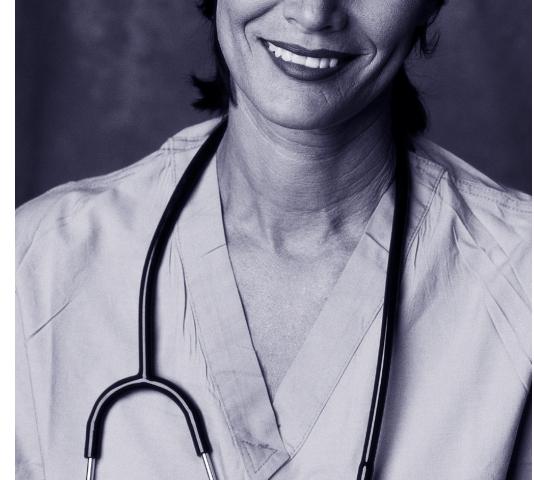


La salut mental a Barcelona



La Salut mental a Barcelona

Direcció

Antònia Domingo-Salvany¹
Carme Borrell²

Grup de treball
Carme Borrell,²
Antònia Domingo-Salvany,²
Catherine Pérez,²
Elisabet Puigdollers¹
Maica Rodríguez-Sanz²

Grup assessor
Jordi Alonso,¹
Montserrat Ferrer,¹
Josep M. Haro,³
Luis Rajmil⁴
Lluís Torralba²

1. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM)

2. Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB)

3. Unitat de Recerca i Desenvolupament, Sant Joan de Déu - SSM

4. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica (AATRM)

Edita: Agència de Salut Pública de Barcelona
Ajuntament de Barcelona
D. L. : B-8.459-04
Producció gràfica: Primer Segona Edicions

ÍNDEX

1. RESUM EXECUTIU	7
2. INTRODUCCIÓ	11
3. OBJECTIUS	13
4. METODOLOGIA	15
4.1 Característiques tècniques de l'ESB-2000	15
4.1.1 Univers estadístic, unitat mostra i grandària de la mostra	15
4.1.2 Selecció de les persones a entrevistar i àmbit temporal	15
4.2 Característiques del qüestionari	15
4.3 Definició de variables i descripció de variables compostes	16
4.3.1 Salut mental	16
4.3.2 Dades sociodemogràfiques	17
4.3.3 Dades socials	17
4.3.4 Estils de vida	18
4.3.5 Estat de salut	20
4.3.6 Utilització dels serveis sanitaris	20
4.4 Anàlisi de les dades	21
5. RESULTATS	23
5.1 Descripció sociodemogràfica	23
5.2 Salut mental: el GHQ-12	24
5.3 Factors sociodemogràfics i salut mental	25
5.3.1 Edat i gènere	25
5.3.2 Estat civil	25
5.3.3 Origen	25
5.4 Factors socials i salut mental	26
5.4.1 Nivell educatiu	26
5.4.2 Classe social	26
5.4.3 Suport social	26
5.4.4 Situació laboral	28
5.4.5 Tipologia de la llar	28
5.4.6 Càrrega familiar	29
5.5 Els estils de vida i salut mental	30
5.5.1 Activitat física	30
5.5.2 Substàncies psicoactives	30
5.5.3 Hores de son al dia	32
5.5.4 Característiques del lloc de treball	32
5.5.5 Índex de massa corporal	33
5.6 La Salut mental a Barcelona i als seus districtes	33
5.6.1 Ciutat Vella	35
5.6.2 Eixample	35
5.6.3 Sants-Montjuïc	36
5.6.4 Les Corts	36
5.6.5 Sarrià - Sant Gervasi	36
5.6.6 Gràcia	37
5.6.7 Horta-Guinardó	37

5.6.8 Nou Barris	38
5.6.9 Sant Andreu	38
5.6.10 Sant Martí - Poblenou	39
5.7 Altres indicadors de l'estat de salut i salut mental	39
5.7.1 Estat de salut percebut	39
5.7.2 Morbiditat crònica	39
5.7.3 "Trastorns nerviosos" declarats	40
5.7.4 Discapacitats	42
5.8 Utilització dels serveis sanitaris	43
5.8.1 Visites mèdiques	43
5.8.2 Consum de fàrmacs	44
6. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS	47
6.1 Factors sociodemogràfics	47
6.2 Factors socials	47
6.3 Estils de Vida	48
6.4 Els districtes	49
6.5 Altres indicadors de l'estat de salut	49
6.6 Serveis sanitaris	50
REFERÈNCIES	51
RESUMEN	53
SUMMARY	57
ANNEX GHQ-12	61

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1.	GHQ-12. Exemple d'ítem amb dos possibles mètodes de puntuació	16
Taula 2.	Característiques sociodemogràfiques de la mostra	23
Taula 3.	Puntuacions del GHQ-12 segons gènere (Percentatge estandarditzat per edat)	24
Taula 4.	Salut mental i cura de les persones grans, criatures i discapacitats (percentatges estandarditzats per edat), segons gènere	29
Taula 5.	Casos probables de mala salut mental segons consum de substàncies psicoactives il·legals (Percentatge estandarditzat per edat), segons gènere	31
Taula 6.	Participants de l'ESB-2000, segons grup d'edat, districte i gènere	34
Taula 7.	Percentatge de problemes nerviosos declarats i de patiment psicològic (estandarditzat per edat), segons districte i gènere	41
Taula 8.	Visites (darrers dotze mesos) als professionals de la salut mental (psiquiatres i psicòlegs) segons gènere i grup d'edat	43

ÍNDEX DE FIGURES

Figura 1.	Percentatge de respostes "positives" per ítem (GHQ-12), segons gènere	24
Figura 2.	Percentatge de casos probables de mala salut mental, segons edat i gènere	25
Figura 3.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i estat civil (estandarditzat per edat), segons gènere	25
Figura 4.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i origen (estandarditzat per edat), segons gènere	25
Figura 5.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i nivell educatiu (estandarditzat per edat), segons gènere	26
Figura 6.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i classe social (estandarditzat per edat), segons gènere	26
Figura 7.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i suport social (puntuació global Duke) (estandarditzat per edat), segons gènere	26
Figura 8.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i suport social (dimensió suport confidencial Duke) (estandarditzat per edat), segons gènere	27
Figura 9.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i suport social (dimensió suport afectiu Duke) (estandarditzat per edat), segons gènere	27
Figura 10.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i suport emocional (estandarditzat per edat), segons gènere	27
Figura 11.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i situació laboral, segons gènere	28
Figura 12.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i nombre de membres a la llar (estandarditzat per edat), segons gènere	28
Figura 13.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i tipologia familiar (estandarditzat per edat), segons gènere	28
Figura 14.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i hores de treball domèstic a la setmana (estandarditzat per edat), segons gènere	29
Figura 15.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i activitat física en el temps lliure (estandarditzat per edat), segons gènere	30
Figura 16.	Percentatge de casos probables de mala salut mental i activitat física quotidiana (estandarditzat per edat), segons gènere	30

Figura 17. Percentatge de casos probables de mala salut mental i tabac (estandarditzat per edat), segons gènere	30
Figura 18. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum d'alcohol (estandarditzat per edat), segons gènere	31
Figura 19. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum de tranquil·lizants (estandarditzat per edat), segons gènere	31
Figura 20. Percentatge de casos probables de mala salut mental i hores de son (estandarditzat per edat), segons gènere	32
Figura 21. Percentatge de casos probables de mala salut mental i relació laboral en població activa (estandarditzat per edat), segons gènere	32
Figura 22. Percentatge de casos probables de mala salut mental i tipus de jornada en població activa (estandarditzat per edat), segons gènere	33
Figura 23. Percentatge de casos probables de mala salut mental i Índex de massa corporal (estandarditzat per edat), segons gènere	33
Figura 24. Percentatge de casos probables de mala salut mental (estandarditzat per edat) segons districte i gènere	33
Figura 25. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Ciutat Vella, segons gènere	35
Figura 26. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de l'Eixample, segons gènere	35
Figura 27. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte Sants-Montjuïc, segons gènere	36
Figura 28. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de les Corts, segons gènere	36
Figura 29. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Sarrià - Sant Gervasi, segons gènere	36
Figura 30. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Gràcia, segons gènere	37
Figura 31. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte Horta-Guinardó, segons gènere	37
Figura 32. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Nou Barris, segons gènere	38
Figura 33. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Sant Andreu, segons gènere	38
Figura 34. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte Sant Martí - el Poblenou, segons gènere	39
Figura 35. Percentatge de casos probables de mala salut mental i salut general percebuda (estandarditzat per edat), segons gènere	39
Figura 36. Percentatge de casos probables de mala salut mental i nombre de trastorns crònics no nerviosos (estandarditzat per edat), segons gènere	39
Figura 37. Percentatge de casos probables de mala salut mental i problemes nerviosos o depressió (estandarditzat per edat), segons gènere	40
Figura 38. Percentatge de problemes nerviosos declarats segons districte i gènere (estandarditzat per edat)	40
Figura 39. Percentatge de casos probables de mala salut mental i discapacitat en activitat habitual en persones més joves de de seixanta-cinc anys (estandarditzat per edat), segons gènere	42
Figura 40. Percentatge de casos probables de mala salut mental i discapacitat per moure's (estandarditzat per edat) en persones més grans de seixanta-cinc anys, segons gènere	42
Figura 41. Percentatge de casos probables de mala salut mental i discapacitat per la cura personal (estandarditzat per edat) en persones més grans de seixanta-cinc anys, segons gènere	42
Figura 42. Percentatge de casos probables de mala salut mental i discapacitat per les activitats habituals (estandarditzat per edat) en persones més grans de seixanta-cinc anys, segons gènere	43
Figura 43. Percentatge de casos probables de mala salut mental i visites al capçalera, al psicòleg o al psiquiatre (estandarditzat per edat), segons gènere	43
Figura 44. Percentatge de casos probables de mala salut mental, visites al metge de capçalera, al psiquiatre o al psicòleg (estandarditzat per edat), segons gènere	44
Figura 45. Percentatge de casos probables de mala salut mental, visites al psiquiatre o al psicòleg o no en fan (estandarditzat per edat), segons gènere	44
Figura 46. Percentatge de persones que visiten a un especialista de la salut mental segons patiment psicològic (estandarditzat per edat), segons gènere	44
Figura 47. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum de tranquil·lizants (estandarditzat per edat) segons gènere	45
Figura 48. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum d'aspirines (estandarditzat per edat) segons gènere	45
Figura 49. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum crònic d'antidepressius (estandarditzat per edat) segons gènere	45

1. Resum executiu

Introducció

En el món desenvolupat, els trastorns mentals figuren entre les malalties més freqüents en la població general; apareixen en edats més joves que altres malalties cròniques i són de les més incapacitants. L'Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2000 (ESB-2000) ens ha permès fer una valoració de l'estat de salut mental de la ciutat de Barcelona a través del Qüestionari de Salut General (GHQ-12) com a mesura de salut mental o, més concretament, de patiment psicològic.

Objectiu general

Estimar la prevalença del patiment psicològic, l'impacte d'aquest patiment en altres indicadors de salut i la seva relació amb el consum de serveis.

Objectius específics

Estimar la prevalença del patiment psicològic segons factors sociodemogràfics, socials i estils de vida. Estimar la prevalença del patiment psicològic a Barcelona i els seus districtes. Estimar la relació entre la prevalença del patiment psicològic i altres indicadors de l'estat de salut. Analitzar el patró d'ús de serveis per part de la població amb patiment psicològic i la proporció de persones amb patiment psicològic entre les que utilitzen determinats serveis i els que no ho fan.

Metodologia

L'univers estadístic de l'ESB-2000 va ser la totalitat de la població resident i empadronada a la ciutat. La unitat mostra estava formada per subjectes individuals, i es van fer deu mil entrevistes (aproximadament mil per districte). La distribució territorial dels efectius va ser de tipus estratificat i no proporcional, tot considerant cada distric-

te com un estrat independent. La principal variable resultat de l'estudi va ser la salut mental, mesurada amb el GHQ-12. Una persona es va considerar "cas probable de mala salut mental" o "persona amb patiment psicològic" quan la puntuació en el GHQ-12 era superior a 2. Com que es tracta d'un estudi transversal, no es poden establir relacions de causa-efecte entre el patiment psicològic i les altres variables considerades en l'estudi. Per fer l'anàlisi es van excloure els subjectes que no podien contestar ells mateixos l'entrevista i els que no havien completat íntegrament el GHQ. El total de subjectes inclosos va ser de 8.319. Les analisis es van fer estandarditzades per edat, ponderades per districte i estratificades per gènere (menys quan s'indica el contrari).

Resultats

La prevalença del patiment psicològic a la ciutat de Barcelona és del 14%.

Factors sociodemogràfics: Les dones tenen una prevalença de patiment psicològic més gran (17%) que els homes (10%). La prevalença de casos probables de mala salut mental és més elevada a mesura que augmenta l'**edat** en dones; en homes, en canvi, no hi ha un patró tan clar. Pel que fa a l'**estat civil**, els separats/ades (o divorciats/ades) i vidus i vídues pateixen més mala salut mental que els solters/eres i els casats/ades (o aparellats/ades). Les dones vídues destaquen per tenir la prevalença més alta de mala salut mental (26%). Quant a l'**origen**, els homes nascuts a l'estranger tenen una prevalença més alta de casos probables de mala salut mental que els espanyols nascuts fora de Catalunya o que els nascuts a Catalunya.

Factors socials: Les persones amb un **nivell educatiu** baix i les de **classe social** baixa pateixen amb més freqüència mala salut mental. Les persones sense estudis tenen una prevalença especialment alta quant a patiment psicològic (30% dels homes i 26% de les dones amb patiment psicològic).

Per altra banda, les persones que tenen més **suport social** gaudeixen de més bona salut mental que les que en tenen menys. Pel que fa a la **situació laboral**: els homes en atur tenen la prevalença del patiment psicològic més elevada (23%), seguits de les dones jubilades (22%), les mestresses de casa i les aturades (19 i 20%, respectivament). Quant a les característiques de la llar, les diferències referides a prevalença del patiment psicològic en funció del **nombre de membres** no són gaire importants. En canvi, s'observen diferències quant a la prevalença del patiment psicològic segons la **tipologia familiar**. La prevalença més elevada es dóna en homes que viuen només amb la parella (23%), i les més baixes, en homes que viuen amb la parella i altres parents, o amb la parella i els fills (9 i 10%, respectivament). En dones, les prevalences més elevades es donen a les llars monoparentals, a aquelles en què conviven la parella i altres parents, i a les llars sense nucli (22, 21 i 21%, respectivament). I les dones que gaudeixen de més bona salut mental són les que viuen amb la parella (14%) o amb la parella i fills (17%).

L'estudi mostra que la relació entre patiment psicològic i **càrrega familiar** (hores de treball domèstic, i cura dels infants, de les persones grans i dels discapacitats) és diferent segons el sexe. El patiment psicològic és més freqüent en dones que no han fet cap **hora de treball domèstic a la setmana** (29% amb patiment psicològic). En canvi, en homes, la prevalença més elevada de patiment psicològic es dóna entre els que han dedicat de quinze a vint-i-una hores a la setmana a fer treball domèstic. Pel que fa a les llars amb infants, la prevalença del patiment psicològic és inferior a les de les llars sense infants, i, en funció de **qui té cura de les criatures**, s'observa que els homes i dones que la comparteixen són els qui gaudeixen de més bona salut mental (5 i 8% amb patiment psicològic, respectivament). Pel que fa a les persones grans, la majoria tenen cura d'ells mateixos. Quan no és així, els homes que comparteixen la **cura de les persones grans** gaudeixen de la millor salut mental (4% de patiment psicològic). La pitjor salut mental la pateixen les dones que diuen que la cura dels seus familiars grans la fan "altres" (32%). Les famílies amb algun membre discapacitat mostren una prevalença del patiment psicològic més elevada que la que es dóna en famílies sense discapacitats. Les persones que comparteixen la **cura dels discapacitats** amb la parella i les famílies en què se n'ocupen "altres" són les que tenen prevalences menors de patiment psicològic.

Estils de vida: La prevalença del patiment psicològic és més alta en les persones que **dormen** nou hores o

més, que fan molta **activitat física quotidiana** o que en fan molt poca (en canvi, l'activitat física en el temps de lleure no està relacionada amb la salut mental), i en les dones que tenen un **índex de massa corporal** més baix de 17 (baix pes).

Quant al consum de **substàncies psicoactives**, pel que fa al tabac, no es detecta la relació amb la salut mental. Pel que fa a l'alcohol, les persones que en prenen ocasionalment són les que gaudeixen de més bona salut mental. El càrem és la **substància psicoactiva il·legal** més consumida (el 14% dels entrevistats n'havien consumit alguna vegada a la vida), i el consum d'aquest (alguna vegada a la vida o el mes abans de l'entrevista) està relacionat amb una prevalença més alta de casos probables de mala salut mental. El consum de cocaïna, que és la segona substància psicoactiva il·legal més freqüentment consumida (el 3% dels entrevistats n'havien consumit alguna vegada a la vida), també està relacionat amb una prevalença més alta de casos probables de mala salut mental.

Districtes de la ciutat: A Barcelona, la prevalença de casos probables de mala salut mental es distribueix segons un continu que inclou des d'un 6% entre els homes de **Sarrià - Sant Gervasi**, fins a un 23% de les dones dels districtes d'**Horta-Guinardó i Ciutat Vella**. En general, les dones a qualsevol dels districtes tenen una prevalença més alta de mala salut mental que els homes del mateix districte. Els districtes amb una prevalença més elevada de patiment psicològic són **Horta-Guinardó** (15% en homes i 23% en dones) i **Ciutat Vella** (14% en homes i 23% en dones). En canvi, les prevalences més baixes de patiment psicològic les gaudeixen els homes de **Sarrià - Sant Gervasi** (6%) i de Sant Andreu (7%), i les dones de **Sant Andreu** (14%) i de l'Eixample (15%).

Altres indicadors de salut: Els indicadors relacionats amb la salut estan molt associats a la salut mental. Per exemple, la **percepció de la salut general** està directament relacionada amb la prevalença de casos probables de mala salut mental. Les persones amb una salut general bona, molt bona o excel·lent eren les que gaudien de més bona salut mental. Així mateix, les persones **amb discapacitats** tenien una prevalença més alta de casos probables de mala salut mental que els no discapacitats. Finalment, les persones amb tres **malalties cròniques** o més tenien una prevalença més elevada de patiment psicològic.

Ús de serveis sanitaris: L'any anterior a l'entrevista, tan sols un 5,8% dels enquestats havien **visitat algun especialista** de la salut mental (psiquiatre o psicòleg). Bona part de les persones que fan visites al psiquiatre o al psicòleg tenen prevalences de patiment psicològic altes

(prop del 40% en homes i dones per als dos professionals). Les persones que visiten el metge de capçalera, encara que en una magnitud molt inferior, també tenen prevalences de patiment psicològic (12% en homes i 19% en dones) superiors a les que no ho fan (8% en homes i 13% en dones).

Per altra banda, pel que fa a les persones amb patiment psicològic, visiten els especialistes de la salut mental (psiquiatre o psicòleg) en un percentatge més elevat (16% d'homes i 18% de dones) que les que gaudeixen de bona salut mental, dels quals només el 3% d'homes i el 5% de dones visiten algun d'aquests especialistes de la salut mental.

Pel que fa al **consum de fàrmacs**, comparant els qui havien pres tranquil·lizants i els qui no ho havien fet, hi havia més casos probables de mala salut mental entre els consumidors (prop del 30% d'homes i prop del 40% de dones amb patiment psicològic, contra el 8% d'homes i el 13% de dones amb patiment psicològic que no n'havien pres). Amb els antidepressius passa el mateix que amb els tranquil·lizants: els consumidors són més freqüentment casos probables de mala salut mental (el 37% d'homes i el 40% de dones amb patiment psicològic, contra el 9% i el 14% dels qui no n'havien pres).

Conclusions

L'estudi confirma l'elevada prevalença del patiment psicològic (14%) i la distribució desigual de les prevalences segons sexe i altres factors sociodemogràfics. Les dones, els separats, divorciats i vidus i els estrangers tenen prevalences més elevades de patiment psicològic. La prevalença del patiment psicològic també és heterogènia segons factors socials (nivell educatiu, classe social, suport social i situació laboral) i segons estils de vida (activitat física, consum d'alcohol i drogues, índex de massa corporal –IMC–, i hores de son al dia).

S'evidencia que els districtes de Barcelona tenen una prevalença desigual de casos probables de mala salut mental. Ciutat Vella i Horta-Guinardó són els districtes amb una prevalença més alta, i Sarrià - Sant Gervasi i Sant Andreu són els qui tenen una prevalença més baixa.

El patiment psicològic mesurat amb el GHQ-12 està directament relacionat amb altres indicadors de salut com l'estat de salut percebut, la morbiditat crònica i les incapacitats.

Les persones amb patiment psicològic utilitzen més els serveis sanitaris i consumeixen més medicació que les que gaudeixen de bona salut mental.

2. Introducció

"La salut és un estat de benestar complet físic, mental i social, i no solament l'absència de malaltia o debilitat" (OMS) (*International Health Conference*, 1948).

La definició de salut de l'OMS emfatitza la dimensió positiva de salut i destaca el component mental i social de la salut. Precisament una bona salut mental es manifesta amb activitats productives, amb relacions enriquidores amb altres persones i amb l'habilitat d'adaptar-se al canvi i d'afrontar les adversitats. Des de la infància a la vellesa, la salut mental possibilita les capacitats per pensar i comunicar, aprendre, desenvolupar-se emocionalment, ser flexibles i mantenir l'autoestima.

Contràriament, la malaltia mental, referida a qualsevol problema mental, es caracteritza per alteracions en el pensament, humor o comportament (o qualsevol combinació entre aquests) associades a patiment i/o a problemes de funcionament. El patiment psicològic apareix quan els recursos personals no són suficients per fer front a les demandes de l'entorn. Així doncs, la salut mental és producte de factors interrelacionats individuals (biològics i de comportament) i de factors ambientals (socials i materials).

En el món desenvolupat, els trastorns mentals figuren entre les malalties més freqüents en la població general; apareixen en edats més joves que altres malalties cròniques i són de les més incapacitants. Tot i que no hi ha diferències significatives entre gèneres en determinats trastorns mentals com ara l'esquizofrènia o el trastorn bipolar (són trastorns que afecten menys del 2% de la població), sí que n'hi ha en altres que, tenint una prevalença més alta, són més freqüents en dones (la depressió, l'ansietat i els problemes psicosomàtics) (DSM-IV, 1995). Aquest fet no és sorprenent si tenim en compte que el gènere determina rols i exposicions a situacions de risc. La prevalença més elevada de depressió i ansietat entre les dones es pot explicar, en part, per factors com ara els següents: les desigualtats quant al poder i el control que tenen homes i dones sobre els determinants socioeconòmics de la seva salut mental i les seves vides; la posició social; l'estatus i el tracte que reben a la societat i la susceptibilitat i exposició a riscos específics de la

salut mental com pot ser la violència de gènere; les desigualtats en els salari; l'estatus social més baix; i la responsabilitat de la cura dels altres membres de la família. Els homes, en canvi, tenen més probabilitat de patir trastorns mentals com ara la dependència d'alcohol o el trastorn de personalitat antisocial (Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee i Meltzer, 2003 i http://www.who.int/gender/other_health/genderMH.pdf).

Els problemes mentals no tractats poden conduir a dificultats en les relacions personals, a patiment i/o discapacitat significatives i a una disminució en la capacitat de treball. D'aquesta manera la salut mental dels individus té un paper important en la seva qualitat de vida, en la seva integració social i en la seva participació en activitats socials i econòmiques. Els problemes i les malalties mentals redueixen l'esperança de vida i tenen efectes adversos en les economies dels països (<http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11570.htm>).

Actualment és possible fer diagnòstics utilitzant criteris específics, i es coneixen tractaments efectius per als trastorns mentals. Però, en canvi, tan sols una petita part dels malalts que compleixen els criteris d'un mala salut mental reben tractament (Kessler, 2000) i només dos de cada cinc persones que pateixen un trastorn d'humor, d'ansietat o d'ús de substàncies consulten un professional (Singleton et al., 2003). Això ha fet que l'Organització Mundial de la Salut augmentés l'interès per la salut mental (Kapp, 2001) i la promoció de la salut mental s'hagi convertit en prioritària entre els països de la Unió Europea. Per valorar la situació a Europa, s'han desenvolupat projectes que han de permetre conèixer la prevalença dels trastorns mentals al nostre continent (Alonso et al., 2000).

Les enquestes de salut per entrevista són l'instrument d'elecció per obtenir informació de la població referent a fenòmens subjectius relacionats amb la salut i la morbiditat percebudes, els comportaments relacionats amb la salut, la utilització de serveis sanitaris, la realització de pràctiques preventives i la salut mental. Igualment són valuoses per conèixer aspectes i opinions relacionats amb la satisfacció, la xarxa social i l'entorn ambiental,

que són determinants importants de la salut mental i de la qualitat de vida de les persones. Un dels avantatges de les enquestes de salut és que proporcionen informació sobre tota la població, incloent-hi les persones que no utilitzen els serveis sanitaris. Els registres rutinaris d'informació sanitària, com ara les malalties de declaració obligatòria, els registres dels centres sanitaris, etc., habitualment obtenen una informació diferent i complementària a la que recull una enquesta de salut.

