

Míriam Vernet Grifoll

**LA INFLUÈNCIA DELS FACTORS SOCIALS DE RISC A PERSONES AMB
TRASTORN MENTAL**

**"THE INFLUENCE OF SOCIAL RISK FACTORS ON PEOPLE WITH MENTAL
DISORDER"**

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per M. ÀNGELS ARMENGOL

Grau de Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2020

1. MOTIVACIÓ

El fet d'haver realitzat pràctiques al camp de la salut mental m'ha motivat a dur a terme aquesta investigació, ja que és un col·lectiu al que sempre he tingut respecte per culpa de la desconexença i al haver estat fent pràctiques a la institució Pere Mata, se m'han trencat els esquemes. Com a estudiant a punt de començar al món laboral, tenia el prejudici de potser no estar del tot còmoda en aquest àmbit, però tenia curiositat de conèixer.

Després de la meua estada, m'agradaria que la gent que ha tingut el mateix pensament que jo, el canviï donant a conèixer més aquest àmbit, apropant a la gent que pateix un trastorn mental a la societat, ja que una de les causes d'aquesta exclusió cap a ells és la poca informació que és té.

Gràcies a haver-me endinsat en aquest sector social de risc, he pogut comprovar i veure amb els meus ulls el rebuig i discriminació que reben aquestes persones en molts aspectes de la seva vida, fet que ha fet motivar-me a lluitar contra els prejudicis i de veure com es podria fer per millorar la qualitat de vida de les persones amb trastorn mental.

LA INFLUÈNCIA DELS FACTORS SOCIALS DE RISC A PERSONES AMB TRASTORN MENTAL

“The influence of social risk factors on people with mental disorder”

Míriam Vernet Grifoll

Estudiant del Grau de Treball Social 4t curs de la Universitat Rovira i Virgili

2. RESUM

Un dels motius pels quals he realitzat el següent article és per donar a conèixer aquest col·lectiu a la població, conscienciant així i informant a la nostra societat de les problemàtiques a les que estan exposades les persones que pateixen un trastorn mental. L'objectiu del següent article es basa en comprovar si és veritat que existeix certa dependència entre els factors socials de risc i els trastorns mentals, i de quina manera poden influir. La metodologia utilitzada en aquest article serà un anàlisi documental on s'explicaran els efectes que tenen els factors socials de risc en l'atenció a la salut mental. A banda, s'expliquen els factors protectors i la tasca que realitzen els treballadors socials per ajudar a millorar o eliminar el problema.

Paraules clau: factors socials, trastorn mental, salut mental, treballador social,, influència.

2.2. ABSTRACT

The following paper is to raise awareness and inform our society regarding people who suffer from a mental disorder and the problems this group of population is exposed to. The aim of this paper is to verify hypothesis that there is certain dependence between the social risk factors and the mental disorders and in which way they can influence. The used methodology will be a documentary analysis. It will explain what type of effects the social risk factors

have on the care of people with mental disorders. In addition, the protective factors are explained and the work done by social workers to help improve or eliminate the problem.

Keywords: social factors, mental disorder, mental health, social workers, influence

3. INTRODUCCIÓ

Els problemes de salut mental poden afectar a la vida de les persones de forma negativa. Al ser un col·lectiu exclòs de la societat, no té gaire apoderament, podríem dir que és un col·lectiu invisible degut als prejudicis que té la societat d'ell.

Les persones que pateixen un trastorn mental, no només pateixen per les conseqüències de la malaltia, sinó que també han de fer front a una sèrie de factors de risc que obstaculitzen portar la vida d'una forma més fàcil i tranquil·la. Aquests factors es troben als àmbits d'educació, habitatge, context social... a banda de les restriccions que tenen en els seus drets civils i polítics.

Vull comprovar amb la següent investigació si és viable fer un pas endavant i eliminar l'estigma que causa aquesta discriminació i exclusió. La metodologia utilitzada ha estat una investigació social amb tècniques de consultes documentals i revisió bibliogràfica, a banda de l'observació de la praxi que m'han proporcionat les pràctiques.

S'ha de deixar enrere aquesta visió del pacient amb trastorn mental com un psicòpata assassí que ens han pintat a les pel·lícules, però primer és necessari comprovar quins són els factors de risc més presents en la vida d'aquestes persones amb l'objectiu de poder realitzar una intervenció més completa. És necessari un canvi en la nostra societat, un canvi de pensament, un canvi positiu i saludable.

4. MARC TEÒRIC

Segons Fernández, J. (1997), si analitzem el desenvolupament del Treball Social Psiquiàtric, aquest ha estat considerat com una especialització professional, i el seu origen el trobem en la fase històrica de tecnificació del Treball Social. Als EUA, a principis del segle XX, s'incorporen els treballadors socials als hospitals psiquiàtrics amb l'objectiu de donar una resposta socialitzadora a la cronicitat dels trastorns mentals i de la massificació dels manicomis. Gràcies a l'iniciativa d'Adolph Meyer, els treballadors socials es comencen a integrar a partir de l'any 1904. Aquest autor considerava que era necessari per al tractament dels pacients més informació sobre les intervencions socials.

De forma gradual, psiquiatres de diferents institucions van començar a enfocar-se en el valor de les dades socials i en conseqüència, el paper del treballador social es va anar reconeixent i incorporant com a part dels equips de salut mental.

Aquesta influència que arriba a Espanya importada dels EUA, ve acompanyada de la idea d' «equip psiquiàtric» i de la necessitat de treballar amb les famílies dels malalts mentals. A la fi dels anys seixanta, la clínica Tavistock de Londres, va ser un important referent en la formació dels treballadors socials (Ureña, A. 2006).

El desenvolupament de l'atenció psiquiàtrica a Espanya ha tingut un desenvolupament similar als de la resta de països desenvolupats. Tradicionalment l'assistència psiquiàtrica depenia de les diputacions provincials i no estava integrada en el règim de la seguretat social. A mitjans de la dècada dels anys 70, s'inicia a Europa el moviment de la reforma psiquiàtrica, que té com a màxim referent la reforma psiquiàtrica italiana, amb l'obertura dels hospitals psiquiàtrics, l'externalització dels malalts ingressats i la seva inserció i tractament en la comunitat.

