

Psicologia social i comunitària de la salut

Constanza Jacques Aviñó

PID_00161077



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índex

Introducció.....	5
1. La salut: marcs conceptuals i pràctics per a aplicar-la.....	9
1.1. Conceptes de salut i la implicància social que té	11
1.1.1. Model biomèdic enfront de model biopsicosocial	14
1.2. Psicologia social de la salut i els seus (cinc) terrenys de treball ..	18
1.2.1. Terrenys d'estudis de la psicologia social de la salut	19
1.3. Salut comunitària	21
1.3.1. Etapes de l'acció comunitària per a la salut	26
1.3.2. Tècniques de salut comunitària en la Cooperació en el Desenvolupament	27
1.4. Qualitat de vida, conductes de salut i malaltia	31
1.5. Xarxa social i suport social	34
1.5.1. Suport social: una introducció històrica	35
1.5.2. Els estudis epidemiològics	36
1.5.3. Les investigacions sobre l'estrès	39
1.5.4. Programes de salut comunitària	40
1.5.5. El suport social: la importància que té en la salut	43
1.6. Model de promoció en salut i educació sanitària	46
1.6.1. Classes d'intervenció en promoció i educació per a la salut en la comunitat	50
1.7. Perspectiva de reducció de danys	51
1.7.1. Projecte de Bola de Neu (BdN)	53
2. Desigualtats en salut.....	55
2.1. Les desigualtats socials com a determinants de la salut	55
2.1.1. Globalització i salut	58
2.2. Desigualtats socials en salut segons el gènere	60
2.2.1. Feminització de la pobresa	61
2.3. Resiliència	62
3. Salut i altres temes socials.....	68
3.1. La importància d'incloure-hi la perspectiva de gènere	68
3.1.1. El concepte de <i>gènere</i>	69
3.1.2. Violència de gènere	71
3.2. La salut i el fet migratori: processos i estratègies	72
3.3. Els drets sexuals i reproductius	75
3.3.1. Què són els <i>drets sexuals i reproductius</i> ?	76
3.4. Projecte d'intervenció sociosanitària amb treballadores del sexe	77

Resum	80
Bibliografia	81

Introducció

Aquest mòdul incorpora diferents conceptes, models i experiències per a oferir un altre gir a allò que, tradicionalment, coneixem com a part de les ciències de salut, entesa aquesta salut des del model biomèdic que associa els problemes de salut a esdeveniments individuals o particulars i relaciona la malaltia *en* la persona.

La motivació de crear aquest material neix, justament, de la idea d'oferir una visió sociocultural de la manera de comprendre la salut i fer front a les malalties en una comunitat, de conjugar les aportacions que han desenvolupat la psicologia social, la psicologia comunitària i altres sectors –i disciplines– que aborden la relació entre intervenció social i sanitària, considerant l'individu i la importància del context de manera global. Parlem d'un model biopsico-social.

Potser sembla que el fet de relacionar la psicologia amb la salut és una cosa indubtable ja que les seves diverses propostes teòriques i pràctiques –i des de la majoria dels seus corrents o les seves escoles– estan orientades a millorar l'estat de salut i la qualitat de vida d'una persona o un grup social. Tanmateix, és difícil afirmar que existeix *la* psicologia com un cos de coneixement únic i homogeni. En la literatura, hi ha diferents abordatges. Els més clàssics i tradicionals s'orienten des de la perspectiva funcionalista, l'objectiu de la qual és transformar allò que és *desviat* a un ordre *normalitzat* i establir les intervencions des del punt de vista de l'expert o professional, mentre que des de les posicions més contemporànies (per exemple, la constructivista o situada) s'incorpora l'experiència de la comunitat juntament amb l'equip de treball per a definir el problema i el desenvolupament dels projectes d'intervenció.

Aquest mòdul no pretén delimitar els terrenys teòrics ni oferir grans respostes a discussions conceptuals; més aviat, ofereix a l'alumnat una aproximació a un terreny que actualment té una creació constant.

Per tant, us trobareu, al llarg d'aquest mòdul, diferents temes, estratègies d'intervenció, àmbits, perspectives i exemples relacionats amb la salut, els "problemes socials" i els conceptes associats. També es pot assenyalar que una part important d'aquest contingut són temes que preocupen la salut pública i que han fet aportacions que han estat d'una gran rellevància per als estudis i les propostes d'intervenció; al seu torn, la salut pública s'ha nodrit de les diverses investigacions psicosocials. L'enfocament que predomina, en l'àmbit de la salut, és el que es fonamenta en la idea de desenvolupar conductes saludables i de reconèixer la participació activa dels membres de la comunitat per asso-

lir aquest objectiu. No és sobrer recomanar que es considerin les perspectives estudiades en els altres mòduls per a tenir, d'aquesta manera, una capacitat crítica, flexible i oberta a l'hora d'elaborar coneixements nous.

Un antecedent que s'ha de tenir en compte és que el naixement conceptual de la relació entre psicologia i salut és bastant recent. El primer acostament el va constituir la *medicina comportamental* –la conceptualització definitiva de la qual neix en la conferència de Yale, el 1977–, entesa com un terreny interdisciplinari d'integració de coneixements biomèdics i socials, a fi de dissenyar i d'implementar procediments per a la prevenció, el tractament i la rehabilitació. Paral·lelament, va adquirir força durant la dècada de 1970 la psicologia de la salut, com una àrea de la psicologia aplicada, orientada a tractar els canvis de conducta per a millorar la salut dels individus.

Considerant la diversitat dels temes, el manual s'ha estructurat de la manera següent: en l'apartat 1, s'aborden diferents marcs conceptuals que permeten a l'alumnat acostar-se a àmbits rellevants sobre salut i relacionar-los amb el desenvolupament de l'acció social dirigida al benestar de la comunitat. Parlem dels conceptes de *salut*, *qualitat de vida*, *xarxes socials i suport social*, *model de promoció en salut i educació sanitària*, i la *perspectiva de reducció de danys*.

A més, s'hi inclou la psicologia social de la salut i cinc àrees d'estudi que en defineixen la tasca; la característica principal d'aquesta especialitat és l'aplicació de les teories i tècniques de la psicologia social en l'àmbit de la salut. La psicologia comunitària, per la seva banda, des de l'esfera més pràctica, participa, al costat d'altres disciplines i enfocaments, en el desenvolupament de la salut comunitària, i s'acull a l'acció social per a fer front als problemes socials d'un territori. Com heu vist en el mòdul 3, "Psicologia comunitària", aquesta psicologia es caracteritza pel compromís que té envers el canvi social, per la feina que fa a la comunitat per incorporar metodologies participatives, i pel fet d'utilitzar els preceptes de la psicologia social aplicada.

L'apartat 1.5, sobre xarxes socials i suport social, específicament el marc històric, s'ha extret de l'antic mòdul "Psicologia comunitària", escrit per Juan Herero Olaizola.

En l'apartat 2, "Desigualtats en salut", s'aborden les desigualtats socials com a determinants en la qualitat de vida, en els indicadors de salut, en la mortalitat, en la morbiditat, etc., de les persones. També s'incorpora la necessitat d'articular els estudis i treballs sobre desigualtats socials des de la mirada de gènere i, al final, s'explica el concepte de *resiliència*, les característiques del qual s'han utilitzat com a estratègies d'intervenció amb els sectors més exclòsos socialment.

En el tercer apartat, i darrer, "Salut i altres temes socials", es tracta d'algunes àrees considerades rellevants per a l'estudi de la salut, com la fonamentació d'incloure la perspectiva de gènere, la immigració com a fenomen que exigeix

obrir marcs de treball flexibles i nous i, finalment, la salut sexual. S'acaba amb l'exemple d'una organització d'abast europeu que intervé en treballadores del sexe immigrants.

1. La salut: marcs conceptuals i pràctics per a aplicar-la

"Algunos no admitirán que haya enfermedades nuevas, otros piensan que muchas antiguas han dejado de existir; y que las que se consideren nuevas no durarán sino su propio tiempo: empero, la Misericordia Divina ha difundido la gran multitud de enfermedades, sin cargar a ningún país en particular con todas: algunas serán nuevas en un país cuando han sido viejas en otro. Los nuevos descubrimientos en la Tierra descubren nuevas enfermedades... y si Asia, África y América nos trajeran sus listas, la Caja de Pandora se hincharía, y debe de haber una extraña patología."

Sir Thomas Browne (1888). Carta a un amigo, en ocasi3n de la muerte de un amigo íntimo. A S. Sontag. *El sida y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.

La psicologia de la salut, des que va aparèixer als Estats Units durant la dècada de 1970, comença a créixer a gran velocitat pel reconeixement que es fa dels factors psicosocials en l'estat de salut i malaltia de les persones. També adquireix rellevància la contribució que fa a moltes de les explicacions a què no aconseguen respondre les dades netament fisiològiques. Aquest abordatge considera i inclou els factors emocionals, cognitius i comportamentals pel que fa a la salut, la qual cosa va permetre ampliar la comprensió dels processos pseudofisiològics, dels comportaments psicosomàtics, de la personalitat dels malalts, etc. Així es va desenvolupar el seu terreny d'estudi, caracteritzat principalment pel fet de comprendre els processos psicològics que intervenen en l'estat de salut o malaltia, i pel fet d'estudiar les conductes de les persones o organitzacions implicades en la cura de la salut o que hi poden influir. Les seves investigacions i el seu àmbit de treball han contribuït a dissenyar els programes de salut i a millorar la qualitat de vida dels individus. D'aquesta manera, es defineix la **psicologia de la salut**, segons Taylor (1986), com un terreny, dins de la psicologia, que mira de comprendre la influència de les variables psicològiques sobre l'estat de salut, el procés pel qual s'arriba a aquest estat, i com respon una persona quan està malalta. Per exemple, pot abordar l'estudi sobre els aspectes psicològics que intervenen en la diabetis, els trastorns cardiovasculars, de l'asma bronquial, del càncer, de l'embaràs i del part, aportar estudis per a promocionar conductes de salut o estudiar els factors que intervenen en el tabaquisme.

És a dir, la psicologia de la salut defineix el seu terreny d'aplicació, a partir de la psicologia, en el marc de la salut; així mateix, es nodreix d'una gamma àmplia de teories i mètodes de moltes disciplines psicològiques bàsiques, i delimita una àrea de pràctica professional relativa a qualsevol aspecte de la salut o la malaltia física.

En aquest mòdul, tanmateix, ens preocuparem d'abordar el tema de salut des d'una perspectiva més social, ja que un abordatge psicològic estrictament individual limitaria el terreny d'estudi i intervenció.

La psicologia social és una disciplina que es caracteritza, entre altres coses, pel fet d'integrar el context social i cultural com a referent d'anàlisi, i que considera les relacions socials i interpersonals i les interaccions amb el medi social en general, comprèn el valor dels conceptes a partir del significat social que tenen i valora l'entorn com un factor determinant en les actituds i els comportaments humans. Des de les aportacions de la psicologia social contemporània, d'aquesta idea se'n diu *dimensió simbòlica* per a la comprensió dels fenòmens socials. És a dir, es dóna importància a la construcció dels significats i a les diverses idees que es tenen sobre la salut i, en general, sobre tot el món social que ens envolta. Com assenyala Ibáñez (1990), qualsevol cosa que anomenem *social* està relacionada íntimament i necessàriament amb el llenguatge i la cultura. D'aquesta manera, es transformen els problemes i el sentit de determinats continguts.

La psicologia social de la salut contribueix així a estudiar la construcció cultural de la malaltia i la salut, i també en la manera com això afecta les persones, participa a dissenyar, planificar i avaluar programes sanitaris i a desenvolupar estratègies psicosocials per a augmentar la qualitat de vida de les persones. També es preocupa de la distribució desigual dels recursos sanitaris i dels problemes de salut que es generen per la desigualtat a l'hora d'accedir-hi.

El desenvolupament d'aquesta àrea específica de la psicologia social comença a partir de les aportacions que fa a la psicologia de la salut; molts dels estudis van començar a tenir força per si mateixos i van ampliar el terreny de la salut usant les seves teories i els seus models explicatius. D'aquesta manera, la psicologia social de la salut contribueix a la demanda del vessant més clínic de la psicologia i a l'estudi de la definició de la realitat com a referent a condicionants socials. Així, s'entén que les persones i els serveis (sanitaris) són una part de l'organització de determinats processos socials i que el fet de conèixer-los permet proporcionar eines per a la interacció i el benestar de les persones.

Es pot definir la **psicologia social de la salut**, segons Rodríguez i García (1996), com l'aplicació específica dels coneixements i les tècniques de la psicologia social en la comprensió dels problemes de salut, i en el disseny i la posada en pràctica de programes d'intervenció en aquest marc. Aquesta disciplina aporta i utilitza coneixements provinents de la teoria de la comunicació persuasiva, els principis de l'aprenentatge social, les teories sobre la formació i el canvi d'actituds i les teories de l'atribució. La psicologia social de la salut identifica cinc terrenys d'estudi: la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, el procés de malaltia, la conducta de malaltia i de salut, les relacions entre el professional de salut i el malalt, i la millora del sistema de cura de salut i política sanitària.

La psicologia comunitària, per la seva banda, es caracteritza pel fet de visualitzar els problemes socials i considerar la *participació* de les persones implicades com un eix fonamental per a transformar l'entorn. Des d'aquest terreny d'acció, s'estableix el benestar i el desenvolupament de la comunitat com una

premissa central, i la salut és evidentment una part dels programes d'acció comunitària. La **psicologia comunitària de la salut** es preocupa així de considerar determinants en la salut de la població els factors econòmics, ambientals, socials, polítics, culturals, etc. Aquest corrent pretén fomentar la promoció de la salut i ajudar a fer que les persones, assumint decisions i responsabilitats, siguin participants del seu propi benestar. Així mateix, mira d'entendre les seves necessitats i demandes socials, i genera xarxes entre les institucions i la ciutadania per a contribuir a millorar la seva qualitat de vida.

Igualment, s'ha de considerar que la psicologia comunitària de la salut no es caracteritza pel fet de tenir un cos conceptual i un de teòric propis, sinó més aviat per la manera que té d'operar, de concebre i d'actuar davant de les qüestions de salut en la població. La força que té és que entén la multidimensió dels problemes vitals i col·lectius de les persones.

La psicologia de la salut s'entén com l'agregat de les contribucions educativa, científica i professional de la disciplina de la psicologia per a promoció i mantenir la salut, prevenir i tractar la malaltia, i identificar els correlats etiològics i diagnòstics de la salut, la malaltia i les disfuncions que hi estan relacionades (Matarazzo, 1982).

La psicologia social de la salut és l'estudi de la conducta de la salut i la malaltia en interacció amb altres persones o amb productes de la conducta humana.

La psicologia comunitària de la salut és un cos de coneixements i d'accions orientades a promoure la salut en la població, a la qual integra en la participació en la presa de decisions i el benestar general.

En definitiva, a la pràctica se solen encreuar diferents cossos de coneixement, els quals aborden l'estudi de la salut des del model biopsicosocial, i s'hi sumen altres disciplines com la infermeria comunitària, la medicina preventiva, l'antropologia mèdica i, en general, diferents àrees temàtiques relacionades amb la salut pública. Allò que acostuma a diferenciar l'una de l'altra són els mètodes d'intervenció i el punt de vista que es té dels problemes socials. També es pot esmentar la importància que té la col·laboració interinstitucional i interprofessional, l'articulació de xarxes, el desenvolupament de la coresponsabilitat i les iniciatives que fa la mateixa comunitat amb relació als seus problemes.

1.1. Conceptes de salut i la implicància social que té

En considerar la dimensió simbòlica en la construcció de la realitat, s'entén que **les persones, els col·lectius o les comunitats atorguen un valor diferent a la concepció de salut**. D'altra banda, el significat de *salut* s'associa, directament, amb la idea del que s'entén per *normal* i *anormal* (en la qual entenem que

Articles publicats

Els temes de preferència en el *Journal of Applied Social Psychology*, revisats entre els anys 1985 i 1995, situen els assumptes de salut en primer lloc, amb 111 articles.

Álvaro, Garrido, i Toorregros (Coord.). (1996). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.

normal significa 'salut', i *anormal*, 'malaltia') en cada cultura. Fins i tot, una mateixa persona pot atorgar un valor diferent a la salut segons l'etapa o el moment de la vida en què es troba. Passa la mateixa cosa amb la manera com cada societat construeix i elabora la seva definició. Així, doncs, entenem que les conductes relacionades amb la salut i la malaltia s'aprenen en un context social determinat.

Aquesta circumstància sociocultural determina, per exemple, el paper social del malalt o ben sovint l'aparició o eliminació de determinades *patologies* com la hiperactivitat, l'addicció al xat, l'anorèxia i altres trastorns alimentaris, l'homosexualitat com a trastorn esmentat en els anteriors manuals de psiquiatria, etc. És a dir, com assenyalen Rodríguez i García (1996), vivim formant part de grups i definim la nostra realitat personal per referència a les nostres circumstàncies.

Per tant, trobar una definició sobre el concepte de *salut* és complex, ja que respon a la història i a l'experiència de les societats en un moment concret. Vegem algunes accepcions del significat que té:

Taula 1. Definicions de *salut*

"Possessió plena de les facultats; estat mental normal."
(James Drever)

"La salut és l'absència de malaltia o de defectes físics o mentals, és a dir, l'absència de condicions que redueixen la capacitat funcional i de la qual es pot mesurar objectivament la incidència."
(Richard Doll)

"La salut és un estat d'adaptació al medi i la capacitat de funcionar en les millors condicions en aquest medi."
(René Dubos)

"La salut és un estat de benestar físic, mental i social complet, i no solament l'absència de malaltia."
(Organització Mundial de la Salut)

"Estat d'equilibri dinàmic en què la capacitat d'un individu o un grup d'afrontar les seves condicions de vida és òptima."
(John Last)

"La salut no és solament l'absència de malaltia, sinó que és una cosa positiva, una actitud joiosa davant de la vida i una acceptació alegre de les responsabilitats que la vida fa recaure sobre l'individu."
(Henry Sigerist)

"Encara que tothom sap què se sent quan està sa, és impossible fer-ne una definició precisa; la salut és una experiència subjectiva la qualitat de la qual es pot determinar de manera intuïtiva, però no es pot descriure ni quantificar mai exhaustivament. Tanmateix, podem començar a enunciar la nostra definició dient que la salut és un estat de benestar que sorgeix quan l'organisme funciona d'una certa manera."
(F. Capra)

"La salut és un tema social, econòmic i polític i per damunt de tot un dret humà fonamental. La desigualtat, la pobresa, l'explotació, la violència i la injustícia són a l'arrel de l'origen de la mala salut i la mort dels pobres i marginats. Salut per a tothom vol dir que hem de qüestionar interessos molt poderosos, que ens hem d'oposar a la globalització, i que les prioritats polítiques i econòmiques s'han de canviar dràsticament."
(People's Charter for Health)

Els autors més clàssics acostumaven a tenir una relació sobre la salut directament relacionada amb l'absència d'alguna patologia fisiològica o psiquiàtrica, en la qual es diferenciava i dividia el cos de l'ànima o el cos físic del mental. La definició feta per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el 1948, va ser un canvi dràstic en la manera no solament de concebre la salut sinó també

l'ésser humà, perquè s'hi introdueix la idea d'un *tot* interrelacionat en què les variables psicològiques (cognitives i emocionals) i de l'entorn cobren una rellevància important en l'estat de salut, i, per tant, en la manera de concebre-la. Ens podem demanar si és gairebé pretensió sentir-se tan plens o, més ben dit, trobar-se en un estat de benestar complet; per això ens falta salut? La discussió sobre la definició no s'acaba ni aquí ni ara. Vosaltres mateixos podeu tenir una idea de la manera com us podeu trobar més sans o en quin període de la vida heu sentit més benestar.

Reflexió

És més sana una persona amb una discapacitat física que fa atletisme i que té una bona apreciació sobre ella mateixa i el seu entorn social que una persona aparentment sana que passa per situacions d'estrès producte de les exigències laborals i familiars?

Es pot arribar a no estar mai sa? Qui defineix el benestar emocional d'una persona: un professional, l'entorn o jo mateix?

La salut de les persones –com a mínim la de les lliures– va ser un dels eixos centrals dels grecs, i representava la condició d'equilibri perfecte. Paraven molta atenció al seu règim d'alimentació i a l'exercici físic per a mantenir, així, un bon estat de salut. Més endavant, amb l'Imperi Romà, es canvia a un enfocament més utilitarista i pragmàtic de la salut; amb el món cristià, en canvi, se'n fa una comprensió basada sobretot en la higiene.

En l'actualitat, s'acostuma a considerar la salut com el nivell de benestar físic, psicològic i social que permet a una persona desenvolupar les capacitats funcionals, amb independència de l'origen social i cultural. Altres autors que han elaborat una definició sobre salut han estat una mica més utòpics i han apel·lat a la felicitat com a condició de salut. Aquests autors acostumen a ser criticats per la dificultat de presentar, mesurar i quantificar aquest concepte. En qualsevol cas, malgrat aquesta dificultat, és important reconèixer el caràcter i el valor intrínsec de la salut.

En recollir les idees de Rodríguez i Neipp (2008), es pot considerar la salut des d'un paradigma holístic o integral nou, els aspectes més significatius del qual són els següents:

- 1) La salut no és solament l'absència de malaltia, sinó que s'ha d'entendre d'una manera positiva, com un procés pel qual l'ésser humà desenvolupa al màxim les seves capacitats actuals i potencials, i tendeix a la plenitud de l'autorealització com a entitat personal i com a entitat social.
- 2) El concepte de *salut* és un concepte dinàmic i canviant, el contingut del qual varia segons les condicions històriques, culturals i socials de la comunitat que el fa o l'accepta.
- 3) La salut constitueix un dret de la persona com a tal i com a membre de la comunitat; a més, es tracta d'una responsabilitat personal que la societat i les seves institucions han de destacar i promocionar. En conseqüència, s'ha de

promoure igualment en l'individu la responsabilitat de defensar, mantenir i millorar la seva salut, i fomentar tanta autonomia com es pugui respecte del sistema sanitari.

4) La prevenció de la malaltia i la promoció de la salut són tasques interdisciplinàries que exigeixen la coordinació de les aportacions científicotècniques de diferents professionals.

5) La salut és un problema social i un problema polític, el plantejament i la solució del qual passa, necessàriament, per la participació activa i solidària de la comunitat. Els riscos per a la salut s'associen, clarament, a factors socials. Així, el component ètnic constitueix un factor fonamental en l'esperança de vida i en la causa de mort; les diferències de classe social també són importants en la predicció dels riscos per a la salut; la pobresa és un factor rellevant en la taxa de malaltia i en la reducció de l'esperança de vida, i el nivell d'educació també prediu, significativament, l'estat de salut de les persones. El nivell educatiu baix s'associa a comportaments insalubres.

La importància de tenir en compte aquestes variables en la concepció de salut justifica i explica la necessitat que psicòlegs socials i comunitaris estudiïn aquests assumptes, i també l'exigència de desenvolupar diferents mecanismes de prevenció de malaltia i promoció de la salut considerant ment, emoció i comportament com una unitat dins d'un context sociocultural i de classe sempre variat. Això vol dir que hi influeixen tant elements personals com polítics i econòmics, ja que tant la distribució mateixa dels recursos entre la població com els diversos programes socials són determinants en l'estat del benestar d'una societat. A això, s'hi sumen els factors ambientals, com el clima, el medi ambient, el gènere i les creences culturals.

El moment històric i cultural determina les actituds i els comportaments que es consideren salut o malaltia.

1.1.1. Model biomèdic enfront de model biopsicosocial

"Todas las sociedades humanas poseen un cuerpo de creencias representando el orden natural. En unas sociedades, tal cuerpo de creencias tiene como elemento principal a los dioses y a lo sagrado; en otras, a los espíritus y a elementos mágicos. Nuestra sociedad moderna se caracteriza por la predominancia de las leyes en la representación del orden social, y por la progresiva influencia de la ciencia en la representación de tal orden. Las creencias acerca de la enfermedad están estrechamente ligadas al conjunto de creencias que representa el orden natural. Así, en las sociedades en las que el elemento mágico-religioso predomina, la enfermedad es considerada como el castigo enviado por las fuerzas sobrenaturales (espíritus, fantasmas o los dioses) por la ruptura de ciertos tabúes o normas sociales, o por cualquier otra ofensa infringida a tales poderes sobrenaturales. En las sociedades básicamente religiosas la enfermedad está asociada al pecado. Será, pues, el hombre que transgreda los tabúes, ofendiendo a los dioses, o que peque, contraviniendo las leyes divinas, el que reciba el castigo en forma de enfermedad."

