

LA QUALITAT DE VIDA RELACIONADA AMB LA
SALUT DE LES PERSONES AMB TRASTORN
MENTAL SEVER DES D'UNA PERSPECTIVA
SALUTOGÈNICA I DE GÈNERE

Ester Colillas Malet

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/667965>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-NoComercial

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial licence



TESI DOCTORAL

**La Qualitat de Vida Relacionada amb la
Salut de les persones amb Trastorn
Mental Sever des d'una perspectiva
salutogènica i de gènere**

Ester Colillas Malet

2019



TESI DOCTORAL

La Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut de les persones amb Trastorn Mental Sever des d'una perspectiva salutogènica i de gènere

Doctoranda: Ester Colillas Malet

2019

Programa de doctorat: Biologia Molecular, Biomedicina i Salut

Directores de tesi: Dra. Dolors Juvinyà Canal i Dra. Gemma Prat Vigué

Tutora de tesi: Dra. Dolors Juvinyà Canal

Memòria presentada per optar al títol de

Doctora per la Universitat de Girona

La Dra. Dolors Juvinyà i Canal, catedràtica del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona i la Dra. Gemma Prat i Vigué, psicòloga clínica adjunta de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Fan constar que:

L'estudi titulat "La Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut de les persones amb Trastorn Mental Sever des d'una perspectiva salutogènica i de gènere", que presenta Ester Colillas i Malet per a l'obtenció del títol de doctora per la Universitat de Girona, ha estat realitzat sota la nostra direcció.

I perquè així consti als efectes oportuns signem el present document.



**GEMMA
PRAT
VIGUE -
DNI
39330690T**

Firmado digitalmente por
GEMMA PRAT VIGUE - DNI
39330690T
Nombre de reconocimiento
(DN): c=ES, sn=PRAT VIGUE,
givenName=GEMMA,
serialNumber=IDCES-39330
690T, cn=GEMMA PRAT
VIGUE - DNI 39330690T
Fecha: 2019.05.15 19:05:00
+02'00'

Girona, 14 de març de 2019

Als meus pares,
a les meves germanes,
al Dani,
i a l'Elna.

AGRAÏMENTS

El procés d'elaboració d'aquesta tesi ha estat llarg i ple de dificultats, decepcions i renúncies, però a la vegada, també, ple de grans reptes que s'han transformant en fruits i avenços a nivell professional i, sobretot, personal. Tot això no hagués estat possible sense l'acompanyament i l'escalf de moltes persones, a les quals vull agrair tot el suport que m'han donat en tot aquest procés.

A la Dra. Dolors Juvinyà Canal, a qui agraeixo el seu suport, la visió estratègica i les seves reflexions, i a la Dra. Gemma Prat Vigué, per oferir-me l'oportunitat d'ampliar els meus coneixements en l'àmbit de la salut mental i guiar-me amb la seva experiència.

A l'Albert Espelt, pel suport metodològic i estadístic incansable, així com tots els seus comentaris que m'han fet qüestionar moltes coses, moltes vegades. A la Marisa Trullàs per orientar-me a l'inici de l'anàlisi de les dades i per la seva claredat i paciència en les explicacions.

A totes les persones del CSMA de la Fundació Althaia i concretament a aquelles que formen part del projecte MOSAIC i que han participat en l'estudi, ja que sense la seva col·laboració aquest estudi no hagués estat possible. També, a tots els professionals del projecte MOSAIC que sempre m'han demostrat la seva predisposició a fer-me les coses fàcils.

A les persones de la Fundació Universitària del Bages pel seu suport en diferents àmbits, i en especial a les meves companyes d'infermeria (Antònia, Marina, Montse Soler, Dani, Montse Suri, Sara, Montse Vila,...), amb qui creixo com a professional i persona, compartint alegries i penes. A la Carme, per ser tan comprensiva i donar-me suport en tot allò que he necessitat.

A la Marta Vilanova per descobrir-me el món de la salut pública i acompanyar-me en decisions professionals importants, i a la Núria Sala pels seus savis consells. A la Núria Obradors, per la paciència, confiança, complicitat, i mil coses més que sempre m'acompanyaran.

A les persones que conjuntament estem endegant projectes de Salut Pública a la FUB, amb qui comparteixo inquietuds, reflexions, motivacions i aprenc cada dia.

A tots els amics, pel seu interès i suport incondicional.

A tota la meva família que, tot i no entendre massa què he estat fent tots aquests anys, els he tingut al meu costat sempre que ho he necessitat. Al Toni i la Pilar, gràcies pel suport. A les meves germanes, Meri i Roser, gràcies per estar sempre pendents de mi. Als meus pares, Pere i Àngels, per tot el que heu fet i feu per mi, per fer-me sentir estimada i per ser els meus referents.

Al Dani, per ser el meu company de viatge, per estar en tot moment al meu costat, creure en mi, oferir-se sempre i donar-me ànims en moments complicats i a l'Elna, per capgirar-ho tot i ensenyar-me les coses importants de la vida.

Llistat d'abreviatures

ACP	Atenció Centrada en la Persona
APA	American Psychiatric Association
AVAD	Anys de Vida Ajustats per Discapacitat
AVD	Anys Viscuts amb Discapacitat
CCS	Clinical Classification Software
CIM (9 i 10)	Classificació Internacional de Malalties
CIF	Classificació Internacional de Funcionament
CMBD	Conjunt Mínim Bàsic de Dades
CSF	Component Sumari Físic
CSM	Component Sumari Mental
CSMA	Centre de Salut Mental d'Adults
DSM (III, IV i V)	Manual Diagnòstic i Estadístic dels trastorns mentals
ESCA	Enquesta de Salut de Catalunya
EVBS	Esperança de Vida viscuda amb Bona Salut
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GRR	Recursos Generals de Resistència
INE	Institut Nacional d'Estadística
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organització Mundial de la Salut
OR	Odds Ratio
PCC	Pacients Crònics Complexos
PIAISS	Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària
PPCC	Programa de Prevenció de la Cronicitat de Catalunya
QV	Qualitat de Vida
QVRS	Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut
SCS	Servei Català de la Salut
SMP	Salut Mental Positiva
SOC	Sentit de Coherència
TM	Trastorn Mental
TMS	Trastorn Mental Sever
TOC	Trastorn Obsessiu-Compulsiu

Índex de figures

Figura 1: Model de desenvolupament de la salut	35
Figura 2: Model teòric de la qualitat de vida general	41
Figura 3: Model de qualitat de vida relacionada amb la salut de Wilson i Cleary.....	44
Figura 4: Model de la qualitat de vida relacionada amb la salut segons la Classificació Internacional del Funcionament.....	45
Figura 5: Model integrat dels models de qualitat de vida relacionada amb la salut de Wilson i Cleary i de la Classificació Internacional del Funcionament	46
Figura 6: Diagrama de flux del seguiment dels participants a l'estudi	73
Figura 7: Adaptació del model integrat dels models de la qualitat de vida relacionada amb la salut de Wilson i Cleary i de la Classificació Internacional del Funcionament	74
Figura 8: Model de la qualitat de vida relacionada amb la salut de l'estudi.....	75
Figura 9. Correlació entre el Component Sumari Físic i el sentit de coherència segons sexe	116
Figura 10. Correlació entre el Component Sumari Mental i el sentit de coherència segons sexe	116

Índex de taules

Taula 1: Definicions de trastorn mental sever a nivell internacional	16
Taula 2: Definicions de trastorn mental sever a l'Estat Espanyol.....	17
Taula 3: Dades epidemiològiques dels trastorns mentals severos a nivell internacional.....	21
Taula 4: Comparació de la planificació individual clàssica i la centrada en la persona	28
Taula 5: Instruments genèrics de la qualitat de vida relacionada amb la salut	48
Taula 6: Instruments específics en salut mental de la qualitat de vida relacionada amb la salut	49
Taula 7: Criteris d'inclusió i exclusió de la mostra	72
Taula 8. Distribució dels participants en funció de les variables sociodemogràfiques	86
Taula 9. Distribució dels participants en funció de les variables clíniques	87
Taula 10. Distribució dels participants en funció de les necessitats psicosocials alterades segons CAN-R	87
Taula 11. Distribució dels participants en funció de l'autopercepció actual i futura de les conseqüències de la malaltia	88
Taula 12. Puntuacions de les subescales i els components sumaris de la QVRS (SF-36)	89
Taula 13. Relació de les variables d'estudi amb el Component Sumari Físic (CSF) de la QVRS segons sexe	90
Taula 14. Relació de les variables d'estudi amb el Component Sumari Mental (CSM) de la QVRS segons sexe	92
Taula 15. Variables explicatives del Component Sumari Físic de la QVRS segons sexe.....	94
Taula 16. Variables explicatives del Component Sumari Mental de la QVRS segons sexe	95
Taula 17. Distribució de les variables de les persones que van abandonar i les que van seguir ..	96
Taula 18. Característiques de la mostra de seguiment segons sexe	98
Taula 19. Relació de les variables d'estudi amb el Component Sumari Físic (CSF) de la QVRS segons sexe	101
Taula 20. Relació de les variables d'estudi amb el Component Sumari Mental (CSM) de la QVRS segons sexe	105
Taula 21. Model multivariat del Component Sumari Físic (CSF) segons sexe	109
Taula 22. Model multivariat del Component Sumari Mental (CSM) segons sexe	110
Taula 23. Sentit de Coherència segons sexe	111
Taula 24. Component Sumari Físic (CSF) de la QVRS segons sexe.....	111
Taula 25. Component Sumari Mental (CSM) de la QVRS segons sexe.....	114
Taula 26. Model multivariant del Component Sumari Físic de la QVRS segons sexe	117

Taula 27. Model multivariant del Component Sumari Mental de la QVRS segons sexe	118
Taula 28. Classificació dels TMS segons el manual DSM-IV i el DSM-V	167

Índex

Llistat d'abreviatures	XI
Índex de figures	XIII
Índex de taules	XV
RESUM.....	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓ	9
1.1. La salut i la salut mental	9
1.1.1. Evolució de l'atenció a la salut mental	11
1.1.2. Trastorns mentals i trastorns mentals severos	13
1.1.3. Del model de dèficit al model centrat en la persona	27
1.2. Promoció de la salut mental positiva	32
1.2.1. Gènere i salut mental	33
1.2.2. El model salutogènic.....	34
1.2.3. Sentit de coherència	36
1.3. Qualitat de vida en persones amb trastorns mentals severos.....	39
1.3.1. Qualitat de vida relacionada amb la salut	42
1.3.2. Qualitat de vida relacionada amb la salut en les persones amb trastorns mentals severos	50
1.3.3. Factors que intervenen en la qualitat de vida relacionada amb la salut en les persones amb trastorns mentals severos	52
2. HIPÒTESIS	63
3. OBJECTIUS.....	67
4. METODOLOGIA	71
4.1. Disseny de l'estudi.....	71
4.2. Àmbit d'estudi.....	71
4.3. Població d'estudi	71

4.4. Mostra	72
4.5. Variables	73
4.6. Instruments de valoració	77
4.7. Procediment de l'estudi.....	80
4.7.1. Descripció de la recollida de dades	80
4.8. Consideracions ètiques.....	80
4.9. Anàlisi de les dades	81
4.9.1. Anàlisi de dades estudi basal any 2009	81
4.9.2. Anàlisi de seguiment de la cohort 2009-2014.....	81
4.9.3. Anàlisi del SOC 2014	82
5. RESULTATS.....	85
5.1. Perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i l'autopercepció actual i futura i nivell de QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe a l'inici de l'estudi.....	85
5.1.1. Perfils segons sexe.....	85
5.1.2. Nivell de QVRS basal segons sexe.....	88
5.2. Factors explicatius de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe a l'inici de l'estudi	89
5.3. Factors facilitadors de la millora de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe en el període d'estudi	95
5.3.1. Perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i d'autopercepció de les persones que van seguir i les quines van abandonar	95
5.3.2. Perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i d'autopercepció de les persones que van seguir segons sexe	98
5.3.3. Factors facilitadors de la millora de la QVRS segons sexe	100
5.4. Relació en el sentit de coherència i la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe.....	110
5.4.1. Descripció del sentit de coherència segons sexe	110
5.4.2. Relacions entre variables sociodemogràfiques, clíniques, funcionals i el sentit de coherència (SOC) i la QVRS segons sexe.....	111

5.4.3. Variables explicatives de la QVRS segons sexe	117
6. DISCUSSIÓ.....	123
6.1. Perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i d'autopercepció i el nivell de QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe a l'inici de l'estudi	123
6.2. Factors explicatius de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS, segons sexe a l'inici de l'estudi	126
6.3. Factors facilitadors de la millora de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe en el període d'estudi	128
6.4. Relació entre el sentit de coherència i la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe al final de l'estudi	130
6.5. Limitacions i fortaleces	132
6.6. Línies de futur	133
7. CONCLUSIONS.....	137
8. BIBLIOGRAFIA	141
ANNEXOS.....	165
Annex 1. TMS segons manual DSM-IV	165
Annex 2. Enquesta sociodemogràfica i clínica.....	168
Annex 3. Resolució Comitè d'Ètica i Investigacions Científiques.....	170
Annex 4. Consentiments Informats	171

RESUM

La qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) de les persones amb trastorn mental sever, emmarcada dins del model de la salut mental positiva i amb el sentit de coherència com a factor central, és un indicador clau de la seva recuperació. L'objectiu de la tesi va ser descriure les relacions de variables sociodemogràfiques, clíniques, funcionals i el sentit de coherència (SOC) amb la qualitat de vida relacionada amb la salut de les persones amb diagnòstic de trastorn mental sever (TMS) del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de la Fundació Althaia de Manresa segons sexe.

Metodologia

Estudi de cohorts amb un seguiment de cinc anys de dones i homes amb diagnòstic clínic de TMS que el 2009 realitzaven seguiment ambulatori al CSMA de la Fundació Althaia de Manresa. Les variables estudiades van ser la QVRS, Component Sumari Físic (CSF) i Component Sumari Mental (CSM), sociodemogràfiques, clíniques, de funcionament psicosocial, d'autopercepció actual i futura i el SOC. Es va fer un estudi correlacional mitjançant models de regressió lineal crus i ajustats per valorar els factors relacionats amb la QVRS el 2009, així com per valorar la relació entre el SOC i el CSF i el CSM el 2014. A més, es va crear la variable diferència de puntuació entre 2014 i 2009 del CSF i del CSM en global i per cada una de les variables independents i es van calcular models multivariats de regressió lineal per veure quines variables independents a nivell basal s'associaven a un canvi en la puntuació el 2014, obtenint coeficients crus i ajustats amb els seus respectius intervals de confiança al 95%.

Resultats

La participació inicial va ser del 86,4%, un 59,6% dones i un 40,4% homes. La puntuació mitjana inicial del CSF de les dones va ser significativament inferior a la dels homes ($44,6 \pm 11,5$ versus $49 \pm 9,8$). Els factors explicatius d'un millor CSF en dones van ser estar laboralment activa [$\beta_a=4,2$ (IC95%: 0,3;8,2)], tenir una quantitat d'ingressos econòmics mensuals $>700\text{€}$ [$\beta_a=4,4$ (IC95%: 1;7,7)] i en homes, tenir estudis universitaris [$\beta_a=6,1$ (IC95%: 0,4;11,7)] i pensar que no necessitarien ajuda en un futur [$\beta_a=4,6$ (IC95%: 0,1;9,2)]. Els factors explicatius d'un millor CSM a l'inici en dones van ser estar laboralment activa [$\beta_a=6,1$ (IC95%: 1,5;10,7)] i tenir ≥ 7 amics [$\beta_a=6,6$ (IC95%: 2,1;11,1)]; i en homes, no tenir prestació econòmica [$\beta_a=8,5$ (IC95%: 3,2;13,8)]. La participació final de la cohort va ser del 85,2%, un 62,6% dones i un 37,4% homes. El CSF va millorar de manera significativa entre les dones i el CSM ho va fer en dones i homes. Els factors del 2009 que van explicar la millora del CSF el 2014 en dones van ser no tenir una incapacitat [$\beta_a=4,2$ (IC95%: 1,4;7,1)] i haver-se plantejat les possibilitats futures [$\beta_a=2,8$ (IC95%: 0;5,5)] i en homes, tenir de 4 a 6 amics [$\beta_a=6$ (IC95%: 1,9;10,2)] i no tenir invalidesa [$\beta_a=5,8$ (IC95%: 2,3;9,3)]. Els factors del 2009 que van explicar la

millora del CSM el 2014 en dones van ser tenir la percepció que la malaltia no va portar conseqüències socials ni en les activitats de temps lliure [$\beta_a=4,1$ (IC95%: 0,5;7,7)] i haver-se plantejat les possibilitats futures [$\beta_a=5,2$ (IC95%: 2,3;8,1)], i en homes va ser percebre que les relacions socials i les activitats de temps lliure no havien canviat o millorat [$\beta_a=5,6$ (IC95%: 0,9;10,3)]. L'àrea de significativitat del SOC es relaciona positivament amb el CSF en les dones [$\beta_a=0,3$ (IC95%: 0;0,7)] i la puntuació total del SOC es relaciona positivament amb el CSM en dones [$\beta_a=0,4$ (IC95%: 0,3;0,5)] i homes [$\beta_a=0,4$ (IC95%: 0,3;0,6)].

Conclusions

Existeixen diferències en les puntuacions mitjanes de la QVRS segons sexe, tant en un moment determinat com al llarg del temps. Els factors socioeconòmics, la xarxa social, l'autopercepció actual i futura i la subescala de significativitat del sentit de coherència expliquen una millor QVRS de manera diferent en dones i homes amb diagnòstic de TMS. A més, la comorbiditat física i el sentit de coherència total expliquen una millor QVRS en ambdós sexes.

Paraules clau: qualitat de vida relacionada amb la salut, trastorns mentals severs, desigualtats de gènere, SOC, promoció de la salut mental positiva

RESUMEN

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las mujeres y los hombre con trastorno mental severo (TMS), en el marco del modelo de la salud mental positiva y con el sentido de coherencia como factor central, es un indicador clave de su recuperación. El objetivo de la tesis fue describir las relaciones de las variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y el sentido de coherencia (SOC) con la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con diagnóstico de trastorno mental severo del Centro de Salud Mental de Adultos CSMA) de la Fundació Althaia de Manresa según sexo.

Metodologia

Estudio de cohortes con un seguimiento de cinco años de mujeres y hombre con diagnóstico clínico de TMS que el 2009 realizaban seguimiento ambulatorio en el CSMA de la Fundació Althaia de Manresa. Las variables estudiadas fueron la CVRS, Componente Sumario Físico (CSF) y Componente Sumario Mental (CSM), sociodemográficas, clínicas, de funcionamiento psicosocial, de autopercepción actual y futura y el SOC. Se realizó un estudio correlacional mediante modelos de regresión lineal crudos y ajustados para valorar los factores relacionados con la CVRS el 2009 así como para valorar la relación entre el SOC y el CSF y el CSM. También, se creó la variable diferencia de puntuación entre 2014 y 2009 del CSF y el CSM en global y para cada una de las variables independientes y se calcularon los modelos multivariantes de regresión lineal para ver qué variables independientes a nivel basal se asociaban a un cambio en la puntuación el 2014, obteniendo coeficientes crudos y ajustados con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Resultados

La participación inicial fue del 86,4%, un 59,6% mujeres y un 40,4% hombres. La puntuación media inicial del CSF de las mujeres fue significativamente inferior de la de los hombres ($44,6 \pm 11,5$ versus $49 \pm 9,8$). Los factores explicativos de un mejor CSF en mujeres fue estar laboralmente activa [$\beta_a=4,2$ (IC95%: 0,3;8,2)], tener una cantidad de ingresos económicos mensuales $>700\text{€}$ [$\beta_a=4,4$ (IC95%: 1;7,7)] y en hombres, tener estudios universitarios [$\beta_a=6,1$ (IC95%: 0,4;11,7)] y pensar que no necesitarían ayuda en un futuro [$\beta_a=4,6$ (IC95%: 0,1;9,2)]. Los factores explicativos de un mejor CSM al inicio en mujeres fueron estar laboralmente activa [$\beta_a=6,1$ (IC95%: 1,5;10,7)] y tener ≥ 7 amigos [$\beta_a=6,6$ (IC95%: 2,1;11,1)]; y en hombres, no tener prestación económica [$\beta_a=8,5$ (IC95%: 3,2;13,8)]. La participación final de la cohorte fue del 85,2%, un 62,6% mujeres y un 37,4% hombres. El CSF mejoró de manera significativa entre las mujeres y el CSM lo hizo en mujeres y hombres. Los factores del 2009 que explicaron la mejora del CSF el 2014 en mujeres fueron no tener una incapacidad [$\beta_a=4,2$ (IC95%: 1,4;7,1)] y haber-se planteado las posibilidades futuras [$\beta_a=2,8$ (IC95%:

0;5,5]) y en hombres, tener de 4 a 6 amigos [$\beta_a=6$ (IC95%: 1,9;10,2)] y no tener invalidez [$\beta_a=5,8$ (IC95%: 2,3;9,3)]. Los factores del 2009 que explicaron la mejora del CSM el 2014 en mujeres fueron tener la percepción que la enfermedad no conlleva portar consecuencias sociales ni en las actividades de tiempo libre [$\beta_a=4,1$ (IC95%: 0,5;7,7)] y haber-se planteado las posibilidades futuras [$\beta_a=5,2$ (IC95%: 2,3;8,1)] y en hombres, fue percibir que las relaciones sociales y las actividades de tiempo libre no habían cambiado o mejorado [$\beta_a=5,6$ (IC95%: 0,9;10,3)]. El área de significatividad del SOC se relaciona positivamente con el CSF en las mujeres [$\beta_a=0,3$ (IC95%: 0;0,7)] y la puntuación total del SOC se relaciona positivamente con el CSM en mujeres [$\beta_a=0,4$ (IC95%: 0,3;0,5)] y hombres [$\beta_a=0,4$ (IC95%: 0,3;0,6)].

Conclusiones

Existen diferencias en las puntuaciones medias de la CVRS según sexo, en un momento determinado o a lo largo del tiempo. Los factores socioeconómicos, la red social, la autopercepción actual y futura y el sentido de coherencia explican una mejor CVRS de manera diferente en mujeres y hombres con diagnóstico de TMS. Además, la comorbilidad física y el sentido de coherencia total explican una mejor CVRS en ambos sexos.

Palabras clave: calidad de vida relacionada con la salud, trastornos mentales severos, desigualdades de género, SOC, promoción de la salud mental positiva

ABSTRACT

Women and Men's Health-Related Quality of Life (HRQOL) with severe mental disorder (SMD), framed within the positive mental health model and with the sense of coherence as a central factor, is a key indicator of its recovery. The aim of this thesis was to describe the association between sociodemographic, clinical, psychosocial functioning and the sense of coherence (SOC) variables with the health-related quality of life, of people with severe mental disorder from the mental health center in Althaia Foundation in Manresa, according by gender.

Method

A cohort study with a five years' follow-up was carried out. The study population were women and men with severe mental disorder diagnosis that in 2009 were with clinical follow-up at the mental health center of Althaia Foundation in Manresa. The variables studied were the HRQOL, the Physical Component Score (PCS) and the Mental Component Score (MCS), sociodemographic, clinical, regarding psychosocial functioning, current and future self-perception and SOC. A correlational study was performed using linear regression models with crude and adjusted analyses to assess HRQOL related factors in 2009, also to assess the relationship between the SOC and the PCS and MCS in 2014. In addition, the variable scoring difference between 2014 and 2009 of the PCS and the MCS in global and for each of the independent variables was created, and multivariate linear regression models were calculated to see which independent baseline variables were associated to a change in the score in 2014, obtaining crude and adjusted coefficients with their respective 95% confidence intervals.

Results

The initial participation was 86,4%, with 59,6% women and 40,4% men. The initial mean score of women's PCS was significantly lower than men's ($44,6 \pm 11,5$ versus $49 \pm 9,8$). The explanatory factors for a better PCS in women were to be currently working [$\beta_a=4,2$ (95% CI: 0,3;8,2)], having greater incomes than 700 euros/month [$\beta_a=4,4$ (95%CI: 1;7,7)] and in men, having a higher level of education [$\beta_a=6,1$ (95%CI: 0,4; 11,7)] and believing that they would not need assistance in future [$\beta_a=4,6$ (95%CI: 0,1;9,2)]. The explanatory factors for a better MCS at the beginning in women were to be currently working [$\beta_a=6,1$ (95%CI: 1,5;10,7)] and having a large number of friends [$\beta_a=6,6$ (95%CI: 2,1;11,1)]; and in men, lacking economic benefits [$\beta_a=8,5$ (95%CI: 3,2;13,8)]. The cohort's final participation was 85,2%, with 62,6% women and 37,4% men. PCS improved significantly in women and the MCS improved in women and men. The 2009 factors that explained the

improvement of PCS in 2014 in women were not having a disability [$\beta_a=4,2$ (95%CI: 1,4;7,1)] and to consider future possibilities [$\beta_a=2,8$ (95%CI: 0;5,5)] and in men, having between 4 to 6 friends [$\beta_a=6$ (95%CI: 1,9;10,2)] and not having disability [$\beta_a=5,8$ (95%CI: 2,3;9,3)]. The 2009 factors that explained the improvement of MCS in 2014 in women were to have the perception that the disease does not entail social consequences or leisure activities [$\beta_a=4,1$ (95%CI: 0,5;7,7)] and considering future possibilities [$\beta_a=5,2$ (95%CI: 2,3;8,1)] and in men, it was to perceive that social relationships and leisure activities had not changed or improved [$\beta_a= 5,6$ 95%CI: 0,9;10,3)]. The significance area of SOC was positively related to PCS in women [$\beta_a=0,3$ (95%CI: 0; 0,7)] and the total score of SOC was positively related to MCS in women [$\beta_a=0,4$ (95%CI: 0,3;0,5)] and men [$\beta_a=0,4$ (95%CI: 0,3;0,6)].

