coordinació inter i intrainstitucional, així com adoptar mesures que fomentin la inserció laboral i social de les persones que pateixen trastorns (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).



Aquesta Estratègia va ser elaborada per experts de totes les disciplines relacionades amb la salut mental i van participar tècnics de les Conselleries de Salut de les Comunitats Autònomes i del Ministeri de Sanitat i Consum.

La importància dels trastorns mentals es posada de manifest quan s'apunta que: "L'impacte dels trastorns mentals en la qualitat de vida és superior al de les malalties cròniques com l'artritis, la diabetis o les malalties cardíaques i respiratòries". (ibid: p.23). També en quan al cost econòmic a Europa es fa una estimació de 182.000 milions d'euros anuals, el 46% correspon a costos sanitaris i socials directes i la resta a despeses indirectes derivades de perduda de productivitat associada a la incapacitat laboral.

Pel que fa Espanya, si s'exclouen els trastorns causats per l'ús indegut de substàncies, es pot afirmar que el 9% de la població pateix un trastorn mental en l'actualitat i que més d'un 15% el patirà al llarg de la seva vida.

És important la consideració que es fa en el document sobre les seves limitacions. Diu que "el problema que planteja la pèrdua de salut en general y especialmente la mental, tiene raíces y consecuencias en múltiples áreas de la vida que se reflejan políticamente en diversos sectores institucionales – sanidad, trabajo, hacienda, educación, justicia, vivienda-, y para su solución se requiere el esfuerzo sinérgico de todos estos sectores y no solamente del sector sanitario". (ibid: 29).

El document esmenta un tema important de cara al que estem analitzant i és el concepte de la *Salut mental en positiu* que fa referència al concepte de benestar i habilitats per adaptar-se a l'adversitat. Entre les dimensions que aquest concepte inclouria estaria l'autoestima, l'autocontrol, l'optimisme i el sentit de la coherència. La idea de base d'aquest concepte és que no hi ha prou amb prevenir la malaltia mental o altre tipus d'alteracions, sinó que és necessari promoure el desenvolupament d'una personalitat sana que a la vegada permeti la formació de famílies, grups i societats sanes.

Pel que fa al grup de trastorns, el document informa que els d'ansietat són lleugerament més freqüents que els de l'ànim (5,1% front al 4,3%). El trastorn més freqüent és la fòbia específica, seguit de l'ansietat generalitzada i el trastorn d'angoixa. Destacar que el factor principal associat a qualsevol trastorn d'ansietat en els darrers 12 mesos va ser la situació laboral.

Respecte als trastorns mentals greus, on s'inclouen l'esquizofrènia, el trastorn bipolar, l'obsessiu-compulsiu, els trastorns de la personalitat o els alimentaris amb gravetat elevada, afecten entre un 2,5-3% de la població adulta.

Es proposen sis línies estratègiques, cadascuna te els seus propis objectius generals i específics, amb les seves recomanacions tècniques i indicadors de seguiment i avaluació:

- 1) Promoció de la salut mental de la població i prevenció de la malaltia mental i eradicació de l'estigma associat a les persones amb trastorn mental.
- 2) Atenció als trastorns mentals.
- 3) Coordinació interinstitucional i intrainstitucional.
- 4) Formació del personal sanitari.
- 5) Investigació en salut mental.
- 6) Sistema d'informació en salut mental.

Faré únicament menció a la línia estratègica primera, que és la que guarda relació amb el propòsit del treball: la promoció de la salut mental, la prevenció de la malaltia mental i l'eradicació de l'estigma associat a les persones amb trastorn mental.

El document fa un anàlisi molt crític amb els resultats de l'experiència assistencial que s'ha centrat exclusivament en la provisió de serveis d'atenció, i s'ha demostrat que per aconseguir millors nivells de salut mental positiva no hi ha prou en tractar les malalties mentals, sinó que són necessàries polítiques, estratègies i intervencions dirigides a millorar-la. I defensa un canvi d'estratègia, i passar de la perspectiva tradicional centrada en els trastorns mentals, cap a una nova perspectiva que prengui en consideració la promoció de la salut mental. Les proves que demostren l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència de les intervencions en promoció i prevenció cada cop són més freqüents<sup>65</sup>, malgrat tot no ha estat assumida pels serveis de salut mental com una tasca sistemàtica, degut al fet que la promoció de la salut no és una competència exclusiva dels serveis de salut, sinó que és una tasca intersectorial i multidisciplinària que necessita la implicació dels departaments d'educació, de justícia, d'urbanisme, de serveis socials, de treball i habitatge.

La situació actual a Espanya està basada en onze plans autonòmics de salut mental, vigents actualment i destaca algunes situacions preocupants: a) només un subratlla la importància de la promoció de la salut mental i prevenció b) en nou plans no hi ha distinció entre promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns, s'utilitzen de forma conjunta i equivalent c) en general es plantegen accions sobre grups de risc de forma inespecífica o de caràcter educatiu i d) únicament en dos plans s'especifiquen línies estratègiques per a promocionar la salut mental.

---

<sup>65</sup> Veure un dels documents fonamentals en temes de promoció i prevenció dels trastorns mentals: Jané-Llopis, E., Anderson P. Mental Health promotion and mental disorder prevention across European member status: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities, 2006.

Recentment s'ha publicat els resultats d'una enquesta sobre promoció i prevenció en diferents països europeus (Llopis, E. Anderson P., 2006) i el Regne d'Espanya només estava representada a Europa per Catalunya amb tres programes de promoció i prevenció: un referit a la detecció precoç de trastorns mentals en atenció primària pediàtrica, un altre sobre salut mental en les escoles i un pla per a la prevenció dels trastorns de l'alimentació.

L'estratègia espanyola després d'aquesta constatació, escassa pel que fa a la promoció i la prevenció, finalment es centra en tres objectius generals:

- 1) Promoure la salut mental de la població general i de grups específics.
- 2) Prevenir la malaltia mental, el suïcidi i les addiccions en la població general.
- 3) Eradicar l'estigma i la discriminació associades a les persones amb trastorns mentals.

### **3.3.3 El pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya**

En el document del Pla de Catalunya ja es fa una menció al fet que les ràpides transformacions socials no són alienes als increments de la freqüència de les malalties mentals, les addiccions i altres conductes com la violència, el suïcidi o el comportament antisocial. En concret arriba a parlar de "les tensions econòmiques, polítiques, ètniques, l'atur, la pobresa, les migracions, la manca de suport familiar i social, la soledat i la ruptura de xarxes socials, són circumstàncies que contribueixen a augmentar la prevalença de suïcidi, conductes antisocials, violència, l'ús del tabac, alcohol i altres drogues, depressió i altres problemes de salut mental." (Generalitat de Catalunya, 2006: 22).

Abans d'entrar a exposar quins són els objectius del Pla Director, esmentarem algunes dades específiques de Catalunya.

A Catalunya, la prevalença vida de patir un trastorn mental o una addicció és del 20,34% en els homes i del 26,92% en les dones, unes taxes superiors a les espanyoles i inferiors a les europees.

En aquest document trobem que per grup d'edat i sexe, la probabilitat de patir un TM és més elevada en les dones de tots els grups d'edat. I pel que fa a la classe social, s'observa una major prevalença de la probabilitat de ser cas en les classes socials més desfavorides i especialment en les dones d'aquestes classes.

Una dada a considerar és el fet que les baixes laborals degudes a depressió s'han incrementat fins a representar actualment la segona causa d'Incapacitat laboral a Espanya.

En quan a les dades de la despesa sanitària de Catalunya, es calcula que l'atenció a les malalties mentals suposa una despesa aproximada del 10,6% del pressupost del

Departament de Salut. D'aquesta despesa ens trobem que un 26,2% es destina a l'atenció primària (general, especialitzada i serveis de rehabilitació), un 36,3% a l'atenció hospitalària i un 37,5% a l'atenció farmacèutica.

Pel que fa a la distribució del pressupost sanitari públic de salut mental en el 1990 era d'un 75,49% en atenció hospitalària i d'un 24,51 en atenció comunitària. En el 2005 les dades són ja d'un 57,91% en atenció hospitalària i d'un 42,09% en atenció comunitària i la tendència és a invertir el pes.

Una altra dada significativa que trobem en el Pla Director és la despesa farmacèutica en salut mental a l'any 2005: un 47,8% és en antidepressius, un 30,4 en antipsicòtics, un 10,6 % en antidemència i un 6% en ansiolítics.

Cal assenyalar també els diferents recursos que formen la xarxa pública de salut mental a Catalunya que s'organitzen al voltant de 3 nivells assistencials bàsics:

- Atenció especialitzada ambulatoria de suport a la primària de salut (Centres de salut mental).
- L'atenció Hospitalària (urgències psiquiàtriques, hospitalització d'aguts i de subaguts, hospitalització de mitjana i llarga durada, hospitalització parcial, unitats d'internament a la comunitat, comunitats terapèutiques i unitats comunitàries polivalents).
- La rehabilitació psiquiàtrica comunitària (Centres de Dia i centres d'inserció laboral).

El Pla Director és un document on es "defineixen les activitats i l'ordenació de serveis necessaris per assolir les polítiques plantejades amb una visió integrada i abordant des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia fins a la rehabilitació, amb les actuacions de diagnòstic i tractament." (Generalitat de Catalunya 2006: 3).

Destaca 10 objectius, dels quals el primer és la promoció i la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions. Dintre d'aquest objectiu les accions a emprendre són:

- Elaborar una guia d'activitats de promoció i prevenció als Equips d'Atenció Primària (EAP's).
- Promoure l'adequada aplicació del Programa de seguiment del nen sa i de la Guia d'activitats preventives a l'adolescència.
- Elaborar una guia d'intervencions en l'àmbit educatiu.
- Desplegament de programes comunitaris del consum de l'alcohol i altres drogues en població adolescent.
- Elaborar una guia d'activitats preventives en la gent gran.
- Projectes de prevenció en poblacions vulnerables.
- Projecte de prevenció del suïcidi.
- Projecte de lluita contra l'estigma.