Els anys 70 es van caracteritzar per la precarietat de recursos socials a tot el país, i hi ha una escassa i confusa xarxa d'assistència social. Respecte la figura de l'assistent social, era molt ambigua al principi, però a poc a poc, tant en el

camp sanitari com en l'àmbit psiquiàtric es va anar desenvolupant, i els treballadors socials van aprendre a identificar problemes i proposar actuacions molt variades en la intervenció terapèutica.

A la dècada dels 80, es produeix un gran canvi en la concepció del malalt mental, passant a ser una persona subjecte de drets i obligacions. La Llei General de Sanitat de 1986 i el concepte de salut que l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir com un complet estat de benestar físic, mental i social, i no només com l'absència de malaltia.

L'aprovació de la Llei General de Sanitat, que va establir la integració de l'assistència psiquiàtrica en el sistema sanitari general, l'informe de la comissió ministerial per a la reforma psiquiàtrica i la descentralització de l'Estat amb la progressiva transferència de les competències en matèria de sanitat a les comunitats autònomes, constitueixen el punt de partida i el marc que ha permès el desenvolupament de l'atenció a la salut mental en les últimes dècades. En aquest moment els objectius de la feina social en salut mental comencen a tenir com a meta l'esforç pel procés de normalització del pacient al seu àmbit social.

A la dècada dels 90, els problemes de la població amb malalties mentals desborden l'àmbit sanitari-psiquiàtric i s'expressen en dimensions d'índole psicosocial i social, caracteritzades per discapacitats i dèficits per al funcionament psicosocial autònom i per conseqüències socials de desavantatge social (pobresa, ocupació, aïllament social, rebuig, problemes d'allotjament ...), sense oblidar els problemes de tensió i sobrecàrrega que suposa per a les seves famílies. Tots aquests aspectes formen part de l'activitat professional dels treballadors socials, de manera que no només és necessari atendre la seva problemàtica psiquiàtrica, sinó també les dificultats psicosocials i necessitats socials, a través de la rehabilitació i integració social normalitzada en la comunitat.

5. PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA

Cada vegada es reconeixen més aviat els símptomes que produeixen malalties com per exemple l'esquizofrènia, des de les primeres manifestacions de la malaltia, fins que s'identifica totalment aquesta. A banda d'això, les investigacions cada vegada aporten més dades consistents tant amb les hipòtesis psicoanalítiques antigues, que trobaven fonaments en que la dinàmica de les psicosis provenia a partir de la genètica, com amb les hipòtesis i models actuals, basats en els possibles trastorns cognitius, neuroevolutius i del neurodesenvolupament.

Segons l'autor Leiderman (2004), hi ha investigacions que apunten fins i tot a l'existència de símptomes visibles des del primer any de la vida. El problema d'aquestes investigacions és que les dades que contenen solen ser molt genèriques cosa que no els fa fiables, per això, és necessari un instrument d'investigació més específic i concret per abordar l'arrel del problema. Molts dels instruments utilitzats prediuen trastorns mentals en els casos detectats, i no diferencien de manera precisa la seva aparició, pot ser en la pròpia infància, adolescència o inclús l'edat adulta.

Pel que fa a la clínica dels equips d'atenció precoç i dels equips de salut mental de la primera infància, per evitar els símptomes de la malaltia com més aviat possible, apunten la importància del tractament precoç dels infants que presenten molts d'aquests tipus de dèficits funcionals i relacionals. A banda, mostra també, cada vegada amb més freqüència, importants resultats positius. Els resultats preventius, s'observen quan els tractaments no són estrictament farmacològics, sinó que també s'ofereix suport psicològic al infant i la contenció psicosocial de la família, i altres nuclis importants de la vida.

En conseqüència, existeixen nombrosos grups d'investigació que treballen amb l'idea de determinar una sèrie de senyals d'alarma i factors de risc en l'etapa de la infància que puguin informar d'un major risc de patir un trastorn psicòtic en qualsevol etapa de la vida. L'objectiu seria que es trobés un possible marcador, biològic o psicosocial, que fos accessible, sensible i específic, per predir aquest desenvolupament posterior. Hi ha investigadors que treballen amb aquesta idea,

tant a nivell biològic, com a nivell psicològic o social, però per ara, no existeix cap marcador que ho pugui detectar.

Si es pogués treballar la idea de poder determinar l'existència d'un conjunt de senyals d'alarma i factors de risc que es relacionin amb la aparició d'un trastorn psicòtic en qualsevol etapa de la vida, tindríem una aproximació pel que fa als nens que podrien evolucionar cap a un trastorn psicòtic sense haver de realitzar estudis poblacionals generalitzats de detecció. (Herrera et al, 1990). Sobretot, perquè no és probable que els equips d'atenció primària puguin realitzar estudis periòdics per detectar aquesta vulnerabilitat a patir un trastorn mental sever. D'altra banda, avui en dia seria més dubtós des del punt de vista deontològic i ètic detectar nens o famílies amb aquests factors de risc i construir amb ells grups control, sense intervenció al menys psicosocial. Podria ser útil per realitzar revisions conjuntes d'històries o poblacions per part dels equips d'Atenció Primària de Salut (APS) i de Salut Mental comunitària (SMC); o bé auto-revisions per part dels propis equips d'atenció primària.

En l'actualitat ja existeixen instruments com, per exemple, el "*Children's Behaviour Checklist*" (CBCL) (Achenbach, 1992), i molts altres, per poder realitzar l'exploració de possibles trastorns mentals en la infància. La perspectiva clínica ens porta a pensar que si aquests trastorns són greus i no resulten tractats, el més probable és que evolucionin en la seva majoria cap a trastorns mentals severos en la vida adulta.

Un equip d'experts creat per la Generalitat de Catalunya ha intentat completar el programa del "Nen Sa" amb un protocol de salut mental, de manera que els pediatres poguessin detectar de forma precoç vulnerabilitats o factors de risc en l'etapa de la infància (Amigó et al, 1999). En pocs anys, aquest protocol ha mostrat, però, una sèrie de problemes de validesa. Per això, hi ha tant interès en disposar d'un instrument predictiu d'utilització àgil en les consultes d'atenció primària, especialment en pediatria, que ens permetés determinar el risc de trastorn mental greu en la pròpia infància o una mica més endavant.