J. Rodríguez (1987, p. 46)

Salut pública

El 1920, es va definir com "la ciència i l'art d'impedir malalties, i prolongar així la vida, fomentar la salut i promoure l'eficàcia física i mental mitjançant l'esforç organitzat de la comunitat".

Salut i psicologia

En diferents llibres sobre introducció a la psicologia no hi ha definicions de *salut*; de fet, sembla estrany que no s'hi inclogui com a part del lèxic.

El **model biomèdic**, que s'ha perpetuat com a sistema de relació, situa el professional de la salut (metge) com el dipositari dels coneixements científics que permeten explicar el mal funcionament del cos o de la ment del pacient (subjecte passiu), i que permeten adoptar els tractaments adequats.

Aquesta ideologia mèdica o *medicalització*, segons assenyala Rodríguez (1987), té com a conseqüència que l'individu, en part, deixa de ser considerat el responsable del seu estat. La responsabilitat se separa de l'acció social i se situa en el món de la biofisiologia o de la psique. També comporta la individualització dels problemes socials; les causes i solucions de problemes socials es busquen en els individus (normalment de classe baixa), es tendeix a culpar la víctima mateixa i es pretén canviar la víctima en comptes de canviar la societat. La medicalització i individualització dels problemes fa que s'ignori el significat d'aquests comportaments en el context social del sistema social (alcoholisme a la feina, consum de drogues als barris baixos, etc.), i en altres casos neutralitza el significat de la protesta política (els dissidents polítics considerats malalts mentals).

D'aquesta manera, qualsevol professional (agent) del sistema sanitari, considerat un aparell de control, segons Parson (1994), es caracteritza de la manera següent:

- L'agent tendeix a tractar el subjecte, independentment de la manera com es presenta la relació, amb una mica de passivitat (en virtut de la neutralitat afectiva, el professional deixa que el pacient "es desfogui" sense reaccionar, com seria normal en un altre context).
- L'agent ha de donar suport al pacient tenint en compte que aquest pacient és incapaç, està impossibilitat, és ignorant, no autònom, i que, per tant, cal ajudar-lo perquè posi tota la seva confiança en el sistema mèdic que se'n cuida.
- L'agent ha de mantenir una mica de distanciament, de manera que no es deixi implicar pel pacient en una relació que susciti amor, hostilitat o agressivitat. S'ha de mantenir la neutralitat.
- L'agent ha de curar el pacient utilitzant recompenses (segons el model clàssic de socialització).

Com assenyala Rodríguez (1987), la professió mèdica, per mitjà del monopoli que té de la pràctica i el coneixement mèdics, ha obtingut una jurisdicció, gairebé exclusiva, per a determinar què és la *malaltia* i, concretament, com ha d'actuar la persona per a ser tractada com a malalta. En el model biomèdic, la creació de la malaltia constitueix l'objectivació dels valors dominants en

la societat. El metge dictamina si una persona està malalta o no, cosa que repercuteix inevitablement en el rol del malalt i l'autopercepció i la identitat d'aquest malalt.

Una altra característica d'aquest model és la mirada fragmentada del cos a l'hora de fer un diagnòstic i proposar un tractament. El problema de salut és considerat una cosa puntual, els mètodes pal·liatius del qual estan enfocats a la malaltia i a desconsiderar altres factors que intervenen en el *desordre*. És una mirada atomitzada sobre el cos de la persona.

En aquesta perspectiva, la relació professional-pacient queda subjecta a la direcció de l'expert, de manera que el situa en una posició de dominació en la transmissió de la informació. Mitjançant aquesta relació, es reforcen sentiments i es transmeten tota mena de missatges ideològics o morals, com, per exemple, els relacionats amb la perillositat del sexe i les drogues.

El model biomèdic ha aportat la possibilitat de grans desenvolupaments en la medicina. Tanmateix, aquest punt de vista és insuficient perquè no té en compte que les causes d'una malaltia no les produeixen, de manera aïllada, les alteracions bioquímiques, anatòmiques o funcionals; també és molt important la consideració de l'aspecte econòmic i familiar, i l'entorn social i cultural.

El **model biopsicosocial**, encunyat per Engel el 1977, neix com a resposta al model biomèdic dominant i pràcticament únic en aquell moment. Introdueix una mirada holística de l'ésser humà, entesa com un sistema interrelacionat. Critica el model binominal ment-cos, psicològic-físic, individu-societat que separa el conjunt humà.

El model biopsicosocial, que recull els fonaments de la teoria general dels sistemes (TGS), integra la idea que allò que ens passa, la manera de ser o d'actuar, és producte tant de la nostra biologia (estructura fisiològica, sistema nerviós, genètica, etc.), de la nostra manera d'emocionar-nos i de pensar (de la manera de construir el nostre llenguatge i, per tant, la realitat), com del context social i cultural en què ens trobem. Tot està relacionat, tot ens influeix, però al seu torn la manera d'influir-nos i de vivenciar allò que experimentem és diferent per a cada persona.

Von Bertalanffy (1980) proposa cinc principis que esquematitzen la visió humanista de la TGS:

1) Ha de prevaler un enfocament antireduccionista, i posar èmfasi en la totalitat com a interacció o influència recíproca, i no com a suma de les parts aïllades.

El paradigma mecanicista

Fa al·lusió a una visió fragmentària, determinista i lineal: de la física a les ciències socials.

2) L'organisme és considerat una cosa activa, per dir-ho així, amb iniciativa pròpia, i no simplement una cosa reactiva (aquest plantejament supera l'esquema tradicional d'estímul-resposta).

3) S'han d'emfatitzar les activitats simbòliques més que no pas els models d'analogia animal.

4) L'ésser humà és un sistema obert amb una gran riquesa d'intercanvi amb el medi. Aquesta activitat no queda reduïda a la regulació biològica de classe homeostàtica, sinó també mitjançant activitats creatives, lúdiques, etc.

De l'apartat anterior es dedueix que, a l'univers, hi ha valors específicament humans i suprabiològics que emergeixen com una cosa nova.

El **model biopsicosocial** proposa un paradigma capaç d'incloure el domini humà en l'experiència de la malaltia. El model biopsicosocial derivat de la teoria general dels sistemes considera que l'eix de l'estudi passa de la malaltia al malalt, al subjecte que pateix, i inclou la societat com a copartícip en la gènesi de la malaltia.

Els punts essencials d'aquest paradigma nou són els següents:

- a) No existeix l'observador objectiu i prescindent.
- b) La presència de l'observador i els seus instruments pertorben el fenomen d'una manera no determinable.
- c) No hi ha un fenomen per si mateix; la conjunció entre l'operador i el fenomen produeix una condició nova en què apareixen fenòmens que són productes de tots dos.
- d) La causalitat de tot fenomen és múltiple. Les relacions de causalitat són complexes i no lineals.
- e) S'hi introdueix el concepte d'*incertesa*.
- f) No es pot fragmentar un fenomen per a estudiar-lo. Els fenòmens s'han d'agafar sempre com a totalitats.
- g) Sempre s'ha de tenir en compte el context.
- h) La subjectivitat de l'observador és una part del procés.

La salut i la malaltia són vistes com un continu: les barreres entre salut i malaltia no són tan clares; la salut és un procés multidimensional en què, permanentment, interactuen sistemes biològics, psicològics, socials, culturals, familiars i ambientals.

Els canvis en la relació del professional i la persona es tradueixen, entre d'altres, en els aspectes següents:

- La relació metge-persona malalta: el metge participa amb la persona en la definició del problema; té en compte la família i pensa la relació en termes triangulars (professional-pacient-família). Permet al professional tenir una perspectiva més àmplia de la vida de la persona i, fins i tot, de vegades, pot col·laborar a millorar la relació amb la seva família.
- El professional com a facilitador: com que el concepte de *salut* inclou molt més que l'absència de malalties, el rol del professional s'amplia quan la seva tasca també implica la promoció activa de la salut al llarg de la vida de les famílies, i facilita així que les persones assumeixin la responsabilitat que els correspon en la cura i conservació de la seva salut.

"El/la psicólogo/a social orientado/a hacia la intervención forma parte de la realidad sobre la cual opera. No sólo no debe situarse en una posición de exterioridad sino que, en un cierto sentido, no puede hacerlo."

T. Ibáñez i L. Íñiguez (1996). Aspectos metodológicos de la psicología social aplicada. A *Psicología Social Aplicada* (p. 65). Madrid: McGraw-Hill.

En definitiva, el model biopsicosocial reconeix la salut de l'ésser humà des de les àrees més rellevants: la psicològica, la social i la biològica. Aquest model neix com a demanda a una necessitat de reconceptualitzar la salut, atesa la inadequació que comporta abordar els sistemes d'atenció tradicional (clínicoindividual, reparador, medicocèntric i unisectorial) en el tractament dels problemes de salut.

La psicologia social i la comunitària han estat disciplines pioneres en l'exercici d'aquest model. La interacció psicosocial i ecològica formen part d'un enfocament teòric i metodològic nou en l'àmbit de la salut (Gil, 2007).

1.2. Psicologia social de la salut i els seus (cinc) terrenys de treball

La psicologia social de la salut, en el marc conceptual i metodològic, estudia la relació que hi ha entre els anomenats *processos psicosocials*, els determinats procedents del context social, i els comportaments lligats a la salut i a la malaltia, amb l'objectiu de veure que aquests comportaments amaguen una trama ineludiblement social.

D'aquesta manera, la influència del context social i, concretament, dels grups socials es pot determinar, entre d'altres, en les àrees següents (Huici, 1985):

1) **Les teories, definicions o interpretacions de la malaltia.** Poden influir en la més bona o més mala utilització dels serveis: retardar el fet de recórrer-hi o potenciar-ne l'ús indiscriminat; afectar el compliment de les prescripcions, l'ús de medicines alternatives o de procediments populars, l'automedicació, la més mala actitud envers els serveis de salut, etc.

2) **L'expressió de símptomes.** Per exemple, les manifestacions de dolor són influïdes clarament per les pautes de conducta aprovades pel grup social, en el sentit de permetre l'expressió d'aquestes pautes o no i d'influir en la tolerància o resistència al dolor i altres símptomes.

3) **Les conductes orientades a la salut.**

4) **Les relacions entre professional de la salut i malalt.** S'hi compleixen les demandes de rol de cada participant, establertes pel grup professional, cultural, religiós, etc. En aquestes relacions els interessos i les maneres d'avaluar de cadascuna de les parts poden ser diferents.

5) **Els hàbits saludables.** Són desenvolupats i mantinguts per les influències socials i culturals que deriven de la família i la societat. En aquest sentit, actualment s'ha produït un canvi important d'actituds socials respecte a la conveniència d'una dieta sana, de l'exercici regular, de deixar el tabac, de conductes de seguretat viària, etc.

Així, per exemple, la psicologia social de la salut aporta l'estudi dels factors psicosocials que intervenen en l'etiologia de problemes de salut, estudia com afecten els sistemes socioculturals la salut i la malaltia mitjançant els estils de vida i, sobretot, les actituds de la població, i també la manera en què la distribució desigual de recursos sanitaris genera problemes de salut per la simple desigualtat d'accés als mitjans del sistema de cura de salut.

1.2.1. Terrenys d'estudis de la psicologia social de la salut

Segons Rodríguez-Marín i Neipp (2008), la psicologia social de la salut identifica cinc terrenys d'estudis:

1) La promoció de la salut i la prevenció de la malaltia

Un concepte important que relaciona la psicologia social amb la salut pública és el de *promoció de la salut*, que ha agafat un impuls important com a estratègia per a millorar la salut de la població. El supòsit bàsic de la promoció de la salut és que, modificant alguns aspectes del comportament, es pot millorar la salut. El paradigma de la promoció de la salut implica la visió d'un subjecte actiu en un context determinat. Aquest paradigma reconeix la responsabilitat social

d'aconseguir canvis individuals en el comportament, subratlla conceptes com el d'*estils de vida* i destaca la importància de canviar ambients per a facilitar "comportaments saludables" (Hernández i Pelcastre, 2007).

Alguns dels seus camps de treball es relacionen amb la participació a dissenyar, planificar i avaluar programes destinats a reduir o eliminar els factors ambientals que tenen efectes negatius en la salut, i també a dissenyar estratègies psicosocials per a augmentar la qualitat de vida de les persones.

2) Processos de malaltia

La psicologia social de la salut estudia la percepció dels símptomes de la persona malalta, la construcció social de la malaltia i de la salut de la cultura, els efectes de l'actitud dels professionals de la salut sobre el diagnòstic, el tractament i el procés rehabilitador, i també de l'actitud dels malalts i les seves famílies sobre aquests mateixos processos. A més, es preocupa de determinar els factors psicosocials que promouen, mantenen o agreugen el procés de malaltia; una part de la teoria del rol, les investigacions sobre comunicació, les teories de la reactivitat i indefensió, l'estudi dels aprenentatges socials, les teories de l'atribució i de la dissonància cognitiva, i les investigacions sobre estrès, afrontament i suport social.

D'aquesta manera, la psicologia social de la salut participa a desenvolupar procediments terapèutics per a intervenir en l'impacte psicosocial de l'hospitalització, millorar l'adaptació psicosocial de la malaltia i les seves estratègies d'afrontament, millorar l'ajust i l'adaptació del malalt crònic en el medi socioprofessional, dissenyar intervencions psicosocials en la preparació de malalts quirúrgics i millorar l'entorn social dels malalts en situació terminal. Un dels àmbits principals és l'estudi dels efectes negatius que té l'hospitalització com a tractament per al malalt. L'ingrés acostuma a ser un esdeveniment molt estressant en què canvien les situacions i les pautes culturals, les quals el malalt no acostuma a entendre ni a voler. Per això, en el marc de l'atenció hospitalària, la perspectiva psicosocial exerceix un paper fonamental.

També es contribueix en campanyes i a dissenyar i aplicar programes destinats, per exemple, a evitar el consum de tabac. Així mateix, es fan feines per a dinamitzar grups d'autoajuda i fomentar el suport social com a estratègia de benestar psicològic i millorar la qualitat de vida de malalts crònics o familiars.

3) Conducta de malaltia i de salut

De comportaments humans, n'hi ha que contribueixen a la salut i n'hi ha que contribueixen a la malaltia. A més, hi ha els comportaments de les persones quan tenen símptomes de malaltia, que s'anomenen *conductes de malaltia*. La distinció està en el fet d'entendre la conducta de malaltia com l'etapa en què

la persona va al metge, agafa la baixa laboral, etc., mentre que la malaltia per si mateixa implica una patologia documentada. Així, doncs, la conducta de malaltia no implica que, necessàriament, hi hagi una malaltia subjacent.

Es considera, doncs, que la conducta de malaltia són totes les accions que afecten el significat social i personal dels símptomes, de la malaltia, de la discapacitat i les conseqüències d'aquesta discapacitat, i també les accions que duu a terme la persona per a resoldre el seu problema de salut o alleugerir-ne els símptomes, és a dir, per a complir el "rol" de la persona malalta.

4) Relació entre el professional de salut i el malalt

Les aportacions de la psicologia social en l'àmbit de la comunicació i relació del pacient amb el professional han estat capitals. Es refereix a l'anàlisi de l'estructura i la dinàmica del procés de comunicació i dels factors que ho faciliten o obstaculitzen, en el marc específic de la interacció professional sanitari – persona malalta. D'aquesta manera, els seus estudis s'han centrat en propostes per a augmentar la satisfacció i l'entesa en la relació.

5) Millora del sistema de cura de salut i política sanitària

Els objectius relatius a obtenir més qualitat de vida es concreten a aconseguir la millora de la qualitat de l'assistència sanitària. Per a això, s'aborden els mecanismes respecte a la manera com incideixen la influència social i el sistema sociocultural en la qualitat de vida i l'ús dels serveis sanitaris, cosa que permet dissenyar programes encaminats a generar actituds favorables envers l'ús d'aquests serveis. La psicologia social participa en els estudis sobre necessitats de la població a fi d'establir prioritats per a integrar-les en les polítiques de salut.

1.3. Salut comunitària

L'aparició de la psicologia de la salut, en l'àmbit comunitari, es va centrar, en els seus inicis, a desenvolupar la salut mental (la salut mental comunitària), és a dir, a abordar els problemes psicològics a partir de la intervenció social i basar-se en la idea de treballar a la comunitat per optimitzar-hi els èxits, a desenvolupar estratègies a partir dels programes de salut pública en els àmbits locals de cada comunitat. La característica principal que tenia era que qüestionava l'atenció purament individual i la necessitat de posar l'accent en el factor ambiental. És indubtable l'aportació dels moviments de la salut mental comunitària en el terreny de la salut, ja que es va aconseguir que, a partir dels programes governamentals, es donés la mateixa importància –o com a mínim que es mirés de fer-ho– a la salut mental i física.

La **salut mental** es refereix a les capacitats de les persones, els grups i l'ambient d'interactuar els uns amb els altres, a fi de promoure el benestar subjectiu, el desenvolupament i l'ús òptim de les capacitats psicològiques, cognitives, afectives, relacionals, la consecució de metes individuals i col·lectives consistents amb la justícia i el bé comú (*Carta d'Ottawa*, 1986).

Durant la primera meitat de la dècada de 1960, es desenvolupa als Estats Units el Moviment de Salut Mental Comunitari (MSMC), en què es creen un seguit de centres comunitaris de salut mental centrats en la intervenció preventiva. L'objectiu d'aquests centres era que la salut fos cada vegada menys mèdica, i desenvolupés així equips multidisciplinaris per a crear un model nou d'intervenció en els problemes psicosocials de la comunitat. Aquesta experiència apareix per a mirar d'incorporar la comunitat en l'abordatge dels problemes de salut mental i, així, ocupar-se dels problemes més greus.

D'aquesta manera, durant la dècada de 1950 i 1960, es comença a desenvolupar, a diferents països, una concepció comunitària en l'àmbit de la salut mental. Destaca l'aportació de Lindeman sobre la intervenció en crisi i la formulació de la teoria de la prevenció. També cobra rellevància el moviment de l'antipsiquiatria, en què es qüestionen els sistemes tradicionals de tractament i es proposa que el metge faci assistència en el medi propi del pacient, i també que es desenvolupin xarxes de contenció des de la família per a no haver d'hospitalitzar els malalts. Tot aquest context de crisi de la intervenció psicològica en l'àmbit clínic i individual –acompanyat d'un moment històric marcat pels canvis socials– comença a desencadenar un seguit de moviments paral·lels; així, la prevenció i l'èmfasi en les variables ambientals, més que no pas en la intervenció en la patologia, passen a ser característiques de l'MSMC i de la psicologia comunitària.

La protesta i la insatisfacció profunda amb relació als hospitals psiquiàtrics van impulsar el vigorós **Moviment de Salut Mental Comunitària** (MSMC), que subratlla la contribució de les variables ambientals i comunitàries en el desenvolupament i la solució dels problemes del comportament. La malaltia mental apareix com un problema social i una responsabilitat de la comunitat.

Aquest moviment es crea utilitzant com a referents els fonaments següents (Alfaro, 1993):

- El rebuig dels manicomis i els seus efectes iatrogènics (és a dir, qualsevol alteració de l'estat del pacient produïda pel metge).

- El reconeixement del pes que tenen les circumstàncies hospitalàries i comunitàries en el bon funcionament personal.
- La desvaloració de l'avaluació i el diagnòstic psicològic. Es diu que el prejudici hi és sempre, tant en els judicis diagnòstics com en el tractament que s'ofereix. L'actitud del terapeuta depèn de la persona que atén.
- La profecia autocomplerta.
- La insatisfacció del model mèdic que veu els problemes en les persones i no considera el context social en la intervenció.

El model MSMC, tanmateix, va tenir dificultats a l'hora de ser aplicat; en aquell moment, va acabar persistint més el treball individual que el comunitari i, d'altra banda, es va continuar mantenint una mirada intrapsíquica dels problemes de salut, de manera que una falta de desenvolupament conceptual i teòric del moviment va fer que la proposta fracassés. En l'actualitat, encara persisteixen els fonaments que van donar origen a la salut mental comunitària i, encara que se'n continua dient així, cada vegada s'insisteix més en la idea de fer accions dirigides a la salut des de la concepció integral.

Qualsevol proposta de desenvolupament d'una comunitat, en l'àmbit de la salut, implica un procés de treball comú i participatiu que es percep que és molt necessari, si volem afavorir la prevenció, la promoció i el manteniment de la salut, tant individual com col·lectiva. Sobre això, es pot dir que, pel que fa al que s'entén per *desenvolupament comunitari*, no hi ha una concepció uniforme; depèn, més aviat, del marc ideològic, de les característiques socioeconòmiques, dels objectius, del context públic, dels organismes promotors, etc.

La psicologia comunitària va més enllà de la salut mental comunitària i se centra en els problemes socials de l'entorn.

En una conceptualització menys institucional, podem definir la salut comunitària de la manera següent:

La **salut comunitària** és un model d'atenció en què *participa la població* per tal de resoldre les necessitats de salut de la seva comunitat. Les persones promotores de salut comunitària són els mateixos membres de la comunitat formats en salut per a ocupar-se de la malaltia o les malalties de la seva població; en saben la problemàtica i tenen un compromís social d'ocupar-se de la comunitat (definició adaptada d'Olvera *et al.*, 2000).

Lectures recomanades

Miguel Costa i Ernesto López (Ed.). (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Teresa Lartigue (Comp.). (1991). *Salud comunitaria: una visión Panamericana*. Mèxic: Universidad Iberoamericana.

Entre els seus eixos fonamentals, hi ha el fet de fomentar la salut en la població i prevenir l'aparició de malalties. Si bé l'èmfasi el posen en la promoció (prevenició primària), també s'inclou en el model de salut preventiva la secundària i terciària, és a dir, actuar davant de l'aparició d'una malaltia o un problema social de salut o pels efectes que comportin. L'esquema següent resumeix el model de prevenció:

Taula 2. Model de prevenció

Tipus	Primària	Secundària	Terciària
Objecte	Causa	Crisi	Efectes
Enfocament	Proactiu	Actiu	Reactiu
Temps	Abans del problema	Durant la irrupció del problema	Després de l'aparició del problema
Objectius	<ul style="list-style-type: none"> • Reduir la <i>incidència o freqüència</i> (del nombre de casos nous). • Reforçar els coneixements, les actituds i els recursos necessaris per a fer front, amb garantia d'èxit, possibles crisis futures. • Desactivar els factors de risc, facilitadors o precipitants de l'aparició del problema. • Enfortir el sentit de comunitat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la prevalença o durada (del nombre total de casos). • Detectar precoçment els casos nous declarats. • Restablir els nivells habituals d'autocontrol, d'autoestima i de funcionament general. • Reparar de manera urgent els trastorns manifestos. • Reduir el risc de victimització secundària. 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimitzar l'impacte (del deteriorament patològic). • Reduir els símptomes (de l'extensió, la intensificació i la cronificació dels trastorns). • Evitar les recaigudes. • Fer una rehabilitació biopsicosocial.
Camp	<ul style="list-style-type: none"> • Població general. • Grups de risc. • Ambients i experiències de risc (esdeveniments i transicions vitals). 	Persones, grups i entorns organitzacionals i comunitaris immersos en contextos estressants.	Persones afectades per trastorns aguts o crònics.
Estratègies	<ul style="list-style-type: none"> • Informació i sensibilització. • Conscienciació i educació. • Màrqueting social. • Promoció de la qualitat de vida. • Protecció social. • Creació de xarxes de suport social. • Enfortiment (<i>empowerment</i>) de la capacitat de resposta personal a demandes de l'entorn social. • Capacitació de l'entorn social per a una atenció satisfactòria de les necessitats personals. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenció en crisi. • Assistència primària. • Consulta, consell. • Orientació. • Acompanyament. • Suport social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teràpia biopsicosocial. • Recursos d'afrontament (<i>coping</i>). • Grups d'autoajuda. • Xarxes de suport social. • Orientació i acompanyament. • Resocialització. • Reinserció psicossocial.