L'Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2000 (ESB-2000) té la particularitat que amplia els indicadors de salut recollits, tot introduint el Qüestionari de salut general (GHQ-12) com a mesura de salut mental, o més concretament de patiment psicològic (vegeu la descripció de l'instrument). Es tracta d'un instrument molt utilitzat per a valorar l'estat de salut mental en població general o per a cribatge en centres d'assistència primària (Sartorius et al., 1993). El fet d'introduir el GHQ-12 ens ha permès fer una valoració de l'estat de salut mental de la ciutat de Barcelona, bo i distingint entre districtes i relacionant-la amb variables com ara el suport social, la càrrega familiar i altres variables sociodemogràfiques.

Les dades sobre la prevalença del patiment psicològic, juntament amb el coneixement i posada en pràctica d'estratègies d'efectivitat demostrada per promoure la salut mental i prevenir problemes i malalties mentals, seran la clau per permetre desenvolupar unes polítiques d'assistència i prevenció més adequades.

3. Objectius

Objectiu general

Estimar la prevalença del patiment psicològic, l'impacte d'aquest patiment en altres indicadors de salut i la seva relació amb el consum de serveis.

Objectius específics

- a. Estimar la prevalença del patiment psicològic segons factors sociodemogràfics (edat, gènere, origen i estat civil).
- b. Estimar la prevalença del patiment psicològic segons factors socials (nivell d'estudis, classe social, situació laboral, suport social i emocional, tipus de llar i càrrega familiar).
- c. Estimar la prevalença del patiment psicològic segons estils de vida (consum de substàncies psicoactives com ara alcohol, tabac i altres drogues; hores de son; índex de massa corporal –IMC–, característiques del lloc de treball, i activitat física).
- d. Estimar la prevalença del patiment psicològic a Barcelona i als seus districtes.
- e. Estimar la relació entre la prevalença del patiment psicològic i altres indicadors de l'estat de salut (salut general, morbiditat crònica i incapacitats).
- f. Analitzar el patró d'ús de serveis sanitaris per part de la població amb patiment psicològic i la proporció de persones amb patiment psicològic entre els qui utilitzen determinats serveis i els qui no ho fan (visites i ús de medicaments).

4. Metodologia

4.1 Característiques tècniques de l'ESB-2000

4.1.1 Univers estadístic, unitat mostral i grandària de la mostra

L'univers estadístic de l'ESB-2000 és la totalitat de la població no institucionalitzada resident i empadronada a la ciutat de Barcelona, sense cap tipus de restricció en funció de l'edat. És a dir, un total d'1.508.805 habitants segons dades del Padró d'habitants del 1996.

La unitat mostral d'aquesta enquesta està formada per subjectes individuals, i el nombre d'entrevistes realitzades és de deu mil per al conjunt de la ciutat, mil a cada un dels deu districtes. Aquesta grandària mostral permet un marge d'error proper al $\pm 1\%$ per al conjunt de la mostra, amb un nivell de confiança del 95,5%, com també la possibilitat d'establir diferents tipus d'estratificació territorial i social amb uns nivells de fiabilitat considerables.

La distribució territorial dels efectius d'aquesta mostra és de tipus estratificat i no proporcional, tot considerant cadascun dels districtes de la ciutat com estrat independent. En el conjunt de la mostra, la distribució per edat i sexe es va seleccionar de tal manera que fos igual a la piràmide de població de la ciutat de Barcelona.

En aquest informe només es presenten els resultats obtinguts per a les persones de quinze o més anys que van poder contestar elles mateixes l'entrevista ($n=8.319$) (vegeu la distribució per districtes i grup d'edat a la taula 2).

4.1.2 Selecció de les persones a entrevistar i àmbit temporal

La selecció de les persones a entrevistar en el marc d'aquesta enquesta es va realitzar de manera aleatòria a partir de les actualitzacions de la llista del Padró d'habitants del 1996 que el Servei d'Estadística de

l'Ajuntament de Barcelona havia facilitat. Les persones que es van negar a contestar o no es van localitzar, van ser substituïdes per altres de la mateixa edat, sexe i districte.

El treball de camp de l'ESB-2000 es va dur a terme al llarg d'un any per tal d'evitar la incidència de l'estacionalitat en els processos de morbiditat i ús dels serveis sanitaris per part de la població. El període de l'enquesta va ser del març del 2000 al gener del 2001.

4.2 Característiques del qüestionari

L'ESB-2000 es va realitzar mitjançant entrevistes personals al mateix domicili de la persona seleccionada, a partir d'un qüestionari precodificat. Prèviament a la visita de l'enquestador, les persones seleccionades havien rebut dues cartes informatives sobre l'enquesta. Es van utilitzar tres tipus de qüestionaris: el general, el d'incapacitats i el de menors de quinze anys, i tant per als incapacitats com per als menors de quinze anys l'enquesta la contestava una altra persona.

Per a l'anàlisi de salut mental, tan sols es van utilitzar les dades recollides en el qüestionari general, ja que la informació referida al GHQ no es podia contestar per delegació.

Qüestionari general: És el model de qüestionari que conté la totalitat de les preguntes de l'entrevista i que s'ha passat a la població més gran de catorze anys que no estava impossibilitada per contestar l'enquesta. Tanmateix, una part d'aquestes preguntes només s'han passat a la meitat de les persones entrevistades, de tal manera que en resulten dos qüestionaris:

- *El qüestionari general A:* s'ha passat a totes les enquestes acabades en xifra parell i inclou totes les preguntes menys les d'ús de medicaments, les referents a la qualitat de vida i el suport social.
- *El qüestionari general B:* s'ha passat a totes les enquestes acabades en xifra senar i inclou totes les preguntes menys la satisfacció amb l'atenció primària i l'entorn ambiental.

4.3 Definició de variables i descripció de variables compostes

4.3.1 Salut mental

És la principal variable resultat d'aquest informe, i es va mesurar amb la versió abreujada del *General Health Questionnaire (GHQ)*.

El racional que sustenta el GHQ es basa en el fet que hi ha aspectes diferenciats en els quals els individus sans difereixen totalment dels que pateixen trastorns psíquics. El "mínim comú" dels trastorns psíquics serien els anomenats "símptomes distímics" (Foulds i Bedford, 1975) o "neuròtics" (Maxwell, 1973), és a dir, la simptomatologia ansiosa i depressiva. Un individu amb trastorn psicològic, es pot suposar com a emocionalment excitat, alterat respecte a la seva forma normal de ser. Aquests estats són comuns a quasi tots els pacients psiquiàtrics, i per tant no discriminen entre les categories diagnòstiques. Per altra banda, es tracta de símptomes que també estan relacionats amb circumstàncies habituals, ja que qualsevol persona els pot experimentar amb certa intensitat en algun moment.

Així doncs, el GHQ se centra en ruptures de la funció normal, més que no pas en els trets presents al llarg de tota la vida. En aquest sentit, no pretén detectar trastorns de personalitat, patrons d'adaptació sexual o fenòmens de llarga durada (com ara el tartamudeig, el retard mental o la demència senil), llevat que estiguin associats a altres símptomes que, per si mateixos, justifiquin un diagnòstic. Les preguntes indaguen sobre si l'individu ha experimentat recentment un símptoma o ítem de comportament particular, en una escala que va des de menys de l'habitual a molt més que l'habitual. Tot i que originàriament el GHQ no pretenia detectar psicosis funcionals com ara l'esquizofrènia o la depressió psicòtica, l'experiència posterior amb el GHQ va demostrar que sovint aquests trastorns eren detectats. Això passa probablement perquè aquests malalts també tendeixen a patir malestar psíquic en forma de símptomes de depressió i ansietat i el GHQ concentra els seus ítems en aquest nivell (Goldberg i Williams, 1996). El qüestionari es refereix a dos tipus principals de fenò-

mens: la incapacitat de dur a terme les funcions saludables normals, i l'aparició de nous fenòmens que produeixen malestar psíquic (*felt distress*) (Goldberg et al., 1996). En aquest informe, atès que és complicat fer una traducció exacta del concepte *felt distress*, usarem "patiment psicològic" com a equivalent del terme anglès. El GHQ va ser dissenyat per Goldberg per utilitzar-lo en població general, en malalts ambulatoris i d'assistència primària. La versió utilitzada a l'Enquesta de salut de Barcelona és la de dotze ítems (GHQ-12) –(vegeu l'annex GHQ-12). Tal com veiem a la taula 1, els ítems del GHQ-12 es poden valorar segons una escala ordinal (puntuació de Likert) o una de categòrica (puntuació GHQ). La primera permet fer una puntuació mitjana del GHQ en una població o subgrup de població, i es pot interpretar com a una mesura global de l'estat psicològic d'aquesta població. D'aquesta manera el GHQ permet donar informació sobre el "grau" de simptomatologia neuròtica de la població. En canvi, utilitzant la puntuació GHQ (categòrica), el GHQ permet dividir la població segons si els individus són: "casos probables de mala salut mental" o individus "amb bona salut mental". Puntuat d'aquesta manera, està considerat com un bon instrument de cribatge de salut mental en la població i es recomana que s'utilitzi en estudis de salut pública / salut mental. Permet examinar la distribució de patiment psicològic en la població general, i també estimar la prevalença de persones que presenten trastorns mentals en una determinada població.

Com que l'objectiu d'aquest treball era calcular la prevalença de la mala salut mental en funció de diverses variables, es va utilitzar el mètode que permetia categoritzar segons "cas probable de mala salut mental" o persona amb "bona salut mental". El punt de tall per considerar una persona com a cas probable era que el GHQ global fos de més de 2 punts (Goldberg i Williams, 1996). A l'apartat de resultats, utilitzem com a equivalent l'expressió "persona amb patiment psicològic" o "cas probable de mala salut mental", entenent que les dues expressions es refereixen al fet que la puntuació del GHQ-12 és superior a 2.

Entre els estudis de validesa del GHQ-12, l'estudi de població general australiana (Tennant, 1977) i el de malalts d'atenció primària del Brasil (Mari i Williams,

Taula 1. GHQ-12. Exemple d'ítem amb dos possibles mètodes de puntuació

	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4
S'ha notat constantment carregat/ada i en tensió?	En absolut	No més que habitualment	Una mica més que habitualment	Molt més que habitualment
Puntuació Likert	0	1	2	3
Puntuació GHQ*	0	0	1	1

*És la puntuació utilitzada en aquest estudi.

1985), bo i utilitzant l'entrevista estandarditzada CIS com a patró de referència, van determinar una sensibilitat del 87% amb el punt de tall 1/2 en el primer estudi i una sensibilitat del 85% amb el punt de tall 3/4 en el segon. La validació del GHQ-12 a Espanya (Muñoz, Tejerina-Allen i Cañas, 1995) indica que el punt de tall òptim era de 2/3, i s'obtenia una sensibilitat del 76% i una especificitat del 80%. L'àrea sota la corba ROC és de 0,8277 (Interval de confiança del 95%: 0,764 – 0,891). Els principals avantatges d'utilitzar aquest instrument com a mesura de la salut mental són que és un dels instruments més usats arreu del món, que és fàcil d'administrar, i que permet la comparació amb els resultats de l'Enquesta de salut de Catalunya 1994 (ESCA) i amb altres enquestes de salut mental i salut poblacional. A més, permet establir relacions entre patiment psicològic i conductes/hàbits relacionats amb la salut, com ara el consum de tabac o d'alcohol, els hàbits dietètics o la realització d'exercici físic.

Per altra banda, les principals limitacions, tal com hem comentat més amunt, són que no detecta simptomatologia crònica, ja que que tan sols reflecteix fins a quin punt un individu creu que el seu estat actual és diferent de l'habitual. Tampoc no mesura els aspectes positius de la salut mental.

4.3.2 Dades sociodemogràfiques

Les variables sociodemogràfiques que es van analitzar van ser les següents:

- **Gènere** (home o dona).
- **Edat**, distribuïda en intervals (de 15 a 24 anys, de 25 a 34, de 35 a 44, de 45 a 54, de 55 a 64, de 65 a 74, i de 75 o més anys).
- **Estat civil** (solter, casat o aparellat, separat o divorciat i vidu).
- **Origen** (nascut a Catalunya, a la resta de l'Estat espanyol o a l'estrangeir).

4.3.3 Dades socials

- **Nivell educatiu**: La distribució del nivell d'estudis ha estat la següent: sense estudis, primaris incomplets, primaris, secundaris i universitaris.
- **Classe social**, obtinguda sobre la base de la classe social proposada per la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany, Regidor, Alonso i Alvarez-Dardet, 2000). Es tracta d'una readaptació de la classificació de Domingo i Marcos (1989) a la "Clasificación nacional de ocupaciones" (CNO) del 1994, basant-se en la classificació britànica de classe social. Per fer-la, s'ha usat l'ocupació actual o anterior de la

persona entrevistada, o, en cas que no hagués treballat mai, l'ocupació del cap de família. Les classes obtingudes a partir de l'ocupació són les següents:

- **Classe I (CSI)**: Directius de l'administració i d'empreses amb més de deu assalariats. Professions associades a titulacions de segon i tercer cicles universitaris.
- **Classe II (CSII)**: Directius d'empreses amb menys de deu treballadors. Professions associades a titulacions de primer cicle universitari. Artistes i esportistes.
- **Classe III (CSIII)**: Treballadors de tipus administratiu, treballadors dels serveis de protecció i seguretat, treballadors per compte propi, supervisors de treballadors manuals.
- **Classe IV (CSIV)**: Treballadors manuals qualificats i semiqualificats.
- **Classe V (CSV)**: Treballadors no qualificats.

– **Suport social**: A causa de la dificultat de mesurar el suport social, per la seva subjectivitat, la majoria d'enquestes de salut intenten conèixer les xarxes socials de l'individu a la comunitat on viu, ja que, tot i no ser indicatiu de suport social, és una premissa prèvia a l'existència d'aquest.

En aquesta enquesta, per tal de conèixer la xarxa social i per inferir el suport social de l'enquestat/ada, a la meitat de la mostra se li va fer una pregunta (**suport emocional**) i se li va administrar un qüestionari específic (**qüestionari de suport social de Duke**).

• Suport emocional

La pregunta és la següent: Entre les persones que l'envolten, n'hi ha alguna amb qui pot parlar, en qualsevol moment, de problemes molt personals? Les respostes possibles són (sí, més d'una; sí, una persona; no). D'aquesta manera s'intenta mesurar la presència de persones de confiança (amb les quals pot parlar de problemes molt personals) en la xarxa social.

• Qüestionari de suport social de Duke

Aquest qüestionari, després de la validació en el nostre país, conté els ítems següents:

1. Tinc invitacions per distreure'm i sortir amb altres persones.
2. Rebo amor i afecte.
3. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes a la feina i/o a la llar.
4. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes personals i familiars.
5. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes econòmics.
6. Tinc persones que es preocupen del que em passa.
7. Rebo consells útils quan em passa alguna cosa important a la vida.
8. Rebo ajuda quan estic malalt/a al llit.

Cadascun d'aquests ítems té cinc categories de resposta amb puntuacions de l'escala de Likert que van des de *molt menys del que desitjo* (que puntuat 1) a *tant com desitjo* (que puntuat 5).

Aquest qüestionari recull dues dimensions de suport social: el suport confidencial pel qual les persones poden rebre informació i consell o disposen de persones amb les quals compartir inquietuds (ítems 1, 3, 4, 5 i 7), i el suport afectiu que es pot concretar en expressions d'amor o d'afecte, estimació, simpatia, etc. (ítems 2, 6 i 8). Per obtenir la puntuació de cada escala, se sumen els valors obtinguts a cadascun dels ítems i després es transforma a base 100. Queden com a casos amb valors faltants els que tenen quatre o més ítems no contestats. La puntuació global del qüestionari Duke correspon a la mitjana de puntuacions obtingudes en les dues dimensions. En conjunt, a més puntuació, més suport social.

– **Situació laboral:** Les diferents categories considerades van ser: treballador/a remunerat/ada; aturat/ada; mestressa de casa; jubilat/ada; estudiant.

– **Tipus de llar:** Es va considerar tan el nombre de membres de la llar com la tipologia (unipersonal, sense núcli, parella, parella amb fills, monoparental i altres).

– **Càrrega familiar:** Per una banda, es va considerar la mitjana d'hores de treball domèstic a la setmana i, per altra banda, en cas que a la llar hi hagués persones grans, criatures o discapacitats, es demanava qui en tenia cura.

• **Hores de treball domèstic a la setmana**

Es va calcular a partir de la pregunta: Habitualment, quantes hores diàries dedica vostè a les feines de la casa com ara netejar, planxar, cuinar, etc. durant un dia feiner? I durant el cap de setmana? A partir de les respostes, es va calcular la mitjana d'hores dedicades a les tasques domèstiques els dies feiners i els caps de setmana per cada individu. Per a l'anàlisi, es van usar les categories següents: cap hora; d'una a set hores; de vuit a catorze hores; de quinze a vint-i-una hores; vint-i-dues hores o més.

• **Cura de gent gran, criatures i discapacitats**

Les persones que convivien amb persones més grans de seixanta-quatre anys, menors de quinze o discapacitats, van respondre la qüestió següent:

- Qui s'ocupa habitualment de les persones més grans de 64 anys?
- Qui s'ocupa habitualment dels nens/es més petits de 15 anys?
- Qui s'ocupa habitualment de les persones discapacitades que viuen en aquesta casa?

Les possibilitats de resposta eren: jo sol; la meva parella; jo, compartit amb la meva parella; jo, compartint amb algú altre que no és la meva parella; una persona contractada; ells sols; una altra situació. Les categories (una persona contractada, una altra situació) es van agrupar com a "altres" a l'anàlisi atesos els pocs efectius. Per altra banda, es va incloure com a categoria de referència els "no procedeixen" que agruparien tots els que no tenen criatures, gent gran o discapacitats a la llar.

4.3.4 Estils de vida

– **Activitat física:** Es va avaluar l'activitat física entesa com a "qualsevol moviment corporal produït pel sistema músculo-esquelètic que produeix una despesa energètica".

• **Activitat física en el temps de lleure**

Per tal de mesurar la intensitat de l'activitat física s'utilitza el MET, que és l'equivalent de la despesa energètica en repòs i que correspon a un consum de 3,5 ml d'oxigen per quilogram i per minut. Cada activitat física té assignat un nombre indicatiu de METs (Ainsworth, Haskell i Whitt, 2000), que són els següents:

- Handbol, esquaix: 12
- Arts marciais, atletisme, rugbi: 10
- Escalada, futbol, hoquei, muntanyisme: 8
- Esquí, fúting, frontó, patinatge, submarinisme, tennis, boxa: 7
- Aeròbic, bàsquet, bicicleta estàtica, natació, pàdel, pesos, altres esports: 6
- Caça, jardineria, ràfting: 5
- Ball, golf: 4,5
- Ciclisme, gimnàstica, gimnàstica passiva, ioga, pesca, ping-pong, gimnàstica rehabilitadora: 4
- Piragüisme, tir: 3,5
- Vela, voleibol, surf de vela: 3
- Petanca, trial (moto): 2,5

A partir del MET i de la durada i freqüència de l'activitat, es calcula l'índex energètic:

ÍNDEX ENERGÈTIC = freqüència (dies) * durada (min) * intensitat (MET)

A partir d'aquest índex, classifiquem els participants com a:

- **Molt actius:** les persones que tenen un índex energètic superior a 5.000.
- **Actius:** les persones amb un índex energètic d'entre 3.000 i 4.999.

- **Moderadament actius:** les persones amb un índex energètic d'entre 1.400 i 2.999.

- **Sedentaris:** les persones amb un índex energètic inferior a 1.400.

Per establir aquest índex es pregunta:

- Si camina durant el temps de lleure i amb quina freqüència i quina durada ho fa.
- Si fa altres activitats físiques i amb quina freqüència i quina durada fa cadascuna.

• Activitat física habitual

Es pretén descriure el tipus d'activitat física que es fa en les ocupacions habituals, sense tenir en compte la que es fa en temps de lleure. Depenen de les respostes, es categoritza com a:

- Inactiu: està assegut/uda la major part de la jornada.
- Activitat física lleugera: està dret/a la major part de la jornada sense desplaçar-se.
- Activitat física moderada: la seva activitat no requereix un esforç físic important, però es desplaça a peu sovint.
- Activitat física intensa: la seva activitat requereix un esforç físic important.

– Consum de substàncies psicoactives

• Consum d'alcohol

Les preguntes de l'enquesta ens permeten conèixer:

- a) **Quantitat d'alcohol consumit en un dia feiner i durant el cap de setmana:** Es demana el nombre de consumicions, gots o copes consumides.

Aquesta dada ens permet conèixer els grams d'alcohol ingerits per l'individu a partir de l'equivalència entre els grams que conté cada tipus de beguda i la mesura consumida. L'equivalència considerada ha estat:

Cervesa	10 g
Vi, cava o similars	10 g
Conyac, cigalons, vermut, licors i similars.....	20 g
Whisky, ginebra, vodka, rom, aiguardent, combinats i similars.....	20 g

Una vegada coneguda la freqüència i la quantitat consumida, calculem els grams consumits diàriament de mitjana pels individus que declaren consumir com a mínim un cop per setmana seguint el criteri següent:

- Per al càlcul dels grams consumits diàriament, es multipliquen per cinc els grams consumits en un dia feiner i s'hi sumen els grams consumits en cap de setmana, i el resultat es divideix per set: $([g \text{ durant la setmana} * 5] + g \text{ cap de setmana}) / 7$.

- b) **Freqüència de consum d'alcohol durant l'últim mes:** A partir d'aquesta informació i criteris classifiquem els individus com a abstemis/abstèmies, bevedors/es ocasionals i bevedors habituals.

- Abstemi/abstèmia: el qui no ha consumit mai alcohol de manera habitual.
- Bevedor/a ocasional: el qui declara haver consumit com a màxim d'una a tres ocasions durant l'últim mes.
- Bevedor/a moderat: el qui beu menys de 20 g al dia en el cas de les dones, i menys de 40 g al dia en el cas dels homes.
- Bevedor/a de risc: el qui beu més de 20 g al dia en el cas de les dones, i més de 40 g en el cas dels homes.

• Consum de tabac

En l'enquesta es pretén classificar l'entrevistat dins les diferents categories de fumador en funció de la seva resposta. Les categories són les següents:

- **Fumador/a habitual:** la persona que fuma diàriament.
- **Fumador/a ocasional:** la persona que fuma cigarrets/cigars/pipa, però menys d'una vegada al dia.
- **No fumador:** la persona que no ha fumat mai.
- **Ex-fumador/a diari:** la persona que havia estat fumadora habitual, però que ara no fuma.
- **Ex-fumador/a ocasional:** la persona que havia fumat de manera ocasional, però que ara no fuma.

• Consum d'altres drogues

Per avaluar el consum de drogues il·legals i tranquil·lizants (tranquil·lizants, càñem, cocaïna, amfetamines + èxtasi + LSD, heroïna, etc.) es van fer es preguntes següents: *Ara li llegiré una sèrie de substàncies i m'haurà de dir si alguna vegada n'ha pres alguna per curiositat, per sentir-se millor, més relaxat, estimular-se o sentir-se més actiu.*

En cas afirmatiu, ha pres... en els darrers 30 dies?

- **Hores de son:** Per tal de tenir informació sobre la mitjana d'hores que l'enquestat/ada dormia cada dia, incloent-hi també les migdiades, es va preguntar: Durant els últims 12 mesos, quantes hores acostuma a dormir, de mitjana, cada dia? El rang de respostes possibles va de 0 a 24. Per fer l'anàlisi es va categoritzar la variable en tres grups d'individus en funció de les hores dormides (menys de 6 hores, de 6 a 8 hores, i 9 hores o més). Aquesta categorització ha estat utilitzada en estudis previs (Burazeri, Gofin i Kark, 2003).

- Per als qui estaven en actiu, es van demanar les característiques **del lloc de treball**, concretament el tipus de relació laboral (assalariats fixos, assalariats eventuals,

empresaris amb assalariats, i treballadors autònoms) i la manera en què estava organitzada la jornada laboral (partida, contínua de matí o tarda, contínua de nit, torns, i canviable o irregular).

- L'Índex de massa corporal: Es va utilitzar l'Índex de Quelet –o índex de massa corporal (IMC)–, que es basa en la mesura del pes i de la talla ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$) per definir si la persona tenia:

- **Baix pes:** individus amb un IMC inferior a $17 \text{ kg}/\text{m}^2$.
- **Baix pes moderat:** IMC de 17 a $19 \text{ kg}/\text{m}^2$.
- **Pes acceptable:** canvia segons sexe:
Dones: IMC de 20 a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$.
Homes: IMC de 20 a $27 \text{ kg}/\text{m}^2$.
- **Sobrepes:** canvia segons sexe:
Dones: IMC de 26 a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.
Homes: IMC de 28 a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.
- **Obesitat:** individus amb un IMC superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Per determinar l'IMC, a causa de la dificultat que representaria obtenir una determinació directa d'aquestes dues mesures, s'utilitzaven els valors de pes i alçada declarats pels mateixos enquestats.