Conclusions

There are gender differences in the mean scores of HRQOL at a certain time or over the time. Socioeconomic factors, social network, the current and future self-perception and the significance area of SOC explain in a different way a better HRQOL in women and men with a diagnosis of SMD. In addition, physical comorbidity and total sense of coherence explain a better QVRS in both genders.

Keywords: health-related quality of life, severe mental disorders, gender inequalities, SOC, promotion of positive mental health

1. INTRODUCCIÓ

1. INTRODUCCIÓ

Aconseguir que la població tingui millor salut i qualitat de vida és la finalitat que persegueixen organismes internacionals com l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) o la Unió Europea, i organismes nacionals com el Departament de Salut, a través del Pla de salut de Catalunya. Els trastorns mentals (TM), considerats un problema de salut de primer ordre a nivell mundial, tenen una gran repercussió sobre la qualitat de vida de les persones que els pateixen. Una de les estratègies de millora de la qualitat de vida (QV), entesa com una mesura de resultat centrada en la persona, és la promoció de la salut mental positiva, ja que posa el punt de mira sobre allò que genera salut per tal de potenciar en les persones i les comunitats la capacitat per identificar, controlar i utilitzar els recursos necessaris per a la millora d'aquesta. És, doncs, arran d'aquests plantejaments que s'ha plantejat aquest estudi.

A continuació, en aquest apartat es revisen els principals aspectes en relació a la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) de les dones i homes amb trastorns mentals severos (TMS), des de la perspectiva de la promoció de la salut mental positiva. El primer punt compta amb la definició dels conceptes de salut i salut mental, una breu descripció de l'evolució de l'atenció en salut mental i la definició dels conceptes i dels diferents criteris diagnòstics de trastorn mental i trastorn mental sever. En aquest darrer subapartat també es fa un repàs de les principals dades epidemiològiques i de l'abordatge dels trastorns mentals severos des del model centrat en la persona. En el segon punt, es parla de la promoció de la salut mental positiva, concretament del model salutogènic, i es posa l'èmfasi en el concepte del sentit de coherència, concepte clau d'aquest model. En el tercer i últim punt, s'explica la qualitat de vida en general i el marc teòric sobre el qual parteix, i seguidament es desenvolupa el concepte de qualitat de vida relacionada amb la salut, alguns dels models teòrics més significatius i els principals resultats i factors relacionats amb la qualitat de vida relacionada amb la salut de les persones amb trastorns mentals severos.

1.1. La salut i la salut mental

Existeixen diverses definicions que parteixen de concepcions diferents en relació a la salut sota la influència de factors culturals o temporals, entre d'altres. No obstant i això, la definició de l'OMS ha estat la base de moltes noves concepcions del concepte de salut. Segons aquesta, la salut és "un estat complet de benestar físic, mental i social i no només l'absència de malaltia" (1). A diferència de les definicions més clàssiques, l'OMS, amb aquesta definició, va incloure les àrees de la salut

1. INTRODUCCIÓ

mental i social, acceptant el benestar físic com quelcom complementari i no com allò principal per estar sa.

L'any 1975, Milton Terris (2) va proposar eliminar la paraula "complet" de la definició de l'OMS, ja que considerava la salut com un estat dinàmic i, per tant, com un contínuum salut-malaltia on coexistien diferents graus entre ambdues. Aquest contínuum considera que el màxim exponent de la salut és la definició de l'OMS i el màxim exponent de la malaltia és la mort. Terris va definir la salut com un "estat de benestar físic, mental i social, amb capacitat de funcionament i no únicament l'absència de malaltia/es". A més, amb aquesta definició, l'autor parla de l'existència de dos aspectes de la malaltia: l'aspecte subjectiu, com són els símptomes (sensació de malestar), que també es contemplava en la definició de l'OMS; i l'aspecte objectiu, com són els signes (capacitat de funcionar).

Amb aquestes definicions es constata que el benestar mental és una part integral de la salut, i per tant és més que l'absència de malaltia i està íntimament relacionat amb la salut física i la conducta. La salut física, mental i social són interdependents.

Actualment el concepte de salut afegeix a l'absència de malaltia el benestar físic, mental, emocional, social, espiritual, sexual i mediambiental. Això demostra que aquest concepte cobreix un ampli espectre, ja que inclou factors individuals i contextuals.

No obstant i això, a banda d'aquestes definicions, n'hi ha hagut moltes d'altres. Concretament, hi ha un corrent de pensament que entén la salut com l'adaptació a l'entorn. Una de les màximes exponents és la Dra. Roy, que defineix la salut com "el procés de ser i arribar a ser un tot integrat" (3). Per tant, salut significa adaptació i, segons les circumstàncies del seu ambient, la persona s'adapta d'una manera diferent. Això porta que les persones siguin cada vegada més diverses i complexes i alhora, tinguin un major creixement. D'aquesta definició parteix el model d'adaptació creat per aquesta mateixa autora. Segons aquest model, la persona té quatre modalitats d'adaptació: les necessitats fisiològiques, el concepte de si mateix, la funció del rol i les relacions d'interdependència.

En relació al concepte de salut mental, l'OMS la defineix com "un estat de benestar en el qual la persona és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les pressions normals de la vida, pot treballar productivament i fructíferament i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat"(4). En aquest sentit positiu, la salut mental és la base del benestar i del funcionament efectiu d'una persona i una comunitat i està determinada per múltiples factors socials, psicològics, biològics i ambientals. Així mateix, no és quelcom estàtic i definitiu, sinó que és un estat dinàmic i

canviant en relació a les circumstàncies internes i/o externes de les persones i, alhora, es veu influenciada per la cultura de les persones, és a dir, la manera com aquestes entenen la salut mental i la consideració que tenen sobre ella. Per tant, la salut mental contribueix a tots els aspectes de la vida humana, tant per a l'individu com per a la societat i la cultura.

1.1.1. Evolució de l'atenció a la salut mental

Les persones que pateixen problemes de salut mental han existit sempre i les diferents cultures i societats han anat creant mitjans per afrontar aquesta problemàtica en totes les èpoques. Abans del segle XIX les estratègies d'abordatge utilitzades estaven basades en els líders espirituals i socials, i no es realitzava una orientació mèdica (5). No obstant això, a Europa, no és fins als darrers dos segles que l'atenció a les persones amb problemes de salut mental ha evolucionat de manera substancial. Thornicroft i Tansella (6) han diferenciat tres períodes en aquesta història més recent: el desenvolupament dels hospitals psiquiàtrics (manicomis), la reducció d'aquests hospitals i la reformulació dels serveis d'atenció en salut mental.

El primer període va transcórrer entre el segle XIX i mitjan segle XX i es va caracteritzar per la construcció de grans centres psiquiàtrics per a les persones que patien trastorns mentals. Els pacients diagnosticats de trastorn mental eren internats i aïllats del seu entorn habitual durant llargs períodes de temps, en alguns casos de per vida.

El segon període, situat entre els anys 1950 i 1980, es va caracteritzar per la reducció progressiva dels centres psiquiàtrics. L'inici d'aquesta etapa coincideix amb el final de la segona guerra mundial i és el producte de diverses crítiques que es van fer a aquests centres, als procediments que s'hi seguien i als resultats obtinguts. Entre aquests últims es poden destacar: la ineficàcia d'alguns tractaments per reduir la psicopatologia, la pèrdua de les capacitats de la vida quotidiana i el funcionament social, la repressió com a forma d'abordatge conductual, l'aïllament dels pacients i la pèrdua de les seves xarxes de recolzament, les males condicions per als pacients i l'administració ineficient d'aquestes institucions i el desenvolupament d'una cultura organitzativa caracteritzada per l'abandonament dels pacients i la pèrdua del respecte bàsic als drets humans (7). És en aquest període quan s'inicia la Reforma Psiquiàtrica en què l'atenció psiquiàtrica esdevé de base comunitària i, per tant, s'inicia la desinstitucionalització, que es produeix gràcies i en bona mesura al descobriment i la introducció de medicaments psicoactius eficaços, a l'establiment de consultes ambulatories en la majoria d'hospitals psiquiàtrics i al reconeixement dels drets de les persones amb problemes de salut mental (5).

1. INTRODUCCIÓ

El tercer període, que transcorre de 1980 fins a l'actualitat, es caracteritza per una reestructuració completa dels sistemes d'atenció en salut mental, amb l'objectiu final de traslladar l'atenció a la comunitat. Tanmateix, aquesta atenció acaba basant-se en diferents nivells assistencials, entre els quals hi ha l'atenció a la salut mental, amb un enfocament psicosocial de les intervencions basades en les necessitats de les persones amb problemes de salut mental i dotada d'un conjunt de recursos que es troben a la comunitat.

Aquests períodes descrits són similars en la majoria de sistemes de salut de diferents països, tot i que els períodes de temps especificats varien lleugerament en funció de cada territori. En el cas d'Espanya, i concretament a Catalunya, cal tenir present el seu context històric, ja que va ser l'únic territori de l'Estat on es va dur a terme una política pública de salut mental entre 1915 i 1939, política que va deixar com a llegat una xarxa de centres psiquiàtrics de llarga estada molt més extensa que a qualsevol altra zona de l'Estat (8). Amb la transició democràtica, l'Estat de les autonomies transfereix la salut mental a les autonomies uniprovincials. Amb les pluriprovincials, com Catalunya, algunes Diputacions, com la de Barcelona, plantegen resistències a l'hora de cedir les competències. Això fa que Espanya no tingui una política de salut mental, sinó un model més divers que es reflecteix en la gestió dels Trastorns Mentals Severs (TMS) (9), amb una diferència en l'agenda, prioritats i models de provisió de serveis.

Així doncs, a Catalunya la reforma de la salut mental té els seus inicis a la dècada de 1980 i queda influïda per la Reforma de l'Assistència Psiquiàtrica de 1985 i la Llei General de Sanitat de 1986, ambdós documents d'àmbit estatal. En aquell moment, s'estableix la integració de l'assistència psiquiàtrica dins del sistema general (Sistema Nacional de Salut) (10).

Un altre moment decisiu per a Catalunya va ser l'inici del traspàs de les competències en matèria de salut al govern català, el 1981. Aquest va crear dos elements bàsics per a l'atenció a la salut mental: per una banda, el Servei Català de la Salut (SCS) l'any 1991; i per l'altra, el Pla Director de Salut mental i addiccions l'any 2006, amb l'objectiu d'integrar els recursos de salut mental a l'assistència general a partir d'un model mixt ja existent. El model mixt existeix encara avui en dia a Catalunya i consisteix en què l'asseguradora pública de salut, el Servei Català de Salut (SCS) (anomenat actualment CatSalut), planifica, finança, contracta i valora els recursos en matèria de salut en general, i de salut mental en particular, i l'atenció pública és donada per proveïdors públics o privats. Aquesta peculiaritat fa que qualsevol reforma sigui lenta i, en el cas de l'atenció als TMS s'amplien els recursos en bona mesura per la pressió de certs col·lectius, com la Federació d'Associacions de Familiars de Malalts Mentals. És a partir d'aquí que es creen els Programes d'atenció al trastorn mental sever que són la base de molts projectes i iniciatives que sorgeixen

posteriorment (11). Concretament el Pla director de salut mental i addiccions de 2006 (10) organitza l'atenció de la salut mental en tres nivells assistencials:

1. Centres de Salut Mental, centrats en l'atenció especialitzada ambulatoria, que dona suport a l'atenció primària de salut.
2. Atenció hospitalària, dirigida a l'atenció d'urgències psiquiàtriques, hospitalització d'aguts, hospitalització de subaguts, hospitalització de mitja i llarga durada, hospitalització parcial, unitats d'internament en la comunitat, comunitats terapèutiques i unitats comunitàries polivalents.
3. Rehabilitació comunitària, centre de dia i centres d'inserció laboral.

El 2010, el Govern va aprovar el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals com a instrument per facilitar el desenvolupament de les línies futures del Govern de la Generalitat per millorar la salut mental d'aquells col·lectius que requereixen un esforç intersectorial i interdepartamental. Finalment, el dia 18 d'abril de 2013 es va constituir la Comissió Interdepartamental de Salut Mental, que passava a dependre del Departament de la Presidència i que integra representants del sector i dels departaments d'Ensenyament, Salut, Interior, Benestar, Empresa i Ocupació i Justícia.

1.1.2. Trastorns mentals i trastorns mentals severos

La diferència entre salut mental i trastorn mental no té un límit clar ni ben definit, i els criteris per identificar a una persona com a malalta han variat segons els diferents enfocaments teòrics utilitzats i el període de temps. Sembla que poden afectar la manera de pensar, l'humor i el comportament de les persones, per la qual cosa es produeix una dificultat en el funcionament d'aquestes (5).

Actualment, i segons el manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-V)(12), "un trastorn mental és una síndrome caracteritzada per una alteració clínicament significativa de l'estat cognitiu, la regulació emocional o el comportament de l'individu que reflecteix una disfunció dels processos psicològics, biològics o del desenvolupament que afecten la seva funció mental. Habitualment, els trastorns mentals van associats a un estrès significatiu o a discapacitat, ja sigui social, laboral o d'altres activitats importants. Una resposta predictable o culturalment acceptable davant un estrès usual o una pèrdua, com pot ser la mort d'un ésser estimat, no constitueix un trastorn mental. Els comportaments socialment anòmals i els conflictes existents principalment entre l'individu i la societat no són trastorns mentals, a no ser que l'anomalia o el conflicte es degui a una disfunció de l'individu com les descrites anteriorment".

1. INTRODUCCIÓ

L'etiologia de la major part de trastorns mentals és complexa i hi intervenen un gran nombre de factors. És evident que els trastorns denominats funcionals (no orgànics), com l'esquizofrènia o la depressió, venen determinats per causes múltiples i heterogènies. No obstant i això, gràcies a estudis epidemiològics i d'altres tipus, se sap que hi ha molts factors que contribueixen a l'aparició de la malaltia mental. Aquests determinants es poden agrupar en les següents categories (5):

- Factors biològics: herència, riscs pre, peri i postnatsals i malalties físiques
- Factors psicològics: separació precoç, experiències traumàtiques i sentit escàs de la coherència
- Factors socials: falta de recolzament social, baix nivell social, falta de feina i desintegració social
- Factors mediambientals i econòmics: categoria social i condicions de vida

Actualment existeixen dos manuals de classificació dels trastorns mentals, el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals 5a. Edició (DSM-V) (*American Psychiatric Association, APA*) i la Classificació Internacional de Malalties (CIM-10) (Organització Mundial de la Salut, OMS) (13). La CIM-10 té un caràcter bàsicament descriptiu i estableix diagnòstics amb definicions per a cada trastorn. Concretament, el capítol V (designat també amb la lletra F) està dedicat a les malalties mentals. La CIM-10 és un sistema pensat amb finalitat fonamentalment epidemiològica, es basa en un consens d'experts i per aquesta raó és menys precisa, ja que permet que entri en joc l'apreciació clínica. Per altra banda, el DSM-V funciona per criteris i es basa en dades empíriques. Va sorgir com a reflex de la insatisfacció amb el sistema CIM. És molt més complet i precís i es va realitzar incorporant l'experiència clínica, així com avenços en la investigació (vegeu la classificació de l'annex 1). S'observa un consens internacional, nacional i autonòmic en els principals criteris de la definició de TMS, però sense que hi hagi un consens en la definició.

Les primeres definicions de trastorn mental sever es van desenvolupar a la dècada de 1970, quan l'atenció psiquiàtrica estava totalment institucionalitzada, i va ser amb la desinstitucionalització d'aquesta que va aparèixer la necessitat de redefinir-la de nou. A finals d'aquesta dècada van aparèixer diferents definicions elaborades per clínics, investigadors i polítics (14). Una de les més rellevants va ser la de Goldman (15), que va definir uns criteris que actualment són encara vigents. Aquests criteris són el diagnòstic, la discapacitat i la durada de la malaltia (16) i han estat la base de la definició de l'Institut Nacional de Salut Mental (*National Institute of Mental Health - NIMH*) (17) dels Estats Units d'Amèrica. Un dels objectius d'aquest organisme és el d'unificar al màxim possible el llenguatge dels TMS. D'acord amb el NIMH (18), les persones amb TMS són un grup heterogeni que pateixen trastorns psiquiàtrics severos amb un grau variable de discapacitat i disfunció social, els quals necessiten atenció psiquiàtrica i social. Concretament, la definició del NIMH classifica les

persones que pateixen un TMS com aquelles que compleixen els tres criteris següents: diagnòstic d'una psicosi no orgànica o un trastorn de personalitat segons el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals 3a. Edició (DSM-III) (19); malaltia o tractament de llarga evolució equivalent a 2 anys o més, i discapacitat quan es compleixin de 3 a 8 criteris que es poden veure a la taula 1 que resumeix les definicions internacionals inicials més destacades. Arran d'aquestes, van proliferar les definicions de TMS lligades als recursos comunitaris de cada població. Això va fer que hi hagués poc consens entre aquestes i que aparegués la necessitat de desenvolupar una definició de consens (16,20) que ajudés a estudiar el cost de les malalties, prioritzar els recursos i assignar els recursos de manera equitativa (21). A dia d'avui, és necessari validar una definició que compleixi aquestes característiques, malgrat que hagin començat a aparèixer alguns estudis en aquesta línia.

Taula 1: Definicions de trastorn mental sever a nivell internacional

Autors	Diagnòstic	Durada	Discapacitat
Goldman (1981) (15)	Criteris diagnòstics del DSM-III-R: <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrènia i esquizoafectiu • Trastorn bipolar i depressió major • Trastorn delirant (paranoide) 	Almenys 1 any des de l'inici de la malaltia	Suficient per disminuir severament el funcionament en almenys una de les següents àrees: <ul style="list-style-type: none"> • Ocupació • Responsabilitats familiars • Allotjament
National Institute of Mental Health -NIMH (1987) (18)	Criteris diagnòstics: <ul style="list-style-type: none"> • Psicosi no orgànica • Trastorn de personalitat 	Història de: <ul style="list-style-type: none"> • Dos o més anys de tractament • Dos o més anys de duració de la malaltia 	Severa i recurrent discapacitat. Almenys tres dels següents criteris: <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilitat a l'estrès • Incapacitat per tenir una vida autònoma • Capacitat limitada per obtenir l'atenció necessària • Comportament social que requereix els serveis de salut mental o la justícia • Deteriorament en les activitats de la vida diària i necessitats bàsiques • Deteriorament del funcionament social • Funcionament ocupacional limitat i deteriorat • Funcionament no ocupacional limitat i deteriorat

Font: Elaboració pròpia

A Espanya, els TMS s'han definit de manera diferent a les diferents comunitats autònomes. La definició més acceptada, però, és la que va aparèixer l'any 2009 a la Guia de Pràctica Clínica d'Intervencions Psicosocials en el TMS del Ministeri de Sanitat i Política Social, que actualment està pendent d'actualització (18). Aquesta definició es basa en el NIHM (17) i inclou el criteri de discapacitat segons el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals 4a edició (DSM-IV TR) (*American Psychiatric Association, APA*) (22) i la Classificació Internacional de Malalties (CIM-10) (Organització Mundial de la Salut, OMS) (13). A continuació es mostren altres definicions:

Taula 2: Definicions de trastorn mental sever a l'Estat Espanyol

Autors	Diagnòstic	Durada	Discapacitat
AEN (2002) (23)	Prioritat donada a les psicosis funcionals	Almenys 2 anys de tractament	Autocura, autonomia social i ocupacional, autocontrol, relacions interpersonals, oci i temps lliure i funcionament cognitiu.
IMSERO (2007) (24)	Esquizofrènia, trastorns psicòtics, trastorn bipolar, trastorns afectius major	Estat funcional i clínic dels últims 6 mesos	Autocura, autonomia personal, control de la conducta i capacitat de tenir iniciatives i motivació*. Relacions interpersonals, accés a serveis sanitaris, socials i d'atenció, dificultats per gestionar el seu temps lliure, funcionament laboral i participació**. Oportunitats a les que pot accedir, idoneïtat de les ajudes disponibles, actituds socials (estigma), normes socials,...*** Gènere i edat, circumstàncies de salut, estil d'afrontament de la malaltia i personalitat, educació, professió,...****
Ministerio salud y política social (2009) (18)	Esquizofrènia, trastorns esquizotípics, trastorns delirants persistents, trastorns delirants induïts, trastorns esquizoafectius, altres trastorns psicòtics no orgànics, trastorn bipolar, episodi depressiu greu amb símptomes psicòtics, trastorns depressius greus recurrents i trastorn obsessiu compulsiu.	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorn amb dos o més anys d'evolució o, • Deteriorament progressiu i marcat en el funcionament en els últims 6 mesos (abandonament de rols socials i risc de cronificació), tot i la remissió d'aquests o, • Haver rebut tractament psiquiàtric més intensiu que en 	<p>Moderada o severa afectació del funcionament personal, laboral, social i familiar, mesurat a través de diferents escales (GAF<50 o DAS-s>3 en tots els ítems)</p> <p>Almenys 2 dels següents criteris:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desocupació o ocupació protegida, habilitats limitades o història laboral pobre • Necessitat de suport econòmic públic per mantenir-se fora de l'hospital i és possible que precisi suport per obtenir aquesta ajuda • Dificultats per establir i mantenir sistemes de suport social personal

Autors	Diagnòstic	Durada	Discapacitat
		l'àmbit ambulatori més d'una vegada a la vida o, <ul style="list-style-type: none"> Haver rebut suport domiciliari continuat diferent a la hospitalització el temps suficient com per haver interromput significativament la situació vital 	<ul style="list-style-type: none"> Necessitat d'ajuda en habilitats de la vida diària com la higiene, preparació d'aliments o gestió econòmica Conducta social inapropiada que determina la intervenció del Sistema de Salut Mental o del Sistema Judicial Les formulacions més recents classifiquen lleu o moderada afectació del funcionament ocupacional, social i familiar mesurat a través de l'escala GAF (≤ 70 "afectació lleu" o ≤ 50 "afectació moderada").

Font: Elaboració pròpia

AEN: *Asociación Española de Neuropsiquiatría*; IMSERSO: *Instituto de Mayores y Servicios Sociales*; GAF: *Global Assessment Functioning*; DAS-s: *Disability Assessment Schedule Short Form*

*Restriccions per l'activitat; **Restriccions en la participació; ***Factors ambientals; ***Factors personals.

A Catalunya, per la seva banda, la primera definició de TMS es va desenvolupar l'any 1997 des del Servei Català de la Salut, amb l'objectiu de millorar l'atenció a les persones amb TMS (25). D'acord amb aquesta definició, el TMS "engloba un conjunt d'entitats de naturalesa i presentació clínica diverses que tenen en comú el fet que presenten criteris de gravetat i persistència en el temps, amb tendència al deteriorament i a l'alteració de les relacions personals, familiars i socials de la persona que les pateix" (25).

Els criteris diagnòstics inclosos són els de les classificacions internacionals DSM-IV i CIM-10 següents (18):

- Trastorns psicòtics (esquizofrènia, trastorn delirant)
- Trastorns de l'estat d'ànim (trastorn depressiu major, trastorn bipolar)
- Trastorns d'ansietat (trastorn d'angoixa amb agorafòbia, trastorn obsessiu-compulsiu)
- Trastorns de personalitat (trastorn límit de la personalitat, trastorn esquizotípic de la personalitat)

El concepte de deteriorament o discapacitat s'identifica com l'afectació de moderada a severa del funcionament personal, laboral, social i familiar, determinada mitjançant l'Escala d'Avaluació de l'Activitat Global de la APA o l'Escala d'Avaluació de la Discapacitat de l'OMS. Finalment, l'evolució contempla una durada del trastorn de 2 anys o més, o bé un deteriorament progressiu i marcat en el funcionament de l'individu en els últims 6 mesos (18).

Per la seva banda, el Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental de Catalunya presenta altres classificacions de les persones amb TMS (25).

1. Segons els aspectes de detecció i identificació:

- a. Pacients amb TMS coneguts i vinculats a la xarxa. Per a aquest tipus de pacients, a més de posar en marxa els plans de rehabilitació pertinents, cal que l'organització del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) els pugui atendre davant d'aguditzacions o crisis. Atenció immediata pel seu terapeuta de referència
- b. Pacients coneguts i no vinculats a la xarxa. A més de la disponibilitat dels serveis, cal comptar amb programa de seguiment específic, que permeti la vinculació dels pacients als serveis assistencials i la reinserció en l'entorn sociofamiliar
- c. Pacients amb TMS no coneguts (casos nous). La porta d'entrada urgent al circuit assistencial ha de ser exclusivament a través d'urgències hospitalàries o de dispositius específics de diagnòstic i orientació. A partir d'aquí, amb ingrés previ o no, es programarà la seva atenció en el CSMA. Els CSMA disposaran també dels mecanismes necessaris per tal de realitzar una atenció preferent des del moment de la sol·licitud.

