Salut mental en la població general

Imatges i realitats al Principat d'Andorra

Informe principal

INVESTIGACIÓ I COORDINACIÓ

**Associació Septentrional d'Epidemiologia Psiquiàtrica (ASEP)
i Centre Col·laborador de l'Organització Mundial de
la Salut per la Recerca i la Formació en Salut Mental
(CCOMS, EPSM Lille Métropole, Lille - França)**

TREBALL DE CAMP

**Centre de Recerca Sociològica (CRES)
de l'Institut d'Estudis Andorrans (IEA)**

PATROCINI

Fundació privada Aurora Fornés Padreny

Edita: Govern d'Andorra, març 2013

Copyright: Ministeri de Salut i Benestar, Govern d'Andorra

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ 5

PRESENTACIÓ DE L'ENQUESTA SMPG 7

L'enquesta *Salut mental en la població general* a Andorra 8

PRESENTACIÓ DE LA MOSTRA ANDORRANA 11

PREVALENÇA DELS TRASTORNS DE SALUT MENTAL 15

Més del 15% de les persones de 18 anys i més presenten com a mínim un trastorn de salut mental 15

Trastorns més freqüents en les dones 15

Menys problemes de salut mental si es viu en parella 19

Els trastorns són més comuns entre les persones socioprofessionalment desafavorides 19

REPRESENTACIÓ DE LA «BOGERIA», LA «MALALTIA MENTAL» I LA «DEPRESSIÓ» 23

Les imatges del «boig» i del «malalt mental» properes i associades a la perillositat 23

Algunes imatges poden estar relacionades amb el sexe, l'edat o el nivell d'estudis de les persones enquestades 25

El «boig» se'l reconeix bàsicament pel seu comportament i el «depressiu» per la seva aparença 27

A la «malaltia mental» se li atribueixen orígens essencialment físics, i a la «depressió» causes més diverses 28

La població percep el «boig» o el «malalt mental» com a exclòs, irresponsable i difícilment curable 29

La població percep el «depressiu» com algú responsable dels seus actes, conscient del seu estat i que es pot curar 30

Representació de la curació: el medicament és el tractament que se cita amb més freqüència per curar la «bogeria» o la «malaltia mental» 31

Un tractament més especialitzat per al «boig» i el «malalt mental» 31

El suport o el primer recurs: un familiar pels joves i el metge generalista per les persones més grans 32

L'ÚS REAL DELS RECURSOS DE TRACTAMENT I/O D'ATENCIÓ PER LES PERSONES QUE PRESENTEN UN TRASTORN PSÍQUIC 35

GLOSSARI DE TRASTORNS PSÍQUICS 37

AGRAÏMENTS 39

BIBLIOGRAFIA 41

INTRODUCCIÓ

L'estudi *La salut mental en la població general: imatges i realitats* és una investigació internacional multicèntrica dirigida per l'Associació Septentrional d'Epidemiologia Psiquiàtrica (ASEP) i el Centre Col·laborador de l'OMS per la Recerca i la Formació en Salut Mental (CCOMS, Lille, França), en col·laboració amb la Direcció de Recerca, Estudis, Avaluació i Estadístiques (DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) del Ministeri de Salut francès.

L'enquesta *Salut mental en la població general* (SMPG) es va dur a terme a finals del 2010 i principis del 2011 a les set parròquies del Principat d'Andorra: Canillo, Encamp, Ordino, La Massana, Andorra la Vella, Sant Julià de Lòria i Escaldes-Engordany.

Aquesta enquesta descriu les representacions socials associades al «boig», al «malalt mental», al «depressiu» i als diversos tipus d'ajudes i de tractaments, però també la prevalença dels principals trastorns mentals entre els adults en la població general.

Les dades les van recollir enquestadors formats, gràcies a qüestionaris administrats durant les visites a domicili. Les persones enquestades es van seleccionar aleatòriament (tenint en compte les variables següents: sexe, edat i parròquia) a partir de les llistes de cens de la població resident a Andorra.

Per a la població del Principat d'Andorra:

- → Més del 15% de les persones de 18 anys i més tenen un trastorn de salut mental, identificat pel qüestionari diagnòstic *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Una de cada deu persones presenta trastorns d'humor i un 9%, trastorns d'ansietat. El 4% presenta risc de suïcidi i el 5% presenta insomni en el moment actual.
- → La representació del «boig» s'associa a la imprevisibilitat, la perillositat i l'anormalitat. La representació del «malalt mental» va lligada a la malaltia orgànica.
  Per a la població, un «depressiu» és algú que pateix, s'aïlla i plora, per motius d'esdeveniments de la vida. El «boig», el «malalt mental» és *l'altre*, el «depressiu» pot ser *un mateix*.
  El fet de recórrer als medicaments és el tractament que citen amb més freqüència les persones interrogades per curar la «bogeria» i la «malaltia mental». L'assistència especialitzada és la que la població prioritza per al «boig» i el «malalt mental».

Els resultats de l'enquesta SMPG mostren que, d'una banda, les característiques sociodemogràfiques i econòmiques de la població estan altament relacionades amb les prevalences de trastorns psíquics. Per altra banda, les representacions socials són força homogènies en el si de la població, encara que algunes variables sociodemogràfiques es tenen en compte en la seva construcció.

PRESENTACIÓ DE L'ENQUESTA SMPG

L'enquesta *Salut mental en la població general: imatges i realitats* (SMPG) és una investigació internacional multicèntrica, dirigida per l'Associació Septentrional d'Epidemiologia Psiquiàtrica (ASEP) i el Centre Col·laborador de l'OMS per la Recerca i la Formació en Salut Mental (CCOMS, Lille, França), en col·laboració amb la Direcció de Recerca, Estudis, Avaluació i Estadístiques (DREES - *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)* del Ministeri de Salut francès.

Els objectius són:

- → Descriure les representacions relacionades amb la «bogeria», la «malaltia mental», la «depressió» i els diversos tipus d'ajuda i d'assistència, i avaluar la prevalença dels principals trastorns mentals entre els adults, en la població general.
- → Sensibilitzar els interlocutors socials, administratius i polítics en els problemes de promoció de la salut mental, prevenció de la malaltia mental i assistència dels malalts mentals, per implicar-los i fer-los participar en cada etapa de la investigació.
- → Promoure el desenvolupament d'una pràctica psiquiàtrica comunitària, segons les recomanacions de l'OMS.

L'enquesta s'ha dut a terme des del 1999 a 68 llocs de la França metropolitana i als departaments d'ultramar (DOM), també s'ha fet a diversos llocs internacionals: a les Comores, a Madagascar (2 llocs), a l'Illa Maurici, a Alger (Algèria), a Brussel·les (Bèlgica), a Calcis (Grècia), a Nouakchott (Mauritània), a Tunis (Tunísia), a Trieste (Itàlia), a Sevilla (Espanya), al Principat d'Astúries (Espanya), a Tànger (Marroc), a les Seychelles, i més recentment a Andorra. En total, l'enquesta SMPG s'ha efectuat a 83 llocs, i a més de 74.000 persones.

Per cada lloc que hi participa, els enquestadors formats recullen les dades gràcies a qüestionaris administrats durant les visites a domicili, amb persones interpel·lades al carrer, anònimament, respectant les quotes sociodemogràfiques (sexe, edat, categoria socioprofessional, CSP…) de manera que es pugui obtenir una mostra tan representativa com sigui possible de la població que viu a la zona geogràfica en qüestió. La mida de la mostra s'ha fixat en un mínim de 900 persones, amb l'objectiu d'obtenir un nombre suficient de subjectes per tipus de trastorn explorat, amb un risc alfa del 5%.

L'enquesta *Salut mental en la població general* a Andorra

L'objectiu d'aquesta investigació és donar als agents de salut (professionals, responsables, investigadors...) els mitjans per conèixer millor l'abast dels problemes de salut mental de les poblacions per a les quals treballen i identificar les representacions on poden actuar per millorar l'assistència i la prevenció d'aquests problemes. Així, doncs, el Govern d'Andorra, a demanda del ministeri encarregat de la salut, va aprovar que es dugués a terme l'enquesta *Salut mental en la població general* al país, amb la implicació del Centre de Salut Mental de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell, el suport del Centre de Recerca Sociològica (CRES) de l'Institut d'Estudis Andorrans (IEA) i el patrocini de la Fundació privada Aurora Fornés Padreny.

Fase de preparació

La contribució d'aquests interlocutors va permetre que l'enquesta es preparés de manera eficient, seguint el protocol d'organització recomanat pel Centre Col·laborador de l'OMS: constituir l'equip local de recerca; constituir l'equip d'enquestadors; sensibilitzar els agents locals; organitzar la logística de la feina de terreny abans de la formació i, finalment, traduir al català els documents necessaris per a l'estudi (qüestionaris, guia d'adjudicació...) –les versions en espanyol i en francès s'han elaborat i s'han fet servir per a altres llocs.

El mètode de mostreig recomanat pel ministeri andorrà encarregat de la salut és un procés d'extracció aleatòria i sistemàtica a partir de les llistes de cens de la població proporcionades pels comuns. Aquest mètode ha estat corroborat en enquestes precedents fetes al Principat.

Les persones que calia entrevistar es van seleccionar aleatòriament, tenint en compte les variables següents: sexe, edat i parròquia. Cada enquestador disposava d'una llista amb el cognom, el nom i l'adreça de les persones seleccionades, que havien rebut, prèviament, una carta explicativa de l'enquesta. Es va preveure una llista de «substituts» per substituir les persones seleccionades que no participessin en l'enquesta.

Fase de formació

Els tres dies de formació van tenir lloc l'1, el 2 i el 3 de desembre del 2010. La formació va ser a càrrec de la coordinadora de l'enquesta del CCOMS, una doctoranda del CRES i el director del Centre de Salut Mental. Els membres de l'equip coordinador i els enquestadors van assistir a la totalitat de la sessió de formació, segons el programa següent:

- → presentació de la recerca (objectius i mitjans);
- → regles generals de qualsevol enquesta (anonimat, confidencialitat, respecte de les consignes...);

- → formació per a l'administració dels 3 qüestionaris d'enquesta (teoria i jocs de rol);
- → cada enquestador omple un qüestionari test davant d'una persona qualsevol, control del qüestionari test;
- → test de fidelitat interjutges (jocs de rol);
- → organització del treball de camp.

Fase de recollida de dades

L'enquesta *Salut mental en la població general* es va dur a terme del 6 de desembre del 2010 al 24 de febrer del 2011, a les set parròquies del Principat d'Andorra: Canillo, Encamp, Ordino, La Massana, Andorra la Vella, Sant Julià de Lòria i Escaldes-Engordany.

La seu es va fixar als locals del Centre de Recerca Sociològica (CRES), per garantir un intercanvi d'informació diari amb els enquestadors, així com la correcció i la validació dels qüestionaris.

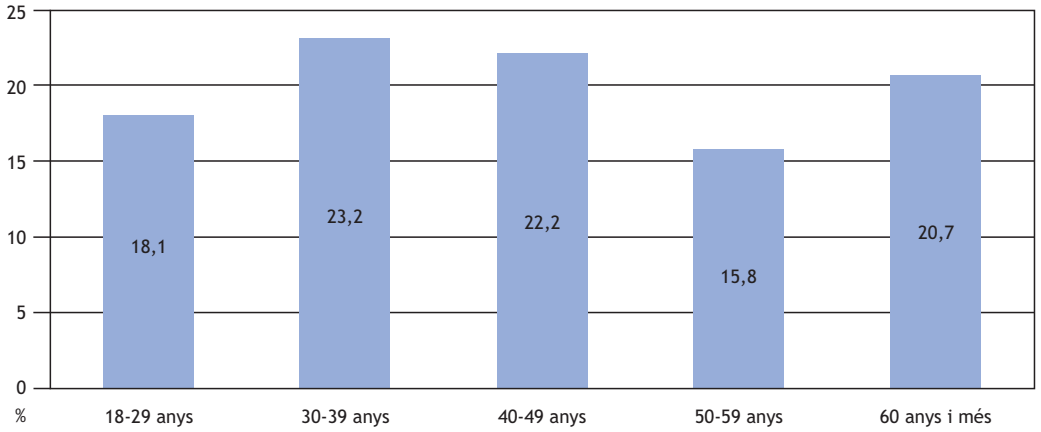
Fase d'entrada de dades i control de qualitat

Els qüestionaris de l'enquesta es van entrar al Centre de Recerca Sociològica (CRES). Es va formar un membre de l'equip per fer l'entrada de dades amb el programa informàtic EpiData. L'entrada es va acabar a mitjan juny del 2011. El procés de control de qualitat amb el conjunt de correccions i comprovacions necessàries el va dur a terme el Departament d'Informació i Recerca Mèdica (DIRM) de l'ESPM Lille metròpoli. Els fitxers dels resultats vàlids es van trametre a principis d'agost del 2011.