4.3.5 Estat de salut

- **L'estat de salut percebut:** L'enquesta incloïa una pregunta sobre *Com diria vostè que és la seva salut en general?* Les opcions de resposta eren: excel·lent, molt bona, bona, regular o dolenta.
- **Morbiditat crònica:** Es va usar una llista específica de malalties cròniques prevalents (per exemple, al·lèrgies cròniques, artrosi o reumatisme, asma, etc.). Aquesta llista incloïa una categoria que era: "problemes nerviosos / depressions". Per a l'anàlisi, es va optar per calcular el nombre de trastorns crònics que patia aquella persona. Es va fer l'anàlisi tot excluint de la suma de trastorns crònics la categoria problemes nerviosos / depressions. Les categories van ser: no pateix trastorns crònics, pateix un trastorn, pateix dos trastorns, pateix tres trastorns, pateix quatre o més trastorns. La categoria problemes nerviosos / depressions s'ha analitzat separatament.
- **Discapacitats:** Per a les persones de menys de **seixanta-cinc anys**, l'entrevista se centra en dues preguntes sobre la **necessitat d'ajuda**.
- **Cura personal:** *A causa d'algun impediment o dificultat de la seva salut, necessita l'ajuda d'altres personnes per fer la seva higiene personal, menjar, banyar-se o*

moure's per casa? I també s'hi inclou una pregunta per poder conèixer la necessitat d'ajuda.

- **Activitats habituals:** *A causa d'algun impediment o dificultat de la seva salut, necessita l'ajuda d'altres personnes per fer activitats rutinàries com ara la feina de casa, anar al banc, anar a comprar o sortir de casa per qualsevol motiu?* Les respostes podien ser sí o no.

- **Discapacitats:** En les persones de **seixanta-cinc anys i més**, es pretén conèixer la **reducció de l'autonomia**, bo i centrant-se en algunes activitats de la vida diària. Concretament es va preguntar: *Quin grau de dificultat té per fer les activitats que ara li llegiré sense cap ajuda o aparell? 1) Caminar. 2) Asseure's i aixecar-se de la cadira. 3) Anar al lavabo. 4) Vestir-se i desvestir-se. 5) Pujar i baixar escales. 6) Sortir al carrer. 7) Cuinar el seu menjar. 8) Afaitar-se (homes). 9) Pentinar-se (dones). 10) Banyar-se o dutxar-se. 11) Tallar-se les ungles dels peus. 12) Menjar. 13) Anar al mercat - fer la compra personal. 14) Administrar els diners (donar o rebre canvi) o pagar rebuts. 15) Utilitzar el telèfon. 16) Caminar diverses "illes de cases" (uns centenars de metres).* Les opcions de resposta eren: cap dificultat, poca dificultat, força dificultat, i no pot fer-ho. Per fer l'anàlisi de les dades, es van agrupar les activitats de la vida diària en tres categories segons la seva naturalesa: mobilitat (cap discapacitat, discapacitat moderada, i molta discapacitat) cura personal (cap discapacitat, discapacitat moderada, i molta discapacitat) i activitats habituals (cap discapacitat, i discapacitat).

4.3.6 Utilització dels serveis sanitaris

- **Visites a professionals sanitaris:** Per tal de conèixer les visites, es va demanar als enquestats: *En els darrers 12 mesos, ha estat visitat/ada per un dels següents professionals sanitaris per motiu de la seva salut?* 1) Pediatre. 2) Metge/essa de medicina general. 3) Infermer/a 4) Psiquiatre/a. 5) Oculista. 6) Dentista. 7) Un altre metge/essa especialista. 8) Fisioterapeuta. 9) Psicòleg/psicòloga. 10) Treballador/a social. 11) Homeòpata, naturista o acupuntor/a. 12) Un altre professional sanitari. Les opcions de resposta eren sí o no. A l'anàlisi s'utilitzen les dades referents als professionals sanitaris següents: metge/essa de capçalera, psiquiatre/a i psicòleg/psicòloga. La resta de professionals sanitaris (pediatre/a, infermer/a, oculista, dentista, etc.) queden exclosos de l'anàlisi.
- **Utilització de medicaments** (a la meitat de la mostra):

Per tal de conèixer la utilització de medicaments en els darrers 15 dies tot identificant si es tractava d'un tractament prescrit pel metge o instaurat pel pacient en règim d'automedicació, es feia la pregunta següent: *Durant aquestes dues últimes setmanes, ha pres algun medicament dels que ara li llegiré? En cas afirmatiu, l'ha pres pel seu compte o li ha estat receptat per a aquesta ocasió?* Les opcions de resposta eren: sí, pel seu compte; sí, receptat; no.

Es va utilitzar una llista amb dotze grups de medicaments que incloïen els tranquil·litzants, sedants, pastilles per a l'ansietat i per dormir, i una última opció de resposta oberta com a "altres medicaments".

Es va fer una pregunta sobre el consum de medicaments que s'usen de forma crònica, entre els quals constaven els medicaments per a la depressió: *Pren actualment algun dels medicaments que ara li llegiré de forma crònica, és a dir, durant més de tres mesos?* Les opcions de resposta eren: pren medicaments (sí o no). Es va utilitzar una llista amb sis grups de medicaments. A l'anàlisi, respecte al consum de medicaments es van tenir en compte: aspirines o similars, tranquil·litzants i consum crònic d'antidepressius. La resta de medicaments (fàrmacs per aprimar-se, antial·lèrgics, medecines per a la tos, antibiòtics, vitamines o minerals, etc.) van ser exclosos de l'anàlisi.

4.4 Anàlisi de les dades

Perquè els resultats siguin representatius del conjunt de la ciutat, atès que es va agafar una mostra estratificada per districtes, quan s'analitzen les dades per a tot Barcelona, cal aplicar un pes diferent per a cada districte (d'un rang de 0,54 de les Corts a un d'1,67 a l'Eixample). Totes les anàlisis presentades estan ponderades per districte. En les anàlisis per districtes no es van utilitzar aquests pesos, ja que cada districte es representa a si mateix.

A més, la major part de les anàlisis es van fer estandarditzades per edat (mètode directe) i estratificades per gènere. La representació gràfica d'aquestes va ser feta amb diagrames de barres que representaven les prevalences de casos probables de mala salut mental (o patiment psicològic).

En els resultats es presenten les dades de variables categòriques en freqüències (crues) i percentatges (pondrats i estandarditzats). De tota manera, en alguna variable, com ara la situació laboral, atesa la distribució irregular en les categories en funció de l'edat, no es va fer l'estandardització i es mostren els percentatges crus. Els grups d'edat que es van usar a l'anàlisi es van fer de deu en deu anys, tot i que inicialment el grup d'edat més jove (15-24) s'havia dividit en dos (15-19) i (20-24); atès que en alguns districtes els efectius dels grups

d'edat més jove eren pocs, es va optar per reagrupar-los en un sol grup.

A l' hora d'analitzar el suport social (qüestionari Duke), es van transformar les puntuacions (rang de 0 a 100) en categories. Aquesta transformació es va fer a partir dels tercils, de manera que (poc suport social agrupava els qui havien puntuat de 0 a 75, suport social mitjà agrupava els qui havien puntuat de 76 a 90, i molt suport social agrupava els qui havien puntuat de 91 a 100).

Per fer l'anàlisi de les dades, es van excloure els subjectes que no havien completat íntegrament el GHQ-12 (n=235), que representaven un 3% de la mostra. Bona part de les pèrdues van ser degudes a un error tipogràfic. La primera pregunta del GHQ-12 és la que acumula un percentatge més elevat de perduts n = 210, però tot i així els valors perduts representen tan sols un 2,5% de la mostra (vegeu l'annex 1). La distribució de les variables sociodemogràfiques i socials de les persones que no han contestat aquesta primera pregunta és igual que la resta.

5. Resultats

5.1 Descripció sociodemogràfica

De les 8.319 persones entrevistades a les quals es va avaluar la salut mental, 3.862 (46%) eren homes i 4.457 (54%), dones. A la taula 2 sobre característiques sociodemogràfiques de la mostra, hi ha representada la distribució per gènere de l'edat, el districte, la classe social, el nivell educatiu, l'estat civil i l'origen.

Si agrupem les franges d'edat de deu en deu anys, cada una representava aproximadament un 15% de la població, tot i que, a partir de la franja 65-74 i ja de manera evident a partir dels 75 anys, la disminució del percentatge es feia evident. Justament entre les franges

d'edats més grans (65-74 i els 75 o més anys) hi havia una proporció més elevada de dones que d'homes.

La distribució per gènere segons els districtes era força equitativa. A cada districte hi havia aproximadament el 10% dels homes i dones de la ciutat.

En canvi, pel que fa a nivell educatiu i classe social hi havia diferències. Per una banda, les persones que pertanyien a les classes socials I, II i V eren minoritàries. La major part dels enquestats pertanyien a la classe social III i IV. En el mateix sentit, la major part dels enquestats tenien estudis primaris (37%), seguit d'una proporció important de persones amb estudis secundaris (25%) i universitaris (22%). Segons el gènere, s'observaren des-

Taula 2. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

		Homes n= 3.862		Dones n= 4.457		Total n= 8.319	
		n	%	n	%	n	%
Edat	15-24 anys	645	16,7	659	14,8	1.304	15,6
	25-34 anys	677	17,5	659	14,8	1.336	16,1
	35-44 anys	649	16,8	768	17,2	1.417	17,0
	45-54 anys	592	15,3	612	13,7	1.204	14,5
	55-64 anys	533	14,3	616	13,8	1.169	14,1
	65-74 anys	491	12,7	649	14,6	1.140	13,7
	75 o més anys	255	6,6	494	11,1	749	9,0
Districte	Ciutat Vella	398	10,3	453	10,2	851	10,2
	Eixample	374	9,7	459	10,3	833	10,0
	Sants-Montjuïc	381	9,9	437	9,8	818	9,8
	Les Corts	383	9,9	436	9,8	819	9,8
	Sarrià - Sant Gervasi	371	9,6	447	10,0	818	9,8
	Gràcia	378	9,8	455	10,2	833	10,0
	Horta-Guinardó	381	9,9	448	10,1	829	10,0
	Nou Barris	401	10,4	450	10,1	851	10,2
	Sant Andreu	397	10,3	436	9,8	833	10,0
	Sant Martí - el Poblenou	398	10,3	436	9,8	834	10,0
Classe social	CS I	643	16,8	450	10,6	1.093	13,5
	CS II	365	9,5	391	9,2	756	9,4
	CS III	1.158	30,3	1.284	30,2	2.442	30,3
	CS IV	1.414	37,0	1.543	36,3	2.957	36,6
	CS V	243	6,4	580	13,7	823	10,2
Nivell educatiu	Sense estudis	130	3,4	386	8,7	516	6,2
	Primaris incomplets	295	7,6	528	11,8	823	9,9
	Primaris	1.429	37,0	1.621	36,4	3.050	36,7
	Secundaris	1.038	26,9	1.042	23,4	2.080	25,0
	Universitaris	964	25,6	879	19,7	1.843	22,2 →

Taula 2. Característiques sociodemogràfiques de la mostra (Cont.)

		Homes n = 3.862		Dones n = 4.457		Total n = 8.319	
		n	%	n	%	n	%
Estat civil	Solter/a	1.353	35,1	1.297	28,7	2.632	31,7
	Casat/ada o aparellat/ada	2.307	59,9	2.359	52,9	4.666	56,2
	Separat/ada o divorciat/ada	83	2,2	182	4,1	265	3,2
	Vidu/vídua	104	2,7	625	14,0	729	8,8
Origen	Catalunya	2.701	70,1	2.960	66,5	5.661	68,2
	Resta de l'Estat espanyol	1.037	26,9	1.344	30,2	2.381	28,7
	Estranger	113	2,9	146	3,3	259	3,1

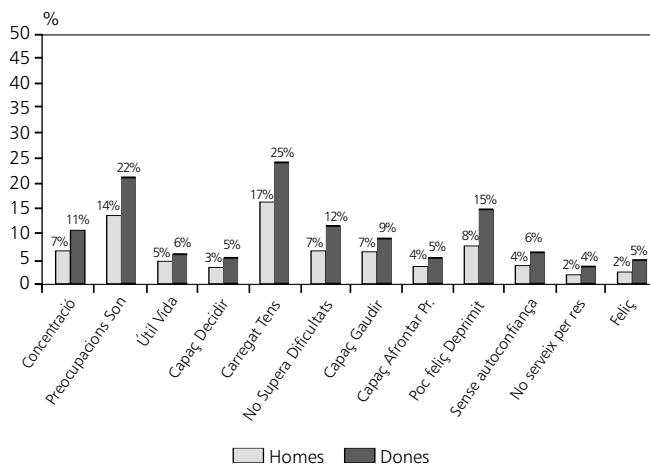
igualtats tant en classe social com en nivell educatiu. La classe social més alta (CSI) estava composta per una proporció més elevada d'homes, i la classe social més baixa (CSV), per una proporció més elevada de dones. Les dones estaven sobrerepresentades en el nivell educatiu més baix (sense estudis i estudis primaris incomplets), i els homes ho estaven en els estudis universitaris. Finalment, també hi havia una proporció més elevada de dones vídues (14%) que d'homes vidus (2,7%) i una proporció lleugerament més alta de dones immigrants de l'Estat espanyol (30%) que d'homes (27%).

5.2 Salut mental: el GHQ-12

En general, les dones van respondre "positivament" en major proporció que els homes en tots els ítems del GHQ-12 (figura 1). L'ítem que es va contestar més freqüentment com a positiu (pel 21% dels enquestats) va ser: *S'ha notat constantment carregat/ada i en tensió?* Seguidament, la pregunta *Les seves preoccupacions li han fet perdre molt la son?* va ser contestada afirmativament per un 18% dels enquestats. La resta de qüestions van ser reportades com a "positives" per menys del 15% de persones.

Considerant les persones que tenien més de 2 punts (GHQ-12 > 2) com a casos probables de mala salut mental, un 14% (n= 1.180) dels que van respondre el qüestionari tenien patiment psicològic (eren, per tant, casos probables de mala salut mental). A la taula 3 es pot observar que la major part dels participants (homes i dones) gaudien de bona salut mental. Per sexe, les dones, amb un 17%, eren més freqüentment casos probables de mala salut mental que els homes. La prevalença del patiment psicològic en els homes va ser del 10%.

Figura 1. Percentatge de respostes "positives" per ítem (GHQ-12), segons gènere



Taula 3. Puntuacions del GHQ-12 segons gènere (Percentatge estandarditzat per edat)

Puntuació GHQ12	Home		Dona		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	2.633	68,2	2.577	58,6	5.210	63,4
1	586	15,1	676	15,1	1.262	15,1
2	253	6,3	414	9,2	667	7,8
3	168	4,4	265	5,4	433	4,9
4	67	1,7	158	3,8	225	2,7
5	44	1,1	119	2,5	163	1,8
6	40	1,0	85	1,9	125	1,5
7	19	0,6	52	1,0	71	0,8
8	18	0,5	37	0,8	55	0,6
9	11	0,3	26	0,5	37	0,4
10	8	0,4	16	0,4	24	0,4
11	7	0,1	17	0,3	24	0,2
12	8	0,2	15	0,4	23	0,3
Total	3.862	100,0	4.457	100,0	8.319	100,0
Total GHQ-12>2	390	10,4	790	17,1	1.180	13,7

5.3 Factors sociodemogràfics i salut mental

5.3.1 Edat i gènere

La prevalença del patiment psicològic en dones era superior a la dels homes en qualsevol grup d'edat (figura 2); en el conjunt ja havíem vist que la prevalença en les dones era del 17%, mentre que en els homes era del 10%. Entre les dones, l'increment d'edat s'acompanyava d'un increment en el percentatge de persones amb patiment psicològic, en canvi entre els homes no s'observava un gradient en funció de l'edat, tot i que la prevalença més alta en els dos gèneres es donava en el grup d'edat de 75 anys o més.

5.3.2 Estat civil

Les persones separades o divorciades i les vídues eren les que més freqüentment tenien patiment psicològic (figura 3). Segons gènere, les dones vídues eren les que tenien una prevalença més elevada de patiment psicològic (26%), seguides de les dones separades o divorciades (21%), dels homes separats o divorciats (21%) i dels homes vidus (19%). Els qui gaudien de millor salut mental eren els homes solters (12%), els casats o aparel·lats (14%), les dones casades o aparellades (14%) i les dones solteres (18%).

5.3.3 Origen

La salut mental segons el lloc d'origen dels homes i dones de Barcelona no seguia el mateix patró (figura 4). Els homes nascuts fora d'Espanya eren més freqüentment casos probables de mala salut mental (16%) que els nascuts a Catalunya (10%) o que els nascuts a Espanya (11%). Pel que fa a les dones, les que provenien de la resta de l'Estat espanyol eren més freqüentment casos probables de mala salut mental (19%) que no pas les que provenien de l'estrange (16%) o de Catalunya (17%).

Figura 2. Percentatge de casos probables de mala salut mental, segons edat i gènere

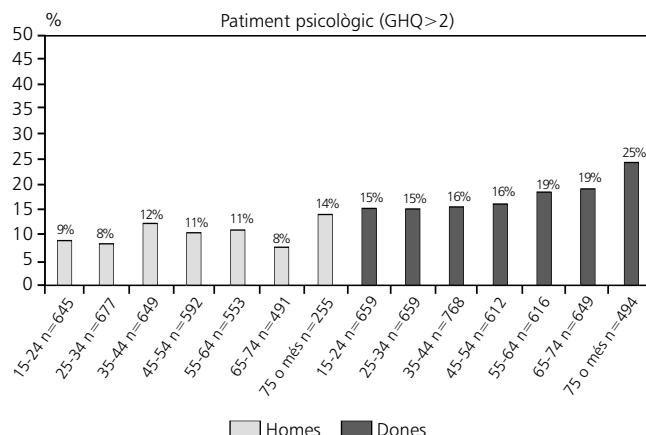


Figura 3. Percentatge de casos probables de mala salut mental i estat civil (estandarditzat per edat), segons gènere

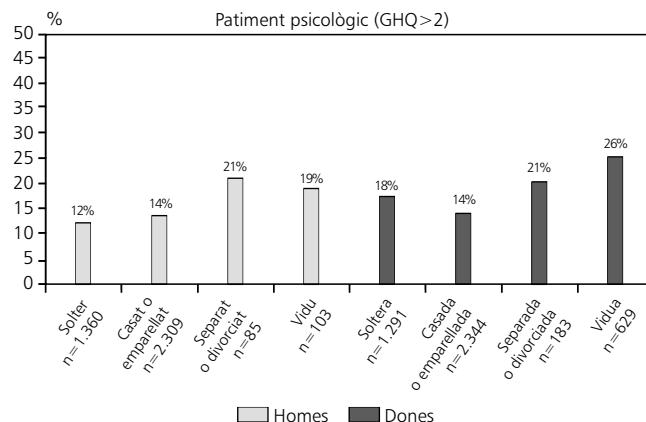
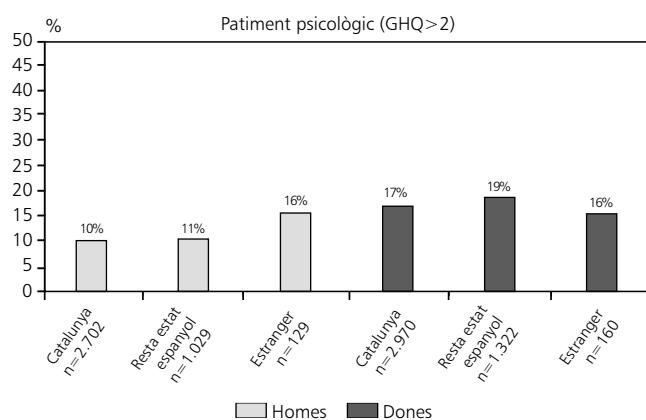


Figura 4. Percentatge de casos probables de mala salut mental i origen (estandarditzat per edat), segons gènere



5.4 Factors socials i salut mental

5.4.1 Nivell educatiu

Les persones sense estudis de cap mena tenien una prevalència molt alta de patiment psicològic en els dos gèneres (30% en homes i 26% en dones). A continuació, les dones amb estudis primaris incomplets (20%), amb estudis secundaris (18%) o amb estudis primaris (17%) tenien una prevalència que s'acostava a la de la ciutat, igual que passava amb els homes amb estudis primaris incomplets (12%), primaris (12%) o secundaris (11%). Finalment, els qui gaudien de millor salut mental eren els universitaris homes (8% amb patiment psicològic) i dones (14% amb patiment psicològic) (figura 5).

5.4.2 Classe social

A la figura 6 s'observa que la prevalència del patiment psicològic segons classe social oscil·la entre el 7 i el 14% en homes i entre l'11 i el 22% en dones. Les persones que pertanyien al grup de classe social alta (CSI) gaudien de millor salut mental (7% d'homes amb patiment psicològic i 11% de dones) que els de classes socials baixes (CSIV i CSV). La probabilitat de ser cas de mala salut mental entre les dones de classes socials baixes (CSIV i CSV) era especialment alta (19 i 22%, respectivament). El gradient entre classe social i patiment psicològic no era totalment uniforme, ja que la CSII tant en homes com en dones tenia una prevalència lleugerament superior a la CSIII.

5.4.3 Suport social

El suport social, mesurat amb el Qüestionari de suport social de Duke, va estar directament relacionat amb el patiment psicològic: les persones amb poc suport social tenien una prevalència més elevada de patiment psicològic. El patró per a homes i per a dones era similar, tot i que les dones tenien prevalences de patiment psicològic més elevades en qualsevol categoria que els homes (figura 7).

Figura 5. Percentatge de casos probables de mala salut mental i nivell educatiu (estandarditzat per edat), segons gènere

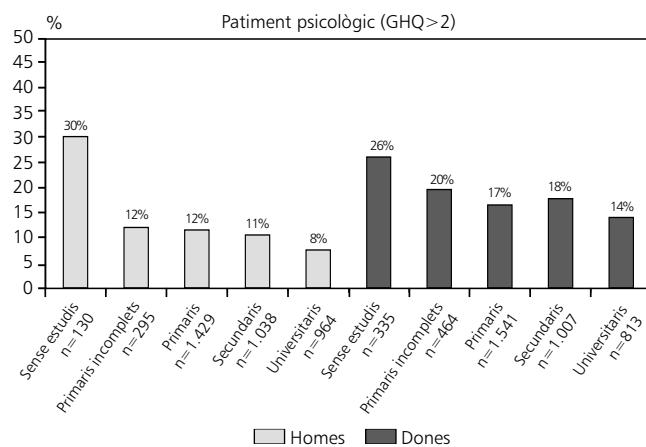


Figura 6. Percentatge de casos probables de mala salut mental i classe social (estandarditzat per edat), segons gènere

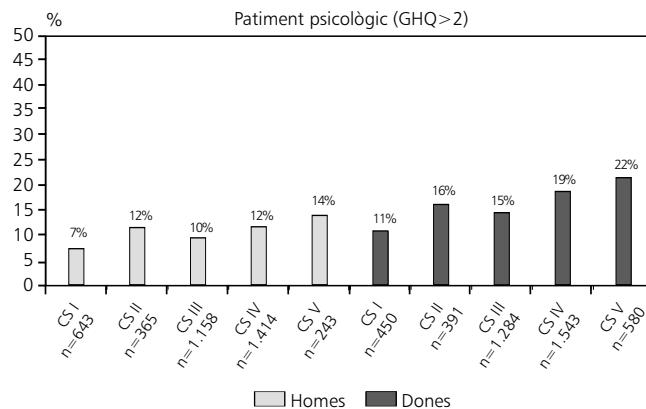
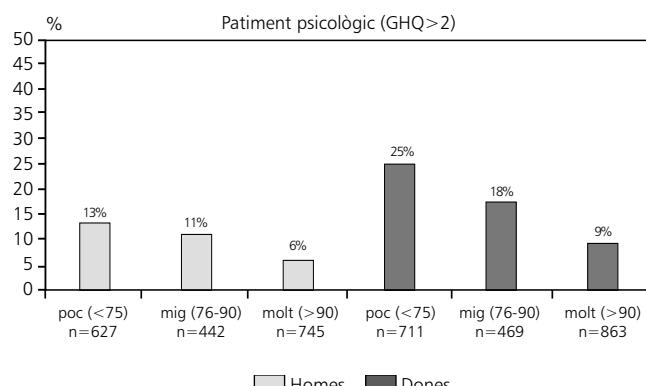


Figura 7. Percentatge de casos probables de mala salut mental i suport social (puntuació global Duke) (estandarditzat per edat), segons gènere



Pel que fa a les dimensions del Duke, suport confidencial i suport afectiu, es va observar una distribució similar a la de la puntuació global (vegeu les figures 8 i 9). Les persones amb un nivell més alt de suport social de tipus confidencial o afectiu gaudien de millor salut mental que la resta.

Pel que fa al suport emocional (pregunta: *Entre les persones que l'envolten, n'hi ha alguna amb qui pot parlar, en qualsevol moment, de problemes molt personals?*), la distribució de les respostes indicava que les persones amb patiment psicològic responien més freqüentment que no disposaven de cap persona amb qui poder parlar (figura 10).