1. INTRODUCCIÓ

Així mateix, és important el suport als professionals d'altres xarxes implicades en l'atenció d'aquestes persones (serveis socials, atenció primària de salut, etc.)

2. Segons la presentació clínica i l'entorn social i familiar

- a. Pacients amb TMS clínicament estabilitzats i integrats en l'àmbit familiar i sociolaboral
- b. Pacients amb TMS clínicament estabilitzats amb suport familiar i necessitat d'introduir una tasca de rehabilitació
- c. Pacients amb TMS "crònicament" descompensats amb tendència a la desvinculació

Aquestes dues classificacions dels TMS identifiquen els trastorns de les persones que els pateixen. Aquesta afirmació és clau per entendre que els trastorns com a tal no classifiquen a les persones i s'han d'evitar expressions com «un esquizofrènic». Des del Departament de Salut hi ha un compromís en la lluita contra l'estigma associat a les malalties mentals a través de la difusió de campanyes de sensibilització i informació sobre la malaltia, així com el suport als projectes com Obertament o ActivaMent, gestionats per persones afectades.

Epidemiologia dels trastorns mentals

Les malalties o trastorns mentals són considerats un problema de salut de primer ordre a nivell internacional i nacional, amb una gran repercussió sobre la morbi-mortalitat, la qualitat de vida de les persones i familiars i l'ús de recursos sanitaris (26). A continuació es presenten els principals resultats dels indicadors epidemiològics més rellevants dels trastorns de salut mental en general i concretament dels TMS.

En relació a la incidència i la prevalença dels trastorns mentals, cada any, més del 38,2% de la població total (164,7 milions de persones) de la Unió Europea pateix almenys un dels 27 trastorns mentals identificats a l'estudi de Wittchen *et al.* (27). Els trastorns mentals més freqüents en termes del nombre estimat de persones afectades en tots els grups d'edat són: trastorns d'ansietat (69,1 milions), depressió unipolar (30,3 milions), insomni (29,1 milions), trastorns somàtics (20,4 milions), trastorns mentals relacionats amb el consum d'alcohol (14,6 milions), trastorns mentals relacionats amb el consum d'opiacis (1,0 milions) i dependència del cànnabis (1,4 milions), entre d'altres (27).

En relació a les persones ateses a l'atenció primària de salut de l'estat espanyol, un estudi va observar que un 26,4% dels pacients atesos presentaven algun trastorn mental i entre els diagnòstics més freqüents hi havia el trastorn depressiu major, l'ansietat generalitzada i la distímia (28). Un altre estudi (29) que pretenia conèixer la prevalença de trastorns mentals més comuns a l'atenció primària entre les persones majors de 75 anys va observar que un 47,4% d'aquestes persones presentaven algun trastorn mental i els més prevalents van ser els relacionats amb l'estat d'ànim, amb una prevalença del 33,8%.

El gènere és un determinant significatiu en el desenvolupament, diagnòstic i tractament dels trastorns mentals. Aquest determina la diferència de poder i control entre homes i dones sobre els determinants socioeconòmics de la seva salut mental, la seva posició social, l'estatus i el tractament a la societat i la seva susceptibilitat i exposició als riscos específics de la salut mental. Les desigualtats de gènere es produeixen sobretot en els trastorns mentals com la depressió i l'ansietat. Aquests trastorns, en els quals predominen les dones, afecten aproximadament una de cada tres persones a la comunitat i constitueixen un greu problema de salut pública (30). Concretament, la prevalença en dones de la majoria de trastorns d'ansietat i depressius és més del doble que la dels homes, excepte en el cas de la fòbia social, on les diferències són menors; en canvi, els homes presenten amb major freqüència (un 6,3% davant un 0,9%) trastorns per abús o dependència d'alcohol (31). Tanmateix, l'OMS estima que no hi ha diferències segons sexe en les taxes d'esquizofrènia o de trastorn bipolar (30).

Per la seva banda, els trastorns mentals severos són menys freqüents que els comuns, aquests últims entesos com aquells que no requereixen habitualment la intervenció de més d'un professional i que inclouen els trastorns de l'estat d'ànim (distímia i episodi depressiu major unipolar) i els trastorns d'ansietat (trastorn d'ansietat generalitzada, trastorn de pànic, trastorns fòbics i trastorn per estrès posttraumàtic) (26), però són més discapacitants, fet que genera una major càrrega familiar, social i sanitària. Els estudis epidemiològics dels trastorns mentals severos es basen en dues fonts d'informació, els estudis poblacionals i els estudis basats en Sistemes d'Informació Sanitària. Al no ser metodologies homologables, no és possible donar xifres unitàries de prevalença. A aquesta dificultat s'ha de sumar la varietat de sistemes de classificació utilitzats en els diversos estudis (DSM-IV, DSM-V, CIM-10, CIM-9). De totes maneres, hi ha un ampli consens que els trastorns mentals severos afecten un 2,5-3% de la població adulta.

A nivell internacional s'observen els següents indicadors epidemiològics:

Taula 3: Dades epidemiològiques dels trastorns mentals severos a nivell internacional

Diagnòstic TMS	Prevalença-vida	Prevalença-any
Esquizofrènia	0,3-0,7%	1,1%
Trastorn depressiu major	10-25% dones; 5-2% homes	A Estats Units 7%. Joves 3 vegades superior que persones ≥60 anys. 1,5-3 vegades més en dones que en homes.
Trastorn bipolar I	Relació homes versus dones = 1,1:1	A EE.UU 0,6% i en altres països inferior

1. INTRODUCCIÓ

Diagnòstic TMS	Prevalença-vida	Prevalença-any
Trastorn bipolar II	Internacional 0,3%, a EE.UU és de 0,8%	
Trastorn bipolar I i II	A EE.UU 1,8%	2,6%, de la qual un 82,9% dels casos es classifica com a sever
Trastorn d'ansietat	Dones doble de probabilitat que homes. Major prevalença a l'edat mitjana.	A EE.UU 0,9% en adolescents i 2,9% en adults. 0,4-3,6% en altres països.
Trastorn obsessiu-compulsiu	1,6%	A EE.UU 1,2% i a nivell internacional 1,1-1,8%. Més freqüent en les dones a l'edat adulta i en els homes a la infància.
Trastorn obsessiu-compulsiu	1,6%	A EE.UU 1,2% i a nivell internacional 1,1-1,8%. Més freqüent en les dones a l'edat adulta i en els homes a la infància.

Font: Adaptació del Manual DSM-V (12) i National Institute of Mental Health-NIMH (32)

A nivell nacional no es troben dades específiques i homogènies de prevalença dels diferents TMS que s'estudien en aquesta investigació, no obstant i això, sí que s'han trobat dades de la depressió major, que és el diagnòstic de TMS més prevalent, amb una prevalença-any del 3,9% (5,6% en les dones i 2,2% en el homes) i una prevalença-vida del 10,5% (14,5% en les dones i 6,3% en els homes) entre la població general espanyola (33). Aquestes dades formen part dels resultats de l'estudi ESEMeD-Espanya¹ de l'any 2002 (31,33), resultats que van observar que un 19,5% de les persones a partir de 18 anys havien presentat un trastorn mental en algun moment de la seva vida (prevalença-vida) i un 8,4% en els últims 12 mesos (prevalença-any). El trastorn mental més freqüent va ser l'episodi depressiu major, com s'ha comentat abans. Els trastorns d'ansietat generalitzada presenten una prevalença-any del 0,5% (1,2% en les dones i 0,4% en els homes) i una prevalença-vida de l'1,9% (2,6% en les dones i 1,2% en els homes). Els trastorns d'ansietat presenten major cronicitat que els depressius, que mostren tenir un curs més episòdic. A Espanya es mantenen les diferències segons sexe en la majoria de trastorns d'ansietat i depressius.

Estudis fets a la població espanyola han identificat que alguns dels factors associats a patir un trastorn mental són el sexe femení, estar desocupat, de baixa laboral o amb una incapacitat i estar separat, divorciat o vidu (31,34). Altres variables que s'han associat a patir un trastorn mental són: pertànyer a classes socials més desfavorides, tenir un nivell d'estudis baix, la percepció baixa de

¹ L'estudi ESEMeD-Espanya es part d'un projecte europeu sobre epidemiologia dels trastorns mentals, emmarcat dins d'una iniciativa de la *World Mental Health Surveys* de la Organització Mundial de la Salut (OMS), anomenada *Encuestas de Salud Mental en el mundo*.

recolzament social, les malalties cròniques i estar limitat o greument limitat (34). Quant als trastorns afectius i als trastorn d'ansietat, el principal factor de risc està relacionat amb l'ocupació, de manera que les persones amb baixa per malaltia o maternitat, els desocupats i els qui presenten discapacitat tenen unes *Odds Ratio* (OR) ajustades més elevades que les persones amb una feina remunerada. Finalment, el fet d'haver estat prèviament casat versus estar solter s'associa a un major risc de presentar un trastorn afectiu, el fet d'haver estat casat versus estar-ho actualment s'associa a un major risc de presentar un trastorn d'ansietat i el fet d'estar solter versus estar casat s'associa a un major risc de presentar una dependència de l'alcohol (31). A més, cal destacar que en els TMS s'observa un clar gradient de desigualtat, ja que apareixen majors prevalències entre les persones amb menor nivell socioeconòmic (34).

A nivell autonòmic i com s'ha esmentat a nivell nacional, no existeixen dades específiques de prevalença dels diferents TMS. Tanmateix i segons els resultats de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de 2017 (35), es coneix que hi ha un 6,2% de persones ≥ 15 anys amb una depressió major o major severa, un 8,8% de dones i un 3,6% d'homes. Entre les dones, aquesta prevalença augmenta a mesura que augmenta l'edat i és més elevada entre les persones de classe social menys afavorida i amb un nivell d'estudis més baix, tendències que no s'observen entre els homes. Per la seva banda, les dades d'ansietat i/o depressió, com a dimensió de la qualitat de vida relacionada amb la salut mental en població adulta a l'ESCA, van mostrar que el 15,6% de la població de 15 anys i més en presentaven, un 20,7% en les dones i un 10,2% en els homes. Aquesta prevalença era més alta als grups de més edat, a les persones que pertanyien a les classes més desfavorides i a les persones amb estudis primaris o sense estudis, resultats coincidents amb les dades de risc de patir un trastorn mental. En el període 1994-2015, la prevalença de persones amb problemes d'ansietat o de depressió va augmentar fins a l'any 2006 i a partir d'aleshores s'observa una tendència decreixent (36). Finalment, segons els resultats de l'ESCA de 2016 (37), el percentatge de persones de 15 anys i més amb risc de mala salut mental va ser del 7,7% (5,3% en homes i 10,0% en dones), prevalença més elevada entre les dones que entre els homes en tots els grups d'edat.

Segons la memòria del CatSalut i les dades extretes del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD), l'any 2017 (38), hi van haver 25.004 contactes a la xarxa d'hospitalització psiquiàtrica i dels hospitals generals d'aguts de persones residents a Catalunya. Segons l'agrupació CCS (*Clinical Classification Software*) del diagnòstic principal, un 40,9% eren persones amb esquizofrènia o altres trastorns psicòtics, un 25,1% eren persones amb trastorn de l'estat d'ànim, un 6,2% eren persones amb trastorn de personalitat i un 2,4% persones amb trastorns d'ansietat. Per altra banda, en aquesta mateixa memòria s'observa que es van atendre 173.589 pacients als diferents centres ambulatoris de la xarxa de salut mental l'any 2017, dels quals un 59,5% van ser dones, i la mitjana global d'edat

1. INTRODUCCIÓ

va ser de 59,5 anys. A més, en els centres ambulatoris de la xarxa de salut mental, la prevalença més important segons l'agrupació CCS del diagnòstic principal en els adults correspon als trastorns de l'estat d'ànim amb 54.829 pacients atesos, dels quals un 69,2% eren dones. En segon lloc es troba l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics, amb 31.622 pacients atesos, dels quals un 41,6% van ser dones. En tercer lloc es troben els trastorns d'ansietat amb 26.471 pacients atesos, dels quals 62% van ser dones. En cinquè lloc i després dels trastorns d'adaptació, es troben els trastorns de personalitat amb 11.131 pacients atesos, dels quals un 61,7% van ser dones.

Dades específiques de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (39) mostren que el 2017 un 37,3% de les persones ateses als CSMA presentaven un TMS, un 34,2% de dones i un 41,8% d'homes. Concretament, un 33,0% de les persones presentaven un diagnòstic de depressió (39,4% dones i 23,7% homes), un 14,3% presentaven un diagnòstic d'ansietat (15,7% dones i 12,2% homes), un 10,4% presentaven un diagnòstic d'esquizofrènia (5,8% dones i 17,1% homes) i un 6,2% presentaven un diagnòstic de trastorn bipolar (5,9% dones i 6,6% homes).

L'estudi *Diagnòstic i avaluació de la salut mental a l'atenció primària* (40), que pretenia conèixer la prevalença-vida i la prevalença-any de trastorns mentals de la població atesa a l'Atenció Primària de Salut de Catalunya, va observar que de les persones entrevistades un 45,1% referien haver presentat en algun moment de la seva vida un trastorn mental (prevalença-vida) i un 31,2% en els últims 12 mesos (prevalença-any). Un 31,8% va referir algun trastorn de l'estat d'ànim i un 20,8% d'ansietat en algun moment de la vida. La depressió major (29,9%) va ser el trastorn més comú.

Discapacitat

Segons l'OMS (41), a la Regió Europea, els trastorns mentals són el segon major contribuent de càrrega de malaltia i representen un 19% del total dels anys de vida ajustats per discapacitat (AVAD²). S'observa una variació considerable entre països en funció del nivell socioeconòmic. Els trastorns mentals ocupen el primer lloc del total de càrrega de malaltia en els països d'ingressos més elevats, mentre que en els països d'ingressos més baixos aquests ocupen el quart o cinquè lloc, ja que hi ha una alta prevalença de discapacitat a conseqüència de les malalties perinatals i cardiovasculars. A més, el seu impacte en la qualitat de vida és superior al de malalties cròniques com l'artritis, la diabetis o les malalties cardíagues i respiratòries. La càrrega de discapacitat dels trastorns mentals i neurològics és immensa, ja que representen el 30,1% de la càrrega total de morbiditat en les dones i el 23,4% en els homes. En termes d'AVAD, la depressió unipolar s'ha

² AVAD: mesura del total de càrrega de malaltia, expressada en nombre d'anys perduts a causa de mala salut, discapacitat o mort prematura. AVAD = AVP(anys de vida perduts) + AVD (anys viscuts amb discapacitat)

convertit, amb diferència, en el trastorn més costós de totes les malalties de la Unió Europea (27) i, segons dades de l'OMS (42), és la responsable del 5,6% d'AVAD a Europa. Segons dades de l'estudi de 2010 sobre la càrrega mundial de morbiditat atribuïble als trastorns mentals i l'abús de substàncies (43), els trastorns depressius van representar el 40,5% d'AVAD causades per trastorns mentals i d'ús de substàncies, els trastorns d'ansietat el 14,6%, l'esquizofrènia un 7,4% i els trastorns bipolars un 7,0%.

Comparant les 25 principals causes d'anys viscuts amb discapacitat (AVD) entre el 1990 i el 2013, a nivell mundial s'observa que la depressió major passa de ser la tercera a la segona causa d'AVD, el trastorn d'ansietat de la setena a la novena, l'esquizofrènica de la dotzena a l'onzena i el trastorn bipolar de la dinovena a la dissetena (44). A més, els pacients amb TMS tenen una morbimortalitat major per malalties cròniques que la població general. En general, entre un 50% i un 90% dels pacients amb TMS tenen almenys un problema crònic de salut i la proporció de malaltia duplica a la població general, amb un impacte en la seva qualitat de vida (45). Per això, molts trastorns físics són més prevalents entre les persones amb TMS en comparació amb la població general. A més dels factors modificables sobre l'estil de vida i dels efectes secundaris de la medicació psicotròpica, el menor accés i la qualitat de l'atenció sanitària rebuda també resulten ser problemes entre aquestes persones (46).

L'edat d'aparició dels símptomes, la freqüència dels símptomes psicòtics i l'evolució dels trastorns mentals presenten diferències segons sexe. Una revisió exhaustiva sobre les persones amb esquizofrènia va observar que els homes generalment tenien un inici més primerenc dels símptomes que les dones (47). Malgrat aquest inici tardà per part de les dones, alguns estudis indicaven que les dones experimentaven una major freqüència d'al·lucinacions o símptomes psicòtics més positius que els homes (48). De la mateixa manera, mentre que les taxes de prevalença del trastorn bipolar no semblen diferir segons sexe, aquestes diferències es produeixen en el curs de la malaltia: les dones són més propenses a desenvolupar un cicle ràpid de la malaltia, presenten més comorbiditat (49) i tenen una major probabilitat de ser hospitalitzades durant la fase maníaca de la malaltia (50).

Per la seva banda, la discapacitat associada a la malaltia mental recau sobretot en aquelles persones que experimenten una comorbiditat de tres o més trastorns, un cop més, les dones predominen (30).

1. INTRODUCCIÓ

Mortalitat

Les persones amb trastorns mentals tendeixen a presentar mortalitat precoç en relació a la població general. En general, els homes solen morir 20 anys abans i les dones, uns 15 anys. Una de les possibles explicacions és que, com ja s'ha dit anteriorment, aquestes persones presenten una alta prevalença de malalties cròniques, com ara la malaltia cardiovascular, càncer i diabetis, com a conseqüència del propi trastorn, d'una prevalença elevada d'estils de vida poc saludables com són el fumar, l'abús d'alcohol, baixos nivells d'activitat física, una dieta poc equilibrada, etc. i dels efectes secundaris de la medicació (51). Així mateix, la qualitat del tractament per aquestes condicions en persones amb comorbiditats és complicada, ja que el personal sanitari tendeix a tractar sistemàticament les malalties físiques de les persones amb malalties mentals menys a fons i amb menys eficàcia. En sentit invers, les persones amb malalties cròniques pateixen també taxes de depressió, moltes vegades no diagnosticades, fet que s'associa a una major mortalitat (41,51).

Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE), el 2015 el percentatge de defuncions causades pels trastorns mentals i del comportament va ser del 5%, fet que les situa en la cinquena posició entre les diferents causes de mort classificades segons la CIM-10. La taxa bruta per 100.000 habitants dels trastorns mentals i del comportament el 2015 va ser de 59,9‰ en les dones i del 31,5‰ en els homes (52). En el cas de Catalunya, el 2016, la mortalitat proporcional dels trastorns mentals en relació a les diferents causes de mort segons sexe van suposar un 9,2% entre les dones i un 4,7% entre els homes (53).

Entre les causes de mortalitat relacionades amb els trastorns mentals severos cal considerar, pel seu impacte, el suïcidi. El risc de suïcidi és superior en les primeres fases de la malaltia i als 6 mesos posteriors a l'alta d'un ingrés psiquiàtric. A Espanya, el 2017, la taxa de suïcidis per edat i sexe per 100.000 habitants va ser de 7,9, concretament 11,9 en els homes i 4,1 en les dones (54). Tenint en compte dades de mortalitat prematura, a Catalunya el 2016 (53) el suïcidi i les autolesions van ser la tercera causa de pèrdua mitjana d'anys de vida entre la població general, amb una mitjana d'anys perduts de 21,8 en les dones i de 24 en els homes.

El risc de suïcidi varia en funció del trastorn, i els trastorns més freqüentment associats amb el comportament suïcida són la depressió i els trastorns deguts al consum d'alcohol. Es calcula que el risc de suïcidi per a tota la vida és d'un 4% entre les persones amb trastorns de l'estat d'ànim (55), d'un 8% entre les persones amb trastorn bipolar (56,57) i d'un 5% entre les persones amb esquizofrènia (58). És important ressaltar que el risc de comportaments suïcides augmenta amb la comorbiditat, és a dir, les persones amb més d'un trastorn mental tenen riscos significativament majors (59).

1.1.3. Del model de dèficit al model centrat en la persona

L'envelliment de la població, els moviments migratoris, la diversificació epidemiològica, la crisi del model econòmic, les reformes del mercat laboral, les noves tecnologies i els canvis educatius són aspectes que han generat un canvi substancial en els rols dels agents implicats en els sistemes sanitari i social del segle XXI. Les indicacions de l'OMS (60) en l'escenari de crisi actual, i d'acord amb les previsions poblacionals, recomanen revisar els models d'atenció dels diferents països, per tal de fer la transformació necessària i introduir els canvis que convinguin, per donar una resposta adequada als nous reptes. En els darrers anys, des del Departament de Salut de Catalunya hi ha hagut un interès creixent a adaptar els serveis a les necessitats de les persones, i les ha ajudat a implicar-se en la cura de la seva salut. Aquest fet ha comportat un gir en l'orientació del model d'atenció, i ha posat la persona com a eix del sistema social i sanitari, promovent el respecte per la seva dignitat i autonomia.

Aquest nou paradigma que emergeix ha de tenir en compte dos aspectes clau relacionats amb els factors anteriorment mencionats. Per una banda, l'augment del nombre de persones amb problemes socials i de salut crònics que fa que hi hagi un increment de les necessitats socials i sanitàries a les quals s'ha de donar resposta. Per altra banda, el canvi en els rols dels agents del nostre sistema de benestar, que passen d'un model passiu i unidireccional centrat en els dèficits, a un model actiu i multidireccional centrat en els actius, en què la persona vol formar part del procés i s'implica a tenir cura de l'atenció per mantenir el benestar i la salut (61).

Per tal de donar resposta als nous reptes plantejats, el Programa de prevenció a la cronicitat de Catalunya (PPCC), conjuntament amb el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), proposa desenvolupar l'estratègia d'atenció centrada en la persona (ACP) dins del marc del model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Aquest model es construeix sobre la base del rol actiu, responsable i apoderat de les persones, dels seus cuidadors o de les seves famílies.

L'OMS, el 2008, definia l'ACP com "aquella atenció que s'aconsegueix quan es posa a la persona en l'eix on interactuen la resta de dimensions relacionades amb: la intervenció basada en l'evidència científica, organització del servei, equip, interdisciplinarietat i ambient" (60). Uns anys més tard, el 2016, aquesta mateixa organització amplia la definició de manera que anomena l'ACP com la "manera d'entendre i practicar l'atenció sanitària que adopta conscientment el punt de vista dels individus, els cuidadors, les famílies i les comunitats com a partícips i beneficiaris de sistemes de salut que inspirin confiança, que estiguin organitzats no tant en funció de malalties concretes, sinó de les necessitats integrals de la persona, i respectin les preferències socials" (62). L'ACP exigeix

1. INTRODUCCIÓ

també que els pacients rebin la informació i el recolzament que necessitin per prendre decisions i participar en la seva pròpia atenció i que els cuidadors estiguin en condicions de rendir al màxim dins d'un entorn de feina favorable. Per altra banda, des de la Fundació Pílares, afirmen que és "l'atenció que es dirigeix a la consecució de millors en tots els àmbits de la qualitat de vida i del benestar de la persona, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i comptant amb la seva participació efectiva" (63). Finalment, segons els PIAISS, és "l'atenció que posa la persona en el centre del sistema, amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar, respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció" (61).

L'OMS marca cinc estratègies entrelaçades que s'han de posar en pràctica per tal d'aconseguir aquesta visió (62):

- a. Capacitar i fer participar a les persones i les comunitats
- b. Enfortir la governança i la rendició de comptes
- c. Reorientar el model d'atenció
- d. Coordinar els serveis dins i fora dels sectors
- e. Crear un entorn favorable

L'ACP es considera un dels factors clau per a l'estratègia de la qualitat assistencial. L'experiència britànica del National Health Service destaca la importància de donar a la persona més autonomia i control sobre la seva salut i benestar seguint el principi proposat per Àngela Coulter l'any 2012: "Cap decisió sobre mi sense mi" (64). És per això que cal oferir serveis centrats en la persona que defugim l'òptica individual i clàssica. Aquest canvi es concreta en les dimensions següents:

Taula 4: Comparació de la planificació individual clàssica i la centrada en la persona

Dimensions	Planificació individual clàssica	Planificació centrada en la persona
Percepció de la persona	La persona pot participar però no decideix. Paper: percepció de serveis	La persona com a subjecte amb drets que pren les seves pròpies decisions. Paper: usuari/persona atesa
Valors i creences	Paternalisme de l'expert. Predomini de la tècnica El problema és la persona.	Satisfacció vital. Orientació i respecte a la persona i a la seva autodeterminació. El problema és a l'ambient.
Presa de decisions	Les pren l'equip de tècnics.	Les pren la persona i el seu grup d'ajuda (família, amics, veïns,...),

Dimensions	Planificació individual clàssica	Planificació centrada en la persona
		amb l'acompanyament professional adequat.
Coneixements necessaris	Psicopedagogia, medicina, rehabilitació.	Fonaments ètics i legals. Escolta activa i comunicació.
Metodologia	Elaboració per un equip multidisciplinari. Planificació per objectius operatius.	Coordinada, participativa i democràtica. Debat, negociació i consens.
Avaluació	Quantitativa i centrada en les habilitats aconseguides per la persona.	Quantitativa i qualitativa centrada en la idoneïtat dels grups de suport i en el compromís dels compromisos adquirits.
Limitacions	Disponibilitat de serveis específics.	Preferències de les persones i disponibilitat dels recursos comunitaris.
Model de referència	Psicopedagògic/rehabilitador.	Qualitat de vida.