6. CONCEPCIÓ DE FACTORS SOCIALS DE RISC

6.1. FACTORS DE RISC

Els professionals que treballen a l'àmbit de la salut mental han viscut la complexitat progressiva dels sistemes sanitaris i de la pràctica clínica. Han esdevingut una sèrie de factors assistencials, culturals, polítics i socioeconòmics que han modificat les necessitats i les demandes de la població general. Cada vegada existeixen més demandes de la població en relació amb la societat en què estem instal·lats; demandes de "suport psicològic" per les dificultats en la convivència amb els altres, demandes relacionades amb el malestar dels problemes de la vida quotidiana (problemes de parella, laborals, problemes econòmics, ...), símptomes somàtics variats sense causa orgànica que els justifiqui, etc. A causa d'aquesta preocupació, molt acaben caient en el món de les drogues per alliberar-se d'aquesta angoixa.

Segons el Model d'atenció MOSSAVI (2003) , el qual és un model d'ansietat social per a la prevenció i atenció de la violència intrafamiliar, per facilitar l'anàlisi de les probabilitats de risc, convé classificar les situacions, condicions i circumstàncies en què es troben els individus, en quatre categories:

Angoixa quotidiana: La tensió entre les necessitats, interessos, expectatives, sentiments i els recursos disponibles per satisfer-los.

Violència normalitzada: El procés pel qual certes pràctiques violentes s'assumeixen com a normals en una cultura. Quan l'ús de la violència és acceptat com a legítim per un determinat grup, no se li qüestiona i ni tan sols se li percep com a tal, diem que la violència s'ha normalitzat.

Experiències de violència: Haver nascut, crescut i viscut en un ambient caracteritzat per relacions de maltractament i violència.

Predisponents individuals: Característiques personals, així com a usos o costums individuals que promouen o faciliten una resposta violenta.

En essència, un factor de risc és una característica interna i / o externa a l'individu, el qual la seva presència augmenta la probabilitat o la predisposició que es produeixi un determinat fenomen.

L'enfocament del factor de risc planteja que s'han d'identificar aquells factors bio-psico-socials del comportament i de l'entorn que semblin estar associats amb l'aparició d'un problema de salut. Els factors de risc interactuen entre sí influint, i són de caràcter probabilística, és a dir, la seva presència augmenta la probabilitat que es doni una conducta, hi ha tres grups principals de factors de risc:

Factors de risc individuals: Fan referència a les característiques internes de l'individu, a la seva forma de ser, sentir i comportar-se. L'edat, la personalitat, els recursos socials de què disposa, les actituds, els valors, l'autoestima, etc.

Factors de risc relacionals: Són aquells aspectes relatius a l'entorn més proper de la persona. La interacció específica de cada subjecte amb la família, els amics i el context escolar determina una situació peculiar.

Factors de risc socials: Fan referència a un entorn social més ampli. L'estructura econòmica, normativa, l'accessibilitat al consum, l'acceptació social, i els costums i tradicions, comporten unes característiques que diferencien unes cultures d'altres i per tant afecten la conducta de l'individu.

És important aclarir que la seva sola presència no causa el problema, ja que cal que es conjuguen determinades circumstàncies dels membres de la família, el seu ambient i la seva dinàmica.

Segons autors com Calderón et.al, denominen factor de risc a qualsevol esdeveniment o circumstància d'ordre biològic, psicològic, social, cultural, ambiental, presents en les persones, els animals o el medi, que poden constituir-se en amenaça o situació de vulnerabilitat o dany per l'individu i / o la família, alterant la seva funcionalitat interna o externa. Aquests factors poden ser pràctiques, actituds o esdeveniments que, en qualsevol cas, estan lligats al context social, a les rutines i recolzats en la xarxa cultural, que porta al fet que persisteixin encara que són contraris al benestar.

Dels múltiples factors de risc que existeixen, i concretament els que afecten a l'àmbit familiar en l'actualitat, els autors assenyalen que els que es perceben amb major freqüència els següents:

- Patrons inadequats de comunicació
- Fragmentació i inadequada utilització de temps i espai
- Mal maneig dels límits
- Comportaments ambivalents
- Distorsió i xantatge afectiu

Els factors de risc es barregen i s'organitzen de manera molt dinàmica, la seva importància dins del sistema de causes també és variable: la rellevància d'un factor de risc pot canviar d'un grup a un altre i d'un individu a un altre.

L'enfocament de risc referit per Hawkins (1992), porta dos conceptes:

- El de vulnerabilitat, que és el potencial que es produeixi un risc o dany, ja que es va observar que les probabilitats de patir danys poden sorgir de subjectes que concentren en si els factors de risc, constituint-se en individus d'alt risc.
- El de conducta o comportament de risc, aspecte que resideix en les persones generadores de risc a través de comportaments que augmenten reiteradament.

Hawkins (1992), assenyala com a factors de risc en la família problemes en el maneig d'aquesta, expectatives no definides en relació a les conductes esperades, manca de control, disciplina inconsistent o dura, manca de relacions fortes i d'afecte, conflictes matrimonials, aprovació de l'ús de l'alcohol o de la droga, abús del tabac, l'alcohol o d'altres drogues per part dels pares...

Així doncs, quan es parla de factors de risc es fa referència a la presència de situacions contextuais o personals que, a l'estar presents, incrementen la probabilitat de desenvolupar problemes emocionals, conductuals o de salut, aquestes dificultats promouen l'ocurrència de problemàtiques que entorpeixen l'assoliment del desenvolupament esperat en les persones pel que fa a la seva responsabilitats i capacitats de contribuir i participar activament en la família i en la societat.

En aquest sentit el terme "risc" implica d'alguna manera la presència d'un o diversos aspectes que augmenten la probabilitat de les conseqüències adverses per a les persones i en alguna mesura constitueix la probabilitat que en el futur es produeixi un esdeveniment o comportament no desitjat que atempti contra el benestar individual, familiar i social.