De les 915 persones residents al Principat d'Andorra, de 18 anys i de més edat, que han participat en l'enquesta *Salut mental en la població general: imatges i realitats*, el 52% són homes i el 48% dones.

Aquesta mostra es reparteix de manera relativament homogènia entre els 5 grups d'edat (gràfic 1):

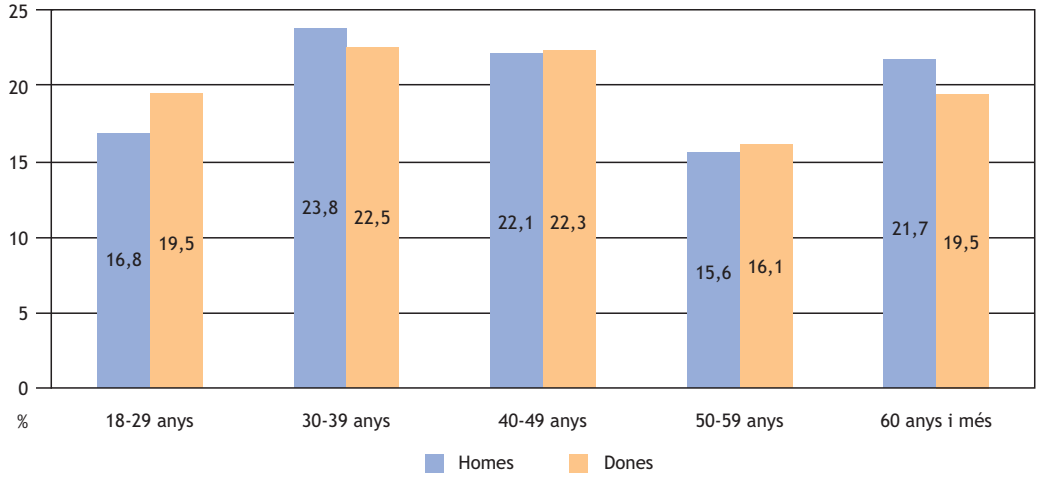
Gràfic 1 - Repartició segons l'edat de les persones interrogades



Les dones són sensiblement més nombroses en el grup 18-29 anys i, a la inversa, els homes són lleugerament més nombrosos pel que fa als majors de 60 anys.

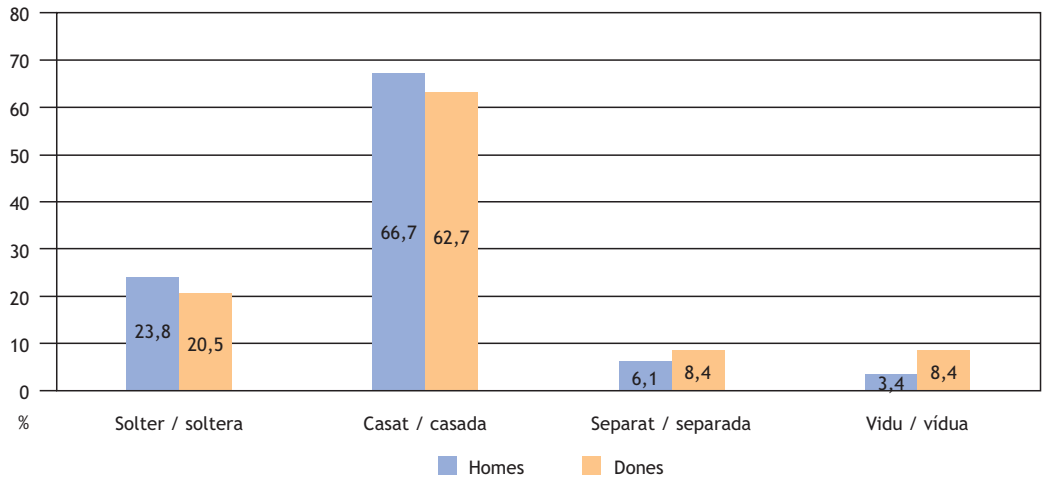
Pel que fa a la resta de grups d'edat, els homes i les dones estan repartits de la mateixa manera (gràfic 2).

Gràfic 2 - Repartició segons l'edat i el sexe de les persones interrogades



Gairebé set de cada deu persones declaren que estan casades o viuen en parella. Les altres persones són solteres (22%), separades (7%) o vídues (6%). Són més nombrosos els homes que es declaren solters (24%) o casats (67%) que les dones en aquestes situacions (gràfic 3).

Gràfic 3 - Repartició segons l'estat civil i el sexe de les persones interrogades



La majoria dels residents interrogats declaren que tenen una feina (74%). El 54% són homes i el 46% dones. Pel que fa a les persones sense feina, gairebé el 60% són persones jubilades.

El 48% dels homes i el 53% de les dones són empleats. Hi ha tants homes (15,4%) com dones (15,2%) jubilats.

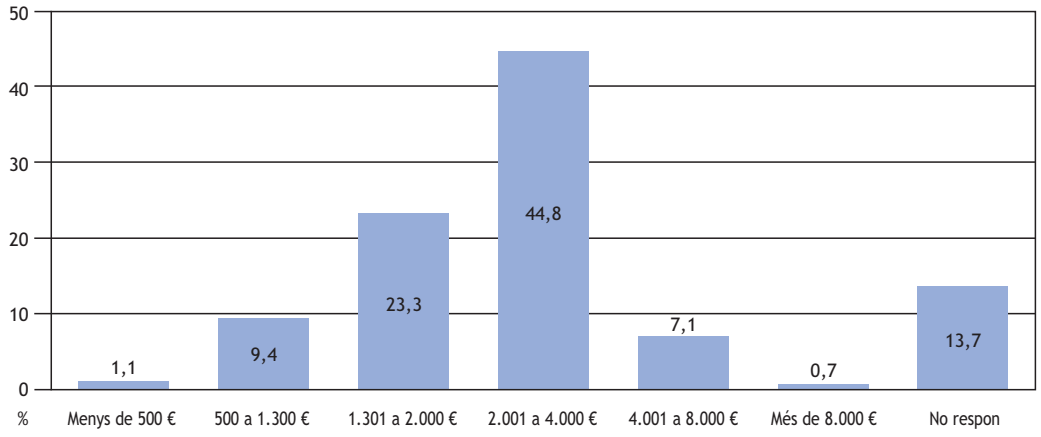
Pel que fa als obrers, hi ha més homes (8,0% contra 0,2% de dones), així com en els aturats (4,0% contra 1,8% de dones). El 7% de les dones enquestades es declaren mestresses de casa (taula I).

Taula I - Repartició segons la categoria socioprofessional i el sexe de les persones interrogades

Categoria socioprofessional	**Homes**	**Dones**	**Conjunt**
Artesà/ana, comerciant, empresari/ària	7,8%	3,9%	5,9%
Directiu/iva, professió intel·lectual superior	4,4%	2,5%	3,5%
Professió intermèdia	8,6%	10,9%	9,7%
Empleat/ada	47,6%	53,2%	50,3%
Obrer/a	8,0%	0,2%	4,3%
Altres actius	0,0%	0,0%	0,0%
Jubilat/ada	15,4%	15,2%	15,3%
Aturat/ada	4,0%	1,8%	3,0%
Estudiant	2,7%	4,1%	3,4%
Mestre/essa de casa	0,4%	6,8%	3,5%
Altres inactius	1,1%	1,4%	1,2%

Els ingressos familiars que han declarat els enquestats es fixen entre els 1.300 i els 4.000 euros (68%). Cal assenyalar que gairebé el 14% dels participants ha refusat declarar els ingressos de la seva llar (gràfic 4).

Gràfic 4 - Repartició segons els ingressos familiars mensuals de les persones interrogades



Els ingressos familiars mensuals superiors als 2.000 euros els declaren més els homes (65,3%) que les dones (56,3%) (taula II).

Taula II - Repartició segons els ingressos familiars mensuals i el sexe de les persones interrogades

Ingressos familiars mensuals	Homes	Dones	Conjunt *
Menys de 500 euros	0,2%	2,3%	1,3%
De 500 a 1.300 euros	8,4%	13,4%	10,9%
De 1.301 a 2.000 euros	26,1%	27,9%	27,0%
De 2.001 a 4.000 euros	54,6%	49,1%	51,9%
De 4.001 a 8.000 euros	9,2%	7,2%	8,2%
Més de 8.000 euros	1,5%	0,0%	0,8%

* 790 enquestats que han declarat els seus ingressos familiars mensuals (86% de la mostra global).

Les persones que han participat en l'enquesta SMPG són de nacionalitat espanyola (33,7%), andorrana (30,5%), portuguesa (21,3%) i francesa (5,5%).

Els participants que no tenen la nacionalitat andorrana, resideixen com a mitjana al Principat des de fa uns 19 anys.

Les persones enquestades d'origen espanyol declaren una durada mitjana de residència al Principat d'Andorra d'uns 25 anys. Els participants originaris de l'Amèrica del Sud resideixen al Principat com a mitjana des de fa uns 8 anys (taula III).

Taula III - Anys de residència al Principat d'Andorra dels participants d'origen espanyol, portuguès, francès i de l'Amèrica del Sud

País d'origen	Nombre d'enquestats	Nombre mitjà d'anys de residència	Desviació típica
Espanya	302	25,02	15,69
Portugal	187	13,45	7,99
Amèrica del Sud	56	7,95	7,85
França	49	13,12	11,63

Més del 15% de les persones de 18 anys i més presenten com a mínim un trastorn de salut mental

Mitjançant el qüestionari diagnòstic *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), al Principat d'Andorra s'ha detectat que més d'un 15% de persones de 18 anys i més presenten un trastorn de salut mental (taula IV).

Els trastorns d'humor són els problemes més freqüents i afecten gairebé el 10% de les persones enquestades. Es tracta majoritàriament de trastorns depressius: el 9% de les persones interrogades ha presentat un episodi depressiu durant les dos setmanes precedents a l'enquesta; d'aquestes, més de la meitat pateix un episodi depressiu que es considera recurrent al llarg de la vida (4,5%). La distímia afecta més de l'1% de les persones; i l'episodi maníac, menys de l'1%.

D'altra banda, els trastorns d'ansietat afecten un 9% de les persones de 18 anys i més. Es tracta bàsicament de persones que ja han patit ansietat generalitzada (6%) durant els sis mesos precedents a l'entrevista. A continuació ve el trastorn de pànic, detectat en més del 2% dels andorrans que participen en l'enquesta, i l'agorafòbia, en l'1%.

La fòbia social i l'estrès posttraumàtic afecten menys de l'1% de les persones interrogades.

Trastorns més freqüents en les dones

Les dones presenten amb més freqüència que els homes trastorns de salut mental (21% contra 10,5%; $p<0,0001$) (taula V). Efectivament, les dones interrogades són significativament més propenses que els homes als trastorns d'humor (episodi depressiu, trastorn depressiu recurrent, distímia i episodi maníac) (14,5% davant del 5%; $p<0,0001$), als trastorns d'ansietat (agorafòbia, trastorn de pànic, fòbia social, ansietat generalitzada i estrès posttraumàtic) (12% davant del 6%; $p=0,0011$) i al risc de suïcidi (6% davant del 2%; $p=0,0089$) (gràfic 5).