### 3.3.4 Recapitulant

No hi ha gaires dubtes de la rellevància que hom li dona a la promoció de la salut mental que te com a objectius protegir, promoure i mantenir el benestar emocional i social i crear les condicions individuals, socials i ambientals que permetin el desenvolupament psicològic i psicofisiològic òptim, així també com potenciar la salut mental respectant la cultura, l'equitat, la justícia social i la dignitat de les persones.

En la conferència de Helsinki de la OMS del 2005, on van participar 51 dels 52 estats membres de la regió Europea de la OMS i que ha servit de marc estratègic en política de salut mental per a l'Estat espanyol i per a Catalunya, es van reconèixer la promoció, la prevenció, el tractament i la rehabilitació en salut mental com una prioritat per Europa i els seus membres.

Malgrat aquest reconeixement dels polítics, la prioritat de la promoció de la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals es redueix força quan es tracta de transformar les paraules en acció<sup>66</sup>. Els experts en salut mental dels països van estimar que la promoció i la prevenció eren poc prioritàries i bàsicament retòriques (Jané Llopis, E., Anderson P., i Van Alst S. a [www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/pdf/coun\\_stories\\_cap1.pdf](http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf))

Les raons d'aquest immobilisme tindrien a veure amb un inadequat finançament. Els recursos destinats a la cura de la salut mental estan lluny de ser proporcionals als problemes de salut mental.

El que ve a continuació és una proposta de justícia social per a reduir les desigualtats de salut. Com afirmen Benach J. i Muntaner C.: "...Sabem que la desigualtat social no és bona per a la salut. Sabem que per augmentar la igualtat social necessitem un repartiment equitatiu de la riquesa i una redistribució igualitària dels beneficis que afavoreixi als qui menys tenen. I també sabem que per a reduir les desigualtats en salut necessitem, com a mínim, reduir les desigualtats en la riquesa mitjançant polítiques fiscals progressives i polítiques socials que redueixin l'atur, la precarietat laboral i la marginació i que incrementin l'accés i la qualitat de l'ensenyament, l'habitatge i els serveis sanitaris entre els que més ho necessiten". (Benach J., Muntaner C., 2005: 117-118)

---

<sup>66</sup> En un interessant article, s'afirma que "El interés hacia la promoción y prevención en la salud mental ha aumentado en las últimas décadas acorde al incremento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales, pero paradójicamente no ha habido avances significativos en la promoción y prevención en salud mental, por lo que podemos decir que viene arrastrando un estado de deficiente implantación y de permanente crisis..." (García B., 2007: 355)

#### Capítol 4. La proposta de la Renda Bàsica

La majoria de propostes i mesures que planteja la OMS i la UE en matèria de promoció de la salut mental són quasi totes compatibles amb la proposta que aquí faré de la Renda Bàsica. Algunes de les quals ja les hem vist més amunt. La RB es tracta d'una proposta que no tan sols no entra en contradicció amb les mesures que es proposen des de la OMS, des de la UE o des de Catalunya, sinó que és complementària amb moltes d'elles (Raventós, S. 2007). Ara bé, també cal dir que bona part de les propostes de promoció i prevenció que es fan des d'aquestes institucions, en el millor dels casos no perjudiquen, però tampoc han hagut grans avenços significatius quan els governs d'alguns països han tirat algunes mesures d'aquestes endavant. En el pitjor dels casos, malauradament, només són una declaració d'intencions i paper mullat<sup>67</sup>.

Ja hem esmentat abans que pel que fa a les polítiques de salut mental cal distingir entre les intervencions que tenen com a objectiu principal millorar la capacitat dels individus i comunitats, i les intervencions que estan proposades primordialment per aconseguir quelcom més, però que milloren la salut mental com un benefici lateral.

El que es proposa amb la Renda Bàsica és una mesura de política social que podria contribuir a augmentar la igualtat i la llibertat de les persones<sup>68</sup>, però que també podria comportar posar fre a algunes de les problemàtiques de salut mental que estan originades per les creixents desigualtats socials i econòmiques.

La RB s'aparta de la línia de moltes de les mesures tradicionals dels darrers anys, doncs les polítiques que s'han vingut portant a terme, si ens guiem per les dades estadístiques dels diversos informes, no han canviat gaire l'estat de la salut en el món. Segurament per què com diuen Benach J. i Muntaner C.: "Les desigualtats en salut són la malaltia de la nostra època, la nostra principal epidèmia. Les malalties de masses requereixen remeis de masses."(2005: 123).

La RB és una proposta que com es veurà s'ajustaria perfectament a la promoció de la salut mental i la prevenció de les malalties mentals, si seguim la definició que més amunt hem apuntat: la prevenció implica actuar sobre les causes de la malaltia per tal d'impedir que aquesta pugui actuar. I la promoció, en canvi, s'ocupa dels determinants de la salut i pretén capacitar a la població per tal que sàpiga cuidar millor de la seva salut i evitar caure malalts. D'altra banda la OMS considera que és fonamental per a

---

<sup>67</sup> Veure l'article abans esmentat a [www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/pdf/coun\\_stories\\_cap1.pdf](http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf) on s'afirma textualment que les polítiques de prevenció i promoció han estat bàsicament retòriques. També és significatiu que segons la *Estratègia de salut mental* espanyola només dues Comunitats Autònomes d'onze tenien plans de promoció de la salut mental.

<sup>68</sup> Sobre aspectes filosòfics i polítics de la RB s'ha escrit bastant. En llengua castellana veure: Van Parijs P. (1996), Raventós, D. (1999), Raventós, D. (2001) i Vanderborght, Y. i Van Parijs, P. (2006).

la promoció de la salut mental un clima que respecti i protegeixi els drets civils, polítics, econòmics, socials i culturals bàsics i que sense la seguretat i la llibertat que brinden aquests drets, és molt difícil mantenir un alt nivell de salut mental (OMS, 2004).

Abans de seguir tractant la proposta faré una definició prèvia de la mateixa.

#### **4.1. La Renda Bàsica.**

##### *Una definició*

Una definició de Renda Bàsica<sup>69</sup> (RB) és un ingrés pagat per l'estat a cada membre de ple dret de la societat o resident, inclús si no vol treballar de forma remunerada, sense prendre en consideració si és ric o pobre, o dit d'una altra forma, independentment de quines puguin ser les altres possibles fonts de renda, i sense importar amb qui convisqui.

La Renda Bàsica no s'ha de confondre amb les rendes d'inserció i altres subsidis condicionats propis de l'Estat del Benestar com per exemple la Renda Mínima d'inserció, que es tracta d'una renda per a persones en situació de pobresa. La RB, al ser concebuda com un dret de ciutadania exclou tota condició addicional. No és una subvenció o un subsidi d'atur, ni cal demostrar cap requeriment com un estat de pobresa o estar buscant feina. La RB es percebria sense condicions addicionals a les de ciutadania o residència.

##### *Els orígens de la RB<sup>70</sup>*

Es poden trobar referències a Tomás Moro (1478-1535), a Joan Lluís Vives (1492-1540) però són relativament vagues. Segurament, com esmenta Daniel Raventós (2007) és en Thomas Paine (1737-1809) on la formulació queda ja més clara:

“Pido, en defensa de las personas así desposeídas, un derecho, y no una caridad (...). Crear un fondo nacional del que se pagaría a cada persona, cuando llegase a los 21 años, la cantidad de 15 libras como recompensa parcial por la pérdida de su legado natural debido al sistema de propiedad privada de la tierra. Y también la cantidad de 10 libras cada año a lo largo de toda la vida a toda persona que tenga 50 años o más, así como a la que cumpla esta edad (...). Se propone que estos pagos se hagan a todas las personas, ricos y pobres.”<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> Sobre aquesta proposta hi ha a hores d'ara abundants estudis, llibres, revistes, articles, actes, congressos, simposis, etc. A la web de l'associació Xarxa Renda Bàsica es pot trobar informació de molt tipus: [www.redrentabasica.org](http://www.redrentabasica.org)

<sup>70</sup> En el llibre de Vanderborght i Van Parijs (2006) es dedica un capítol sobre els seus orígens.

<sup>71</sup> <http://www.thomaspaine.org/Archives/agist.html>.

Com es pot apreciar s'acosta prou a l'esperit contemporani de la proposta de RB. Posteriorment altres autors com Thomas Spencer (1750-1814), Charles Fourier (1772-1837), Herbert Spencer (1820-1903), Henry George (1839-97), Bertrand Russell (1872-1970) i economistes com James Meade (1907-1995), James Tobin (1918-2002) guanyadors del Premi Nobel d'Economia en el 1977 i 1981 respectivament, han sortit defensant una espècie de RB.

La història moderna de la proposta de la renda bàsica ja té més de quatre lustres. El 1983 Paul-Marie Boulanger, Philippe Defeyt i Philippe Van Parijs, tots professors de la Universitat Catòlica de Lovaina, van començar a interessar-se seriosament per la renda bàsica (*allocation universelle*, com l'anomenaven ells). Tres anys després es va organitzar una reunió internacional a Lovaina a la qual van assistir, entre altres, Gunnar Adler-Karlsson, Yoland Bresson, Ian Gough, Edwin Morley-Fletcher, Claus Offe, Ricardo Petrella, Guy Standing, Robert Van der Veen. És en aquest moment que va néixer el Basic Income European Network (BIEN)<sup>72</sup>.

Un dels articles que es troben gairebé a l'origen de la proposta actual de la renda bàsica i que va tenir més repercussió va ser el de Philippe Van Parijs i Robert J. Van der Veen, el títol del qual era «Una via capitalista al comunisme» que van publicar el 1986 a la revista *Theory and Society*.

### *Una justificació ètica*

Quan algú escolta per primera vegada la proposta de la renda bàsica sol patir dues resistències intel·lectuals. La primera és de naturalesa ètica o normativa i es pot expressar amb aquesta pregunta: qui no vulgui treballar de manera remunerada en el mercat, té dret a percebre una assignació incondicional? I la segona és una resistència intel·lectual exclusivament tècnica, segons la qual es podria tractar d'una bonica idea però completament irrealitzable, i també pot ser exposada interrogativament: la renda bàsica és una fantasia? Vèncer la primera resistència no suposa superar la segona. Ara bé, si no se supera la primera resistència, ja no val la pena passar a la següent. Dit d'una altra manera: si no hi ha una bona fonamentació normativa (o ètica, si es vol), ja no cal superar l'estudi tècnic de la seva viabilitat. Soc partidari de la convicció següent: el que és políticament viable depèn en gran manera del que s'ha demostrat que té una justificació ètica. (Raventós, 1999).