Els problemes de salut mental es distingeixen d'altres malalties en què la seva expressió primària es manifesta en desequilibris d'ordre social o psicològic de múltiple causalitat, a l'alterar-se la regulació del comportament a través de processos cognitius, emocionals, de sensació i percepció. En part, la causa del desequilibri pot provenir d'un mal funcionament neurofisiològic, però també pot provenir d'altres causes afegides com problemes de relacions personals o falta d'adaptació en l'aprenentatge.

Preocupa que la urgència per abordar iniquitats en salut mental pugui forçar intervencions que no siguin rellevants a nivell local, desconeixent factors culturals, que poden produir efectes negatius i intervencions inapropiades, fet que augmenta l'estigma social i produeix pobres resultats en la millora de la salut.

La salut mental es refereix al benestar, a la prevenció de trastorns mentals i a el tractament i la rehabilitació de persones afectades per aquests trastorns. Els estudis de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) mostren que els trastorns de salut mental continuen sent un dels problemes de salut que genera més impacte en la qualitat de vida de les persones, i costos econòmics per a l'individu, la societat i els sistemes de salut. L'expectativa de vida de persones amb trastorns mentals és 20 anys més curta que la d'aquells que no en tenen.

La salut es planteja com una capacitat, i l'obtenció d'equitat es centra en les oportunitats, de manera que la distribució dels determinants de la salut permetin una equitat en oportunitats de vida saludable d'acord amb la comissió de l'OMS sobre determinants socials de la salut. El tenir en compte aquests determinants aporta a la salut pública el fer visibles les desigualtats en salut, per tal de dirigir l'acció cap a la seva reducció des d'una perspectiva de justícia social i la necessitat de plantejar canvis estructurals en la societat com a eina. Des de la bioètica, sota el principi de justícia, s'ha de promoure l'equitat, de manera que les persones afectades en la seva salut mental no es vegin amb desavantatge per discriminació en el sistema social. Per exemple, a Llatinoamèrica les condicions de vida són precàries, hi ha una evident desigualtat de recursos a causa de la diferència de classe social que existeix, i degut els problemes que comporta estar en aquesta situació, augmenta la demanda de l'àmbit de salut mental. Estudis realitzats a Llatinoamèrica assenyalen que, en general, l'estatus socioeconòmic es relaciona negativament amb indicadors de trastorns mentals i la manca d'escolaritat es relaciona amb símptomes de depressió, intent de suïcidi, trastorns mentals de l'estat de l'ànim i ansietat. Entre aquests determinants es troben els factors culturals. La cultura es defineix com una forma de vida que sorgeix de visions de món compartides i d'estructures comunes de creences, valors i comportaments. La cultura conforma la identitat, forma de vida i tradicions de grups específics, en el que influeix el sistema de creences o religió i els valors. La cultura proporciona un sistema de significants que pren forma en processos cognitius i d'interaccions personals.

Respecte factors culturals, poden influir en ajudar a enfrontar la malaltia, la curació i la recuperació, i adaptar-se a viure amb la malaltia. Entre aquests factors es troba la pertinença a un sistema de creences. La fe en un ordre superior pot exercir un paper protector en els determinants socials de la salut en tres formes:

- En primer lloc, perquè atorga un sentit de valor com a persona moral.

- En segon lloc, per la pertinença a una comunitat de fe que exerceix suport.
- En tercer lloc, l'exercici d'una bona espiritualitat pot portar a una vida amb hàbits saludables i ajudar a pensar saludablement.

En salut mental, aquests tres elements cobren una importància encara més gran a l'hora de buscar una estabilitat mental. Des de la bioètica és important incloure com a factor en la salut mental el tema de la religiositat a partir del diàleg deliberatiu, tenint en compte la posició en què es troba el pacient. En la relació terapèutica amb un agent de salut ajuda que el llenguatge s'adeqüi a sistema de creences del pacient, això millora l'empatia, la capacitat de recepció i enteniment de les persones. També és important considerar el suport d'una comunitat de fe que tingui incorporada la solidaritat i l'acceptació de l'altre.

6.2. FACTOR DE RISC PSICOSOCIAL

Actualment, la prevenció continua centrant-se amb l'individu i no en el context psicosocial del problema. Una de les raons de la falta d'atenció als factors de risc psicosocials, des del punt de vista preventiu, és la dificultat que tenen aquests per ser avaluats. Avui en dia hi ha instruments per a avaluar els factors psicosocials de risc, però aquesta avaluació és molt general degut a que els qüestionaris que és realitzen són molt estàndards, i per a tenir uns resultats òptims es necessiten instruments d'avaluació més específics. Per a fer-los més específics es necessita la contextualització dels resultats, per exemple, amb la utilització complementària de mètodes qualitius previs a conèixer els significats, les experiències i visions del col·lectiu que és vulgui estudiar.

Els factors de risc psicosocials són definits per la OIT i l'OMS com a riscos psicosocials donats en la interacció i procés que es donen en les tasques laborals dins d'una organització, afectant en diferents ambients socials com la família i les pràctiques socioculturals de l'individu . (Moreno i Báez, 2010)

D'acord a la definició anterior, les tasques quotidianes afecten de manera positiva o negativament a l'individu en aquest cas, el treball és una tasca diària, que d'una forma inadequada ha estat considerat des de fa anys un risc per a la salut. En l'època actual per creixement de mercat i la globalització, les condicions laborals s'han tornat més exigents i competitives causant desgast en el treballador tant físic com mental. (Víctor i Charria, 2011). Per tant els accidents laborals són causats per diferents factors, atribuint un d'ells als errors humans, com: la predisposició que tenen els treballadors, la fatiga de llargues jornades, també per no atendre les normes de seguretat i ,a més, per errors de la organització. (Ospina i Tenjo, 2009). Per això, sorgeix la psicologia ocupacional, la qual el seu objectiu és mantenir el benestar del treballador físic i psicològic, i millorar la qualitat de vida dels membres de l'organització per part dels professionals. (Aldana, Lima i Casanova, 2003). Els accidents laborals, són freqüentment relacionats pels factors econòmics, càrregues laborals, socials etc.