Adaptada de J. M. Blanch (2002). *Trabajar en la modernidad industrial*. A J. M. Blanch (Coord.), *Teoría de las relaciones laborales I* (p. 93). Barcelona: Ediuoc.

La **participació social en salut** ha estat reconeguda per organismes i entitats internacionals com un eix principal de les accions de salut. Està orientada a fer que les persones, les organitzacions i les comunitats siguin i se sentin protagonistes de la tasca de promoure i desenvolupar estratègies per a la salut, i es fonamenta en la recerca del benestar.

L'objectiu és generar la capacitat de treball en conjunt amb les organitzacions i la comunitat. S'incentiva el fet que la comunitat prengui part o influeixi en les decisions que competeixen a l'àmbit de la salut, i que també analitzi, planifiqui

i organitzi els models de promoció de salut. Es pretén que les accions que es gestionen des de la comunitat col·laborin a millorar la qualitat de vida i el desenvolupament social.

La participació social en salut contribueix en les accions intersectorials i ciutadanes, els beneficis de les quals es poden reflectir en els aspectes següents:

- La **millora** de la qualitat de l'atenció i l'augment de la satisfacció d'usuaris i de treballadors/es dels serveis de salut, ja que l'atenció de salut s'organitza considerant les aportacions i les opinions, en especial els dels usuaris, cosa que permet centrar les accions en les necessitats, expectatives i problemes de la població. Així mateix, el fet d'oferir i de rebre un servei més bo genera més satisfacció tant en els usuaris com en els integrants dels equips de salut.
- La **mobilització** de recursos i la construcció de xarxes locals, amb la col·laboració dels diversos actors i sectors socials que hi ha a la comunitat. L'aportació dels recursos (humans, financers o materials) potencia i reforça les responsabilitats en el procés de produir salut en benefici de la comunitat.
- L'**adequació** dels programes de salut i la generació de projectes nous que responguin a les necessitats de la comunitat local. D'aquesta manera s'incorpora, en els diversos moments de la planificació i l'elaboració de programes, el punt de vista, l'opinió, les expectatives i les demandes dels actors socials que fan servir els centres o serveis de salut.
- La **promoció** de salut. És un procés que requereix el compromís de la comunitat usuària dels serveis del sector. Es tracta d'un concepte que subratlla els aspectes econòmics i socials d'una comunitat i se sosté en la idea que el nivell de salut està relacionat directament amb els patrons culturals i socioeconòmics d'un sector. Per a modificar-los, és fonamental entendre que el canvi està relacionat directament amb l'acció de xarxes i els graus de participació.

En definitiva, la participació social permet a la gent augmentar el control sobre la seva salut i, per tant, millorar-la.

La **participació social en salut** es refereix als processos socials pels quals els grups comunitaris, les organitzacions i les institucions, i tots els actors socials, intervenen a identificar les necessitats o els problemes de salut, de manera que s'uneixen per a dissenyar i posar en pràctica les solucions o les accions que s'han de dur a terme.

D'aquesta manera, podem identificar tres actors socials, segons Codern (2006), les implicacions dels quals en les accions comunitàries per a la salut són fonamentals per a desenvolupar la promoció en salut i millorar la qualitat de vida de les persones:

- **Teixit associatiu i ciutadania:** es refereix a les associacions de veïns, entitats del territori, veïns i ciutadania no organitzada. L'acció comunitària de la salut es fa per a les persones de la comunitat i amb les persones de la comunitat i, per tant, aquestes persones compleixen un rol fonamental per a les propostes i decisions del seu entorn.
- **Professionals dels serveis públics:** són els tècnics i professionals que aporten coneixements sobre la realitat social de les persones i les situacions que hi ha al territori. Principalment, són els equips de salut d'atenció primària o els equips de salut locals; és important que participin en aquest procés com un recurs més de la comunitat. D'altra banda, i segons les característiques de l'acció, els professionals de la salut es coordinen amb serveis socials i educatius, i també, si n'hi ha, amb centres de dia, residències assistides, sales de venipunció, etc.
- **Administracions:** les administracions públiques articulen la legislació perquè es duigu a terme les intervencions comunitàries per a la salut, i són les que tenen recursos econòmics, humans, tècnics i materials per a afavorir-la. En el cas espanyol, hi ha l'Administració local, la de sanitat i l'autonòmica.

1.3.1. Etapes de l'acció comunitària per a la salut

Per a dur a terme algun projecte d'intervenció, es poden seguir diferents mètodes, que depenen del context i els recursos disponibles. Alguns punts que es repeteixen en les accions són els següents (Marchioni, 2001; Pindado, 2005; OMS, 1997; Starfield, 2001; Kart i Abramson, citats per SMFIC, 2003, a Codern, 2006):

a) Estudi i diagnòstic participatiu:

Es comença per l'estudi i pel diagnòstic de salut comunitari compartit pels diversos actors socials del territori (professionals de la salut, ciutadans, líders comunitaris, etc.). Aquesta fase és un moment clau en el desenvolupament de l'acció comunitària, ja que és la primera instància en què es comparteixen els diversos punts de vista de la realitat quotidiana. L'objectiu d'aquesta etapa és identificar els problemes i les necessitats en salut, molts dels quals estan relacionats amb altres problemes. Les dades que es recullen són quantitatives

i qualitatives. Aquesta línia és interessant, ja que es destaca la participació, de manera que és una bona oportunitat per a reflexionar i consensuar un llenguatge sobre els problemes de la comunitat.

b) Disseny de propostes d'intervenció:

Havent fet el diagnòstic, es pren la decisió de la intervenció que es vol portar a cap. Es distingeixen dues menes de projectes d'acció comunitària, segons l'abast:

- Acció comunitària amb un abordatge concret, amb una temàtica concreta o dirigit a un col·lectiu concret. Per exemple, persones grans, alimentació saludable, càncer de mama.
- Acció comunitària amb un abordatge integral, de caràcter multidimensional i multitemàtic. Per exemple, millorar les condicions de vida de les persones de la comunitat dins d'un programa de desenvolupament d'un pla local.

c) Organització i acció participativa:

Aquesta fase s'orienta a dissenyar, seguir i avaluar les accions comunitàries. També s'articulen mecanismes operatius per a implementar les activitats en el territori (buscar sales per a activitats, difusió, capacitació, etc.).

d) Seguiment, avaluació i revisió:

En aquesta fase, es fa el seguiment conjunt de les estratègies i accions comunitàries que s'implementen.

e) Acabament:

S'avaluen els resultats, la devolució a la comunitat i es reinicia el cicle d'acció comunitària per a la salut.

1.3.2. Tècniques de salut comunitària en la Cooperació en el Desenvolupament

Per a identificar els problemes de salut, es poden desenvolupar diferents accions que impulsin processos de transformació. La manera d'operar depèn de factors com el lloc geogràfic, la llengua, els costums i les creences de la comunitat, i també de l'equip professional, de l'accessibilitat dels recursos, etc. S'ha de tenir en compte que els sistemes d'intervenció es poden utilitzar, i de fet s'utilitzen, no solament en l'àmbit local sinó també a l'estranger. Un exemple d'això són les intervencions que es fan des dels programes de **Cooperació al Desenvolupament**, en els quals s'executen diferents activitats per a països en via de desenvolupament. Hi ha diferents projectes que es duen a terme en

llocs on acostumen a predominar índexs significatius de pobresa, com és en l'àmbit de l'habitatge, de l'educació, de l'economia, de l'agricultura, de l'aigua i sanejament, i de la salut.

A continuació, s'exposa com a exemple l'abordatge de la salut comunitària des dels programes de cooperació al desenvolupament. La idea és que tingueu informació sobre la metodologia i la manera d'operar d'altres models com, en aquest cas, en un context internacional. Les accions en salut comunitària es poden desenvolupar amb diferents perspectives i, encara que aquest enfocament a vegades és qüestionat perquè té un caràcter massa paternalista i assistencialista en la manera d'intervenir, igualment és molt interessant poder aprendre d'una experiència tan valuosa.

Per a dur a terme els projectes de salut –igual que els d'altres àmbits–, s'ha de tenir l'aprovació del govern o l'administració del país de destinació. Hi ha diversos models i diverses estratègies per a fer un treball de cooperació al desenvolupament, que, bàsicament, depenen de l'objectiu del projecte, dels recursos materials i humans i de diferents indicadors que determinen l'estat de salut de la població en qüestió.

Com s'ha esmentat en altres apartats del manual, és molt important, per a les accions comunitàries, el fet d'accedir a la gent i conèixer-ne l'entorn, les pautes de malaltia i l'organització dels serveis pròpia de cada context. Aquesta informació és necessària per a promoure la salut comunitària des dels centres de salut i enfortir els actors socials de la comunitat.

A continuació veurem algunes idees recollides de Sapir (2000). Quan es comença un projecte, la primera cosa que s'ha de saber és si els serveis de salut són eficaços pel que fa als aspectes següents:

- La cobertura que tenen de la població.
- La capacitat de reduir el nombre de casos nous de malaltia.
- La capacitat de reduir la morbiditat i la letalitat dels casos nous.

És fonamental tenir una xarxa amb els sistemes de salut en l'àmbit local i l'àmbit comarcal de la zona i tenir la informació dels professionals que hi treballen, ja que poden oferir dades que es registren de les persones malaltes (sobre prevalences i incidències) i les malalties, informació que tracta de l'entorn local i els progressos dels programes mediambientals del territori.

Incidència:

Casos nous declarats en un determinat període.

Prevalença:

Tots els casos que hi ha hagut en un temps concret.

El que és rellevant és el següent: la incidència és la manera millor de mesurar quins són els canvis que es produeixen –és a dir, si el nombre de casos nous creix o decreix–, però sovint la prevalença s'utilitza en lloc seu perquè mesura la importància del problema a què han de fer front els serveis de salut. D'altra banda, les xifres de prevalença també són una mica més fàcils d'obtenir.

Descripció de situacions:

Quan tenim informació sobre les malalties, podem predir quines persones tenen més risc de patir-ne una, la qual cosa ajuda a prevenir-les. Del mètode d'estudi de la distribució i freqüència de les malalties, se'n diu **epidemiologia** i es basa en les preguntes següents:

- Quina és la freqüència de la malaltia?
- Qui està malalt?
- On es van portar els malalts?
- Quan es van portar a aquest lloc els malalts?

En enfrontar-nos a un problema que afecta la població en general, o l'ús que fa aquesta població dels serveis de salut, el fet de descriure la situació responent a aquestes preguntes ens proporciona més informació sobre la realitat social de la comunitat.

La informació sobre les persones es pot agrupar de diferents maneres. Alguns dels ítems per a fer una categorització són els següents:

- Edat.
- Sexe.
- Ocupació.
- Ingressos.
- Cultura i religió.
- Grandària de les famílies.
- Estat nutricional i hàbits alimentaris.
- Situació immunitària.
- Entorn, etc.

On s'ha de recollir la informació? Al lloc on viuen o treballen les persones, ja que aquest mateix context permet acostar-se més a la població i veure d'on vénen. Els llocs, al seu torn, ens ensenyen una part de la seva realitat social i les malalties possibles que poden contreure o explicar-nos-en en part l'aparició. El lloc pot ser algun dels següents:

- Una ciutat, un poble o un poblet aïllat.

- Pot ser a una altitud baixa o alta.
- Pot ser a prop o lluny de llacs, animals salvatges o substàncies tòxiques.
- Pot ser a prop o lluny d'un centre sanitari.

Cal saber l'efecte dels serveis de salut comunitàris mitjançant l'observació i el registre de la salut de la població. Això és una mica difícil de fer de manera extensa, però hi ha força maneres senzilles d'obtenir algunes estimacions. D'aquest procés de dur a terme una vigilància sobre l'eficàcia dels serveis de salut comunitàris, se'n diu *avaluació*. Les avaluacions acostumen a ser quantitatives; s'hi mesura el nombre de casos ingressats per malaltia i el nombre de casos nous, se n'estudia la quantitat de població que viu en un radi d'uns 10 quilòmetres d'un centre de salut, etc.

Tanmateix, com assenyala Sapir (2000, p. 149):

"Muchas evaluaciones se hacen mejor mediante reflexiones sensatas que intentando contar algo y obtener un datos numérico. Una buena reflexión vale mucho más que una mala contabilidad."

Exemples d'avaluacions

Alguns exemples d'avaluacions que es podrien basar en reflexions són els següents:

- Com és la implicació de la comunitat local en els serveis de salut i quanta implicació hi ha?
- Què pensa la comunitat del servei?
- Com s'han distribuït els llocs de treball entre el personal d'un servei?
- Com actuen les persones davant de malalties determinades?, on van?, quines mesures utilitzen?

Aquestes reflexions i d'altres són necessàries per a desenvolupar plans de **salut comunitària**.

Una altra font d'informació que es fa servir per a complementar la que s'obté dels informes o registres rutinaris és organitzar una **enquesta o entrevista**. Abans de començar-la, s'ha de pensar acuradament què s'ha de fer amb aquesta informació quan s'ha obtingut. Si recollim informació simplement per curiositat i no en fem res, la comunitat se sentirà molesta i no estarà tan disposada a cooperar. Per això, és important explicar bé per a què es vol obtenir la informació en cas que sigui plausible oferir alguna expectativa real sobre els canvis en els sistemes de salut o en la intervenció que es vol dur a terme. Això, a llarg termini, afavoreix qualsevol pla que es concebi a favor de l'educació sanitària o que estigui encaminat a millorar els recursos disponibles.

S'ha de considerar que el fet d'acostar-se a una comunitat per a fer enquestes o entrevistes requereix una aproximació prèvia, una participació i una consciència sobre la presència del/de la professional a la localitat. A més, es poden utilitzar **mètodes etnogràfics** que permeten enriquir la informació obtinguda mitjançant els sistemes de recollida de dades.

Les enquestes o entrevistes es fan per tres raons fonamentals:

- 1) Per a trobar gent amb problemes de salut, persones que ni tan sols no saben que estan malaltes, o que sí que ho saben però encara no han anat a un centre sanitari o no han fet res per a millorar-les.
- 2) Per a saber quina mena de creences, costums i conductes tenen les persones abans d'organitzar un programa per a la comunitat, com, per exemple, amb relació a la nutrició, la planificació familiar o els plans de sanejament de l'entorn.
- 3) Per a saber com utilitzen els serveis de salut les persones, quina opinió en tenen, com actuen davant d'una malaltia personal o quan en pateix una un familiar, etc.

Quan es planifica l'acostament a les persones d'una comunitat, tant per a parlar-hi de manera informal com per a fer-hi una entrevista, s'han de considerar els aspectes següents:

- Les preguntes han de ser simples i fiables.
- Les preguntes han de ser acceptables per a la persona, és a dir, s'ha de tenir la capacitat de reformular determinades qüestions o d'observar si hi ha assumptes dels quals no vol parlar. No s'ha de ser mai intrusiu o invasiu, ni s'ha de permetre mai que la necessitat o l'ambició de l'entrevistador/a guiïn la conversa.
- L'entrevistador ha de manejar informació suficient, davant de determinats dubtes sobre alguna malaltia, o ha de tenir recursos o un pla d'acció per a una determinada demanda relacionada amb l'entrevista.
- Les persones que fan l'entrevista han d'estar preparades per a tractar o transferir la informació obtinguda sense fer judicis de valor ni desqualificacions etnocèntriques.

1.4. Qualitat de vida, conductes de salut i malaltia

Sobre la qualitat de vida o el tema de la "bona vida", s'hi ha reflexionat des de l'època dels filòsofs grecs fins avui dia, però la instal·lació d'aquest concepte en el terreny de la salut és relativament recent, amb un apogeu evident durant la

Mètodes etnogràfics

Consisteix a recollir dades al terreny, tenint com a informants els integrants d'una comunitat concreta.

Les dades recopilades consisteixen a descriure'n els costums, les creences, els mites, les genealogies, les històries, etc.

Vegeu també

Consulteu-ne més informació en l'apartat 2, "La investigació-acció participativa" del mòdul 5, "Models d'intervenció social des de la psicologia comunitària".

dècada de 1980. Cada any, es publiquen, en revistes relacionades amb la salut, més de 3.000 articles, cosa que posa de manifest el gran interès per aquest tema i la gamma àmplia d'accepcions que té. Sobre això, es pot assenyalar que una de les grans aportacions sobre els estudis de qualitat de vida és la importància que té la percepció sobre el benestar o la malaltia en les persones.

PNUD

Les Nacions Unides també utilitzen la qualitat de vida com a indicador (índex de desenvolupament humà) per a mesurar el grau de desenvolupament dels països, el càlcul del qual s'estableix a partir de l'esperança de vida, l'educació i el PNB *per capita*.

La qualitat de vida, en termes globals, és una mica difícil de conceptualitzar. Depèn en gran manera de l'escala de valors de cada individu i dels recursos emocionals i personals de cadascú. A més, està sotmesa a determinants econòmics, socials i culturals i s'acostuma a modificar, amb el pas dels anys, per a una mateixa persona. D'una manera més específica, la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS), o **salut percebuda**, integra els aspectes de la vida relacionats directament amb el funcionament físic i mental-emocional i amb l'estat del benestar. La manera més bona de fer front a la mesura de la QVRS és fer-ho a partir d'un enfocament multidimensional. Es pot valorar l'estat de salut tant des de la funcionalitat i de la interacció de l'individu amb el seu medi, com per aspectes que engloben el sentit general de satisfacció de l'individu i la percepció de la seva pròpia salut. El mètode tradicional per a determinar i avaluar la sensació de benestar és l'administració de qüestionaris. Mitjançant aquests qüestionaris, s'ha posat de manifest que l'estat de salut de les persones no es correspon sempre amb les dades que proporcionen els paràmetres biològics utilitzats habitualment per a avaluar-lo clínicament, i que els índexs clàssics d'activitat de la malaltia no són sempre bons predictors de la qualitat de vida de les persones. És important considerar la complexitat de tenir un instrument vàlid i la necessitat que sigui concorde a la cultura en què s'aplica (Esteve i Roca, 1997).

La **qualitat de vida** té diferents accepcions; la podem entendre com una avaluació que fa una persona sobre la seva experiència, sobre la seva vida quotidiana, la seva vida social i la seva salut. És un sentiment, més aviat. En definitiva, remet a la "qualitat de la vivència que fan de la vida els individus".

Segons Rodríguez-Marín i Neipp (2008), en el *Manual de psicologia social de la salut*, els indicadors sobre qualitat de vida, presents en l'hàbitat físic i social de la persona, es poden resumir en els següents:

1) **La riquesa**: els dos elements centrals són l'estatus de l'ocupació i els ingressos, a més de la quantitat de les possessions materials. Amb relació a l'ocupació, hi ha estudis que demostren que les persones que estan a l'atur tenen un nivell de benestar subjectiu molt baix, cosa que suggereix que la "inactivitat" té un impacte devastador no solament perquè disminueix l'ingrés, sinó també per-

què canvia la posició social. La satisfacció laboral està relacionada directament amb el benestar subjectiu de la persona, i la tensió laboral, per la seva banda, està relacionada negativament amb el benestar subjectiu.

D'altra banda, els estudis demostren que hi ha una relació positiva entre el nivell d'ingressos i el nivell de benestar subjectiu, encara que el nivell de correlació no sigui gaire alt. Algunes hipòtesis assenyalen que el nivell d'ingressos té un efecte només en nivells extrems de pobresa, però que, quan s'han cobert les necessitats bàsiques, els ingressos deixen de tenir una influència decisiva. D'altra banda, factors com l'estatus i el poder, variables relacionades amb la de l'ingrés, poden ser responsables del benestar subjectiu. L'efecte dels ingressos, així mateix, depèn de l'entorn social de la persona i les comparacions que es facin.

2) L'amor: s'entén com una forma de suport social. Alguns estudis han assenyalat que les persones que són casades o tenen parelles estables ens informen d'un benestar subjectiu més gran que les persones que no ho són o no tenen parelles estables. Si, a més, hi ha una satisfacció marital i familiar, l'amor constitueix un dels predictors més importants del benestar subjectiu.

Un altre indicador important és el de la interacció social, que fa referència a la quantitat, la mena i la qualitat dels contactes socials de la persona, que al seu torn té a veure amb la xarxa de suport social que hi ha al seu entorn. Les conductes participatives també són significatives en les activitats que algú té en la comunitat.

3) Disponibilitat de serveis: en relació estreta amb el suport social, hi ha una altra variable del benestar subjectiu: la disponibilitat de serveis que hi ha en l'oferta de la comunitat per a la persona. Les societats postindustrials "han reemplaçat" moltes de les accions de cooperació que abans feien les famílies extenses en els serveis socials propis de l'estat social del benestar. En aquest component, hi ha l'habitatge, els serveis sanitaris, la seguretat d'ocupació (propietat), el cost de l'allotjament, l'accessibilitat i el cost dels serveis (comercials, d'educació, de lleure, etc.), la qualitat i seguretat dels transports públics, etc.

4) Estat de salut: aquest indicador fa referència tant a allò que es relaciona amb la biologia com a la manifestació mitjançant autoinformes de les persones mateixes. D'altra banda, no hem de passar per alt la relació forta que hi ha entre qualitat de vida i salut. Si l'estat de salut és un factor determinant en la qualitat de vida, la qualitat de vida també determina l'estat de salut de la persona.

Hi ha nombrosos estudis que han demostrat una relació relativament gran entre els autoinformes de salut i el benestar subjectiu. N'hi ha d'altres que han trobat que la persona considera la salut el factor més important de la "felicitat". En aquests estudis, la satisfacció amb la salut és un dels predictors més forts de la satisfacció vital.

1.5. Xarxa social i suport social

Les **xarxes socials** s'usen sovint per a referir-se al conjunt de persones o grups que interaccionen entre ells, i a l'estructura d'aquestes interrelacions. És a dir, la xarxa social d'una persona és el conjunt de contactes que constitueixen una forma de cos social. Per exemple, la família, els amics, els veïns o els companys de feina. El **suport social** es refereix a la provisió (pot ser material, afectiva, intercanvi d'informació, etc.) de classes particulars de vincles interpersonals (Rodríguez-Marín i Neipp, 2008).

Totes dues funcions socials s'encreuen i es converteixen en necessitats humanes que afavoreixen la qualitat de vida d'una persona. En aquest apartat, ens interessa mostrar el desenvolupament conceptual del suport social i estudiar la influència que té en la malaltia o promoció de la salut. No en va, hi ha molts estudis que han demostrat la importància del suport social com a factor protector i preventiu de la malaltia, i per això és interessant considerar-lo com un amortidor d'esdeveniments estressants (que inclou la malaltia) a l'hora de construir projectes d'intervenció psicosocials.

Un exemple rellevant és el projecte titulat *Caregivers assistance and resources for the elderly's relatives series* (Caresrs), promogut pel Centre per a l'Estudi de la Tercera Edat de la Universitat de l'Estat de Nova York, en què es dona suport social als assistents.

Vegeu també

Vegeu també l'apartat 3, "Xarxes socials i suport social", del mòdul 2, "Psicologia comunitària i benestar social".

"Apoyo a las familias que suministran asistencia y apoyo a ancianos

"[...] el objetivo de esta intervención es respaldar, en sentido amplio, a las familias con ancianos o las familias que se ocupan de un anciano (no necesariamente cohabitando con él), para reducir el estrés y mejorar las competencias asistenciales del núcleo familiar. La hipótesis de partida es que la adquisición de competencias y conocimientos específicos aumenta la capacidad de la familia tanto para asistir como para convivir con el anciano y resolver los problemas de sobrecarga y psicológicos, que la presencia de una persona que no es completamente autosuficiente necesariamente conlleva. Es esta una intervención que se sustenta en la formación y en la información sociosanitaria.