---

<sup>72</sup> Des d'aquell 1986 el BIEN ha organitzat una conferència internacional cada dos anys: 1988 (Antwerp, Bèlgica); 1990 (Florència, Itàlia); 1992 (París, França); 1994 (Londres, Regne Unit); 1996 (Viena, Àustria); 1998 (Amsterdam, Holanda); 2000 (Berlín, Alemanya); 2002 (Ginebra, Suïssa); 2004 (Barcelona, Regne d'Espanya); 2006 (Ciutat del Cap, Sud-Àfrica); 2008 (Dublín, Irlanda). Des del congrés de Barcelona el BIEN deixa de ser europeu per a passar a ser de tot el món.



### *Una experiència*

A l'estat nord-americà d'Alaska des del 1982 és l'únic lloc que es pot dir que hi ha una Renda Bàsica. Tota persona que porta un mínim de 6 mesos residint a Alaska rep una RB. Actualment són unes 700.000 persones les que poden percebre-la. Es tracta d'un dividend corresponent a una part del rendiment mitjà del fons permanent constituït a partir del ingressos de l'explotació del petroli. A l'any 2000 va significar uns 2.000 dòlars per tota persona resident. Cal dir que Alaska és a hores d'ara l'Estat més igualitari dels EEUU ( Vanderborght i Van parijs, 2006).

Els propers punts tractaran de relacionar la RB amb les desigualtats socials per tal de veure com podria donar resposta a algunes problemàtiques socials que comporten greus repercussions en la salut mental.

#### **4.2 La Renda Bàsica i les desigualtats socials**

Hem estat analitzant en aquest treball alguns dels eixos principals de la desigualtat social pel que fa a la salut. En concret hem fet referència a la classe, el gènere, la immigració i el territori. Posteriorment hem analitzat més detingudament alguns exemples de la relació entre les desigualtats socials i la salut mental: la pobresa, l'atur, com les condicions d'alguns treballs comporten mala salut mental, l'estigma i la vulneració de drets que aquest comporta.

Tot seguit anirem apuntant les relacions dels diferents grups vulnerables amb la Renda Bàsica i inferir com aquesta proposta seria un bon instrument de prevenció i promoció de la salut mental, per què com diu Casassas: "es tractaria de passar d'esquemes curatius a esquemes preventius. Si ho fem, convertirem a la gent en actors socials efectivament lliures, amb plena capacitat per obrar, per a formar plans de vida i portar-los a terme."<sup>73</sup>

#### **4.3 Renda Bàsica i classe social**

La desigualtat de classe i les relacions de propietat i control sobre els processos de treball ja hem vist que està molt associada a les malalties psiquiàtriques.

Les classe socials baixes i amb ingressos de menys de 20.000\$ tenen una prevalença de depressió del doble respecte als individus amb ingressos superiors a 70.000\$

---

<sup>73</sup> Casassas, D. "Filosofía y política de la Renta Básica: la experiencia internacional". Primer Seminario Internacional sobre el Ingreso Ciudadano Universal (México, junio 2007). Document que es pot trobar a [www.redrentabasica.org](http://www.redrentabasica.org)

(Blazer et al., 1994.) Una RB individual i acumulable a les rendes del treball augmentaria els ingressos de les llars amb salaris baixos i pocs ingressos.

Pel que fa a la classe social, la RB segons alguns autors (Casassas i Loewe, 2001; Raventós i Casassas, 2003; Raventós, 2007) podria contribuir al poder de negociació dels treballadors front l'empresari, doncs al donar seguretat d'ingressos els treballadors es podrien veure més capaços de rebutjar una oferta de feina o de mantenir-la en determinades condicions. És evident que la relació laboral en el capitalisme és asimètrica i una RB podria obrir possibilitats de resistència a determinades situacions laborals inaguantables. Una RB ha fet pensar també en una possible "caixa de resistència" en cas de vaga (Raventós, 2007). Hom sap que una vaga de molts dies pot fer baixar molt un salari, fet que dificulta considerablement a la classe treballadora utilitzar aquesta mesura de pressió de forma habitual. Una RB garantida a tothom per l'Estat donaria més seguretat i per tant ajudaria a generar més capacitat de resistència i de lluita per millorar les condicions dels treballadors. Si partim que una RB podria augmentar la força negociadora, també es guanyaria en seguretat i control de les pròpies vides i per tant podria suposar una millora de la salut mental.

Un altre aspecte que s'ha apuntat en alguna ocasió és que la RB podria facilitar que determinats treballs poc gratificants i atractius podrien tenir una pressió salarial a l'alça, doncs si no fossin més ben pagats, amb una RB hi hauria menys estímuls per ocupar aquests tipus de feines (RRB-XRB, 2006).

#### **4.4 Renda Bàsica i gènere**

Les dones és un dels grups de vulnerabilitat que és molt probable suposar que incrementaria la seva llibertat i amb ella segurament la seva salut. Al ser una assignació individual, la RB milloraria la situació econòmica de moltes dones casades, sobretot les d'aquelles ubicades en estrats més empobrits. Molts dels subsidis actuals tenen com a assignació el cap de família que majoritàriament encara és l'home, fet que provoca que a les dones se'ls priva de l'accés del control dels ingressos d'aquests subsidis. La RB podria també permetre un "contrapoder" domèstic i incrementar la força de negociació de moltes dones dins de la llar.

Hem pogut veure més amunt que en un estudi a Barcelona sobre les desigualtats de la salut mental en la població ocupada, moltes dones amb feines poc qualificades tenen pitjor salut mental que els homes (Artazcoz et al. 2004). Depenent de la quantia de la

RB<sup>74</sup> podria suposar un canvi per a moltes dones que presenten poca qualificació i només accedeixen a feines dures i poc gratificants.

Ingrid Roybens, una de les autores que més ha analitzat què podria suposar una RB per a les dones afirma que podria ser beneficiosa per a les dones pel valor que atorga indirectament a les tasques no remunerades de cura i eliminació de les trampes de l'atur i la pobresa<sup>75</sup>. (Roybens, I. 2006) Aquesta autora també ha esmentat que això podria tenir el perill de suposar un retorn al treball domèstic: "la renta bàsica enviaría nuevamente a las mujeres al hogar, haciendo menos atractivo para ellas la entrada en el mercado laboral, actuando de este modo com factor de retroceso en la emancipación e independencia de las mujeres" (Roybens, I. 2006: 93). Malgrat que, segons l'estudi que hem esmentat sobre la salut mental de les dones aturades de l'Agència de Salut Pública, la salut mental de les dones ocupades era pitjor que la de les dones aturades, en una proporció d'un 13,3% de les ocupades respecte un 6,5% de les aturades. L'explicació vindria de les pitjors condicions laborals i de la doble jornada de les dones.

En un context com el que hem assenyalat és probable suposar que la RB, en funció de la quantia, podria comportar la retirada del mercat laboral de moltes dones de feines poc qualificades i que han de combinar amb una altra jornada de treball domèstic, realitzant jornades esgotadores que les van abocant a processos d'emmalaltir.

#### **4.5 Renda Bàsica i immigració**

Un dels debats més habituals en els darrers anys i encara no saldat, és sobre la possibilitat d'atorgar una Renda Bàsica als immigrants. En la mesura que les desigualtats de les condicions de vida es mantingui a escala mundial, persistirà com diuen V. Parijs i Y.Vanderborght "un cruel conflicte entre l'exigència de solidaritat respecte als que truquen a les nostres portes i l'exigència de solidaritat respecte als més vulnerables de la població autòctona". (2006: 137).

La vocació de la RB és universal, és vàlida per a tota la població mundial (XRB-RRB, 2006), alguns autors també han fet propostes a escala mundial de RB finançada per les Nacions Unides, citats a Parijs, V, Vanderborght Y., 2006.

Una de les crítiques que s'ha fet a la proposta de RB per immigrants ha estat l'efecte crida que suposaria. Sense entrar en profunditat sobre aquest tema, esmentaré que

---

<sup>74</sup> Veure a Arcarons et al. (2005) les 8 diferents simulacions de quantia possible de RB. Totes estan basades en una base de dades real de 210.000 declarants d'IRPF. En totes perden els estrats més rics i guanyen els més pobres.

<sup>75</sup> La trampa de la pobresa es defineix com la penalització que suposa acceptar un treball remunerat per part del beneficiari d'un subsidi condicionat. La trampa de l'atur, és un cas especial de trampa de la pobresa. Per a poder obtenir un subsidi d'atur, la persona beneficiaria no pot desenvolupar cap modalitat de treball remunerat. Es desincentiva el treball parcial i incentiva el frau en forma de treball negre. Veure més detalladament: Raventós, D. (1999).

cada cop hi ha més dades que apunten que els processos migratoris tindrien a veure més en els processos de destrucció del modus de vida tradicionals d'aquests països que no pas en l'efecte crida d'uns Estats del Benestar cada cop més retallats en drets i serveis. Un dels investigadors que ha treballat més aquest tema, considera que una RB assignada als immigrants, amb igualtat de condicions que els nadius, podria comportar a través de les remeses de diners la millora dels nivells de vida de les famílies d'on han sortit els immigrants i fomentar a la vegada un desenvolupament local d'aquestes regions. (Boso, A. 2007).

Pel que fa a la salut mental d'aquestes persones ja hem vist els diversos sentiments de dol que pateixen. Malgrat que no desapareixerien la majoria d'aquests, tot fa pensar que l'estrés que suposa la precarietat i vulnerabilitat amb la que viuen (com són les dificultats de trobar habitatge, feina, jornades llargues de treball que han de suportar, etc.) podrien ser esmorteïdes amb la seguretat econòmica que podria comportar una RB.

#### **4.6. Renda Bàsica i pobresa**

La RB, al ser una forma d'accés a la renda i per tant un mecanisme de redistribució, "constitueix una mesura de política social que pretén fer front a diversos problemes socials com la pobresa, l'atur, la precarietat laboral i la desigualtat de gènere". (XRB, 2006: 6).