En les mateixes circumstàncies (per les variables d'edat, estat civil, categoria socioprofessional, nivell d'estudis i ingressos familiars mensuals), les dones tenen un risc 2,4 vegades més elevat que els homes de patir com a mínim un trastorn dels identificats en el MINI (taula VI).

Per altra banda, l'edat de les persones interrogades al Principat d'Andorra no és un factor explicatiu dels trastorns mesurats pel MINI. De fet, la seva distribució no és significativament diferent, tant si es tracta de la presència de com a mínim un trastorn ($p= 0,0773$), com de trastorns d'humor (0,0795) o de trastorns d'ansietat ($p=0,0674$) (taula V).

Taula IV - Prevalença (%) dels trastorns detectats en persones de 18 anys i més

Trastorns detectats pel MINI	Andorra
Un trastorn com a mínim (sense risc de suïcidi ni insomni)	**15,5**
Trastorns d'humor [1]	**9,7**
Episodi depressiu (2 setmanes)	8,7
Amb trastorn depressiu recurrent (vida sencera)	4,5
Distímia (2 darrers anys)	1,3
Episodi maníac (vida sencera)	0,6
Trastorns d'ansietat [2]	**8,9**
Ansietat generalitzada (6 darrers mesos)	5,9
Fòbia social (actual)	0,7
Trastorn de pànic (actual)	2,4
Agorafòbia (actual)	1,0
Amb trastorn de pànic (actual)	0,5
Estat d'estrès posttraumàtic (actual)	0,4
Problemes d'alcohol	**0,8** *
Problemes de droga	**0,1** *
Síndrome de comportament psicòtic (vida sencera)	**1,5**
Síndrome psicòtica aïllada actual	0,3
Síndrome psicòtica aïllada passada	0,2
Síndrome psicòtica recurrent actual	0,5
Síndrome psicòtica recurrent passada	0,4
Risc de suïcidi	**3,9**
Baix [3]	2,5
Mitjà	0,8
Elevat	0,7
Insomni actual	**5,0**

[1] El diagnòstic d'episodi depressiu recurrent exclou en un principi el de la distímia.

[2] L'exploració dels símptomes d'ansietat generalitzada només es fa en el cas que no hi hagi cap altre trastorn d'ansietat.

[3] N'hi ha prou d'haver fet un intent de suïcidi al llarg de la vida per comptar-lo com un risc de suïcidi baix.

Camp: Persones de 18 anys i més.

Font: Enquesta SMPG - Asep - CCOMS - EPSM Lille Metròpoli – Ministeri de Salut i Benestar del Principat d'Andorra.

* Imaginem la hipòtesi d'un desfasament per infradeclaració. Les dades europees donen uns índexs més elevats d'abús i dependència de l'alcohol o de les drogues en la població general. L'enquesta ESMeD dóna una incidència del 5,2% de problemes d'alcohol en els sis països europeus participants (The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004). L'enquesta SMPG a França considera la prevalença dels problemes relacionats amb l'alcohol en un 4,3% i la dels problemes relacionats amb la droga en un 2,5% (Castelain, 2005).

L'enquesta nacional sobre la salut que s'ha dut a terme a Andorra el 2011, relativa al consum d'alcohol, ha mostrat que l'11,6% dels homes i el 4,0% de les dones enquestats presenten un consum amb risc (>20g/dia els homes i >4,0g/dia les dones).

Taula V - Prevalença (%) de com a mínim un trastorn en el MINI, de trastorns d'ansietat, de trastorns d'humor i del risc de suïcidi, segons les variables sociodemogràfiques

Variable	Modalitats	Efectius	Global	Mínim un trastorn [2]	p	Trastorns ansiosos [3]	p	Canvis d'humor [4]	p	Risc de suïcidi [5]	p
Sexe	Home	475	51,9	10,53	<.0001	5,89	0,0011	5,26	<.0001	2,32	0,0089
	Dona	440	48,1	**20,91**		**12,05**		**14,55**		**5,68**	
CSP [1]	CSP-	499	5,5	15,03	<.0001	7,41	<.0001	9,02	<.0001	4,21	0,0028
	CSP+	175	19,1	14,86		8,57		6,86		0,57	
	Inactius	214	23,4	12,62		9,35		9,35		4,67	
	Aturats	27	2,9	**51,85**		**33,33**		**44,44**		**14,81**	
Ingressos familiars	**Menys de 1.300 €**	96	12,15	**23,96**	0,0076	**14,58**	0,0184	**21,88**	0,0007	**11,46**	0,0005
	1.300-2.000 €	213	26,96	22,07		13,62		12,21		5,63	
	2.001-4.000 €	410	51,90	12,93		6,83		8,05		2,20	
	Més de 4.000 €	71	8,99	18,31		9,86		7,04		2,82	
Estat civil	Solter/soltera	203	22,2	17,24	0,0450	8,87	0,0032	10,84	0,0583	4,43	0,0014
	Casat/casada	593	64,8	13,49		7,59		8,09		2,53	
	Separat/separada	66	7,2	**25,76**		**21,21**		15,15		9,09	
	Vidu/vídua	53	5,8	18,87		7,55		16,98		**11,32**	
Edat	18-29 anys	166	18,1	16,87	0,0773	9,64	0,0674	10,24	0,0795	3,61	0,6525
	30-39 anys	212	23,2	16,04		9,43		8,96		3,77	
	40-49 anys	203	22,2	15,76		7,88		7,88		3,45	
	50-59 anys	145	15,8	20,69		13,79		15,86		6,21	
	60 anys i més	189	20,7	9,52		4,76		7,41		3,17	
Nivell d'estudis	Primària no acabada	73	8,01	19,18	0,3606	9,59	0,8637	17,81	0,958	5,48	0,5614
	Secundària no acabada	344	37,76	13,95		9,30		9,01		4,07	
	Secundària	315	34,58	17,78		9,21		9,84		4,44	
	Universitaris	179	19,65	13,41		7,26		7,82		2,23	

[1] *CSP*-: agricultors, obrers, empleats; *CSP*+: artesans, directius, prof. intermèdies; *Inactius*: jubilats, mestresses de casa, estudiants i altres.

[2] Com a mínim un trastorn constatat pel MINI (excepte risc de suïcidi i insomni).

[3] Ansietat generalitzada, fòbia social, trastorn de pànic, agorafòbia, agorafòbia amb trastorn de pànic, estat d'estrès posttraumàtic.

[4] Episodi depressiu, trastorns depressius recurrents, distímia, episodi maníac.

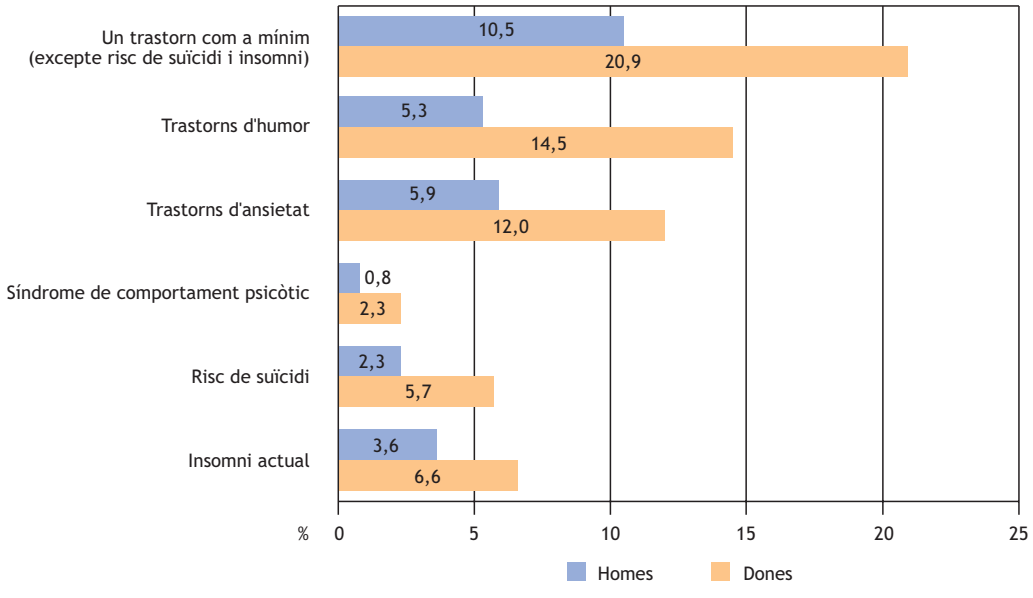
[5] Risc de suïcidi baix, mitjà o elevat.

Taula VI - Risc relatiu de patir com a mínim un trastorn de salut mental (excepte risc de suïcidi i insomni), segons les característiques sociodemogràfiques al Principat d'Andorra

		Odds ratio (OR)	Interval de confiança (95%)	
Sexe	Dones vs Homes	**2,395**	**1,585**	**3,617**
Estat civil	Solter/soltera vs Casat/casada	1,304	0,757	2,246
	Separat/separada vs Casat/casada	**2,198**	**1,128**	**4,282**
	Vidu/vídua vs Casat/casada	1,84	0,752	4,502
CSP [1]	CSP- vs Aturats	**0,16**	**0,062**	**0,411**
	CSP+ vs Aturats	**0,149**	**0,053**	**0,416**
	Inactius vs Aturats	**0,18**	**0,062**	**0,523**
Edat	30-39 anys vs 18-29 anys	1,205	0,644	2,253
	40-49 anys vs 18-29 anys	1,013	0,517	1,987
	50-59 anys vs 18-29 anys	1,183	0,577	2,428
	60 anys i més vs 18-29 anys	0,482	0,197	1,183
Ingressos familiars	Menys de 1.300 € vs Més de 4.000 €	1,08	0,451	2,585
	1.300-2.000 € vs Més de 4.000 €	0,995	0,469	2,111
	2.001-4.000 € vs Més de 4.000 €	0,608	0,297	1,247

[1] *CSP-*: agricultors, obrers, empleats; *CSP+*: artesans, directius, prof. intermèdies; *Inactius*: jubilats, mestresses de casa, estudiants i altres.

Gràfic 5 - Prevalença (%) dels trastorns segons el sexe de les persones interrogades



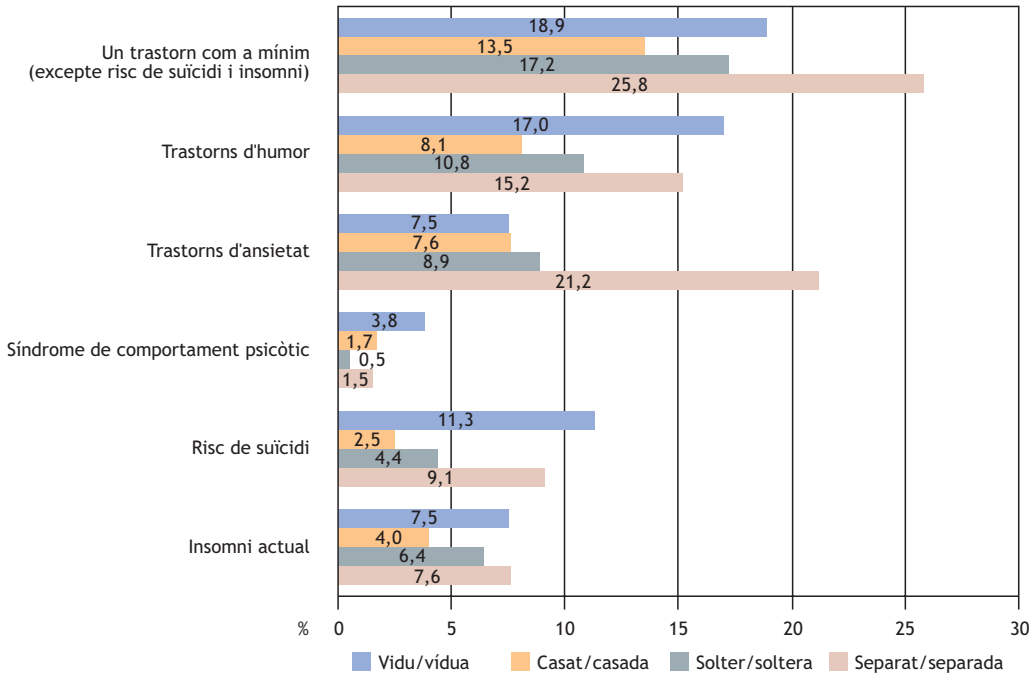
Menys problemes de salut mental si es viu en parella

La situació familiar també és un factor de risc per als trastorns de salut mental. Així, doncs, les persones que viuen en parella (ja siguin casades, parella de fet, unió lliure...) són les que presenten amb menys freqüència problemes de salut mental (gràfic 6).