El apoyo a la familia:

- Tiene como objetivo la reducción del estrés y el aumento las capacidades de atención y de asistencia.
- Se realiza a través de la formación y la información que atañe a las siguientes áreas: conocimiento básico del procesos de envejecimiento, individualización de capacidades específicas, control del estrés, asistencia al anciano, conocimiento y utilización de los recursos sanitarios comunitarios.
- Los programas de formación prevén de 6 a 13 sesiones de una hora a hora y media aproximadamente."

Paolo di Nicola (1994). El papel de las redes sociales primarias en el control de la enfermedad y la protección de la salud. A P. Donati. *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid: Díaz de Santos.

1.5.1. Suport social: una introducció històrica

A continuació, trobareu una introducció històrica breu del concepte de *suport social*. L'important de conèixer la història del suport social no és tant la tirallonga de noms que solquen aquesta història com la mena d'idees i metodologies que van conduir els investigadors a identificar una classe de relacions socials amb una clara influència en la salut de les persones.

Dividirem aquest recorregut històric en tres apartats, que corresponen a tres tradicions d'investigació:

- 1) Els estudis epidemiològics.
- 2) Les investigacions sobre l'estrès.
- 3) Els programes de salut mental comunitària.

Aquestes tres tradicions responen també a diferents enfocaments. Així, mentre que els estudis epidemiològics els van dur a terme, fonamentalment, sociòlegs i antropòlegs, les investigacions sobre l'estrès van partir de metges i psicòlegs i els programes de salut comunitària van ser, en bona part, el resultat de la pràctica diària dels professionals de la salut mental.

1.5.2. Els estudis epidemiològics

Ralph Linton, en el llibre *Cultura y personalidad* (1967), utilitza un símil molt gràfic per a explicar el descobriment relativament tardà que van fer els científics socials del concepte de *cultura*. Nosaltres farem servir aquest símil per a il·lustrar el descobriment relativament tardà de l'efecte que tenen en el benestar de les persones determinades relacions socials. Segons aquest autor:

"Lo último que descubriría un habitante de las profundidades del mar fuera tal vez, precisamente el agua. Sólo llegaría a tener conciencia de ésta si algún accidente lo llevara a la superficie y lo pusiera en contacto con la atmósfera."

R. Linton (1967). *Cultura y personalidad* (p. 130). Mèxic: Fondo de Cultura Económica.

Amb l'efecte de les relacions socials en el benestar ha passat una cosa molt semblant. Quin és aquest accident que ens ha portat a descobrir que vivim immersos en un món de relacions de suport?

Hi ha nombrosos científics socials que han situat aquest accident en les transformacions derivades de la revolució industrial del segle XIX, com a mínim als països occidentals. Aquest primer gran desenvolupament industrial va provocar, entre altres circumstàncies, grans moviments migratoris del camp a la ciutat, condicions laborals noves derivades de l'especialització en el treball, condicions noves de vida (en molts casos amuntegament, marginalitat, pobresa, etc.) en entorns urbans cada vegada més hostils i amb un grau més alt d'anonimat, una transformació en les maneres de relacionar-nos i en el manteniment de les tradicions, l'aparició de grans moviments polítics i socials, etc.

És interessant destacar que va passar una cosa semblant amb la revolució neolítica (domini de l'agricultura, primers grans assentaments urbans, rols socials nous, etc.) i que, probablement, passa una cosa semblant ara amb el desenvolupament de la societat de la informació i les noves tecnologies: aprenentatge electrònic, comerç electrònic, veïnatge universal, comunitats virtuals, etc. (Castells, 2001).

Paradoxalment, el primer gran treball científic sobre la influència de determinats llaços socials en el benestar psicològic de la persona no procedeix de la psicologia, sinó de la sociologia. Això no s'ha d'entendre com un demèrit de la psicologia, sinó com una prova més de la multidisciplinarietat de què han fet gala algunes branques de la psicologia (especialment la psicologia comunitària) durant el seu desenvolupament.

Aquest treball pioner a què ens referim és el que va fer el sociòleg francès Emile Durkheim al final del segle XIX i que va recollir en l'obra *El suicidio* (1897/1951). Encara que, tradicionalment, s'ha descrit el suïcida com una persona que experimenta un infern interior a què mira de posar remei fins i tot a

Lectura recomanada

Sobre això, consulteu qualsevol llibre d'introducció a la sociologia. Per exemple, J. Tezanos (1991). *La explicación sociológica: una introducción a la sociología* (pp. 130-150). Madrid: UNED.

costa de la seva pròpia existència i, a vegades, se li ha mirat d'assignar alguna mena de desequilibri psicològic profund, el treball de Durkheim parteix d'una hipòtesi radicalment oposada:

Durkheim proposa que les causes del suïcidi es poden trobar analitzant el grau de desintegració social del suïcida.

Per a entendre aquesta conclusió de Durkheim, s'ha de comprendre quin és el model de funcionament de l'individu que manté aquest autor. En línies generals, per a Durkheim, l'ésser humà es compon de dues tendències bàsiques:

- 1) D'una banda, té una tendència social, la qual cosa li permet satisfer determinades necessitats que no podria satisfer de cap altra manera.
- 2) De l'altra, té una tendència individual a satisfer les seves necessitats de manera independent.

Òbviament, les dues tendències entren en conflicte tard o d'hora: a vegades, les necessitats del grup poden impedir la satisfacció de les necessitats de l'individu, i viceversa. Quan l'individu percep una pressió forta de les normes socials, és possible que desenvolupi un funcionament que sigui caracteritzat de patològic, però, si percep una absència completa de normes, sorgeixen problemes d'integració social, i augmenta la possibilitat de suïcidi. D'aquesta absència completa de normes, se'n diu *anomia*. És com un joc de cartes: si hi ha nombroses normes que coneixem a la perfecció, el nostre comportament pot arribar a semblar erràtic (fixeu-vos en els jugadors experimentats de mus o de pòquer, amb els seus tics, senyals, etc.), però, si desconeixem completament les regles del joc, abandonarem la partida o trencarem la baralla (que ens fa l'efecte que és una metàfora del suïcidi).

Poble petit, infern gros

Les idees de Durkheim disten molt d'una versió idíl·lica de la vida rural. Davant d'una visió bucòlica de la vida campestre, Durkheim manté que la pressió excessiva d'aquesta mena de comunitats pot portar a determinades psicopatologies. "La boja del poble" o "el ximple del poble" són arquetips que il·lustren bé aquestes idees. O, com diu la dita popular, "poble petit, infern gros".

En el moment històric en què escriu Durkheim, es produeixen grans migracions del camp a la ciutat i, davant de les restriccions socials d'una comunitat cohesionada, es presenta un entorn urbà anònim en què els patrons de comportament social (la pressió social) poden arribar a disminuir de manera considerable (anomia). El seu treball mostra, precisament, que la taxa de suïcidis és més alta en les persones que no mantenen cap mena de relació que sigui capaç de transmetre aquest conjunt de restriccions. Per exemple, els immigrants urbans enfront dels residents a les petites comunitats rurals, les persones solteres

El suïcidi

Hi ha altres explicacions alternatives del suïcidi, la majoria representades en el patrimoni popular. Així, hi ha el suïcidi per amor o per principis elevats. La dita popular que diu que el vertader inconformista és el suïcida il·lustra bé aquesta segona classe de suïcidi.

enfrent de les persones casades, les persones que passen molt de temps soles (per exemple, soldats amb moltes guàrdies a garites) enfront de persones amb un seguit de relacions socials estables, etc.

Durkheim considera que la pèrdua o l'absència de determinats llaços socials –sobretot, les relacions íntimes i de confiança– situa l'individu en situació d'anomia (absència de normes o restriccions socials), cosa que, al seu torn, pot ser la base d'un sentiment profund de desarrelament o desintegració social. En casos extrems, això pot conduir al suïcidi.

Hi ha altres estudis epidemiològics, entrat el segle XX, que han analitzat amb una mica de detall les conseqüències de la desintegració social en el benestar dels individus. D'aquests estudis, potser és el de l'Escola de Chicago, d'orientació ecològica, el que ha fet aportacions més interessants. En un de fet per Robert Park, Ernest Burgess i Roderick McKenzie, el 1926, a la ciutat de Chicago, sobre la distribució geogràfica dels problemes socials, es va trobar que hi havia zones especialment vulnerables en les quals es veia una taxa més alta de desordres psicològics. Aquestes àrees, les quals van anomenar *zones de transició*, eren en els límits entre els llocs de renda baixa i els emplaçaments industrials nous.

Com que la indústria necessitava sòl barat per a expandir-se, va desallotjar gradualment els llogaters d'aquests llocs més barats, de manera que es va produir, juntament amb el desallotjament, una desintegració de la comunitat. Al costat d'aquesta desintegració, sostenien aquests autors, les normes de funcionament i cohesió comunitària es dissolien, la qual cosa fomentava l'aparició de desordres psicològics.

Al cap d'uns anys, Faris i Dunham (1939), en un altre estudi sobre la ciutat de Chicago, van mostrar que les taxes d'esquizofrènia en l'entorn urbà eren màximes en dues àrees geogràfiques molt localitzades. D'una banda, a la zona central de la ciutat, caracteritzada per l'absència de serveis, i, de l'altra, als enclavaments ètnics minoritaris. Tots dos resultats es poden explicar segons les tesis de Durkheim:

Tant la desorganització i l'anomia com la pressió social excessiva poden fer que la persona desenvolupi desordres psicològics.

El fet que enclavaments ètnics minoritaris també mostressin taxes altes de desordres va permetre a Faris i a Dunham ampliar la perspectiva d'anàlisi i anar més enllà de les relacions socials dins de la comunitat (en aquest cas, en podem dir *microcomunitat*) per a passar a les relacions socials que s'establien entre els membres d'aquesta comunitat i altres àrees geogràfiques de la ciutat. Dit d'una altra manera, van analitzar el nivell d'integració de la comunitat a la

Un ambient desorganitzat

Pot semblar que el fet de viure en un ambient desorganitzat no ha d'exercir tanta influència en el benestar de l'individu, com a mínim si les instal·lacions són les adequades. Us proposem que contesteu aquesta pregunta: us mudaríeu a un xalet ben equipat que fos al mig d'un polígon industrial? Per què?

ciutat i van postular que l'existència de barreres de comunicació entre aquests enclavaments ètnics i la ciutat podia explicar la proporció més gran de desordres psicològics. Des d'aquest punt de vista, la integració social no solament fa referència al seguit de relacions establertes en el si de la comunitat, sinó també a la possibilitat que aquestes relacions socials siguin extracomunitàries.

Aquests estudis, i d'altres, de naturalesa ecològica van permetre ampliar el coneixement sobre la influència de les relacions socials en el manteniment del benestar psicològic, i van incidir fonamentalment en les relacions que s'establien fora de la comunitat.

1.5.3. Les investigacions sobre l'estrès

Pel que fa a la història de l'aparició del suport social, les investigacions sobre l'estrès van obrir el camí per a vincular les condicions ambientals a l'estat psicològic de la persona. Establerta aquesta via, no va ser massa difícil identificar les altres circumstàncies ambientals que podien ajudar a superar les situacions que implicaven estrès.

Stress és un mot anglès que prové de la física, el primer significat del qual es referia a la força externa que s'exerceix sobre un cos. Encara que aquest terme ja l'havien utilitzat alguns científics que no pertanyien a la física, va ser un metge, Hans Selye, qui a mitjan la dècada de 1950 el va popularitzar en el llibre *Stress of Life*. Aquest autor va defensar la idea que hi ha determinades circumstàncies ambientals que tenen capacitat de generar canvis fisiològics en l'organisme, i que aquests canvis es produeixen d'acord amb un mecanisme que va anomenar **síndrome general d'adaptació**. Aquesta síndrome és bàsicament un procés de tres fases (alarma, resistència i esgotament) que s'inicien davant d'un factor d'estrès o una situació estressant i que desencadenen canvis neuroendocrins en l'organisme i, fins i tot, poden conduir a l'aparició de malaltia. Què pot constituir una situació estressant? En principi, una varietat àmplia de situacions.

Els exàmens

Quan els estudiants tenen exàmens, acostumen a estar sotmesos a una bona dosi d'estrès. La percepció d'amenaça davant de la imminència de l'examen els genera mecanismes de resistència (estudi, concentració, potser mala alimentació, falta de son, etc.). No passa sovint, però, que els estudiants es posin malalts durant el període d'exàmens.

Tanmateix, s'ha comprovat que, havent acabat aquest període, la probabilitat que es refredin o agafin alguna malaltia vírica (grip) és més alta. Això il·lustra la síndrome general d'adaptació de Selye.

Ara bé, encara que hi ha potencialment un bon nombre de situacions amenaçadores, les persones no percebem amenaces constantment durant la nostra vida quotidiana, malgrat que a vegades podem passar etapes amb una gran càrrega d'estrès. Dit d'una altra manera, allò que no aclareix la síndrome proposada per Selye és per què es percep com a estressant una situació i quan

s'hi percep. Aquesta informació és bàsica per a saber si el procés d'estrès es desenvoluparà i quan s'acabarà. Aquesta deficiència del model de Selye va animar altres investigadors a delimitar amb més precisió l'origen de l'estrès. De tots aquests investigadors, potser el que ha destacat més per les seves contribucions és Lazarus. Aquest autor fa una diferenciació bàsica: la valoració que una situació és estressant reflecteix dues fases (valoració primària i valoració secundària). Per això, la seva teoria es coneix com la **hipòtesi de la valoració** (*appraisal hypothesis*).

La **hipòtesi de la valoració** estableix una diferenciació entre el fet de percebre una situació com a amenaça, d'una banda, i el de percebre una cosa com a estressant, de l'altra. Així, en la valoració primària, la persona entén la situació com una amenaça, un risc o una pèrdua que s'ha produït.

En la segona valoració, la persona fa un balanç dels recursos de què disposa i les exigències de la situació i, si veu que no sap com **hi ha de fer front**, es desencadena l'estrès.

Hi ha dos elements fonamentals en aquesta segona valoració: els recursos i l'afrontament. Així, no és tant que les persones en la seva vida quotidiana estiguin sotmeses a situacions amenaçadores com si saben fer front a aquestes situacions amb els recursos disponibles. Lazarus va destacar dues menes de recursos: els personals i els contextuais. Els **recursos personals** són els que tenen a veure amb les característiques de l'individu (per exemple, l'estil cognitiu, el control d'emocions, etc.). Els **recursos contextuais** inclouen la mena de relacions que manté la persona en el seu entorn.

L'estudiant davant de l'examen

L'**estudiant**, davant de la proximitat de l'examen, disposa dels recursos personals (capacitat de concentració, confiança en si mateix, etc.) i dels recursos contextuais (companyes de classe amb qui pot resumir apunts, persones que l'animen a continuar estudiant, etc.).

Tanmateix, el fet que hi hagi un afrontament de la situació ens recorda que no n'hi ha prou dels recursos, sinó que és l'ús que se'n fa allò que els fa útils. En l'exemple més obvi tenim l'estudiant que es percep extraordinàriament intel·ligent, l'autoconfiança excessiva del qual fa que no es miri cap llibre i suspengui reiteradament.

Com hem assenyalat, les investigacions sobre l'estrès permeten vincular el context en què es desenvolupa la persona i el seu benestar psicològic. En aquest vincle, és molt important el paper de les relacions socials com a element essencial que incideix en els processos d'estrès.

1.5.4. Programes de salut comunitària

Potser la manera més bona d'entendre quin va ser l'esperit dels programes de salut comunitària és amb l'exemple de la porta giratòria. De la mateixa manera que quan sortim d'un edifici per una porta giratòria correm el risc de tornar-hi

a entrar si ens despistem en el moment de sortir de la porta, així van començar alguns professionals dels centres psiquiàtrics a descriure els seus pacients a mitjan la dècada de 1960 als Estats Units. Els pacients hi ingressaven i eren tractats fins que els feien l'alta mèdica, però passava sovint que hi tornaven a entrar per la mateixa porta al cap d'un temps. La pregunta que es van fer aquests professionals va ser la següent: què hi ha allà fora que fa que tornin a entrar?

Exemple del cistellet

A la vora d'un riu hi ha una gent que miren un cistellet amb un nen petit que plora a dins que tira riu avall. Amb una gran preocupació el salven del riu, i n'estan molt satisfets. Al cap de mitja hora, baixa un altre cistellet amb un altre nen petit que plora a dins. També el salven, i n'estan orgullosos. Al cap d'una estona, però, baixa un altre cistellet pel riu, també amb un nen petit que plora a dins. Quan el salven, algú del grup diu: "I per què no anem riu amunt a veure qui tira els cistellets al riu?".

Probablement, feia un segle aquesta pregunta, si s'hagués fet, no hauria trobat una resposta fàcil. Sortosament, en el moment en què es va fer, ja hi havia força evidència empírica dels efectes dels entorns desorganitzats en la salut de les persones, i aquests professionals van buscar la resposta en la comunitat a la qual tornaven els pacients rehabilitats. Llavors, es van començar a adonar que les comunitats integrades, en què hi havia xarxes de relacions socials estables caracteritzades pel suport, eren les destinacions dels pacients rehabilitats que normalment no tornaven a entrar per la porta giratòria. De manera alternativa, les comunitats desintegrades eren les destinacions dels pacients rehabilitats que tenien més probabilitat de tornar a entrar per la porta giratòria.

Alguns estudis ja havien mostrat que hi havia elements en l'entorn que evitaven la malaltia o promovien la salut (Faris i Dunham, 1939) i d'altres que incidien en la necessitat que la comunitat havia de proporcionar al pacient rehabilitat els recursos necessaris per a cercar suport durant la tornada a la vida comunitària. Aquests recursos, a més, no havien de ser professionalitzats excessivament, ja que, com havien assenyalat alguns autors, quan les persones tenen problemes, no van directament als especialistes, sinó a persones pròximes com amics o familiars (Gurin i col·laboradors, 1963).

Una dada interessant

La investigació en psicoteràpia ens proporciona una dada interessant: quan, a mitjan la dècada de 1960, les tècniques de modificació de conducta començaven a mostrar un apogeu considerable enfront de la psicoteràpia més tradicional (bàsicament, la psicoanàlisi), alguns professionals van tractar d'analitzar de manera empírica quina mena de teràpia era més eficaç. Els resultats no fan al cas (la veritat és que avui dia encara es debat la qüestió), però sí que va resultar paradoxal el descobriment que aproximadament el setanta per cent de les persones que havia sol·licitat teràpia i que no l'havia rebuda (perquè eren en llistes d'espera) tenia una remissió espontània del símptoma al cap de sis mesos; és a dir, desapareixia el problema que els havia fet sol·licitar teràpia. Això va passar inadvertit a aquests investigadors, però és probable que el suport social hi tingués un paper important. Així, quan la persona assumeix "públicament" que té un problema (el fet de sol·licitar teràpia és una manera de reconèixer públicament que les coses no van bé), es pot produir un canvi substancial en les seves xarxes socials i s'incrementen els processos d'ajuda de manera automàtica.

A les comunitats on hi havia persones amb capacitat d'ajudar gent necessitada va sorgir la qüestió si aquestes persones s'havien de mantenir al marge de la professionalització. D'alguna manera, es reconeixia que els **sistemes informals de suport** (els que reflecteixen la creació de xarxes de suport naturals, no professionalitzades) podien tenir un efecte beneficiós diferent del de l'ajuda professional o, com a mínim, complementari a l'ajuda professional. Com veurem més endavant, aquesta va ser, i ho continua essent, la lògica del moviment dels grups d'autoajuda.

És important diferenciar entre els **sistemes formals d'ajuda** (ajuda professionalitzada) i la contrapartida natural que tenen, els **sistemes informals d'ajuda**. En termes generals, les societats instauren sistemes formals d'ajuda seguint una lògica d'atenció a l'usuari que, en principi, està guiada teòricament. Així, per exemple, veiem avui dia una preocupació social per temes com la violència domèstica o el maltractament infantil. Des del punt de vista de l'ajuda formal, les institucions desenvolupen estratègies d'ajut que permeten pal·liar o mitigar els efectes nocius que tenen aquestes situacions per a les persones. Iniciatives com la creació de pisos compartits per a dones que han patit violència domèstica, o el desenvolupament de programes d'acollida residencial per a menors en situació de risc de maltractament, són exemples de sistemes formals d'ajuda. Tanmateix, al costat d'aquesta iniciativa més formal, hi acostuma a haver un interès en els professionals que treballen en aquests centres per enfortir els sistemes informals de les persones que utilitzen aquests serveis.

En el cas del maltractament infantil hi ha, per exemple, una evidència empírica abundant que ha mostrat que les famílies aïllades socialment (les quals no participen gaire en les activitats de la comunitat, tenen xarxes socials molt restringides, etc.) tenen una probabilitat més alta d'utilitzar pràctiques educatives amb els seus fills que poden arribar a incloure maltractament infantil. Des d'aquest punt de vista, juntament amb una ajuda més formal (les cases d'acollida o els centres de dia), es mira també que aquestes famílies creïn o regenerin els seus sistemes informals d'ajuda (veïns, amics, associacions, etc.) a fi de reduir l'aïllament social. La col·laboració entre els sistemes formals i els sistemes informals es converteix, per tant, en un objectiu prioritari de la intervenció comunitària.

Els sistemes informals

Els sistemes informals són un gran recurs de la comunitat. Gimnasos on les persones no solament fan esport, sinó que creen relacions noves d'amistat, associacions de veïns, comissions de festes, etc., són exemples de sistemes informals que articulen una comunitat integrada.

Els programes de salut comunitària, per tant, van ajudar a identificar recursos socials (els sistemes informals d'ajuda) de la comunitat que podien ser útils en el procés d'integració social del pacient psiquiàtric. Això va fer revisar la funció del professional en aquest procés i descobrir el paper important que exercien les xarxes naturals de l'individu en aquest procés d'integració en la comunitat.

1.5.5. El suport social: la importància que té en la salut

Hi ha nombrosos estudis sobre els efectes de l'entorn social en el benestar i la salut en què es posa de manifest la possibilitat de reduir les probabilitats de posar-se malalt mitjançant el reforç o l'increment de les xarxes socials, i també la capacitat de millorar un procés de malaltia, o de sobreposar-s'hi, en la mesura en què es tingui un suport social que la persona consideri que és significatiu.

"Se ha constado que las personas que padecen depresión o neurosis tienen también pocas interacciones sociales y poco intercambio de recursos."

Schwarzer i Leppin (1992)

El suport social és un element clau en la vida de les persones, ja que comporta un suport afectiu o material en situacions crítiques. La malaltia, des de l'estat transitori o crònic, altera la funcionalitat i la capacitat d'actuar; per tant, encara que depèn de la gravetat de la malaltia i de les característiques personals, és fonamental percebre un suport en l'entorn.

Segons Olea (1993), s'han descrit quatre models que relacionen la xarxa social d'una persona i el seu estat de salut:

1) La malaltia condueix a reduir els contactes socials. S'ha posat de manifest que les persones amb mala salut són menys propenses a tenir molts contactes socials. Una salut deteriorada pot contribuir a reduir les relacions socials.

2) La xarxa social afecta la salut mitjançant activitats que hi estan relacionades. Hi ha una associació entre la xarxa social d'una persona i les conductes que afecten la salut, com fumar, beure molt d'alcohol, obesitat, consumir drogues i també usar els serveis mèdics.

3) Les xarxes socials es consideren factors protectors davant d'esdeveniments estressants que afecten la salut. La xarxa es considera l'estructura en què s'estableix el suport social. El suport social pot protegir les persones en un moment de crisi generat per les conseqüències de l'estrès, com un naixement prematur, una depressió, alcoholisme, etc. Les xarxes íntimes són les que aporten el suport amortidor dels efectes de l'estrès; els contactes més superficials acostumen a ser independents de l'estat de salut.

4) La retroacció social manté o canvia la conducta social, amb repercussions fisiològiques. S'han trobat canvis fisiològics en el sistema neuroendocrí, i la susceptibilitat a posar-se malalt és més gran quan la persona no viu la retroacció social de manera adequada.