Partint d'aquesta definició, crec prou adequat les possibles avantatges que tindria una RB amb una quantia significativa<sup>76</sup>, per fer front a la pobresa. Hem vist més amunt que la pobresa és un risc fonamental per a desenvolupar patologia mental i a mesura que augmenten els diferencials en els ingressos augmenta el risc de malaltia mental, com diuen diversos i significatius informes<sup>77</sup>, una RB que estigués per sobre del llindar de la pobresa, és molt probable que alleugeriria bona part de la pressió sobre la salut mental d'aquelles persones que actualment viuen en la pobresa.

Si la RB fos universal podrien desaparèixer moltes pensions i prestacions que van associades a uns requisits estigmatitzants i que estan descoordinats entre si i augmenten la complexitat administrativa i burocràtica de la protecció social (Noguera J.A., 2001) . Seria el cas d'haver de certificar un 65% de disminució per a poder optar a la Pensió

---

<sup>76</sup> S'han fet diversos estudis de finançament d'aquesta proposta: pel Regne d'Espanya veure Pinilla R., Sanzo L. (2004) i per Catalunya veure Arcarons J., Boso A., Noguera J.A., Raventós D., (2005). En aquest darrer estudi es mostra com qui surt guanyant sobretot són les persones més pobres i obviament qui surt perdent són els més rics.

<sup>77</sup> Un bon document en el que s'exposa això amb claretat el podem trobar a Jané-Llopis, Anderson (2005). Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe. Nijmegen:Radboud University Nijmegen. <http://www.impha.net>

No Contributiva per a discapacitats o haver de demostrar la situació de pobresa per als beneficiaris de la Renda Mínima d'Inserció.

És factible suposar també que moltes situacions de pobresa extrema van acompanyades de problemes d'addiccions i de salut mental que podrien ser tractats amb major eficiència pels serveis socials i de salut mental que no pas ara, que també han de gestionar beques, ajuts econòmics, rendes i pensions.

#### **4.7 Renda Bàsica i el treball assalariat i l'atur**

Ja hem estat analitzant més amunt que en les nostres societats desenvolupades la feina i l'atur són els dos principals factors estressors de la salut mental. Hi ha bones raons per a pensar que una RB podria contribuir a facilitar la sortida, encara que fos temporalment, a molts treballadors que actualment suporten llocs de treball que estan perjudicant de forma irreversible la seva salut (mental). També podria contribuir per part de molta gent, a viure de forma menys angoixant i estressant una pèrdua de feina, fet força habitual en les societats actuals. Per a les persones més fràgils de salut mental, la RB significaria una garantia d'ingressos fixa i compatible a la vegada amb feines de menys jornada i per tant amb menys risc de càrrega física i mental.

El fet d'estar a l'atur comporta problemes d'autoestima, estatus social, activitat física i mental, etc. Hi ha estudis que corroboren des de fa anys que determinades feines i estar a l'atur comporten greus problemes de salut (Dooley D., Fielding J., Levi L. (1996). És de suposar que els sectors més castigats en el mercat laboral per les condicions de precarietat, amb feines poc gratificants, amb sous baixos, com són la majoria de joves, moltes dones, discapacitats, els majors de 45 anys que busquen feina, etc. podrien tenir amb la RB un "matalàs" econòmic estable, fent augmentar la seva capacitat de decisió de continuar o no en una feina que els està afectant en molts casos la seva salut.

Hi ha també una certa evidència empírica del fet que els beneficiaris d'una prestació d'atur exerceix un efecte protector en la salut mental tant en homes com en dones, i en el cas de les dones s'ha trobat una salut mental similar entre les dones que treballen i les que cobren una prestació (Artazcoz et al. 2004). Fet que fa pensar de forma seriosa que una RB podria ser una bona sortida a les greus problemàtiques de salut mental derivades de les males condicions de treball i d'estar a l'atur a les nostres societats.

#### **4.8 La Renda Bàsica i l'estigma dels malalts mentals**

Un dels efectes que podria ser més palpable amb una RB és pel que fa a l'estigma d'aquestes persones que pateixen ja una malaltia mental.

L'estigmatització i discriminació que pateixen moltes persones amb trastorns mentals quan han de cercar feina, es podria neutralitzar amb una RB universal. Separant clarament el treball de les rendes, i així debilitant la "centralitat" social del treball assalariat, aquestes persones podrien aconseguir desenvolupar altres activitats, no monetàries però rehabilitadores per a la seva salut, sense patir discriminacions ni fent intents fracassats que poden agreujar la seva recuperació. En definitiva, també augmentaria la seva llibertat per fer l'elecció que trobessin més oportuna sense prioritzar la subsistència per sobre la salut.

Les persones amb problemes mentals severos, podrien tenir una certa tranquil·litat amb una RB, sabent que la seva subsistència i ingressos, no dependria d'una crisi en el seu estat de salut, que li pogués fer perdre la feina.

La renda bàsica (RB) com a ingrés garantit individual, incondicional i sense control de recursos, només pel fet de ser ciutadà, possiblement donaria resposta a les exclusions del mercat de treball que actualment pateixen els malalts mentals. Tenir garantida una RB d'uns 450 euros mensuals com la que plantegen alguns autors<sup>78</sup> i que sigui compatible i acumulable amb altres fonts d'ingressos, en un mercat de treball com el que tenim actualment<sup>79</sup>, és segurament una bona forma que moltes persones que actualment cobren alguna pensió (ja sigui contributiva o no contributiva) intentessin aproximar-se al mercat de treball sense tanta por i prevencions.

És probable que augmentaria l'interès per a les ocupacions a temps parcial per part d'aquest col·lectiu, doncs moltes d'aquestes persones no es veuen capacitades per la seva fràgil salut mental per a poder mantenir jornades continuades de 7 u 8 hores al dia. (Raventós S., 2005)

És plausible que per a moltes persones seria una forma d'abandonar treballs submergits i penosos que ara desenvolupen per a complementar la pensió i no perdre-la.

Una RB permetria que no calgués l'obligació de participar en algunes accions i programes "d'inserció laboral", propis d'una societat de *Workfare*, malgrat que en moltes ocasions aquestes persones no tenen prou salut per a mantenir-los.

Es podrien ordenar de forma més racional els recursos econòmics, socials, laborals, etc. que hi ha entorn a aquest grup de població i que en moltes ocasions no estan suficientment supervisats ni inspeccionats per part de l'Administració pública, produint-se en ocasions situacions de vulneració de drets d'aquestes persones.

Les relacions de les/els treballadors/es dels diferents dispositius de la seguretat social, de benestar social i de salut mental amb els usuaris d'aquests serien més orientades a

---

<sup>78</sup> Veure Arcarons et al. (2005)

<sup>79</sup> En els moments que estic escrivint això (maig 2008) estem en una situació on tots els indicadors econòmics són negatius i per tant ja es parla obertament d'una crisi econòmica encara que des de determinats sectors no es vol reconèixer.

afrontar determinats problemes i no a controlar les prestacions ja de per si baixes d'aquesta gent. En definitiva les relacions entre professional-usuari/a serien més de mútua confiança.

És molt plausible suposar que la proposta de la Renda bàsica de ciutadania podria ser un factor més dinàmic d'integració social i laboral per aquest col·lectiu que no pas actualment.

#### **4.9 Recapitulat**

Algunes de les mesures que la OMS i la UE impulsen per la promoció de la salut mental seria convenient que les poguessin integrar juntament amb la proposta de la Renda Bàsica. L'Organització Mundial de la Salut hauria d'assumir i impulsar aquesta proposta de la Renda Bàsica, com a mesura preventiva i de promoció de la Salut Mental per a tota la població mundial. Algunes institucions significatives de determinats àmbits ja ho han fet ( Càritas, 2007; IDHC, 2004) i en la Carta de drets humans emergents que es va impulsar en els Fòrums de les cultures, celebrats a Barcelona a l'any 2004 i a Monterrey el 2007, també s'ha difós la proposta de la RB.

Les prioritats de promoció de la salut mental, prevenció dels trastorns mentals i lluita contra l'estigma que es plantegen els diversos organismes i institucions que hem analitzat més amunt són molt àmplies i tenen a veure amb la salut pública.

La seguretat econòmica que proporcionaria una RB podria comportar reduir l'estrés i per tant els problemes derivats d'aquests que comporten les nostres societats desiguals. Tal i com apunten algunes investigacions, la salut mental de les persones que cobren una prestació d'atur és millor que aquelles que no ho fan (Artazcoz et al. 2004). Fet que convida a pensar que una RB individual, incondicional i universal podria comportar notables millores entre els grups més vulnerables i amb més dificultats econòmiques.

Algunes de les desigualtats socials que hem estat desgranant comporten moltes problemàtiques, entre elles les de salut mental, que ja hem estat analitzant. En un capitalisme desbocat com el de principis del segle XXI, en un món ple de desigualtats i de relacions de poder i en un mercat laboral sense regular i precari, la Renda Bàsica crec que podria aportar una resposta substancial al malestar, al patiment mental, a l'abandonament o a la derrota vital a la que es veuen abocades milions de persones a tot el planeta.

## Capítol 5. Conclusions

Un dels reptes d'aquest treball ha estat fer ús de determinades disciplines i camps científics que giren al voltant de la ment humana i també de la seva salut. Si hi ha un territori en el que es toquen una gran diversitat de disciplines com la Psicologia, la Sociologia, la Medicina, la Biologia, la Psiquiatria, l'Epidemiologia, etc. és el de la salut mental. I crec que ha quedat prou palesa, al llarg del treball, la voluntat de fugir del sectarisme científic i intentar aproximar-nos des de les diferents aportacions de cada ciència.

En el primer capítol hem estat analitzant com les modificacions de les condicions socials i ambientals forcen el nostre disseny evolutiu i això pot comportar moltes malalties. Algunes d'elles són conseqüència de la incompatibilitat del nostre disseny de milers d'anys i l'ús que actualment li donem: problemes d'esquena, obesitat, dolors, etc.

El model biopsicosocial va considerar la necessitat d'incloure els aspectes biològics, psicològics i socials en la nostra comprensió de la malaltia mental. En els darrers 20 anys han aparegut enfocaments provinents de la Psicologia, la Psiquiatria i la Medicina evolucionaria que ens han ajudat a cercar els orígens de la nostra ment i també els de les malalties mentals. La Teoria de l'evolució ha estat i és cabdal per fer de marc integrador dels enfocaments biològics, psicològics i socials.