Efectivament, les persones que viuen en parella presenten significativament menys trastorns de salut mental (13,5% ; p=0,045) que les persones soles, ja siguin separades (26%), vídues (19%) o solteres (17%) (taula V).

Les persones separades es veuen més afectades pels trastorns d'ansietat (21% ; p=0,0032). Les persones vídues o separades també presenten un risc de suïcidi més important (taula V). Les persones separades tenen un risc 2,2 vegades més elevat, en les mateixes circumstàncies, de veure's afectades com a mínim per un trastorn, dels que identifica el MINI (taula VI).

Gràfic 6 - Prevalença (%) dels trastorns segons l'estat civil de les persones interrogades



Els trastorns són més comuns entre les persones socioprofessionalment desafavorides

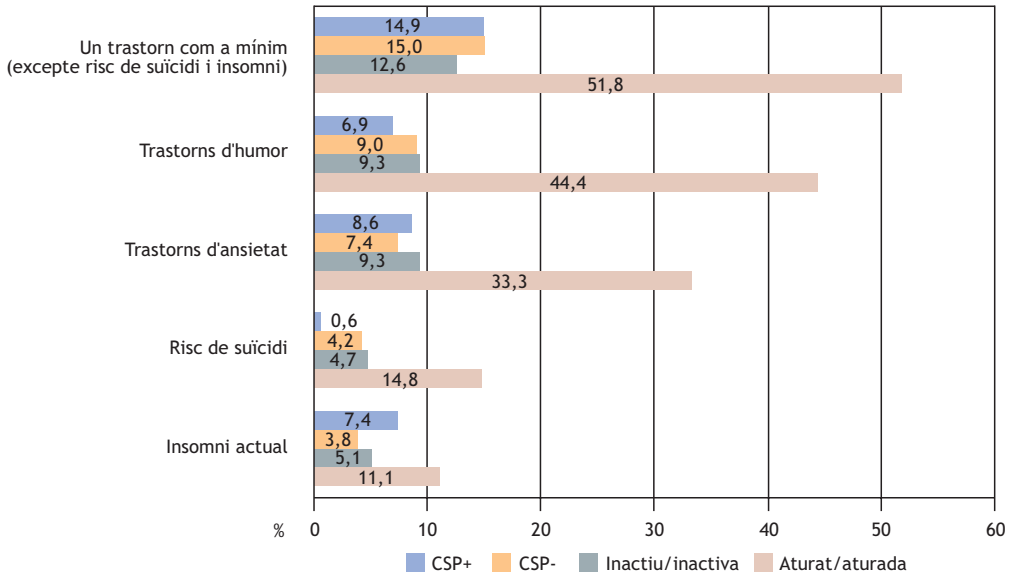
El nivell de vida, seguit de prop per l'activitat professional i els ingressos familiars, també sembla que està relacionat amb el fet de presentar o no trastorns de salut mental.

Les persones que declaren que tenen feina són menys propenses a presentar trastorns de salut mental (14,9%) que les que no en tenen (17,2%).

Els aturats representen la categoria de persones que no treballen més afectada pels trastorns psíquics. Els altres inactius (jubilats, mestresses de casa, estudiants i d'altres) i les persones que tenen una activitat professional presenten prevalences relativament properes (gràfic 7).

Més de la meitat dels aturats enquestats presenten com a mínim un trastorn en el MINI ($p<0,0001$); d'aquests, el 44% es veuen afectats per trastorns d'humor i el 33% per trastorns d'ansietat (gràfic 7).

Gràfic 7 - Prevalença (%) dels trastorns segons la situació en funció de la feina



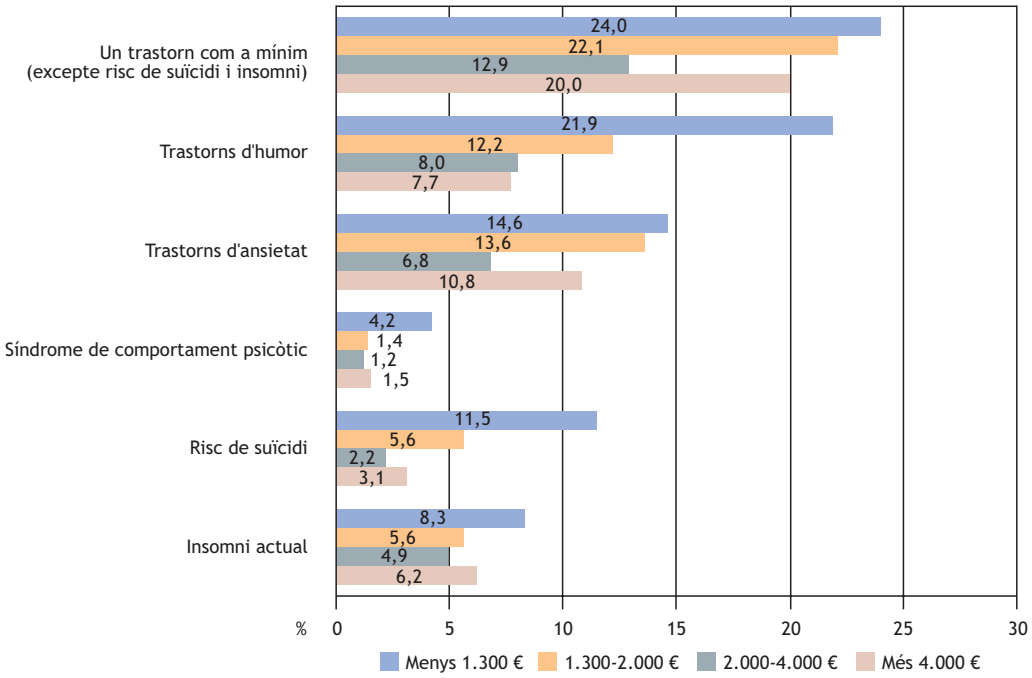
Les persones que tenen una activitat professional (CSP+ i CSP-)* presenten prevalences més baixes en relació amb els problemes de salut mental (15% contra 52% per als aturats) (taula V).

Tenir una activitat professional com ser artesà, directiu o tenir una professió intermèdia disminueix el risc de presentar com a mínim un trastorn en el MINI (OR= 0,15 ; [0,053-0,416] en relació amb el fet d'estar a l'atur. De la mateixa manera que ser agricultor, obrer o empleat disminueix el risc de presentar com a mínim un trastorn en el MINI (OR= 0,16 ; [0,062-0,411] (taula VI). Cal assenyalar que com més elevada és la categoria socioprofessional, més baix és el risc de presentar un trastorn en el MINI.

Els ingressos familiars també són un reflex de la relació entre el nivell de vida i la presència de trastorns psíquics (gràfic 8).

* *CSP+*: artesans, directius, persones amb una profesió intermèdia; *CSP-*: agricultors, obrers, empleats.

Gràfic 8 - Prevalença (%) dels trastorns segons els ingressos mensuals familiars



Gairebé una quarta part de les persones que compten amb ingressos de menys de 1.300 euros al mes per viure amb la seva família presenta com a mínim un trastorn en el MINI. El 22% d'aquestes persones estan sotmeses a un trastorn de l'humor i el 15% presenten un trastorn d'ansietat. També són més propenses a presentar risc de suïcidi (gràfic 8).

Sembla que, com més baixos són els ingressos familiars mensuals, més alta és la prevalença de trastorns de salut mental (p=0,0076). No obstant això, aquest gradient s'inverteix a partir dels 4.000 euros d'ingressos familiars mensuals, bàsicament pel que fa a trastorns d'ansietat, pels quals la prevalença més baixa es dóna en les persones que tenen uns recursos que van dels 2.000 als 4.000 euros (7%), en comparació amb la que s'ha mesurat en la categoria d'ingressos superiors als 4.000 euros (10%) (taula V).

REPRESENTACIÓ DE LA «BOGERIA», LA «MALALTIA MENTAL» I LA «DEPRESSIÓ»

LES IMATGES DEL «BOIG» I DEL «MALALT MENTAL» PROPERES I ASSOCIADES A LA PERILLOSITAT I A LA ANORMALITAT

L'enquesta *Salut mental en la població general: imatges i realitats* també permet conèixer les representacions que les persones interrogades tenen de la «bogeria», la «malaltia mental» i la «depressió». Les persones enquestades (més del 80%) sovint associen alguns comportaments o actituds a la «bogeria» o a la «malaltia mental» (gràfic 9). Les persones interrogades associen comportaments com «cometre una violació, un incest o un assassinat», «delirar o al·lucinar» o «ser violent envers els altres» (dona/marit, nens…) o «envers un mateix» a la «bogeria» o a la «malaltia mental».

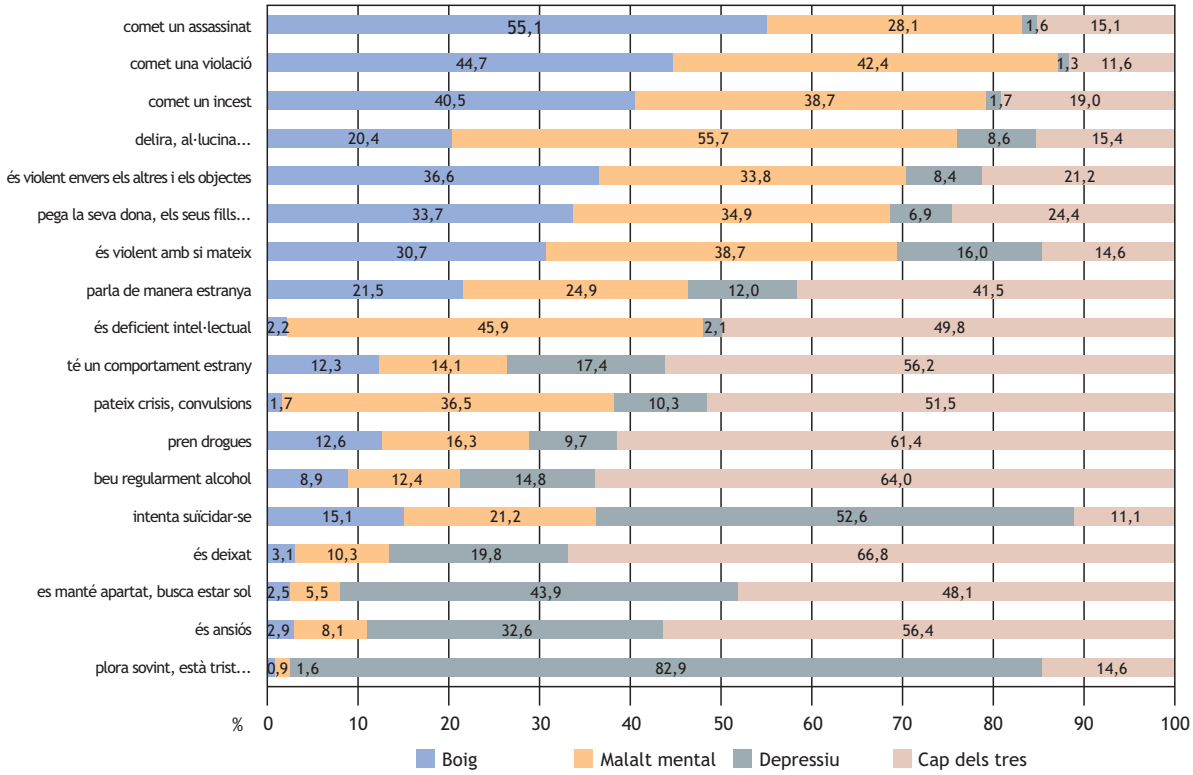
Gairebé nou de cada deu persones consideren aquests mateixos comportaments com a «anormals» i «perillosos», excepte per al que «delira, al·lucina», que cinc de cada deu persones associen a la perillositat.