Font: Adaptació de López, 2004 (65)

L'abordatge de la salut mental en el model sanitari català

En els darrers anys, el sistema sanitari català ha avançat exitosament en el guariment de les malalties agudes més comunes i en la detecció i control dels problemes de salut crònics més prevalents. Això ha fet que, mica en mica, hi hagi més persones amb problemes de salut crònics, que viuen més anys, que presenten diversos problemes de salut a la vegada, que les situacions siguin complexes i que calgui donar resposta i tenir-ne cura durant molt temps. Tot això obliga a una gestió clínica altament compartida entre els professionals dels diferents estaments i les organitzacions que les atenen. Per això, la cronicitat s'està convertint en un patró epidemiològic específic i de magnitud creixent en el nostre país i fa que es replantegi el model d'atenció actual, més orientat a atendre pacients amb patologia aguda des de l'enfocament de l'ACP.

És en aquest punt on s'ha fet un pas important que ha portat a superar el concepte de TMS i arribar a una visió que permet comparar-lo amb el sistema general de pacients crònics complexos (PCC). En aquest sentit es contemplen les necessitats socials i sanitàries específiques d'aquesta població, seguint el paradigma de la recuperació que ha generat canvis no només en la relació entre el professional sanitari i la persona malalta, sinó a la pròpia organització i prestació de serveis. Aquest concepte va ser desenvolupat per Anthony i Farkas (66,67), entre d'altres, i planteja la recuperació del projecte de vida una vegada han aparegut les conseqüències de la malaltia. Suposa recolzar-se en les capacitats i fortaleses de la persona i del seu entorn, per aconseguir un projecte rehabilitador que compti amb la participació de la pròpia persona i construeixi un projecte de vida més enllà dels

1. INTRODUCCIÓ

estàndards de salut dels professionals. En resum, aquest paradigma, que està inclòs dins del *Modelo de atención a la persona con enfermedad mental grave* del Ministeri de treball i assumptes socials del Govern Espanyol, tracta de desenvolupar la identitat de la persona com a ciutadana i per tant, membre de la comunitat en què participa (24).

Seguint aquesta línia, el Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 (68) identificava la prevenció i l'atenció a la malaltia crònica com a pilars del nou model sanitari català i, dins d'aquest context, feia de la cronicitat complexa un element fonamental de la seva estratègia. Aquest objectiu es recollia a la Línia 2 d'actuació del Pla de salut, anomenada "Un sistema més orientat als malalts crònics", que s'inspirava en un conjunt de principis rectoris:

- Enfocament poblacional, orientat a totes les persones
- Autoresponsabilització de la ciutadania amb la seva salut
- Potenciació de les iniciatives dels professionals
- Model assistencial integrat
- Aprofitament de les noves tecnologies
- Col·laboració interdepartamental

Amb la prioritització de l'abordatge de la cronicitat, aquest Pla de salut pretenia aconseguir els objectius següents:

- Mantenir i millorar la salut, la qualitat de vida i la satisfacció percebuda dels pacients, les famílies i els cuidadors
- Adequar els serveis per tal d'oferir una atenció integrada als pacients crònics
- Coresponsabilitzar els ciutadans en la gestió de la seva salut i de la cronicitat
- Garantir una atenció correcta en cada situació al llarg de la trajectòria vital de les persones, en el lloc adequat, amb bons resultats de salut i amb la màxima eficiència possible
- Millorar les transicions pels diferents àmbits d'atenció del sistema sanitari i social

Un dels projectes estratègics que pretenia col·laborar en l'assoliment d'aquests objectius era el projecte 2.1, titulat "Implantar processos clínics integrats per deu malalties", amb l'objectiu d'identificar en cada moment d'evolució d'una malaltia crònica quina era la intervenció preventiva, terapèutica i de seguiment més adient, quins eren els serveis més adequats per dur-la a terme i com s'havien d'adaptar els rols professionals mitjançant guies de pràctica clínica i rutes assistencials. Dues de les malalties que es proposaven eren els trastorns mentals severos i la depressió.

Un altre dels projectes estratègics era el 2.5, titulat “Desplegar programes territorials d’atenció als pacients crònics complexos”, amb l’objectiu de disposar d’un model de gestió de casos per a pacients crònics complexos. Un dels dos perfils de persones amb complexitat que es contemplava en el Pla de salut era el dels pacients crònics complexos (PCC). El PCC és un pacient que és definit per un determinat perfil de presentació de la cronicitat. Aquest col·lectiu de persones representa al voltant del 3-4% de la població i els objectius d’aquesta orientació a la cronicitat són millorar l’assistència, els resultats en salut, la qualitat de vida, la utilització dels serveis i la satisfacció.

En l’àmbit de la salut mental les persones amb TMS són considerades «pacients en situació de complexitat clínica» i s’inclouen, per tant, en el grups dels PCC. Aquests pacients tenen trets i característiques definitòries específiques i diferenciadores:

1. El pacient pateix diverses patologies al mateix temps (multimorbiditat), o en pateix només una, però amb prou gravetat.
2. El seu abordatge conté alguns d’aquests elements:
 - Alta probabilitat de patir crisis amb molta simptomatologia i mal control.
 - Evolució molt dinàmica, variable i que precisa monitoratge continu.
 - Alta utilització de serveis d’hospitalització urgent o visites a urgències.
 - Malaltia progressiva.
 - Elevat consum de recursos i fàrmacs i risc iatrogènic.
 - Requeriment d’un maneig multidisciplinari.
 - Entorn d’especial incertesa en les decisions i de dubtes de maneig.
 - Necessitat d’activar i gestionar l’accés a diferents dispositius i recursos, sovint per vies preferents.
 - Associació a fragilitat de base, pèrdua funcional, probabilitat de davallada aguda (funcional o cognitiva) o nova aparició de síndromes geriàtriques.
 - Situacions psicosocials adverses.
3. El nom del pacient apareix en els llistats de risc derivats de les estratègies d’estratificació disponibles.
4. La seva gestió es beneficiaria d’estratègies d’atenció integrades.

El Pla de salut 2016-2020 (69) és una evolució de l’anterior amb la incorporació de noves línies que responen als avenços i a les noves necessitats. El seu objectiu últim continua sent augmentar l’esperança de vida viscuda en bona salut (EVBS) i una de les àrees de salut prioritàries són les malalties mentals. Les polítiques de salut que ajuden a assolir els objectius d’aquesta àrea prioritària són bàsicament dues: aquelles que possibilitin una atenció sanitària accessible,

1. INTRODUCCIÓ

resolutiva i integrada, adaptada a les necessitats de les persones; i les que promoguin la integració de l'atenció social i sanitària, especialment quant a les persones amb un cert grau de dependència. La intervenció més important dins de l'àrea de les malalties mentals és la prevenció del suïcidi i per això s'ha elaborat el Codi Risc Suïcidi. Aquest té l'objectiu de disminuir la mortalitat per aquesta causa, augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida i prevenir la repetició de temptatives de suïcidi en les persones d'alt risc. Amb aquest protocol s'ha millorat la detecció precoç del risc, es prioritzen les persones amb més risc amb una atenció més proactiva, es permet un seguiment integral i longitudinal, es millora la coordinació i comunicació entre dispositius i millora també la informació disponible. A més, la línia 4 i la línia 5 corresponen a les actuacions específiques per tal de treballar les polítiques de salut anteriorment esmentades. La línia 4 correspon a l'atenció sanitària accessible, resolutiva i integrada amb l'objectiu de reordenar i desplegar els models d'atenció de les patologies amb una prevalença més elevada, entre les que es troben les malalties mentals, i donar una resposta resolutiva i coordinada entre nivells assistencials. La línia 5 correspon a l'atenció integrada social i sanitària i una de les seves actuacions és la implementació del model d'atenció integral a les persones amb cronicitat o necessitats complexes de salut i socials des d'una òptica poblacional, anomenat PIAISS, i que engloba diferents col·lectius, entre els quals hi ha la salut mental.

1.2. Promoció de la salut mental positiva

La definició de la salut mental de l'OMS citada en el primer punt estableix la visió positiva de la salut mental i sorgeix gràcies als canvis que es van donar a finals dels anys 40, producte de la institucionalització del concepte de qualitat de vida que va implicar l'assumpció per part dels estats de la recerca del benestar de les persones (70). D'aquí sorgeix el concepte de salut mental positiva (SMP), que apareix a la literatura amb l'estudi de Maria Jahoda l'any 1958 (71), on es presenta un model basat en 6 dominis i una sèrie de subdominis relacionats que caracteritzen la SMP de les persones, amb o sense algun trastorn mental. Aquests dominis són: les actituds cap a un mateix, el creixement i l'autoactualització, la integració, l'autonomia, la percepció de la realitat i el domini de l'entorn. Quaranta anys més tard, Lluç (72) proposa reduir el model de Jahoda a una estructura més simple de 6 factors generals (satisfacció personal, actitud psicosocial i habilitats de relació interpersonal, autocontrol, resolució de problemes i autoactualització i autonomia) i operativitza aquest model creant l'escala de SMP, actualment l'única escala en espanyol.

A banda d'aquests dos enfocaments de la SMP, n'hi ha d'altres com són la salut mental basada en els tipus de personalitat, la percepció subjectiva del benestar, en el que s'inclou el model de benestar subjectiu de Diener, i el model salutogènic, entre d'altres (70).

La salut mental positiva és un “estat de benestar en el qual l’individu és capaç de desenvolupar les seves habilitats, fer front a les situacions quotidianes d’estrès, treballar de forma productiva i fructífera a més de contribuir a la seva comunitat” (73). Aquesta, alhora, potencia la cohesió i el capital social, millora la pau i l’estabilitat amb l’entorn, contribueix al desenvolupament econòmic de la societat i és un dels principis que comparteixen les democràcies europees. Per això és important la promoció de la salut en general, i de la salut mental en particular. Segons l’OMS (74), la promoció de la salut mental consisteix en “accions que creïn entorns i condicions de vida que propiciïn la salut mental i permetin a les persones adoptar i mantenir una vida saludable”. La promoció de la salut mental forma part de la promoció de la salut, igual que la salut mental forma part de la salut, i amb aquesta definició s’entén, igual que amb el concepte de salut mental, que la promoció de la salut mental va més enllà de les característiques individuals, perquè engloba també aspectes de l’entorn com poden ser factors socials, culturals, econòmics, polítics i ambientals.

1.2.1. Gènere i salut mental

El gènere és un eix de desigualtat estructural en salut que, a banda d’interaccionar amb altres eixos (edat, posició social, territori, etc.), condiona tots els processos de salut de les dones i els homes (75).

Fins fa poc temps, les diferències entre dones i homes s’explicaven, amb arguments de caràcter únicament biològic, assumides com quelcom “natural” i inalterable, obviant l’impacte diferencial que les maneres d’organització social poden exercir sobre la salut en ambdós sexes. La salut de les dones s’ha estudiat i valorat només com a salut reproductiva i aquest enfocament no ha permès abordar la salut de les dones des d’una perspectiva integral (76). Va ser el 1955 quan l’endocrí John Money va proposar, per primera vegada, la diferenciació terminològica entre sexe i gènere (77). Des de llavors, l’anàlisi de gènere s’ha anat incorporant progressivament al camp de la salut, en el que avui es coneix que, a més de les diferències biològiques entre dones i homes (sexe), existeixen diferències construïdes socialment que repercuteixen de manera molt diferent a la salut (gènere) (78).

Les dones han estat poc representades a la investigació, ja sigui com a investigadores o com a pacients, el que ha portat a generalitzar els resultats dels estudis portats a terme fonamentalment amb homes, assumint la igualtat entre dones i homes, en les maneres d’emmalaltir i en les respostes terapèutiques. Aquest fet ha contribuït a una falta de visibilitat de determinats patiments psicològics de les dones, amb les següents implicacions preventives i terapèutiques (79).

1. INTRODUCCIÓ

Els factors socials i culturals tenen un paper fonamental en el desenvolupament i manteniment de la malaltia mental, la influència de la qual es manifesta de diferent manera en dones i homes en funció dels rols que cadascú es veu obligat a desenvolupar en les diferents societats (80). Moltes de les dones amb trastorns mentals tenen fills, i tenint en compte el rol de cuidador que socialment se'ls hi atribueix, tenen una sèrie de necessitats que no queden recollides a la planificació dels serveis de salut mental. A més en el nostre entorn, aproximadament un 87% de les persones que tenen cura d'un familiar amb un trastorn mental sever són dones, a les quals aquesta situació produeix un impacte sobre la salut física, psíquica i a l'economia familiar (79).

La salut mental de les dones es coneix cada vegada més com el camp de major impacte en el benestar individual, familiar i social. Però és un camp amb un desenvolupament encara molt precari, tot i l'avenç en les darreres dècades, on ha proliferat un nombre d'estudis de diferent qualitat, rigor i pertinença (80). A més, la investigació sobre gènere en salut mental dona visibilitat a les diferències dels factors socials i biològics associats a la salut mental de dones i homes, a la vegada que explora les seves interaccions i té en compte la manera com les desigualtats influeixen en les experiències en salut, servint d'orientació per a identificar respostes més equitatives. Tenir en compte les diferències de gènere és essencial per millorar l'eficiència i l'efectivitat de la provisió i la pràctica de qualsevol sistema de salut (81), de manera que la falta de reconeixement de les diferents necessitats en salut de dones i homes suposa una amenaça per a l'èxit dels objectius en salut de qualsevol govern.

1.2.2. El model salutogènic

El model salutogènic és un dels enfocaments de la SMP (82) i parteix de la importància que la salut es consideri com un continu "salut/malaltia", on la salut s'entén com un procés en què les persones estan sanes en alguns aspectes, independentment de les malalties i problemes existents. És per això que la salut es veu com un valor per a la vida diària i no pas com un resultat. Així, a la Carta d'Ottawa sobre la promoció de la salut (83), la salut és vista com un procés que porta a assolir els objectius vitals de les persones. Amb aquesta visió s'orienta un canvi de model, que passa del focus patogènic pels factors de risc de les malalties com a model predominant, a posar en valor allò que genera salut (84,85). Segons el model de desenvolupament de la salut del grup de promoció de la salut de la Comunitat Europea, la diferència principal entre ambdós paradigmes és la base sobre la qual es fonamenten. Mentre el model patogènic es basa en la malaltia i en allò que la provoca (factors de risc), i per això orienta les seves accions a protegir la salut, prevenir la malaltia i en l'atenció sanitària; el model salutogènic es basa en la salut i en allò que la genera (recursos), i per això orienta les seves accions en la promoció de la salut des d'un enfocament positiu. Tot això,

tenint en compte que al centre de qualsevol dels dos paradigmes es troben les persones amb un estat de salut físic, mental i social resultat de la influència dels diferents determinants individuals i ambientals.

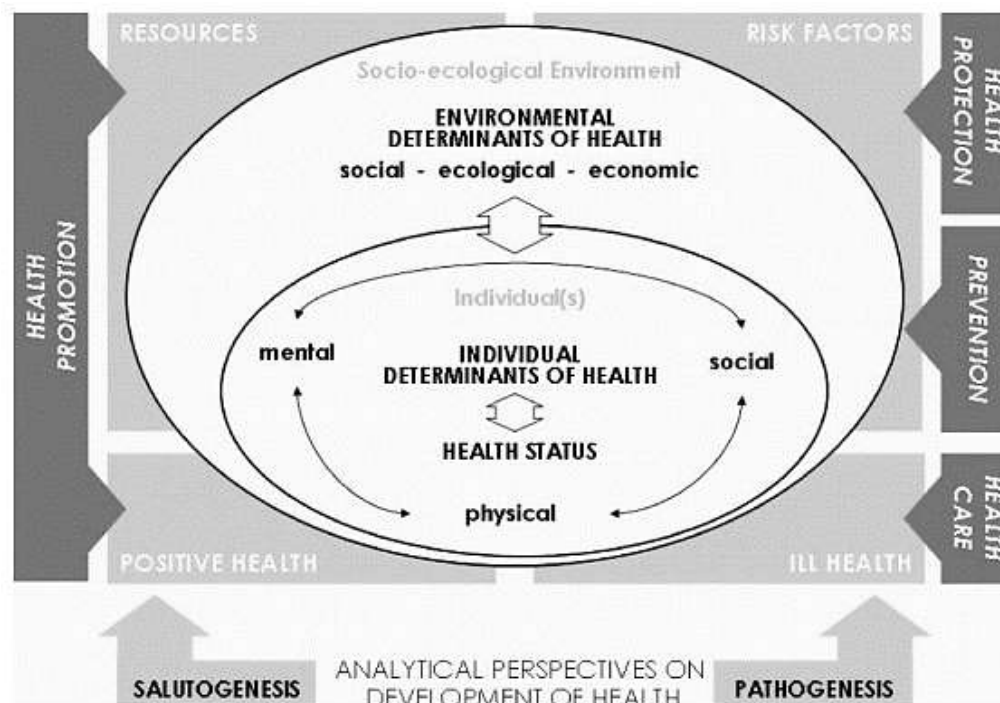


Figura 1: Model de desenvolupament de la salut

Font: Bauer, Davies i Pelikan. (86)

Segons l'OMS, la promoció de la salut és el procés que permet a les persones controlar els factors determinants de la salut i d'aquesta manera millorar-la i ser capaços de tenir una vida activa i productiva (83). A més, en el marc de la definició de l'OMS també entén la promoció de la salut mental com aquelles accions que creen entorns i condicions de vida que propiciïn la salut mental i permetin a les persones adoptar i mantenir estils de vida saludables. La intenció final de les accions en promoció de la salut és potenciar en les persones i les comunitats la capacitat per identificar, controlar i utilitzar els recursos necessaris per a la millora de la qualitat de vida.

Un dels models conceptuals d'aquest enfocament positiu és el Model Salutogènic, que ha influït en el desenvolupament de la promoció de la salut. El concepte de salutogènesi va ser introduït per Aaron Antonovsky a finals de la dècada de 1970 (84), però no és fins al 1992 que aquest model s'inicia formalment, moment en el qual l'autor va presentar el seu model com una direcció per a la promoció de la salut, durant un seminari celebrat a l'Oficina Regional de l'OMS a Copenhaguen. L'objectiu és buscar els fonaments dels patrons positius de la salut més que els fonaments dels

1. INTRODUCCIÓ

resultats negatius. L'orientació salutogènica es presenta com un model viable per a la investigació i la pràctica en la promoció de la salut.

La salut mental positiva des d'un enfocament salutogènic és aquella que es concentra més en la capacitat d'afrontar adversitats que en el col·lapse nerviós i més en els factors que produeixen salut que en els factors de risc. Antonovsky considerava que els factors d'estrès tenen el potencial per a conseqüències positives, neutres o negatives (82).

Segons Lindström i Eriksson (87), el model salutogènic seria una bona base per a la fonamentació de la promoció de la salut per tres raons:

- El focus es col·loca en la resolució de problemes i en la recerca de solucions
- Identifica els recursos generals de resistència (GRR) que ajuden a les persones a moure's cap a la direcció de salut positiva
- Identifica un sentit global i omnipresent en els individus, grups, poblacions o sistemes, la capacitat dels quals es representa en el SOC

Els conceptes fonamentals de la Salutogènesi són els recursos generals de resistència (GRR) i el sentit de coherència (SOC). Els GRR són factors biològics, materials i psicosocials que fan més fàcil a les persones percebre la seva vida com a coherent, estructurada i comprensible (88). Alguns exemples de GRR són: els diners, el coneixement, l'experiència, l'autoestima, els hàbits saludables, el recolzament social, el capital cultural, la intel·ligència, les tradicions i la visió de la vida (88). Si una persona té aquest tipus de recursos al seu abast o en el seu entorn immediat, té més oportunitats per afrontar els desafiaments de la vida. Aquests recursos ajuden a les persones a construir experiències coherents en la vida. Per això és important, més enllà de tenir-los, tenir la capacitat d'utilitzar-los, és a dir, posseir el que Antonovsky va anomenar el sentit de coherència. Aquesta és una forma personal de pensar, estar i actuar, amb una confiança interior, que porta a les persones a identificar i utilitzar els recursos a la seva disposició.

Els factors d'èxit d'aquest model són: l'abordatge multidisciplinari (89), la combinació de GRR i SOC oferint una visió completa i més complexa dels processos de desenvolupament, manteniment i recuperació de la salut (90) i l'operativització del constructe principal de la teoria salutogènica (SOC) mitjançant una escala (91).

1.2.3. Sentit de coherència

Aquest és un dels dos constructes claus de la teoria d'Antonovsky. Es defineix com una orientació global que expressa el grau en que un té una omnipresent i duradora, encara que a la vegada

dinàmica, sensació de confiança en tres sentits: els estímuls derivats dels entorns interns i externs en el curs de la vida són estructurats, predictibles i explicables (són comprensibles); els recursos estan disponibles per satisfer les demandes plantejades pels estímuls (són manejables), i aquestes demandes són reptes, dignes d'invertir-hi esforç i compromís (són significatius). Per tant, es tractaria com d'un "sisè sentit" útil per a la supervivència, ja que genera habilitats que promouen la salut (92).

El SOC està compost per tres components clau:

- Comprensibilitat (component cognitiu), és a dir, la capacitat de la persona per comprendre com està organitzada la seva vida i com se situa davant del món
- Manejabilitat (component conductual o instrumental), és a dir, el grau en què la persona creu tenir a la seva disposició els recursos adients per fer front a les demandes plantejades per la vida
- Significativitat (component motivacional), és a dir, sentir que té sentit, que la pròpia vida està orientada cap a les metes que es desitgen assolir. És la mesura en què la persona sent que la vida té sentit i que, malgrat els problemes i dificultats, mereix la pena invertir energia i esforç en aquesta (85)

Antonovsky va assenyalar que aquest últim component és la part més important del SOC, fet que el va portar a ampliar el concepte de significativitat i a explicar que es tracta de la percepció que té la persona que les experiències adverses que li presenta la vida són reptes en els quals val la pena implicar-se, enlloc d'entendre-les com a càrregues de les quals desitjaria lliurar-se. Quan les persones perceben que almenys alguns dels problemes o demandes de les seves vides mereixen ser objecte de compromís i participació, tenen un major nivell de significativitat en les seves vides i, generalment, un major grau en els altres components (comprensibilitat i manejabilitat). Resumint, el SOC és la capacitat per percebre que s'és capaç de manejar qualsevol situació independentment d'allò que està passant a la vida.

En aquesta definició del SOC s'integren el component perceptiu, cognitiu i conductual, no obstant i això, una de les crítiques al model va ser que no considerava un component afectiu o emocional dins d'aquest model integrador i que estava sobrerrepresentat l'aspecte racional (93). Antonovsky era conscient d'aquesta crítica i per això va decidir no estendre la seva teoria per incloure aquest quart component, però va puntualitzar que dins del component de la significativitat es troba una càrrega important d'afectivitat (91). De fet, sis anys abans, l'autor va subratllar que el component de la significativitat està relacionat amb el grau en el qual la persona sent que la vida té sentit

1. INTRODUCCIÓ

emocional, i hi va afegir que aquest aspecte afectiu era el responsable que, en les persones amb baix nivell de SOC, les emocions interferissin en l'eficàcia de la resolució de problemes (85).

El SOC és un constructe psicològic molt complex, ja que afecta diferents àmbits i en diferents nivells d'intensitat. Les persones han de veure significatives les seves pròpies vides, han de sentir que les seves vides i decisions també són enteses per altres, percebre que són capaces de manejar la situació i que tenen recursos disponibles per a això, a més de la percepció més profunda i important, és a dir, la que ajuda a transcendir l'aquí i ara i trobar la motivació necessària per continuar vivint. Per tant, el SOC seria aplicable al plànol individual, grupal i social; independentment de la cultura, el context ètnic, entre altres.

Tenir un SOC elevat permet a les persones veure la vida com quelcom coherent, comprensible, manejable i significatiu, atorgant una confiança i seguretat interiors per identificar recursos dins d'un mateix i en el seu entorn immediat, una habilitat per utilitzar i reutilitzar aquests recursos de manera promotora de salut. Les 3 dimensions interactuen les unes amb les altres, però el més important és el factor motivacional o de significativitat, com ja s'ha dit. Eriksson i Lindström el defineixen com un recurs que capacita a les persones per gestionar la tensió, reflexionar sobre els seus recursos interns i externs, identificar-los i mobilitzar-los amb la finalitat de trobar solucions per aconseguir un afrontament amb èxit d'una manera saludable (90).