Un estudi realitzat a Colòmbia reafirma el que s'ha dit, per això van escollir una mostra de 78 persones ocupades en una empresa de Cali on els càrrecs són d'àrea de producció i de despatx en una organització productiva. Es va tenir en compte edat, sexe, estat civil, educació. Es va aplicar un qüestionari de riscos psicosocials. L'àrea de producció, va ser la que va reportar major nombre de persones en accidents laborals. Es pot dir que la inadaptació al lloc de treball, les llargues jornades i l'excessiva exigència laboral, són capaços de generar estats emocionals negatius i d'estrès com, per exemple, el trastorn de depressió i ansietat. (Vilas i Sotolongo, 2003)

Segons American Psychiatric Association, els trastorns mentals de major prevalença són els de l'estat d'ànim i ansietat, i són més freqüents en les dones que en els homes. Un estudi realitzat en diferents ciutats de Colòmbia detalla la participació 181 homes i 309 dones. Es van tenir en compte els factors com el sexe, l'edat, estat civil, estat social i ocupació. Els resultats van llançar que el trastorn amb major prevalença és el depressiu, seguit del trastorn d'angoixa i per últim, el trastorn de fòbia social.

Els factors psicosocials també es poden veure evidenciats en les tasques diàries estudiantils. Per exemple, el adaptar-se al cercle social, ser acceptat, tenir rendiment en els treballs, i altres fan que molts universitaris tinguin ideació suïcida... la mala interacció entre aquestes esferes i manca d'oportunitats en els estudiants genera pobresa, violència, discriminació, i fins al consum de drogues il·legals. (Figueroa et al., 2009).

Amb això, queda clar que els factors psicosocials tenen una estreta relació amb les malalties de la salut mental. Que el fet d'estar malalt tant físicament com mental, és un punt entre les esferes dels àmbits familiar, social, i laboral. Per tant al no poder respondre a les exigències de l'entorn, l'instint de supervivència es manté intermitent. Si aquest fet és freqüent, acaba desencadenant en angoixa en el moment que el subjecte presenta símptomes com fatiga, cansament, dolors musculars, entre d'altres. Si no hi ha una atenció oportuna a aquestes circumstàncies, amb el temps i la seva permanència es relaciona amb trastorns depressió ansietat, cardiovasculars, i altres.

7. FACTORS PROTECTORS

El manual Mossavi (2003), el qual és un model d'ansietat social per a la prevenció i atenció de la violència intrafamiliar, afirma que els factors protectors són aquelles situacions, condicions i circumstàncies dels quals se sap que inhibeixen (fan menys probable) la resposta violenta. Així mateix refereix que aquestes condicions, situacions o circumstàncies que poden protegir les persones s'agrupen en les següents categories:

Vincles afectius: sòlides connexions basades en l'afectivitat que brinden sensació de reconeixement, valor i amor, així com suport emocional.

Competències i habilitats: Habilitat individual exercitada, la qual permet a les persones reconèixer el risc, evitar-ho, contrarestar o bé manejar el conflicte i la tensió de manera pacífica, o afrontar la resposta violenta, minimitzant els seus efectes destructors.

Recursos institucionals: Conjunt d'institucions i eines externes a la persona, privades o públiques, que tenen com a rol prevenir, detectar, atendre i solucionar els problemes de maltractament i violència, en les seves diferents espais i tipus, així com les xarxes de suport que elles conformen intencional o espontàniament.

Creences i Valors:

Creences: Certeses que crea la persona, sense bases demostratives, les quals regeixen el seu comportament personal, grupal o col·lectiu. Exemple: creences religioses.

Valors: Criteris de vida, relació i convivència, de caràcter universal, que produeixen sempre un benefici a qui els viu, al seu entorn, a la comunitat i la societat en general.

Els factors de protecció estan referits a les àrees individual, relacional i social, d'aquesta manera un bon nivell d'autoestima, un adequat autocontrol emocional, la cohesió i la comunicació familiar, i l'afecció a un grup de referència positiu, actuen com a factors de protecció.

En aquest sentit els factors protectors actuen com a processos, mecanismes o elements moderadors de el risc, així doncs aquest tipus de factors estarien presents a la base de la resiliència. La resiliència és el resultat d'una interacció entre l'individu i el seu ambient.

Cal assenyalar que el concepte de resiliència es sustenta en la comprensió de les diferències individuals que hi ha entre les persones, com també, en el com aquestes diferències entren en interaccions igualment diferents, depenent de diversos factors.

A la base de la resiliència, hi ha certs processos i / o mecanismes amortidors o moderadors de l'estrès que contraresten el risc. Masten i Garmezy (1985) van agrupar les següents variables que segons les seves observacions, operarien com a factors protectors:

- Trets de personalitat com ara autonomia, autoestima i orientació social positiva;
- Cohesió familiar, calidesa i absència de greus conflictes;
- Disponibilitat de sistemes de suport extern que reforcin i encoratgin els esforços.

L'autor Vanistendael (1991) distingeix dos tipus de resiliència: la resistència enfront de la destrucció, és a dir, la capacitat de protegir la pròpia integritat sota pressió; d'altra banda, més enllà de la resistència, la capacitat per construir un conductisme vital positiu malgrat circumstàncies difícils.

Aquest concepte s'entrellaça amb termes com ara els de vulnerabilitat, risc i mecanismes protectors, entre d'altres, ha caracteritzat la resiliència com un conjunt de processos socials i intrapsíquics que possibiliten tenir una vida "sana" vivint en un mitjà "insà".

Seguint amb les aportacions de l'autor Vanistendael (1991), estableix els següents factors de protecció personal i social:

Factors personals

- Característiques temperamentals:

Major interacció entre persones, humor més positiu, ritmicitat biològica estable (control d'esfínters, patrons de son i alimentació)...

- Característiques cognitives i afectives

Major empatia, major autoestima, major sentiment d'autosuficiència, menor tendència a sentiments de desesperança, més autonomia i independència, major activitat dirigida a la resolució de problemes, millor maneig econòmic...