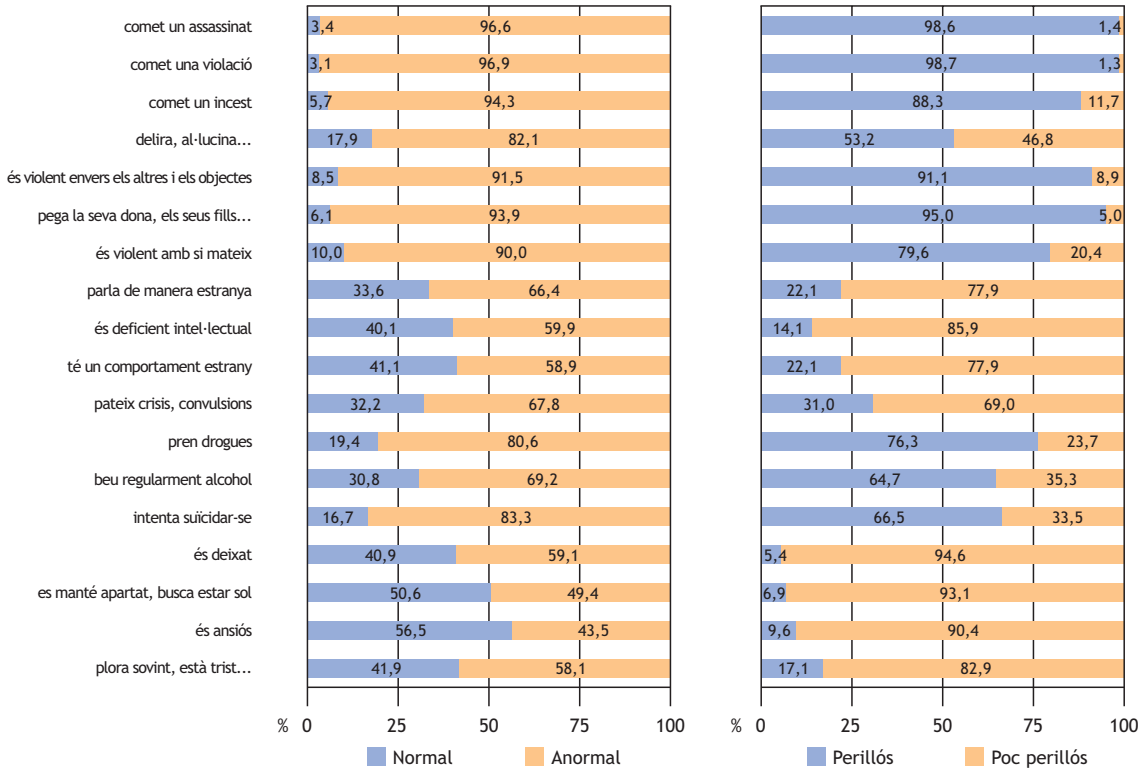
De manera similar, «intentar suïcidar-se», «plorar sovint o estar trist» i «estar aïllat i buscar estar sol» són conductes que les persones interrogades associen majoritàriament a la noció de «depressió».

Per altra banda, els enquestats no coincideixen gaire pel que fa al caràcter «anormal» o no de l'aïllament i la tristesa. Els intents de suïcidi es perceben bàsicament com un comportament anormal (83%), i més aviat perillós (66%).

Finalment, el fet de «patir una crisi o convulsions», «beure alcohol amb regularitat» o «consumir drogues», el fet de ser «deixat» o «ansiós», o de tenir «un comportament estrany» no s'associen ni a la «bogeria», ni a «la malaltia mental», ni a la «depressió». Les persones interrogades únicament consideren més aviat «perillosos» els comportaments d'addicció a l'alcohol i a les drogues.

Gràfic 9 - Segons vosté, algú que ... és: «boig», «malalt mental», «depressiu»
«normal», «anormal»
«perillós», «poc perillós»





Algunes imatges poden estar relacionades amb el sexe, l'edat o el nivell d'estudis de les persones enquestades

Les persones enquestades associen majoritàriament «el que comet un assassinat» al «boig» (55%) o al «malalt mental» (28%) independentment del seu sexe (p=0,350) i de la seva edat (p=0,160) (taula VII).

No obstant això, aquesta imatge sembla que està relacionada amb el nivell d'estudis. Efectivament, les persones que tenen un nivell d'estudis baix (cicle de primària no acabat) associen més, de manera significativament estadística, l'assassinat al «boig» (p=0,000). En canvi, les persones que tenen un nivell universitari o equivalent s'inclinen més a associar l'assassinat al «malalt mental», o a «cap dels tres».

Taula VII - El que comet un assassinat és «boig», «malalt mental», «depressiu» o «cap dels tres», segons el sexe, l'edat i el nivell d'estudis de les persones interrogades

El que comet un assassinat és:		**Boig**		**Malalt mental**		**Depressiu**		**Cap dels tres**		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexe	Home	257	54,1	132	27,8	11	2,3	75	15,8	
	Dona	247	56,3	125	28,5	4	0,9	63	14,4	0,350
Edat	18-29 anys	94	57,0	52	31,5	0	0,0	19	11,5	
	30-39 anys	107	50,5	71	33,5	4	1,9	30	14,2	
	40-49 anys	115	56,7	54	26,6	4	2,0	30	14,8	
	50-59 anys	78	53,8	33	22,8	5	3,4	29	20,0	
	60 anys i més	110	58,2	47	24,9	2	1,1	30	15,9	0,160
Nivell d'estudis	Primari no acabat	56	**76,7**	11	15,1	0	0,0	6	8,2	
	Secundari no acabat	224	65,1	74	21,5	7	2,0	39	11,3	
	Secundari acabat	165	52,4	98	31,1	3	1,0	49	15,6	
	Nivell universitari	55	30,9	74	**41,6**	5	2,8	44	**24,7**	0,000

Més de la meitat dels enquestats perceben les persones «que deliren, al·lucinen» com si fossin «malalts mentals». Les dones associen més (60%) el deliri i les al·lucinacions al «malalt mental» (p=0,008) (taula VIII).

Per altra banda, l'edat i el nivell d'estudis dels participants en l'enquesta només tenen un efecte limitat en l'atribució del «deliri i les al·lucinacions» al «boig», al «malalt mental» o al «depressiu» (taula VIII).

Taula VIII - El que «delira, al·lucina» és «boig», «malalt mental», «depressiu» o «cap dels tres», segons el sexe, l'edat i el nivell d'estudis de les persones interrogades

El que delira, al·lucina... és:		**Boig**		**Malalt mental**		**Depressiu**		**Cap dels tres**		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexe	Home	97	20,6	242	51,4	52	11,0	80	17,0	
	Dona	88	20,1	264	**60,3**	26	5,9	60	13,7	0,008
Edat	18-29 anys	49	29,7	87	52,7	9	5,5	20	12,1	
	30-39 anys	45	21,3	118	55,9	14	6,6	34	16,1	
	40-49 anys	34	16,8	121	59,9	18	8,9	29	14,4	
	50-59 anys	24	16,6	85	58,6	15	10,3	21	14,5	
	60 anys i més	33	17,7	95	51,1	22	11,8	36	19,4	0,052
Nivell d'estudis	Primari no acabat	12	16,7	38	52,8	12	16,7	10	13,9	
	Secundari no acabat	72	21,2	183	53,8	36	10,6	49	14,4	
	Secundari acabat	66	21,0	173	55,1	24	7,6	51	16,2	
	Nivell universitari	33	18,4	110	61,5	6	3,4	30	16,8	0,064

Més de la meitat de les persones enquestades associen el pas a l'acte del suïcidi amb el «depressiu» (taula IX). Aquesta associació és independent del sexe de la persona entrevistada (p=0,132). En canvi, s'ha vist que hi ha una relació significativa entre l'edat dels participants i la imatge del suïcida (p=0,009). En efecte, els que tenen menys de 30 anys i els que tenen 60 anys i més, associen menys l'intent de suïcidi amb el «depressiu» (47% i 50% respectivament) i l'atribueixen més al «boig» (22% i 21% respectivament) (taula IX).

Taula IX - El que «fa un intent de suïcidi» és «boig», «malalt mental», «depressiu» o «cap dels tres», segons el sexe, l'edat i el nivell d'estudis de les persones interrogades

El que fa un intent de suïcidi és:		**Boig**		**Malalt mental**		**Depressiu**		**Cap dels tres**		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexe	Home	82	17,3	90	19,0	246	52,0	55	11,6	
	Dona	56	12,8	103	23,5	234	53,3	46	10,5	0,132
Edat	18-29 anys	36	**21,7**	38	22,9	78	**47,0**	14	8,4	
	30-39 anys	26	12,3	48	22,6	113	53,3	25	11,8	
	40-49 anys	21	10,4	45	22,3	113	55,9	23	11,4	
	50-59 anys	15	10,4	34	23,6	83	57,6	12	8,3	
	60 anys i més	10	**21,3**	28	14,9	93	**49,5**	27	14,4	0,009
Nivell d'estudis	Primari no acabat	20	**27,8**	10	13,9	32	44,4	10	13,9	
	Secundari no acabat	60	17,5	76	22,2	166	48,4	41	12,0	
	Secundari acabat	33	10,5	65	20,6	188	**59,7**	29	9,2	
	Nivell universitari	21	11,8	42	**23,6**	94	52,8	21	11,8	0,004

El nivell d'estudis també té una relació significativa amb la imatge del suïcida (p=0,004). Les persones que han acabat el nivell de secundària tenen més tendència a associar l'intent de suïcidi amb el «depressiu» (60% contra el 44% de les persones que no han acabat l'educació primària). D'altra banda, les persones que no han acabat la primària associen més l'intent de suïcidi al «boig» (28%), en comparació amb les persones que han acabat la secundària (10,5%).

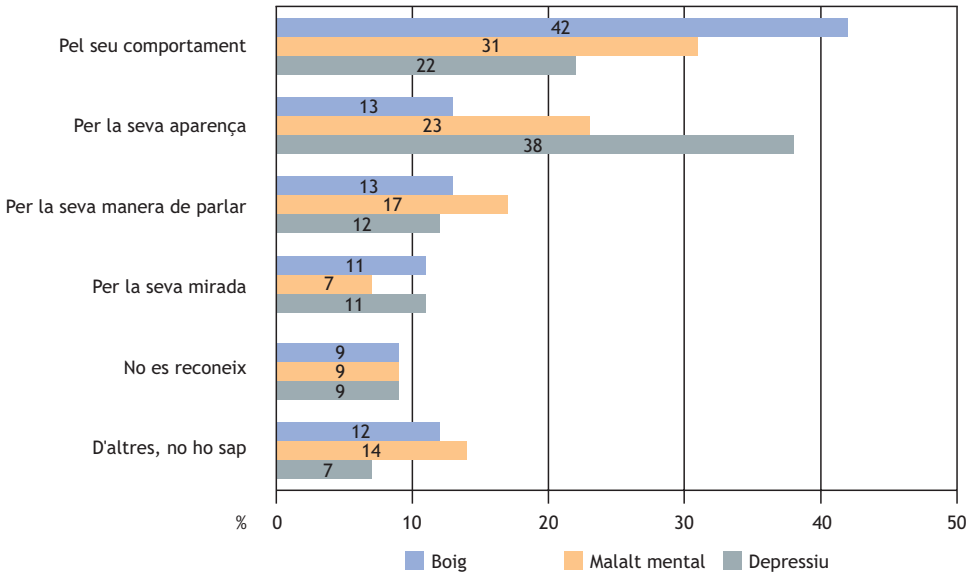
Els participants que tenen un nivell d'estudis universitari o equivalent s'inclinen més a atribuir l'intent de suïcidi al «malalt mental» (24%) que els que tenen un nivell d'estudis inferior.