Antonovsky va desenvolupar l'instrument per mesurar el SOC, un qüestionari de 29 ítems que l'autor va validar en llengua anglesa, igual que la versió abreviada d'aquest, de 13 ítems. El qüestionari s'ha traduït a 33 llengües en 32 països, entre ells Espanya (94). Eriksson i Lindström van realitzar una revisió sistemàtica sobre la utilització del qüestionari i la seva validesa i van concloure que el qüestionari ha demostrat ser vàlid, factible i aplicable transculturalment. La versió espanyola està adaptada transculturalment després de realitzar unes mínimes modificacions lingüístiques en l'enunciat dels ítems respecte la versió original anglesa i permet mesurar com les persones manegen situacions d'estrès i estar bé (90).

El sentit de coherència en les persones amb trastorns mentals

El SOC està fortament relacionat amb la bona salut percebuda, especialment la salut mental, almenys en persones amb un SOC elevat (95). Per altra banda, la relació entre el SOC i la salut física no és tan clara. Segons l'estudi de Flensburg-Madsen *et al.* (96), s'observa que el SOC avalua l'esfera emocional i la mental, però tot i això, la que determina la salut física és l'esfera emocional i no la mental, fet que segurament influeix en la fluixa relació entre el SOC i la salut física.

Existeix controvèrsia sobre l'estabilitat del SOC al llarg de la vida d'una persona. Antonovsky assumia que el SOC es desenvolupava fins als 30 anys i a partir de llavors era relativament resistent al canvi (85). Concretament, un estudi va identificar que en les persones amb un SOC inicial elevat, aquest es mantenia força estable amb el pas del temps (97). No obstant i això, Eriksson i Lindström consideren que el SOC pateix un cert increment amb l'edat durant tota la vida, sent l'estabilitat major en les persones amb un SOC elevat (90). A més, existeixen estudis que suggereixen que esdeveniments traumàtics inesperats poden desafiar el SOC fent que aquest s'hagi de reconstruir de nou en base a aquests esdeveniments (98).

Les persones amb trastorns mentals presenten puntuacions més baixes en el SOC que la població general (99). Un SOC elevat està associat a una disminució del 40% del risc de patir un trastorn psiquiàtric (100).

El SOC en general mostra diferències segons sexe: els homes normalment obtenen majors puntuacions que les dones (88). L'estudi de Bengtsson-Tops i Hansson (101) va observar que els homes amb esquizofrènia presentaven uns nivells de SOC més elevats que les dones. No obstant i això, un altre estudi no va observar diferències segons sexe en les puntuacions totals del SOC, però sí en la distribució de les seves subescales: el sexe masculí es va correlacionar positivament amb la comprensibilitat i el sexe femení es va correlacionar positivament amb la manejabilitat i la significativitat (99). A més, un SOC més elevat s'associa a les persones casades versus les solteres i a les persones obreres o autònomes versus les persones d'oficina o personal directiu (99).

La definició de *recuperació* d'Antonovsky ha estat relacionada de prop amb el model de recuperació de la salut mental i amb els objectius de recuperació en el procés de rehabilitació. És conegut que el sentit de coherència de les persones té un paper central a l'hora d'afrontar els factors estressants en el procés de recuperació i que contribueix a la salut i al funcionament psicosocial (102). El sentit de la teoria de la coherència ajuda a explicar el procés de recuperació i una comprensió del procés de recuperació és essencial per al desenvolupament de serveis eficaços de tractament, suport i rehabilitació.

1.3. Qualitat de vida en persones amb trastorns mentals severes

El concepte de *qualitat de vida* (QV) va sorgir amb força entre els anys 1970 i 1980 per l'augment de les malalties cròniques, l'avenç en els tractaments i la introducció de conceptes com rehabilitació i atenció comunitària. La definició de QV ha permès ampliar el concepte de benestar i abordar-lo des de la perspectiva més operativa i mesurable. Això ha generat un volum important d'estudis i

1. INTRODUCCIÓ

s'ha convertit en l'objectiu central de les polítiques socials i econòmiques dels governs dels països desenvolupats.

Existeixen diferents marcs de treball i propostes teòriques en la investigació de la qualitat de vida. Algunes de les més representatives són:

- **Model de satisfacció o benestar.** Segons aquest model, desenvolupat per Lehman, Ward i Linn (1982) i per Baker i Intagliata (1982), la QV inclou tres aspectes: les característiques personals, les condicions objectives de diversos aspectes de la vida i la satisfacció amb les condicions de vida en aquests mateixos aspectes (103). El model es basa en la suposició que el nivell de QV experimentat per un individu depèn de si les seves condicions reals satisfan les seves necessitats, carències i desitjos. No obstant i això, aquest model omet quines són les necessitats, carències i desitjos que té realment la població diana, per la qual cosa si un pacient té un alt grau de satisfacció en un aspecte concret de la vida, poden existir com a mínim tres possibles interpretacions (104): una coincidència entre allò que es desitja i allò que s'aconsegueix en aquest àmbit en particular; ser el resultat que aquest aspecte de la vida tingui tan poca importància per a la persona que la seva satisfacció no es vegi afectada per les condicions objectives, i que la persona hagi adaptat les seves carències i desitjos a les oportunitats percebudes, amb la qual cosa aquesta aparent satisfacció seria, en realitat, resignació.
- **Model combinat d'importància i satisfacció.** Aquest model incorpora la satisfacció subjectiva del pacient i una valoració de la importància que un àmbit determinat de la vida té per a aquest. En la mesura que les persones difereixin en els seus valors i preferències individuals, les condicions objectives dels aspectes concrets de la vida també afectaran la seva QV subjectiva de diferents maneres (105). Sense una valoració de la importància que un àmbit específic de la vida o una part d'aquest suposa per al pacient, serà impossible explicar perquè les persones que viuen en condicions totalment diferents expressen el mateix grau de satisfacció (104). Encara que aquest model fa èmfasi en el significat dels valors i les preferències individuals, no considera el caràcter dinàmic d'aquestes actituds. Actualment se sap que les persones poden i consenten canviar els seus valors i preferències davant la pressió ambiental, per la qual cosa no es pot excloure la possibilitat que una escassa importància en un aspecte de la vida representi una adaptació resignada a les seves condicions de vida deprimides (104).
- **Model de satisfacció de les necessitats.** Maslow va formular la seva teoria el 1954 i deia que a mesura que la persona satisfà les seves necessitats més bàsiques, part inferior de la piràmide, aquesta desenvolupa necessitats i desitjos més elevats, part superior de la piràmide. L'escala

de les necessitats es descriu com una piràmide de 5 nivells, els quatre primers nivells constitueixen les “necessitats de dèficit” i el nivell superior l’anomena “autorealització, motivació de creixement o necessitat de ser”. Les necessitats de dèficit corresponen a la fisiologia, la seguretat i protecció, les necessitats socials i les necessitats d’estima (de baix a dalt) i la necessitat superior s’anomena autorealització. La idea bàsica és que no s’atenen les necessitats superiors fins que s’han satisfet les necessitats inferiors, per la qual cosa fins que les necessitats de dèficit no són satisfetes, la necessitat superior és una motivació contínua.

- **Model dinàmic.** Aquest model es basa en el concepte que la QV subjectiva representa el resultat d’un procés continuat d’adaptació, durant el qual la persona ha de conciliar constantment els seus propis desitjos i assoliments amb les condicions del seu entorn i la seva capacitat per satisfer les demandes socials associades amb el compliment d’aquests. En aquest model la satisfacció no es valora com un resultat sinó com a mecanisme conductor d’aquest procés i es té en compte la dinàmica i els factors que influeixen en el procés de valoració subjectiva de la persona sobre les seves condicions de vida objectives (104). Segons els autors del model, el problema central d’incloure el punt de vista subjectiu en la valoració de la QV resideix en què, donada la naturalesa dinàmica del procés de satisfacció de necessitats, els sistemes de valors i preferències individuals poden ser el resultat d’un ambient coercitiu o de condicions personals incompatibles amb el principi de la llibertat personal.
- **Model teòric de la qualitat de vida general.** Segons Meijer *et al.* (106), la qualitat de vida general està integrada per tres components. El primer són les característiques pròpies del pacient, com són els símptomes i el funcionament global, com a indicadors directes, i l’autoestima, la integració social, la història de malaltia i el gènere, com a indicadors indirectes. El segon és la qualitat de vida relacionada amb la salut (mental i física) i el tercer i últim, la satisfacció amb la vida o qualitat de vida general.

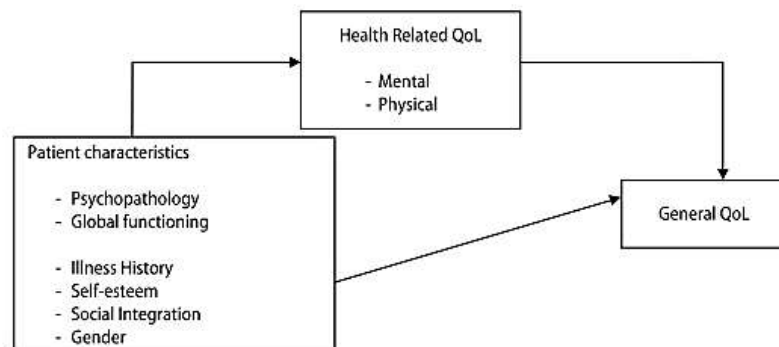


Figura 2: Model teòric de la qualitat de vida general

Font: Meijer CJ *et al.* (106)

1. INTRODUCCIÓ

Segons l'OMS, la qualitat de vida és "la percepció de l'individu de la seva posició a la vida en el context de la cultura i sistema de valors en els quals viu i en relació als objectius, expectatives, estàndards i preocupacions" (107). Una interpretació salutogènica del concepte de qualitat de vida combina els recursos globals, externs, interpersonals i personals d'un individu, grup o societat. Aquestes quatre dimensions formen una definició integral de la qualitat de vida basada en la teoria salutogènica que diu: "la qualitat de vida és l'existència total d'un individu, un grup o una societat que descriu l'essència de l'existència com a mesura objectiva i percebuda subjectivament per l'individu, grup o la societat" (108).

La literatura científica sobre la QV utilitza diferents conceptes relacionats entre ells per referir-se en molts casos al mateix. No obstant i això, moltes vegades aquests conceptes tenen matisos lleugerament diferents. Segons un estudi de Holloway *et al.* (109), la QV té fins a 4 definicions diferenciades. En primer terme, es parla de QV objectiva i es refereix a tot allò relacionat amb la feina, els ingressos econòmics, la xarxa social, entre d'altres. En segon lloc, hi ha la QV subjectiva, que fa referència a tot allò relacionat amb el benestar, la satisfacció amb la vida, la felicitat, etc. En tercer lloc i objecte central d'aquest estudi, hi ha la QVRS, que pot mesurar tant l'estatus funcional com el benestar subjectiu. Finalment, en quart lloc, es defineix la salut en termes econòmics.

1.3.1. Qualitat de vida relacionada amb la salut

La qualitat de vida i la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) han esdevingut importants resultats d'avaluació tant en el camp de la recerca com en el de la clínica a nivell general i específicament entre les persones amb TMS. Alguns autors utilitzen ambdós conceptes com a sinònims, ja que consideren que mesuren dimensions similars, però d'altres consideren que la QVRS és una part de la QV, i per tant, són conceptes lleugerament diferents. La QVRS és l'aspecte de la QV que es refereix específicament a la salut de la persona i està condicionada per les normes culturals, patrons de conducta i expectatives de cada persona. Així doncs, va més enllà de les mesures directes de la salut de la població, l'esperança de vida i les causes de la mort, i se centra en l'impacte de l'estat de salut sobre la qualitat de vida percebuda per la pròpia persona. Per tant, la QVRS és una mesura de resultat centrada en el pacient i representa l'impacte que una malaltia i el tractament consegüent tenen sobre la percepció del pacient de la seva satisfacció i benestar físic, psíquic, social i espiritual (110). Aquesta definició deixa palès que la QVRS és una mesura objectiva que avalua un estat subjectiu de la pròpia persona.

Algunes de les definicions més rellevants es presenten a continuació. Segons Patrick i Erickson (111), la QVRS és "la mesura en què es modifica el valor assignat a la duració de la vida en funció

de la percepció de les limitacions físiques, psicològiques i socials i de disminució d'oportunitats a causa de la malaltia, les seves seqüeles, el tractament i/o les polítiques de salut". Segons Schumaker i Naughton (112), és "la percepció subjectiva, influenciada per l'estat de salut actual, de la capacitat per realitzar aquelles activitats importants per l'individu". I finalment, segons Schwartzmann (113), la QVRS és "un procés dinàmic i canviant que inclou interaccions contínues entre la persona i el seu medi ambient". S'entén, doncs, que la qualitat de vida d'una persona és resultat de la interacció del tipus de malaltia i la seva evolució, la personalitat, el grau de canvi que inevitablement es produeix en la seva vida, el suport social rebut i percebut i l'etapa de la vida en què es produeix la malaltia. L'essència d'aquest concepte està en reconèixer que la percepció de les persones sobre el seu estat de benestar físic, psíquic, social i espiritual depèn en gran mesura dels seus propis valors i creences, el seu context cultural i història personal.

Els mètodes actuals d'avaluació de la QVRS s'han desenvolupat sobretot a partir de tres tradicions d'investigació (104):

- Investigació de la felicitat, provinent de la tradició psicològica. La demostració per part dels psicòlegs que les respostes subjectives, com ara els sentiments i els desitjos, podien avaluar-se de manera fiable i vàlida a través de tests va contribuir a jerarquitzar aquest camp de coneixement i va portar al desenvolupament important de la psicometria com a suport tècnic de les avaluacions (114).
- Investigació dels indicadors socials, provinent de les ciències socials i que es va centrar en els determinants socials i econòmics del benestar. Alguns estudis van començar a mostrar l'escassa o nul·la relació entre indicadors objectius de satisfacció amb la vida i les apreciacions subjectives. A partir d'aquí, les línies d'investigació en el camp social divergeixen. Els diferents models teòrics sobre necessitats humanes inclouen les següents categories de necessitats (104): fisiològiques, de relació emocional amb altres persones, d'acceptació social i finalment, de realització i sentit.
- Investigació de l'estat de salut, provinent de la definició de salut de l'OMS, el 1984. L'estat de salut d'una població es mesurava tradicionalment per la taxa de mortalitat i l'esperança de vida. No obstant i això, observant la major prevalença de malalties cròniques, com a conseqüència de la disminució o eliminació de les malalties infeccioses, així com del desenvolupament de les tecnologies mèdiques que disminuïen el dolor i el malestar, sense que això impliqués una prolongació de la vida, es va fer necessària l'aplicació d'altres mesures de resultat més sensibles (113).

Hi ha diversos models teòrics de la QVRS. Wilson i Cleary (115), l'any 1995, van elaborar un model que integrava aspectes diferents de la salut, un des del paradigma clínic i l'altre des del paradigma

1. INTRODUCCIÓ

de les ciències socials. Segons Urzúa, el primer inclou els agents etiològics, els processos patològics i els resultats fisiològics i clínics, mentre que el segon se centra en les dimensions de funcionament social i benestar general (110). Aquest model és fàcilment assimilable a la Classificació Internacional de Funcionament (CIF), una ambiciosa proposta de l'OMS per classificar estats de salut de manera independent dels diagnòstics.

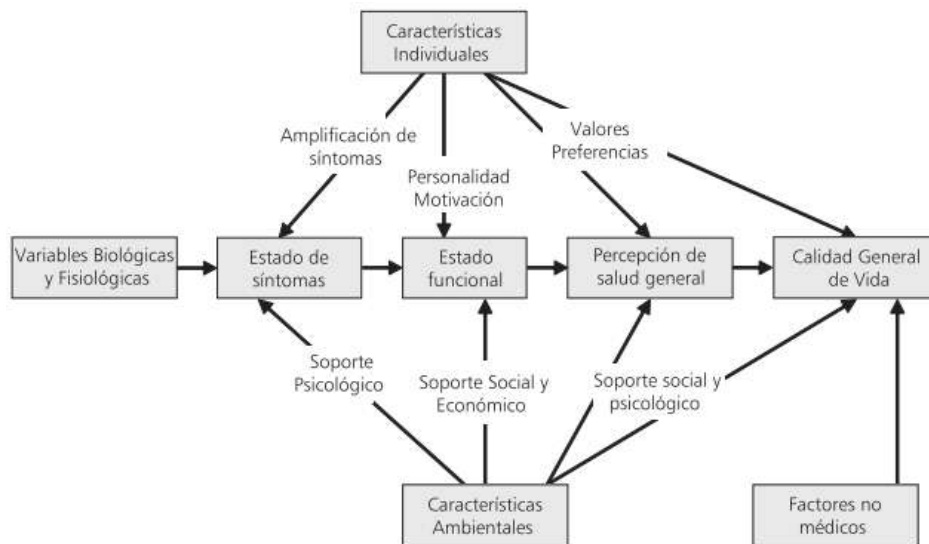


Figura 3: Model de qualitat de vida relacionada amb la salut de Wilson i Cleary

Font: Wilson i Cleary. (115)

En aquest cas, l'any 2001 l'OMS proposa actualitzar els criteris per definir i valorar el funcionament de les persones a través de la nova Classificació Internacional de Funcionament. Aquest sistema de classificació dels estats de salut es basa en una perspectiva biopsicosociològica de la salut que planteja la discapacitat al llarg del continu global del funcionament (116). Es podria dir que allò que el funcionament és al benestar és el que la QVRS és a la QV. Els dominis que componen el benestar són els mateixos que els que componen la QV, la diferència és que funcionament i benestar per una banda, i QV i QVRS per l'altra, parteixen de perspectives diferents. En el cas de les primeres és objectiva i en el de les segones, subjectiva. No obstant i això, quan es desenvolupen o s'utilitzen instruments per mesurar aquests conceptes no es tenen en compte aquestes diferències i la majoria, denominats qüestionaris de QV, no adopten la perspectiva subjectiva del concepte (117).

Malgrat que el model de Wilson i Cleary pot estar relacionat amb el model CIF, per compartir característiques significatives i distingir entre variables relacionades amb la salut i factors contextuals, ambdós han estat desenvolupats independentment. Aquest segon proposa un model

en el qual es considera l'estat de salut des de la interacció de diferents punts de vista i consta de tres components essencials:

- Les funcions i estructures corporals. Aquest component està relacionat amb les funcions fisiològiques/psicològiques i els elements anatòmics i és l'absència o alteració dels mateixos el que es concep com a deficiències en funcions i estructures.
- L'activitat. Aquest component es refereix a l'execució individual de les tasques i les limitacions de l'activitat són les dificultats que té l'individu per realitzar aquestes activitats.
- La participació. Aquest component es refereix al desenvolupament de les situacions socials i les restriccions de la participació són els problemes que l'individu experimenta en aquest desenvolupament.

Aquests tres components estan integrats sota els conceptes funcionament (funció, activitat i participació) i discapacitat (deficiències, limitacions i restriccions) i depenen tant de la condició de salut com de la seva interacció amb els factors personals i ambientals. D'aquí que l'equació dinàmica de funcionament/discapacitat constitueixi el nucli central del model CIF. Són les dues cares de la moneda que estan condicionades per l'estat de salut i els factors contextuals. Aquests últims poden ser externs, entesos com a ambientals (actituds socials, característiques arquitectòniques, clima, geografia, etc.) o interns, entesos com a personals (edat, sexe, biografia personal, educació, professió, etc.).

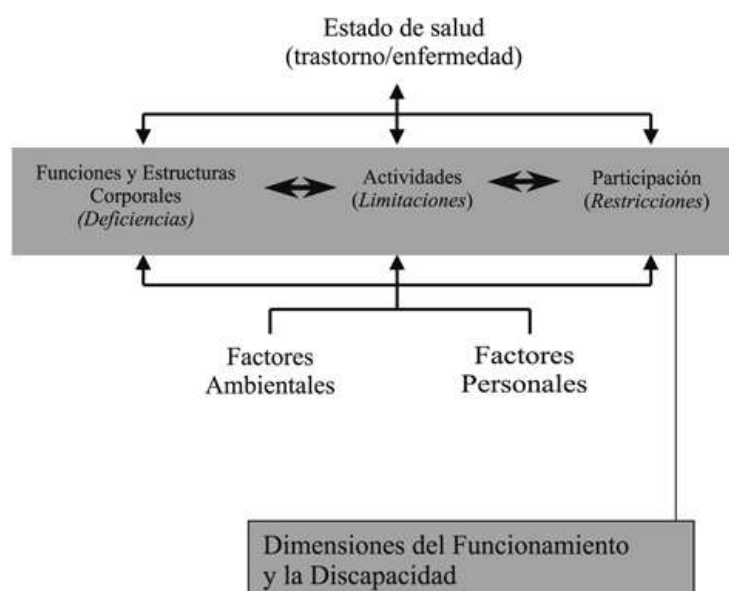


Figura 4: Model de la qualitat de vida relacionada amb la salut segons la Classificació Internacional del Funcionament

Font: Fernández-López, Fernández-Hidalgo i Cieza. (116)

1. INTRODUCCIÓ

Tant el model de QVRS de Wilson i Cleary com el CIF han estat concebuts de forma independent, malgrat que comparteixen característiques importants. Ambdós diferencien les variables relacionades amb la salut i les relacionades amb factors contextuals. Aquestes últimes es divideixen en característiques individuals/personals i característiques ambientals. Les variables relacionades amb la salut d'ambdós models són lleugerament diferents i l'any 2008, Valderas i Alonso (118) proposen una integració de les diferents categories dels dos models. Per una banda, les característiques biològiques i fisiològiques i els símptomes del model de Wilson i Cleary corresponen al component d'estructura i funcions del cos del model CIF. Per altra banda, l'estatus funcional del model de Wilson i Cleary correspon a les activitats i participació del model CIF. Finalment les variables relacionades amb la salut resultants d'aquesta integració s'anomenen: estat dels símptomes, estat funcional, percepció de la salut i qualitat de vida relacionada amb la salut. Tot i que la formulació original del model integrat considera el concepte més general de la qualitat de vida, l'evidència empírica parla de qualitat de vida relacionada amb la salut, i aquest va ser el constructe finalment inclòs. A més, el model original també considera les variables biològiques o fisiològiques, però el pacient no és llavors en general la font preferida d'informació, i així aquesta categoria no s'ha inclòs en aquest sistema de classificació d'instruments de resultat del pacient informat.

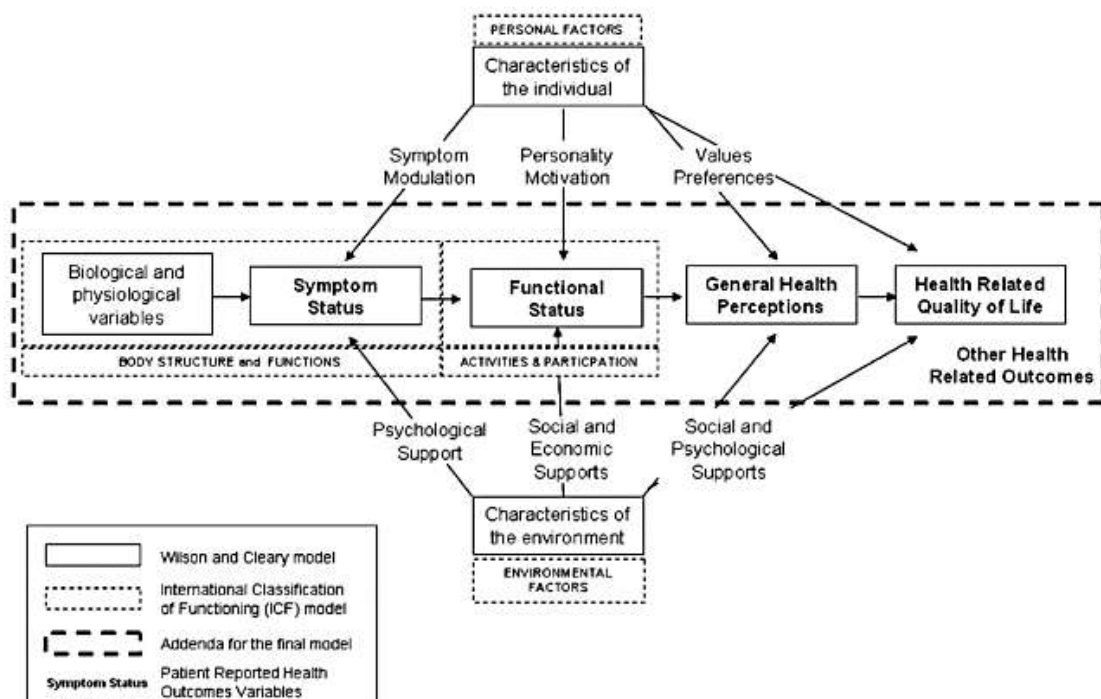


Figura 5: Model integrat dels models de qualitat de vida relacionada amb la salut de Wilson i Cleary i de la Classificació Internacional del Funcionament

Font: Valderas i Alonso. (118)

A banda d'aquests dos models, existeix l'estudi de Fleury *et al.* (119), que va elaborar un marc conceptual de predictors de la QV en les persones amb TMS. Els resultats de la investigació van mostrar que dels 6 blocs inicialment proposats (esdeveniments negatius de la vida, ús i valoració dels serveis sanitaris, característiques sociodemogràfiques, variables clíniques, variables de necessitats i funcionament, i suport social) van resultar ser estadísticament significatius els 4 darrers blocs.