Figura 8. Percentatge de casos probables de mala salut mental i suport social (dimensió suport confidencial Duke) (estandarditzat per edat), segons gènere

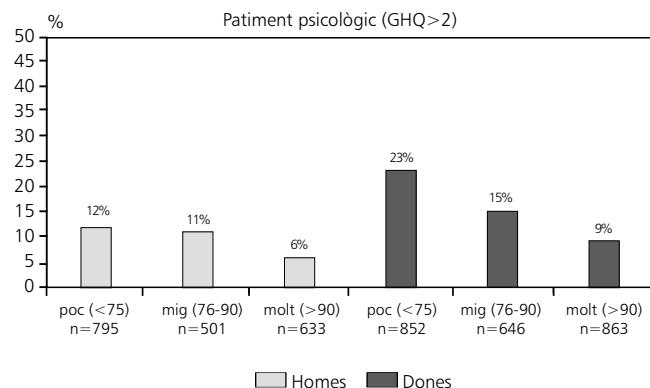


Figura 9. Percentatge de casos probables de mala salut mental i suport social (dimensió suport afectiu Duke) (estandarditzat per edat), segons gènere

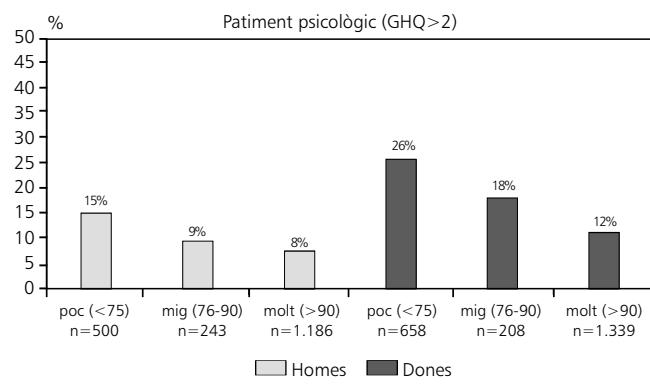
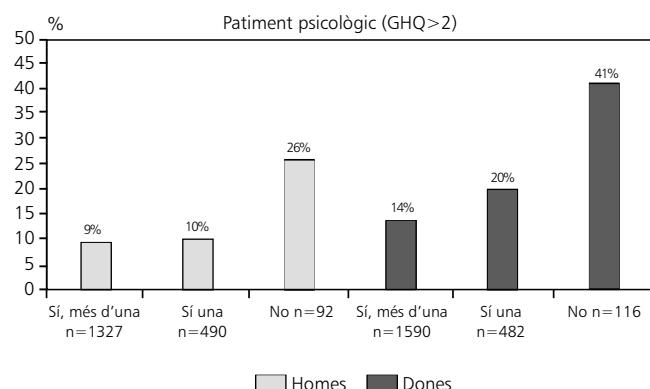


Figura 10. Percentatge de casos probables de mala salut mental i suport emocional (estandarditzat per edat), segons gènere



5.4.4 Situació Laboral

La relació entre la situació laboral i la salut mental d'homes i dones seguia patrons diferenciat. Els homes que tenien un treball remunerat (9% amb patiment psicològic), els jubilats (9%) i els estudiants (9%) eren els qui gaudien de més bona salut mental. Els homes que estaven en atur, en canvi, eren els qui tenien una prevalença més elevada de patiment psicològic (23%). La prevalença del patiment psicològic en homes aturats superava (en un punt) la prevalença més alta de les dones quan es mira en funció de la situació laboral. Les dones que gaudien de més bona salut mental eren les estudiants (14% amb patiment psicològic), seguides de les que tenien un treball remunerat, amb una prevalença del patiment del 15%. Un 19% de dones mestresses de casa i el 20% de les que estaven aturades tenien patiment psicològic, i, finalment, les dones jubilades eren les que acumulaven una prevalença més elevada de patiment psicològic (22%) (figura 11).

A la figura 11, en homes no s'hi va representar la categoria "mestressa de casa", atès que només tres d'ells van informar que n'eren.

5.4.5 Tipologia de la llar

Respecte al nombre de persones que convivien a la llar (figura 12), el percentatge més alt de casos probables de mala salut mental es donava en llars unipersonals tant masculines (13%) com femenines (19%). De tota manera, les diferències quant a prevalences de patiment psicològic en funció del nombre de membres que compo- nien la llar no eren gaire importants. En homes, les prevalences oscil·laven entre el 9% (homes que vivien en llars compostes per cinc membres o més) i el 13%. En dones, oscil·lava entre el 16% (dones que vivien en llars de quatre membres) i el 19%.

Pel que fa a la tipologia familiar (figura 13), els homes que convivien sols amb la parella eren els que tenien una prevalença més alta de patiment psicològic (23%). En canvi, les dones que convivien només amb la parella eren les que gaudien de més bona salut mental (14% amb patiment psicològic). La prevalença més baixa de patiment psicològic es donava entre els homes que convivien amb la parella i altres parents (AP) (tinguessin fills o no en tinguessin) (9%) i entre els homes que convivien amb la parella i tenien fills (10%).

Figura 11. Percentatge de casos probables de mala salut mental i situació laboral, segons gènere

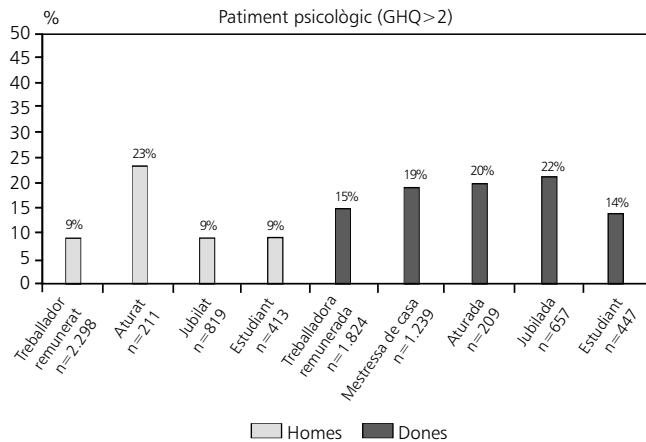


Figura 12. Percentatge de casos probables de mala salut mental i nombre de membres a la llar (estandarditzat per edat), segons gènere

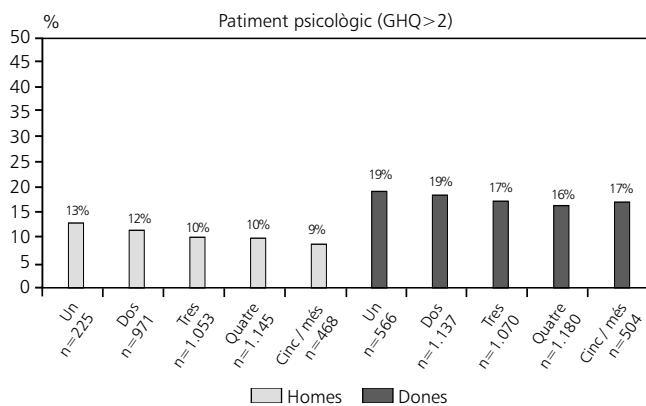
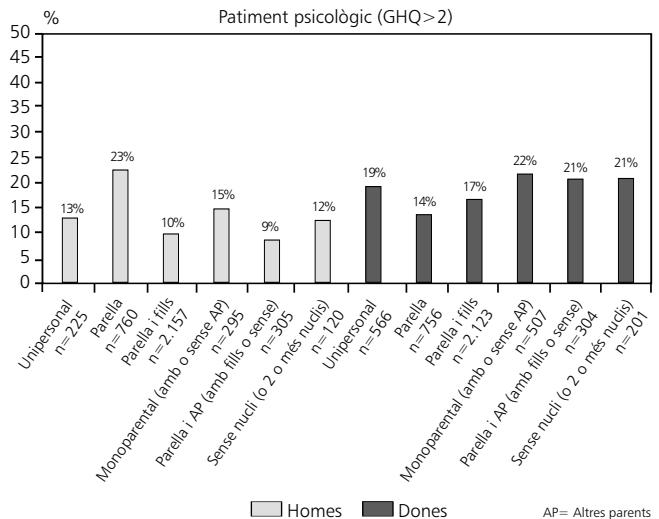


Figura 13. Percentatge de casos probables de mala salut mental i tipologia familiar (estandarditzat per edat), segons gènere



5.4.6 Càrrega familiar

A grans trets, les dones eren les qui feien més hores de treball domèstic a la setmana. Si selecciórem tan sols els qui havien fet treball domèstic ($n=6.660$; 2.582 homes i 4.088 dones), veiem que les dones, de mitjana, havien fet 22 hores/setmana de tasques domèstiques, mentre que els homes, de mitjana n'havien fet 11 hores/setmana. Per altra banda, en homes era freqüent dedicar 0 hores al treball domèstic ($n=1.230$), i en dones era excepcional ($n=305$).

Destaca que les dones que no havien fet cap hora de treball domèstic a la setmana, eren les que tenien una prevalença més alta de patiment psicològic (el 29%). En canvi, els homes amb una pitjor salut mental (15%) eren els qui feien entre quinze o més hores setmanals de feina a casa (figura 14).

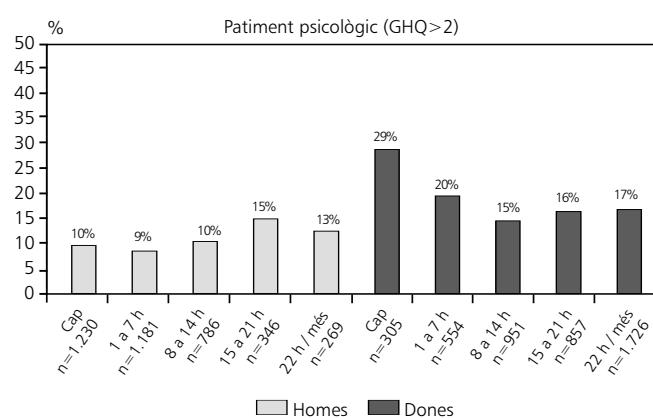
Majoritàriament, eren les dones (elles soles o compartint amb la parella) les que tenien cura de criatures i discapacitats (taula 4). Només tretze homes tenien cura ells sols de les criatures, i tan sols onze dones informaven que era la seva parella qui se n'ocupava.

Les persones que compartien amb la seva parella la cura de les criatures (taula 4) eren les que gaudien de més bona salut mental (prevalença del patiment psicològic del 5,4% per a homes i del 8,9% per a dones que compartien la cura de les criatu-

res). Les persones que s'ocupaven elles soles de les criatures tenien una prevalença del 17,1% en homes i del 18% en dones.

Pel que fa a la cura de la gent gran (taula 4), la major part de les persones enquestades referien que les persones grans de la llar tenien cura d'elles mateixes ($n=1.392$). Pel que fa al patiment psicològic i la cura de la gent gran, les persones que gaudien de més bona salut mental eren les que tenien cura elles soles de les persones grans (prevalença del patiment psicològic en homes, 8,1%, i en dones, 14,7%) o les que compartien aquesta cura amb la parella (4% en homes i 17,9% en dones).

Figura 14. Percentatge de casos probables de mala salut mental i hores de treball domèstic a la setmana (estandarditzat per edat), segons sexe



Taula 4. Salut mental i cura de les persones grans, criatures i discapacitats (percentatge estandarditzat per edat), segons sexe

	Homes		Dones	
	Bona salut mental n (%)	Patiment psicològic (GHQ > 2) n (%)	Bona salut mental n (%)	Patiment psicològic (GHQ > 2) n (%)
Cura de les criatures				
Jo sol/a	11 (82,9)	2 (17,1)	329 (82,0)	62 (18,0)
La meva parella	243 (87,1)	23 (12,9)	8 (70,7)	3 (29,3)
Jo, compartit amb la parella	296 (94,6)	32 (5,4)	248 (91,1)	33 (8,9)
Ells sols	47 (94,0)	4 (6,0)	51 (86,9)	6 (13,1)
Altres	134 (92,8)	14 (7,2)	146 (80,3)	35 (19,7)
No escau (viu sol o no n'hi ha)	2.669 (88,9)	307 (11,1)	2.831 (82,3)	635 (17,7)
Cura de les persones grans				
Jo sol/a	53 (91,9)	6 (8,1)	101 (85,3)	23 (14,7)
La meva parella	25 (79,7)	6 (20,3)	6 (73,8)	2 (26,2)
Jo, compartit amb la parella	32 (96,0)	2 (4,0)	26 (82,1)	3 (17,9)
Ells sols	593 (88,4)	63 (11,6)	607 (82,1)	129 (17,9)
Altres	57 (90,4)	6 (9,6)	50 (67,9)	16 (32,1)
No escau (viu sol o no n'hi ha)	2.656 (89,2)	303 (10,8)	2.675 (82,9)	551 (17,1)
Cura dels discapacitats				
Jo sol/a	27 (83,2)	5 (16,8)	69 (59,0)	38 (41,0)
La meva parella	22 (77,5)	6 (22,5)	1 (36,1)	4 (63,9)
Jo, compartit amb la parella	31 (85,9)	6 (14,1)	19 (64,0)	8 (36,0)
Ells sols	40 (88,8)	6 (11,2)	25 (54,8)	12 (45,2)
Altres	60 (84,1)	12 (15,9)	55 (81,9)	10 (18,1)
No escau (viu sol o no n'hi ha)	3287 (90,2)	350 (9,8)	3490 (83,3)	714 (16,7)

Pel que fa a la cura dels discapacitats (taula 4), les dones que elles soles n'eren responsables tenien una prevalença molt elevada de patiment psicològic (41%), que tan sols era superada per la prevalença del patiment psicològic de les dones que tenien discapacitats a casa que s'ocupaven ells mateixos de la seva cura personal (45,2%). Globalment, la taula 4 indica que les persones (homes i dones) enquestades que vivien en llars on hi havia criatures i persones grans tenien una salut mental similar a la de les llars sense criatures o gent gran i a la de Barcelona. En canvi, les famílies amb membres amb discapacitats tenien una prevalença més elevada de patiment psicològic que les famílies que no en tenien.

5.5 Els estils de vida i salut mental

5.5.1 Activitat física

El patiment psicològic no estava relacionat clarament amb l'activitat física en el temps lliure, però sí que ho estava amb l'activitat física quotidiana (figures 15 i 16).

A la figura 15 es pot veure que la prevalença del patiment psicològic en homes en funció de l'activitat física en temps de lleure oscil·lava entre el 12% dels homes actius i el 9% dels molt actius o els moderadament actius. En dones, la prevalença del patiment psicològic oscil·lava entre el 15% de les molt actives i actives i el 17% de les moderadament actives. Aquestes variacions en la prevalença eren molt lleugeres.

En canvi, pel que fa a l'activitat física realitzada en les ocupacions habituals (activitat física quotidiana), sense tenir en compte l'activitat realitzada en el temps de lleure, s'observa que tant les dones que informaren d'una activitat física intensa (l'activitat requereix d'un esforç físic important), com les dones i homes que estaven inactius (asseguts la major part de la jornada), mostraven una prevalença més elevada de casos probables de mala salut mental.

5.5.2 Substàncies psicoactives

Consum de tabac

Els homes no fumadors, ex-fumadors o fumadors tenien prevalences similars de patiment psicològic (9, 10 i 11%, respectivament). Tampoc no s'observaren diferències en la prevalença de casos probables de mala salut mental en funció del seu hàbit tabàquic entre les dones (figura 17).

Figura 15. Percentatge de casos probables de mala salut mental i activitat física en el temps lliure (estandarditzat per edat), segons gènere

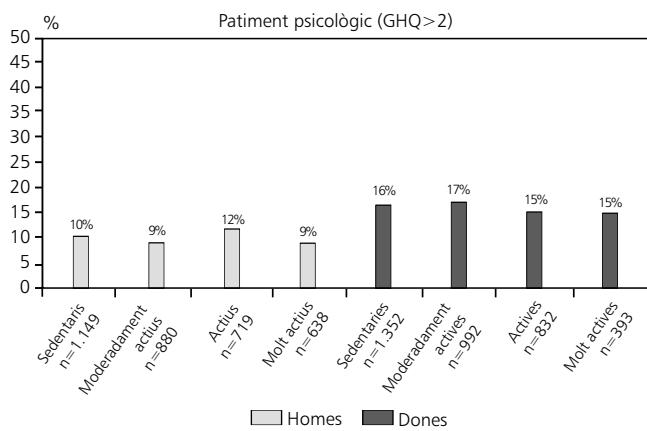


Figura 16. Percentatge de casos probables de mala salut mental i activitat física quotidiana (estandarditzat per edat), segons gènere

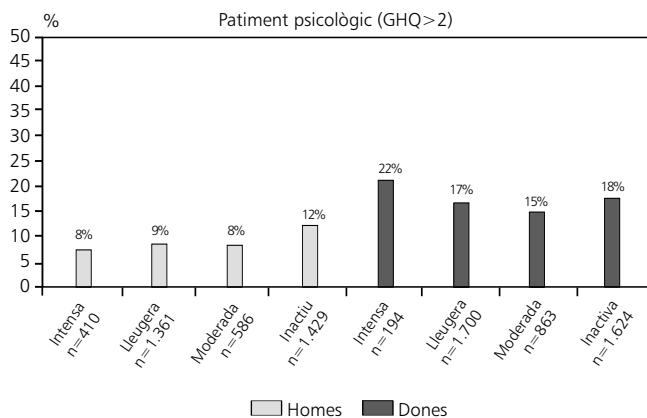
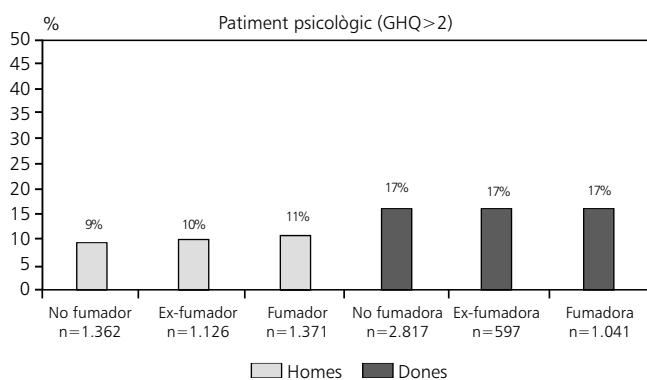


Figura 17. Percentatge de casos probables de mala salut mental i tabac (estandarditzat per edat), segons gènere



Consum d'alcohol

Els homes abstensis tenen una prevalença més elevada de patiment psicològic (18%) que els bevedors de risc (8%), que els bevedors moderats (10%) i que els bevedors ocasionals (8%). Les dones bebedores de risc i les abstensis tenen la prevalença del patiment psicològic lleugerament més elevada (19% i 18%, respectivament) que les bebedores ocasionals (16%) o moderades (16%) (figura 18).

Tranquil·litzants

Els tranquil·litzants van ser les substàncies psicoactives més utilitzades i, contràriament a les substàncies psicoactives il·legals, hi havia més dones que homes que en consumien o que n'havien consumit alguna vegada (figura 19).

El consum de tranquil·litzants alguna vegada a la vida o al darrer mes estava estretament lligat a la probabilitat de patir mala salut mental (figura 19). Els resultats eren similars en homes i en dones i indicaven que els qui havien pres tranquil·litzants alguna vegada a la vida eren més freqüentment casos probables de mala salut mental. Aquesta relació era especialment evident entre els qui havien consumit tranquil·litzants el mes anterior a l'enquesta.

Consum de drogues il·legals (cànem i altres)

El càñem va ser la substància il·legal més consumida (taula 5). Concretament, 639 homes i 394 dones n'havien consumit en alguna ocasió.

En els dos gèneres, el consum de càñem alguna vegada a la vida estava relacionat amb la probabilitat de ser cas probable de mala salut mental, essent més alta entre els qui n'havien consumit alguna vegada. Concretament, un 20,5% dels homes i un 22,9% de les dones que alguna vegada havien consumit càñem eren casos probables de mala salut mental. En canvi, tan sols un 9,2% dels

Figura 18. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum d'alcohol (estandarditzat per edat), segons gènere

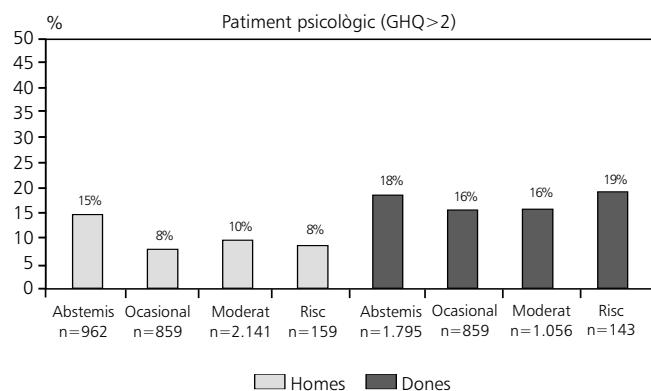
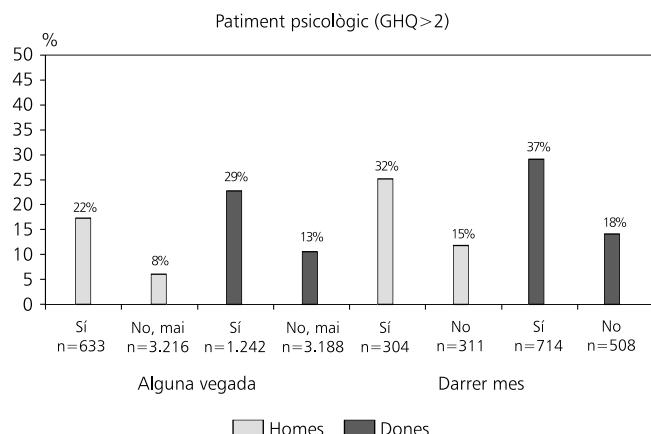


Figura 19. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum de tranquil·litzants (estandarditzat per edat), segons gènere



Taula 5. Percentatge de casos probables de mala salut mental segons consum de substàncies psicoactives il·legals (estandarditzat per edat), segons gènere

		Mai ha consumit		Alguna vegada ha consumit		El mes abans de l'entrevista ha consumit	
		% patiment psicològic	n	% patiment psicològic	n	% patiment psicològic	n
Homes	Càñem	9,2	3.209	20,5	639	18,1	189
	Cocaïna	9,9	3.688	24,8	157	26,2	25
	Amfetamines	10,1	3.716	13,7	131	17,7	18
	Heroïna	10,2	3.828	34,6	18	100,0	1
Dones	Càñem	16,5	4.034	22,9	394	10,2	100
	Cocaïna	17,2	4.073	28,6	63	43,6	10
	Amfetamines	17,3	4.379	17,2	49	0	2
	Heroïna	17,3	4.428	23,7	8	n.p.	0

homes i un 16,5% de les dones que mai havien consumit càrem n'eren casos probables (taula 5). El mes anterior a l'entrevista hi havia 189 homes i 100 dones que havien consumit càrem, i entre ells, les dones que informaven haver-ne consumit gaudien de millor salut mental (prevalència del patiment psicològic del 10,2%) que les que no n'havien consumit en cap ocasió (prevalència del patiment psicològic del 16,5%); els homes que havien consumit càrem el mes abans, en canvi, tenien una prevalença més alta de patiment psicològic (18,1%) que els que no n'havien consumit (9,2%), i fins i tot era superior a la prevalença de les dones (taula 5). Pel que fa al consum en algun moment de la vida de cocaïna, 157 homes i 63 dones n'havien consumit alguna vegada. En els dos gèneres, el fet d'haver consumit en algun moment cocaïna estava relacionat amb una probabilitat més alta de ser cas probable de trastorns mentals (taula 5). Així doncs, un 9,9% d'homes que mai no havien pres cocaïna eren casos probables, contra un 24,8% dels que n'havien pres alguna vegada. Quant a les dones, un 17,2% de les que mai no havien pres cocaïna eren casos probables de mala salut mental, contra el 28,6% de les que n'havien pres. Hi havia poques persones que havien consumit cocaïna el mes abans de l'entrevista. Només ho havien fet 25 homes i 10 dones. Quant al consum d'amfetamines 131 homes i 49 dones n'havien consumit en alguna ocasió al llarg de la seva vida. La prevalença de casos probables de mala salut mental era similar entre els qui havien consumit alguna vegada aquesta substància i els que no, tot i observar-se una lleugera tendència a una pitjor salut mental entre els consumidors homes que entre els no consumidors. Pel que fa al mes abans de l'entrevista, hi havia pocs casos que informessin haver-ne consumit ($n=18$ homes i $n=2$ dones) (taula 5). Finalment, tan sols 18 homes i 8 dones van manifestar que alguna vegada a la vida havien consumit heroïna. La prevalença del patiment psicològic era més elevada en aquests casos (34,6% en homes i 23,7% en dones) que no pas entre els qui mai no n'havien consumit (taula 5).

5.5.3 Hores de son al dia

La majoria de persones entrevistades havien dormit entre sis i vuit hores al dia de mitjana l'any anterior. Les persones que de mitjana dormien entre sis i vuit hores al dia, eren les que gaudien de més bona salut mental.

Els casos probables de mala salut mental eren més freqüents en els homes i dones que dormien poc (19 i 27% amb patiment psicològic, respectivament), seguit dels que dormien molt (16% d'homes i 23% de dones amb patiment psicològic) (figura 20).