Una de les idees que més he insistit és la que sosté que l'evolució cultural de pocs milers d'anys no és independent de l'evolució biològica de milions d'anys. La ment humana també és producte de l'evolució com la resta d'òrgans humans, la forma del nostre cos, l'estructura dels ossos, la circulació de la sang, les funcions digestives, etc.

La salut i la malaltia reflecteixen la interacció entre el ésser humà i l'entorn i cal entendre els seus components. Comprendre com es va anar dissenyant l'organisme humà i com era l'entorn en el que es va anar configurant. Per tant, hem hagut d'analitzar quin era l'entorn en el que ens vam viure milers i milers d'anys i aquest era semiàrid, característic de l'Àfrica Subsahariana. I hem estat insistint en que les modificacions en el medi en el que vivim els humans comporten alteracions de les funcions de l'organisme que ocasionen malalties. La velocitat de canvi social i la nostra biologia "paleolítica" pot accentuar aquest desajust, però si a aquest fet li ajuntem un entorn on trobem grans desigualtats socials i econòmiques, societats jerarquitzades i desiguals, aglomeracions urbanes, aïllament social, males condicions laborals, bosses de pobresa, situacions estressants sostingudes, etc. podem entendre que la nostra salut mental es vagi ressentint i deteriorant i que generi processos de depressió i ansietat cada cop més estesos a les societats desenvolupades i en procés de desenvolupament com posa de manifest la OMS.



Hem vist com l'estrés és un *micromecanisme* explicatiu on convergeixen elements de les ciències biològiques i de les ciències socials. I hem pogut veure com actua i com contribueix amb diferents investigacions i aproximacions teòriques a determinats processos d'emmalaltir. Alguns d'aquests agents estressants psicològics i socials són derivats de les mateixes desigualtats socials.

En el segon capítol, hem vist que les desigualtats socials en salut són innecessàries, evitables i injustes. L'evidència científica disponible que corrobora com la pobresa, la desigualtat, l'explotació...estan en els orígens de la mala salut i mort prematura de molts milions de persones és abundant.

Els orígens de les desigualtats en salut els trobem en les desigualtats econòmiques, socials i polítiques que es donen en la nostra societat. Hi ha molts estudis on es constata que la gent de classe treballadora, les dones i els immigrants de països pobres són la gent que presenten pitjors índex de salut mental.

Quan he entrat a veure quines són les explicacions sobre les desigualtats socials en la salut, hem destacat les teories de com les classes socials produeixen unes relacions socials determinades i com aquestes impliquen una apropiació dels recursos polítics, econòmics i culturals (Muntaner C., i altres). I també hem destacat les que fan referència a l'anàlisi de l'estratificació social (Wilkinson R., i altres) i com els éssers humans som sensibles a les diferències de poder, jerarquia i posició social i com el fet d'ocupar un lloc baix en la jerarquia social és una enorme font d'estrés. Tant unes com les altres han aportat dades rellevants al coneixement de les desigualtats en salut, i malgrat les seves diferències també tenen punts en comú.

Posteriorment he analitzat algunes manifestacions d'aquestes desigualtats socials i com afecten a la salut mental. Ho he centrat sobretot en la pobresa i com aquesta és devastadora per la salut mental, i com l'estrés perllongat que provoca una inseguretat econòmica, una autoestima baixa, l'aïllament social, etc. van produint uns efectes que es van acumulant al llarg de la vida i augmenten les possibilitats d'una pobre salut mental.

També s'ha vist les repercussions del treball inestable, determinades condicions laborals i quedar-se a l'atur. I quan el treball assalariat ocupa un lloc central en les nostres vides com a mitjà per sobreviure és un factor que no el podem deixar a un costat pel que fa a les seves repercussions manifestes en la salut (mental). Les conseqüències d'estar a l'atur pel que fa als problemes de salut mental ja fa temps que es coneixen, malgrat que ja hem esmentat que no és el mateix estar cobrant una prestació d'atur que sense. Els nivells de salut mental entre la gent que cobra una prestació d'atur i els que treballen són similars, tant en homes com en dones, exercint doncs l'assegurança

d'atur un possible efecte protector per a la salut. No és així en canvi pels que no cobren cap prestació.

Pel que fa a l'estigma de les persones que tenen alteracions mentals, ja hem vist que és un dels mecanismes d'exclusió social i una barrera a les oportunitats per a accedir a l'habitatge, feina, serveis, relacions, etc. i amb conseqüències molt negatives cap a aquestes persones, patint un doble problema: els derivats de la seva malaltia i els relacionats amb l'estigma pròpiament.

En el tercer capítol, hem exposat les polítiques de salut mental. I sobretot les polítiques més socials, com són les polítiques de promoció i prevenció dels trastorns mentals. Hem vist com aquestes representen unes estratègies sanitàries orientades a la modificació dels determinants de la salut (pobresa, mala distribució dels ingressos, baixa cohesió social, mala alimentació, etc.). S'han desgranat els punts principals d'aquestes polítiques que es consideren prioritàries a diferents institucions i agències de salut europees, espanyoles i a Catalunya. Malgrat que les intencions són bones, en molts casos queden en paper mullat o els resultats són escassos.

En el quart capítol s'ha vist la proposta de la Renda Bàsica que ja fa anys que s'està treballant des de moltes disciplines: filosòfiques, econòmiques, socials, polítiques, etc. Des d'aquest treball s'ha volgut establir la relació d'una possible RB amb determinats grups de població en situació de més vulnerabilitat i que més pateixen problemes de salut mental. La hipòtesi que s'ha volgut defensar és que aquests sectors més vulnerables de la societat guanyarien no només una RB sinó que també guanyarien en millor salut mental. El propòsit de les accions de promoció i prevenció en salut mental és la disminució de l'impacte negatiu que l'estrés psicosocial té en el benestar individual i col·lectiu. Aquest objectiu segons dèiem més amunt es pot aconseguir afavorint el desenvolupament de factors protectors, modificant els de risc i disminuint les desigualtats. Considero que la RB podria ser un bon factor de protecció.

A banda de ser un mecanisme de redistribució econòmica i possibilitar un augment de la llibertat, la RB també podria ser una possible solució per a la salut de molts membres de les nostres societats.

## Capítol 6. Proposta d'investigació

Per tal de poder veure la viabilitat futura del projecte de tesi doctoral en aquest apartat em centraré en establir uns objectius i a partir dels quals poder concretar unes hipòtesis.

### 6.1 Els objectius

El primer objectiu que plantejaré és en relació al fet que les polítiques de promoció de la salut mental i de prevenció dels trastorns mentals, malgrat totes les declaracions de les diferents institucions relacionades amb la salut mental o bé no es porten endavant o no es desenvolupen de forma adequada. Per tant, si s'ha demostrat que per aconseguir millors nivells de salut mental positiva no hi ha prou en tractar les malalties mentals, sinó que són necessàries polítiques, estratègies i intervencions dirigides a millorar-la,

1) Per què no es porten a terme aquestes polítiques de promoció de la salut mental i de prevenció de la malaltia mental?

El segon objectiu principal d'aquest treball vindria derivat del primer i el podem formular així: si no és possible per la seva complexitat portar a terme les polítiques de promoció i prevenció,

2) Un ingrés permanent, universal i incondicional com una Renda Bàsica pot contribuir com a factor de prevenció d'algunes d'aquestes problemàtiques derivades de les desigualtats socials que a la vegada generen problemes de salut mental?

### 6.2 Les hipòtesis

Del primer objectiu, *Per què gairebé no es porten a terme polítiques de promoció de la salut mental i de prevenció de la malaltia mental?* establiré dues hipòtesis:

*Hipòtesi 1:* pel fet que les polítiques s'han centrat o s'han prioritzat en els serveis d'atenció a les persones que ja tenen trastorns mentals, ja que el sistema sanitari té una orientació clara a actuar sobre els efectes i no tant sobre les causes. Els factors que afavoreixen aquesta orientació en el cas de la salut mental poden ser:

- Les prioritats del sistema polític
- Les prioritats del sistema sanitari
- Les inèrcies corporatives del sistema sanitari
- La pressió del sistema farmacèutic

- La feble capacitat de pressió dels afectats
- Altres.

*Hipòtesi 2:* la promoció de la salut mental no és una competència exclusiva dels serveis de salut sinó que cal la implicació d'altres sectors com l'ensenyament, la justícia, urbanisme, els serveis socials, el treball, l'habitatge, etc., els quals funcionen amb la seva pròpia lògica interna. Per la qual cosa la manca de polítiques preventives i de promoció de la salut seria deguda a problemes de coordinació intra i interinstitucional.

El segon objectiu, *un ingrés permanent, universal i incondicional com una Renda Bàsica, pot contribuir a ser un factor de prevenció d'algunes d'aquestes problemàtiques derivades de les desigualtats socials que a la vegada generen problemes de salut mental?* Aquest objectiu és molt més complex d'assolir pel fet que es tracta d'una proposta que no està implantada actualment, cosa que fa difícil pensar en el fet que pugui ser contrastable empíricament. Tot i això, es podrien formular les següents hipòtesis:

*Hipòtesi 1:* Una Renda Bàsica contribuiria a millorar la salut mental de la *població treballadora* perquè atorgaria major poder negociador als treballadors, la qual cosa redundaria en:

- Millors condicions de treball, amb la consegüent disminució de molts factors estressants presents a l'àmbit laboral.
- Millors condicions d'ocupació, amb el consegüent augment de la seguretat i estabilitat contractual i la disminució de la precarietat.

*Hipòtesi 2:* Una Renda Bàsica contribuiria a millorar la salut mental de la *població amb menys recursos* perquè propiciaria:

- Un augment de recursos econòmics en els sectors socials més desfavorits, amb la qual cosa disminuiria la pobresa i els problemes de salut mental associats a aquesta situació.
- Uns recursos econòmics distribuïts sense necessitat de demostrar la pertinència a grups socials desfavorits, la qual cosa disminuiria l'estigma social que comporten determinades prestacions econòmiques com les rendes mínimes d'inserció, subsidis d'atur, etc.
- Milloraria les condicions de vida dels immigrants sense recursos.