Per la seva banda, el grup d'avaluació de la qualitat de vida de l'OMS va establir l'any 1995 una sèrie de punts de consens en relació a les mesures de QV i QVRS, acceptades per diversos grups investigadors (107). Aquests punts defineixen aquestes mesures com a:

- Subjectives: recollir la percepció de la persona involucrada
- Multidimensionals: rellevar diversos aspectes de la vida de l'individu, en els nivells físic, emocional, social, interpersonal, etc.
- Inclouen sentiments positius i negatius
- Variables en el temps: l'edat, l'etapa vital que es viu, el moment de la malaltia que es pateix, entre d'altres, marquen diferències en els aspectes que es valoren. Per tant, la QVRS és un paràmetre dinàmic i correspon al moment que s'avalua

Instruments de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut

Qualsevol problema de salut i les conductes que se'n deriven causa una interrupció massiva en la vida de la persona que el pateix i a les seves famílies, és per això que un dels mètodes per avaluar l'impacte dels símptomes és la utilització d'instruments creats per determinar la qualitat de vida de la persona. La diversitat de perspectives d'anàlisi i l'existència de múltiples contextos han derivat en la proliferació d'instruments de valoració. Una revisió sistemàtica feta el 2000 (120) va identificar més de 1.275 instruments de resultats percebuts per pacients identificats en l'àmbit internacional, dels quals gairebé 300 específics de l'àmbit de la salut mental. Tots aquests varien notablement en el contingut, els mètodes seguits per a la seva obtenció, les seves propietats mètriques, les necessitats per la seva aplicació i el seu ús efectiu (121) i es diferencien entre genèrics i específics.

- Instruments genèrics. No fan referència ni estan relacionats amb cap tipus de malaltia concreta. Es poden aplicar tant a la població general com a grups específics de pacients. Segons la seva estructura es classifiquen en: a) perfils de salut: inclouen dimensions genèriques, per la qual cosa solen ser aplicables a pacients amb diferents estats de salut, independentment de l'edat i el tipus de patologia. Permet comparar la QVRS global en pacients amb diferents patologies i b) mesures d'utilitat o preferència: es basen en les

1. INTRODUCCIÓ

preferències que les persones assignen a diferents estats de salut i estan especialment dissenyades per realitzar estudis de costos i presa de decisions amb repercussions econòmiques.

Taula 5: Instruments genèrics de la qualitat de vida relacionada amb la salut

Denominació	Autor	Ítems	Dimensions	Adaptació espanyola
Qüestionari de salut SF-36	Ware <i>et al.</i> (1992) (122)	36	Funció física, rol físic, dolor corporal, salut general, vitalitat, funció social, rol emocional i salut mental	Alonso <i>et al.</i> (1995) (123)
Nottingham Health Profile (NPH)	Hunt (1981) (124)	38	Energia, dolor, reaccions emocionals, son, aïllament social i mobilitat	Alonso <i>et al.</i> (1990) (125)
Sickness Impact Profile (SIP)	Bergner <i>et al.</i> (1976, 1981) (126,127)	136	Son i descans, feina, nutrició, tasques domèstiques, oci i passatemps, desplaçament, mobilitat, cura i moviment corporal, relacions socials, activitat intel·lectual, activitat emocional i comunicació	Vázquez-Barquero <i>et al.</i> (1991) (128)
Qüestionari de salut EuroQol-5D	EuroqoL Group (1990, 1996) (129,130)	3 seccions: (5 dimensions + escala EVA + 8 preguntes sociodemogràfiques)	Mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió. Estat de salut actual i comparat amb fa 12 mesos	Badia <i>et al.</i> (1999) (131)
World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)	WHOQoL group (1994) (132)	100	Salut física, salut psicològica, nivell d'independència, relacions socials, ambient i espiritualitat	Lucas-Carrasco (1998) (133)

Font: Elaboració pròpia

- Instruments específics. Se centren en aspectes específics de l'estat de salut i inclouen dimensions de QVRS d'una determinada patologia, capacitat funcional o d'un determinat grup de pacients. Normalment inclouen preguntes sobre l'impacte dels símptomes.

Taula 6: Instruments específics en salut mental de la qualitat de vida relacionada amb la salut

Denominació	Autor	Ítems	Dimensions	Adaptació espanyola
Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP)	Oliver <i>et al.</i> (1997) (134)	105	Situació vida, família, relacions socials, activitats d'oci, feina/educació, finances, seguretat personal, salut i religió	Vázquez-Barquero <i>et al.</i> (1997) (135)
Quality of life interview (QoLI)	Lehman (1988, 1991 i 1993) (103,136,137)	143	Lloc residència, família, relacions socials, funcionament, feina/escola, seguretat, finances i salut	Bobes <i>et al.</i> (1995) (138)
Quality of life scale (QLS)	Heinrichs <i>et al.</i> (1984, 2003 i 2005) (139–141)	21	Funcions intrapsíquiques, relacions interpersonals, rol instrumental i, ús d'objectes comuns i activitats quotidianes	Rodríguez <i>et al.</i> (1995) (142)
S-QoL	Auquier <i>et al.</i> (2003) (143)	41	Benestar psicosocial, autoestima, relacions familiars, relacions amics, resiliència, benestar físic, autonomia i vida sentimental	No
Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida	Giner <i>et al.</i> (1997) (144)	59	Aspectes favorables (satisfacció vital, autoestima, harmonia), aspectes desfavorables (falta d'aprensió cognitiva, pèrdua d'energia, falta de control intern, dificultat d'expressió emocional, dificultat d'expressió cognitiva, "extrañamiento", por a la pèrdua de control, hostilitat continguda, autoestima)	-

Font: Elaboració pròpia

Si el que es vol és analitzar de manera àmplia l'afectació de certes malalties, els instruments d'elecció utilitzats són els genèrics (145). Entre els avantatges d'aquests instruments destaca la possibilitat de comparar els resultats amb les poblacions generals de referència i amb altres persones amb trastorns físics i mentals crònics.

L'OMS ha realitzat estudis sobre la qualitat de vida de les persones que pateixen un trastorn mental i conclou que l'impacte negatiu no només és considerable sinó que es manté a través del temps. Aquests estudis revelen que la qualitat de vida de les persones amb TMS continua sent

1. INTRODUCCIÓ

insatisfactòria després de la seva estabilització. A més, a major temps d'hospitalització en unitats psiquiàtriques major empobriment de la qualitat de vida, en comparació amb aquells que pateixen aquests trastorns però viuen a la comunitat (146).

1.3.2. Qualitat de vida relacionada amb la salut en les persones amb trastorns mentals severs

L'estudi de la QV i la QVRS en persones amb problemes de salut mental es va produir més tard que en aquells que presentaven problemes físics. Mentre la investigació sobre QV i salut en malalties físiques estava notablement avançada, els estudis al voltant de la salut mental, i sobretot de l'esquizofrènia, són força reduïts fins la dècada de 1990, moment en el qual es produeix un marcat augment (147). Segons Lluch (72), tant la QV com la QVRS estan vinculades a la visió positiva de la salut, però en l'àmbit de la salut mental s'ha estudiat fonamentalment en poblacions malaltes, especialment en pacients amb esquizofrènia tractats a la comunitat.

L'interès per la QV en persones amb esquizofrènia apareix arran del moviment de desinstitucionalització en salut mental. La reincorporació de les persones amb trastorns mentals greus a la comunitat va suscitar un important interès per saber si les noves estructures de suport socio-sanitari oferien una alternativa positiva als pacients hospitalitzats (148). Gràcies al moviment de la salut comunitària, els pacients gaudien d'una major autonomia, però amb el dubte de si veien reduïdes o limitades altres necessitats bàsiques. Els pacients que vivien en comunitat informaven d'una major satisfacció amb la situació vital i un escàs desig de tornar a l'hospital (149), no obstant i això, els estudis realitzats a l'època (150) mostraven que els pacients desinstitucionalitzats vivien sovint en condicions inferiors a les de la resta de la població general, sent una part important de la població indigent. Alhora, estaven insatisfets amb les seves relacions socials, l'economia i la seguretat personal. Per tot això, algunes veus van començar a dir que la desinstitucionalització i l'entrada a la comunitat d'aquestes persones era insuficient si no es complementava amb altres aspectes de l'autonomia funcional de les persones, com l'adaptació i la rehabilitació (151).

La QVRS de les persones amb TMS presenta pitjors resultats que la de la població general espanyola (152) i segons un estudi que comparava la població general i les persones amb trastorns mentals de França (153), les dimensions que presentaven diferències estadísticament significatives en les seves puntuacions van ser el funcionament social, la salut mental i la vitalitat per una banda, i la CSF i la CSM per l'altra. No obstant i això, les puntuacions de QVRS en relació als diferents TMS mostren resultats diferents segons els estudis analitzats. Per una banda, un estudi que pretenia comparar la QVRS de les persones amb TOC i persones amb patologies cròniques, com

l'esquizofrènia, la depressió i heroïnòmans, entre d'altres, va observar que les persones amb TOC van referir els mateixos nivells de QVRS que les persones amb esquizofrènia (152). Per altra banda, el trastorn esquizoafectiu s'associa a un deteriorament més sever de la QVRS que l'esquizofrènia i les persones amb trastorn bipolar presenten un nivell similar de QVRS que les persones amb esquizofrènia (154). No obstant i això, un altre estudi va mostrar que les persones amb trastorns de personalitat presentaven els nivells més baixos de QV, seguides per les persones amb esquizofrènia o ansietat i finalment, les persones amb desordres afectius (155). Altres estudis han observat que les persones amb trastorns depressius són aquelles que presenten puntuacions de QVRS més baixes (156).

En un estudi realitzat entre joves (16-35 anys) que presentaven un alt risc de desenvolupar un trastorn psicòtic, per una banda, i joves sans, per l'altra, es va observar que els primers presentaven pitjor QV que els joves sans (157). En aquesta mateixa línia, l'estudi d'Evans *et al.* (158), que pretenia avaluar l'impacte de la QV entre la població general, persones amb malaltia mental comuna i persones amb TMS, va observar que el grup més desfavorit era el de persones amb TMS, que alhora presentava nivells més baixos de qualitat de vida subjectiva.

Les àrees de la QVRS més importants referides per les persones amb TMS van ser les menys satisfetes, amb una mitjana de satisfacció de 61,5% (DE 17,4; rang 24,6-89,6) (159). Per altra banda, en un estudi es va observar que l'àrea especialment afectada per les persones amb TOC va ser la salut mental, i que els dominis que presentaven nivells més baixos de qualitat de vida van ser l'activitat social, les limitacions emocionals del rol i la salut mental. A més, els pacients amb esquizofrènia tenien nivells significativament pitjors de QVRS en les àrees relacionades amb la salut física: activitat física, limitacions físiques del rol i salut general. Tant els pacients amb depressió com els heroïnòmans mostraven nivells significativament millors de QVRS que els pacients amb TOC en activitat social, limitacions emocionals de rol i salut mental. Per acabar, els pacients amb depressió tenien millors nivells en les escales de dolor corporal i vitalitat (152).

Un altre factor a tenir en compte en l'evolució de les puntuacions de la QVRS és el factor temps que, generalment, es relaciona positivament amb aquesta, és a dir, en alguns estudis s'ha observat que la QVRS de les persones amb TMS millora amb el pas del temps (158,160).

En resum, les persones amb TMS presenten nivells més baixos de QVRS que la població general i que les persones amb trastorns mentals comuns. No hi ha una evidència clara de quins són els TMS que presenten pitjors resultats de QVRS. Les àrees de la QVRS més importants referides per les persones amb TMS van ser les menys satisfetes i particularment l'àrea més afectada entre els

1. INTRODUCCIÓ

pacients amb TOC va ser la salut mental i en el cas de les persones amb esquizofrènia va ser l'àrea de la salut física. El factor temps es relaciona positivament amb la QVRS.

1.3.3. Factors que intervenen en la qualitat de vida relacionada amb la salut en les persones amb trastorns mentals severes

Actualment, hi ha una gran variabilitat de mètodes que s'utilitzen per definir i mesurar aquest constructe, que continua sent un repte important per a la comunitat científica. Tanmateix, hi ha estudis que han identificat diferents factors que intervenen en la QVRS de la població general. Alguns d'aquests factors són l'edat, el sexe, el nivell educatiu i l'estatus socioeconòmic i emocional, és a dir, els joves (161), els homes (162), les persones amb un nivell educatiu alt (161,162) i un estatus socioeconòmic (161,163) també alt, presenten millor QVRS. A més, les persones casades o que viuen amb algú presenten millor QVRS que les que viuen soles, les laboralment actives presenten millor QVRS que les que no ho estan i les que presenten problemes de salut crònics presenten pitjor QVRS que les que no (162).

Per altra banda, diversos estudis han avaluat els factors específics que intervenen en la QVRS de les persones amb TMS i alguns dels resultats més significatius, en base a la fonamentació teòrica esmentada anteriorment. Són els que s'exposen a continuació.

Variables sociodemogràfiques i clíniques

Els factors sociodemogràfics són variables que se solen tenir en compte a l'hora d'avaluar possibles relacions amb la QVRS. I, tot i que existeix una tendència a indicar que alguns aspectes com el sexe, l'edat o l'estat civil s'associen a una major o menor QVRS, hi ha evidència que mostra que les variables sociodemogràfiques tenen una feble o cap relació amb la QVRS de les persones amb TMS (164). Actualment no hi ha dades concloents de la relació entre les variables sociodemogràfiques i la QVRS en persones amb TMS, ja que l'evidència científica mostra resultats contradictoris. A continuació s'exposen els resultats obtinguts en funció de les variables citades.

El sexe i la QVRS mostren resultats contradictoris. Alguns estudis identifiquen una pitjor QVRS general en les dones (165–168), però d'altres mostren que els homes presenten uns nivells de QVRS en l'esfera mental més baixa que les dones (169). Altres no troben diferències segons sexe (106,170–172).

L'edat s'ha relacionat negativament amb la QVRS, és a dir, a més edat de la persona més baixes són les puntuacions d'aquesta (173,174). Un estudi fet en persones amb trastorn d'ansietat en l'àmbit de l'atenció primària va mostrar que l'edat avançada era una de les variables predictorres de l'esfera

física (CSF) (175). En aquest mateix sentit, un estudi fet a la Xina amb persones amb esquizofrènia mostra els mateixos resultats (169). Tanmateix, també hi ha estudis que conclouen que l'edat no és un factor relacionat significativament amb la QVRS (106,170,171).

L'estat civil majoritàriament s'ha descrit com un aspecte no relacionat amb la QVRS (106,170,172). No obstant i això, en una revisió bibliogràfica feta per Hansson es va observar que estar casat estava positivament relacionat amb el benestar subjectiu global (176). A més, un altre estudi fet amb persones amb algun trastorn d'ansietat va relacionar negativament el fet d'estar separat, divorciat o vidu amb l'esfera mental de la QVRS (175).

La situació laboral es relaciona amb la QVRS, ja que estar laboralment actiu es relaciona amb una millor QVRS (159,160,176,177), concretament un estudi va observar millors puntuacions en la subescala de rol físic (170) i un altre, en les subescales d'activitats diàries i funcionament, finances i salut (172). Per contra, estar laboralment inactiu es relaciona amb una pitjor QVRS (169,178). Tanmateix, altres estudis han observat que no hi ha cap relació entre la situació laboral i la QVRS (171).

El nivell educatiu és una variable que no obté resultats concloents i en alguns casos, fins i tot, aquests són contradictoris. Alguns autors informen d'una millor QVRS en aquelles persones que tenen un nivell educatiu més alt (159,173–175). No obstant i això, hi ha estudis que no han trobat relació entre el nivell educatiu i la QVRS (171,172,179).

Els ingressos econòmics generalment es relacionen amb la QVRS, és a dir, aquesta s'associa positivament amb els ingressos econòmics (177,180). No obstant i això, hi ha algun autor que ha identificat una manca de relació significativa en aquests (160).

El tipus de convivència es relaciona amb la QVRS i els estudis informen que les persones que conviuen amb la seva família obtenen millors puntuacions de QVRS (172). No obstant i això, també s'ha observat que el fet de viure sol no es correlaciona amb la QVRS (171).

La xarxa social es relaciona positivament amb la QVRS, en el sentit que tenir una xarxa social s'associa a una millor QVRS (159,176,178). La mida (181) i la satisfacció (176) amb aquesta també es relacionen amb una millor QVRS.

La simptomatologia de depressió i ansietat està relacionada amb la QVRS de les persones amb trastorns mentals severes (154,176,181–183). Un estudi de Bengtsson-Tops *et al.* (184), on es pretenia conèixer la relació entre la simptomatologia i la QVRS de les persones amb esquizofrènia que vivien a la comunitat, va observar que els símptomes explicaven un 25,4% de la variança del

1. INTRODUCCIÓ

model de regressió múltiple realitzat. Uns anys més tard, aquesta mateixa autora, juntament amb altres i mitjançant un estudi transversal multicèntric, va voler conèixer els factors clínics i sociodemogràfics associats al nivell de qualitat de vida autoreferida dels mateixos pacients per una banda, i dels avaluadors externs per l'altra. Els models explicatius de la QVRS dels mateixos pacients i dels avaluadors externs van incloure les variables de símptomes afectius i símptomes negatius, respectivament (180). Per la seva banda, la severitat dels símptomes també està associada a la QVRS, com més greus siguin aquests, pitjors puntuacions (177). Aquesta afecta negativament a les subescales de funcionament social, rol emocional, salut mental i vitalitat (170).

No obstant i això, no queda clara quina és l'associació entre la síndrome depressiva i l'ansietat, ja que es creu que afecten de manera diferent a la QVRS però es desconeix la interacció entre elles (182). Un estudi amb persones amb TMS que feien tractament ambulatori programat en un centre de salut mental va observar que els nivells del Component Sumari Físic (CSF) i del Component Sumari Mental (CSM) del qüestionari SF-36 eren similars, malgrat que aquestes dues "construccions" no estaven relacionades entre elles. El CSF es va veure associat a la comorbiditat clínica i el CSM als símptomes negatius i depressius (185). Alguns autors afirmen que el CSM en comparació amb el CSF és un predictor més fort de satisfacció general amb la vida (106,185).

El temps d'evolució del trastorn i la seva relació amb la QVRS presenta resultats contradictoris. Hi ha autors que han observat que els pacients amb més temps d'evolució des de l'inici del trastorn referien millors nivells de QVRS en alguns àmbits (167). Altres, en canvi, obtenen resultats oposats (106,174,177). També hi ha estudis en els quals no es troba relació entre la QVRS i el temps d'evolució del trastorn (170,173). A més, de dos a tres ingressos hospitalaris amb una estada recent de llarga durada es relacionen amb una pitjor QVRS (160).

Existeixen altres variables a destacar en relació a la QVRS de les persones amb TMS, algunes de les quals se citen a continuació. Lambri *et al.* (178) van identificar que la manca de realització personal, la manca d'activitats d'oci, la seguretat personal, la cura d'un mateix i un millor allotjament també eren factors relacionats amb la QVRS. Altres variables relacionades amb la QVRS són la medicació i el rendiment psicosocial per una banda (164), i l'adaptació i la intel·ligència verbal, per l'altra (181). Concretament, aquesta última estava inversament relacionada amb la QVRS, ja que aquells que tenien una visió més clara de la seva malaltia, i per tant un major coneixement de les seves limitacions, tendien a reportar una disminució en la qualitat de vida. Les relacions emocionals (180) i les activitats de temps lliure, la religió, els sentiments positius, els animals domèstics, els somnis i la natura (159) són altres variables estudiades. També s'han identificat el benestar i malestar;

control, autonomia i elecció; autopercepció; pertinença; activitat; esperança / desesperança com a dominis principals relacionats amb la QVRS (186).

Necessitats psicosocials i funcionament psicosocial

Una altra variable important i molt relacionada amb la QVRS són les necessitats psicosocials que s'entenen com la disfunció psicològica o social que apareix com a conseqüència d'un trastorn o malaltia mental (187). Actualment gran part del debat teòric sobre les necessitats es centra en el dilema de l'universalisme/relativisme i a banda del debat entre la subjectivitat/objectivitat d'aquestes. Uns dels autors que han treballat en l'elaboració d'una teoria universalista de les necessitats són Doyal i Gough (188), que entenen que les necessitats són concebudes com a objectius universalitzables, no com a motivacions o impulsos i afirmen que les necessitats són històriques i socialment construïdes, però que també són universals. Davant la idea de que cada societat té les seves pròpies necessitats, canviant en funció de la seva estructura i organització social, aquests autors sostenen que és la manera de satisfer aquestes necessitats el que canvia, però que hi ha certes necessitats bàsiques universalitzables (salut física i autonomia personal) per al desenvolupament d'una existència digna.

Quan un problema de salut mental es manifesta, sol tenir un impacte negatiu a l'entorn de la persona malalta i al de la seva vida diària, i si aquesta persona es troba en un entorn precari que no compleix les necessitats bàsiques de la vida diària, l'exclusió social augmenta de manera considerable, el que provoca un empitjorament de la malaltia i dificultat en l'accés a l'assistència i tractament de la mateixa. Diversos estudis mostren que existeix una forta relació entre les necessitats psicosocials (satisfetes i no satisfetes) i la QV. A continuació s'exposen els resultats dels estudis analitzats en aquest apartat.

El nombre total mitjà de necessitats entre les persones amb TMS és variable en funció de l'estudi i del diagnòstic clínic. Alguns estudis refereixen que aquest valor es troba entre 5 i 8 (155,184,187) i la mitjana de necessitats no satisfetes és de 2 (155). A més, s'observa que a major nombre de necessitats, menors nivells de QV. Segons Wiersma *et al.* (155), els símptomes psicòtics, la salut física, l'angoixa, les activitats diàries, la cura de la llar, la companyia, l'allotjament i l'alimentació van ser les necessitats més freqüentment referides; per contra, els problemes amb l'alcohol, les drogues i la seguretat cap els altres van ser les menys referides. El nombre de necessitats era major entre les persones amb esquizofrènia i trastorns de personalitat. Les persones amb esquizofrènia, trastorn de personalitat, ansietat o trastorn afectiu presentaven major nombre de necessitats en el grup d'atenció a la salut mental i física. Per la seva banda, Bengtsson-Tops *et al.* (184), en un estudi fet amb persones amb diagnòstic d'esquizofrènia, van concloure que les 5 àrees de necessitats amb

1. INTRODUCCIÓ

més proporció de pacients van ser els símptomes psicòtics, les activitats diàries, la companyia, la salut física i la informació sobre l'estat i el tractament. Per contra, les àrees de necessitats amb una proporció més baixa d'autopercepció per part dels pacients van ser la seguretat cap als altres, els problemes amb les drogues, la cura dels fills, el telèfon i els problemes amb l'alcohol. En aquest mateix estudi, es va observar que no hi havia diferències entre homes i dones quant a nombre, però sí quant a tipologia de necessitats. Els homes presentaven més necessitats en àrees com l'allotjament, l'alimentació, la cura de l'habitatge, les relacions de parella i els problemes amb les drogues, mentre que les dones presentaven més necessitats en l'àrea de la salut física. Un altre estudi fet amb persones amb TMS va observar que les persones amb diagnòstic d'esquizofrènia, ingressades o que vivien en zones urbanes presentaven major nombre de necessitats (187).

En relació a les necessitats no satisfetes, un estudi va observar que les àrees amb proporcions més altes van ser: informació sobre l'estat i tractament, companyia, relacions de parella, salut física, activitats diàries i angoixa. No hi havia diferències significatives entre les diferents edats (184). Wiersma, per la seva banda, va observar també que la companyia, l'angoixa i la informació sobre l'estat i el tractament van ser les necessitats no satisfetes més freqüents (155). A més, una de les conclusions d'aquest mateix autor en un altre estudi (187) va ser que la cronicitat i la duració de la malaltia estaven relacionades amb nombres alts de necessitats no satisfetes. A més, en llargs períodes de temps, hi havia una estabilitat o disminució en el patró de les necessitats no satisfetes.

Pel que fa a la QVRS, un estudi fet per Lambri *et al.* (178) va observar que en les persones amb esquizofrènia aquesta estava predita negativament pel nombre de necessitats psicosocials no satisfetes i positivament pel nivell de salut mental (subescala SF-36). Una altra conclusió que es va poder extreure d'aquest estudi va ser que en la majoria dels casos el nombre de necessitats no satisfetes autoreportades era més alt quan aquestes eren referides pels cuidadors que no pas entre les pròpies persones amb esquizofrènia. Wiersma *et al.* (155) van observar que les variables que van explicar un 36% de la variança de la QV entre les persones amb TMS van ser: les necessitats psicosocials satisfetes de l'àrea de les activitats de la vida diària, les necessitats psicosocials no satisfetes de l'àrea d'atenció a la salut mental i la de rehabilitació i finalment, la comparació del nivell de salut amb el de feia un any. A banda, Bengtsson-Tops *et al.* (184) van mostrar que les àrees de companyia, angoixa, problemes per satisfer les activitats de la vida diària i problemes en la sexualitat explicaven un 26,5% de la QV subjectiva de les persones amb esquizofrènia. També, Hansson va observar que les necessitats socials com l'ocupació diària i les relacions socials de les persones amb TMS estan estadísticament associades a una pitjor QV (176).