EL «BOIG» SE'L RECONEIX BÀSICAMENT PEL SEU COMPORTAMENT I EL «DEPRESSIU», PER LA SEVA APARENÇA

La població d'Andorra té una imatge diferent del «boig», del «malalt mental» i del «depressiu» (gràfic 10). Per a gairebé la meitat de les persones, el «boig» se'l pot reconèixer pel seu comportament. En canvi, l'aparença és el primer que se cita per al reconeixement del «depressiu». El 38% de les persones interrogades declara que es pot reconèixer un «depressiu» per la seva aparença, i en segona posició, el 22% de les persones interrogades diuen que es pot identificar pel comportament.

Finalment, el reconeixement del «malalt mental» s'associa amb el seu comportament (31%) i després amb la seva aparença (23%).

Gràfic 10 - Segons vostè, com es reconeix un «boig» / un «malalt mental» / un «depressiu»?



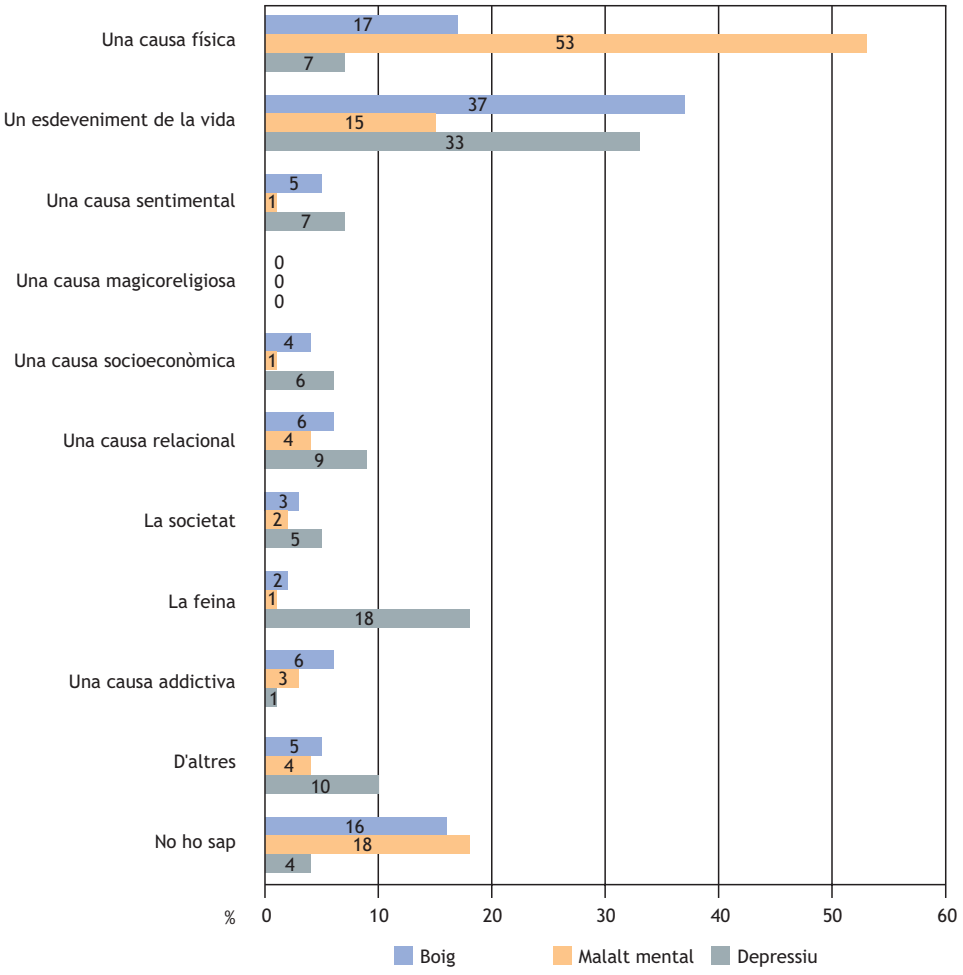
A LA «MALALTIA MENTAL» SE LI ATRIBUEIXEN ORÍGENS ESSENCIALMENT FÍSICS, I A LA «DEPRESSIÓ», CAUSES MÉS DIVERSES

Les persones interrogades també tenen una idea molt diferent del que podria ser l'origen de la «bogeria», de la «malaltia mental» i de la «depressió» (gràfic 11).

Per més de la meitat, la «malaltia mental» s'explica per un problema físic, ja sigui un dèficit, una afectació orgànica o un trastorn hereditari o genètic. Pel que fa a la «bogeria» i a la «depressió», els esdeveniments de la vida com un dol, una agressió, són la causa que s'ha citat amb més freqüència, amb un terç de les persones interrogades.

Una causa física (17%) també pot fer bascular una persona cap a la «bogeria». La «depressió» pot ser deguda, segons els entrevistats, a problemes relacionats amb la feina i la vida professional (18%) o a problemes relacionals (9%).

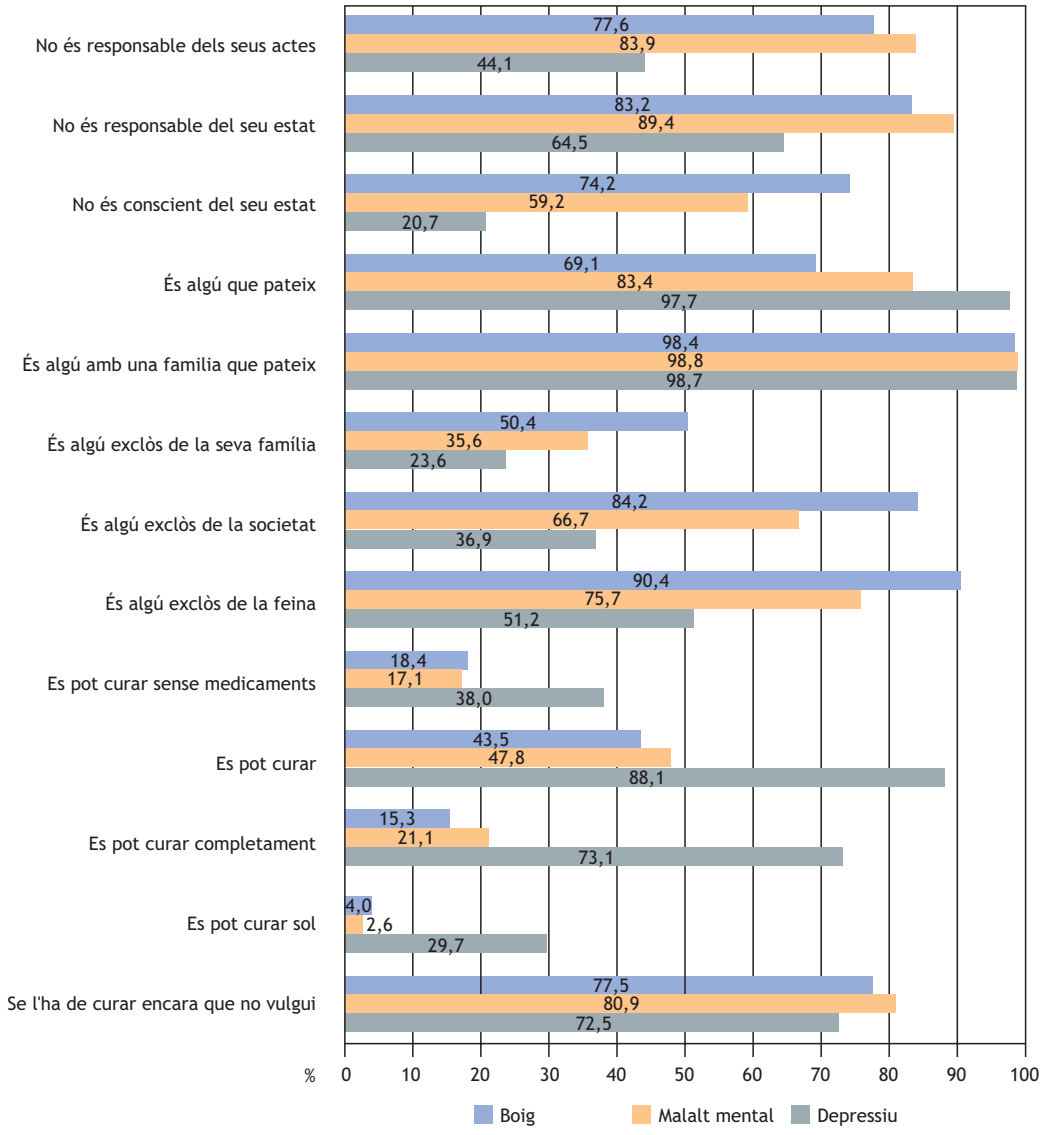
Gràfic 11 - Segons vostè, què és el que pot tornar algú «boig» / «malalt mental» / «depressiu»?



La població percep el «boig» o el «malalt mental» com a exclòs, irresponsable i difícilment curable

La majoria de les persones interrogades considera que un «malalt mental» o un «boig» no és responsable dels seus actes (84% i 78% respectivament), ni del seu estat (90% i 83%) (gràfic 12). Per altra banda, més del 30% dels enquestats pensen que un «boig» no pateix, però gairebé la totalitat de les persones interrogades considera que la seva família pateix. Gairebé el 90% pensen que està exclòs tant de la feina com de la societat i, en menys mesura, de la seva família (50%).

Gràfic 12 - Segons vostè, un «boig», un «malalt mental», un «depressiu» ...



A més, la curació de la «bogeria» es percep com a extremadament difícil. De fet, el 44% de les persones interrogades pensen que un «boig» es pot curar; el 15%, que es pot curar completament, i només el 4% consideren que es pot curar sol.

La representació que tenen les persones interrogades de la «malaltia mental» generalment és pròxima a la de la «bogeria», tot i que sembla més matisada. De fet, són menys les que pensen que un «malalt mental» està exclòs de la seva família, de la seva feina o de la societat, que no pateix o que no és conscient del seu estat.

Aquesta mateixa tendència es constata per a la noció de curació. Per a les persones interrogades, el «malalt mental» es percep com a més curable que el «boig». No obstant això, només dos de cada deu persones creuen en la curació total d'un «malalt mental».

La població percep el «depressiu» com algú responsable dels seus actes, conscient del seu estat i que es pot curar

Pel que fa al «depressiu», més de la meitat de la població el veu més aviat com una persona responsable dels seus actes, però que no és responsable del seu estat. El «depressiu», no obstant això, és conscient del seu estat segons l'opinió d'un 80% de les persones interrogades. Gairebé la totalitat d'aquestes persones considera que el «depressiu» pateix, igual que la seva família. En comparació amb el «boig» i el «malalt mental», el «depressiu» es percep com a menys exclòs, ja sigui de la família, de la feina o de la societat. La percepció de la curació de la «depressió» també és més optimista. De fet, gairebé el 90% de la població considera que un «depressiu» es pot curar i el 73%, que es pot curar totalment.