Alguns dels altres models conceptuals utilitzats, segons Olea (1993), per a relacionar xarxes socials i salut són els següents:

a) L'estrès es considera el factor central en l'etiologia de la malaltia, i el suport social és una variable moderadora que actua d'amortidor contra l'estrès o té un efecte directe sobre l'estrès i la salut.

b) Les característiques de les xarxes socials són les més importants en la relació entre els factors psicosocials, la salut i la malaltia. L'estrès és un element implícit en aquest model.

La intervenció en la millora del benestar psicosocial de les persones l'ha de facilitar la comunitat. En això, hi tenen un rol fonamental no solament els amics i la família, sinó també els professionals de la salut, que poden incidir en la qualitat de vida dels diversos col·lectius.

Càncer i VIH/sida

Tal com s'ha esmentat al començament d'aquest mòdul, els significats sobre salut són variats i són construïts socialment; aquesta premissa també és vàlida a l'hora de conceptualitzar les malalties que hi ha en la nostra cultura. Un exemple d'això és el significat simbòlic que té el càncer comparat amb la infecció per VIH/sida; totes dues malalties tenen en comú que, en el nostre imaginari social, es relacionen amb la mort i el deteriorament físic.

Factors com el significat cultural de la malaltia i el suport social diferencien enormement la qualitat de vida i, per tant, el benestar subjectiu de la persona.

En el càncer, s'ha descrit que hi ha determinats factors que intervenen en l'aparició i el desenvolupament, com l'estil de vida, la genètica i l'ambient. Hi ha altres autors (Morris i Greer, Wayner, Cox i Mackay) que plantegen, a més, que l'aparició es relaciona amb determinades respostes vinculades amb la vivència d'emocions negatives i estressants. Amb tot, es continua veient com una malaltia produïda per l'individu mateix de manera involuntària i, a vegades, sense una causa aparent. Diferents estudis¹ han posat de manifest que les persones que tenen càncer acostumen a necessitar i a buscar activament el suport social en el seu entorn pròxim. La xarxa social percebuda com a significativa, des del punt de vista emocional i informatiu, acostuma a provenir tant dels professionals de salut com dels amics i la família. Així mateix, les estratègies adaptatives acostumen a ser acompanyades pel cercle social de la persona i per altres iniciatives institucionals que afavoreixen el procés d'assimilació de la malaltia i el desenvolupament.

⁽¹⁾Vinaccia, Quiceno et al. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Revista Psicología y Salud*, 002 (5). Mèxic.

L'estrès i el sistema nerviós

Malgrat que hi ha molts oncòlegs i metges que encara són refractaris a acceptar la rellevància de les emocions en l'aparició i el desenvolupament de les malalties, hi ha força evidència i bastants estudis que han demostrat que les emocions i l'estrès afecten directament el sistema nerviós i, per tant, el sistema immunitari.

Alguns dels autors que afirmen aquesta relació són Pribram, Felten, Geerd Hamer, Goleman i Varela.

Tanmateix, el que diferencia la situació d'una persona que té càncer de la que té el VIH/sida és la contenció social que té i les diverses formes de discriminació que pateix una persona seropositiva en comparació de la que té un càncer. L'exclusió de la població no infectada que experimenta una persona portadora es deu, sovint, a la por de contreure el virus en situacions de la vida quotidiana (donar-se la mà, banyar-se a la mateixa piscina, posar-se la mateixa roba, beure amb el mateix got, etc.). Aquesta marginació és el que diferencia enormement una malaltia de l'altra i, per tant, la qualitat de vida de les persones.

Tenir el VIH/sida encara continua generant, en segons quins àmbits, un seguit de prejudicis i estereotips socials. S'associa a col·lectius com homosexuals, prostitutes i consumidors de droga per via intravenosa, i a un possible comportament "dubtós" que té la persona per haver contret aquest virus; per tant, la càrrega social i l'estigma es converteixen en grans escuts socials.

D'aquesta manera, encara que visquem en societats cada vegada més liberals i permissives, es continuen abordant com si fossin temes tabú, i es relaciona la sexualitat (d'una persona que té el VIH/sida) amb la promiscuïtat, i la droga, per la seva banda, amb la marginalitat. Encara que cada vegada s'advoca per desenvolupar més campanyes de sensibilització i d'informació, es continua mantenint en l'imaginari social una idea *viciosa* del VIH/sida producte de la ignorància, la moralitat i els estereotips.

En l'actualitat, se sap quines són les causes que faciliten la transmissió i que acostumen a estar relacionades directament amb determinades pràctiques de risc:

- Tenir relacions sexuals sense protecció (sense preservatiu masculí o femení) amb una persona que té el VIH.
- Compartir qualsevol material punxant (xeringues, agulles, etc.).
- Transmetre el VIH d'una mare portadora al fetus durant la gestació, el part o la lactància.

Una de les vies més freqüents de transmissió són les relacions sexuals; Espanya és al capdavant de les llistes amb més prevalença de VIH a tot Europa.

Lectura recomanada

Susan Sontag (1988). *El sida y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.

La medicació del VIH/sida

Gràcies als avenços de la ciència, i sempre que la persona segueixi el tractament dels antiretrovirals, el VIH/sida es fa cada vegada més crònic i menys mortal, com a mínim als països desenvolupats.

Una dada dels darrers anys que ha canviat el perfil de les persones amb VIH és l'augment de la transmissió en dones heterosexuales, casades i monògames. Això evidència que no es pot continuar afirmant la relació entre un col·lectiu determinat i les possibilitats de la transmissió, cosa que, per tant, ha de fer que tothom estigui alerta pel que fa a la prevenció.

En molts casos, encara que cada vegada hi ha més ONG i entitats que promouen la inclusió de persones que tenen VIH/sida, l'individu portador d'aquesta infecció segueix patint discriminació i aïllament social, cosa que perjudica enormement la manera amb què viu la malaltia i l'evolució de la malaltia.

Avui dia, es lluita per reivindicar els drets de les persones que tenen el VIH/sida; així, l'evolució de les tècniques i la ciència permeten que, als països desenvolupats i, tot i que no tant, als països en via de desenvolupament, es pugui viure amb el VIH/sida de manera crònica i controlar l'evolució del virus. Una variable fonamental per a això consisteix a fer diagnòstics precoços i detectar, com més aviat millor, la presència del virus a l'organisme.

D'aquesta manera, les campanyes sociosanitàries es destinen a informar la població dels mètodes preventius i de la necessitat de fer-se la prova de tant en tant –sobretot després de practicar alguna conducta de risc–, i a sensibilitzar-la en general de canviar les representacions entorn del VIH/sida. Hi ha diferents autors que plantegen que la informació és necessària, però no suficient, per a eliminar l'aïllament i l'exclusió; d'aquesta manera, la sensibilització i la implicació dels mateixos afectats i d'altres ciutadans es converteixen en una dimensió clau, sobretot si es planteja des del compromís social i la coresponsabilitat. A manera d'exemple, una estratègia interessant és explicitar amb una samarreta que s'és portador del VIH/sida, ja que esborra la idea del silenci i la vergonya i integra la idea que tothom és vulnerable a contreure'l.

El suport social i els significats culturals d'una malaltia són dos aspectes fonamentals que s'han de considerar a l'hora de fer propostes d'intervenció en l'àmbit sociosanitari.

No hi ha col·lectius de risc

Avui dia, ja no parlem de *grups de risc*, sinó de *conductes de risc*. D'aquesta manera, tothom és vulnerable davant de la possibilitat de contreure el VIH/sida.

1.6. Model de promoció en salut i educació sanitària

El concepte de *promoció de la salut* va aparèixer per primera vegada el 1974, en el llibre *Una perspectiva de la salut dels canadencs*, publicat pel ministre del Canadà de Salut i Benestar Nacional, Marc Lalonde. En aquest llibre, es proposava la idea que totes les causes de mort i malaltia es poden atribuir a quatre elements: inadequacions en la provisió de la cura de la salut, factors comportamentals o d'estil de vida, pol·lució ambiental i característiques biofísiques. El missatge principal era que les millores crítiques en l'ambient (context) i en

el comportament de les persones (estils de vida) poden reduir, significativament, la morbiditat i la mort prematura. De resultes d'aquesta publicació, el Govern canadenc va posar l'èmfasi en la política pública, i es va centrar més a prevenir la malaltia i a promocionar la salut que no pas en els tractaments (Rodríguez-Marín i Neipp, 2008).

Al cap d'uns anys, el 1986, es va celebrar a Ottawa la I Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut, en què es va discutir, fonamentalment, de la necessitat que els països industrialitzats ofereixin salut per a tothom com un dels objectius a què s'havia d'arribar a partir de l'any 2000. En aquesta trobada, es va considerar la "promoció de la salut" com el procés que capacita la població per a augmentar el control sobre la seva pròpia salut i que li permet millorar-la. Per a arribar a un estat de benestar físic, mental i social, un individu o grup ha de ser capaç d'identificar o de dur a terme les seves expectatives, de satisfer les seves necessitats i de canviar l'ambient o d'adaptar-s'hi. D'aquesta manera, la salut s'entén com un concepte que valora els recursos socials i personals, i també les capacitats físiques.

En aquesta conferència es va reconèixer que la promoció de la salut va més enllà de l'assistència sanitària i, com a requisits fonamentals per a la salut, es van establir la pau, l'alberg, l'educació, els aliments, els ingressos, un ecosistema estable, i el manteniment dels recursos, la justícia i l'equitat social (Regidor, Gutiérrez-Fisca i Rodríguez, 1994).

Un altre esdeveniment important va ser la declaració de Jakarta, el 1997, a Indonèsia, ja que va comportar un enfocament nou a la promoció de la salut. Aquesta conferència va impulsar la reflexió i l'avaluació de les estratègies plantejades fins llavors, i va fer reconsiderar els factors determinants de la salut. D'aquesta manera, es van establir cinc prioritats d'actuació –entre les quals hi havia la d'enfortir l'acció comunitària–, que eren les següents: promoure la responsabilitat social de la salut, incrementar les inversions per a desenvolupar la salut, expandir la col·laboració per a promocionar la salut, ampliar la capacitat de les comunitats i enfortir l'individu, i, finalment, garantir una infraestructura per a promocionar la salut (Codern, 2006).

Encara que hi ha diferents definicions i punts de vista de la promoció de la salut, s'ha de considerar que una de les premisses principals és la inclusió de dos àmbits d'acció: els estils de vida i l'ambient. Aquesta idea inclou canvis tant en l'individual com en el col·lectiu, i concentra el focus a fomentar conductes saludables més que no pas a atacar la malaltia o un problema social determinat o l'individu i prou. La promoció de la salut es va desenvolupar a partir de l'educació de la salut i del moviment de la nova salut pública: l'epistemologia social.

El model de **promoció de la salut** dóna suport al desenvolupament personal i social mitjançant la informació, l'educació per a la salut i l'augment de les habilitats per a la vida. Fent-ho, augmenten les opcions que tenen les persones d'exercir més control sobre la seva pròpia salut, sobre els seus ambients i per a prendre decisions orientades a la salut.

L'**educació per a la salut**, per la seva banda, s'entén com les oportunitats d'aprenentatge creades conscientment i destinades a millorar l'alfabetització sanitària, cosa que inclou la millora del coneixement de la població i el desenvolupament d'habilitats personals que condueixin a millorar la salut. Es tracta d'un procés educatiu que té la finalitat de responsabilitzar els ciutadans en la defensa de la salut pròpia i col·lectiva. És un instrument de la promoció de salut i, per tant, una funció important dels professionals sanitaris, socials i de l'educació (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

La promoció i l'educació per a la salut són estratègies per a respondre, de manera coherent, a les diverses necessitats de salut que es plantegen en diferents societats. Per a abordar-les, hi ha tres àrees d'intervenció prioritàries: problemes de salut, estils de vida i transicions vitals. Aquestes àrees d'intervenció condicionen els objectius i plantejaments de la formació, ja que fan falta coneixements, actituds i habilitats per a comprendre i abordar aquestes necessitats en salut i els factors que hi estan relacionats. Algunes necessitats de salut i àrees d'intervenció a què s'ha de fer front, des de l'educació i la promoció de salut, es descriuen de manera resumida en la taula "Necessitats / àrees d'intervenció i el seu enfocament des de la promoció de salut". D'altra banda, és interessant reflexionar sobre el fet que l'èmfasi de l'educació de la salut s'ha posat en els estils de vida, i s'han descuidat, doncs, en diversos casos el treball de l'ambient-contexte de la població.

L'**educació per a la salut** es refereix a una intervenció dirigida a modificar conscientment i d'una manera durable el comportament en relació amb els problemes de salut. És un **procés de comunicació** interpersonal i educatiu adreçat a facilitar la informació necessària per a examinar críticament els problemes de salut i a responsabilitzar els individus i grups socials en relació amb els comportaments que tenen un efecte directe i indirecte sobre la seva salut física, psíquica i social (Sepilli, 1981).

Els objectius de salut per a tothom al segle XXI, segons l'informe *Formació en promoció i educació per a la salut*, del Ministeri de Sanitat i Consum d'Espanya, de l'any 2002, són els següents:

- Garantir l'equitat.
- Millorar la salut en les transicions vitals.
- Prevenir i controlar les malalties i els accidents.

- Desenvolupar estratègies de salut intersectorials.
- Orientar el sector sanitari a resultats de salut.
- Establir polítiques i mecanismes de gestió del canvi.

L'educació per a la salut es refereix a una intervenció dirigida a modificar conscientment i d'una manera durable el comportament en relació amb els problemes de salut. És un **procés de comunicació** interpersonal i educatiu adreçat a facilitar la informació necessària per a examinar críticament els problemes de salut i a responsabilitzar els individus i grups socials en relació amb els comportaments que tenen un efecte directe i indirecte sobre la seva salut física, psíquica i social (Sepilli, 1981).

La promoció de la salut ha tingut un creixement ràpid dins de la salut pública, i s'ha nodrit de l'aportació de diferents camps de coneixements psicosocials.

Taula 3. Necessitats / àrees d'intervenció i el seu enfocament des de la promoció de salut

Necessitats	Àrees d'intervenció	Enfocament des de la promoció de la salut
Problemes de salut	<ul style="list-style-type: none"> • Malalties cròniques. • Discapacitats. • Drets i deures centrats en les expectatives i les creences dels pacients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrar l'atenció en la qualitat de vida. • Centrar l'educació dels pacients i afectats en les seves expectatives, creences i valors i dirigir-la a assumir decisions responsables. • Oferir recursos i serveis.
Estils de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentació. • Activitat física. • Sexualitat • Tabac i altres drogodependències. • Estrès. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoure comportaments saludables. • Facilitar que els comportaments saludables siguin els més fàcils de prendre. • Tenir models socioculturals favorables.
Transicions vitals	<ul style="list-style-type: none"> • Infantesa i adolescència. • Immigració. • Cura de persones dependents. • Envel·liment. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afavorir les condicions per a desenvolupar la identitat personal i el projecte de vida. • Oferir recursos i serveis. • Tenir models socioculturals favorables. • Desenvolupar habilitats personals i socials; fer front a problemes, manejar les emocions, la comunicació, etc.
Estratègies multisectorials	<ul style="list-style-type: none"> • Entorns saludables. • Escenaris promotors de salut. • Equitat i desigualtats en salut. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la coordinació intersectorial i el treball en xarxa. • Facilitar l'accés a les persones i els grups en situació de desigualtat.

Font: informe *Formació en promoció i educació per a la salut*, del Ministeri de Sanitat i Consum d'Espanya (2002)

Entre els grans desafiaments que els estats membres es plantegen amb relació a la promoció de la salut, hi ha la necessitat de formar equips multidisciplinaris i intersectorials per a compartir espais nous entre els diversos sectors socials i professionals, desenvolupar el model biopsicosocial (com l'altra cara del model biomèdic i individual), integrar paradigmes qualitius i tenir constància en l'estudi i el treball pràctic a fi que es puguin retroalimentar.

Educar no és solament informar o persuadir. La finalitat que té no és que es duguin a terme comportaments que ha definit i prescrit l'"expert", sinó facilitar que les persones desenvolupin capacitats que els permetin prendre decisions conscients i autònomes sobre la seva pròpia salut.

1.6.1. Classes d'intervenció en promoció i educació per a la salut en la comunitat

- Aconsellament i assessorament (*counselling*): dirigit a persones que van a una consulta professional per a plantejar una demanda o buscar solució a determinats problemes. És una intervenció breu feta, habitualment, aprofitant una oportunitat en l'atenció individual. També pot ser una acció intencional del professional; per exemple, abans de fer-se el test de VIH/sida s'informa la persona que es vol fer la prova sobre la infecció i s'escolten els dubtes o sentiments que té.
- Educació per a la salut individual: sèrie organitzada de consultes educatives programades que es pacten entre el professional i la persona. Es poden aplicar tècniques de reflexió, d'expressió, d'anàlisi, d'informació i de desenvolupament d'habilitats socials. Es fomenta la presa de decisions a favor de la salut.
- Educació per a la salut grupal o col·lectiva: intervencions dirigides a un grup determinat, amb la finalitat de millorar-ne la competència, per a abordar un determinat problema o aspecte de salut. També es preveuen les intervencions dirigides a col·lectius de la comunitat, i així es desenvolupen tallers, cursos o sessions per a augmentar la seva consciència sobre els factors socials, polítics i ambientals que influeixen en la salut. El grup és una bona instància per a generar discussions, investigacions, intercanvis d'opinions i anàlisis que contrastin diferents punts de vista.
- Informació i comunicació: inclou l'elaboració i la utilització de diferents instruments d'informació (fullets, cartells, murals, còmics, enregistraments, calendaris, etc.) i la participació en els mitjans de comunicació (premsa escrita, ràdio, televisió, Internet), especialment de caràcter local.
- Acció i dinamització social: per al desenvolupament comunitari. Des de l'enfocament de la participació dels ciutadans i el treball cooperatiu en xarxes, aliances i plataformes amb associacions i grups de diferents classes, es desenvolupen eines per a transformar la realitat en què viuen.
- Mesures d'advocacia per la salut en la promoció de salut local: per al desenvolupament d'estratègies intersectorials, modificacions organitzatives dels

Nota

El contingut d'aquest apartat està extret i adaptat del document "Formación en Promoción y Educación para la Salud" (Ministeri de Sanitat i Consum d'Espanya, 2002).

serveis i posada en marxa de mesures legislatives, econòmiques o tecnico-administratives.

L'Organització Mundial de la Salut defineix l'educació per a la salut com "una activitat educativa dissenyada per a ampliar el coneixement de la població amb relació a la salut i desenvolupar els valors i habilitats personals que promoguin salut".

1.7. **Perspectiva de reducció de danys**

La perspectiva de "reducció de danys" neix com una política social de prevenció dels danys potencials relacionats amb l'ús de drogues més que no pas de prevenció de l'ús de drogues mateix. És una política social que té l'objectiu prioritari de disminuir els efectes negatius producte de l'ús i el consum de drogues. Aquest corrent accepta el fet que l'ús de drogues ha persistit malgrat tots els esforços per a evitar-ho. També reconeix que, sovint, algunes mesures de prevenció de l'ús de drogues han tingut l'efecte no volgut d'augmentar els danys associats al consum. L'estratègia fonamental de les intervencions de reducció de danys es basa en l'educació sanitària, que es dirigeix a modificar el coneixement de salut en les persones, els grups i les comunitats; també es basa en altres mesures que incideixen en els factors externs que influeixen en els comportaments.

Els **fonaments** en què es basa el model de reducció de danys, segons el Grup Igia (2000), són els següents:

- S'accepta l'evidència que hi ha persones que volen consumir drogues, que hi ha molts consumidors que no contacten amb els serveis sanitaris i que tampoc no ho faran. La reducció de danys reconeix la llibertat individual en la recerca del benestar propi, inclòs el dret individual al consum de drogues.
- S'accepta la complexitat i la dificultat de la modificació duradora dels comportaments humans.
- S'ha de tenir en compte que el potencial de risc derivat del consum de drogues depèn de les característiques de la persona i les seves expectatives, del tipus i la dosi de droga consumida, del patró de consum, les circumstàncies ambientals i socials i de les connotacions polítiques i socials d'aquest consum. Hi ha una relació directa entre la manera com es defineix el problema de les drogues i les polítiques que es deriven d'aquesta definició, ja que aquestes polítiques poden augmentar els riscos associats al consum.

- Les intervencions de reducció de danys inclouen diferents àmbits –individual, comunitari, polític i legal–, de manera que les accions han de repercutir en cadascun d'aquests àmbits.
- L'ús de drogues és un fenomen complex; hi ha diferents classes de consum –experimental, ocasional, recreatiu, moderat o de dependència severa–, cosa que comporta que les intervencions s'hagin d'ajustar a qualsevol de les situacions en què es troba el consumidor i que s'hagi d'admetre que algunes formes d'ús de drogues són clarament més arriscades que d'altres. Els usuaris de drogues són una població heterogènia, de manera que les intervencions han de considerar les característiques del subjecte, el gènere o el grup al qual pertany.
- Els danys associats al consum de drogues són variats. El receptor del dany pot ser l'individu mateix, el seu context social més pròxim (família, amics, veïns) o la societat en general. Molts dels danys relacionats amb el consum de drogues es poden atenuar sense haver-ne d'eliminar el consum.
- S'ha de promoure i promocionar la competència i la responsabilitat dels mateixos consumidors de drogues; per això, s'han d'implicar a dissenyar estratègies que responguin a les seves necessitats.
- Molts dels danys derivats del consum de drogues responen a l'estigmatització social que tenen. Es reconeix que determinades circumstàncies socials (precarietat social, aïllament, racisme, pobresa, etc.) dificulten les capacitats de disminuir el risc i el dany associat al consum.
- La il·legalitat de les drogues origina l'aparició de xarxes de tràfic, cosa que pot fomentar que algunes drogues siguin adulterades i no tinguin cap mena de garantia sanitària.
- Els objectius clàssics de caire assistencial orientats, bàsicament, a l'abstinència han estat exigents i no hi han incorporat els consumidors, cosa que ha generat frustració i decepció en els professionals de la salut i distanciament en aquests consumidors.

Algunes de les estratègies que es dissenyen des del model de reducció de danys involucren una varietat àmplia de tàctiques: incloure el canvi de les sancions legals associades al consum de drogues; millorar l'accessibilitat dels consumidors de drogues als serveis de tractament; facilitar espais d'injecció segurs i amb mesures d'higiene (sales de venipunció o narcosales); tendir a canvis en la conducta dels usuaris de drogues mitjançant l'educació; informar els consumidors sobre la manera com han d'usar les drogues per a disminuir la majoria de riscos que hi ha, i modificar la percepció social sobre les drogues i les persones que en consumeixen.

Els àmbits d'intervenció en reducció de danys són els següents:

- **Àmbit individual:** totes les accions que es duen a terme amb el consumidor en què s'ofereix informació i educació sanitària, i també, segons el cas, seguiment individual.
- **Àmbit comunitari:** la intervenció està enfocada a sensibilitzar i educar l'entorn social en què es fa el consum de drogues. Les accions es dirigeixen a impulsar la participació local, i es prioritza la participació dels consumidors mateixos en la planificació i l'acompliment de les intervencions.
- **Àmbit sociopolític i legal:** depèn molt dels efectes dels dos àmbits anteriors, de les facilitats, els obstacles, les circumstàncies i les conseqüències legals del consum, i també de l'orientació política i els recursos que hi assignen les institucions, sobretot les relacionades amb l'àmbit de la salut.

1.7.1. Projecte de Bola de Neu (BdN)

Els projectes de Bola de Neu, que es porten a cap des dels programes de reducció de danys, s'apliquen com a estratègia d'intervenció "entre iguals". La finalitat que tenen és formar persones consumidores de drogues (*peers*), sobretot en qüestions sanitàries, perquè després transmetin elles mateixes aquesta informació a altres consumidors que no estan tan involucrats en les xarxes formals. D'aquesta manera, la informació es reproduceix entre la població consumidora, i és possible que els usuaris coneguin els recursos socio-sanitaris del seu entorn i que hi vagin. Les referències sobre les ONG o entitats que treballen amb consumidors són dades que els *peers* també han de fer saber als seus contactes.

