

## **SALUT MENTAL I EXCLUSIÓ SOCIAL**

**Glòria Prats Fàbrega,**  
psiquiatra  
de la Secció d'Inserció Social i Immigració.  
IMAS. Consell de Mallorca

Malgrat les aclaparadores proves que relacionen l'exclusió social amb la malaltia mental, es tracta d'una àrea poc abordada i estudiada. La psiquiatria social ha tingut una escassa rellevància si la comparem amb altres branques de la psiquiatria i de la medicina.

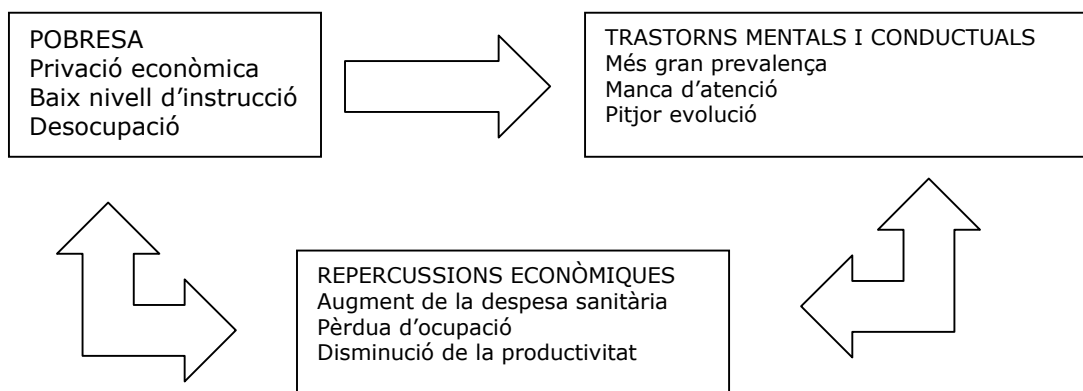
Afortunadament, avui ja hi ha autors que plantegen la necessitat que el DSM IV (el manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals) que ja contempla les síndromes lligades a la cultura, també inclogui les síndromes lligades a allò social.

En una visió holística i integrada de la persona i els trastorn mentals cal considerar els aspectes biològics, psicològics i socials. Aquests aspectes tindran rellevància diferent en cada trastorn, en cada individu i fins i tot en cada moment biogràfic o històric de la persona. Per això, cal tenir-los presents tant en el diagnòstic com en la intervenció.

## 1. RELACIÓ ENTRE SALUT I EXCLUSIÓ

La correlació entre l'exclusió social i la salut està fora de tot dubte: està demostrat que una persona de classe alta viu vint anys més que una persona sense sostre i que una altra de classe social baixa té una esperança de vida deu anys menor que una altra de classe alta. Una persona immigrant que viu situacions extremes, corre un risc molt alt de patir alteracions en la seva salut mental.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en el seu informe sobre la salut en el món de l'any 2001, estableix el cercle de la pobresa i els trastorns mentals:



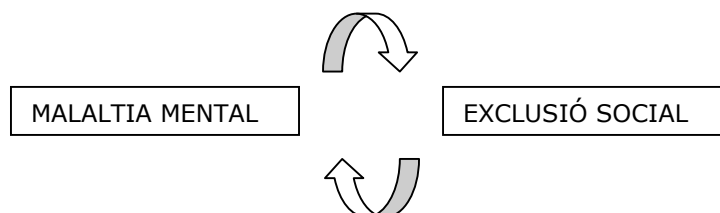
## 2. QUÈ SORGEIX PRIMER?

D'entrada, ens podem plantejar diverses preguntes: què sorgeix primer? Com han arribat aquestes persones a aquesta situació tan degradant? Ha estat la malaltia mental la causant de la pobresa i de la misèria o a l'inrevés?

No és bo de fer respondre científicament a aquestes qüestions. D'una banda, perquè la relació és molt complexa: totes dues estan interrelacionades, l'una a l'altra es potencien. D'altra, perquè és un tema que ha suscitat poc interès des del punt de vista mèdic.

No obstant, és obvi que hi ha relacions sobre les quals es pot reflexionar i plantejar reptes per aconseguir una societat més justa, més solidària i més sana.