Sembla que hi ha un gradient en les representacions de la població de la «bogeria», la «malaltia mental» i la «depressió». La «bogeria» és una noció de salut mental que sembla implicar una certa distància social. El 56% de les persones interrogades declaren que accepten curar a casa un parent «boig». Si fos «depressiu», gairebé el 90% d'aquestes persones l'acollirien. La «depressió» sembla que està més acceptada, ja que potser és més familiar. De fet, més de tres quartes parts de les persones interrogades declaren que coneixen una persona del seu entorn (família, amics, veïns, companys de feina…) que és (o que ha estat) depressiva. Només un 20% declara que té en el seu entorn algú que està (o que ha estat) «boig». D'altra banda, sembla que la percepció de la «malaltia mental» ocupa una posició intermèdia entre la «depressió» i la «bogeria».

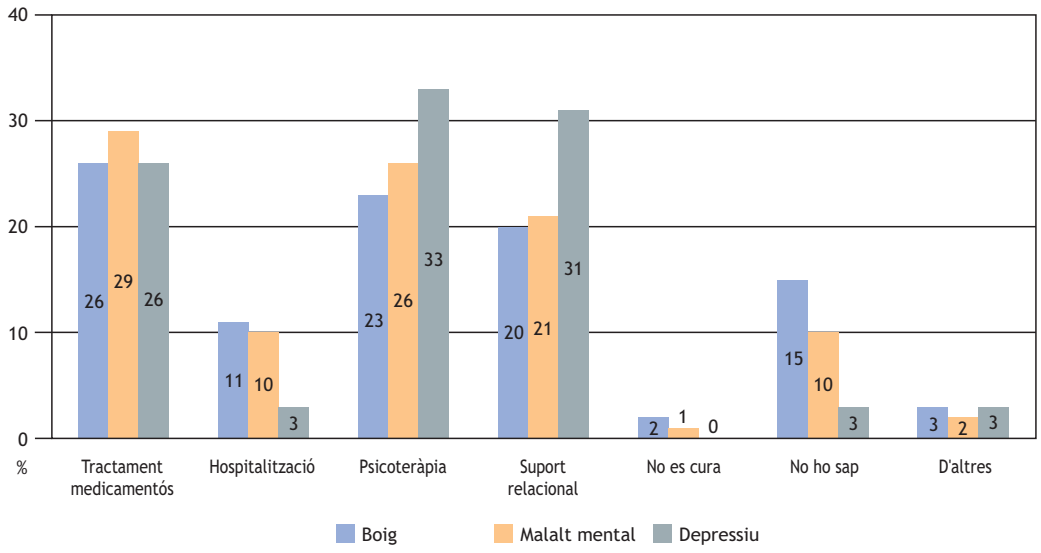
Representació de la curació: el medicament és el tractament que se cita amb més freqüència per curar la «bogeria» o la «malaltia mental»

El fet de recórrer als medicaments és el tractament que la població d'Andorra esmenta amb més freqüència (gràfic 13), tant si es tracta de curar un «malalt mental» (29%) com un «boig» (26%).

El medicament també s'ha indicat per a la «depressió» (26%), però menys que les modalitats relacionals de cura o d'ajuda com la psicoteràpia (33%) o el suport de l'entorn (31%).

En canvi, l'hospitalització sembla que és un tractament significatiu per a la població a l'hora de tractar la «bogeria» o la «malaltia mental» (l'esmenten del 10 a l'11% de les persones interrogades), mentre que se cita molt poc a l'hora de tractar la «depressió» (3%).

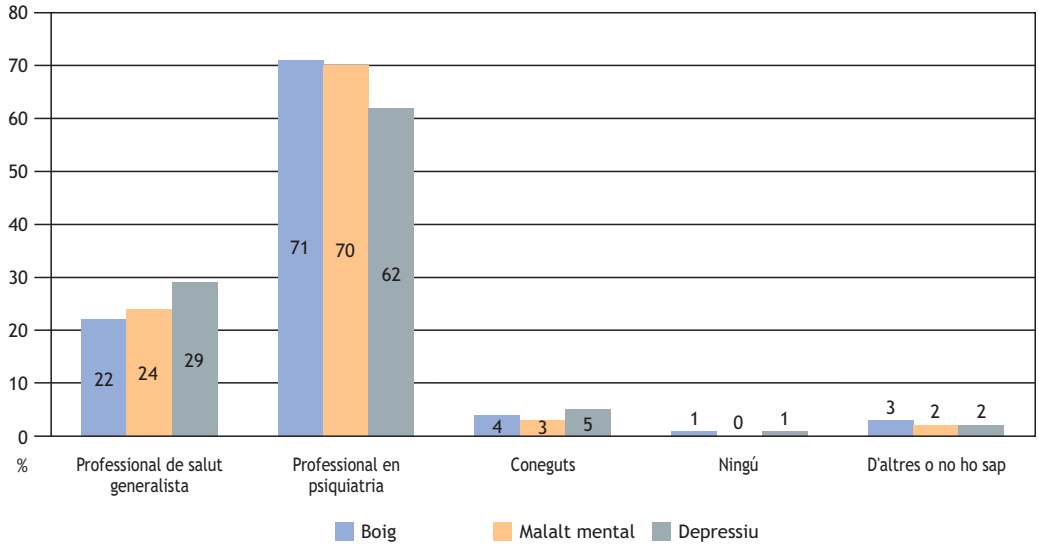
Gràfic 13 - Segons vostè, com es pot curar un «boig», un «malalt mental», un «depressiu»?



Un tractament més especialitzat per al «boig» i el «malalt mental»

Més del 60% de la població resident a Andorra, de 18 anys i més, orientaria un familiar «depressiu» cap a un professional de la psiquiatria (gràfic 14). Al voltant del 30% li aconsellaria anar a veure un professional de salut generalista. En canvi, quan es tracta d'un familiar «boig» o «malalt mental» es prefereix orientar-lo cap a un professional de la psiquiatria. De fet, el 70% de les persones interrogades aconsellarien a aquest familiar que anés a veure un especialista en psiquiatria; únicament el 23% de les respostes esmenten el generalista. La «bogeria» i la «malaltia mental» requereixen, segons la població, un tractament més especialitzat.

Gràfic 14 - Si un dels seus familiars és «boig», «malalt mental», «depressiu», a qui li diu que vagi a veure?



El suport o el primer recurs: un familiar pels joves i el metge generalista per les persones més grans

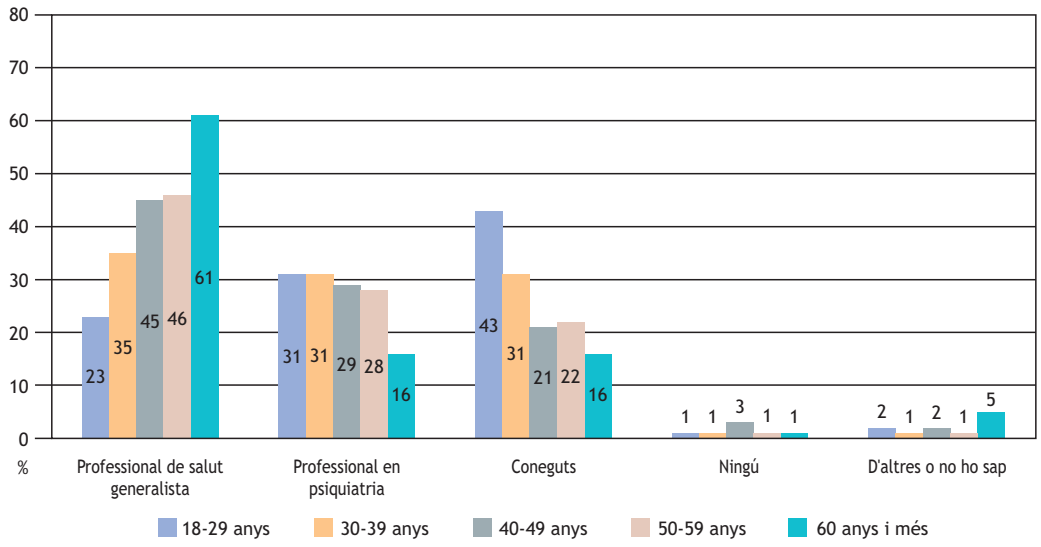
Com en el cas anterior, s'ha interrogat les persones sobre l'ajuda o bé el recurs pel qual optarien si «no estiguessin bé amb si mateixes». El 42% declara que en primer lloc consultarien un professional de salut general. A continuació, ve la consulta a un especialista en psiquiatria (27%) i a un familiar o un conegut (26%).

La tria de l'orientació cap a una persona o un tipus d'ajuda varia segons l'edat (gràfic 15). Així, doncs, com més joves són les persones interrogades, més prioritat donen a l'ajuda d'un conegut o d'un familiar. Pel que fa als que tenen menys de 30 anys, el 43% declaren que recorrerien a una persona del seu entorn en cas de patir un problema de tipus psicològic, mentre que per a les persones de 60 anys i més, aquesta opció només representa el 16%.

En canvi, el fet de recórrer al metge generalista sembla que augmenta amb l'edat. De fet, el 61% de les persones que tenen 60 anys i més optarien per aquest tipus de recurs, mentre que pel que fa a les que tenen menys de 30 anys, menys del 23% escollirien aquesta opció. L'ús de la psiquiatria és una opció esmentada de manera homogènia entre els 18 i els 59 anys (al voltant del 30%).

També s'observa una diferència en les orientacions segons el gènere de les persones interrogades. Així, doncs, els homes tindrien més aviat tendència a anar a veure una persona del seu entorn (30%) que no pas un professional de la psiquiatria (24%). A la inversa, el 30% de les dones interrogades anirien a la consulta d'un professional en psiquiatria (davant el 24% dels homes). Els dos sexes diuen en la mateixa proporció que anirien a la consulta d'un professional de la salut general.

Gràfic 15 - Si no està bé amb vostè mateix, no sap quin és el seu lloc, a qui va a veure primer?



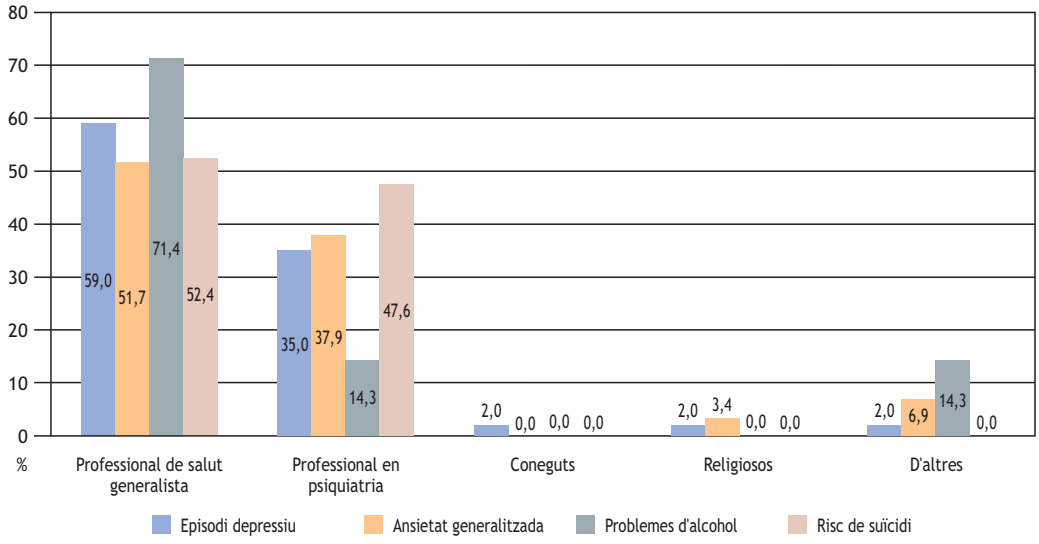
L'ÚS REAL DELS RECURSOS DE TRACTAMENT I/O D'ATENCIÓ PER LES PERSONES QUE PRESENTEN UN TRASTORN PSÍQUIC

L'enquesta *Salut mental en la població general*, a més d'explorar les representacions de la salut mental en la població general i avaluar les prevalences dels trastorns psíquics, explora, gràcies a les preguntes complementàries que s'han afegit al final del MINI, l'impacte dels trastorns detectats en la vida quotidiana i la utilització d'ajuda o de tractaments (medicina general, psiquiatria, medicines alternatives, pràctiques religioses o magicoreligioses).