Fonamentalment, el que es persegueix amb aquest projecte és fomentar un consum responsable que previngui la transmissió de malalties, com l'hepatitis C o el VIH/sida o alguna altra mena de dany relacionat amb les drogues i que poden afectar la salut.

Aquests són els passos que se segueixen en un BdN:

1) Contacten amb la població consumidora i la conviden a participar en el projecte de BdN. És important que adquireixin una mica de compromís, i en alguns casos els beneficien econòmicament. Els qui reben la formació també es diuen *peers*.

2) Fan les sessions de formació, en què s'inclouen assumptes com el consum de drogues i les conseqüències que té, el sexe segur, els recursos socio-sanitaris per a consumidors o els temes d'immigració i drets civils.

3) Després de la formació, miren de trobar estratègies perquè es posin en contacte amb altres consumidors i reproduïxin la informació rebuda en la fase anterior. Apliquen qüestionaris, lliuren informació als llocs de consum, reparteixen fullets o creen altres tècniques amb què puguin difondre la informació, com, per exemple, un vídeo, fotografies o cartes.

4) Després de fer el treball amb els seus contactes, demanen als *peers* que facin una avaluació de l'experiència d'haver participat en un BdN. L'objectiu és veure si hi ha hagut canvis en la percepció o en el comportament amb relació al consum de drogues. Aquesta avaluació la poden fer mitjançant un qüestionari postintervenció, un grup focal o un seguit d'entrevistes.

Pineda posa en marxa el projecte contra les drogues Bola de Neu Consumidors joves alerten altres consumidors del risc de l'addicció

Els joves que consumeixen drogues no fan gaire cas de les campanyes oficials de prevenció. Diuen que el missatge no els arriba, o que la informació que els transmeten no la perceben com a pròpia i, per tant, se'n desenten.

Per aquesta raó, es manté una recerca constant de propostes que obtinguin resultats. En aquest àmbit neix el projecte Bola de Neu, concebut amb la idea que la informació entre iguals els arribi amb més facilitat. A Pineda de Mar ja ha començat a funcionar.

Bola de Neu té l'origen en la Unitat d'Atenció a les Drogodependències de l'Hospital Sant Jaume de Calella; el projecte el promou la Regidoria de Benestar Social de l'Ajuntament de Pineda per mitjà de l'Espai Jove. Es tracta de formar un grup de joves, de 16 a 20 anys, que han consumit drogues, o que en consumeixen, perquè facin de pont amb la gent de la seva edat i els transmetin els coneixements necessaris sobre els riscos de prendre substàncies sense control.

"Els esforços estan orientats a aconseguir un consum responsable, amb una reducció més alta dels danys i amb l'avantatge que els encarregats de transmetre el missatge són considerats iguals per la gent que pren drogues", assenyala l'educadora social de la Regidoria de Joventut, Eli Roca, que coordina el projecte.

Durant dos mesos, aquests joves han portat a terme una tasca de recollida d'informació i han sortit al carrer per fer qüestionaris i prendre dades de primera mà. "La iniciativa també comporta la creació d'un web creat per a resoldre amb claredat els dubtes més freqüents sobre les diferents substàncies i els efectes de consumir-ne", puntualitza Roca.

D'altra banda, des de fa tres setmanes, funciona en l'Àrea Bàsica de Salut (ABS), del carrer de Tarragona, un servei els dimarts a la tarda, en què una doctora i l'assistenta social del municipi atenen les consultes que els volen fer els joves, i mantenen, en tot cas, la privacitat.

"És molt important que el jove que es dirigeix al servei sàpiga que podrà resoldre qualsevol dubte que tingui amb relació a les drogues", assenyala Roca.

Una vegada al mes, i a les instal·lacions de l'Espai Jove, també s'organitzen sessions grupals amb l'objectiu de fomentar el contacte entre els joves consumidors perquè debatin plegats els aspectes que els preocupen.

El programa ha nascut amb la voluntat d'estendre's. "El pròxim pas és difondre el projecte Bola de Neu als centres de secundària i a altres llocs del municipi", explica Roca, que afegeix que les encarregades de repartir material als llocs on hi ha els joves i on l'Administració no arriba amb facilitat, com locals de lleure i altres zones freqüentades pels possibles consumidors de drogues, són dues de les persones que es van formar en aquest mateix programa.

4 d'abril del 2004. Una notícia de VilaWeb.com. Edició de Pineda de Mar <http://www.vilaweb.cat/noticia/835458/noticia.pdf>

Lectura recomanada

Eva Gutiérrez Henanz, Luis Morante Saboya, i Gloria García Lalinde (Dir.). (2004). *Bola de Nieve: guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud*. Madrid: Grupo GID.

2. Desigualtats en salut

L'interès i la preocupació de l'estudi de la salut i les desigualtats socials han crescut enormement durant les darreres dècades. Una de les raons que han suscitat l'interès per aquesta associació, que no tracta d'una qüestió nova, és la instauració, a mitjan segle passat, de l'estat del benestar a Europa, en què es dóna una importància significativa a oferir respostes als drets socials, la qual cosa es va traduir, en l'àmbit sanitari, en un gran interès, de l'estat, pel finançament i la provisió de l'assistència sanitària a la població. La característica més excel·lent d'això va ser la universalització del dret a aquesta assistència i la distribució territorial que se'n va fer. Un altre antecedent va ser el desenvolupament del moviment d'indicadors socials, que van sorgir als països de l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic, amb la intenció d'investigar la distribució i l'evolució del benestar en la població (OCDE, 1982). Aquest moviment es va constituir com una crítica a la utilització dels indicadors econòmics convencionals per a estudiar el benestar, i es va consolidar a fi de consagrar importància als indicadors qualitius del creixement. Els indicadors es van idear per a avaluar la consecució o no, de la societat, d'objectius com la salut, l'educació i altres àmbits socials (Regidor, Gutiérrez-Fisca i Rodríguez, 1994).

D'aquesta manera, la reducció de les desigualtats en salut s'ha convertit en un dels objectius centrals en institucions com l'OMS, en la qual hi ha implicats governants, professionals de la salut i ONG les intervencions dels quals s'acostumen a dirigir als sectors més vulnerables socialment. Encara que la força econòmica i política exerceix una funció capital per a eradicar-los, acostumen a ser els mateixos operadors de poder els qui contribueixen a mantenir i accentuar les desigualtats. Podem entendre les **desigualtats en salut**, segons Díez i Peiró (2004), com l'impacte que tenen sobre la distribució de la salut i la malaltia en la població factors com la riquesa, l'educació, l'ocupació, el grup ètnic, la residència urbana o rural i les condicions socials del lloc en què es viu o es treballa.

2.1. Les desigualtats socials com a determinants de la salut

L'enfocament inclusiu de la salut característic de l'era cristiana ha tingut molts alts i baixos, i ha trobat el punt culminant en els grans moviments dels segles XVIII i XIX en què diferents autors (Allison, Villerme, Virchow i Chadwic) van recalcar la classe social com a determinant en la salut, i van donar compte que les malalties eren més prevalents en els sectors més desfavorits. En l'actualitat es reconeix, mitjançant diferents estudis, que l'estratificació social discrimina

l'accés als sistemes de salut i a l'ús d'aquests sistemes, i que el context socio-cultural és un factor influent en la disparitat sobre la prevenció i el tractament de les malalties i, d'altra banda, en l'abast del benestar psicosocial.

La desigualtat social no és un fenomen modern; n'hi ha hagut sempre. El que varia és el grau en què es presenta, i les classes de recursos i béns socials de què es parla. Hem de tenir en compte que cada societat i moment històric tenen, com a referents, uns mínims acceptables de condicions i qualitat de vida. Els col·lectius amb més poder econòmic, polític, social i cultural són els que tenen més oportunitats, cosa que es tradueix en el fet de tenir condicions de vida més bones. Aquests privilegis de l'un sobre els altres no solament actuen negativament sobre els grups socials més desfavorits, sinó també en el desenvolupament de la societat en conjunt. Malgrat la constatació de la falta d'igualtat social i els perjudicis que això comporta, de desigualtats encara n'hi ha, i fins i tot tendeixen a augmentar (Sánchez, 2005).

"[...] la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, en l'article 7.1 estableix que el catàleg de prestacions del Sistema Nacional de Salut té per objecte garantir les condicions bàsiques i comunes per a una atenció integral, continuada i en el nivell adequat d'atenció; que es consideren prestacions d'atenció sanitària del Sistema Nacional de Salut els serveis o conjunt de serveis preventius, diagnòstics, terapèutics, de rehabilitació i de promoció i manteniment de la salut dirigits als ciutadans."

Butlletí Oficial de l'Estat (16 de setembre de 2006)

El concepte de **desigualtat social** és la diferència d'accés que trobem en els ciutadans d'una mateixa comunitat, en quantitat i qualitat, als recursos i béns socials (Sánchez, 2005).

El concepte de **desigualtat en salut** es refereix a les oportunitats i els recursos relacionats amb la salut que tenen les persones segons la classe social, el gènere, el territori o l'ètnia, cosa que indica la més mala salut dels col·lectius menys afavorits (Borrell, García-Calvente i Martí-Boscá, 2004).

Hi ha un consens ampli entorn del fet que la salut d'una població i dels seus individus té un origen social clar i profund. Com a conseqüència d'això, s'entén que les desigualtats socials són producte de la distribució desigual de recursos (habitatge, educació, ocupació, salut, etc.) i de les desigualtats en educació. Aquesta cosa afecta l'accés a aquests recursos, i també a la falta d'accions que corresponen als factors socials i culturals en les propostes sociosanitàries i que els inclouen. Aquesta situació influeix, així mateix, en el desenvolupament i la manera d'articular els problemes, i és fonamental, doncs, que es consideri una perspectiva que tingui en compte les diverses esferes de la societat. Encara que sembli que és una realitat llunyana, en els casos més extrems producte de les desigualtats en salut hi ha la desnutrició infantil, les seqüeles de la qual poden ser psiconeurològiques greus o fins i tot la mort. És fonamental considerar que, de ben petits, el desenvolupament psicoafectiu, físic, lingüístic i cognitiu dels infants és decisiu per a les oportunitats que tinguin en el futur, ja

Lectura recomanada

E. Regidor, C. Borrell, I. Pasaín, J. L. Gutiérrez-Fisac, L. Lostao, i I. Galán (2002). *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*. Alacant: Universitat d'Alacant.

que determina el seu accés a l'educació i a les oportunitats laborals. D'aquesta manera, els recursos sanitaris que s'ofereixen, més la manera en què s'opera sobre els problemes de salut, segons les condicions socials de cada context i acompanyat de l'educació, són les peces clau per al desenvolupament, la qualitat de vida i l'equitat de les persones en un territori determinat.

El model biopsicosocial reconeix l'ambient (política, economia, barri, família, etc.) i les característiques individuals (físiques i psicològiques) com a determinants en la salut; per tant, s'entén que les activitats que fem i la mateixa quotidianitat són factors que influeixen en els nivells de benestar. Com assenyala Sánchez (2005), la salut també és influïda per la mena de feina que tenim i, sobretot, per les condicions en què fem aquesta feina, per les possibilitats que tenim d'aconseguir un habitatge digne, per les oportunitats que tenen els nostres fills de rebre una bona educació i la gent gran de tenir una vida autònoma. També és afectada, des de l'òptica de les societats del benestar, per la importància que l'estat dóna a la salut i a la qualitat de vida de la població, i per les polítiques sanitàries que duu a terme per a tenir un bon sistema sanitari que faci que la salut dels ciutadans no depengui del nivell econòmic que tenen, de la quantitat d'informació de què disposen o són capaços de processar, del sexe, de l'edat, o de si acaben d'arribar al país de destinació i en quines condicions ho fan, o, en definitiva, de la classe social que, encara avui dia, està relacionada amb les pautes de mortalitat diferencial.

A fi de fer-nos una idea de les conseqüències de la desigualtat en salut, l'OMS assenyala que l'esperança de vida d'un infant és molt diferent segons el lloc on ha nascut. Al Japó o a Suècia, pot esperar viure més de 80 anys; al Brasil, 72; a l'Índia, 63, i en algun país africà, menys de 50. Dins d'un mateix país, les diferències amb relació a l'esperança de vida són enormes i reflecteixen la situació mundial. Els més pobres de tots tenen nivells alts de morbiditat i, a tots els països, amb independència del nivell d'ingressos, la salut i la malaltia segueixen un gradient social: com més baixa és la situació socioeconòmica, més dolent és l'estat de salut.

L'estat de salut està relacionat directament amb el nivell socioeconòmic, el territori, l'edat, el gènere i l'ètnia; per tant, a l'hora d'aconseguir nivells més bons de salut per a la població en conjunt, també s'ha de tenir en compte la vida de les diferents persones en conjunt.

Les iniquitats enormes respecte a les prestacions sanitàries van fer que l'OMS creés, el 2005, la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut per a fer front a aquesta situació i elaborar un pla de treball. Així, es proposen tres principis d'acció:

L'Organització Mundial de la Salut

En l'esperit de la justícia social, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va posar en marxa, l'any 2005, la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut, a fi de demanar dades científiques sobre mesures i intervencions possibles a favor de l'equitat sanitària i de promoure un moviment internacional per a arribar a aquest objectiu.

- 1) Millorar les condicions de vida, és a dir, les circumstàncies en què la població neix, creix, viu, treballa i envellaix.
- 2) Lluitar contra la distribució desigual del poder, els diners i els recursos, és a dir, els factors estructurals de què depenen les condicions de vida, a escala mundial, nacional i local.
- 3) Mesurar la magnitud del problema, avaluar les intervencions, ampliar la base de coneixements, dotar-se de personal capacitada en matèria de determinants socials de la salut i sensibilitzar l'opinió pública respecte a aquesta qüestió.

El 1980, es va elaborar al Regne Unit l'Informe Black, sobre desigualtats en salut. En aquest informe, es va posar de manifest que, malgrat l'existència del Servei Nacional de Salut des de 1948, persistien les diferències en salut segons la classe social i l'origen ètnic; a més, es va evidenciar la que es va anomenar *lleï d'assistència inversa*, és a dir, que els qui necessitaven més l'assistència sanitària eren els qui, precisament, tenien menys probabilitats de rebre-la. La publicació de l'Informe Black va comportar una fita històrica en l'àmbit de la salut pública contemporània. Aquesta preocupació per les diferències socials en salut que comença a Europa amb aquest informe és la resposta als corrents liberalitzadors de l'estat del benestar en crisi, que pretenien tornar al mercat els serveis sanitaris (Regidor, Gutiérrez-Fisca i Rodríguez, 1994).

"[...] desde 1995, hasta donde las autoras conocemos, no se han compilado o valorado las intervenciones sobre desigualdades en salud en España. De hecho, en *Reducing inequalities in health. A European perspective*, editado por Mackenbach y Bakker¹⁵, se menciona la ausencia de bibliografía española y se explicitan en un capítulo las acciones emprendidas en la ciudad de Barcelona, como ejemplo de políticas poco frecuentes en nuestro país."

Elia Díez i Rosana Peiró (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 1, 159.

"...los problemas de salud afectan de forma desigual a las personas y tienen una especial relación con la posición que se ocupe en la estructura social ya que las formas de vida, dan lugar a una serie de patrones de trabajo, consumo, cosmovisiones y perfiles de subjetividad que construyen las desigualdades de clase ante las enfermedades. A esta visión de la salud y sus causas de tipo social, se deben añadir otros perfiles de desigualdad como son los derivados del sexo y género, la edad, el origen geográfico y el territorio, que amplían las condiciones en las que los individuos desarrollan como personas su potencial de salud..."

R. Pérez (2006, p. 7).

2.1.1. Globalització i salut

El fet social, cultural i econòmic més important durant els darrers anys ha estat, sens dubte, l'impacte tecnològic en l'abast i la velocitat de la transmissió de la informació, els béns, els serveis i també de les persones, la qual cosa és considerada el motor de la globalització. **La salut, com a fenomen lligat a variables socials, és afectada notablement i ràpidament per aquests canvis.** Cada vegada hi ha més aspectes de la nostra cultura de salut i de la gestió dels processos de salut i malaltia que passen d'àmbits estrictament domèstics o comunitaris al sector monetitzat, medicalitzat i professional. Això és conse-

qüència d'una estratègia de les corporacions mèdiques a l'hora d'augmentar el seu volum de mercat. Per als més vulnerables de la nostra societat, els processos de destrucció i d'erosió comunitària comporten haver d'afegir, a la pobresa que ja tenen en recursos financers, la pobresa produïda per l'erosió progressiva dels seus recursos comunitaris i domèstics. La qüestió nuclear és, doncs, discernir com s'acostuma a presentar la globalització; de manera necessària i inherent, s'ha de comportar amb una cara bona de promeses d'enfortiment per mitjà d'Internet i de la telemedicina, complementada amb una cara negativa d'immigració, fam i riscos per a la salut sense fronteres (Álvarez-Dardet).

La globalització, com a part d'un model econòmic i de relacions comunicacionals, és un procés que s'ha caracteritzat pel fet d'intensificar les interaccions de les diverses esferes (polítiques, ambientals, socials, etc.) de la societat. En aquest context, la *globalització de la salut* s'entén, segons Franco (2002), com un problema global entorn d'un bé essencial, un objecte social volgut, centrat en els valors humans i enfrontat a la iniquitat. Com a conseqüència d'aquest fenomen (canvi climàtic, indústria, contaminació atmosfèrica), han augmentat els vectors de determinades malalties i s'han creat patrons nous de morbiditat. Tanmateix, el deteriorament de la salut mundial no es deu solament al canvi ambiental, sinó que també hi influeixen el creixement econòmic i l'ingrés, que són dos determinants fonamentals de la situació de la salut global.

Continuant amb Franco, proposa la idea de globalitzar la salut, la qual cosa vol dir posar la salut en una "dimensió global". Aquesta proposta s'ha d'aconseguir desenvolupant les premisses següents:

- 1) Incloure en el procés totes les persones i comprometre-hi tots els actors i aliats, públics i privats, governs i ciutadans, organitzacions no governamentals i d'altres. S'ha de partir d'allò que és local i dirigir-se a allò que és universal.
- 2) Emfatitzar els determinants socials de la salut "saltant barreres".
- 3) Dur a terme tècniques de promoció de la salut en diferents nivells, àmbits i tendències.
- 4) Introduir mesures científicosocials acompanyades de desenvolupament cultural que mirin de trobar un equilibri nou del poder i propiciïn la democràcia universal i ciutadana concebuda en els drets humans, la solidaritat, l'interès recíproc, l'humanitarisme i l'equitat.
- 5) Orientar-se als conceptes de *salutogènesi* i la teoria *ecosocial*.
- 6) El concepte de **salutogènesi**, proposat per Antonovsky, vincula l'estat de salut amb factors socioculturals i històrics que fan possible la confiança per a actuar de manera saludable. Una part dels aspectes positius de la salut i, des de l'enfocament holístic, destaca les construccions socials i de salut, i investiga les forces d'autocuració de l'organisme i la manera de mantenir la salut.

La teoria **ecosocial**, per la seva banda, integra el raonament biològic i social a la perspectiva historicoecològica. Segons aquest model, el desenvolupament d'entorns saludables és necessari per a la biologia humana, l'estil de vida i l'organització dels serveis.

El concepte **d'embodiment** –constructe central de la teoria ecosocial– explica la manera en què s'incorporen al cos biològic les circumstàncies materials i socials del món en què vivim. Segons Krieger (2004), es basa en tres principis:

- Els cossos expliquen històries sobre les condicions de la nostra existència i que no es poden estudiar al marge d'aquestes condicions.
- Els cossos expliquen històries que, sovint, encara que no sempre, encaixen amb el que la gent diu.
- Els cossos expliquen històries que la gent no pot explicar perquè són incapaços de fer-ho, o perquè és una cosa prohibida, o perquè decideixen no explicar-les.

D'aquesta manera, als cossos, hi ha la nostra història. Això vol dir que el cos s'entén com a generador de cultura, com a terreny de percepció i pràctica. La mateixa experiència corporal és el punt de partida de l'anàlisi cultural i de salut.

2.2. Desigualtats socials en salut segons el gènere

Tal com assenyalen Borrell *et al.* (2004), les diferències de salut entre homes i dones inclouen factors socials (rols de gènere) i diferències biològiques que tenen un paper en la morbiditat i la mortalitat diferencial entre els sexes. Seguint aquest autor, l'estudi dels determinants socials és essencial per a entendre les desigualtats socials en salut segons el gènere, perquè s'ha posat de manifest que, malgrat que les dones tenen una esperança de vida més llarga, acostumen a presentar un estat de salut pitjor que els homes, factor que pot canviar segons la mena d'indicador de salut, el grup de dones seleccionades i el moment del cicle vital considerat.

En el context actual, les polítiques sanitàries i l'incentiu del desenvolupament comunitari poden constituir una oportunitat excel·lent perquè les autoritats, els especialistes tècnics, els grups d'activistes, els líders comunitaris i altres interessats en la salut, juntament amb la població, facin front al desafiament de millorar, permanentment, els indicadors de salut dels sectors en situació de més vulnerabilitat. Sobretot si es considera, com assenyala Borrell (2004), que els estudis sobre desigualtats socioeconòmiques en salut s'han centrat més en els homes, mentre que en les dones s'han investigat segons les funcions familiars que tenen (esposa, mare, etc.).

Alhora, s'ha de reconèixer que les iniciatives mal dissenyades o mal executades –per exemple, les que no tenen presents algunes de les dimensions crucials de la perspectiva de gènere en l'oferta i la demanda de l'atenció i la intervenció– poden erosionar els avenços aconseguits en aquest terreny. Això es dona tant als països més rics, on el desafiament consisteix a aconseguir més eficiència, sumada a la focalització i estimulació de la demanda en els sectors de menys recursos, com als més pobres, l'objectiu primari dels quals és assignar més volum de recursos a satisfer necessitats persistents de serveis essencials i bàsics de salut reproductiva (Levine, Glassman i Schneidman, 2001).

Vegeu també

Aprofundirem una mica més en la rellevància de transversalitzar la perspectiva de gènere en els projectes socials i de salut en el punt 3.

2.2.1. Feminització de la pobresa

Els problemes econòmics acostumen a afectar tota la població, però les conseqüències que tenen són pitjors per als sectors més pobres i precaris de la societat. Aquestes repercussions acostumen a tenir efectes de manera diferenciada en homes i dones d'una mateixa classe social. Si bé els homes poden tenir dificultats per a exercir una feina i aconseguir ingressos, les dones en tenen més encara, ja que han de fer front a discriminacions en l'accés a l'ocupació, en el valor que s'assigna a la seva feina (en ple segle XXI, encara hi ha llocs de treball que es paguen menys si els ocupen dones, tant als països desenvolupats com als països en vies de desenvolupament), a la possibilitat d'accedir a altres recursos econòmics (crèdits, terreny, tecnologia, etc.) i a la necessitat de compatibilitzar l'ocupació amb la cura dels fills o d'altres persones dependents. Una responsabilitat que ha estat inculcada culturalment i a la qual s'exigeix respondre a les dones com a part del seu rol social com si es tractés de la seva essència. A això, s'hi afegeix que hi ha moltes realitats en què les dones són caps de famílies monoparentals i han de fer front soles a la manutenció dels fills. D'altra banda, quan en la família es requereix ajuda per a ocupar-se dels menors, o mà d'obra barata per a ajudar a mantenir la casa, continuen essent les nenes les qui han de deixar l'educació formal abans que els nens. A tot plegat es refereix el concepte de **feminització de la pobresa**.

Un cas extrem: el règim dels talibans a l'Afganistan

"Las mujeres gozaban de una relativa libertad para trabajar, para vestir, conducir o aparecer en público hasta 1996. Actualmente la situación de las mujeres en Afganistán está en un punto en el cual el término «violación a los derechos humanos» se ha convertido en un eufemismo. Los maridos tienen en sus manos el derecho a la vida o a la muerte de sus parientes femeninos, especialmente la de sus esposas, pero una muchedumbre enfurecida tiene tanto derecho como ellos a apedrearlas o apalearlas, a menudo hasta la muerte, por exponer un centímetro de su piel u «ofenderles». La rapidez con que se realizó esta transición es la principal razón de los impresionantes niveles de depresión y suicidio. Las mujeres que eran educadoras o doctoras, o las que gozaban sencillamente de las libertades elementales, están ahora severamente restringidas y son tratadas como seres infrahumanos en nombre del fundamentalismo islámico. No se trata ni de tradición ni de «cultura», sino de alienación, y es una situación extrema incluso para aquellas culturas donde el fundamentalismo es la regla."