Podem plantejar la hipòtesi que, en certs casos, la malaltia mental serà la causant de l'exclusió i en altres serà l'exclusió social i l'estrès que provoca la que desencadenarà finalment la malaltia. Probablement hi hagi casos dels dos tipus. No hi ha dubte, però, que l'exclusió situa la persona en un estrès crònic que reforça, alimenta i afavoreix el deteriorament mental i físic



### **Exemple de malaltia causant d'exclusió social**

Suposem una persona que des de fa anys ha sofert diversos brots d'esquizofrènia paranoide. La mateixa malaltia va minvant i deteriorant les capacitats de l'individu tant a nivell cognitiu com a nivell de relacions familiars, socials i laborals. A més, la persona no té consciència de malaltia per la qual cosa no es voldrà prendre la medicació. I estem parlant de malalts molt desconfiats en els quals són habituals els deliris, creure que els altres els persegueixen, que els volen fer mal; on tot, per ells, pot ser una amenaça, sent freqüent que sentin veus que els insulten o els ordenen. La seva conducta, des de fora, serà vista com estranya i poc acceptada socialment.

Una persona amb aquestes vivències, si no disposa d'una xarxa de suport molt potent (bon ajut familiar, bons serveis sanitaris; rehabilitació sociolaboral, fins i tot lleis que li garanteixin la continuïtat del tractament) són candidats "al carrer". I si hi paren, augmentarà el seu deteriorament tant a nivell de salut com d'exclusió; d'estar cada cop més lluny de tot, la qual cosa dificultarà o impossibilitarà l'assistència a tots els nivells.

Així, a part de la predisposició genètica a patir malalties mentals, finalment serà l'ambient qui determini si aquestes malalties apareixen o no. De la mateixa manera que serà l'ambient, molt clarament, qui determini el curs i el pronòstic de la malaltia.

Contràriament, una persona amb una malaltia mental greu si té un bon suport familiar, compta amb un bon accés als dispositius sanitaris i de tractament; compta, a més, amb una ocupació protegida (per exemple, un negoci familiar) i habitatge propi, té moltes menys possibilitats de quedar exclòs socialment, si la comparem amb una altra persona que pateixi el mateix mal i no disposi d'aquests recursos.

En aquest sentit, crida l'atenció com en els països del Tercer Món, a pesar de tenir menys possibilitats d'assistència mèdica i menys tractaments farmacològics, l'esquizofrènia té millor pronòstic, degut a l'existència d'un ambient més protector per aquests malalts.

### **Exemple de situació d'exclusió social que acaba en malaltia mental**

Imaginem el cas d'un immigrant "sense papers" en una cultura que no és la seva, que no troba feina, que tampoc no té possibilitats de retornar al seu país on hi ha deixat tota la seva família amb el compromís d'enviar-los diners, i que sent l'obligació que no pot fracassar. Aquesta persona no té antecedents psiquiàtrics però pateix un estrès crònic, factor de risc per desenvolupar la malaltia. Aleshores, per calmar l'ansietat imaginem que inicia un consum abusiu d'alcohol. Probablement acabarà amb un trastorn addictiu que dificultarà cada vegada més poder aconseguir els seus objectius inicials i es veurà, com més vagi, més, abocat a una situació d'exclusió.

### **3. PREVALENÇA. CASOS VELLS I NOUS**

Els estudis han revelat una alta prevalença i incidència dels trastorns mentals en la població exclosa. Una prevalença que va del vint-i-cinc al trenta per cent (Robertson, 1992) i a la que si s'hi afegeixen els trastorns d'ansietat i trastorns de personalitat, les dades poden assolir el vuitanta per cent (Fichter, 1996).

Els resultats de l'estudi sobre els factors econòmics, psicosocials i de salut que afecten la població sense sostre fet a Madrid el 1997 (Muñoz et al., 1997) mostraven uns índexs d'esquizofrènia molt elevats: entre un quatre i un vint-i-vuit per cent. Al mateix temps, els índexs de depressió major se situaven entre el quinze i el vint per cent. A més, els trastorns per consum de tòxics assolien el cinquanta per cent, i el percentatge d'individus que havien protagonitzat intents autolítics era d'una de cada quatre persones estudiades.

La Fundació Arrels portà a terme un estudi segons el qual el percentatge de persones amb trastorn mental sever era del 41,4% i un percentatge molt alt no havien estat diagnosticades per la xarxa pública de salut mental.

Tanmateix, són dades aproximatives, ja que, en la pràctica, la sensació és que són moltes més.

### **4. PATOLOGIES**

En la meua experiència personal, les patologies més freqüents que he trobat en els usuaris en situació d'exclusió social són els trastorns addictius, trastorns psicòtics concretament; esquizofrènies cròniques sense consciència de malaltia de part dels pacients, i trastorns de personalitat.

D'acord amb els estudis fets fins ara, també s'hi troben: trastorns psicòtics, trastorns addictius, trastorns de l'estat d'ànim, trastorn del control d'impulsos i trastorns de personalitat.