Per la seva banda, el funcionament psicosocial en aquesta investigació se centra en allò que la persona pot fer, la qualitat de les seves activitats quotidianes i la seva necessitat d'assistència. Aquest concepte sol incloure aspectes com l'autocura, l'autonomia, l'autocontrol, les relacions interpersonals, l'oci i el temps lliure i finalment, el funcionament cognitiu (189). En les persones amb TMS el funcionament psicosocial és un dels aspectes que determina el funcionament diari i comunitari i bona part dels tractaments rehabilitadors tenen com a objectiu terapèutic la millora d'aquest.

En relació a la manera de mesurar el funcionament psicosocial, hi ha autors que opten per realitzar avaluacions amb escales senzilles formades per un ítem i d'altres que realitzen una avaluació més exhaustiva mitjançant instruments que inclouen diferents àrees a avaluar. Els estudis actuals al voltant del funcionament psicosocial en pacients amb TMS utilitzen en la majoria dels casos l'escala de funcionament global (The Global Assessment of Functioning Scale, GAF) (19), l'escala d'avaluació global (Global Assessment Scale, GAS) (190) o l'Escala de Funcionament Social (Social Functioning Scale, SFS) (191).

Un estudi de Meijer *et al.* (106), fet amb persones amb esquizofrènia, intentava conèixer la relació entre la qualitat de vida global, entesa com la satisfacció amb la vida subjectiva, i la QVRS i característiques del pacient en un moment determinat del temps i al cap de 18 mesos. Els resultats obtinguts van ser que les característiques del pacient predictores de qualitat de vida global en els dos períodes de temps eren la psicopatologia d'ansietat i depressió i l'autoestima, en primer lloc, i el funcionament psicosocial (GAF) i la integració social (amics i estat civil), en segon lloc. No obstant i això, en ambdós intervals de temps la QVRS semblava ser un mediador important d'aquesta relació inicial, sobretot l'àrea de la CSM. Per altra banda, un altre estudi de Fervaha *et al.* (171), fet també amb persones amb esquizofrènia, va identificar que un alt funcionament psicosocial, entès com el fet de tenir bones relacions socials, un bon funcionament del rol i bones experiències infrapsíquiques, s'associava a una millor QVRS. Les subescales sobre les quals es va relacionar positivament el funcionament psicosocial i la QVRS en persones amb esquizofrènia van ser la d'activitats diàries i funcionament i la de salut (172).

Un altre estudi de Svedberg *et al.* (192), fet amb persones amb TMS, de naturalesa longitudinal iniciat el 2007 i finalitzat el 2010 amb l'objectiu d'investigar com el model de rehabilitació modificava diferents indicadors de salut, va observar que la QV, la salut, l'apoderament i el funcionament psicosocial van millorar significativament als dos anys. La mida de l'efecte generalment va ser baix, amb l'excepció del funcionament psicosocial que va obtenir la mida de l'efecte més elevada. Per altra banda, un estudi longitudinal de Sim *et al.* (193), fet amb persones

1. INTRODUCCIÓ

amb un primer episodi d'esquizofrènia i a més comorbiditat física, va concloure que aquests presentaven un major augment de la puntuació del GAF als 18 i 24 mesos de seguiment que aquells que no tenien comorbiditat física associada.

Durant les últimes dècades a Espanya, l'atenció a les persones amb TMS ha patit una transformació molt important, passant progressivament del tractament simptomàtic de la malaltia a l'atenció integral, a la pròpia comunitat, de les necessitats d'aquestes persones, més enllà de la seva simptomatologia. Això ha quedat palès en els models de rehabilitació psicosocial, que alhora s'ha vist acompanyat del sorgiment de nous tipus de recursos i serveis per aquesta població. Un dels objectius fonamentals d'aquests recursos i serveis és la millora de la qualitat de vida de les persones amb TMS i de les seves famílies (194).

Sentit de coherència

El SOC està relacionat amb la salut i la QVRS, tant en la població general com en les persones que presenten algun TMS. En dues revisions sistemàtiques sobre la relació entre la salut i el SOC i la QV i el SOC en persones amb problemes de salut mental, realitzades per Eriksson i Lindström (89,95), es va concloure que el SOC sembla ser un recurs de promoció de la salut, que enforteix la capacitat de recuperació i es desenvolupa en un estat subjectiu positiu de la salut. En relació a la salut, el SOC està fortament relacionat amb la percepció de la salut, especialment la salut mental. Com més elevat sigui el SOC, millor és la percepció de salut general, almenys entre aquelles persones amb un SOC inicial elevat (89). En relació a la QV, s'observa que el SOC és un recurs que millora la QV directament o a través d'un bon estat de salut percebut (95). Segons l'estudi de Cederblad i Hansson (195), l'associació entre el SOC i la QV dels pacients de mitjana edat amb problemes psiquiàtrics d'alt risc va ser del 0,77. Aquest indicador va ser el determinant que va obtenir un nivell de correlació amb la QV més alt en comparació als altres que també van mostrar correlació amb la QV com: intel·ligència, nivell d'energia (validesa), nivell de flexibilitat (solidesa), entre d'altres. Per això es pot afirmar que el SOC prediu la bona salut i la qualitat de vida, i pot ser un bon predictor de resultats clínics.

Altres estudis pretenien conèixer i comparar les variables que determinaven la qualitat de vida en un moment determinat del temps (transversals) i les que es mantenien al llarg d'aquest (longitudinals). En aquesta línia, Hansson i Björkman (196) van mostrar que la QVRS en un moment determinat en el temps estava relacionada amb el sentit de coherència, l'autoestima i l'autoeficàcia, entre d'altres, i cadascun d'aquests determinants presentava una importància relativa diferent amb el pas del temps.

Per altra banda, un estudi que pretenia avaluar les variables que influenciaven la QV en persones amb esquizofrènia va observar que el SOC, l'acceptació de la malaltia i els síndromes depressius influïen en la QV. Els participants de l'estudi van presentar una correlació positiva i significativa de les escales resum de la CSF i la CSM amb el SOC i una correlació negativa amb els símptomes de depressió (197). Un altre estudi de característiques similars va mostrar també una associació positiva entre el SOC i la QV, el benestar, la satisfacció general, la salut mental i el funcionament psicosocial global. Paral·lelament, també van poder identificar que els canvis en el SOC als 18 mesos es van correlacionar positivament amb els canvis en la QV, el benestar i el funcionament psicosocial global (101).

Diferents estudis experimentals que pretenien avaluar l'efecte d'una intervenció amb el nivell de SOC mostren els següents resultats. Segons Szymona (198), després de realitzar una intervenció de psicoteràpia en pacients amb trastorns neuròtics, es van observar canvis favorables i significatius en aquells que inicialment presentaven un nivell baix de SOC. Aquest augment es va mantenir estable al cap de 6 mesos. Tanmateix, en aquells pacients que inicialment tenien un SOC elevat, no es van observar canvis significatius. Segons Langeland *et al.* (199), la implementació d'un tractament des d'un model salutogènic afectava significativament el SOC de les persones amb trastorn mental. Es va observar que un 69% dels participants a la intervenció van augmentar de manera significativa el seu SOC. També aquells pacients amb un SOC inicial més baix van ser els que van obtenir uns millors resultats després de la intervenció. La dimensió que més va millorar va ser la manejabilitat, seguida de la comprensibilitat i finalment, la significativitat. Per altra banda, un estudi realitzat amb persones amb problemes de salut mental (200) va observar que el SOC presentava una correlació positiva amb la satisfacció amb la vida i predeïa el canvi en aquesta al cap d'un any. A més, en aquest estudi es va poder observar, per una banda, que la dimensió del significat va ser de les tres la que va contribuir més a la predicció de la satisfacció amb la vida i, per l'altra, que les persones amb simptomatologia mental i amb un SOC elevat eren capaces de mobilitzar els recursos apropiats de manera eficaç per fer front a diversos reptes. Aquests resultats destaquen la importància de l'avaluació dels factors que poden explicar les diferències en la satisfacció amb la vida més enllà dels símptomes mentals de les persones amb problemes de salut mental.

S'han avaluat intervencions específiques en alguns dels grups diagnòstics dels TMS, que mostren, en primer lloc, que les persones amb un primer episodi de depressió major presentaven un augment significatiu del SOC després de la intervenció i aquest es va associar de manera significativa a la severitat dels símptomes depressius, al funcionament i a la QV (esfera física i mental) (201). I en segon lloc, una associació positiva i significativa entre la QV i el SOC, la GAF i la

1. INTRODUCCIÓ

satisfacció amb la vida de les persones amb esquizofrènia, sent el SOC el que va mostrar una associació més forta dels tres. També es van observar correlacions negatives entre la QV i l'efecte del tractament, la magnitud de l'efecte i els símptomes positius i negatius (202).

Els resultats més significatius dels diferents estudis que s'han pogut observar en aquest apartat indiquen que les variables que expliquen la QVRS són moltes i de naturalesa diversa. Les variables sociodemogràfiques en general presenten una feble o cap relació amb la QVRS i en la majoria dels casos amb resultats contradictoris, però aquelles que presenten resultats que evidencien aquesta relació són l'edat, la situació laboral, els ingressos econòmics, la convivència i la xarxa social. Pel que fa a les variables clíniques, s'ha identificat que els símptomes d'ansietat i depressió i la severitat d'aquests es relacionen negativament amb la QVRS. Les necessitats psicosocials també es relacionen negativament amb la QVRS, quant a nombre i tipologia, igual que el funcionament psicosocial. A més, també s'ha observat que el sentit de coherència també es relaciona amb la QVRS.

2. HIPÒTESIS

2. HIPÒTESIS

Els trastorns mentals són considerats un problema de salut de primer ordre a nivell internacional i nacional, amb una gran repercussió sobre la qualitat de vida de les persones que els pateixen. El model d'abordatge dels problemes de la salut mental, en general, i dels trastorns mentals severos, en particular, ha evolucionat en els darrers anys en el marc del que s'anomena paradigma de la recuperació, que ha passat d'estar centrat en un model de dèficit a un model d'atenció centrat en la persona, on la qualitat de vida relacionada amb la salut és un indicador de gran rellevància de l'estat de salut d'aquestes persones. A més, s'ha observat que els resultats de QVRS difereixen entre dones i homes.

Actualment, hi ha una gran variabilitat de mètodes que s'utilitzen per definir i mesurar aquest constructe, que continua sent un repte important per a la comunitat científica. Els factors que determinen la QVRS de les persones amb TMS són de naturalesa diversa i amb resultats en alguns casos poc clars, i en la majoria, no diferenciats segons sexe. Per una banda, els factors sociodemogràfics en general presenten una feble o cap relació amb la QVRS i en la majoria dels casos amb resultats contradictoris. Per altra banda, els factors clínics i funcionals com els símptomes d'ansietat i depressió i la severitat d'aquests es relacionen negativament amb la QVRS, així com les necessitats psicosocials. A més, hi ha poca evidència sobre la percepció actual i futura de l'estat de salut d'aquestes persones.

Finalment i dins del marc de la promoció de la salut mental positiva, estretament relacionada amb la QVRS, es coneix que el constructe del sentit de coherència és un factor clau de la recuperació i de la millora de la QVRS de les persones amb TMS.

Per tot això, les hipòtesis que es plantegen en aquest estudi són:

General:

La qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) de les dones i homes amb diagnòstic de trastorn mental sever (TMS) del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de la Fundació Althaia de Manresa s'explica per variables sociodemogràfiques, clíniques, funcionals i pel sentit de coherència, en mesures i tendències diferents.

2. HIPÒTESIS

Específiques:

1. Els perfils sociodemogràfics, clínics i funcionals de les persones amb diagnòstic de TMS del CSMA de la Fundació Althaia de Manresa són diferents segons sexe, i les dones amb TMS presenten puntuacions inferiors de QVRS que els homes.
2. Les variables explicatives de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS del CSMA de la Fundació Althaia de Manresa són diferents segons el sexe.
3. Les variables facilitadores de la millora de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS del CSMA de la Fundació Althaia de Manresa són diferents segons el sexe, en el període 2009-2014.
4. Un sentit de coherència elevat es relaciona positivament amb el nivell de QVRS en dones i homes amb diagnòstic de TMS del CSMA de la Fundació Althaia de Manresa.

3. OBJECTIUS

3. OBJECTIUS

A partir de les hipòtesis formulades, es plantegen els següents objectius:

OBJECTIU GENERAL

Descriure les relacions de les variables sociodemogràfiques, clíniques, funcionals i el sentit de coherència amb la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS del CSMA de la Fundació Althaia de Manresa, segons el sexe, en el període de 2009 a 2014.

OBJECTIUS ESPECÍFICS

1. Descriure els perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i l'autopercepció actual i futura, així com el nivell de QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS del CSMA de la Fundació Althaia de Manresa, segons el sexe, a l'inici de l'estudi.
2. Analitzar quines són les variables explicatives de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS del CSMA de la Fundació Althaia de Manresa, segons sexe, a l'inici de l'estudi.
3. Identificar les variables facilitadores de la millora de la QVRS de les persones amb diagnòstic de trastorn mental sever que es troben en tractament al CSMA de la Fundació Althaia de Manresa, segons el sexe, en el període d'estudi.
4. Analitzar la relació entre el sentit de coherència i la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS del CSMA de la Fundació Althaia de Manresa, segons el sexe, al final de l'estudi.

4. METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1. Disseny de l'estudi

Es tracta d'un estudi observacional, analític, amb un seguiment de cohorts que es va iniciar el 2009 i va finalitzar el 2014, període que coincideix amb la recollida de les dades. Durant aquest es van realitzar dos talls transversals per a la recollida de dades, l'any 2009 i el 2014 respectivament.

4.2. Àmbit d'estudi

L'àmbit d'estudi va ser el Centre de Salut Mental d'Adults de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia de Manresa. La Fundació Althaia és la xarxa assistencial de salut que tenen com a referència 260.000 habitants de les comarques del Bages, el Solsonès, el Berguedà i la Cerdanya (203).

La Fundació es va constituir oficialment el desembre de 2002, com a resultat de la fusió de la Fundació Centre Hospitalari i Cardiològic i la Fundació Hospital General de Manresa, les quals gestionaven els diferents hospitals de Manresa. Actualment, a la Fundació Althaia hi són presents l'Ajuntament de Manresa, l'Ordre Hospitalària de Sant Joan de Déu i la Mútua Manresana, Mutualitat de Previsió Social (204).

Els recursos de la Divisió de Salut Mental formen part de la Xarxa Especialitzada de Salut Mental i Addiccions i donen resposta, mitjançant diferents dispositius de diferents nivells assistencials, a les necessitats de les persones, i als seus familiars, amb problemes de salut mental i addiccions: urgències, hospitalització d'aguts i subaguts, hospital de dia d'adults i adolescents, centre de dia, centres de salut mental infanto-juvenil, adults, centre d'atenció i seguiment de drogodependències i llars amb suport. En l'entorn del convent de Santa Clara, l'edifici MOSAIC acull el projecte que li dona nom. MOSAIC és un pla integral d'atenció social i sanitària per a persones amb problemes de salut mental i addiccions a la comarca del Bages (205).

4.3. Població d'estudi

La població d'estudi van ésser les persones diagnosticades de TMS que feien seguiment ambulatori al Centre de Salut Mental d'Adults de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia de Manresa, l'any 2009, un total de 783 persones.

4.4. Mostra

La selecció de la mostra es va realitzar l'any 2009 mitjançant un mostreig aleatori simple sense reemplaçament i la mida es va determinar a partir de la mida coneguda de la població que complia criteris d'inclusió, amb un error del 5% i una precisió del 3%. La mostra teòrica va ser de 258 persones diagnosticades de TMS que feien seguiment ambulatori al Centre de Salut Mental d'Adults.

Taula 7: Criteris d'inclusió i exclusió de la mostra

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
<ul style="list-style-type: none"> • Edat entre 18-65 anys • Haver rebut tractament ambulatori al CSMA l'any 2009 • Complir amb algun dels criteris diagnòstics del DSM-IV pel diagnòstic dels TMS: esquizofrènia i altres trastorns psicòtics, trastorn afectiu (depressió major recurrent i trastorn bipolar I i II), trastorn d'ansietat (trastorn obsessiu-compulsiu amb o sense agorafòbia) i finalment, trastorn límit de la personalitat • Voluntat de participació a l'estudi, mitjançant la signatura del consentiment informat 	<ul style="list-style-type: none"> • No complir algun dels criteris d'inclusió • Descompensació aguda dels símptomes psiquiàtrics • Coexistència de retard mental, demència o qualsevol altra patologia cerebral orgànica greu • No localització per via telefònica (canvi de número de telèfon, trasllat, èxitus, etc.) • No voluntat de participació a l'estudi

Finalment, hi va haver un 86,4% de persones que van participar a l'estudi i la mostra va ser de 223 persones, 133 dones (59,6%) i 90 homes (40,4%). Del 13,6% que no va participar en la primera fase: 21 persones (60%) no van ser localitzades i 14 persones (40%) no van voler participar.

L'any 2014 la mostra estava formada per aquelles mateixes persones que l'any 2009 van acceptar participar en la primera recollida de dades i que el 2014 van continuar formant part de l'estudi. Concretament, hi va haver un 85,2% de persones que van participar en aquest segon període i la mostra final va ser de 190 persones, 119 dones (62,6%) i 71 homes (37,4%). Del 14,8% que no va participar en aquesta segona fase: 17 persones (51,5%) no van ser localitzades, 8 persones (24,2%) no van voler participar, 5 persones (15,2%) s'havien traslladat a viure a una altra localitat fora de l'àrea de cobertura del servei i 3 persones (9,1%) havien mort.

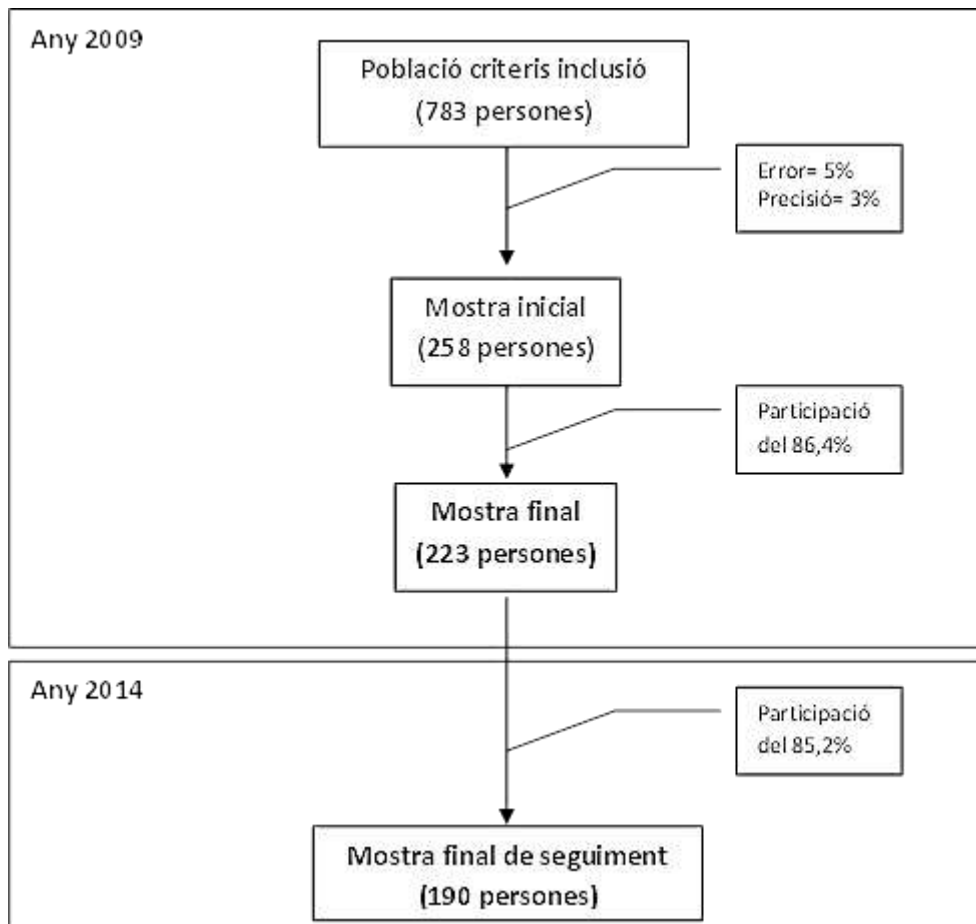


Figura 6: Diagrama de flux del seguiment dels participants a l'estudi

Font: Elaboració pròpia

4.5. Variables

Les variables escollides per a aquesta investigació provenen del model integrat de la QVRS resultat dels models conceptuals de Wilson i Cleary, per una banda, i de la Classificació internacional de funcionament (CIF), per l'altra.

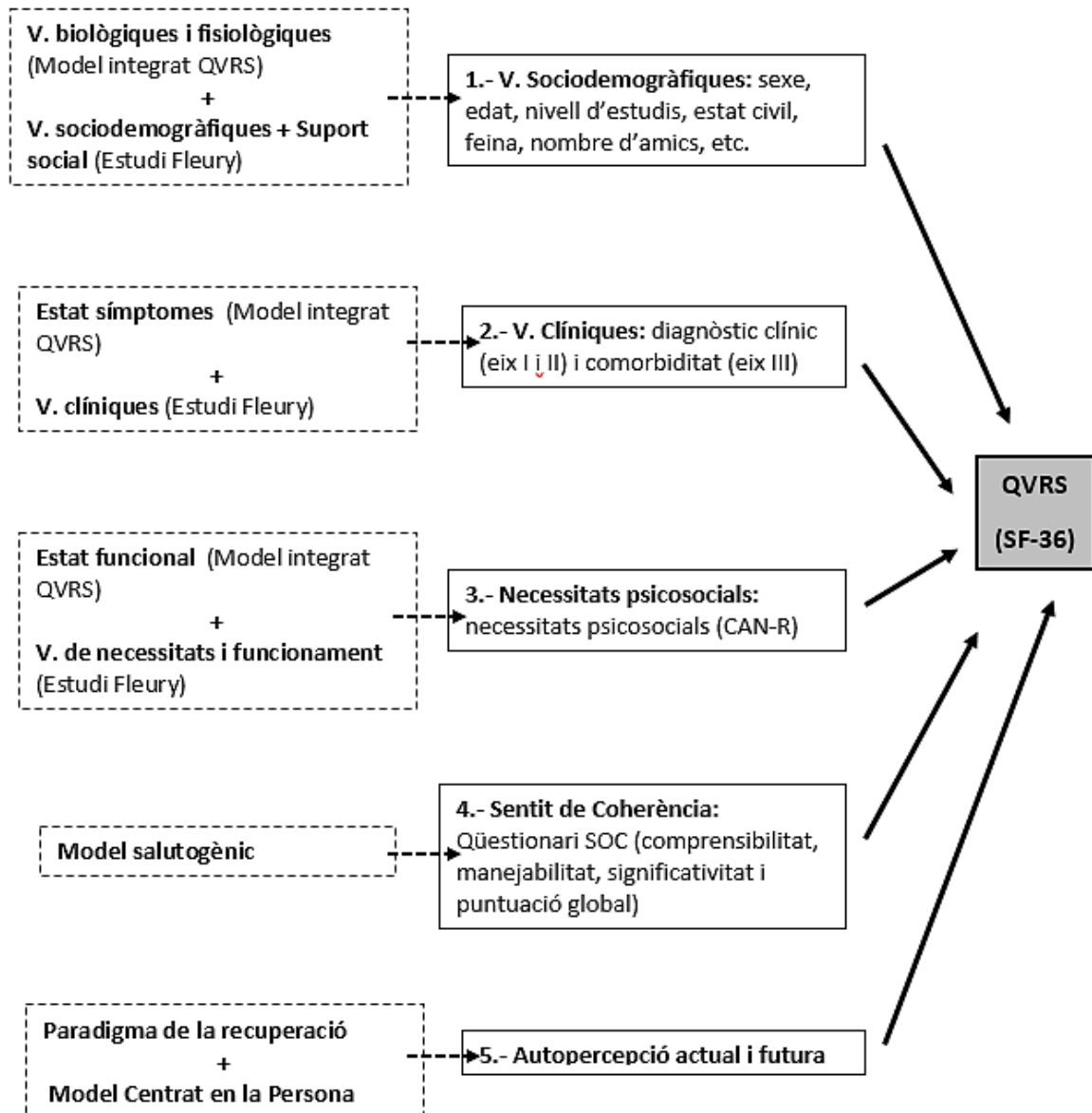


Figura 8: Model de la qualitat de vida relacionada amb la salut de l'estudi

Font: Elaboració pròpia

Per tot això, el conjunt de variables que es van recollir en aquest estudi va ser:

- Variables sociodemogràfiques i clíniques. Es van incloure variables com: edat (anys complerts), sexe (home/dona), nombre d'amics (0-3, 4-6 i ≥ 7), entre d'altres.

Algunes de les variables inicialment recollides es van recodificar en el moment de les anàlisis.