Factors socials:

Ambient càlid, existència de mares o substitutes que ofereixin suport emocional, comunicació oberta a l'interior de la família, estructura familiar sense disfuncions importants, pares estimuladors, bones relacions amb les parelles, major suport social...

Segons descriuen autors com Calderón et.al, els factors protectors es divideixen en factors personals, en els quals es distingeixen característiques lligades al temperament, particularitats cognitives i afectives, i després tenim als factors familiars com ara l'ambient familiar càlid i sense discòrdies, pares estimuladors, factors socioculturals , entre d'altres. Així doncs, fa una classificació d'aquests de la següent manera:

Factors protectors generals:

Bona adaptació al mitjà com alt nivell de tolerància o alt nivell de necessitats bàsiques satisfetes, riquesa afectiva, comportament social apropiat, bon nivell d'integració social, adequada expressió verbal...

Factors individuals:

Bon nivell d' assertivitat, bona tolerància a la frustració, bon nivell d'escolaritat, absència de situacions d'ansietat o depressió, bon nivell d'identitat, sentit de pertinença al grup familiar, capacitat de resolució de problemes...

Factors associats a l'Estructura Familiar:

Presència de figures d'autoritat, predomini de formes de comunicació assertiva, absència de consum de substàncies psicoactives, adequada participació en la criança dels fills...

Factors protectors associats a l'organització social:

Alt nivell d'escolaritat, sentiment de pertinença i arrelament del grup familiar, actituds i valors socials positius, bon nivell d'interacció social...

Així tenim que els factors de protecció, són aquells factors psicològics, familiars o socials que modifiquen l'acció d'un factor de risc per evitar l'aparició de la problemàtica, de la mateixa manera són els recursos personals o socials que redueixen l'impacte del risc, els factors protectors, donen suport o afavoreixen el ple desenvolupament de l'individu, orientats cap a estils de vida saludables, que determinen normes. La prevenció actual va orientada cap a la promoció d'aquests factors protectors.

8. INTERVENCIÓ DEL TREBALLADOR SOCIAL

La concentració d'una sèrie de circumstàncies personals i ambientals concretes faciliten el desenvolupament d'un episodi de crisi, i per tant, l'evolució de la malaltia varia en funció de les condicions socials amb què es trobi la persona malalta, que com es presenten en el següent quadre, poden afavorir o obstaculitzar l'evolució de la malaltia.

La intervenció social és essencial per al manteniment d'uns factors que no només no perjudiquin, sinó que afavoreixin l'evolució de la malaltia mitjançant la utilització de teories sobre el comportament humà i els sistemes socials. Aquestes teories expliquen els resultats positius de la interacció de les persones amb el seu entorn. L'objectiu d'aquesta intervenció és ajudar a l'usuari a superar conflictes derivats de la seva interrelació amb el medi i altres persones, mitjançant tècniques i procediments propis, i també promoure-li a aquest els recursos de la comunitat i de l'individu. La intervenció del treballador social com a professional és determinant en l'atenció de persones que pateixen algun tipus de patologia mental especialment en el sistema d'atenció a la salut mental.

Hi ha una sèrie de necessitats específiques en gran part de les persones que pateixen Trastorn Mental Sever. Aquestes problemàtiques i necessitats poden classificar-se en (Nebot, 2007):

- Atenció i tractament de la salut mental.
- Atenció en moments de crisi
- Rehabilitació psicosocial i suport a la integració social
- Integració laboral
- Suport a l'allotjament i atenció residencial comunitària
- Suport econòmic
- Protecció i defensa dels seus drets
- Suport a les famílies

Totes aquestes necessitats requereixen una perspectiva comunitària en la seva intervenció. Per exemple, sembla impossible la integració laboral de les persones amb malaltia mental si no s'estableixen mecanismes per lluitar contra l'estigma que pateixen aquestes persones.

L'enfocament de la salut mental no solament comporta la malaltia mental i el seu tractament clínic. A la pràctica, el treballador social en l'àmbit de salut mental intervé amb altres professionals com psiquiatres, psicòlegs... per a dur a terme una intervenció més enriquidora.

Segons els autors Miranda i Garcés (1998), s'ha defensat la idea de que el treball social en salut mental és fonamentalment un treball social clínic que té lloc amb una població determinada. Aquest enfocament ha estat àmpliament desenvolupat en la bibliografia i pràctica de la feina social, especialment en els països anglosaxons i, també de forma minoritària en el nostre país.

Estem parlant, per tant, d'un treball social que té a veure amb la valoració de la interacció entre l'experiència biològica, psicològica i social de l'individu, que ajuda

a l'hora de realitzar la intervenció clínica. Una característica distintiva del treball social clínic és l'interès del clínic pel context social on es produeixen o bé són modificats els problemes individuals o familiars. En conclusió, el treball social clínic pot implicar intervencions tant en la situació social com en la situació de la persona. (Ituarte, A., 1992).

Els tres fonaments principals pels quals el treball social clínic produeix el canvi són:

- Mitjançant la relació interpersonal.
- Mitjançant canvis en la situació social.
- Mitjançant canvis en les relacions amb persones importants en la vida dels individus.

Els treballadors socials en salut mental estan integrats en un equip interdisciplinari, entenent per tal a conjunt de professionals encarats amb un objectiu comú. La composició de l'equip pot variar segons les necessitats de la població que atengui el dispositiu. En concret, el treballador social trasllada el vessant ambiental, relacional, cultural, econòmic, etc. que s'incorpora al biològic i al psicològic per a realitzar la valoració global del malalt i el pla de tractament.

En l'equip interdisciplinari els professionals expliquen els seus coneixements i intercanvien part de les seves pràctiques de manera coordinada. D'aquesta manera es pot aconseguir una acció terapèutica global més coherent i s'evita la proliferació d'intervencions professionals més enllà del necessari.

Segons l'autor Ramírez de Mingo (1992), aquest enfocament interprofessional és la garantia absoluta d'eficàcia i es caracteritza per l'existència d'espais o llocs comuns per estudiar les situacions i estratègies a seguir.