5.5.4 Característiques del lloc de treball

Centrant les analisis tan sols en els individus laboralment en actiu ($n=4.122$), observem que pel que fa a la relació laboral els eventuals eren els que tenien més mala salut mental (un 19% de dones i un 15% d'homes). Les dones empresàries amb treballadors al seu càrrec eren les que gaudien de més bona salut mental (tan sols un 6% tenien patiment psicològic), i aquest percentatge va ser fins i tot més baix que entre els homes empresaris amb assalariats (12% amb patiment psicològic). Els homes assalariats fixos i els treballadors autònoms gaudien de millor salut mental (prevalència del patiment psicològic del 8%) que els empresaris amb assalariats o que els assalariats eventuals (figura 21).

Figura 20. Percentatge de casos probables de mala salut mental i hores de son (estandarditzat per edat), segons sexe

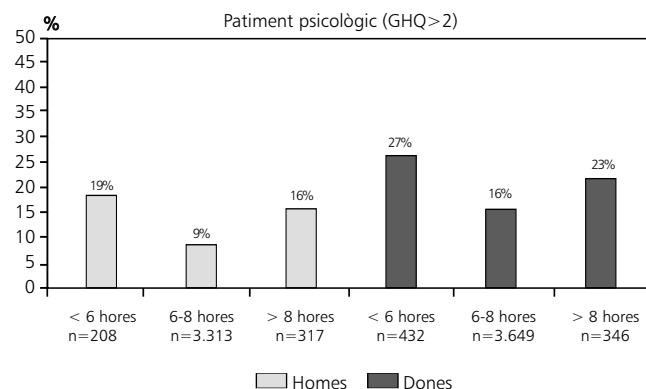
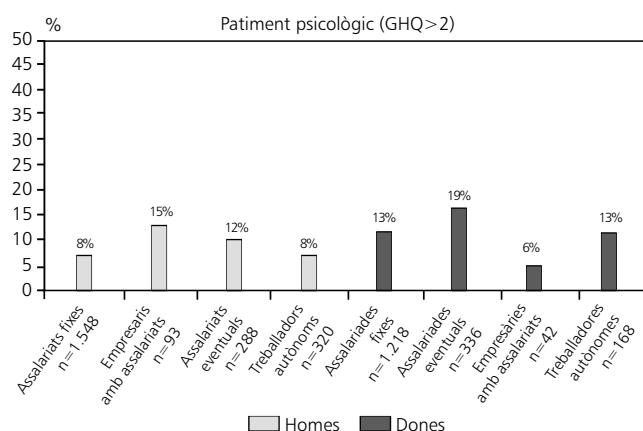


Figura 21. Percentatge de casos probables de mala salut mental i relació laboral en població activa (estandarditzat per edat), segons sexe



Pel que fa al tipus de jornada laboral, els qui la feien variable o irregular tenien un percentatge més alt de patiment psicològic (10% homes i 18% dones) que els que feien altres tipus de jornada. Els homes que feien torns eren els que gaudien de millor salut mental (sols el 4% amb patiment psicològic) mentre que eren les dones que feien jornada contínua a la nit les que gaudien de millor salut mental (sols el 9% amb patiment psicològic) (figura 22).

5.5.5 Índex de massa corporal (IMC)

D'homes amb un IMC inferior a 17 només n'hi havia 21, i per això no n'hem representat la categoria a la figura 23. Els homes, independentment del valor de l'IMC, tenien prevalences de patiment similars (10%). Les dones, en canvi, tenien prevalences diferents en funció de l'IMC. Les dones amb baix pes (IMC inferior a 17) i les dones obeses (IMC superior a 30) tenien una prevalència més alta de patiment psicològic que la resta (26% i 22%, respectivament).

5.6 La Salut Mental a Barcelona i als seus districtes

A Barcelona, la prevalença del patiment psicològic es distribuïa segons un continu que incloïa des d'un 6% entre els homes de Sarrià - Sant Gervasi fins a un 23% de les dones del districte d'Horta-Guinardó i del districte de Ciutat Vella. Segons districtes, Horta-Guinardó (15% en homes i 23% en dones) i Ciutat Vella (14% en homes i 23% en dones) eren els que mostraven una prevalència més elevada de casos probables de mala salut mental. Els homes de Sarrià - Sant Gervasi (6%) i Sant Andreu (7%), i les dones de Sant Andreu (14%) i l'Eixample (15%) mostraven les prevalences més baixes (figura 24).

A la taula 6, es presenta la distribució de la població enquestada per districtes segons grups d'edat i sexe.

Quan analitzem cada districte separadament i estratificarem per sexe i grup d'edat, observem que les dones en qualsevol grup d'edat solien tenir una prevalència més elevada de casos probables de mala salut mental que els homes. Per altra banda, la prevalència de casos probables segons el grup d'edat era variable en funció del districte (figures de la 25 a la 34).

Figura 22. Percentatge de casos probables de mala salut mental i tipus de jornada en població activa (estandarditzat per edat), segons sexe

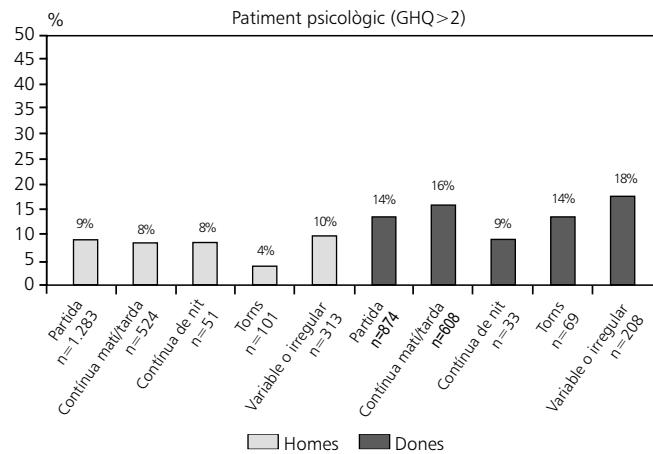


Figura 23. Percentatge de casos probables de mala salut mental i Índex de massa corporal (estandarditzat per edat), segons sexe

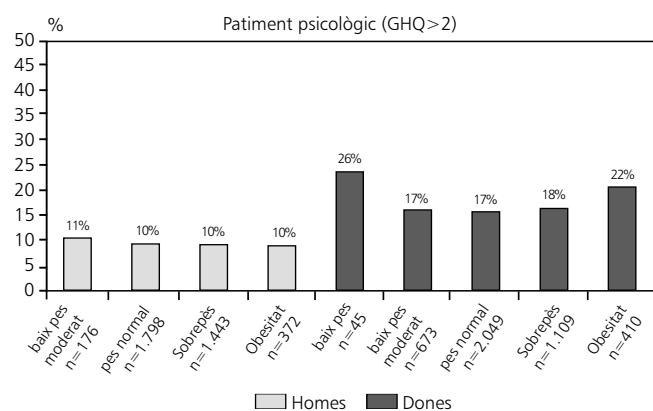
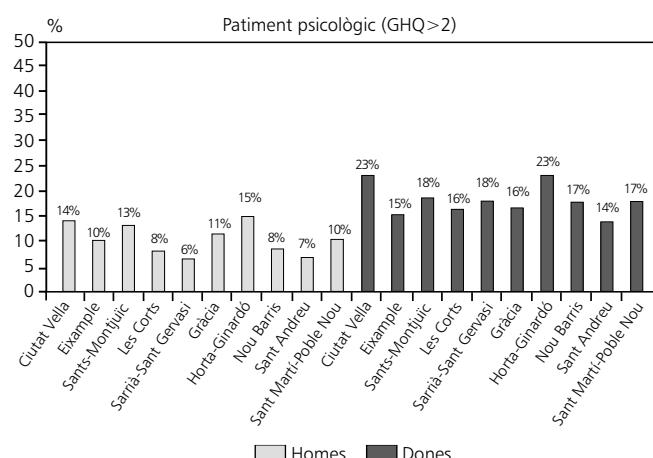


Figura 24. Percentatge de casos probables de mala salut mental (estandarditzat per edat) segons districte i sexe



Taula 6. Participants de l'ESB-2000, segons grup d'edat, districte i gènere

	n	% districte	Homes						Dones											
			15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o més	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o més	Total		
Ciutat Vella	57	6,4 14,3%	16,1%	16,6%	14,3%	15,2%	14,3%	58	60	57	36	398	54	62	65	53	59	85	75	453
% districte										100%	11,8%	13,8%	14,2%	11,8%	13%	18,9%	16,5%	100%		
Eixample	60	56 16,1%	18,2%	15,3%	14,1%	12,9%	12,9%	57	53	48	32	374	60	52	82	57	70	72	66	459
% districte										100%	13,1%	11,4%	17,9%	12,4%	15,3%	15,7%	14,4%	14,4%	100%	
Sants-Montjuïc	58	61 15,1%	16,1%	19,9%	13,9%	15,8%	12,3%	76	53	47	26	381	69	58	85	60	58	63	44	437
% districte										100%	15,9%	13,2%	19,4%	13,8%	13,2%	14,4%	14,4%	10,1%	100%	
Les Corts	72	65 17%	15%	18,4%	12,6%	12,1%	12,1%	58	71	48	22	383	70	74	78	68	52	50	44	436
% districte										100%	16,1%	16,9%	17,8%	17,8%	15,7%	11,9%	11,4%	10,2%	100%	
Sarrià - Sant Gervasi	66	69 17,9%	18,5%	14,4%	15%	14,1%	12,2%	54	52	45	29	371	72	63	78	55	70	61	48	447
% districte										100%	7,8%	16,2%	14,1%	17,5%	12,3%	15,7%	13,6%	10,7%	100%	
Gràcia	53	67 14%	17,8%	21,2%	13%	13,4%	14,4%	49	51	55	23	378	58	64	78	61	63	71	60	455
% districte										100%	6,2%	12,8%	14%	17,1%	13,4%	14%	15,7%	13,1%	100%	
Horta-Guinardó	63	75 16,5%	19,6%	13,7%	17%	15,6%	12,3%	52	65	47	20	381	70	65	75	72	66	61	39	448
% districte										100%	5,2%	15,7%	14,5%	16,7%	16,1%	14,7%	13,7%	8,7%	100%	
Nou Barris	74	75 18,4%	18,7%	14,9%	14,2%	14,9%	14,9%	60	57	64	23	401	68	84	62	68	65	63	40	450
% districte										100%	5,8%	15,1%	18,7%	13,7%	15,1%	14,5%	13,9%	8,9%	100%	
Sant Andreu	73	76 18,5%	19%	15,7%	15,7%	14,6%	14,6%	62	58	48	18	397	73	65	80	63	57	38	436	
% districte										100%	4,5%	100%	16,8%	14,8%	18,4%	14,5%	13,8%	8,7%	100%	
Sant Martí - Poblenou	69	69 17,4%	17,4%	18,3%	16%	12,1%	12,1%	73	64	48	26	398	65	72	85	55	53	66	40	436
% districte										100%	6,5%	15%	16,5%	19,4%	12,6%	12,1%	15,2%	9,2%	100%	
Total	645	677 16,7%	17,4%	16,9%	15,3%	14,4%	12,6%	491	255	3862	659 6,6%	100%	14,8%	14,6%	17,4%	13,7%	14%	11%	100%	4457

5.6.1 Ciutat Vella

Ciutat Vella era un dels districtes amb una prevalència més elevada de casos probables de mala salut mental (14% homes i 23% dones).

Destaquen per tenir una prevalència del patiment psicològic molt alta (40%) les dones de 25 a 34 anys. El següent grup amb prevalència més alta de patiment psicològic era el de dones de 45 a 54 anys (28%). En canvi, les dones de Ciutat Vella amb menor prevalència del patiment psicològic (15%) eren les que pertanyien al grup d'edat més jove (15-24 anys). Pel que fa als homes de Ciutat Vella, els més joves (15-24 anys) i els que tenen entre 35 i 44 anys eren els que tenien una prevalència més alta de casos probables de mala salut mental (un 19 i un 20%, respectivament), aquesta prevalència era més alta que la de les dones dels mateixos grups d'edat (15% en dones de 15-24 anys i 17% en dones de 35-44 anys). Els homes d'edats compreses entre els 45 i els 74 anys eren els qui gaudien de més bona salut mental (figura 25).

5.6.2 L'Eixample

El districte de **l'Eixample** tenia una prevalència de casos probables de mala salut mental global del 10% en homes i del 15% en dones.

Aquest districte és el que mostrava menys diferències quant a prevalència de casos probables de mala salut mental segons els grup d'edat i gènere (figura 26). El patiment psicològic variava segons el grup d'edat entre un 8 i un 16% en homes i entre un 10 i un 20% en dones.

Les dones del grup d'edat de 55-64 anys eren les que tenien una prevalència més alta de patiment psicològic (20%), seguides de les dones de 45-54 anys (18%), de 35-44 anys (17%) i de 65-74 anys (17%). Les dones dels grups d'edat jove (15-24 anys i 25-34 anys) eren les que gaudien de més bona salut mental (10% amb patiment psicològic).

Pel que fa als homes, els més grans (75 anys o més) tenien la prevalència més alta del patiment psicològic (16%). El grup d'homes de 45-54 anys eren els qui gaudien de més bona salut mental (7%), seguits del grup de 15-24 anys (8%), del de 65-74 anys (8%) i del grup de 25-34 anys (9%).

Figura 25. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Ciutat Vella, segons edat i gènere

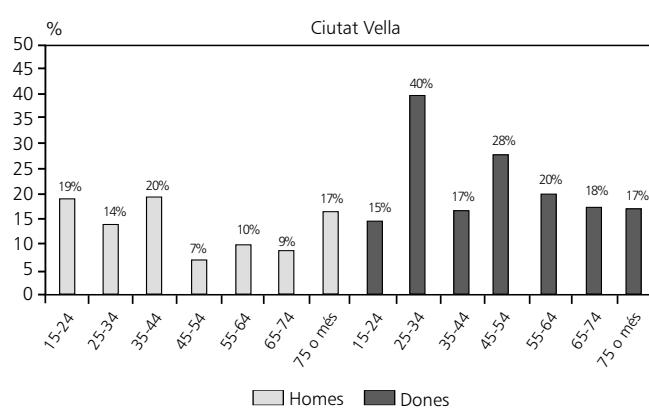
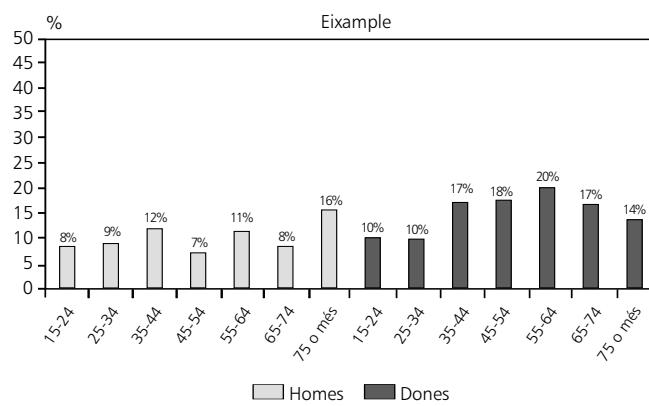


Figura 26. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de l'Eixample, segons edat i gènere



5.6.3 Sants-Montjuïc

La prevalença global de casos probables de mala salut mental al districte **Sants-Montjuïc** era del 13% en homes i del 18% en dones.

La distribució del patiment psicològic en funció de l'edat en els homes i dones de Sants-Montjuïc no seguia cap patró (figura 27).

Destaca el grup de persones (homes i dones) de 75 anys o més que acumulaven la prevalença de casos probables de mala salut mental més alta (23% en homes i 39% en dones). En dones, el grup d'edat amb més bona salut mental era el de les que tenien entre 55 i 64 anys (10%); aquesta prevalença era més baixa que la dels homes del mateix grup d'edat (20%). Mentre que entre els homes la millor salut mental la tenien els que pertanyien al grup d'edat de 65 a 74 anys (2% amb patiment psicològic).

5.6.4 Les Corts

El districte de **Les Corts** tenia una prevalença de casos probables de mala salut mental del 8% en homes i del 16% en dones.

Les dones més grans de 75 anys tenien la prevalença més alta (25% de casos probables de mala salut mental), seguides per les més joves (21% en el grup de 15 a 24 anys), i pels grups de 65 a 74 (20%) i de 25 a 34 (18%). Les dones que gaudien de més bona salut mental eren les del grup de 55 a 64 anys (sols un 8% de casos probables de mala salut mental).

Pel que fa als homes, els que tenien prevalences més elevades de patiment psicològic (13%) eren els del grup d'edat entre 15 i 24 anys. A continuació, els homes de 45 a 54 anys mostraven una prevalença del patiment psicològic de l'11%. Els qui tenien una millor salut mental eren els homes de 25 a 34 anys (tan sols un 3% són casos probables) i els de 65 a 74 anys (4% de casos probables) (figura 28).

5.6.5 Sarrià - Sant Gervasi

El districte de **Sarrià - Sant Gervasi** era aquell en què els homes gaudien de més bona salut mental (la prevalença global de casos de mala salut mental era del 6%). Les dones, en canvi, amb un 18% de casos probables de mala salut mental, tenien una prevalença similar a la de Barcelona.

Figura 27. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte Sants-Montjuïc, segons edat i gènere

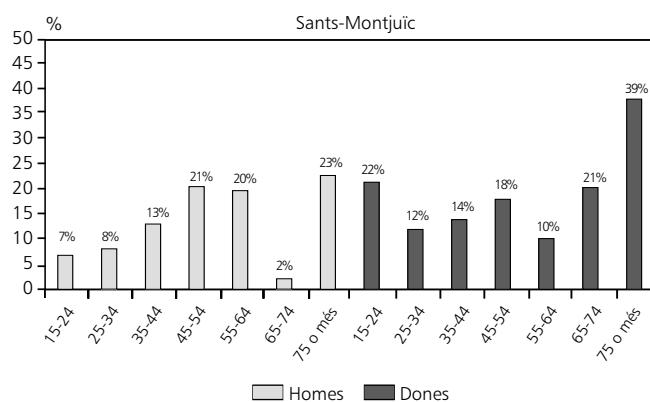


Figura 28. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de les Corts, segons edat i gènere

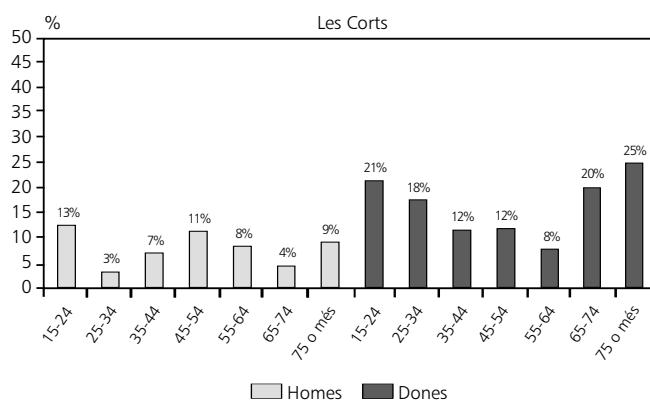
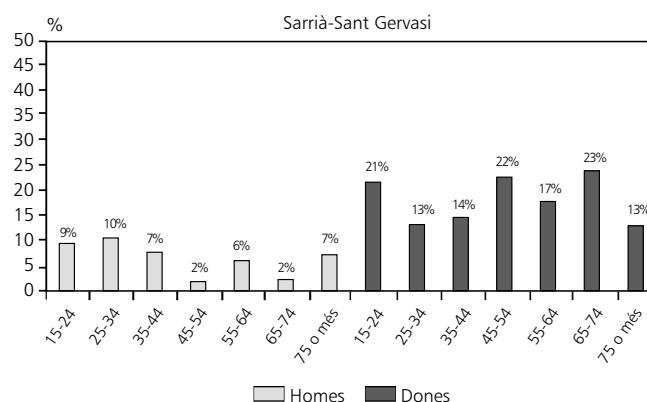


Figura 29. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Sarrià - Sant Gervasi, segons edat i gènere



Els homes amb prevalències més elevades de casos probables de mala salut mental eren els més joves, grups de 15 a 24 i de 25 a 34 anys; de tota manera, aquestes prevalències eren força baixes (un 9% i un 10%, respectivament). Els qui gaudien de més bona salut mental eren els del grup d'edat de 45 a 54 anys i el de 65 a 74 anys, amb un 2%, de casos probables (figura 29).

Entre les dones (figura 29), en canvi, hi havia prevalències de casos probables de mala salut mental relativament elevades (23%) en el grup de 65 a 74 anys d'edat, seguit del 22% entre les dones de 45 a 54 anys i del 21% de les dones de 15 a 24 anys. Les dones que gaudien de més bona salut mental eren les que tenien 75 anys o més (tan sols un 12% de casos probables), seguit de les dones de 25 a 34 i de 35 a 44 anys (amb un 13% i 14%, respectivament, de patiment psicològic).

5.6.6 Gràcia

La prevalència de casos probables de mala salut mental al districte de **Gràcia** era similar a la de la ciutat en conjunt tant pel que fa als homes (11%) com a les dones (17%).

Les dones tenien prevalències molt desiguals en funció del grup d'edat (figura 30). Les més grans (75 anys o més) tenien una prevalència de casos probables de mala salut mental molt alta, concretament del 37%. Aquesta prevalència era molt més elevada que la de qualsevol altre grup d'edat. Les prevalències més baixes es donaven en el grup de 45 a 54 anys (7%) i en els grups joves de 15 a 24 anys (12%) i de 25 a 34 anys (11%).

La prevalència més elevada pel que fa als homes (18%) es donava en el grup d'edat que agrupava els qui tenien entre 45 i 54 anys. En canvi, els grups amb més bona salut mental eren els més joves (15-24 anys i 25-34 anys), que acumulaven un 8% cada un de casos probables de mala salut mental (figura 30).

5.6.7 Horta-Guinardó

El districte d'**Horta-Guinardó**, conjuntament amb el de Ciutat Vella, era el que tenia prevalències més altes de casos probables de mala salut mental en homes (15%) i dones (23%).

A la figura 31 veiem que la prevalència de casos probables era més alta en les categories d'edat més avançades. Aquest patró era similar en homes i dones. Així doncs, el grup d'edat amb la

Figura 30. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Gràcia, segons edat i gènere

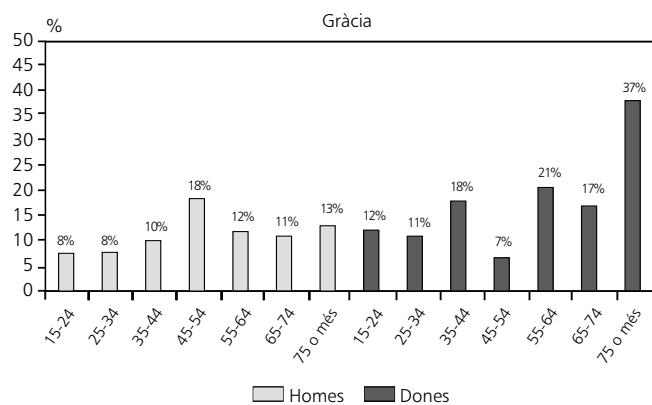
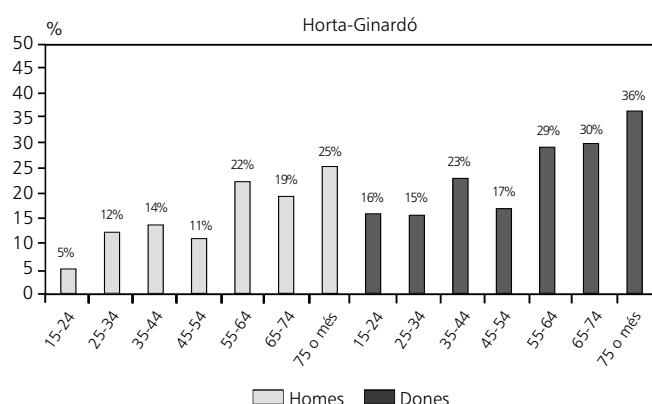


Figura 31. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte Horta-Guinardó, segons edat i gènere



prevalència més alta de casos probables va ser el de 75 anys o més (amb un 25% d'homes i un 36% de dones casos probables de mala salut mental). En canvi, la prevalència més baixa de casos es va donar en els homes de 15 a 24 anys (5%) i en les dones de 25 a 34 anys i de 15 a 24 anys (15% i 16%, respectivament).

5.6.8 Nou Barris

Al districte de **Nou Barris** la prevalència de casos probables de mala salut mental va ser similar a la de la ciutat. Un 8% dels homes i un 17% de les dones eren casos probables de mala salut mental. Les dones (figura 32) tenien una prevalència elevada (30%) de casos probables de mala salut mental en el grup de persones més grans de 75 anys, i les prevalències més baixes es donaven en els grups joves de 25 a 34 anys (11%) i de 15 a 24 anys (12%).

Per als homes (figura 32), la prevalència més elevada de patiment psicològic va ser d'un 15% i es va donar en el grup d'edat de 35 a 44 anys, i la més baixa va ser del 2% en els homes de 65 a 74 anys, seguida del grup de 75 o més anys amb un 4% de casos probables de mala salut mental.