D. Sojo, B. Sierra, i I. López (2002). *Salud y género* (p. 25).

Més del 70% dels pobres del món són dones, fenomen que rep el nom de *feminització de la pobresa*. Factors com els rols i les exigències de gènere, i la vulnerabilitat més gran de les dones en els processos d'empobriment, són determinats per a les condicions adverses en què les dones accedeixen al mercat de treball, la seva extensa dedicació a tasques no remunerades, els seus dèficits d'alimentació, educació i atenció sanitària, i la seva dotació inferior d'actius econòmics, socials i culturals en comparació dels homes.

Indicadors que assenyalen la feminització de la pobresa:

- Nivells inferiors de formació i més analfabetisme.
- Falta d'autonomia econòmica.
- Responsabilitats de la cura domèstica.
- Assignació de temps a la feina no remunerada.
- Accés a habitatge propi molt precari.

"La salud de las mujeres y los hombres es diferente y también desigual: diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables en la salud de los hombres y mujeres."

Borrell *et al.* (2004)

Els diversos moviments de dones proposen la necessitat que la societat assumeixi, com un tot, la responsabilitat de la tasca reproductiva, i que hi hagi una reestructuració en l'àmbit social. Homes, dones i institucions han de trobar la manera d'integrar, d'articular o de compatibilitzar les tasques productives amb les reproductives, en el marc de maneres noves d'organització, que facin possible la mobilitat completa dels factors laborals, masculins i femenins, l'adequació de les jornades de treball i la decisió lliure de dones i homes sobre el seu lloc en la societat.

2.3. Resiliència

Entre els factors protectors que ocupen un lloc important en el desenvolupament d'estratègies d'intervenció individual i comunitària, hi ha la resiliència.

La resiliència es refereix a la capacitat d'un individu de fer front a l'adversitat i sortir-ne enfortit amb una experiència d'aprenentatge significatiu.

El fenomen de la **resiliència** va sorgir a partir de les investigacions sobre les conseqüències, a llarg termini, derivades de la interacció de fills amb pares alcohòlics, malalties psiquiàtriques (depressió major, esquizofrènia) i problemes familiars forts (violència, amuntegament, distracció, etc.). També s'ha estudiat en fenòmens com maltractament infantil, institucionalització, catàstrofes de la naturalesa i guerres.

La capacitat de sanar-se i generar fortaleces a partir de l'adversitat va significar, en l'àmbit de la psiquiatria i la medicina, un salt qualitatiu important en la mirada del risc i l'adversitat. A diferència del que es podia haver esperat des del paradigma de la patologia, en què una gran quantitat de factors de risc (genètics, models parentals negatius, conductes de risc, etc.) determinaven dany en els fills, sorgeix el model de resiliència com a alternativa.

L'estudi sobre resiliència qüestiona el model de la patologia per tal com s'ha vist que les persones poden fer front a l'adversitat i, de manera paradoxal, desenvolupar un sentit de competència personal i social.

La resiliència l'ha estudiada, fonamentalment, l'Escola Anglesa i l'Escola Nord-americana. Pel que fa a l'Anglesa (Osborne, Rutter, Vanistandael), es comparteix la idea que la resiliència és específica amb relació a la situació a què fa front el subjecte i que sorgeix d'una interacció entre l'individu i el seu ambient. Se suggereix que la resiliència no és estable en el temps, ja que és subjecta al canvi, de manera que depèn de les circumstàncies adverses a què fa front la persona. La Nord-americana (Garmezy, Werner, Luthar, Mahoney), en canvi, suggereix que en la resiliència hi ha un processament cognitiu i afectiu davant de la situació de risc que es podria manejar, adequadament, en circumstàncies adverses i superar-la. La resiliència implica, segons aquests autors, el fet de conservar la integritat del funcionament psíquic partint d'una estructura cognitiva organitzada amb supòsits i esdeveniments que afavoreixen un processament tal de la informació que permeten a la persona fer front a riscos i superar-los.

Alguns altres autors com Rutter (1992) defineixen la resiliència com un procés que caracteritza un sistema social complex en un moment determinat. Groberg (1993) la conceptualitza com la capacitat humana universal de superar l'adversitat i fins i tot de ser transformat per aquesta adversitat i involucrar-hi la cognició i l'esperit.

La possibilitat de superar el dolor en la relació amb els pares i davant de la participació en ambients hostils té a veure no solament amb la presència d'un *self* amb recursos, sinó també amb les interaccions possibles amb algú específic del sistema familiar, o amb altres persones de fora d'aquest sistema, que permetin a la persona plantejar-se d'una manera diferent del que li és tornat a l'interior de la família.

La resiliència, doncs, és un procés que "es materialitza" en determinades conductes que sorgeixen de l'adversitat i, de manera paradoxal, possibiliten un desenvolupament integral. Les característiques que té serveixen de factors protectors per a desenvolupar les accions de salut comunitària.

Wolin i Wolin (1993), en el llibre *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*, assenyalen que al llarg de la vida es desenvolupen habilitats que han anomenat *les set resiliències*:

1) Introspecció (*insight*)

Es refereix a l'exercici personal de plantejar preguntes difícils i de donar respostes honestes. El desenvolupament de la introspecció (*insight*) comença quan l'infant pot sentir relacions difícils, o poc confiades, a l'interior de la família. Està alerta davant de les situacions adverses, i intueix i codifica senyals com la veu, una manera de caminar o respirar que pot significar un perill i que és capaç de prevenir-lo o d'anticipar-s'hi. En l'adolescència, i a causa del desenvolupament cognitiu, aquesta capacitat es transforma a *conèixer* la implicació que té per a ell i el seu entorn la situació familiar de què prové. En l'edat adulta, aquest *conèixer* es converteix en una capacitat de comprensió de si mateix i dels altres.

La capacitat d'observar i observar-se en la relació familiar possibilita a la persona trencar les regles, emergir amb un sentiment de força i d'autoestima alta perquè es veu com a part d'una cadena d'interaccions diferent dels altres.

És important, en aquesta capacitat i en les altres, l'actitud activa i observadora dels infants en la cerca de més benestar psicosocial.

2) Independència

La capacitat d'independència la dóna l'habilitat d'establir límits entre un mateix i els conflictes amb els pares, i així mantenir-se distant físicament i emocionalment. Des de l'experiència de Wolin i Wolin, els pares que presenten interaccions de molt conflicte amb els fills, són propensos a fer ús de manipulació emocional, de triangulacions i aliances que situen l'infant en situacions problemàtiques i paradoxals. Acostumen a ser pares molt crítics i exigents.

D'alguna manera, aquests infants s'han vist participant en relacions de doble vincle: d'una banda, requereixen l'amor i el suport dels pares; de l'altra, són vulnerables a les seves crítiques i demandes emocionals. Com que aquestes pautes familiars no acostumen a modificar-se, l'infant o l'adolescent busquen la necessitat d'aconseguir la independència i de començar una vida nova.

El distanciament emocional és un aspecte molt rellevant per a desenvolupar la independència davant de transaccions familiars rígides. És a dir, sortir de l'"òrbita de conflicte" (tant físicament com emocionalment) i acceptar el dolor d'haver estat part de relacions insatisfactòries i exigents.

3) Interacció

Segons plantegen diferents psicòlegs, una relació nutritiva que demostra preocupació, interès, simpatia i suport genera la capacitat d'establir vincles íntims i satisfactoris amb altres persones.

Segons mostren els estudis sobre resiliència, l'infant resilient genera un cert atractiu en adults atents. Així, la interacció d'un adult que demostra i ofereix suport és un element necessari per a l'infant. En aquesta mena de relacions, els infants es veuen a ells mateixos amorosos i dignes d'estimació. Aquestes imatges substitueixen el reflex de la mirada que hi han establert els pares, cosa que possibilita desenvolupar la construcció d'una existència diferent de la coneguda en la seva família. La figura d'aquest adult pot ser un oncle, els avis, uns veïns, els pares dels seus amics, etc.

4) Iniciativa

La iniciativa es refereix a la determinació de fer-se valer i d'exercir control sobre l'ambient i la conducta pròpia.

En famílies amb una estructura rígida de funcionament i una organització tancada, els infants i els adolescents resilientes proposen validar-se exercint el control sobre algun aspecte de les seves vides. Així, comencen a buscar accions o relacions en què tenen un grau de control que els permet veure's competents; per exemple, a l'hora de participar en determinats grups de joc o d'esport, o a l'hora d'establir un rol d'assistent i protector dels germans petits en cas que la mare o el pare siguin alcohòlics. En posar en pràctica aquest rol, augmenta la seva percepció de control intern sobre determinades situacions, i desenvolupen així un sentit d'eficàcia i responsabilitat personal.

5) Creativitat i humor

Es refereix a la capacitat de transformar i d'integrar el dolor a l'experiència de vida. La resiliència és la capacitat d'acceptar el dolor i de no sentir-se'n víctima; és reconstruir l'experiència pròpia viscuda a l'interior de la família. En aquest sentit, els infants passen molt de temps jugant com una manera de mantenir-se distants del conflicte. La recreació i el joc hi donen significat i construeixen altres realitats.

Mirar la situació i riure-se'n permet crear una identitat més ferma que la possible experiència viscuda dins de la família, carregada de relacions inestables i insegures. Amb el desenvolupament de la creativitat i l'humor, el dolor es transforma i es fa més impermeable.

6) Espiritualitat

El desenvolupament d'aquesta resiliència comença de ben petits, quan els infants es veuen enfrontats a relacions familiars conflictives que els fan por, confusió, desconcert; llavors, comencen a jutjar les petites interaccions diàries. En l'adolescència, això es tradueix en la capacitat de valorar o distingir determinades accions com a valuoses i desitjables (com la justícia, l'honestedat i la compassió).

Finalment, l'espiritualitat es converteix en la capacitat de donar. Tot l'esforç, tota la tenacitat i tot el propòsit après al llarg de l'experiència de l'adversitat es transformen, i generen relacions d'entregar-se als altres i valoren la riquesa emocional i material d'aquest vincle.

La resiliència, des de l'enfocament comunitari, apunta un canvi paradigmàtic en la manera de conèixer, de descriure i d'explicar l'ésser humà en el seu context. Implica entendre que la salut, des d'una mirada integral (un dels objectius de la resiliència i del moviment comunitari), constitueix un continu que inclou determinants positius; per exemple, l'autoestima o la capacitat de sentir empatia. Tot el que implica una visió més integral de les persones i no solament una descripció dels seus indicadors patològics o de l'absència d'aquests indicadors.

a) La resiliència des de l'enfocament comunitari implica anar de les intervencions centrades en la persona (àmbit individual) a una perspectiva sistèmica que involucri els diversos contextos de vida. Per exemple, per a una persona que ha estat diagnosticada des d'un enfocament tradicional amb una síndrome depressiva, el tractament de preferència és una psicoteràpia individual i la prescripció de fàrmacs. Des d'una perspectiva sistèmica, en canvi, s'inclouen, en la intervenció terapèutica, els sistemes de què forma part la persona i que són determinants en la generació, permanència i solució dels problemes. Això inclou la participació de la família i grups de parells i la modificació dels nivells institucionals (sistemes de salut).

b) El nivell de prevenció canvia quan treballem des de la resiliència i l'enfocament comunitari. Des d'una perspectiva assistencialista, es posa l'èmfasi en els àmbits secundaris i terciaris dels problemes de salut, mentre que des del comunitari també es focalitza el treball a prevenir i promoció les capacitats individuals, familiars i comunitàries.

c) Finalment, hi ha un avenç des dels models teòrics i operatius, centrats en el dèficit, cap als models centrats en les competències. La capacitat de sanar-se i generar fortaleces a partir de l'adversitat va representar, en l'àmbit de la psiquiatria i la medicina, un salt qualitatiu important en la mirada al risc i el determinisme, i va permetre incloure-hi descripcions que integressin altres factors, els anomenats *factors protectors*, imprescindibles en el desenvolupament de la resiliència individual i comunitària.

3. Salut i altres temes socials

En aquest apartat, s'han escollit tres temes que es consideren rellevants en l'abordatge dels temes de salut, tant per la necessitat d'incloure'ls en els estudis socials com per a l'hora d'intervenir-hi. Aquests temes són la perspectiva de gènere, la immigració i els drets sexuals i reproductius.

3.1. La importància d'incloure-hi la perspectiva de gènere

Des que l'Organització Mundial de la Salut va postular que la noció de *salut* és bastant complexa, el terreny dels estudis de l'epidemiologia social va rebre un impuls per a estudiar les desigualtats socials en l'àmbit de la salut. D'aquesta manera, els estudiosos que al començament es van centrar a observar les desigualtats es van adonar de la importància de considerar la perspectiva de gènere per al context d'un abordatge més ampli (Rohlf, 2005).

Recordeu que la informació que s'obté sobre un tema determinat, o sobre la realitat social d'una comunitat en particular, és una de les fonts principals per a plantejar qualsevol pla d'acció. Per tant, la incorporació, en el marc teòric sobre salut, de les diferències entre homes i dones té una gran rellevància, justament per a observar les diferències entre els gèneres que coexisteixen dins d'un mateix gènere. La dimensió de gènere es pot utilitzar per a analitzar i avaluar els aspectes següents:

- Les diferències que hi ha entre els gèneres i els problemes de salut. Les necessitats i els riscos relacionats amb el gènere.
- L'impacte de les propostes d'intervenció.
- El canvi de condició i posició de les dones i els homes en les situacions socials. Determinats aspectes en les relacions de gènere.
- Les construccions socials sobre salut i malaltia.

La informació proporcionada per la diferència sexual només té validesa en la mesura en què siguem capaços d'entendre les diverses variables que intercedeixen en la socialització d'homes i dones. És a dir, en la mesura en què incorporem la perspectiva de gènere com a model d'anàlisi sobre els comportaments i les dinàmiques socials.

Per exemple, García-Sánchez (2004) destaca que les dones són més vulnerables al VIH/sida i la importància que hi tenen determinats factors socials, com la dependència econòmica respecte a la parella, les dificultats d'accedir a una in-

formació fiable sobre la infecció, les dificultats d'accedir a la prevenció, la prova diagnòstica i l'assessorament, la marginació, la discriminació i la violència de gènere.

Per tant, no n'hi ha prou de fer una diferenciació entre homes i dones; s'han de saber contextualitzar i interrelacionar els factors de gènere amb la informació obtinguda i saber com cal *tornar-la* en una intervenció.

3.1.1. El concepte de *gènere*

El gènere, a diferència del sexe, respon a les expectatives socials que tenen homes i dones en una determinada cultura. El sexe té un caràcter biològic, natural i immutable (a excepció de les intervencions quirúrgiques per a canviar de sexe), mentre que el gènere és cultural, après i modificable.

El gènere s'expressa en les relacions socials, i aquestes relacions canvien en l'espai i el temps. No obstant això, la història mateixa i el present mateix ens han mostrat que les relacions de gènere s'han basat en una desigualtat, que es tradueix en una posició de desavantatge de la dona respecte a l'home i que té repercussions en totes les esferes de la vida, com la feina, les relacions afectives, polítiques, de salut, etc. El naixement del concepte data de la dècada de 1950, però va ser durant la dècada de 1960 quan es va generar un moment d'inflexió en la construcció d'aquest concepte. Aquest període, a més, es va caracteritzar per l'enunciació de les diferències socials, polítiques i ètniques, i es va estructurar entorn de l'aparició i el desenvolupament de diversos moviments socials, acadèmics i polítics que van tenir un gran impacte.

La importància d'introduir la perspectiva de gènere és que permet analitzar i explicar la salut i la malaltia amb relació als rols, els comportaments i les expectatives socials que recauen sobre cadascun dels gèneres.

De manera resumida, el gènere és la manera en què homes i dones aprenen a ser-ho, i compleixen cadascun les idees de masculinitat i feminitat que exigeix i espera la societat.

Respecte a la salut, també es pot esmentar que, des de la història androcèntrica, es desconeixen tractaments o efectes laterals que poden provocar determinats medicaments en les dones. La medicina ha tendit a experimentar més amb cossos masculins i a estudiar, amb més de deteniment, les malalties pròpies de l'home en tant que referent universal.

Lloc web recomanat

www.xarxadedonesperlasalut.org, és un web que inclou diferents temes de salut de l'Amèrica Llatina i el Carib, des d'una visió biopsicosocial i amb una perspectiva de gènere.

"El discurso masculino ha sido durante mucho tiempo el único discurso al cual se otorgaba legitimidad. A pesar de que, según el mito bíblico, Dios había determinado que «no es bueno que el hombre esté solo», la presencia física de las mujeres no las va a transformar automáticamente en interlocutoras válidas. El modelo masculino de entender el mundo, con su complejo de Edipo, su militarismo y su afán de triunfar y de imponerse, generaba los discursos a los cuales se asignaba autoridad y legitimidad. La mitad de la humanidad había asumido la representación del todo."

D. Juliano (2005, p. 9)

Les aportacions que faci la perspectiva de gènere als estudis són útils tant per a les investigacions quantitatives com per a les qualitatives. En totes dues, es recull informació i explicacions sobre els canvis en els comportaments socials, encara que les variants sobre el que s'entén per propi de la dona i de l'home han transformat moltes de les situacions pròpies de les relacions entre els gèneres. Els inicis sobre estudis de salut van concentrar el focus, gairebé exclusivament, en la reproductivitat en les dones, l'embaràs i el part. La condició femenina es relaciona amb la capacitat de ser mare, un rol que compromet la identitat de moltes dones. Des de l'anàlisi sobre la manera en què s'articulen els espais de relació, els mateixos moviments de dones i la seva incorporació a l'àmbit de la salut han obert l'espectre pel que fa a la salut femenina, s'hi han incorporat altres necessitats i s'hi ha inclòs –encara que una mica menys– la figura masculina i els seus problemes com a resposta a les exigències culturals. Tanmateix, no es pot afirmar que aquestes variants siguin considerades actualment en els plans de salut.

Exemple d'un estudi

Un exemple sobre un estudi que es va dur a terme amb relació a salut i gènere és l'Informe sobre la salut i la dona a la comunitat de Madrid, fet el 1998. La investigació va constar de tres fases fonamentals (tant quantitatives com qualitatives):

- En la primera fase, a càrrec d'una comissió d'experts de la Conselleria de Sanitat i Serveis Socials i de diferents professionals, es va situar el marc teòric del sistema d'informació.
- Després, es va desenvolupar la fase qualitativa de la investigació, basada en set reunions de grups entre mestresses de casa. També es va dissenyar el qüestionari base de l'enquesta i es va fer un pretest amb 200 mestresses de casa madrilenyes per a analitzar el funcionament d'aquest qüestionari, i també el dels indicadors plantejats.
- Finalment, es va fer una enquesta representativa a 1.299 dones madrilenyes, de més 18 anys, partint del qüestionari depurat després del pretest de la segona fase.

L'objectiu de la investigació se centrava a saber què entenen per *salut* les dones madrilenyes i què consideren que ho és. Sobre això, la investigació qualitativa va posar de manifest que, per a les mestresses de casa, semblava que hi havia tres grans aspectes o dimensions de la seva vida relacionats estretament amb la salut:

- Les vivències i els comportaments associats als rols exercits en la seva vida quotidiana (mare, feina a casa, feina fora de casa, etc.) i als processos paral·lels de construcció de les seves identitats personals.
- Les activitats i vivències associades als usos del seu temps lliure, tant a casa com a fora. És a dir, el seu possible aïllament, les relacions socials, les activitats de cura personal que poden fer, etc.
- Finalment, les concepcions i representacions socials associades més estretament a les nocions de *salut*, sia en les accepcions més àmplies i globals o en les accepcions més estretes i relacionades amb la presència i l'absència de malalties.

Un dels resultats de l'informe assenyala que, quan el rol tendeix a transformar en identitat "gairebé" exclusiva, és quan es produeixen molts dels processos depressius as-

sociats al rol tradicional de "mestressa de casa". En aquesta línia d'anàlisi, i amb relació directa al tema de salut, les dones enquestades expressen, amb l'excepció de rigor, que el món de l'"interior" tal com s'ha concebut tradicionalment és un món més procliu a les malalties, mentre que el de l'"exterior", amb més raó "objectiva" o sense, és valorat per totes les dones com un **factor de vida saludable**.

L'èmfasi de la perspectiva de gènere no implica una exclusió del factor biològic. Al contrari, el centre d'interès d'una anàlisi de gènere en salut és la interacció entre factors psicològics, biològics i socials que creen avantatges o desavantatges per a homes i dones. L'enfocament de gènere, doncs, està relacionat íntimament amb el concepte d'*equitat*, és a dir, amb el fet de considerar que diferents grups de la societat tenen necessitats diferents que s'han d'identificar i atendre quan es dissenyen polítiques i intervencions en salut.

3.1.2. Violència de gènere

La conceptualització més recent de la violència de gènere la situa com "un problema de drets humans".

L'Organització Mundial de la Salut, en la 49 Assemblea Mundial, del 1996, va acordar declarar l'eradicació de la violència contra les dones com una "prioritat de salut pública", ja que és una causa de mort i d'incapacitat de les dones en edat reproductiva tan greu com el càncer.

Les dades que va recollir l'Organització Panamericana de la Salut (OPS), i altres institucions internacionals i nacionals de salut de diferents països, parlen del dany a la salut producte de la violència que viuen les dones en les diverses esferes socials i familiars, i fins i tot parlen d'una *epidèmia invisible*.

El problema de la violència de gènere, per tant, té un impacte social i personal. Repercuteix en tots els membres que són en una situació de maltractament i en la societat en conjunt. Les classes de violència poden ser diverses i més d'una alhora. S'identifiquen de la manera següent:

- Violència física: des d'empentes fins a la mort en els casos més greus.
- Violència psicològica: desqualificacions, insults, indiferència, aïllament social, control, humiliació, menyspreu.
- Violència econòmica: manipulació i control per mitjà dels diners.
- Violència sexual: relacions sexuals sense el consentiment, provocacions de caràcter sexual, abusos fins a violacions.
- Violència social: riure-se'n en públic i vexar-les.

Per a abordar aquest problema, s'ha de tenir la col·laboració de tots els sectors socials i professionals, i també de mecanismes transformadors en les relacions de gènere. Hi ha diverses investigacions que han posat en evidència els efectes

i les repercussions de la violència en la salut de les dones, les manifestacions dels quals s'expressen mitjançant símptomes interrelacionats tant en l'aspecte físic com en el psicològic.

El conegut estudi de Heise, Pitanguy i Germain (1994) *Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud* assenyala el següent:

Taula 4. Conseqüències per a la salut

Salut física	Salut psicològica
Infecció de transmissió sexual Lesions diverses Asma Inflamació pelviana Embaràs no volgut Avortament espontani Dolor pelvià crònic Mal de cap Còlon irritable Problemes ginecològics Abusos de drogues i alcohol Discapacitat i mort Suïcidi Homicidi	Desordre d'estrès posttraumàtic Depressió Ansietat Disfunció sexual Desordres de l'alimentació Desordre de personalitat múltiple Desordre obsessivocompulsiu

En general, els professionals de l'àmbit social o de la salut no detecten que l'origen dels símptomes o signes de la dona que va a veure el professional és la situació de violència a què està sotmesa. La barrera de la por i la vergonya dificulta que les dones en parlin, i la falta de formació i temps que tenen els professionals es transforma en un obstacle per a detectar i abordar de manera integral el problema.

3.2. La salut i el fet migratori: processos i estratègies

Abordar el tema de la salut i la immigració no és senzill. Sobretot perquè es desencadenen un seguit de preconceptes –i prejudicis– relacionats amb la paraula *immigrant* i allò que l'envolta. Abans de comentar la variant de salut, farem algunes reflexions sobre això.