*Hipòtesi 3: Una Renda Bàsica contribuiria a millorar la salut mental de la població femenina en el sentit que:*

- Milloraria la situació de les dones en atorgar-les major poder de negociació dins de la llar.
- Tanmateix, també podria fer retornar a la llar a un sector de dones que actualment treballen en feines poc qualificades.

*Hipòtesi 4: Una renda bàsica contribuiria a millorar la salut mental de la població que ja pateix trastorns mentals perquè afavoriria:*

- Majors possibilitats d'integrar-se en el món laboral, per exemple a través de modalitats contractuals a temps parcial.
- Major autoestima i autonomia pel fet de disposar d'un ingrés econòmic en igualtat de condicions respecte a la resta de la població, amb la consegüent disminució de l'estigma associat a la malaltia mental.

### **6.3 Metodologia i tècniques**

Els objectius ens porten a plantejar una metodologia de caire qualitatiu, que permeti explorar la realitat social i generar hipòtesis més detallades i precises per a donar resposta a les qüestions plantejades.

Resulta obvi que el primer objectiu permet formular hipòtesis més factibles de ser contrastades empíricament que el segon. De fet, l'absència d'una Renda Bàsica en el món real dificulta seriosament el pensar en una contrastació de les hipòtesis. Per això aquí ho plantejarem en termes de percepcions i de possibles escenaris futurs, i basarem l'estratègia d'investigació en intentar identificar i delimitar el "camp de batalla" (o "arena") on es prenen decisions sobre les polítiques que poden afectar la salut mental. És a dir, es plantejarà com una mena d'anàlisi de polítiques públiques.

En aquest sentit, es proposa en primer lloc fer un mapa d'actors involucrats en la problemàtica. Aquests actors seran, principalment, entitats col·lectives dels següents tipus:

- Administracions públiques de diferents nivells jeràrquics (locals, autonòmiques, estatals, supraestatals) i competencials (salut pública, salut laboral, sanitàries, educatives, etc.)
- Empreses i altres entitats privades dedicades a l'àmbit de la salut mental: Fundacions, clíniques, empreses farmacèutiques, etc.
- Associacions d'usuaris dels serveis sanitaris, associacions d'afectats per determinades malalties mentals, etc.

- Entitats científiques i acadèmiques que generen coneixements especialitats sobre polítiques públiques, polítiques socials, polítiques sanitàries, salut mental, etc.

S'ha triat un mètode d'investigació qualitatiu, perquè el que es pretendrà és aconseguir un tipus d'informació vinculat a la interpretació que els individus fan de la problemàtica i del context institucional i social en el qual es desenvolupa.

A partir d'aquí es proposa l'ús de dues tècniques d'investigació principals:

- Anàlisi documental
- Entrevistes en profunditat

L'anàlisi documental consistirà en la cerca i anàlisi de documentació generada pels actors socials implicats en la problemàtica, així com en la consulta i anàlisi de dades estadístiques provinents de bases de dades i fonts secundàries sobre el tema.

L'entrevista en profunditat s'aplicarà a membres seleccionats de cadascun dels actors socials, amb la idea d'obtenir informació generada des de diferents punts de vista (els de cada actor) i així anar-la contrastant mitjançant una comparació mútua constant, per tal d'intentar recomposar l'estructura de relacions de poder que configura el camp (arena) on es prenen decisions sobre polítiques de salut mental.

La tècnica de l'entrevista en profunditat, semiestructurada, individual i cara a cara, permet desenvolupar una conversa llarga amb les persones objecte d'estudi on fer aparèixer indicis dels elements esmentats. L'entrevista <sup>80</sup> és entesa com un *procés comunicatiu* mitjançant el qual es pot "extraure" informació d'una persona, una informació que es troba en la seva biografia, és a dir, en el conjunt de les representacions associades als esdeveniments viscuts (Alonso, 1998). D'aquesta manera es genera un discurs amb una certa línia argumental (poc fragmentat ni precodificat, com passa amb els qüestionaris), que permet a la gent descriure experiències i opinions i parlar sobre les seves pròpies vides amb les seves pròpies paraules. Cal suposar que la informació obtinguda ha estat experimentada d'alguna manera per l'entrevista't o entrevistada, però cal tenir en compte que ens serà proporcionada amb una determinada orientació i interpretació coherent amb l'experiència i el bagatge cognitiu i emocional d'aquella persona. Aquest biaix interpretatiu de la informació obtinguda, lluny de ser un obstacle resulta significatiu, ja

que permet reconstruir els diferents discursos socials sobre l'objecte temàtic de la recerca, en el present cas, sobre les polítiques implementades per a fer front les malalties mentals i promoure la salut mental.

L'ús de l'entrevista pressuposa que l'objecte temàtic de la investigació serà analitzat a través de l'experiència que d'ell posseeixen un cert nombre d'individus que són, al mateix temps, part i producte de l'acció estudiada (Alonso, 1998). Cal advertir, però, que els discursos no es recullen de manera aproblemàtica, que les dades i discursos no tenen una estructura fixa i independent de la interacció social que els genera i del mètode que els recull. Des de la perspectiva utilitzada aquí, es considera que el resultat de l'entrevista és pròpiament una mena de constructe comunicatiu i no un simple registre de discursos. Els discursos no són preexistents d'una manera absoluta a l'operació de recollida de dades que seria l'entrevista, sinó que apareixen com a resposta a una interrogació forçada per l'investigador en una situació dual i conversacional, on cadascun dels participants (investigador i entrevistat) co-construeixen en cada instant aquell discurs. És important tenir en compte totes aquestes virtuts i limitacions de la tècnica emprada, per tal que després poder fer una anàlisi el més coherent possible amb el tipus de dades obtingudes.

80 Pel que fa al present treball, l'entrevista partirà d'un mínim guió inicial d'àmbits temàtics predefinitos, sense ordre preestablert, mitjançant el qual abordaran els objectius de la investigació a partir del relat de les percepcions, experiències i expectatives de l'entrevista't o entrevistada.

#### **6.4 Mostra**

En ser una recerca qualitativa, la mostra no ha de ser estadísticament representativa sinó estructuralment representativa, és a dir, haurà d'incloure tots els diferents tipus de persones involucrades en la problemàtica objecte d'estudi. En aquest sentit, la mostra estarà configurada pels actors socials anteriorment esmentats:

- Administracions públiques de diferents nivells jeràrquics (locals, autonòmiques, estatals, supraestatals) i competencials (salut pública, salut laboral, sanitàries, educatives, etc.)
- Empreses i altres entitats privades dedicades al àmbit de la salut: Fundacions, clíniques, empreses farmacèutiques, etc.
- Associacions d'usuaris dels serveis sanitaris, associacions d'afectats de malalties mentals, etc.

- Entitats científiques i acadèmiques que generen coneixements especialitats sobre polítiques públiques, polítiques socials, polítiques sanitàries, salut mental, etc.

La cerca exploratòria inicial de la recerca permetrà establir un nombre inicial d'entrevistes, però la pròpia dinàmica de la metodologia qualitativa permet anar augmentant aquest nombre fins assolir el que en termes teòrics s'anomena la "saturació de l'espai discursiu", es a dir, el moment en el qual noves entrevistes ja no aporten res a la informació prèviament obtinguda.



## BIBLIOGRAFÍA

- Agència de Salut Pública (2000): *La salut mental a Barcelona*. Ajuntament de Barcelona.
- Alexander, R. (1994): *Darwinismo y asuntos humanos*. Barcelona, Salvat.
- Alonso, L.E. (1998): *La mirada cualitativa en Sociología*. Madrid: Fundamentos.
- Alvaro JL, Garrido A. (2003): *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid, McGraw Hill.
- Arcarons J., Boso A., Noguera J. A., Raventós D. (2005): *La Renda Bàsica de Ciutadania. Una proposta viable per a Catalunya*. Barcelona, Ed. Mediterrànea. Col·lecció Polítiques núm. 45.
- Arechederra J.J., Ayuso P.P., Choza J., Vicente J., (1995): *Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos*. Madrid, I.M.& C.
- Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortès I. (2004): "Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class". *American Journal of public health*. Vol. 94. N. 1
- Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Imma Cortés (2005): "Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health". *J. Epidemiol. Community Health* 59; 761-767.
- Artazcoz L., Escribà V., Cortès I. (2006): "El estrés en una sociedad instalada en el cambio". *Gac. Sanit.* 20 (Supl 1): 71-8
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (1995): *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Cuadernos técnicos, 1. Madrid.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2008): "Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorn mental y disminució del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007". Cuadernos técnicos, 8. Madrid.
- Atxotegui, J. (2000): "Los duelos de la inmigración". *Jano; psiquiatría y humanidades*. Vol II, 1:10-14.
- Atxotegui, J.(2005): "Emigrar en el Siglo XXI: El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico, Múltiple y Extremo (Síndrome de Ulises)". *Mugak*, 32
- Avison W.R., McLeod J.D., Pescosolido B.A. (2007): *Mental Health, social mirror*. New York, Ed. Springer.
- Ayala, F. J. (1994): *La naturaleza inacabada*. Barcelona, Salvat Ciencia.
- Badcock ,Ch. (1995): *Psychodarwinism. The new Síntesis of Darwin and Freud*. Glasgow, Flamingo Harper Collins Publishers.