5.6.9 Sant Andreu

El districte de **Sant Andreu** va ser el districte amb més bona salut mental de Barcelona. La prevalència de casos probables de mala salut mental en homes va ser del 7% (tan sols la superava el 6% del districte de Sarrià - Sant Gervasi) i del 14% en dones.

Els homes de Sant Andreu amb una prevalència més alta de patiment psicològic (12%) van ser els més joves (de 15 a 24 anys). La resta de grups d'edat van oscil·lar entre el 2% de casos probables (64-75 anys) i el 10% de casos probables (35-44 anys). Totes eren prevalències baixes, comparades amb la de Barcelona (figura 33).

Les dones del districte amb una prevalència més elevada (22% de casos probables de mala salut mental) van ser les que tenien entre 55 i 64 anys. En canvi, les que tenien la prevalència més baixa (9%) van ser les més grans (de 75 anys o més d'edat). La resta de grups d'edat van oscil·lar entre l'11% (65-74 anys) i el 15% de casos probables de mala salut mental (15-24 anys). Totes eren, també, prevalències baixes (figura 33).

Figura 32. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Nou Barris, segons gènere

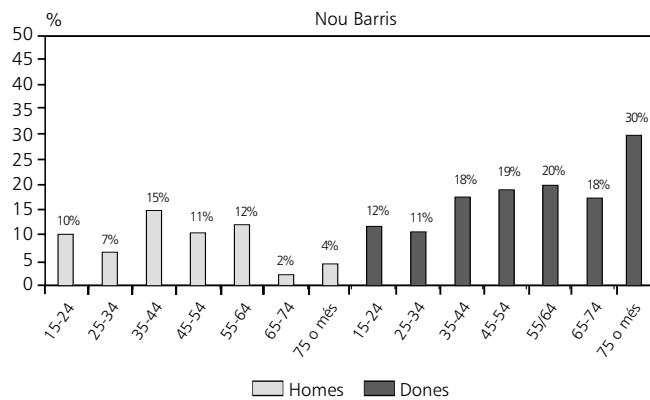
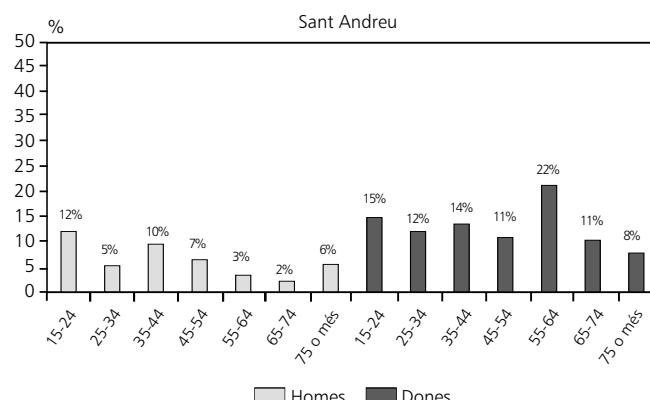


Figura 33. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte de Sant Andreu, segons gènere



5.6.10 Sant Martí - Poblenou

La prevalència de casos probables de mala salut mental al districte de **Sant Martí - Poblenou** era del 10% entre els homes i del 17% entre les dones.

Les dones més grans (de 75 anys o més) tenien una probabilitat força alta (35%) de ser casos probables de mala salut mental, seguides de les dones que tenien entre 25 i 34 anys, amb una prevalència del 22%, i les que tenien entre 65 i 74 anys, amb un 20%. La resta de grups d'edat variaven entre el 15% (de 15 a 24 anys) i l'11% (de 35 a 44 anys) (figura 34).

Els homes que pertanyien al grup d'edat 55-64 anys eren els qui gaudien de més bona salut mental (la probabilitat de ser cas probable era del 6%), seguit pels grups d'edat més joves (de 15 a 24 i de 25 a 34), que tenien un 7% de casos probables. La resta de grups d'edat variaven entre el 12% (65-74 anys) i el 15% (75 anys o més) (figura 34).

5.7 Altres indicadors de l'estat de salut i salut mental

5.7.1 Estat de salut percebut

Les persones amb una salut general percebuda bona, molt bona o excel·lent eren les que gaudien de millor salut mental.

La prevalència de casos probables de mala salut mental en homes amb salut general excel·lent, molt bona i bona era respectivament del 4%, el 7% i el 8%. En canvi, entre els homes que tenien un estat de salut regular o dolent hi havia un 27% i un 32%, respectivament, de casos probables de mala salut mental. En dones, el patró era idèntic: les que tenien un estat de salut excel·lent, molt bo o bo tan sols eren casos probables de mala salut mental el 9% i el 8% i el 14% respectivament. En canvi, les dones que deien que el seu estat de salut era regular o dolent tenien una probabilitat de ser casos probables de mala salut mental del 32% i del 52%, respectivament (figura 35).

5.7.2 Morbositat crònica

A continuació (figura 36), podem observar la prevalència del patiment psicològic segons si es tenien 0, 1, 2, 3, 4 o més trastorns crònics (sense comptar els trastorns nerviosos i les depressions). S'evidencia que la prevalència del patiment psico-

Figura 34. Percentatge de casos probables de mala salut mental al districte Sant Martí - Poblenou, segons sexe

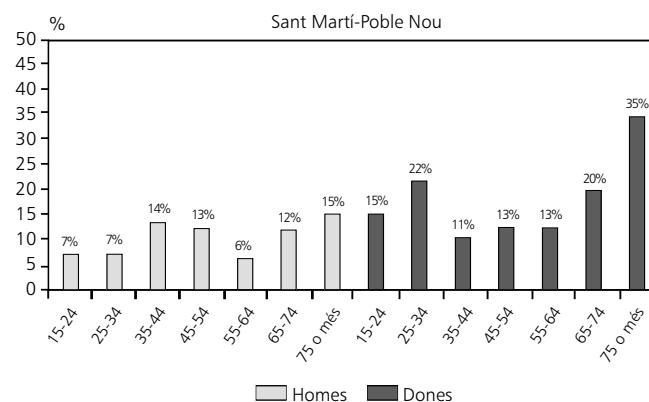


Figura 35. Percentatge de casos probables de mala salut mental i salut general percebuda (estandarditzat per edat), segons sexe

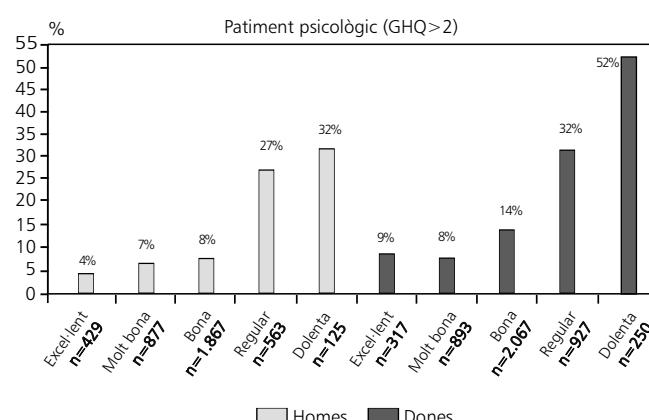
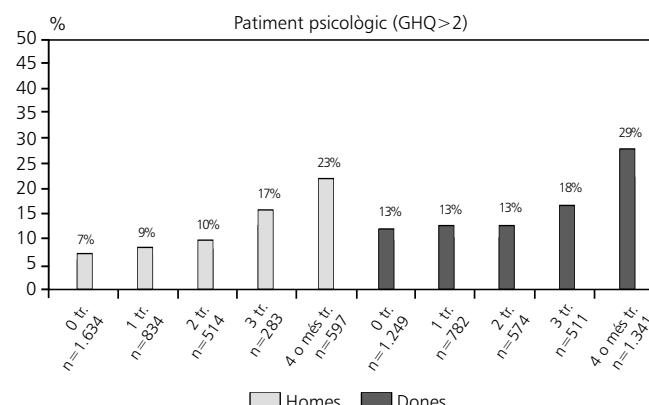


Figura 36. Percentatge de casos probables de mala salut mental i nombre de trastorns crònics no nerviosos (estandarditzat per edat), segons sexe



lògic era més gran entre els qui tenien quatre o més malalties cròniques, i que aquesta prevalença anava disminuint paral·lelament a la disminució del nombre de malalties cròniques, potser més clarament entre els homes.

5.7.3 "Trastorns nerviosos" declarats

La prevalença dels "trastorns nerviosos" es va poder estimar a partir de la pregunta sobre trastorns crònics:

Pateix actualment o el metge li ha dit que ha patit algun dels trastorns crònics que li llegiré?

Una categoria de trastorn crònic era: Problemes nerviosos / depressions.

Les persones a les quals el seu metge els havia dit que patien algun tipus de trastorn nerviós o depressió o bé que sabien que patien trastorns nerviosos o depressions eren 1.056 (313 homes i 743 dones). La prevalença del patiment psicològic més elevada es donava en homes que sabien que tenien com a malaltia crònica un trastorn nerviós o depressió (53% amb patiment psicològic), seguits de les dones que tenien, a més d'un problema nerviós o depressió, tres o més trastorns crònics (43% amb patiment psicològic) (figura 37).

Els homes amb dos o tres trastorns crònics (a part del problema nerviós) i les dones amb dos trastorns crònics i les que sabien que tenien un problema nerviós (i cap altre trastorn crònic) tenien unes prevalències de patiment psicològic que oscil·laven entre el 33% i el 38%.

Tot i que en totes les categories possibles la prevalença del patiment psicològic era molt alta (figura 37), les prevalències més baixes del patiment psicològic es donaven entre els qui tenien, a part del trastorn nerviós, un sol trastorn crònic (22% d'homes i 27% de dones amb patiment psicològic).

Trastorns nerviosos declarats segons districte

Així doncs, com a aproximació a la mesura de casos probables de mala salut mental per districte, a la figura 38 podem veure la proporció d'individus que sabien o bé que el metge els havia comunicat que patien "trastorns nerviosos".

Al districte de **Ciutat Vella**, el percentatge d'entrevistats que sabien que patien algun tipus de problema nerviós era més alt en dones (22%) que en homes (14%). En homes, i comparant amb la resta de districtes de la ciutat, es tractava del percentatge més elevat de coneixement de patir problemes nerviosos. La prevalença en les dones del districte de Sant Martí (amb un 23%) va ser l'úni-

Figura 37. Percentatge de casos probables de mala salut mental i problemes nerviosos o depressió (estandarditzat per edat), segons gènere

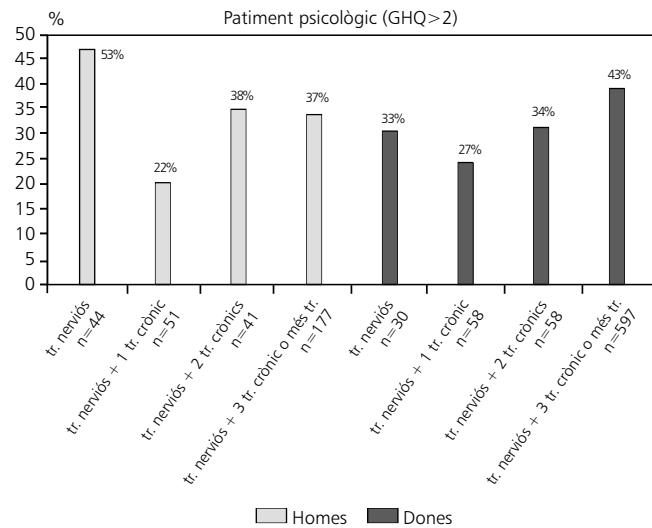
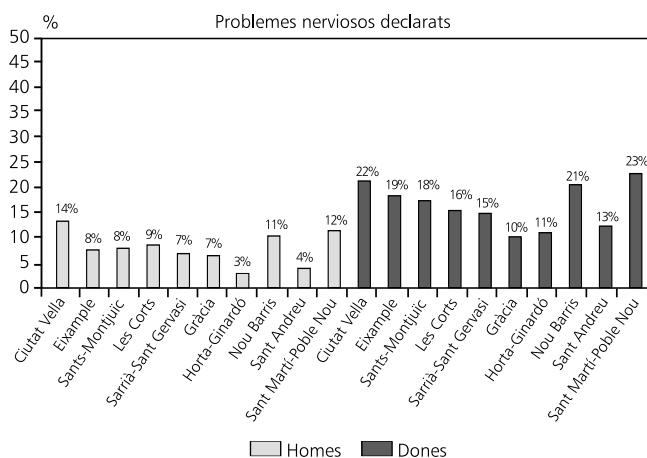


Figura 38. Percentatge de problemes nerviosos declarats segons districte i gènere (estandarditzat per edat)



ca que va superar la prevalença en les dones de Ciutat Vella. Aquesta prevalença dels problemes nerviosos era molt similar a la prevalença del patiment psicològic mesurada amb el GHQ-12 (14% en homes i 23% en dones) (taula 7).

Al districte de l'**Eixample**, la proporció de dones amb problemes nerviosos també va ser més gran que la d'homes (19% i 8%, respectivament). Eren prevalences de trastorns nerviosos coneguts que es troaven en un punt intermedi pel que fa a les prevalences de la resta de districtes. Si comparem les prevalences dels problemes nerviosos coneguts amb la del patiment psicològic mesurat amb el GHQ-12, veiem que s'assemblava força en homes (10% de prevalença del patiment psicològic) i era superior (15% de prevalença del patiment psicològic segons el GHQ-12) en dones.

Al districte de **Sants-Montjuïc**, la proporció de dones amb problemes nerviosos era més alta que la proporció d'homes (18% i 8%, respectivament). La prevalença en dones era igual que la del patiment psicològic (18%), però en homes va ser més baixa (hi havia un 13% d'homes amb patiment psicològic).

A **les Corts**, les dones eren les que més freqüentment informaven d'aquest tipus de trastorn (16%, davant del 9% en els homes). Les prevalences de trastorns nerviosos coneguts s'assemblaven molt a les obtingudes amb el GHQ-12 (el 16% de les dones amb patiment psicològic, i el 8% dels homes).

A **Sarrià - Sant Gervasi**, la proporció d'homes amb algun trastorn nerviós era del 7%, i la de dones, del 15%. La prevalença dels trastorns nerviosos al districte en homes era similar a la del patiment psicològic (6%), i en dones era lleugerament inferior a la prevalença detectada amb el GHQ-12 (18%).

A **Gràcia**, el 10% de dones i el 7% d'homes deien que tenien problemes nerviosos. Les prevalences de proble-

mes nerviosos en aquest districte estaven per sota de la prevalença del patiment psicològic (16% de dones amb patiment psicològic i 11% d'homes amb patiment psicològic).

A **Horta-Guinardó**, sabien que tenien algun problema nerviós tan sols el 3% dels homes i l'11% de les dones. Es tracta de percentatges molt baixos. Aquestes prevalences són molt inferiors a les prevalences del patiment psicològic mesurades amb el GHQ-12. Aquest districte, juntament amb Ciutat Vella, és el que tenia prevalences de patiment psicològic més altes (15% en homes i 23% en dones).

A **Nou Barris**, la proporció de dones que sabien que patien algun problema nerviós era força elevada (21%), mentre que d'homes n'hi havia un 11%. Aquestes prevalences s'apropaven a les de patiment psicològic en homes (8%) i dones (17%), tot i que eren lleugerament més elevades.

Al districte de **Sant Andreu**, hi havia un 4% d'homes i un 13% de dones que deien saber que patien problemes nerviosos. Tal com es pot veure a la figura, es tractava de percentatges força baixos comparat amb la resta de districtes. Veiem que eren prevalences similars a les obtingudes amb la mesura del patiment psicològic (7% en homes i 14% en dones).

Pel que fa al districte de **Sant Martí - el Poblenou**, és on hi havia un percentatge més elevat de dones que sabien que patien algun problema nerviós, concretament el 23%. Per altra banda, un 12% d'homes sabien que en patien algun. Es tracta de proporcions força elevades. La proporció d'homes que sabien que patien algun problema nerviós només era superada per la d'homes de Ciutat Vella (14%). Comparant amb les prevalences mesurades amb el GHQ-12, veiem que el percentatge d'homes amb patiment psicològic era lleugerament més baix (10%), i el de dones, força més baix (el 17% tenien patiment psicològic).

Taula 7. Percentatge de problemes nerviosos declarats i de patiment psicològic (estandarditzat per edat), segons districte i gènere

	Homes		Dones	
	Problemes nerviosos declarats n (%)	% patiment psicològic (GHQ > 2) n (%)	Problemes nerviosos declarats n (%)	patiment psicològic (GHQ > 2) n (%)
Ciutat Vella	54 (13,5)	54 (13,7)	98 (21,7)	99 (22,5)
Eixample	29 (7,7)	37 (9,9)	86 (18,7)	70 (14,9)
Sants-Montjuïc	31 (8,0)	49 (12,8)	77 (17,7)	81 (18,1)
Les Corts	33 (8,7)	31 (7,8)	68 (15,7)	70 (15,9)
Sarrià - Sant Gervasi	25 (6,9)	24 (6,3)	68 (15,1)	78 (17,5)
Gràcia	25 (6,5)	41 (11,1)	47 (10,3)	79 (16,2)
Horta-Guinardó	12 (3,1)	53 (14,5)	50 (11,2)	101 (22,5)
Nou Barris	42 (10,5)	33 (8,2)	94 (20,9)	77 (17,3)
Sant Andreu	16 (3,9)	27 (6,6)	54 (12,5)	59 (13,5)
Sant Martí - el Poblenou	46 (11,6)	41 (10,3)	101 (23,2)	76 (17,4)

5.7.4 Discapacitats

Les persones **més joves de seixanta-cinc anys** van respondre dues preguntes referents a discapacitats relacionades amb la salut.

La primera feia referència a les tasques bàsiques relacionades amb la **cura personal**. Només van respondre que necessitaven ajuda d'altres per a la cura personal 59 persones (29 homes i 30 dones). La prevalença del patiment psicològic va ser molt més elevada entre els qui necessitaven ajuda per a la seva cura personal (34% en homes i 25% en dones amb patiment psicològic) que entre els qui no necessitaven ajuda per fer aquestes tasques (10% en homes i 16% en dones amb patiment psicològic). La segona pregunta feia referència a les **tasques habituals** com ara fer la feina de casa, anar al banc, anar a comprar o sortir per qualsevol motiu. De persones més joves de seixanta-cinc anys que necessitaven altres persones per fer aquestes tasques n'hi havia 98 (36 homes i 62 dones). Tal com s'observa a la figura 39, hi havia una proporció més elevada de casos probables de mala salut mental entre les que no eren autosuficients (32% dels homes i 44% de les dones amb patiment psicològic) que les que no necessitaven l'ajuda d'altres per fer les tasques habituals (10% dels homes i 16% de les dones).

Pel que fa als **més grans de seixanta-cinc anys** 741 homes i 1.138 dones van respondre diverses preguntes sobre el grau de dificultat que tenien per fer les activitats sense cap ajuda o aparell. Les activitats per les quals es preguntava, les hem classificat en tres grups:

Mobilitat: Caminar; asseure's i aixecar-se de la cadira; pujar i baixar escales; sortir al carrer; caminar unes quantes "illes de cases".

Cures personals: Anar al lavabo; vestir-se i desvestir-se; cuinar el seu menjar; afaitar-se (homes); pentinar-se (dones); banyar-se o dutxar-se; tallar-se les ungles dels peus; menjar.

Activitats habituals: Anar al mercat / fer la compra personal; administrar els diners; utilitzar el telèfon.

Els casos probables de mala salut mental en persones més grans de seixanta-cinc anys eren més freqüents en les persones que tenien un grau de dificultat més gran per realitzar les activitats abans esmentades. A més grau de dificultat, més casos probables de mala salut mental (figures 40, 41 i 42).

Figura 39. Percentatge de casos probables de mala salut mental i discapacitat en activitat habitual en persones més joves de seixanta-cinc anys (estandarditzat per edat), segons sexe

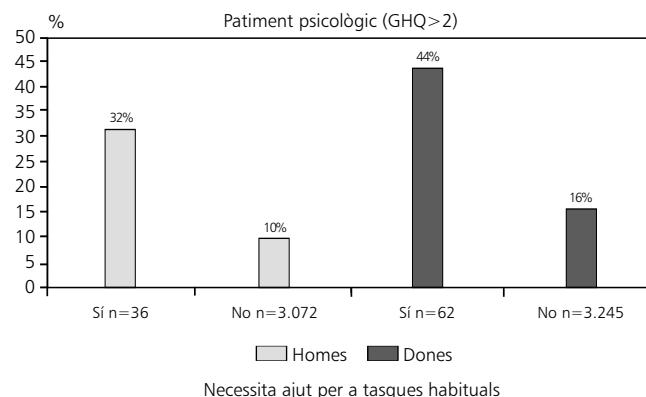


Figura 40. Percentatge de casos probables de mala salut mental i discapacitat per moure's (estandarditzat per edat) en persones més grans de seixanta-cinc anys, segons sexe

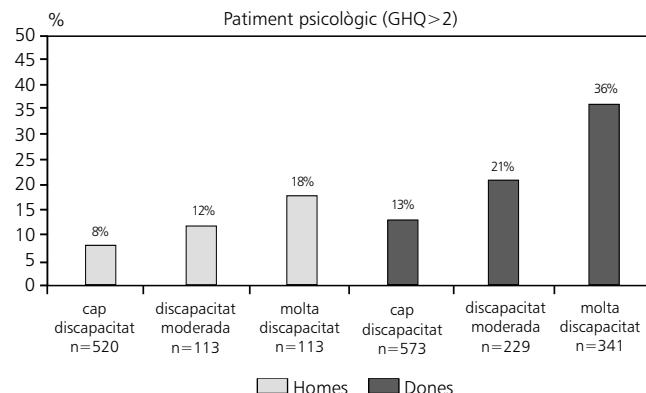
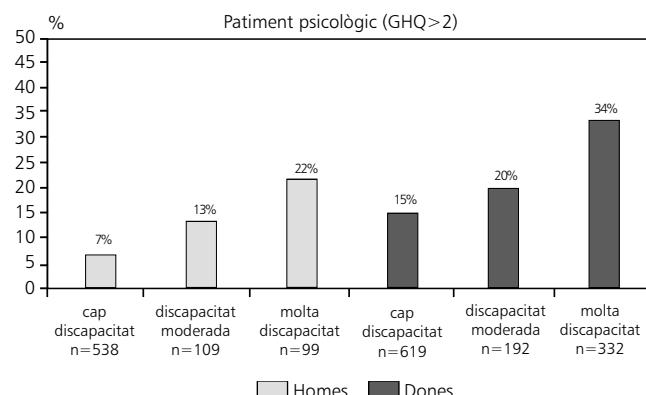


Figura 41. Percentatge de casos probables de mala salut mental i discapacitat per la cura personal (estandarditzat per edat) en persones més grans de seixanta-cinc anys, segons sexe



5.8 Utilització dels serveis sanitaris

5.8.1 Visites mèdiques

El 89,7% ($n= 7.458$) de participants havien visitat algun dels tres professionals sanitaris (el metge de capçalera o el psiquiatre o el psicòleg) dotze mesos abans de l'entrevista, però tan sols un 5,8% ($n= 483$) havien visitat un psicòleg o un psiquiatre. Dels qui havien visitat algun dels especialistes de salut mental, el 19% havien visitat els dos professionals, i el 17% havien visitat també el metge de capçalera.

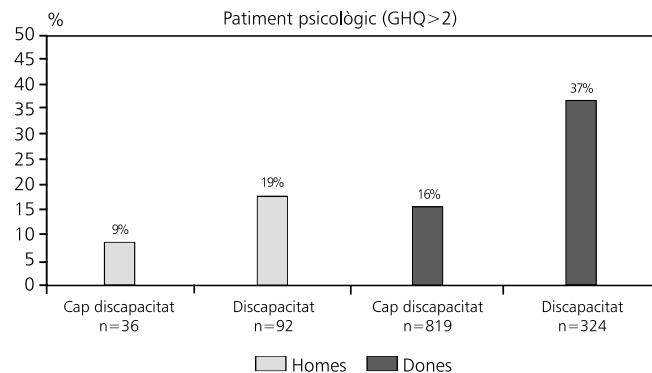
Per gènere informaren que havien visitat el psiquiatre el 3% dels homes, i el 5% de les dones i, havien visitat el psicòleg el 2% d'homes, i el 4% de dones (taula 8).

Els homes més joves (15-34 anys) visitaven més el psicòleg que el psiquiatre; els de 35 a 64 anys eren els que més visites els feien, i en general en aquests grups visita més el psiquiatre que no pas el psicòleg. A partir dels seixanta-cinc anys, les visites eren poques i majoritàriament eren al psiquiatre. Pel que fa a les dones, el patró era similar. Les dones més joves (15-24 anys) i (25-34 anys) visitaven més els psicòlegs que els psiquiatres, i les més grans (75 anys o més) eren les que anaven menys a consultar cap especialista. Les dones d'edats compreses entre els 35 i els 54 anys eren les que consultaven més els dos especialistes (taula 8).