Quan es fa referència al concepte d'*immigrant*, s'acostumen a tenir un seguit d'idees sobre una persona diferent que té unes característiques determinades els estereotips socials de les quals s'acostumen a compartir amb el comú de la gent. Aquesta creença compartida sobre la realitat fa, justament, que aquestes idees es mantinguin majoritàriament. En primer lloc, *immigrant* és un concepte que es refereix a totes les persones que han sortit d'un país per entrar inevitablement a un altre: algunes ho fan per raons econòmiques, d'altres no; algunes ho fan per estar-s'hi força temps, d'altres per no estar-se'n'hi tant, etc. El moviment de les persones per a sortir i entrar a un país es considera un dret humà, mentre que el moviment a través de fronteres no. En segon lloc, hem de considerar que els immigrants són persones que procedeixen de diferents països, de la ciutat, del camp, del nord, del sud i de diferents nivells socioeducatius. Tanmateix, és fàcil trobar, respecte a això, vincles amb la pobresa,

l'analfabetisme, les malalties, la delinqüència, etc.; en general, característiques que no van acompanyades d'una bona imatge social i que es consideren problemes socials per si mateixes. En definitiva, és molt important recollir la idea que parlem d'una gran diversitat i heterogeneïtat de persones, de manera que és fonamental saber de qui parlem quan fem referència als immigrants, i també preveure'n les particularitats i els col·lectius.

Un altre concepte que acostuma a anar unit al d'immigrant és el de *cultura*. Moltes vegades, es justifiquen o s'expliquen determinats conflictes socials argumentant que la cultura és el problema, o, més ben dit, la diversitat cultural, el xoc cultural. I sense adonar-nos-en, o sí, es discrimina l'altra persona per raó de les seves pautes culturals (a això es refereix el concepte de *racisme cultural* o *diferencial*). És a dir, s'accepta que hi ha altres cultures, però el que es vol és que no es barregin per a evitar, d'aquesta manera, la contaminació de les unes amb les altres. D'altra banda, és freqüent relacionar la cultura amb el color de pell de la persona o amb el seu fenotip, gairebé com si la cultura fos part de la càrrega genètica de la persona, una cosa que hi és indissociable i immutable.

Una altra situació, no menys comuna i relacionada amb l'anterior, és fer comentaris de la cultura de l'altra persona fent-ne un judici de valor que situa *aquella* cultura per sota de la pròpia. I fer explicacions o intervencions –cosa que és bastant corrent– tenint de referent la cultura pròpia. En definitiva, el que es coneix com a *etnocentrisme*.

El **racisme biològic** o **biologista** comporta la idea de superioritat racial o ètnica que es tradueix en un comportament discriminatori i fins i tot de rebuig cap a una altra persona o persones que pertanyen a una altra *raça*. El **racisme diferencialista**, per la seva banda, es presenta actualment amb un avantatge sobre el biologista, que és la possibilitat de negar-se racista; fins i tot es pot presentar com a alternativa per a prevenir el racisme volent mantenir les diferències culturals en virtut de la seva "herència natural".

L'**interculturalisme** és un model que parteix del reconeixement i el respecte de totes les cultures, promou el contacte i el diàleg a favor de la igualtat, i sorgeix d'una visió crítica de totes les cultures, començant per la pròpia. Aposta per la cohesió grupal i les identitats diferenciades, en un projecte compartit però que no per això és exempt de conflictes, als quals s'ha de fer front amb el diàleg, la negociació i una democràcia respectuosa amb les minories.

Com hem plantejat al començament del mòdul, la salut i la malaltia són fenòmens socials amb significats diferents depenent de la cultura, els grups socials i el moment històric. D'aquesta manera, cada societat estableix diferents maneres de veure la higiene, l'alimentació, la sexualitat, la feina, les drogues, etc., i diferents maneres de comportar-s'hi. A més, cada cultura crea les formes pròpies que considera més adequades per a recuperar la salut en cas de malal-

Lectura recomanada

Manuel Pajares (1999). *La inmigración en España. Retos y propuestas*. Barcelona: Icaria.

tia. Per tant, si es vol fer formació i promoció de la salut, s'han de saber, a més, quins són els problemes de salut d'una població determinada, indagar en les seves actituds, motivacions, percepcions i valoracions (Besalú, 2005).

La Llei 4/2000, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social, estableix que tenen dret a l'assistència sanitària els que estan inscrits en el padró municipal en les mateixes condicions que els espanyols, totes les situacions d'urgència per malaltia greu o accident, els menors de 18 anys, i les embarassades durant l'embaràs, el part i el postpart (article 12).

L'accés a la salut dels estrangers és una peça fonamental de qualsevol estratègia d'integració que lluiti contra la vulnerabilitat i l'exclusió social.

Tanmateix, com assenyala l'estudi sobre vida quotidiana a Catalunya titulat *Desigualtats socials y la salud en Cataluña*, fet per Sánchez (2005), és característic que els immigrants no sàpiguen quina mena de cobertura sanitària tenen.

Segons Malgesini (2002), la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària afirma que l'impacte de la presència de persones immigrants en el sistema sanitari espanyol no constitueix un grup de risc específic, sinó que els factors més determinants del seu estat de salut són la marginació, la solitud, l'amuntegament i la pobresa.

En aquests casos, es proposa el següent:

- Una atenció especial, els primers mesos d'arribada al país de destinació, per a afavorir la inserció en el Sistema Nacional de Salut, cosa que implica un augment dels recursos socio-sanitaris a fi de mantenir els nivells de qualitat de l'atenció general.
- L'afrontament dels problemes nous: la cobertura de vacunes, les malalties importades (les que portin del país d'origen), les tropicals (per exemple, la malària), les que presenten un risc baix de transmissió, les "cosmopolites" (que hi ha tant al país d'origen com al de destinació, com ara la tuberculosi, el VIH/sida o l'hepatitis vírica), les que tenen més risc potencial de transmissió, etc.
- La mediació cultural i els intèrprets a l'hora de millorar l'accessibilitat i la comprensió.
- El treball, respecte a l'atenció sanitària, de les competències interculturals dels professionals amb relació a l'etnocentrisme, els conflictes religiosos, les dificultats de comunicació i la por dels estrangers o desconeguts.

- La promoció dels estudis d'investigació epidemiològica i d'avaluació de l'atenció dispensada, i l'elaboració de protocols i guies d'actuació per a optimitzar els recursos.

Una de les figures que han emergit, producte de la immigració, és la de l'intermediari cultural. En l'àmbit de la salut, ha estat un factor clau per a la comunicació i l'intercanvi d'informació, i també per a l'entesa entre el professional i l'immigrant.

Intermediari/a cultural en salut: l'intermediari intercultural és una persona que fa de pont per a fer arribar als actors implicats les diverses concepcions culturals i socials de la salut i la malaltia, del procés salut-malaltia-atenció. Assessora els professionals de la salut respecte a les característiques culturals de torn; informa els col·lectius nous del sistema de salut de la societat d'acollida per a facilitar i, en la mesura en què es pugui, garantir l'accés als serveis sanitaris en igualtat de condicions. Per això, es proposa que l'intermediari ha de conèixer els dos entorns tant des del punt de vista cultural com social. El doble vessant que té, d'assessorament i d'informació, fa que la seva tasca sigui també la d'acompanyar i la de conciliar en un moment concret els actors implicats, afavorir el diàleg i dinamitzar les relacions amb la comunitat d'acollida, i no tan sols des de la seva qualitat de traductor (<http://www.parcdesalutmar.cat/>).

3.3. Els drets sexuals i reproductius

Per a acostar-nos a l'estudi dels drets sexuals i reproductius, és fonamental fer-ho des d'una perspectiva de gènere i, així, entendre el desenvolupament que ha tingut l'educació sexual i la socialització de la sexualitat en homes i dones.

L'educació amb relació a la sexualitat femenina, en la majoria de les dones, s'ha dirigit als aspectes reproductius. Els sabers que es transmeten de mare a filla, a l'escola o amb les amigues acostumen a estar relacionats amb la menstruació i la higiene del cos durant el període, amb la procreació i les cures per a evitar embarassos no volguts, amb la utilització dels anticonceptius i, tot i que en pocs casos, amb la necessitat de l'ús del preservatiu com a mètode de prevenció d'infeccions de transmissió sexual (ITS), inclòs el VIH/sida.

Els homes, per la seva banda, molta de la informació que tenen acostuma a estar vinculada a l'erotisme, a la masturbació, al nombre i la diversitat de relacions sexuals, etc. En definitiva, s'aprova la sexualitat ja que hi ha una permissivitat social que, per endavant, es legitima com una cosa pròpia dels homes. La mateixa configuració anatòmica de l'home permet que conegui els genitals, les sensacions sexuals i l'autoerotisme.

Una altra diferència entre homes i dones es relaciona amb la possibilitat de fer un diagnòstic precoç de les ITS, cosa que es converteix en un desavantatge per a les dones, que no tenen els genitals tan visibles i acostumen a ser menys explorades. Això es deu, sobretot, a la falta d'aprenentatge del gaudi sexual i

a la falta d'informació sobre això. D'altra banda, les dones acostumen a anar més al ginecòleg i a fer seguiments sobre salut sexual, encara que estigui dirigit fonamentalment al control reproductiu.

3.3.1. Què són els drets sexuals i reproductius?

Drets sexuals

Els drets sexuals asseguren a tothom la possibilitat de prendre decisions respecte a la seva sexualitat i a exercir-la lliurement sense pressió ni violència. Entre d'altres, són els següents:

- Accedir a una educació integral per a la vida afectiva i sexual des de ben aviat, i possibilitar així el benestar i el desenvolupament de la persona i l'exercici de la sexualitat de manera plena, lliure i informada.
- Ser lliure de discriminació, pressió o violència en la vida sexual i en les decisions sexuals.
- Gaudir d'igualtat, respecte mutu i responsabilitats compartides en les relacions sexuals.
- Sentir plaer.
- Rebre i donar plaer.
- Exercir la sexualitat de manera independent a la reproducció.

Drets reproductius

Entre d'altres, són els drets de les parelles o els individus a fer el següent:

- Decidir lliurement, informadament i responsablement si volen tenir fills o no, quants en volen tenir i l'interval entre els naixements.
- Prendre decisions reproductives lliures de pressió, discriminació i violència.
- Arribar al nivell més alt de salut sexual i reproductiva.
- Rebre informació clara, comprensible i completa de mètodes de regulació de la fecunditat i de prevenció de les infeccions de transmissió sexual, inclòs el VIH/sida.
- Tenir accés a serveis de conselleria sobre mètodes segurs i eficaços de regulació de la fecunditat que compleixin els estàndards internacionals de seguretat i d'eficàcia.
- Recuperar la fertilitat quan ha estat malmesa per falta d'informació i de tractaments adequats.

Font: *Derechos sexuales y reproductivos* (2a. ed., pp. 16-17). Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile (2006). Santiago de Chile.

3.4. Projecte d'intervenció sociosanitària amb treballadores del sexe

Per a fer-vos una idea d'un treball d'acció social tenint en compte els factors de gènere, migració i salut, us explicarem el projecte europeu anomenat *TAMPEP*. Per a això, és fonamental conèixer la visió i concepció que es té sobre el treball sexual i les immigrants, perquè justifica la manera que tenen d'operar. Vet aquí alguns dels principis en què es basen: potenciar el col·lectiu; fomentar el desenvolupament de les xarxes, en la figura activa de les qui són beneficiàries de la intervenció i en la necessitat de treure l'estigma de les treballadores del sexe (TS) com a primer pas per a la intervenció. Es diferencia la prostitució voluntària de la sotmesa a coerció i amenaça, víctima del tràfic, els drets de la qual haurien de ser protegits i emparats per la llei.

TAMPEP (Projecte Transnacional de Prevenció de la Sida / Infeccions de Transmissió Sexual entre Prostitutes Migrants a Europa) és una xarxa internacional i un projecte d'intervenció que funciona a 21 països d'Europa, inclosos 7 de l'Europa central i oriental. La finalitat que té és actuar com un observatori de les situacions de la prostitució migrant a Europa, advocar pels drets humans i civils de les dones i persones transgènere migrants treballadores del sexe, facilitar l'intercanvi de coneixements, experiències i bones pràctiques entre els seus membres i desenvolupar i implementar estratègies de prevenció del VIH i altres ITS entre les treballadores del sexe a tot Europa.

La intenció del projecte TAMPEP és organitzar, coordinar, facilitar i dur a terme les activitats següents:

1) Capacitar els membres de la xarxa en els aspectes següents:

- Els principis bàsics del treball de carrer.
- L'establiment d'una xarxa local de serveis.
- El desenvolupament d'instruments de mobilització social.
- Les tècniques de producció d'informació i materials educatius.
- L'aplicació del programa d'educació entre parells.
- Les tècniques d'ubicació de l'escenari de la prostitució.
- Els mètodes d'integració de suport social per a dones i víctimes de tràfic dins de les activitats de treball de carrer i serveis de salut.

2) Facilitar la participació dels països de la Unió Europea en la xarxa.

3) Organitzar activitats de pressió i de suport en els àmbits nacionals i regionals.

4) Dur a terme investigacions relatives a la prostitució i la migració als països de la xarxa, amb l'ajuda d'un qüestionari que s'ha d'actualitzar cada sis mesos. El Centre de Coordinació recopila les dades, les estudia i, quan estan a punt, en difon els resultats immediatament.

La falta d'oportunitats socials i econòmiques a països empobrits ha continuat essent la causa principal de moltes de les migracions. Des de la dècada de 1970, hi ha hagut augments significatius del nombre de dones que migren soles en cerca de perspectives noves per a sobreviure elles mateixes i per a mantenir les seves famílies als països d'origen. La tendència global de la pobresa entre les dones ha afectat, directament, la feminització de la pobresa.

L'experiència del treball de TAMPEP i altres organitzacions que aborden aquest mateix àmbit denuncien la dificultat que hi ha de fer intervencions amb les treballadores del sexe. Algunes de les seves raons són la migració il·legal i el fort prejudici que tenen els professionals de la salut (i d'altres) a l'hora d'establir alguna interacció amb una treballadora del sexe.

La il·legalitat, d'una banda, transforma les persones en *invisibles* i delinqüents (fora de la llei), cosa que fomenta l'aïllament i l'explotació i, per tant, dificulta enormement la possibilitat de contactar-hi. A més, es generen sentiments de por i desconfiança a l'hora de buscar consell professional en algun recurs social o sanitari. Això, sens dubte, augmenta la vulnerabilitat i la dificultat de fer promocions en matèries de salut i tractaments quan hi ha malaltia.

Un dels temes que, sovint, es relacionen amb les treballadores del sexe és la creença ferma que són les portadores de les infeccions de transmissió sexual. A la pràctica, tanmateix, s'ha demostrat amb estudis que moltes vegades són els mateixos homes clients el qui demanen serveis sexuals sense protecció, o que la proporció de prevalença, per exemple, del VIH/sida és semblant o fins i tot més petita que la població *normal*². Aquest fenomen té una gran complexitat, ja que situa la negociació de l'ús del preservatiu com la variable principal per a l'intercanvi comercial entre la treballadora del sexe i el client, en la qual entra en joc l'oferta de diners que ofereix el client, les necessitats econòmiques de la treballadora del sexe, les creences i la informació que es té de les vies de transmissió, i altres factors.

Les accions que s'estableixen amb les treballadores del sexe tenen l'objectiu de fer que elles mateixes siguin les agents sanitàries. Per a això, és fonamental articular plans de treball en conjunt, intercanviar experiències i potenciar – entre les parts– la informació sobre salut sexual, explicar l'ús del preservatiu (masculí i femení), parlar de les ITS i el VIH/sida, les maneres de prevenir-lo, les maneres d'anticoncepció que hi ha i de facilitar l'assistència als recursos socio-sanitaris. El maneig de la informació potencia la possibilitat que el coneixement es transmeti entre la xarxa informal de la mateixa treballadora del

Lectura recomanada

La informació sobre l'experiència de TAMPEP prové del llibre següent: Raquel Osborne (2004). *Trabajadoras del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. Barcelona: Bellaterra.

⁽²⁾CEESCAT (2007). Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV-1 infections in two at-risk populations. A Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees.

sexe. És important, per al treball que es fa amb el sistema formal (professionals de la salut), sensibilitzar la població respecte a la figura de la treballadora del sexe per, d'aquesta manera sensibilitzar sobre l'estigma que té.

En definitiva, cal tenir en compte que la pràctica d'una intervenció en matèria social i de salut, amb col·lectius que suporten un estigma social fort, no solament requereix coneixements sanitaris, sinó també la sensibilitat i capacitat de reconèixer i legitimar altres persones diferents d'un mateix.

Algunes ONG o entitats espanyoles amb experiència en intervenció amb les treballadores del sexe i per a les treballadores del sexe són Hetaira, a Madrid, i Àmbit Dona, LICIT i Genera, a Barcelona.

Resum

Aquest mòdul aporta els coneixements i l'experiència de diferents disciplines, models i conceptes en el terreny de la salut. L'enfocament principal d'aquest material considera els enclavaments socials i culturals factors determinants per a formular accions comunitàries, ja que s'entén que la salut té un valor i una responsabilitat social.

En el primer capítol, s'aborden temes vinculats a la salut, com la seva pròpia conceptualització, la qualitat de vida, la promoció en salut, la perspectiva de reducció de danys, les xarxes socials i el suport social, a més dels cinc terrenys d'estudis que aporta la psicologia social de la salut, la salut comunitària i la psicologia comunitària de la salut.

En el segon capítol, es tracta de la classe social com a factor en la desigualtat en la salut de la població, s'introdueixen les diferències amb relació al gènere i es parla de la resiliència, les característiques de la qual es consideren factors protectors (o metàfores) davant de contextos adversos.

En el tercer capítol, i darrer, s'aborda la salut i altres assumptes socials de rellevància, com la necessitat d'introduir la perspectiva de gènere, la immigració com a fenomen social i els drets sexuals i reproductius.

Bibliografia

Alfaro, J. (1993). Elementos para una definición de la psicología comunitaria. A R. M. Olave i L. Zambrano. *Psicología comunitaria y salud mental en Chile*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.

Álvarez-Dardet, C. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_polit_plan_2.htm

Álvaro, Garrido, i Toorregros (Coord.). (1996). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.

Bertalanffy, L. V. (1980). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Lipal.

Besalú, X. (2005). Les cultures i les relacions entre les cultures. A D. Juvinyà (Ed.), *Infermeria i Salut Comunitària*. Barcelona: Documenta Universitaria.

Organització Mundial de la Salut (1986). Carta d'Ottawa per al Foment de la Salut. Carta aprovada en la Primera Conferència Mundial de Promoció de la Salut (Ottawa, 17 a 21 de novembre de 1986).

Capra, F. (1983). *The Turning Point, Science, Society and the Rising Culture*. Bantam Books.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1994). *Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid*. Documento Técnico de Salud Pública, 32. Madrid.

Derechos sexuales y reproductivos. Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile (2006). Santiago de Chile.

Díez, E. i Peiró, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 1, 158-167.

Doll, R. i Martínez Navarro, J. F. (1984). *Assaig sobre salut comunitària*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.

Donati, P. (1994). Paradigma médico y paradigma sociológico: las bases teóricas de la sociología sanitaria. A P. Donati. *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Dubos, R. i Martínez Navarro, J. F. (1984). *Assaig sobre salut comunitària*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.

Drever, J. (1967). *Diccionario de psicología*. Buenos Aires: Editorial Escuela.

Esteve, M. i Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica*. Barcelona: Doyma / Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Unitat de Medicina Preventiva.

Franco, A. (2003). Globalizar la salud. *Gaceta Sanitaria* (pp. 157-163).

García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, supl. 2, 47-54.

Gil, M. (2007). *Psicología social. Un compromiso aplicado a la salud*. Saragossa: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Groberg, E. (1993). *Promoting Resilience in Children: A New Approach*. Alabama: University of Alabama.

Grup Igia et al. (2000). Documento marco sobre reducción daños. Conferencia de Consenso. A Grup Igia. *Gestionando las Drogas*. Barcelona: Grup Igia.

Heise, L., Pitanguy, J., i Germain, A. (1994). *Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud*. Washington, DC: OPS.

Hernández, B. i Pelcastre, B. (2007). Psicología social de la salud. A M. A. Aguilar i A. Reid (Coord.), *Tratado de psicología social. Perspectivas socioculturales*. Barcelona: Anthropos.

Hospital del Mar. Barcelona.

<http://www.parcdesalutmar.cat/hospitals/hospital-del-mar/seveimediaciocultural.html>

- Huici, C. (1985). Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad. A J. F. Morales, A. Blanco, C. Huici i J. M. Fernández (Comps.), *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ibáñez, T. (1990). *Aproximaciones a la psicología social*. Barcelona: Sendai.
- Ibáñez, T. i Íñiguez, L. (1996). Aspectos metodológicos de la psicología social aplicada. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.
- Juliano, D. (2005). Les altres dones. La construcció de l'exclusió social. Els discursos que ens uneixen i en separen. *Quaderns de l'Institut*, 7. Barcelona: Institut Català de les Dones.
- Krieger, N. (2004). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health* (pp. 350-355).
- Last, J. (1998). *Diccionario de epidemiología* (3a. ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Levine, R., Glassman, A., i Schneidman, M. (2001). *La salud de la mujer en América Latina y el Caribe*. Nova York: Inter-American Development Bank.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*.
- Malgesini, G. (2002). Migraciones, sanidad y salud. A C. Clavijo i M. Aguirre. *Políticas sociales y estado de bienestar en España: las migraciones*. Madrid: Fundación Hogar del Empleado.
- Martínez Navarro, J. F. (1984). *Assaig sobre salut comunitària*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España (1999). *Promoción de la salud: glosario*. Madrid: OMS.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2002). *Formación en promoción y educación para la salud*. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud. Madrid.
- Nicola, P. di (1994). El papel de las redes sociales primarias en el control de la enfermedad y la protección de la salud. A P. Donati. *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Olea, M. J. (1993). Interacciones sociales en el marco de la salud. A *Lecciones de Psicología Médica* (cap. 44). Barcelona: PPU.
- Olvera, C.R., Rodríguez, F.S., Pérez, G.L.E., i Eibenschutz, C. (2000). Salud comunitaria, promotor de salud, sintomático respiratorio. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*; 13 (1): 28-31. Mèxic.
- Organització Mundial de la Salut (1948). Preàmbul de la carta constitucional de l'Organització Mundial de la Salut.
- People's Charter for Health.
<http://www.pha2000.org/pch8Dec.htm>
- Pérez, P. (2006). *Desigualdades en salud por clase social y Política Sanitaria. Las Encuestas de Salud de Cataluña (1994-2002)* (p. 7). Tesi doctoral. Departament de Sociologia de la UAB.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisca, J., i Rodríguez, C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.
- Rodríguez, J. (1987). *Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español*. Madrid: Tecnos.
- Rodríguez Marín, J. i García, J. (1996). Psicología social de la salud. A A. Ovejero (1998). *Las relaciones humanas. La psicología social teórica y aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rodríguez-Marín, J. i Neipp, M. del C. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rohlf, I. (2005). Les relacions entre gènere i salut. A D. Juvunyà (Ed.), *Infermeria i salut comunitària*. Barcelona: Documenta Universitaria.
- Rutter, M. (1992). *Resiliencia: consideraciones conceptuales*. Conferència Fostering Resilience. Oficina Panamericana de la Salut. Washington.

Sánchez, C. (2005). Les desigualtats socials i la salut a Catalunya. A *Estructura social i desigualtats a Catalunya*, II. Barcelona: Fundació Jaume Bofill / Ed. Mediterrània.

Sapir, D. (2000). Técnicas de salud comunitaria. A E. Bunjes, A. Gebler, B. A. Krumme *et al.* *Medicina, salud pública y ayuda humanitaria*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Seppilli, A. i Modolo, M. A. (1981). *Educazione Sanitaria*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore

Schwarzer i Leppin (1992). Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. A H. Veiel i U. Baumann (Eds.), *The Meaning and Measurement of Social Support*. Nova York: Hemisphere.

Sojo, D., Sierra, B., i López, I. (2002). Médicos del mundo. *Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*. Madrid: Paso de Zebra.