- Barkow, J., Cosmides L., Tooby J. (1992): *The adapted mind*. Oxford University Press, New York.
- Basaglia y otros. (1975): *Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial*. Barcelona, Barral.
- Benach J. i Muntaner C. (2005): *Aprender a mirar la salud*. Barcelona, El Viejo Topo.
- Benavides F.G i Delclos G. L. (2005): "Flexible employment and health inequalities" a [Http://jech.bmjournals.com/cgi/content/full/59/9/719](http://jech.bmjournals.com/cgi/content/full/59/9/719) consultat el 4 de maig del 2008.
- Beneduce R. (2002): Comunicació personal. *Jornades Sexualitat, Immigració i prevenció de la SIDA*. Barcelona, 6 i 7 de juny.
- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A., & Swartz, M.S. (1994): "The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey". *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.
- Bleda J.M. (2005): "Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad". 1ºPremio Fermín Caballero de Ensayo corto en Ciencias Sociales 2005
- Borrell, C. (1998): *Les desigualtats socials en la salut*. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona, Barcelona
- Borrell, C. i Benach, J. (coord.) (2003): *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona, Mediterrània.
- Borrell, C. (2007): "Las desigualdades sociales en salud: qué son, su relevancia y sus causas", ponència presentada a Bilbao.
- Borrell, C. et al. (2008): "Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions". *International Journal of Epidemiology* 1-11
- Boso, A. (2007): ¿Deben los inmigrantes beneficiarse de una Renta Básica?: El derecho a existir más allá de las fronteras territoriales". 1er Premi a la Comunicació del VII simposi de la Xarxa Renda Bàsica-Red Renta Bàsica, 22 i 23 de novembre del 2007, Barcelona.
- Bowlby, J. (1998): *El apego*. Barcelona, Paidós.
- Bufill, E. (2004): "¿Los cambios evolutivos explican que la enfermedad de Alzheimer sea exclusivamente humana?" en Julio Sanjuán, coord., *La Teoría de la evolución y las ciencias de la conducta: el estado de la cuestión* (en prensa).
- Campillo Á., J.E. (2007): *El mono obeso*. Crítica, Barcelona.
- Càritas. (2007): *Vides trencades. Pobresa i salut precària: una visió des de Càritas*. Barcelona.

- Casassas, D., i Loewe, G. (2001): "Renta Bàsica y fuerza negociadora de los trabajadores", en Raventós, D. (coord.), *La Renta Bàsica. Por una ciudadanía más libre, más igualitària y más fraterna*. Barcelona, Ariel.
- Casassas, D. "Filosofía y política de la Renta Bàsica: la experiencia internacional". Primer Seminario Internacional sobre el Ingreso Ciudadano Universal (México, junio 2007). Document que es pot trobar a [www.redrentabasica.org](http://www.redrentabasica.org)
- Cases, N. i Sanjuán, J. (2004): "Teoría de la competición social y trastornos afectivos" en Julio Sanjuán i C. Jose Cela Conde (coord.) *Darwinismo y Psicopatología*. Madrid, Ars.
- Cases, N. i Sanjuán, J. (2004b): "Ansiedad y depresión como extremo de reaccion adaptativas" en Julio Sanjuán i C. Jose Cela Conde (coord.) *Darwinismo y Psicopatología*. Madrid, Ars.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005): Libro Verde. *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas.
- Corrigan PW, Watson AC. (2002): "Understanding the impact of stigma on people with mental illness". *World Psychiatry*, 1,1:16-20
- Cortés, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. (2004): "Desigualdades en la salud mental de la población ocupada" a *Gaceta. Sanitaria*; 18(5):351-9
- Cosmides, L. i Tooby, J. (2002): "Orígenes de la especificidad de dominio: la evolución de la organización funcional" a Hirschfeld, Lawrence A. i Gelman, Susan A. en *Cartografía de la mente. La especificad de dominio en la cognición y en la cultura*. Vol. 1. Barcelona, Gedisa.
- Costa J. M. (1994): *Manual de Psiquiatría*. Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona
- Crompton R. (1993): *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid, Tecnos.
- Damasio, A. (2005): *En busca de Spinoza*. Barcelona, Crítica.
- Davey Smith G. et al. (1996): "Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for multiple risk factor intervention trial: I White men". *Am. J. Public Health* 86: 486-496.
- De Waal, F. (2007): *Primates y filósofos. La evolución de la moral del simio al hombre*. Barcelona, Paidós.
- Dooley D., Fielding J., Levi L. (1996): "Health and unemployment". *Annual Reviews Public Health*, 17, 449-65.
- Duran, M. A. (1983): *Desigualdad social y enfermedad*. Barcelona, Tecnos.

- Engels, F. (1977): *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. México, Edición de Cultura Popular.
- Durkheim E. (1992): *El suicidio*. Barcelona, Akal.
- Encuesta Nacional de Salud. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- Espluga J., Caballero J. (2005): *Introducción a la prevención de riesgos laborales. Del trabajo a la salud*. Barcelona, Ariel.
- FEANTSA. *Informe Anual Europeo. El derecho a la salud es un derecho humano*. 2006
- Foley, R. (1995): *Humanos antes de la humanidad*. Barcelona. Ediciones Bellaterra.
- Foucault, M. (2006): *Historia de la locura en la Época clásica vol. 1*. México. FCE.
- Freud, S. (1975): *Compendio de Psicoanálisis*. En Freud, S.: *Obras completas*, vol. 5. Barcelona, Biblioteca Nueva.
- Fulford, K.W.M. (2001): "Filosofía analítica, neurociencias y concepto de trastorno" a Sydney Bloch, Paul Chodoff, Stephen A. Grenn (edit): *La ética en psiquiatría*. Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología. Triacastela..
- Fundació Jaume Bofill. (2002): *Les desigualtats socials en salut a Catalunya*. Informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill. Barcelona.
- García B. (2007): "¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual?". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXVII, n.100, pp.355-365.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2006): *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. Barcelona. Direcció General de Planificació i Avaluació.
- Giner, S. et al (1998): *Diccionario de Sociología*. Madrid, Alianza editorial.
- Goffman E. (1970): *Estigma. La imagen deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- González, H. Pérez, M. (2007): *La invención de los trastornos mentales*. Madrid, Alianza Editorial.
- Horwitz A. V. (2008): "Classical Sociological Theory, Evolutionary Psychology and Mental Health" a Avison W.R., McLeod J.D., Pescosolido B.A. (2007): *Mental Health, social mirror*. New York, Ed. Springer.
- Institut de Drets Humans de Catalunya (IDHC) (2004): projecte de Carta de Drets Humans Emergents. Els Drets Humans en un món globalitzat. Barcelona.
- INSHT, V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004
- Institut Municipal de Salut Pública (2002): *La salut dels immigrants estrangers*. (Informe 2000) Barcelona.

- Jané-Llopis E. (2004): "La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria. Vol. 24. N.89. 67-77
- Jané-Llopis, E., Anderson P. (2006): "Mental Health promotion and mental disorder prevention across European member states: a collection of country stories". Luxembourg: European Communities.
- Jané, A. i Talarn, A. (2000): *Manual de Psicopatología clínica*. Barcelona, Paidós.
- Jung, C. G. (1970): *Arquetipos e inconsciente colectivo*, Buenos Aires, Paidós.
- Kieselbach T. Ed (2000): *Youth unemployment and health. A comparison of Six European Countries*. Psychology of social Inequality, vol.9. Yuseder Publications, no. 1. Leske + Budrich. Germany
- Krieger, N. (2002): "Glosario de epidemiología social". Rev. Panam. Salud Pública 11: 480-490
- Lajer, M. (1982): *Unemployment and hospitalization among bricklayers*. Scand J Soc Med.
- La Parra, D. (2002): *La atención a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias*. Universidad de Alicante.
- Lewontin, R. C., Rose, S., Kamin, L. J. (2003): *No está en los genes*. Barcelona. Crítica.
- Lynch J., Davey Smith G., Kaplan G. A., House James S. (2000): "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions". *BMJ*, 320: 1200-4
- López, N. (2007): *La dinámica de la evolución humana*. Pamplona, Ediciones Universidad de Navarra.
- Marmot MG (2004): *The Status Syndrome*. New York, Owl Books.
- Marmot MG et al. (1984): "Inequalities in death- specific explanations of a general pattern?". *Lancet*, 1003-6
- Martí, O. (1995): *Introducció a la medicina social*. Barcelona, ICESB.
- Martos, A. (2004): *Los errores del alma*. Madrid, McGraw-Hill.
- Marx C. (1992): *Manuscritos económicos-filosóficos de 1844*. Barcelona, Grijalbo.
- Mckeown, T. (2006): *Los orígenes de la enfermedades humanas*. Madrid, Triacastela.
- Meltzer, H., Gill, B., Petticrew, M., et al. (1995): *OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain: 1995*. London, HMSO.
- Mesa, P. J. (1999): *Fundamentos de Psicopatología general*. Madrid, Piràmide.
- Míiguelez F. i col.l. (1996): *Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània*. Barcelona, Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Centro de Publicaciones.
- Mora F. (2001): *El reloj de la sabiduría*. Madrid, Alianza.
- Mora F. (2004): *¿Enferman las mariposas del alma?* Madrid, Alianza.
- Mosterín J. (2006): *La naturaleza humana*. Madrid, Espasa Calpe.
- Moya J.(1999): "La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol.XIX, n.72, pp. 693-702
- Mundó J. (2006): "Filosofía, ciencia social y cognición humana: de la *folk psychology* a la psicología evolucionaria" a *Papers: revista de Sociologia*, Nº 80, pp. 257-281
- Mundó J. i Raventós, D.(2000): "Fundamentos cognitivo-evolucionarios de las ciencias sociales". *Revista Internacional de Sociología*. Tercera época, nº 25, Enero-Abril, pp.47-74.
- Muntaner C, Eaton WW, Diala CC, Kessler RC, Sorlie PD.(1998): "Social class, assets, organizational control and the prevalence common groups of psychiatric disorders. *Soc. Sci. Med* , 47:2043-53
- Muntaner C. i Lynch J.(1999): "Income inequality, social cohesion and class relations: a critique of wilkinson's neo-Durkheimian research program".*Int J Health Serv*; 29:59-81
- Muntaner C., Eaton, W., Diala, Ch. (2000): "Social Inequalities in Mental Health: a review of concepts and underlying assumptions". *Health* (London) ; vol. 4; 89-113
- Muntaner C., Borrell C., Benach E., Pasarin I., Fernandez E. (2003): "The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population". *Internacional Journal of Epidemiology* ; vol. 32: 950-958
- Muntaner C., Eaton W., Miech R., O'Campo P. (2004): " Socioeconomic position and major mental disorders". *Epidemiologic Reviews*. Vol. 26; 53-62. Oxford University Press.
- Muntaner C., Borrell C., Chung H. (2008): "Class Relations, Economic Inequality and Mental Health: Why Social Class Matters to the Sociology of Mental Health" a Avison W.R., McLeod J.D., Pescosolido B.A. (2008): *Mental Health, social mirror*. New York. Ed. Springer.
- Murali V., Oyebode F (2004): "Poverty, social inequality and mental health". *Advances in Psychiatric Treatment*. vol.10, 216-224