Sigui quin sigui el trastorn identificat, el recurs que prefereixen les persones interrogades és el del metge de medicina general (gràfic 16). De fet, el 71% de les persones que presenten un problema de consum d'alcohol han acudit, en primer lloc, al seu metge de medicina general. I més del 50% de les persones que pateixen un trastorn depressiu, d'ansietat generalitzada o de risc de suïcidi han anat a veure un professional de salut general.

Prop del 50% de les persones que presenten un risc de suïcidi, el 38% de les persones que pateixen ansietat generalitzada i el 35% de les persones depressives han consultat en primer lloc l'especialista en psiquiatria.

Gràfic 16 - L'ús d'atenció segons els diferents trastorns detectats pel MINI



GLOSSARI DELS TRASTORNS PSÍQUICS*

El MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) s'ha desenvolupat amb la finalitat de disposar d'una entrevista diagnòstica estructurada que sigui curta, fiable i validada. Aquest instrument (120 preguntes) permet bàsicament interrogar els individus sobre 17 de les patologies de l'eix I del DSM IV i de la CIM 10 (24 tenint en compte la presència dels trastorns actuals o al llarg de la vida).

L'enquesta *Salut Mental en la Població General (SMPG*) reprèn, amb la classificació CIM 10, els mòduls relatius a:

TRASTORNS DE L'HUMOR

- → **Episodi depressiu (F32)**: trastorn de l'humor caracteritzat per la persistència en un individu de diversos símptomes (com a mínim quatre) durant com a mínim dos setmanes. Els símptomes principals són la presència d'un humor depressiu anormal per al subjecte, una marcada disminució de l'interès o del plaer, així com una baixada de l'energia o un augment del cansament.
- → **Trastorn depressiu recurrent (F33)**: trastorn caracteritzat per una aparició repetida d'episodis depressius, sense que hi hagi cap altre antecedent d'episodis independents d'exaltació de l'humor i d'augment d'energia (episodis qualificats de mania).
- → **Distímia (F34.1)**: baixada crònica de l'humor, que persisteix com a mínim alguns anys, però que presenta una severitat insuficient o una durada dels episodis de remissió massa breu per justificar un diagnòstic de trastorn depressiu recurrent.
- → **Episodi maníac (F30)**: aquests trastorns es caracteritzen per un augment lleuger però persistent de l'humor (hipomania), fins i tot un augment de l'humor fora de lloc amb la situació (mania) que es pot associar a la presència de símptomes psicòtics: idees delirants, al·lucinacions…

* LECRUBIER Y., SHEEHAN D. V., WEILLER E. [*et al.*]. *The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI*. Eur, Psychiatry. 1997; 12: 224-231.

SHEEHAN D. V., LECRUBIER Y., HARNETTE SHEEHAN K. [*et al.*]. *The validity of the MINI according to the SCID-P and its reliability*. Eur. Psychiatry. 1997; 12: 232-241.

TRASTORNS D'ANSIETAT

- → **Agorafòbia (F40.0)**: grup de fòbies relatives al temor de sortir del domicili, de les botigues, de les multituds i dels llocs, o la por de viatjar sol amb tren, autobús o avió.
- → **Trastorn del pànic (F41.0)**: atacs recurrents d'ansietat severa (atacs de pànic) que poden aparèixer de manera imprevisible. Els símptomes principals són l'aparició brutal de palpitacions, dolor toràcic, sensacions d'ofegament, de mareig i sentiment d'irrealitat.
- → **Fòbies socials (F40.1)**: temor de ser mirat amb insistència per altres persones, que comporta que s'evitin situacions d'interacció social. Les fòbies socials invasores habitualment van acompanyades d'una pèrdua d'autoestima i de la por de ser criticat.
- → **Ansietat generalitzada (F41.1)**: ansietat generalitzada i persistent que no apareix únicament, ni tan sols de manera preferent, en una situació determinada (l'ansietat és «flotant»). El subjecte es queixa de nerviosisme permanent, tremolors, tensió muscular, palpitacions, mareig i molèsties epigàstriques. D'altra banda, el subjecte sovint té por que ell mateix o un dels seus familiars es posi malalt o tingui un accident.
- → **Estat d'estrès postraumàtic (F43.1)**: aquest trastorn constitueix una resposta diferida o prolongada a una situació o a un esdeveniment estressant excepcionalment amenaçador o catastròfic i que donaria lloc a símptomes evidents d'angoixa en la majoria d'individus, bàsicament la reviviscència repetida de l'esdeveniment traumàtic, en records invasors, somnis o malsons.

SÍNDROMES PSICÒTIQUES: una síndrome psicòtica es caracteritza per la presència dels símptomes següents: pèrdua de contacte amb la realitat, desorganització de la personalitat i transformació delirant del que s'ha viscut.

PROBLEMES D'ALCOHOL I DROGUES: dependència i utilització nociva.

RISC DE SUÏCIDI: elevat, mitjà i baix.

AGRAÏMENTS

Aquesta investigació la duu a terme l'Associació Septentrional d'Epidemiologia Psiquiàtrica (ASEP), el Centre Col·laborador de l'Organització Mundial de la Salut per la Recerca i la Formació en Salut Mental (CCOMS, EPSM Lille Metròpoli, Lille, França). Es va iniciar l'any 1996 a Madagascar en el decurs d'un seminari organitzat per l'OMS i el Ministeri de Cooperació francès sobre el tema de la salut mental a l'oceà Índic.

La realització d'aquesta enquesta al Principat d'Andorra ha estat possible gràcies a la implicació i al suport del **Ministeri de Salut i Benestar**, el **Centre de Recerca Sociològica (CRES)**, **l'Institut d'Estudis Andorrans (IEA)** i el **Centre de Salut Mental de l'Hospital de Nostra Senyora de Meritxell**.

La preparació, el treball de camp i la supervisió de l'enquesta han estat possibles gràcies al patrocini de la **Fundació privada Aurora Fornés Padreny**, i a la col·laboració de les persones següents:

Sra. Margarida Coll, directora de Salut Pública, Ministeri de Salut i Benestar.

Sra. Rosa Vidal, cap de l'Àrea de Prevenció, Promoció i Vigilància de la Salut, Ministeri de Salut i Benestar.

Sr. Joan Obiols, psiquiatre, antropòleg, director del Centre de Salut Mental.

Sra. Mercè Casals, sociòloga i psicòloga, cap d'unitat del CRES.

Sra. Diana Oliveira, sociòloga al CRES, doctoranda en sociologia a la Universitat de Tolosa II-Le Mirail.

Sra. Cristina Fernández, antropòloga i infermera, investigadora al CRES.

Sr. Javier Rodríguez, sociòleg col·laborador del CRES.

Per a la realització de l'enquesta sobre el terreny, l'equip d'enquestadors el van constituir les persones següents: Maria Fernández Bacardit, Patricia Piedrabuena Garay, Octavi-Lluís Pérez Prieto, Elisabeth Erola Canadas, M. Assumpció Ferrer Xarpell, Andrea Varela, Núria Coll Llovera, Robert Batista Rodríguez, M. Pilar Sanz Grau, César Collarte Pinto, Céline Benet Deniaud, Albert Rodríguez Soria, Isidro Bafino Hidalgo, Rosa Panadera Arrià, Anaïs Baile Janeiro, Thaïs Parejo Rojas, Cristina Romero Puertas, Anna Povedano Moreno, M. Teresa Ventura Guash, Brigitte Fonz Romero, M. Carmen Jiménez Mariño, Latifa Raguig, Diana Salas Gómez, Antoni Manel Granados Puerta, Jordi Martínez Carmona, Jordi Riba Cayuela.

Responsable científic: Jean-Luc Roelandt, director del Centre Col·laborador de l'OMS per la recerca i la formació en salut mental (Lille, França), EPSM Lille-Metròpoli.

Responsable metodològic: Aude Caria, CCOMS (Lille, França).

Coordinació general: Imane Benradia, CCOMS (Lille, França).

Equip de formadors: Imane Benradia, Diana Oliveira, Joan Obiols.

Control de qualitat de dades: Christian Porteaux, Departament d'Informació i Recerca Mèdica (DIRM), Establiment Públic de Salut Mental (EPSM) Lille-Metròpoli.

Redacció: Imane Benradia, Aude Caria, Jean-Luc Roelandt.

METODOLOGIA

Caria A., Roelandt J. L., Bellamy V., Vandeborre A. *Santé Mentale en Population Générale : images et réalités (SMPG) : Présentation de la méthodologie d'enquête*. L'Encéphale 2010; 36 (3. suplement 1.): 1-6.

Bellamy V., Roelandt J. L., Caria A., Kergall A. *L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) : une enquête pas comme les autres.* Actes du colloque francophone sur les sondages, Edition Dunod, 2005.

Roelandt J. L., Pamart P., Mondière G. [*et al*.]. *Une enquête à tout prix ?* L'Information Psychiatrique 2003; 79: 925-927.

Roelandt J. L., Caria A., Mondière G. *La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête*. L'Information Psychiatrique 2000; 76 (3): 279-292.

RESULTATS

Leray E., Camara A., Drapier D., Riou F., Bougeant N., Pelissolo A., Lloyd K. R., Bellamy V., Roelandt J. L., Millet B. *The prevalence, characteristics and comorbidity of anxiety disorders in France: results from the Mental Health of the General Population survey (MHGP)*. European Psychiatry 2011; 26 (6): 339-345.

Número temàtic de la revista L'Encéphale: *Santé Mentale en Population générale*. Volum 36, número 3, suplement 1, 2010: 1-64.

Goodefellow B., Defromont L., Calandreau F., Roelandt J. L. *Images of the 'Insane', the 'Mentally ill' and the 'Depressed' in Nouméa, New Caledonia*. International Journal of mental health 2010; 39 (1): 82-98.

Rafael F., Dubreuil C. M., Burbaud F., Si Tran D., Clement J. P., Preux P. M., Nubukpo P. *Knowledge of epilepsy in the general population based on two French cities: implications for stigma*. Epilepsy and behaviour 2010; 17: 82-86.

* Llista completa: www.ccomssantementalelillefrance.org

Grolleau A., Cougnard A., Bégaud B., Verdoux H. *Congruence between diagnosis of recurrent major depressive disorder and psychotropic treatment in the general population*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2008; 117 (1): 20-27.

Vaiva G., Jehel L., Cottencin O., Ducrocq F., Duchet C., Omnes C., Genest P., Rouillon F., Roelandt J. L. *Prévalence des troubles psychotraumatiques dans l'enquête OMS 'santé mentale en population générale'*. L'Encéphale 2008; 34 (6): 577-583.

Bellamy V., Roelandt J. L., Caria A. *Premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale : images et réalités*. L'Information Psychiatrique 2005; 81: 295-304.

Castelain J. P. *Prévalences des troubles psychiques et caractéristiques socio-économiques : éléments pour une analyse de l'exclusion et de la précarité*. L'Information Psychiatrique 2005; 81: 351-356.

Omnes C., Vaiva G., Philippe A., Rouillon F., Roelandt J. L. *Risque suicidaire dans l'enquête santé mentale en population générale : premiers résultats*. L'Information Psychiatrique 2005; 81: 308-324.

Roelandt J. L. *Cultures et recherches en santé mentale*. L'Information Psychiatrique 2003; 79: 859-866.

Resultats de l'estudi ESMeD

The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESMeD) project.* Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 109 (suplement 420): 21-27.

Govern d'Andorra