Quant a la salut mental de les persones que es visitaven (figura 43), veiem que, per una banda, la prevalença de casos probables de mala salut mental era més elevada entre els qui es visitaven (al metge de capçalera, i de manera encara més evident al psicòleg o al psiquiatre) que entre els qui no es visitaven. Les persones (homes i dones) que visitaven els especialistes de la salut mental (psiquiatres i psicòlegs) tenien prevalences similars entre si: entre el 37% i el 43% eren casos probables de mala salut mental.

A la figura 44 es pot observar que les persones que feien visites a qualsevol dels professionals sanitaris (capçalera o psiquiatre o psicòleg), tenien una prevalença més elevada del patiment psicològic que els qui no en visitaven cap. Entre els qui no visitaven cap professional, tan sols un 10% dels homes i un 17% de les dones eren casos probables de mala salut mental; en canvi, entre els qui en visitaven algun aquesta prevalença augmentava a un 41% en homes i un 48% en dones.

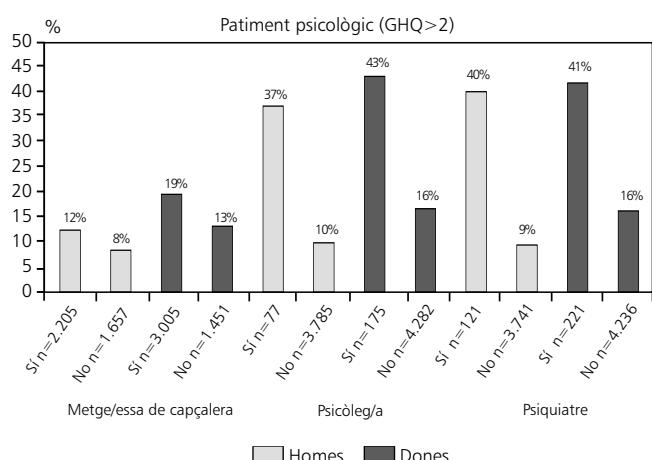
Figura 42. Percentatge de casos probables de mala salut mental i discapacitat per les activitats habituals (estandarditzat per edat) en persones més grans de seixanta-cinc anys, segons gènere



Taula 8. Visites (darrers dotze mesos) als professionals de la salut mental (psiquiatres i psicòlegs) segons gènere i grup d'edat

Grup d'edat	Home		Dona	
	Psiquiatre	Psicòleg	Psiquiatre	Psicòleg
15-24 anys	14	2,2	17	2,6
25-34 anys	20	3,0	32	4,9
35-44 anys	26	4,0	44	5,7
45-54 anys	23	3,9	43	7,0
55-64 anys	23	4,2	35	5,7
65-74 anys	11	2,2	31	4,8
75 anys o més	0	0	0	0
Total	121	3,0	221	5,1
	77	1,9	176	3,9

Figura 43. Percentatge de casos probables de mala salut mental i visites al capçalera, al psicòleg o al psiquiatre (estandarditzat per edat), segons gènere



Els qui no visitaven el psiquiatre o el psicòleg (figura 45) tenien una prevalença del patiment psicològic baixa (9% en homes i 16% en dones); en canvi, entre els qui havien visitat aquests professionals la prevalença era alta tant en homes (39%) com en dones (40%).

Finalment, els qui gaudien de bona salut mental visitaven menys el psiquiatre i el psicòleg que els qui tenien patiment psicològic: tan sols el 3% d'homes i el 5% de dones que gaudien de bona salut mental feien visites al psicòleg/psicòloga o al psiquiatre/a; en canvi, el 16% d'homes amb patiment psicològic i el 18% de dones amb patiment psicològic visitaven el psiquiatre/a o el psicòleg/psicòloga (figura 46).

5.8.2 Consum de fàrmacs

Les preguntes sobre consum de fàrmacs es van fer a la meitat de la mostra ($n=4167$).

Entre els psicofàrmacs, el més consumits van ser els tranquil·litzants. Els consumidors de **tranquil·lizants** (homes i dones) eren més freqüentment casos probables de mala salut mental que els no consumidors. Per altra banda, els qui els consumien sense estar receptats tenien menys probabilitat de ser casos probables que els qui els consumien per prescripció facultativa (figura 47).

Per altra banda, el fàrmac no-psicoactiu més consumit ($n=1881$) les darreres dues setmanes havia estat l'**aspirina**, i en segon lloc, el medicament més consumit les darreres 2 setmanes havien estat els tranquil·litzants ($n=577$).

L'automedicació pel que fa al consum d'aspirines era més habitual que la prescripció facultativa i les dones en consumien més freqüentment que els homes. Per altra banda, els que havien consumit aspirines, tenien una prevalença lleugerament més elevada de patiment psicològic que els qui no n'havien consumit, en especial quan l'aspirina havia estat receptada (figura 48). Comparant el patró de consum de les aspirines i dels tranquil·litzants veiem que, els casos probables de mala salut mental eren superiors entre els consumidors de tranquil·litzants, que entre els d'aspirines, tot i que entre els qui consumien aspirines hi havia una proporció més elevada de casos probables que entre els qui no en consumien, especialment en les dones en que l'aspirina havia estat indicada facultativament. També s'observa que l'automedicació era molt habitual pel que fa al consum d'aspiri-

Figura 44. Percentatge de casos probables de mala salut mental, segons visites al metge de capçalera, al psiquiatre o al psicòleg (estandarditzat per edat) i segons gènere

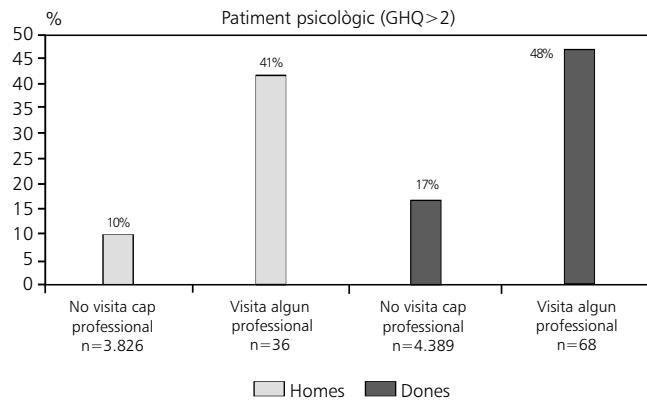


Figura 45. Percentatge de casos probables de mala salut mental, segons visites al psiquiatre o al psicòleg (estandarditzat per edat) i segons gènere

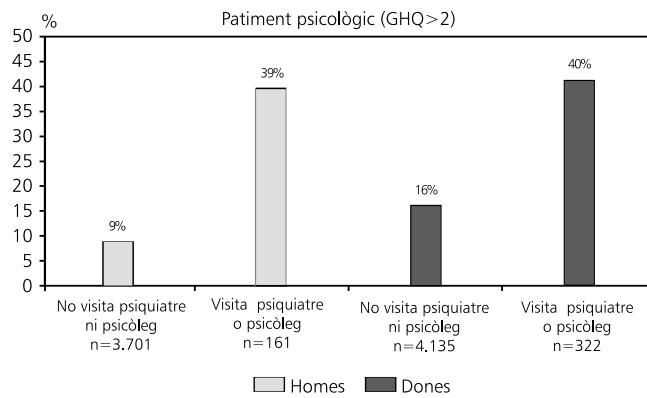
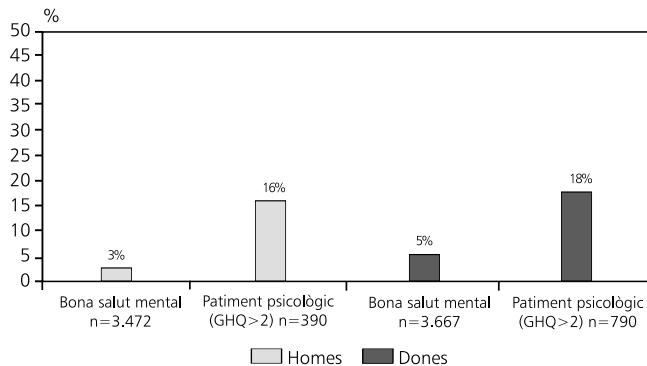


Figura 46. Percentatge de persones que visiten a un especialista de la salut mental segons patiment psicològic (estandarditzat per edat) i segons gènere



nes (36%), però ho era poc en el consum de tranquil·lizants (3%). Finalment observem que hi havia més dones que consumien aspirines (51%) o tranquil·lizants (18%) que homes (39% i 9%, respectivament).

Pel que fa als **antidepressius**, es va preguntar sobre si s'havien pres durant més de tres mesos (consum crònic). Un total de 214 persones havien pres de forma crònica antidepressius. Els consumidors crònics d'antidepressius eren més freqüentment casos probables de mala salut mental que els qui no en consumien. El 45% dels homes que prenien antidepressius i el 48% de les dones que prenien antidepressius eren casos probables de mala salut mental (figura 49).

Comparant amb els consumidors de tranquil·litzants, la magnitud en la que es donaven casos probables de mala salut mental en consumidors crònics d'antidepressius era molt més alta.

Figura 47. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum de tranquil·lizants (estandarditzat per edat) segons gènere

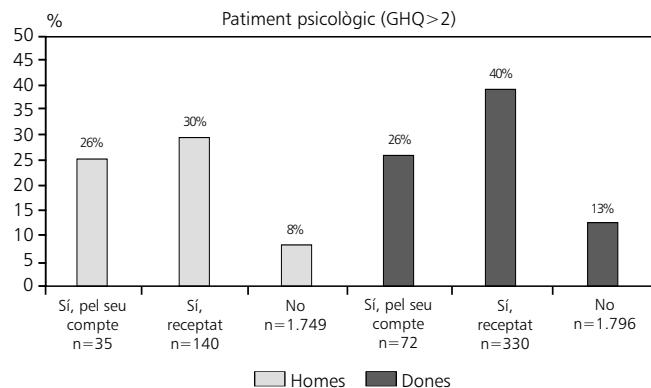


Figura 48. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum d'aspirines (estandarditzat per edat) segons gènere

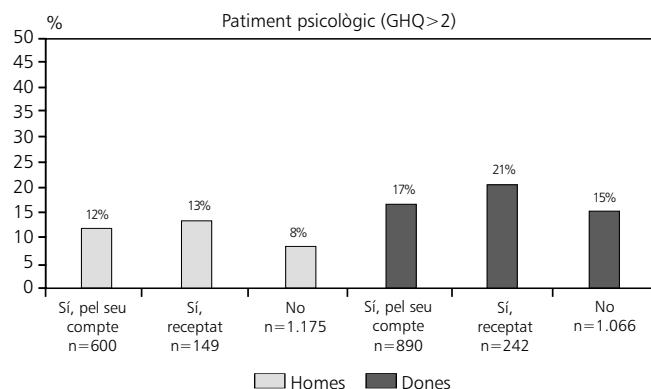
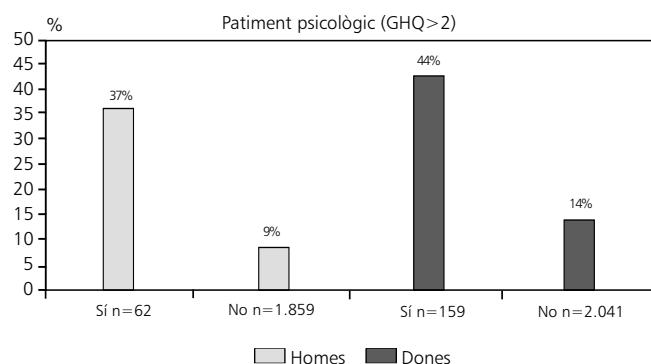


Figura 49. Percentatge de casos probables de mala salut mental i consum crònic d'antidepressius (estandarditzat per edat) segons gènere



6. Discussió i conclusions

Aquest estudi presenta les dades de prevalença de patiment psicològic a la població general de Barcelona. L'estudi confirma l'elevada prevalença de patiment psicològic (14%) i la distribució desigual de les prevalences segons gènere. Les dones tenen una prevalença de trastorns mentals més gran (17%) que els homes (10%).

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya de 1994 (ESCA1994) la prevalença estimada de patiment psicològic en la població general de Catalunya és d'un 16% en homes i d'un 19% en dones. Tot i que ambdós estudis comparteixen el GHQ-12 com a mesura per estimar la prevalença de patiment psicològic, en l'ESCA 1994 es va usar un mètode de càlcul diferent a l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2000 (ESB-2000). Així doncs, tot i haver-se usat el mateix instrument, la comparació de les prevalences de casos probables de mala salut mental s'ha d'interpretar amb precaució. Segons els resultats de l'ESCA1994, el 15% d'homes i el 18% de dones de la ciutat de Barcelona són casos probables de mala salut mental (Rajmil, Gispert, Roset, Muñoz Rodríguez, & Segura, 1998). La prevalença de patiment psicològic dels homes a l'ESCA1994 era superior a l'obtinguda en el present informe i, en canvi, en dones la prevalença era similar, per tant, a l'ESCA1994, la diferència entre gèneres era més petita.

El disseny transversal de l'ESB-2000 no permet conèixer la seqüència temporal dels events. Així doncs no podem extreure'n relacions causa efecte. Per altra banda, el disseny pot haver implicat una subestimació de la prevalença donat que només van contestar el GHQ aquelles persones que podien respondre per elles mateixes. No tenim informació sobre les persones que no eren capaces de respondre per si soles ja que quan s'havia d'utilitzar un informador indirecte, aquest no podia respondre el GHQ. A més, no es va entrevistar la població institucionalitzada de la ciutat que, probablement, tingui una prevalença elevada de patiment psicològic. El GHQ és un instrument capaç de detectar simptomatologia ansiosa o depressiva i es centra en la incapacitat de dur a terme les funcions saludables normals o en l'aparició de nous fenòmens que produeixen malestar psíquic (o patiment psicològic) (Goldberg et al., 1996). Així tras-

torns mentals relacionats amb les drogodependències, l'alcoholisme o la mania, igual que els de llarga durada (com per exemple els de personalitat) poden haver estat subestimats pel GHQ.

6.1 Factors sòciodemogràfics

Les diferències per **gènere**, quant a patiment psicològic, són similars a les que es troben en la major part d'estudis (Goldberg et al., 1996). La major prevalença de casos probables de mala salut mental en dones pot ser deguda, en part, a que el GHQ subestima les drogodependències i l'alcoholisme, que són trastorns psicològics més prevalents en homes. Per altra banda aquestes diferències segons gènere poden ser degudes a les diferències referides al context social o a altres factors lligats al gènere i al nivell de morbiditat (Goldberg et al., 1996).

La prevalença de casos probables de mala salut mental és major quant major és l'**edat** en dones, en homes, en canvi, no hi havia un patró tan clar. Pel que fa a l'**estat civil**, les prevalences de patiment psicològic coincidien en homes i dones en dues categories: els casats o emparellats (sobre el 14%) i els separats o divorciats (sobre el 21%). Les dones vídues destacaven per tenir la prevalença més alta de mala salut mental (26%). Els/les solters/es i els/les casats/des (o emparellats/des) gaudien de millor salut mental que els/les separats/des (o divorciats/des) i vídues/es. Quant a l'**origen**, els homes nascuts a l'estrange tenien una prevalença més alta de casos probables de mala salut mental que els nascuts a la resta d'Espanya o a Catalunya. La prevalença de patiment psicològic en homes i dones estrangers era idèntica (el 16%) i situava a les dones estrangeres en un nivell similar a les catalanes i espanyoles.

6.2 Factors socials

Es confirmen les desigualtats respecte el nivell de salut mental segons el **nivell educatiu** i la **classe social**. Les

persones amb un nivell educatiu alt i les de classe social alta gaudien de millor salut mental. Les persones sense estudis presentaven una prevalença més elevada de patiment psicològic (30% dels homes i 26% de les dones amb patiment psicològic) que les que tenien algun tipus de formació acadèmica.

Per altra banda les persones que tenien **suport social** gaudien de millor salut mental que les que no en tenien. Les dones amb poc suport social eren les que mostren prevalences més elevades de patiment psicològic (25% de dones amb patiment amb una puntuació del qüestionari de Suport Social de Duke inferior a 75) i un 41% entre les dones que no tenien cap persona amb la que poder parlar, en qualsevol moment, de problemes molt personals).

La **situació laboral** estava relacionada amb diferències en la prevalença de casos probables de mala salut mental. Els homes aturats tenien la prevalença de patiment psicològic més elevada (23%), seguida de les dones jubilades (22%), de les mestresses de casa i les aturades (19% i 20%, respectivament). Entre les dones, les estudiants eren les que gaudien de la millor salut mental (prevalença de patiment psicològic del 14%).

Quant a les característiques de la **llar**, les llars amb un sol membre acumulaven una prevalença lleugerament més elevada de patiment psicològic (19% en dones i 13% en homes) que les llars més nombroses. En canvi s'observaven diferències quant a la prevalença de patiment psicològic segons la **tipologia familiar**. La prevalença més elevada es donava en homes que vivien en parella (23%), i les més baixes en homes que vivien amb parella i altres parents o amb parella i fills (9% i 10%, respectivament). En dones, en canvi, les prevalences més elevades es donaven en les llars monoparentals, en les que convivien la parella i altres parents i en les llars sense nucli (22%, 21% i 21%, respectivament). En canvi, les que gaudien de millor salut mental eren les que vivien només amb la parella (14%) o amb la parella i fills (17%).

L'estudi mostra que la **càrrega familiar** (hores de treball domèstic, cura dels infants, de les persones grans i dels discapacitats) continuava recaient essencialment en les dones. El patiment psicològic era més prevalent en dones que no havien realitzat cap **hora de treball domèstic a la setmana** (29% amb patiment psicològic). En canvi, en homes, la prevalença més elevada de patiment psicològic es donava entre els que han dedicat de 15 a 21h a la setmana a fer treball domèstic. Pel que fa a les llars amb infants, la prevalença de patiment psicològic era inferior a les de les llars sense infants, i en funció de **qui tenia cura de les criatures** s'observava que els homes i dones que la compartien eren els qui gaudien de millor salut mental (5% i 8% amb patiment psicològic, respectivament). Pel que fa a les persones grans,

la majoria tenien cura d'ells mateixos, i quan no era així els homes que compartien la **cura de les persones grans** gaudien de la millor salut mental (4% de patiment psicològic). La pitjor salut mental la patien les dones que deien que la cura dels seus grans la feien "altres" (32%). Finalment, pel que fa a les famílies amb discapacitats, la prevalença de patiment psicològic era més elevada que la que es donava en famílies sense discapacitats. Les persones que compartien la **cura dels discapacitats** amb la parella i les famílies en les que se n'ocupaven "altres" eren les que tenien prevalences menors de patiment psicològic.

6.3 Estils de Vida

En l'ESB2000 s'ha mostrat una prevalença més alta de trastorns mentals en les persones que **dormien** moltes hores (9 o més hores), o les que feien molta **activitat física quotidiana**, o que en feien molt poca (en canvi l'activitat física en el temps de lleure no estava relacionada amb la salut mental) i les dones que tenien un **IMC** menor a 17 (baix pes).

Quant al consum de **substàncies psicoactives**, tenint en compte que el GHQ es centra en si l'individu ha experimentat recentment un síntoma o ítem de comportament particular en una escala que va des de menys de l'habitual a molt més de l'habitual, la relació que el consum d'alcohol, com el de tabac i altres substàncies que es prenen de forma habitual, pugui tenir en la salut mental pot no haver estat detectada.

Pel que fa al tabac, no es va detectar cap relació amb la salut mental (comparant fumadors, ex-fumadors, o no fumadors). Quant a l'alcohol, les persones que en beven ocasionalment eren les que gaudien de millor salut mental (millor que els abstemis, que els que bevien moderadament i que els bebedors de risc).

Les persones que van participar en l'enquesta informaren que els tranquil·lizants i l'alcohol eren les substàncies psicoactives més utilitzades. Els homes entrevistats consumien alcohol més freqüentment i en quantitats més importants que les dones (ESB-2000). Les dones, en canvi consumien més freqüentment que els homes tranquil·lizants. Donades les propietats ansiolítiques de l'alcohol s'ha hipotetitzat una associació entre el seu consum com a forma d'afrontar els trastorns d'angoixa (Burns, 2002), de tota manera, de les dades de l'informe i donades les limitacions pròpies de l'instrument no en podem extreure'n una relació.

Pel que fa a les substàncies psicoactives il·legals, el cànnem era la més consumida, i el seu consum estava relacionat amb una prevalença més alta de casos probables de mala salut mental. El consum de cocaïna, la segona substància psicoactiva il·legal més freqüentment consu-

mida, estava relacionat, de la mateixa manera que el cà-nem, amb la salut mental.

6.4 Els districtes

Pel que fa a la distribució de la prevalença de casos probables de mala salut mental a Barcelona, segons els districtes s'evidencia que els districtes de Barcelona tenen un prevalença desigual de casos probables de mala salut mental. Ciutat Vella i Horta-Guinardó eren els districtes amb una prevalença més alta i Sarrià Sant-Gervasi i Sant Andreu són els qui tenien una prevalença més baixa. Dins dels districtes, la prevalença variava en funció del gènere i de l'edat. En general les dones en qualsevol dels districtes tenien una prevalença més alta de mala salut mental que els homes del mateix districte. En canvi, la prevalença en funció de l'edat variava segons el districte de que es tractés.

Més concretament:

- **Ciutat Vella** Era un dels dos districtes amb una prevalença de casos probables de trastorns mentals més elevada de Barcelona. Els grups d'edat més joves eren els qui concentraven les probabilitats més altes de casos probables. Destacaven les dones del grup d'edat de 25-34 anys, que tenien una prevalença de patiment psicològic del 40%.
- **Eixample** La prevalença de casos probables era relativament baixa. Les diferències entre gèneres no eren massa acusades. Entre els grups d'edat les diferències tampoc eren importants.
- **Sants Montjuïc** La prevalença de casos probables era elevada (13%). No s'observava un patró quant a la distribució segons edat i gènere. De tota manera els pics de prevalença més elevats es donaven en el grup de persones més grans de 75 anys, especialment pel que feia a les dones (39% amb patiment psicològic).
- **Les Corts** Era un districte amb una prevalença moderada de casos probables de mala salut mental. Les diferències quant a la distribució segons edat no seguien un patró.
- **Sarrià-Sant Gervasi** Era un dels dos districtes amb una prevalença de casos probables més baixa de Barcelona. Els homes tenien les prevalences més baixes de tota la ciutat, en canvi, les dones tenien prevalences superiors a altres districtes com ara l'Eixample. No hi havia un patró quant a la distribució segons l'edat.
- **Gràcia** Aquest districte mostrava una prevalença semblant a la de la ciutat de Barcelona, tan en homes com en dones. A destacar veiem que les dones més grans tenien una prevalença molt elevada de patiment psicològic (37%) i, en canvi, els més joves (15-34 anys) tenien prevalences menors de casos probables, de

tota manera no hi havia un patró clar en funció de l'edat.

- **Horta Guinardó** Era el districte amb una prevalença més elevada de casos probables de mala salut mental. En aquest districte els casos probables eren més freqüents en el grup d'edat més gran tan en homes com amb dones.
- **Nou Barris** La prevalença de mala salut mental era relativament baixa entre els homes del districte i era similar a la de la ciutat per les dones. Destacava l'alta prevalença de patiment psicològic en dones de 75 o més anys d'edat (30%).
- **Sant Andreu** Era el districte amb millor salut mental de Barcelona i ho era tan pel que fa als homes com a les dones. No hi havia massa diferències segons els grups d'edat.
- **Sant Martí-Poble Nou** La prevalença de casos probables era semblant a la de la ciutat tant en homes com en dones. El grup d'edat que acumulava la prevalença més elevada de patiment psicològic era el de les dones de 75 anys o més (35%).

La prevalença per districte de persones que sabien (o el metge els havia comunicat) que patien algun tipus de problema nerviós o depressió era similar a la prevalença de patiment psicològic (GHQ>2) a: Ciutat Vella, l'Eixample, Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi, Nou Barris i Sant Andreu. En canvi, al districte de Sant Martí-Poble Nou, la prevalença de persones que sabien que patien algun tipus de problema nerviós-depressió era més elevada que la prevalença de patiment psicològic, especialment en dones. Finalment, hi havia una prevalença menor de persones que coneixien que patien algun tipus de problema nerviós als districtes de Gràcia i Horta Guinardó.

6.5 Altres indicadors de l'estat de salut

L'estat de salut mental i els problemes físics de salut estan interrelacionats, i moltes vegades són difícilment diferenciables. Així doncs tal i com s'esperava indicadors relacionats amb la salut estan molt associats a la salut mental. Per exemple la **percepció de la salut general** estava directament relacionada amb la prevalença de casos probables de mala salut mental. Així a mesura que la valoració de l'estat de salut era millor, hi havia una proporció inferior de casos probables de mala salut mental. Així mateix, les persones **menors de 65 anys amb discapacitats** degudes a algun problema de salut que els impedia realitzar les activitats habituals sense ajuda d'altres tenien una prevalença més alta de casos probables de mala salut mental que els no discapacitats. Les persones **més grans de 65 anys amb discapaci-**

tats tenien prevalences més altes de casos probables de mala salut mental que els que no tenien discapacitats. Finalment, les persones amb tres o més malalties cròniques (**morbilitat crònica**), tenien una prevalença més elevada de patiment psicològic.