- Musto, D.F. (2001): "Perspectiva histórica" a *La ética en Psiquiatría* a Sydney Bloch, Paul Chodoff, Stephen A. Grenn (edit). Madrid, Triacastela.
- Navarro V., Benach J. (1996): *Desigualdades sociales en la salud en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Navarro V. i Shy L. (2001): "The political context of social inequalities and health". *Soc Sci Med*, 52: 481-491
- Nesse, R.M. i Williams G.C. (2001): *¿Por qué enfermamos?*. Barcelona, Grijalbo Mondadori.
- Noguera J. A. (2001): "Renta bàsica y el principio contributivo" a Raventós, D. (coord.): *La Renta Bàsica. Por una ciudadanía más libre, más igualitària y más fraterna*. Barcelona, Ariel.
- Nogués, R. M. (2003): *Sexo, cerebro y género*. Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer i Paidós.
- Nussbaum, M. (2007): *Las fronteras de la justicia*. Barcelona, Paidós
- Organización Mundial de la Salud. (2001): *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2001)b: *Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2002): 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 11 de abril de 2002. *Salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción*. Informe de la secretaría. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2003): *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Ed. Richard Wilkinson y Michael Marmot. Edición española, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud. (2004): *Promoción de la Salud Mental*. Informe compendiado. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2005): *Política, planes y programas de salud mental (versión revisada)*. Ed. En español per Edimsa. Ginebra
- OMS (2005b): Declaración Europea de Salud Mental. Conferencia ministerial de la OMS para la Salud Mental, Helsinki 12 al 15 Enero de 2005
- Ortiz, L. Et al. (2007): "Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana". *Cad. Saude Pública*, Rio de Janeiro, 23(6):1255-1272,
- Ortún, V. (2000): "Desigualdad y salud". *Política y sociedad*, 35 Madrid (pp. 65-71)
- Palomo, L. (2005): "Fundamentos de la globalización y de sus efectos sobre la salud" a *Globalización y salud*. VVAA.. Madrid, FADSP.

- Parkar SR, et al. (2003): "Contextualizing mental health: gendered experiences in a Mumbai Slum". *Anthropology and Medicine*.
- Pérez, R (2006): *Desigualdades en salud por clase social y política sanitaria. Las Encuestas de Salud de Cataluña (1994-2002)*. Tesis doctoral. Departament de Sociologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Piccinelli M., i Wilkinson G. (2000): "Gender differences in depression". *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Pinilla R., Sanzo L., (2004): *La renta bàsica. Para una reforma del sistema fiscal y de protecció social*. Madrid, Fundaci6n Alternativas, Documento de Trabajo, 42.
- Pinker, S. (1997): *C6mo funciona la mente*. Barcelona, Destino.
- Pinker, S. (2003): *La tabla rasa*. Barcelona, Paid6s
- Porth6, V. Amable M., Benach J. (2007): "La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en Espa6a: ¿qu6 sabemos y qu6 deberíamos saber?". *Arch.Prev. Riesgos labor*. 10 (1): 34-39
- Price, J.(1967):The dominance Hierarchy and the evolution of mental illness. *Lancet*, 29: 243-6
- Ravent6s, D. (1999): *El derecho a la existencia*. Barcelona, Ariel.
- Ravent6s, D. (coord.) (2001): *La Renta B6sica. Por una ciudadanía m6s libre, m6s igualit6ria y m6s fraterna*. Barcelona, Ariel.
- Ravent6s, D. (2007): *Las condiciones materiales de la libertad*. Barcelona, El Viejo Topo.
- Ravent6s, D. i Casassas, D. (2003): "La Renta B6sica y el poder de negociaci6n de los que viven con permiso de otros".*Revista internacional de Sociología*, n6m. 34, 187-201.
- Ravent6s, S. (2005): "Qu6 podría suponer una Renta b6sica para las personas con enfermedad mental?" Comunicaci6n presentada al V Simposi de la Renda B6sica el 20-21 d'octubre del 2005 a Val6ncia.
- Ravent6s, S. (2007): "Noves propostes pels nous reptes en salut mental: La Renda B6sica de ciudadanía". Pon6ncia presentada al VII Simposi de la Renda B6sica el 21-22 de novembre del 2007 a Barcelona.
- Read, J., Mosher, L.R., Bentall, R.P. (eds.) (2006): *Modelos de locura*. Barcelona, Herder.
- Regidor, E. (coord.) (2002): *Desigualdades sociales en salud: situaci6n en Espa6a en los 6ltimos a6os del siglo XX*. Universidad de Alicante. Murcia.
- Riddley, M. (2003): *Qu6 nos hace humanos*. Madrid, Taurus
- Rodríguez, A. , Sobrino T. (1997): "La evoluci6n de la atenci6n al enfermo mental cr6nico: la reforma psiqui6trica y el desarrollo de la atenci6n comunitaria" en



- Rodríguez A. et al. *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, Piràmide.
- Rodríguez A., Aparicio, A.(2008): “La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol.XXVIII, n. 101, pp. 43-83
- Rodríguez-Marín, J. “Estrategias de afrontamiento y salud mental” a Álvaro José L. et al. (1992): *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid, Siglo XXI.
- Rof Carballo, J. (1972): *Biología y psicoanálisis*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Rojo, J. E. (1995). “Estructuración del conocimiento en psiquiatra”. Julio Vallejo (edit): *Update Psiquiatría*. Barcelona, Masson. p. 1-24.
- Rousseau, J.J. (1979): Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres. Escritos de combate, Madrid, Alfaguara, [1775]
- Roybens, I. (2006): “¿El precio del silencio o una puerta a la emancipación? Un análisis de género de la renta básica? a Pisarello G., de Cabo A. *La renta básica como nuevo derecho ciudadano*. Madrid, Ed. Trotta.
- Rubia, F. J. ( 2000): *El cerebro nos engaña*. Madrid, Temas de hoy.
- Rosen, G. (1974): *Locura y sociedad*. Madrid, Alianza universidad.
- Sampedro, J. (2002): *Deconstruyendo a Darwin*. Barcelona, Crítica.
- Sanchez, C. (2005): “Les desigualtats socials i la salut a Catalunya” a *Estructura social i desigualtats a Catalunya, vol. 2 . Pobresa, salut, joventut i llengua*. Fundació Jaume Bofill.
- Sanjuán, J. (ed.) (2000): *Evolución cerebral y psicopatología*. Madrid, Triacastela.
- Sapolsky, R. M.(2007):*El mono enamorado y otros ensayos sobre nuestra vida animal*. Barcelona, Paidós.
- Sapolsky R.M. (2008): *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?* Madrid, Alianza editorial.
- Sen A. (2002). “Por qué la equidad en salud?”. Revista Panamericana de Salud Pública vol. 11 no. 5-6, Washington
- Spotorno, A.E.(2005): “Medicina evolucionaria: una ciencia básica emergente”. Rev. Méd. Chile; 133 pp. 231-240
- Stevens, A., Price J. (1996): *Evolutionary Psychiatry. A new Beginning*. Londres, Routledge.
- Szasz T. (1976): *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Vanderborght, Y. i Van Parijs, P. (2006): *La Renta básica*. Barcelona, Paidós.
- Van Parijs, P.(1996): “¿Cuándo son injustas las desigualdades?”, a VVAA., *Perspectivas teóricas y comparadas de la desigualdad* . Madrid, Fundación Argentaria.

- Van Parijs, P (1996): *Libertad real para todos*. Barcelona, Paidós.
- Ventura, S. (2008): *Els bojos a Catalunya 1850-2000*. Barcelona, Ed. 62.
- Watson, J. B. (1936): *Autobiography*, Worcester Mass., Clark University Press.
- Wilkinson, R.G. (2000): "Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al." *J. Epidemiol. Community Health* ; 54: 411-413.
- Wilkinson, R.G.(1992): "Income distribution and life expectancy". *BMJ* ; 304: 165-8
- Wilkinson, R.G.(1996): *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London, Routledge.
- Wilkinson, R.G.(2001a): *Las desigualdades perjudican*. Barcelona, Crítica.
- Wilkinson, R.G. (2001b): "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al." *BMJ* ; 322: 1233-6
- Wilson E. O. (1999): *Consilience. La unidad del conocimiento*. Barcelona, Galaxia Gutenberg.
- Whitehead, M. (1990): *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen, World Health Organization.
- WHO (2007a): *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*. Final report to WHO, commission on the social determinants of health.
- WHO (2007b): *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Report of the Knowledge Network on Urban Settings. WHO commission on Social Determinants of Health. Prepared by the WHO Centre for Health Development, Kobe, Japan.
- WHO (2007c): *Employment conditions and health inequalities*. Final report to the WHO. Employment conditions knowledge network.
- Wright, E.O. (2000): *Class Counts: Comparative studies in Class Analysis*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Wright, E. O. (1992) : " Reflexionando, una vez más, sobre el concepto de estructura de clases" a Zona abierta n. 59/60, Pàg. 16-125
- Xarxa Renda Bàsica (2006): *Preguntes i respostes sobre la Renda Bàsica*. [www.redrentabasica.org](http://www.redrentabasica.org)
- Zeisel, Hans; Jahonda, Marie; Lazarsfeld, Paul (1996): *Los parados de Marienthal*. Madrid, La Piqueta
- Zarifian, E. (1990): *Los jardineros de la locura*. Madrid, Espasa.
- [www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/pdf/coun\\_stories\\_cap1.pdf](http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf) Consultada el 24 de maig de 2008.
- [www.lainsignia.org](http://www.lainsignia.org) Consultada el 14 de maig del 2007.

[www.ilo.org/global/About the ILO/Media and public information/Press](http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press)Pàgina  
consultada el 29/08/07

[www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSNotas EnfermedadMental.D](http://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSNotas_EnfermedadMental.D)  
OC. Darrera consulta 15 d'abril del 2008

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) *Launching a new movement for mental health* consultat el 4 de  
setembre del 2007.

[www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=5636&criteria1=](http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=5636&criteria1=)Pàgina  
consultada el 29/08/07