És necessari recordar com l'organització¹ i característiques terapèutiques de l'equip són diferents en la psiquiatria hospitalària respecte a la psiquiatria comunitària:

- En els centres en què predomina el model mèdic (hospital), els equips terapèutics tenen una estructura més vertical. El desitjable aquí és la perfecta coordinació dels membres en el foment d'unes habilitats tècniques precises.
- En els centres en què predomina un model psicològic-social (Hospital de DIA, CSM, mòduls psicosocials, comunitats terapèutiques) l'equip és d'una estructura més horitzontal.

El fet de que un centre de salut mental tingui una estructura més horitzontal, és bo per a poder fer una millora de la qualitat de la intervenció i de la gestió de recursos , ja que aquest tipus d' estructura proporciona una atenció integral al implicar la coordinació entre els equips multidisciplinaris.

8.1. PROMOCIÓ I PREVENCIÓ EN SALUT MENTAL

Prenent com a punt de referència la carta d'Ottawa de Promoció de la Salut , les activitats de promoció de la salut mental comporten la creació de condicions individuals, socials i de l'entorn per millorar la qualitat de vida, juntament amb un desenvolupament cognitiu favorable.

¹ Quan parlem d'organització a l'hora d'estructurar una companyia, parlem des d'organitzacions dels treballs de model vertical fins al model horitzontal. Hi ha una diferència entre l'estructura vertical i l'horitzontal:

Si al dibuixar l'organigrama de la companyia, l'estructura simula una piràmide, llavors estem davant organitzacions dels treballs verticals. En canvi, si s'assembla més a un rectangle o una línia, parlem de models horitzontals o plans. La major diferència entre les organitzacions dels treballs verticals i horitzontals recau en el procés de presa de decisions. En aquest sentit, mentre en l'organització vertical qualsevol tema ha de passar per una gran nombre de nivells, des del treballador fins al màxim responsable, en l'organització horitzontal aquest procés es simplifica, disposant d'un menor nombre d'escales.

A banda, la prevenció dels trastorns mentals, es caracteritza pel seu enfocament en la reducció de factors de risc i la promoció de factors de protecció relacionats amb un trastorn mental o problema de conducta, amb l'objectiu de reduir la seva prevalença i incidència.

Actualment hi ha una reserva sobre si els enfocaments preventius i de promoció poden contribuir realment a una reducció en la càrrega i els costos de les malalties mentals. La competència pels recursos ha portat sovint a una falta d'acord entre professionals de la salut mental i molts encara no estan convençuts que la prevenció pot aconseguir beneficis semblants o complementaris als del tractament.

Existeixen publicacions que demostren l'evidència de que els programes de prevenció i promoció funcionen i produeixen beneficis importants en la salut dels individus. Consten d'estudis que han demostrat una reducció en la incidència de trastorns mentals com la depressió o l'ansietat.

Segons l'article "*La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales*" de la revista de la associació espanyola de Neuropsiquiatria, un programa escolar va demostrar la reducció de nous casos de depressió després d'un any de realitzar la intervenció, en el qual només al 14.5% de el grup experimental se li va diagnosticar depressió en comparació del 25.7% dels adolescents que formaven part del grup de control. Tal com diu l'article, també s'han demostrat reduccions en suïcidis, en el consum d'alcohol, tabac i drogues il·lícites a través d'intervencions polítiques com l'increment en les taxes de l'alcohol i tabac, les restriccions en la seva venda, etc.

Altres estudis han demostrat que els programes preventius, a part de la reducció en incidència, disminueixen també els símptomes referents a la malaltia. Aquests programes també han aconseguit disminucions en factors de risc com ara agressivitat, problemes d'aprenentatge... com increments en factors de protecció com qualitat de vida, competència o autoestima, millorant així la seva salut mental.

Actualment, la recerca en prevenció està començant a centrar-se en identificar quins són els factors per a que un programa preventiu funcioni (predictors d'eficàcia). S'ha demostrat que algunes intervencions per a la salut mental són molt beneficioses, mentre que d'altres han indicat impactes negatius per a la salut. Aquesta variació en els resultats ha determinat el canvi des d'una ciència de la prevenció amb una orientació epidemiològica, de factors de risc i d'avaluar únicament l'eficàcia de les intervencions preventives a una ciència de la prevenció que inclou l'estudi de factors, processos i mecanismes de canvi que poden explicar aquesta diferència en l'efectivitat. Això contribueix a poder millorar els programes ineficaços i promocionar els que són extremadament eficaços, i també estableix les bases perquè les intervencions preventives tinguin en compte el risc inicial dels participants i hagin desenvolupat tècniques específiques depenent de el grup a què s'adrecen.

L'evidència d'aquests predictors és limitada, i encara que alguns tenen un suport teòric (ex.: factors de risc), altres encara no han estat investigats (ex. mètodes d'intervenció). Per aquesta raó, a més de l'estudi dels predictors d'eficàcia en avaluacions de programes individuals, un dels últims avenços en el camp de la prevenció és l'aplicació de tècniques de meta-anàlisi. Estudis recents, usant tècniques meta-analítiques, comencen a indicar quins elements són els que determinen els resultats efectius en els programes preventius.

Avui en dia comptem amb suficient evidència per demostrar que els programes que promocionen la salut mental funcionen, però es poden millorar considerablement. Es necessari que estudis d'investigació continuïn descobrint quins són els elements que contribueixen a l'eficàcia de les pràctiques preventives. La integració dels resultats de diversos estudis recents revela que:

- la prevenció és igualment eficaç quan és aplicada a diferents edats i grups amb nivells de risc diferents
- les tècniques cognitives i les que ajuden a millorar la competència i habilitats personals són les més eficaços per a diferents edats i òptimes quan inclouen múltiples mètodes.

Malgrat aquests resultats, és important tenir en compte que aquests elements només expliquen una part de la variància dels resultats, i que fan falta més estudis que continuïn investigant què és el que prediu l'eficàcia d'aquestes intervencions.

Malauradament, els resultats de la prevenció i els predictors de la seva eficàcia no poden generalitzar-se a altres problemes de salut o altres poblacions més que les incloses en els programes estudiats, per exemple, generalitzar aquests resultats a països en vies de desenvolupament. Un altre problema característic en el camp de la prevenció dels trastorns psiquiàtrics és la manca de minuciositat i homogeneïtat a l'hora de presentar els resultats de les avaluacions de programes preventius.