6.6 Serveis Sanitaris

L'any anterior a l'entrevista, sols un 5,8% dels enquestats havien visitat algun especialista de la salut mental (psiquiatre o psicòleg). Concretament un 3,1% dels homes havien visitat un psiquiatre i el 2,0% havien visitat un psicòleg. Un 5,0% de les dones havia visitat un psiquiatre i el 3,9% havia visitat un psicòleg.

Bona part de persones que feien visites al psiquiatre o al psicòleg tenien prevalences de patiment psicològic altes. De fet les persones que visitaven el metge de capçalera, encara que en una magnitud molt inferior, també tenien prevalences de patiment psicològic superiors a les que no ho feien.

Per altra banda, pel que fa a les persones amb patiment psicològic que visitaven els especialistes de la salut mental (psiquiatre o psicòleg) ho feien en un percentatge més elevat que els qui gaudien de bona salut mental.

Quant al consum de fàrmacs, els tranquil·lizants van ser, darrera de l'aspirina, els més consumits. Els tranquil·lizants majoritàriament estaven indicats facultativament. Comparant els qui havien pres tranquil·lizants i els qui no ho havien fet, hi havia més casos probables de mala salut mental entre els consumidors. Amb els antidepressius, els consumidors eren més freqüentment casos probables de mala salut mental.

Les persones amb patiment psicològic utilitzaven més els serveis sanitaris i consumien més medicació que els qui gaudien de bona salut mental. Tot i així, el percentatge de persones que havien usat els serveis de salut mental era molt baix tenint en compte que sols el 16% dels homes amb patiment psicològic i el 18% de les dones amb patiment psicològic havien visitat algun professional de la salut mental.

Referències

Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., & Whitt, M. C. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc*, 9, 498-516.

Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T. S., Taub, N., McColgen, Z., De Girolamo, G., Polidori, G., Mazzi, F., De Graaf, R., Vollebergh, W. A., Buist-Bowman, M. A., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Palacin, C., Autonell, J., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Arbabzadeh-Bouchez, S., Ormel, J., & Bruffaerts, R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods.

Burazeri, G., Gofin, J., & Kark, J. D. (2003). Over 8 hours of sleep—marker of increased mortality in Mediterranean population: follow-up population study. *Croat Med J*, 44, 193-198.

Burns, L., Teeson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 299-307.

Domingo-Salvany, A., Regidor, E., Alonso, J., & Alvarez-Dardet, C. (2000). Una propuesta de medida de la clase social. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Atencion Primaria*, 25, 350-363.

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995). Barcelona: Masson, S.A.

Foulds, G. A. & Bedford, A. (1975). Hierarchy of classes of personal illness. *Psychol.Med.* 181-192.
Generalitat de Catalunya, D. d. S. y. S. S. (1996). Enquesta de salut de Catalunya. (1 ed.) Barcelona: Servei Català de la Salut.

Goldberg, D. & Williams, P. Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire) Guía para el usuario de las distintas versiones. 1-163. 1996. Barcelona, MASSON.

International Health Conference. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. Official Records of the World Health Organization 2, 100. 7-4-1948. New York.

Kapp, C. (2001). WHO report aims to increase understanding of mental health. *Lancet*, 358, 1248.

Kessler, R. C. (2000). Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull.World Health Organ*, 78, 464-474.

Mari, J. J. & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol.Med.*, 15, 651-659.

Maxwell, A. E. (1973). Psychiatric illnesses: some inferences from symptomatology. *Br.J Psychiatry*, 122, 251-258.

Muñoz, P. E., Tejerina-Allen, M., & Cañas, F. Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana. 1995. Ref Type: Unpublished Work

Rajmil, L., Gispert, M. R., Roset, G. M., Munoz Rodriguez, P. E., & Segura, B. A. (1998). [Prevalence of mental disorders in the general population of Catalonia. Team of the Health Survey of Catalonia]. *Gaceta Sanitaria*, 12, 153-159.

Sartorius, N., Ustun, T. B., Costa e Silva JA, Goldberg, D., Leclubier, Y., Ormel, J., Von Korff, M., & Wittchen, H. U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on

'Psychological Problems in General Health Care'.
Archives of General Psychiatry, 50, 819-824.

Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. Int.Rev Psychiatry, 15, 65-73.

Tennant, C. (1977). The general health questionnaire: a valid index of psychological impairment in Australian populations. Med.J Aust., 2, 392-394.

Cites electròniques:

Gender and Mental Health [en línia]. World Health Organization, [2002]. [Consulta: 7 de juliol de 2003]. Disponible a:
http://www.who.int/gender/other_health/genderMH.pdf

Mental Health [en línia]. Council Resolution of 18 November 1999 concerning the promotion of mental health. [Consulta: 7 de juliol de 2003]. Disponible a:
<http://europa.eu.int/scadplus/printversion/en/cha/c11570.htm>

Resumen

Introducción

En el mundo desarrollado, los trastornos mentales figuran entre las enfermedades más frecuentes en la población general; aparecen en edades más jóvenes que otras enfermedades crónicas y son de las más incapacitantes. "L'Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2000" (ESB-2000) nos ha permitido valorar el estado de salud mental de la ciudad de Barcelona a través del Cuestionario de salud general (GHQ-12) como medida de la salud mental o, más concretamente, del sufrimiento psicológico.

Objetivo general

Estimar la prevalencia del sufrimiento psicológico, el impacto del mismo en otros indicadores de salud y su relación con el consumo de servicios.

Objetivos específicos

Estimar la prevalencia del sufrimiento psicológico según factores socio-demográficos, sociales y estilos de vida. Estimar la prevalencia del sufrimiento psicológico en Barcelona y en sus distritos. Estimar la relación entre la prevalencia del sufrimiento psicológico y otros indicadores del estado de salud. Analizar el patrón de uso de servicios por parte de la población con sufrimiento psicológico y la proporción de personas con sufrimiento psicológico entre las que utilizan determinados servicios y entre las que no lo hacen.

Metodología

El universo estadístico de la ESB-2000 fue la totalidad de la población residente y empadronada en la ciudad. La unidad muestral estaba formada por sujetos individuales, y se realizaron diez mil entrevistas (aproximadamente mil por distrito). La distribución territorial de los

efectivos fue de tipo estratificado y no proporcional, considerando cada distrito como un estrato independiente. La principal variable resultado del estudio fue la salud mental, medida a través del GHQ-12. Una persona era considerada "caso probable de mala salud mental" o "persona con sufrimiento psicológico" si la puntuación en el GHQ-12 era superior a 2. Para realizar el análisis se excluyeron los sujetos que no podían contestar ellos mismos la entrevista y aquéllos que no habían completado íntegramente el GHQ. El total de sujetos incluidos fue de 8.319. Los análisis se estandarizaron por edad, se ponderaron por distrito y se estratificaron por género (a no ser que se indique lo contrario).

Resultados

La prevalencia de sufrimiento psicológico en Barcelona es del 14%.

Factores socio-demográficos: Las mujeres tienen una prevalencia de los trastornos mentales mayor (17%) que los hombres (10%). La prevalencia de casos probables de mala salud mental es mayor a medida que aumenta la **edad** en mujeres; en hombres, en cambio, no se observa un patrón tan claro. En cuanto al **estado civil**, los separados/as (o divorciados/as) y viudos/as sufren peor salud mental que los solteros/as y los casados/as (o emparejados/as). Las mujeres viudas destacan por tener la mayor prevalencia de mala salud mental (26%). En cuanto al **origen**, los hombres nacidos en el extranjero tenían una prevalencia mayor de casos probables de mala salud mental que los españoles nacidos fuera de Cataluña o que aquéllos nacidos en Cataluña.

Factores sociales: Las personas con un **nivel educativo** bajo y las de **clase social** baja sufren con mayor frecuencia peor salud mental. Las personas sin estudios tienen una prevalencia especialmente alta en cuanto a sufrimiento psicológico (30% de los hombres y 26% de las mujeres).

Por otro lado, las personas con mayor **apoyo social** disfrutan de mejor salud mental que las que tienen menos. En cuanto a la **situación laboral**: los hombres parados tienen la prevalencia del sufrimiento psicológico mayor (23%), seguidos de las mujeres jubiladas (22%), las amas de casa y las mujeres en paro (19 y 20%, respectivamente). En lo que se refiere a las características del hogar, las diferencias en la prevalencia del sufrimiento psicológico en función del **número de miembros** no son demasiado importantes. En cambio, se observan diferencias en cuanto a la prevalencia del sufrimiento psicológico según la **tipología familiar**. La mayor prevalencia se da en hombres que viven solamente con la pareja (23%), y las menores en hombres que viven con la pareja y otros parientes o con la pareja e hijos (9 y 10%, respectivamente). En mujeres, las prevalencias más elevadas se dan en los hogares monoparentales, en las que conviven la pareja y otros parientes, y en los hogares sin núcleo (22, 21 y 21%, respectivamente). Y las que disfrutan de mejor salud mental son las que viven con la pareja (14% con sufrimiento psicológico) o con la pareja e hijos (17%).

El estudio muestra que la relación entre sufrimiento psicológico y **carga familiar** (horas de trabajo doméstico, y cuidado de los niños, de las personas mayores y de los discapacitados) es diferente en función del género. El sufrimiento psicológico es más prevalente en mujeres que no han realizado ninguna **hora de trabajo doméstico durante la semana** (29% con sufrimiento psicológico). En cambio, en hombres, la prevalencia más elevada del sufrimiento psicológico se da entre los que han dedicado de quince a veintiuna horas a la semana a hacer trabajo doméstico. En cuanto a los hogares con niños, la prevalencia del sufrimiento psicológico es inferior a los de los hogares sin niños, y en función de **quien cuida de los niños** se observa que los hombres y mujeres que comparten el cuidado de los críos son los que disfrutan de mejor salud mental (5 y 8% con sufrimiento psicológico, respectivamente). En lo referido a la atención a los ancianos, la mayoría se cuidan ellos mismos. Si no es así, los hombres que comparten el **cuidado de los mayores** disfrutan de la mejor salud mental (4% con sufrimiento psicológico). La peor salud mental, la sufren las mujeres que dicen que el cuidado de sus mayores lo realizan "otros" (32%). En familias con discapacitados, la prevalencia del sufrimiento psicológico es mayor que la que se da en familias sin miembros discapacitados. Las personas que comparten el **cuidado de los discapacitados** con la pareja y las familias en las que se ocupan de los mismos "otras personas" son las que tienen prevalencias menores de sufrimiento psicológico.

Estilos de vida: La prevalencia del sufrimiento psicológico es más alta entre aquellas personas que **duermen** nueve o más horas, que realizan mucha **actividad física cotidiana** o que realizan muy poca actividad física cotidiana (en cambio, la actividad física en el tiempo libre no está relacionada con la salud mental), y en las mujeres que tienen un **índice de masa corporal** (IMC) inferior a 17 (bajo peso).

En cuanto al consumo de **sustancias psicoactivas**, referente al tabaco, no se detecta ninguna relación con la salud mental. Referente al alcohol, las personas que beben ocasionalmente son las que disfrutan de una mejor salud mental.

El cáñamo es la **sustancia psicoactiva ilegal** más consumida (el 14% de los entrevistados habían consumido cáñamo alguna vez en la vida), y su consumo (alguna vez en la vida o el pasado mes) está relacionado con una prevalencia mayor de casos probables de mala salud mental. El consumo de cocaína, que es la segunda sustancia psicoactiva ilegal más consumida (el 3% de los entrevistados la habían consumido alguna vez en la vida), también está relacionado con una prevalencia mayor de casos probables de mala salud mental.

Distritos de la ciudad: En Barcelona, la prevalencia de casos probables de mala salud mental se distribuye según un continuo que incluye desde un 6% en los hombres de **Sarrià - Sant Gervasi** hasta un 23% de las mujeres de los distritos de **Horta-Guinardó** y **Ciutat Vella**. En general, las mujeres en cualquier distrito tienen una prevalencia más alta de la mala salud mental que los hombres del mismo distrito.

Los distritos con una prevalencia mayor del sufrimiento psicológico son **Horta-Guinardó** (15% en hombres y 23% en mujeres) y **Ciutat Vella** (14% en hombres y 23% en mujeres). En cambio, las prevalencias menores del sufrimiento psicológico las disfrutan los hombres de **Sarrià - Sant Gervasi** (6%) y los de **Sant Andreu** (7%), y las mujeres de **Sant Andreu** (14%) y las del **Eixample** (15%).

Otros indicadores de salud: Los indicadores relacionados con la salud están muy asociados a la salud mental. Por ejemplo, la **percepción de la salud general** está directamente relacionada con la prevalencia de casos probables de mala salud mental. Así mismo, las personas con **discapacidades** tienen una prevalencia mayor de casos probables de mala salud mental que las no discapacitadas. Finalmente, las personas con tres o más enfermedades crónicas tienen una prevalencia mayor del sufrimiento psicológico.

Uso de servicios sanitarios: El año anterior a la entrevista, sólo un 5,8% de los encuestados **habían visitado algún especialista** de la salud mental (psiquiatra o psicólogo). Mayoritariamente las personas que visitan al psiquiatra o al psicólogo tienen prevalencias del sufrimiento psicológico altas (alrededor del 40% en hombres y mujeres en ambos profesionales). Las personas que visitan al médico de cabecera, aunque que en una magnitud muy inferior, también tienen prevalencias del sufrimiento psicológico superiores (12% en hombres y 19% en mujeres) a las que no lo hacen (8% en hombres y 13% en mujeres).

Por otro lado, las personas con sufrimiento psicológico visitan a los especialistas de la salud mental (psiquiatra o psicólogo) en un porcentaje mayor (16% de hombres y 18% de mujeres) que los que disfrutan de buena salud mental, de los cuales solo el 3% de hombres y el 5% de mujeres visitan alguno de ellos.

En cuanto al **consumo de fármacos**, comparando aquéllos que habían tomado tranquilizantes y aquéllos que no lo habían hecho, había más casos probables de mala salud mental entre los consumidores (cerca del 30% de hombres y cerca del 40% de mujeres con sufrimiento psicológico, contra el 8% de hombres y el 13% de mujeres con sufrimiento psicológico que no los habían tomado). Con los antidepresivos pasa lo mismo que con los tranquilizantes: los consumidores son más frecuentemente casos probables de mala salud mental (37% de los hombres y 40% de las mujeres con sufrimiento psicológico, contra el 9% y el 14% de aquéllos que no habían tomado antidepresivos).

Conclusiones

El estudio confirma la elevada prevalencia del sufrimiento psicológico (14%) y la distribución desigual de las prevalencias según el género y otros factores socio-demográficos. Las mujeres; los extranjeros y los separados, divorciados y viudos tienen prevalencias mayores del sufrimiento psicológico. La prevalencia del sufrimiento psicológico también es heterogénea según factores sociales (nivel educativo; clase social; soporte social y situación laboral) y según estilos de vida (actividad física, consumo de alcohol y drogas, IMC y horas de sueño al día).

Se evidencia que los distritos de Barcelona tienen un prevalencia desigual de casos probables de mala salud mental. Ciutat Vella y Horta-Guinardó son los distritos con una mayor prevalencia de la mala salud mental, y la prevalencia más baja se da en los distritos de Sarrià - Sant Gervasi y Sant Andreu.

El sufrimiento psicológico medido con el GHQ-12 está directamente relacionado con otros indicadores de sa-

lud (estado de salud percibido, morbilidad crónica o discapacidades).

Las personas con sufrimiento psicológico utilizan más los servicios sanitarios y consumen más medicación que aquéllas que disfrutan de una buena salud mental; de todos modos, el porcentaje de personas con sufrimiento psicológico que ha consultado algún profesional de la salud mental es pequeño.

Summary

Introduction

Mental diseases in the general population are, in developed countries, more prevalent than other illnesses; they appear earlier than other chronic diseases and are more handicapping. The "Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2000" (ESB-2000) assessed mental health status in Barcelona city using the General Health Questionnaire (GHQ-12).

General Aims

This study aims to estimate the prevalence of feeling distressed, its impact on other health indicators and the relationship of mental health with health services utilization.

Specific Aims

To estimate the prevalence of feeling distressed related to socio-demographic, socio-economic and life-style factors. To estimate prevalence of feeling distressed in Barcelona city and its districts. To estimate the relation between the prevalence of feeling distressed and health related indexes. To analyse the pattern of use of health services by people who felt distressed and the proportion of them who use certain specific services.

Methodology

The statistical universe of the ESB-2000 was the entire non institutionalised population of registered residents in Barcelona. The sample unit was the individual and 10.000 interviews were carried out (approximately 1.000 in each district). The territorial distribution of effectives was non-proportional and stratified, regarding each district as an independent stratum. The main outcome of the study was mental health, measured with the GHQ-12. It was considered that a person "felt distressed" when his GHQ-

12 score was greater than 2. Those who could not answer the interview by themselves and those who didn't complete the GHQ-12 were excluded from the analysis. A total of 8.319 subjects were included. Estimates of the occurrence of feeling distressed were standardized by age, weighted by district and stratified by gender (there are a few exceptions, all clearly indicated in the text).

Results

In Barcelona city, 14% of the respondents were classified as "felt distressed".

Socio-demographic factors: This study found a higher prevalence of feeling distressed in women (17%) than in men (10%). Women show a positive and graded relation between **age** and feeling distressed, on the other hand, in men we could not identify a clear pattern. With respect to marital status, divorced (or separated) and widowed individuals reported feeling distressed more than those who were single or married. Widowed women had the highest prevalence of feeling distressed (26%). A higher prevalence of feeling distressed was detected in **immigrants** in relation to Spanish people (born in Catalonia or in the rest of the state).

Social factors: Responders who had a lower **educational level** and who belonged to lower-class had worse mental health. Prevalence of feeling distressed was specially high among unschooled people (30% on men and 26% on women).

People with strong **social support** had better mental health than those with poorer support. Regarding employment status, the highest prevalence of feeling distressed was observed among unemployed men (23%), then among women pensioners (22%), followed by housewives and unemployed women (19% and 20% respectively). With reference to **home characteristics**,

prevalence of feeling distressed was not related with number of members living together, however, there were differences related with the family typology. Men living only with their partner were those who had the highest prevalence of feeling distressed (23%), while lower prevalence was found for men living with their partner and other relatives or with their partner and children (9% and 10%, respectively). In women a higher prevalence of feeling distressed was related to mono-parental homes, to living with partner and other relatives and to living in a one-unit home (22%, 21% and 21% each). On the other hand, women living with their partner or with partner and children had a lower prevalence of feeling distressed (14% and 17%, respectively).

There were gender differences between feeling distressed and **family burden** (housework, looking after children, and/or elderly, and/or handicapped persons). Highest prevalence of feeling distressed was detected among women who did not any housework during the week (29%). Nevertheless, in men the highest prevalence of feeling distressed was found among those who dedicated from 15 to 21 hours a week to housework. Prevalence of feeling distressed was lower in homes with children than in homes without. Among these, both men and women, those who shared the care of children reported a better mental health (5% and 8% felt distress, respectively). The majority of elderly people take care of themselves. In homes with disabled elderly people, men who shared the care of elderly had the best mental health (4% felt distressed) and the worse mental health was related to women who said that the care of elderly was done for "other people" (32% felt distressed). The prevalence of feeling distressed in homes with a handicapped member was higher than in homes without any handicapped. Prevalence of feeling distressed was lower when men and women shared the care or where there were "other persons" (someone contracted or another situation) looking after the handicapped person.

Life styles: Prevalence of feeling distressed was higher in those people who usually **slept** nine or more hours/day, who daily undertook either too much or very little **physical activity** (physical activity in free time is not related with feeling distressed) and in women with being underweight (a **Body Mass Index** lower than 17).

Psychoactive substances: Feeling distressed and tobacco consumption were not related in this study. Regarding alcohol, occasional drinkers were those with better mental health.

The illegal psychoactive substance most consumed was marijuana (14% of respondents had consumed marijuana life time) and marijuana consumption (ever or the previous month) was related with a higher prevalence of feeling distressed. Cocaine consumption was also related to a higher prevalence of feeling distressed.

Barcelona districts: In Barcelona, prevalence of feeling distressed was distributed according to a continuum that included from 6% in men in Sarrià - Sant Gervasi district to 23% in women from Horta-Guinardó district. In all districts, the prevalence for women was higher than for men.

The districts with the highest prevalences of feeling distressed (in both men and women) were Horta-Guinardó (15% in men and 23% in women) and Ciutat Vella (14% in men and 23% in women). However, lower prevalence in men was observed in Sarrià - Sant Gervasi and Sant Andreu (6% and 7% respectively) and, in women lower prevalence was observed in Sant Andreu (14%) and l'Eixample (15%).

Other health indexes: Health indexes are closely related to mental health. For example, **perceived health** was closely related to feeling distressed. Also, **handicapped** people had a higher prevalence of feeling distressed than non-handicapped. Finally, respondents who reported 3 or more **chronic diseases**, had a higher prevalence of feeling distressed.

Health services use: Only 5.8% of respondents had visited a **mental health specialist** (such as a psychiatrist or a psychologist) during the past year. Most people who consulted mental health specialists showed higher prevalence of feeling distressed (around 40% for men and women). Respondents who had visited a **general practitioner** also showed a higher prevalence of feeling distressed (12% in men and 19% in women) than those who had not visited either (8% in men and 13% in women). On the other hand, the percentage of respondents who felt distressed and who turned to mental health specialists was higher (16% of men and 18% of women distressed) than the percentage of those with a good mental health (3% in men and 5% in women with good mental health turned to a mental health specialist).

Regarding **drug consumption**, prevalence of feeling distressed was higher among tranquilizer consumers (30% of distressed men and 40% of distressed women) than in non consumers (8% of distressed men and 13% of distressed women). Antidepressant consumers showed the same pattern, consumers had a higher prevalence of feeling distressed than non-consumers (37% of distressed men and 40% of distressed women on consumers against 9% and 14% on non-consumers).

Conclusions

The results confirm a high prevalence of feeling distressed (14%) and an unequal distribution of prevalence according to gender and other socio-demographic factors. Higher prevalence was found among women; divorced, separated or widowed and among immigrants. Prevalence of feeling distressed was heterogeneous according to social factors (educational level, social class, social support, labour situation) and according to life styles (physical activity; drug and alcohol consumption; BMI and hours of sleep).

Differences in the prevalence of feeling distressed were observed for the districts of Barcelona. Ciutat Vella and Horta-Guinardó had higher prevalence and Sarrià - Sant Gervasi and Sant Andreu lower prevalence of people who felt distressed.

Feeling distressed, as measured by GHQ-12, was directly related to other health indexes (such as perceived health status, chronic morbidity or handicap).

Health services were more used by people who felt distressed. They also consumed more medication than those with good mental health.

Annex GHQ-12

Les preguntes següents es refereixen a problemes que ha pogut tenir durant els últims 30 dies. Si us plau, triï la resposta que més s'acosti al que sent o ha sentit recentment.

1. S'ha pogut concentrar bé en el que feia?
 1. Sí Millor que habitualment
 2. Sí No Igual que habitualment
 3. No Menys que habitualment
 4. No Molt menys que habitualment

2. Les seves preocupacions li han fet perdre molt el son?
 1. No En absolut
 2. No Sí No més que habitualment
 3. Sí Una mica més que habitualment
 4. Sí Molt més que habitualment

3. Ha sentit que té un paper útil a la vida?
 1. Sí Més útil que habitualment
 2. Sí No Igual que habitualment
 3. No Menys útil que habitualment
 4. No Molt menys que habitualment

4. S'ha sentit capaç de prendre decisions?
 1. Sí Més que habitualment
 2. Sí No Igual que habitualment
 3. No Menys que habitualment
 4. No Molt menys que habitualment

5. S'ha notat constantment carregat/ada i en tensió?
 1. No En absolut
 2. No Sí No més que habitualment
 3. Sí Una mica més que habitualment
 4. Sí Molt més que habitualment

6. Ha tingut la sensació que no pot superar les seves dificultats?
 1. No En absolut
 2. No Sí No més que habitualment
 3. Sí Una mica més que habitualment
 4. Sí Molt més que habitualment

7. Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats de cada dia?
 1. Sí Més que habitualment
 2. Sí No Igual que habitualment
 3. No Menys que habitualment
 4. No Molt menys que habitualment

8. Ha estat capaç d'afrontar, adequadament, els seus problemes?
 1. Sí Més capaç que habitualment
 2. Sí No Igual que habitualment
 3. No Menys capaç que habitualment
 4. No Molt menys capaç

9. S'ha sentit poc feliç i deprimit/ida?
 1. No En absolut
 2. No Sí No més que habitualment
 3. Sí Una mica més que habitualment
 4. Sí Molt més que habitualment

10. Ha percut confiança en vostè mateix/a?
 1. No En absolut
 2. No Sí No més que habitualment
 3. Sí Una mica més que habitualment
 4. Sí Molt més que habitualment

11. Ha pensat que és una persona que no serveix per a res?

1. No En absolut
2. No Sí No més que habitualment
3. Sí Una mica més que habitualment
4. Sí Molt més que habitualment

12. Se sent raonablement feliç, considerant totes les circumstàncies?

1. Sí Més que habitualment
2. Sí No Aproximadament el mateix que habitualment
3. No Menys que habitualment
4. No Molt menys que habitualment



CSB Consorci Sanitari de Barcelona