### **5. PRINCIPALS DIFICULTATS QUE IMPEDEIXEN ASSEGURAR EL TRACTAMENT PSIQUIÀTRIC.**

Es refereixen, aquestes dificultats, en el següent quadre:

### **Itinerància**

- A causa de les característiques de personalitat.
- A causa de les característiques del circuit i dels equipaments.

### **Manca de consciència de malaltia**

La motivació per al tractament la presenta l'acompanyant.

### **Relació egosintònica amb la malaltia**

- La malaltia deixa de ser una adversitat.
- Conviu més o menys resignadament amb el trastorn.

### **Defenses paranoïdes**

- Desconfia del metge i del seu tractament.
- Necessita les defenses paranoïdes per defensar-se d'una realitat amenaçant.

### **Ús psicopàtic del trastorn mental**

- La malaltia produeix beneficis secundaris que es volen explotar (mendicitat amb nombrosos beneficis, sotmetiment als propis interessos per por).

### **Acudeix sol a la consulta**

- No es poden contrastar les dades.
- No es disposa d'interpret lingüístic.

### **Manca d'història clínica unificada**

- Risc de diagnòstic contradictori
- Risc de sobremedicar.

### **Acudeix acompanyat**

- Però l'acompanyant no és un referent fiable per al pacient.
- Però l'acompanyant no és un referent que coneix bé la història clínica i social del pacient.
- Però l'acompanyant no és un bon aliat del metge.
- Però l'acompanyant no pot respondre de les discontinuïtats del circuit.

### **Deficiències del sistema públic de salut**

- Saturació dels serveis.
- Temps d'assistència insuficient.
- Controls successius poc freqüents.
- Sistemes poc eficaços de recuperació de pacients desvinculats.

### **Manca de mitjans econòmics per pagar la despesa farmacèutica**

- Deficiències en el sistema de prestacions socials.
- Excepcions en el sistema de prestacions socials universals

### **Traves administratives**

### **Traves diverses**

## **6. ALGUNES DADES DE LA SITUACIÓ ACTUAL**

A la vista de les intervencions que en matèria de salut mental s'han dut a terme fins ara a Mallorca en el col·lectiu de persones excloses en cal destacar el següent:

- A nivell sanitari es produeix l'efecte contrari a la llei de l'atenció sanitària perquè d'aquesta assistència són les classes socioeconòmiques altes les que més se'n beneficien.
- Augment dels trastorns psiquiàtrics i "buit de serveis". L'OMS, en el seu fòrum mundial a favor de la salut mental celebrat el mes de juny del 2001, assenyalà la necessitat urgent que els països disposin de xarxes per contenir les malalties mentals donat que en el món hi ha

cinquanta-quatre milions de persones amb trastorns psíquics greus, i que la xifra va augmentat de cada vegada més. Assenyala, també, que només uns quants països han aconseguit avanços en aquest sentit i que en molts altres el tancament d'hospitals psiquiàtrics i la manca de desenvolupament de serveis comunitaris ha provocat un buit important de serveis.

- Dissociació entre els recursos sanitaris i socials en la seva concepció i organització, la qual cosa provoca una gran fragmentació dels serveis que, objectivament, es converteixen en reforç de la patologia.
- Creixent intolerància vers les poblacions diferents.

## 7. ALGUNES PROPOSTES

De la mateixa manera que en la relació de dades de la situació actual, d'acord amb l'experiència acumulada en el treball amb la població exclosa amb patologies mentals, per preparar els futurs camins inclusius d'aquestes persones s'han d'atendre prioritàriament les següents propostes:

- Vincular, millorar i assegurar a tothom sense excepció una atenció integrada (bio-psico-social) en el sistema sociosanitari públic.
- Tenir molt present en la intervenció amb la població exclosa socialment i amb patologies mentals, les peculiaritats de la seva relació assistencial.
- Dissenyar diferents programes d'inclusió social segons perfils (malaltia mental, addiccions, immigració, prostitució, població excarcerària) sobre els que s'haurà de basar el tractament mèdic o psicològic de les persones que ho requereixin.
- Protocolitzar els diferents abordatges.
- Establiment d'equips multidisciplinars (psiquiatra, infermer, treballador social, educadors social, etc.) "de carrer" que s'apropin a la població exclosa i vincular-la de bell nou a la xarxa assistencial.

## BIBLIOGRAFIA

**ACHOTEGUI, J.:** *Exclusión social y salud mental*. Curs de formació

**CORRAL, J.:** *La salud mental y la exclusión social en las personas sin techo*.

*DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** *Foro mundial en pro de la salud mental*, maig de 2007.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** *Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, 2001.*

**IV SEMINARIO EUROPEO: SALUD MENTAL, EXCLUSIÓN SOCIAL**