Instruments estandarditzats com llistes de control ajudarien a augmentar la qualitat de la implementació i a millorar l'eficàcia de les intervencions. Per exemple, es recomana el desenvolupament d'un instrument sistemàtic per controlar els processos d'implementació i un registre de programes preventius, tant publicats com no publicats, que posaria a disposició dels investigadors, dels responsables de el desenvolupament dels programes i dels assessors polítics l'evidència que hi ha fins al moment.

És vital que reduïm els problemes mentals, i la promoció i la prevenció poden contribuir-hi, però només aconseguirem combatre aquesta creixent problemàtica si la futura política de salut mental té com a objectiu la sostenibilitat de diferents organismes i pràctiques per a la salut mental, i si es dirigeix per igual a la prevenció i al tractament aconseguint un equilibri millor entre els dos.

9. CONCLUSIONS

En resum, avui en dia existeixen instruments d'investigació per detectar trastorns mentals de manera anticipada, però aquests instruments són molt genèrics i no incideixen en l'arrel del problema, tenint en compte que cada vegada hi ha més demanda d'atenció en salut mental.

Després de realitzar l'article, gràcies a la informació que he obtingut de diferents autors, he pogut donar resposta a la hipòtesis que es planteja al principi d'aquest

anàlisis, i de fet es pot confirmar, els factors socials de risc sí que són determinants en l'evolució d'un trastorn mental. Uns factors socials de risc són més influents que altres però tots afecten a l'individu.

He pogut comprovar que existeixen factors de risc que et venen de manera predisposada, com haver crescut en un ambient familiar on la violència està normalitzada, o bé tenir el risc de patir un trastorn mental per predisposició genètica, però podem intervenir en un altre tipus de factors que són molt importants i que són determinants a l'hora d'influir en el benestar mental, els factors de risc psicosocials. De fet, una de les conclusions que he extret de la investigació ha estat la gran influència negativa que tenen aquests factors quan no aporten a l'individu un sentiment de pertinença a una comunitat que et dona suport, o bé que no et donin sentit com a persona moral, etc, fet que provoca un augment del desenvolupament de símptomes d'angoixa , fins al punt de poder desenvolupar una depressió.

Si no evitem els factors socials de risc i no responem a les exigències del entorn, donant importància a l'hora d'intervenir centrant-nos així molt més amb el context psicosocial, mai s'arribarà a una millora en el benestar mental, ja que com s'esmenta a l'article, els treballadors socials ofereixen una intervenció més personal i s'haurien d'enfocar més amb el context en el que viu la persona per així ajudar-la a tenir una millor qualitat de vida i allunyar a aquestes persones de la discriminació i exclusió social.

En definitiva, com que aquests factors no es poden eliminar, s'ha d'apostar per la promoció de la salut mental, creant així entorns de vida que propiciïn la salut mental i es puguin obtenir models de vida saludables, com, per exemple, programes de prevenció d'angoixa, protecció social per a pobres, connexions basades en l'afectivitat, un adequat autocontrol emocional... és a dir, es necessita generar més factors de protecció per eliminar les conseqüències dels factors socials de risc o bé disminuir-les. Juntament amb la intervenció dels treballadors socials, es podria fer que la promoció de la salut mental sigui molt més efectiva del que és, disminuint així el risc de patir un trastorn mental, o si ja està detectat, reduir els símptomes d'aquest.

10. BIBLIOGRAFIA

- Artazcoz, Lucia & Molinero, Emilia. (2004). Evaluación de los factores de riesgo psicosocial combinando metodología cuantitativa y cualitativa. *Researchgate*. Consultat el 20 de Novembre de 2019 des de:
https://www.researchgate.net/profile/Lucia_Artazcoz/publication/242090729_Evaluacion_de_los_factores_de_riesgo_psicosocial_combinando_metodologia_cuantitativa_y_cualitativa/links/0c96052458944bc768000000.pdf
- Desviat, M. , Moreno, A. Acciones de Salud mental en la comunidad. Factores adversos y grupos de riesgo. *ResearchGate*. Consultat el 28 de Novembre de 2019 des de:
https://www.researchgate.net/publication/256546596_Factores_adversos_y_grupos_de_riesgo_en_Salud_mental
- Edenred, s.f. [Blog]. Consultat el dia 10 de Març des de:
<https://blog.edenred.es/tipos-de-organizaciones-de-los-trabajos-verticales-horizontales-y-planas/>
- Garcés, E.M (6 maig 2010). *El trabajo social en salud mental*. Consultat el 15 de desembre de 2019 des de:
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=El+Trabajo+Social+en+salud+mental&oq=el+traba
- Jané-Llopis, Eva. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Consultat el 8 de Gener de 2020 des de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005&lng=es&tlng=es.

- Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. *Rol de la religiosidad*. DOI: 10.5294/pebi.2016.20.2.6
- Tizón et al. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*. Recuperat el dia 21 de Gener de 2020 des de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100002&lng=es&tlng=es.
- V,R i G,C. (2015). Los factores psicosociales y su relación con las enfermedades mentales. *Revista gestión de las personas y tecnologia*. Consultat el 17 de Febrer de 2020 des de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5771023>

11. JUSTIFICACIÓ DE LA REVISTA

He escollit la revista de Treball Social tot i que el meu article parla sobre l'àmbit de la salut mental. No he triat una revista més específica en aquest camp perquè aquesta s'adreça de manera més àmplia als treballadors socials, ja que també volia recalcar la importància de la seva tasca en aquest col·lectiu. A banda, és de les poques revistes que et permeten fer una publicació amb català i jo volia transmetre el que he investigat amb català, ja que he observat que la majoria d'informació la trobés amb castellà, i el fet que estigui amb català és una facilitat per molta gent que coneix l'idioma, a part d'això també preferia expressar-me amb el meu idioma natal ja que em faig entendre millor, incloent també les facilitats que t'ofereix a l'hora de publicar, com per exemple escriure més paraules que altres, l'explicació és més clara, etc.