Les variables recodificades van ser:

- Estat civil (5 categories que es van reagrupar en 2)
 - o Casat/da=casat
 - o No casat/da-> inclou solter/a, separat/da, vidu/a, religiós/a

4. METODOLOGIA

- Nucli de convivència (6 categories que es van agrupar en 2)
 - o Sol/a=sol/a
 - o Acompanyat/da-> inclou parella, pares/germans, altres familiars, amics i altres
- Situació legal (3 categories que es van agrupar en 2)
 - o Sí-> inclou sí i en procés
 - o No=no
- Nivell màxim d'estudis finalitzats (7 categories que es van reagrupar en 3)
 - o Educació bàsica-> inclou no saber llegir ni escriure, llegir i escriure i certificat escolar
 - o Educació secundària i batxillerat-> inclou educació secundària obligatòria i batxillerat/formació professional
 - o Estudis universitaris-> inclou diplomatura i llicenciatura
- Situació laboral (5 categories que es van reagrupar en 2)
 - o Actiu= actiu
 - o Atur o altres-> inclou atur, feina protegida, estudiant i baixa laboral
- Tipus de prestació (6 categories que es van agrupar en 2)
 - o Sí-> inclou Pirmi, PNC, orfandat, ajudes familiars i jubilació
 - o No=no
- Invalidesa (3 categories que es van agrupar en 2)
 - o Sí-> inclou temporal i absoluta
 - o No= no
- Quantitat d'ingressos familiars o personals (3 categories que es van reagrupar en 2)
 - o <700€-> inclou <400€ i 400-700€
 - o >700€=>700€

A més, es va recollir informació relacionada amb l'autopercepció de les necessitats actuals i futures dels propis participants. Una d'aquestes també es va recodificar en el moment de les anàlisis:

- Percepció de l'afectació actual en les relacions socials i les activitats de temps lliure (4 categories que es van agrupar en 3)
 - o Millor o no canvi-> inclou han millorat i no han canviat
 - o Pitjor=ha empitjorat
 - o Ns/nc=Ns/nc
- Qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS). Aquesta variable tenia 2 categories que corresponien al Component Sumatori Físic i al Component Sumatori Mental que ahora es dividien en 8 subcategories: funció física, funció social, limitacions del rol – problemes físics,

limitacions del rol – problemes emocionals, salut mental, vitalitat, dolor i percepció general de la salut.

- Necessitats psicosocials. Aquesta variable tenia 22 etiquetes corresponents a les 22 necessitats psicosocials recollides. En aquest estudi es van recollir el total de necessitats psicosocials, estiguessin o no cobertes.
- Variables relacionades amb el sentit de coherència (SOC). Aquesta variable tenia 13 etiquetes sobre significativitat, comprensibilitat i manejabilitat.

4.6. Instruments de valoració

Qüestionari sociodemogràfic i clínic d'elaboració pròpia. Algunes de les dades recollides van ser: sexe, edat, estat civil, situació laboral, nivell d'estudis, situació socioeconòmica, diagnòstic clínic (eix I, II i III del DSM IV), etc. A més, es va recollir informació relacionada amb l'autopercepció de les necessitats actuals i futures dels propis participants.

Totes les preguntes van ser d'elaboració pròpia (Annex 2).

L'escala del *Medical Outcome Study Short Form 36* (122), i concretament la versió adaptada a l'espanyol anomenada *Cuestionario de Salud SF-36* (123) és considerada com un instrument de valoració global i és un qüestionari autoaplicat que consta de 36 preguntes que mesuren la qualitat de vida subjectiva, abordant aspectes de la vida quotidiana de la persona i identificant els estats tant positius com negatius de la salut física (CSF) i emocional (CSM). Aquestes 2 àrees es divideixen en 8 dimensions, que són:

- Funció física (10 ítems): grau en què la salut limita les activitats físiques com caminar, pujar escales, etc.
- Funció social (2 ítems): grau en què els problemes de salut o emocionals interfereixen en la vida social.
- Limitacions del rol – problemes físics (4 ítems): grau en què la salut física interfereix en les activitats diàries o en el rendiment laboral.
- Limitacions del rol – problemes emocionals (3 ítems): grau en què els problemes emocionals interfereixen en la feina o activitats diàries.
- Salut mental (5 ítems): salut mental en general, inclou la depressió, ansietat o pel contrari, sentiment de benestar.
- Vitalitat (4 ítems): sentiment d'energia i vitalitat o contràriament, esgotament.
- Dolor (2 ítems): intensitat de dolor i el seu impacte en la feina a casa i fora de casa.

4. METODOLOGIA

- Percepció general de la salut (5 ítems): valoració personal sobre la pròpia salut, la perspectiva de futur i la possibilitat d'emmalaltir.

A més, aquesta escala també compta amb un element addicional de mesura com és el canvi de la salut percebuda per part de la persona respecte l'any anterior. Aquest s'avalua amb un ítem que no s'utilitza pel càlcul de cap de les escales, però que proporciona informació útil sobre el canvi percebut en l'estat de salut durant l'any previ a l'administració del SF-36.

Les opcions de resposta es basen en escales tipus Likert i les puntuacions de cada una de les dimensions oscil·len entre 0 i 100, sent 100 un resultat que indica salut òptima i 0 reflecteix un mal estat de salut. La mitjana de la població general és de 50 (DE=10) i els valors superiors o inferiors s'interpreten com a millors o pitjors, respectivament, respecte a la població de referència. No obstant i això, l'any 1998 a l'estat espanyol es va realitzar un estudi poblacional transversal que pretenia definir els valors poblacionals de referència del qüestionari SF-36 de la població general espanyola (206). Les puntuacions totals mitjanes de les 8 dimensions van variar del 90,1, en la funció social, al 66,9, en la vitalitat. Els homes van presentar puntuacions més altes que les dones en totes les dimensions i, en general, en els grups d'edat més joves les puntuacions van ser millors, tant en homes com en dones.

El coeficient de correlació intra classe és superior al 0,7 i la seva fiabilitat superior al 0,9 en la seva adaptació espanyola, que és equivalent a l'original quant a fiabilitat, validesa i sensibilitat als canvis (207).

Aquesta escala de mesura genèrica de QVRS és la més utilitzada i distingeix l'esfera mental i l'esfera física de la QVRS. En general, se sap que són diferents, però se sap poc sobre les diferències entre elles i sobretot, en relació als seus determinants (106).

Qüestionari d'avaluació de necessitats de Camberwell (CAN) (208), i concretament la versió validada a l'espanyol (209). Aquest instrument heteroaplicat permet l'avaluació sistemàtica i regular de les necessitats psicosocials. Consta de 88 ítems dividits en 22 àrees o necessitats psicosocials: allotjament, alimentació, cura de l'habitatge, cura personal, activitats diàries, salut física, símptomes psicòtics, informació sobre l'estat i el tractament, ansietat, seguretat cap a un mateix, seguretat cap als altres, alcohol, drogues, companyia, relacions de parella, sexualitat, cura dels fills, educació bàsica, telèfon, transport, diners i ajudes socials. Cada una d'elles està estructurada en 4 seccions que mesuren les necessitats psicosocials cobertes i no cobertes, el nivell d'ajuda rebuda de l'entorn familiar i dels professionals dels serveis sanitaris. Totes les àrees tenen una escala de 3 ítems: 0, no hi ha necessitat; 1, hi havia una necessitat però actualment està

coberta; i 2, hi ha una necessitat no coberta. Les puntuacions de les 22 àrees s'han agrupat en 5 dimensions que són necessitats bàsiques (3 ítems), salut (7 ítems), social (3 ítems), funcionament (5 ítems) i serveis (4 ítems), tal i com s'ha fet en altres estudis (210).

La versió utilitzada en aquest estudi va ser la d'ús exclusiu en investigació (CAN-R) i es van recollir les dades específiques de la valoració realitzada pel pacient. Segons l'estudi de Phelan *et al.* (208), les correlacions entre els avaluadors i la fiabilitat test-retest del total de les necessitats identificades pel personal van ser 0,99 i 0,78, respectivament. El percentatge de complet acord sobre els elements individuals va variar de 100 a 81,6% (entre avaluadors) i de 100 a 58,1% (test-retest).

Qüestionari SOC 13 (91), versió espanyola adaptada (94). Consta de 13 ítems que responen a una escala tipus Likert amb 7 puntuacions. S'inclouen tres escales corresponents a les tres dimensions del constructe:

1. Comprensibilitat (sensació que és possible comprendre el que succeeix). S'avalua amb cinc ítems que corresponen a les preguntes número 2, 6, 8, 9 i 11 del qüestionari. La pregunta número 2 inverteix la seva puntuació en la correcció, ja que està formulada en el sentit contrari. La puntuació màxima és de 35.
2. Manejabilitat (identificació dels recursos necessaris per fer front a les demandes de l'entorn). S'avalua amb quatre ítems que corresponen a les preguntes número 3, 5, 10 i 13 del qüestionari. Les preguntes 3 i 10 inverteixen la seva puntuació, ja que estan formulades en sentit contrari. La puntuació màxima és de 28.
3. Significativitat (experiència de què la vida val la pena, que els reptes mereixen els esforços, que són significatius i dignes del nostre compromís). S'avalua amb quatre ítems que corresponen a les preguntes número 1, 4, 7 i 12 del qüestionari. Les preguntes 1 i 7 inverteixen la seva puntuació, ja que estan formulades en sentit contrari. La puntuació màxima és de 28.

Segons una revisió sistemàtica de la validesa del qüestionari SOC, feta per Eriksson i Lindström (90), aquest qüestionari s'ha utilitzat en almenys 33 idiomes en 32 països amb almenys 15 versions diferents. En 127 estudis que utilitzen el qüestionari SOC-13, els resultats obtinguts en relació a l' α de Cronbach és d'un rang d'entre 0,70 i 0,92. Els estudis de correlació test-retest mostren estabilitat i el rang obtingut és entre 0,69 i 0,78 (1 any), 0,64 (3 anys), 0,42 i 0,45 (4 anys), 0,59 i 0,67 (5 anys) i 0,54 (10 anys). Les puntuacions mitjanes del SOC-13 van des de 35,39 (DE 0,10) a 77,60 (DE 13,80).

4.7. Procediment de l'estudi

4.7.1. Descripció de la recollida de dades

Es varen realitzar dues valoracions: a l'inici i als 5 anys (2009 i 2014, respectivament). Les dades van ser recollides a l'edifici MOSAIC, en una consulta durant els dies programats per fer les entrevistes.

Un cop seleccionada la mostra inicial, es va contactar via telefònica per informar als possibles participants de l'estudi (objectius, procediment, etc.). Posteriorment, aquells que van voler participar-hi voluntàriament van acudir a l'edifici MOSAIC, prèvia cita concertada, i una entrevistadora entrenada va procedir a realitzar individualment cada una de les valoracions. Aquestes tenien una durada d'uns 30 minuts, aproximadament, i consistien en l'aplicació d'una sèrie d'instruments estandarditzats. Tots ells van signar un consentiment informat a l'inici de la valoració.

El 2014, seguint el mateix procediment que el 2009, es va contactar telefònicament amb els participants per informar-los del seguiment de l'estudi iniciat el 2009. Posteriorment, aquells que van voler participar voluntàriament i de manera consecutiva van acudir a l'edifici MOSAIC del CSMA, prèvia cita concertada, i una entrevistadora entrenada (diferent de la del 2009) va procedir a realitzar individualment cada una de les entrevistes. Aquestes tenien una durada d'uns 30 minuts, aproximadament, i consistien en l'aplicació d'una sèrie d'instruments estandarditzats. Tots ells van tornar a signar un consentiment informat a l'inici de la valoració.

4.8. Consideracions ètiques

L'estudi segueix els principis ètics per a la investigació mèdica en éssers humans, i està basat en la Declaració de Hèlsinki (211). Aquest va ser aprovat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de la Unió Catalana d'Hospitals (Associació d'Entitats Sanitàries i Socials) amb el número de referència 13/107 (Annex 3).

Per la seva banda, els participants de l'estudi, després de rebre la informació, van signar el full del consentiment informat en cadascun dels moments de la recollida de dades (Annex 4). Les dades de l'estudi van ser anonimitzades amb la finalitat de complir amb la normativa vigent i, des del moment que la persona va entrar a formar part de l'estudi, se li va assignar un codi identificatiu, únic i exclusiu.

Els registres de les variables durant les dues valoracions estaven vinculats directament al codi identificatiu, de manera que la informació obtinguda en qualsevol llistat ha estat anònima i no pot atribuir-se a una persona en concret.

El tractament de les dades es va ajustar al dipositat a la *Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal* (212). L'accés a aquesta informació personal i la base de dades va quedar totalment restringida a la investigadora de l'estudi.

4.9. Anàlisi de les dades

L'anàlisi estadística de totes les dades es va realitzar de forma separada per dones i homes (213) i es va organitzar en tres grups d'anàlisi: estudi basal, de seguiment de la cohort i del SOC.

4.9.1. Anàlisi de dades estudi basal any 2009

En una primera fase i amb les dades corresponents al 2009, es va realitzar una anàlisi descriptiva univariant de les variables per tal de descriure els perfils sociodemogràfics, clínics, de funcionament psicosocial i d'autopercepció actual i futura de les persones amb TMS incloses a la mostra. Per conèixer la distribució de les variables qualitatives es va realitzar una anàlisi de freqüències i percentatges i per a les quantitatives, un estudi de les mitjanes i de les mesures de tendència central.

Per examinar els diferents patrons entre dones i homes es va emprar el test de khi-Quadrat (X^2) per a les variables qualitatives i la prova t de Student per a les variables quantitatives. Per tal d'examinar les diferents puntuacions del CSF i el CSM de QVRS es van calcular les puntuacions mitjanes de cada variable (CSF i CSM) amb els seus intervals de confiança al 95% per cada variable independent.

Finalment, per analitzar quines variables es relacionaven amb el CSF i amb el CSM es van estimar models de regressió lineal crus i ajustats obtenint els diferents coeficients amb els respectius p-valors i intervals de confiança. Es va comprovar la normalitat dels residus dels models de regressió lineal i aquests segueixen una distribució normal ($p > 0,01$).

4.9.2. Anàlisi de seguiment de la cohort 2009-2014

Per a la realització de l'anàlisi longitudinal, en primer lloc es va fer una comparació entre les característiques de les persones que seguien en l'estudi i aquelles que havien estat perdudes de seguiment per tal d'observar que no hi havia diferències estadísticament significatives (khi-quadrat per a les variables qualitatives i prova t de Student per a les variables quantitatives).

4. METODOLOGIA

A continuació i amb les persones que van seguir a l'estudi, es van calcular les puntuacions de CSF i CSM per a l'entrada a l'estudi (any 2009) i per al seu seguiment (any 2014). Un cop calculades les puntuacions es va crear la variable diferència de puntuació entre 2014 i 2009 de CSF i CSM en global i per a cada una de les variables independents. Per veure quines variables independents a nivell basal (any 2009) s'associaven a un canvi en la puntuació el 2014, es van calcular models multivariats de regressió lineal, obtenint coeficients crus i ajustats amb els seus respectius intervals de confiança al 95%.

4.9.3. Anàlisi del SOC 2014

Es va realitzar una anàlisi descriptiva univariant de les variables corresponents al 2014 per tal de descriure els perfils sociodemogràfics, clínics, de funcionament psicosocial i d'autopercepció actual i futura, així com la puntuació del SOC (puntuació global i de les tres subescales) de les persones amb TMS incloses a la mostra. Per conèixer la distribució de les variables qualitatives es va realitzar una anàlisi de freqüències i percentatges i per a les quantitatives, un estudi de les mitjanes i de les mesures de tendència central.

A continuació, es va calcular la puntuació mitjana del CSF i del CSM per cada una de les variables independents i es van calcular correlacions i gràfiques de dispersió entre les puntuacions del CSF i del CSM amb la puntuació global del SOC. Finalment, per veure si el SOC es relacionava amb el CSF i amb el CSM, es van estimar models de regressió lineal crus i ajustats per a la resta de variables independents, obtenint els diferents coeficients amb els respectius p-valors i intervals de confiança. Es va comprovar la normalitat dels residus dels models de regressió lineal i que aquests seguien una distribució normal ($p > 0,01$).

Totes les anàlisis estadístiques es van realitzar amb el paquet estadístic STATA v.15.

5. RESULTATS

5. RESULTATS

A continuació es presenten els resultats que s'han obtingut en relació als objectius marcats.

5.1. Perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i l'autopercepció actual i futura i nivell de QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe a l'inici de l'estudi

5.1.1. Perfils segons sexe

La distribució de les diferents variables sociodemogràfiques, clíniques, funcionals i d'autopercepció actual i futura de la mostra a l'inici de l'estudi és la següent.

PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC

La mostra va ser de 223 persones de les quals un 59,6% (133) eren dones i un 40,4% (90) homes. La mitjana d'edat entre dones i homes presentava diferències estadísticament significatives: les dones tenien $44,9 \pm 9,8$ anys de mitjana i els homes $41,3 \pm 10,7$ anys. L'estat civil més prevalent va ser el no casat, un 51,1% entre les dones i un 64,4% entre els homes, diferències estadísticament significatives en la distribució d'aquesta variable segons sexe. El nombre de fills va ser estadísticament major entre les dones, amb $1,4 \pm 1,3$ fills de mitjana, que entre els homes, $0,7 \pm 0,9$ fills de mitjana. El nivell d'estudis més freqüent entre les dones va ser l'educació bàsica, amb un 54,1% de les participants, mentre que entre els homes va ser l'educació secundària o batxillerat, amb un 47,8% dels participants, diferències no estadísticament significatives. Al voltant del 70% dels participants referien estar a l'atur (taula 8).

Pel que fa al nucli de convivència, es va observar que aproximadament un 80% dels participants vivien acompanyats. La distribució del nombre d'amics es trobava al voltant del 30% en les tres categories, en ambdós sexes. Cap d'aquestes variables presentava diferències estadísticament significatives segons sexe (taula 8).

Pel que fa a les variables socioeconòmiques, entre un 70 i un 76% de les persones referien no tenir cap incapacitat legal, un 65-70% tenien un grau de disminució del 0 al 33% mentre que un 30-35% el tenien $\geq 33\%$. Un 39-45% tenien un grau d'invalidesa absoluta. Un 35% cobraven menys de 700 euros al mes i un 73% referien rebre una prestació econòmica. Cap d'aquestes variables presentava diferències estadísticament significatives segons sexe (taula 8).

Taula 8. Distribució dels participants en funció de les variables sociodemogràfiques

		Dones		Homes		sig.
		n	%	n	%	
Estat civil	Casat	65	48,9	32	35,6	0,049
	No casat (solter, separat vidu)	68	51,1	58	64,4	
Nivell estudis	Educació bàsica	72	54,1	37	41,1	0,066
	Educació secundària + batxillerat	43	32,3	43	47,8	
	Estudis universitaris	18	13,5	10	11,1	
Situació laboral	Actiu	35	26,3	27	30,0	0,547
	Atur (+ estudiants o ILT)	98	73,7	63	70,0	
Persones amb qui viu	Sol	18	13,5	18	20,0	0,198
	Acompanyat	115	86,5	72	80,0	
Núm. amics	0-3	51	38,4	29	32,2	0,619
	4-6	37	27,8	29	32,2	
	≥7	45	33,8	32	35,6	
Situació legal	No incapacitat	92	69,2	69	76,7	0,220
	Incapacitat	41	30,8	21	23,3	
Grau disminució	<33%	94	70,7	59	65,6	0,419
	>33%	39	29,3	31	34,4	
Grau invalidesa	Si	60	45,1	35	38,9	0,356
	No	73	54,9	55	61,1	
Prestació econòmica	Prestació	96	72,2	66	73,3	0,850
	No prestació	37	27,8	24	26,7	
Quantitat d'ingressos	<700	49	36,8	31	34,4	0,714
	>700	84	63,2	59	65,6	
		M	DE	M	DE	sig.
Edat		44,9	9,8	41,3	10,7	0,009
Núm. Fills		1,4	1,3	0,7	0,9	0,000

M: Mitjana; DE: Desviació estàndard; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

PERFIL CLÍNIC

Els diagnòstics clínics més prevalents entre les dones van ser el trastorn depressiu i el trastorn bipolar, amb un 34,6%, i l'esquizofrènia i el trastorn bipolar entre els homes, amb un 30% i 28,9% respectivament. Les diferències no eren estadísticament significatives malgrat presentar un nivell de significació proper a 0,05. En relació a la comorbiditat, entre un 62% i un 68% dels participants en presentaven, però no apareixien diferències segons sexe (taula 9).

Taula 9. Distribució dels participants en funció de les variables clíniques

		Dones		Homes		sig.
		n	%	n	%	
Diagnòstic clínic (Eix I i II)^a	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	25	18,8	27	30,0	0,074
	Tr. depressiu	46	34,6	21	23,3	
	Tr. bipolar I i II	46	34,6	26	28,9	
	Altres	16	12,0	16	17,8	
Comorbiditat (Eix III)^a	No comorbiditat	42	31,6	34	37,8	0,338
	Comorbiditat	91	68,4	56	62,2	

M: Mitjana; DE: Desviació estàndard; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

a. Segons Manual DSM-IV

PERFIL FUNCIONAL

El nombre mitjà de necessitats psicosocials alterades va ser de $3\pm 1,9$ en les dones i de $2,6\pm 1,6$ en els homes. L'àrea amb un nombre major de necessitats psicosocials afectades en ambdós sexes va ser la de la salut, seguida de l'àrea social. L'àrea amb un nombre menor de necessitats psicosocials afectades va ser la bàsica, amb una mitjana de 0. No existien diferències estadísticament significatives segons sexe en cap de les necessitats, excepte a l'àrea de serveis (taula 10).

Taula 10. Distribució dels participants en funció de les necessitats psicosocials alterades segons CAN-R

		Dones		Homes		sig.
		M	DE	M	DE	
Tipus necessitats^a	Basic	0,0	0,2	0,0	0,0	0,063
	Social	0,4	0,7	0,5	0,7	0,591
	Funcionament	0,3	0,6	0,3	0,6	0,905
	Salut	1,9	1,0	1,7	0,9	0,111
	Serveis	0,3	0,5	0,1	0,4	0,023
Núm. Necessitats CAN^a		3,0	1,9	2,6	1,6	0,195

M: Mitjana; DE: Desviació estàndard; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

a. Segons el Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R)

5. RESULTATS

AUTOPERCEPCIÓ ACTUAL I FUTURA

Pel que fa a l'autopercepció actual, al voltant del 70% dels participants percebien que la malaltia havia influït en les seves activitats socials i de temps lliure, i concretament un 50% referien que hi havia influït negativament. En relació a l'autopercepció futura, al voltant del 50% dels participants referien que la malaltia influiria en les seves possibilitats de futur, concretament un 53% deien que necessitarien ajuda en un futur. Cap de les variables anteriors presentava diferències significatives segons sexe (taula 11).

Taula 11. Distribució dels participants en funció de l'autopercepció actual i futura de les conseqüències de la malaltia

		Dones		Homes		sig.
		n	%	n	%	
Conseqüències socials i activitats temps lliure	Si	100	75,2	60	66,7	0,166
	No	33	24,8	30	33,3	
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi	53	39,9	41	45,6	0,281
	Pitjor	72	54,1	40	44,4	
	NS/NC	8	6,0	9	10,0	
Possibilitats de futur	Si	62	46,6	48	53,3	0,325
	No	71	53,4	42	46,7	
Ajuda en el futur	Si	72	54,1	47	52,2	0,779
	No	28	21,1	17	18,9	
	NS/NC	33	24,8	26	28,9	

NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

5.1.2. Nivell de QVRS basal segons sexe

En relació a la QVRS, es va observar que la puntuació mitjana del Component Sumari Físic de la mostra va ser de $44,6 \pm 11,5$ en les dones i $49,0 \pm 9,8$ en els homes, diferències estadísticament significatives. No obstant i això el Component Sumari Mental no presentava diferències segons sexe i la puntuació mitjana de les dones va ser de $36,4 \pm 13,9$ i dels homes de $37,5 \pm 13,5$. Pel que fa a les puntuacions de les subescales, aquelles que presentaven diferències segons sexe van ser la funció física (concretament en les dones era de $68,8 \pm 26,5$ i en els homes de $79,2 \pm 22,8$); les limitacions del rol per problemes físics (que en les dones era de $44,0 \pm 44,4$ i en els homes $62,5 \pm 38,8$); el dolor (que en dones era de $51,3 \pm 32,6$ i en homes de $63,4 \pm 30,1$), i les limitacions del rol per problemes

emocionals (que en dones era de $40,6 \pm 44,4$ i en homes $53,0 \pm 44,1$). La resta de subescales no presentaven diferències segons sexe (taula 12).

Taula 12. Puntuacions de les subescales i els components sumaris de la QVRS (SF-36)

	Dones		Homes		sig.
	M	DE	M	DE	
Funció física	68,8	26,5	79,2	22,8	0,003
Lim rol_ Problemes físics	44,0	44,4	62,5	38,8	0,002
Dolor	51,3	32,6	63,4	30,1	0,006
Percepció salut general	48,6	24,9	47,7	24,2	0,800
Vitalitat	42,8	25,5	47,6	24,6	0,165
Funció social	60,0	31,1	64,9	29,0	0,237
Lim rol_ Problemes emocionals	40,6	44,4	53,0	44,1	0,042
Salut mental	50,3	24,0	51,7	22,4	0,650
Component Sumari Físic	44,6	11,5	49,0	9,8	0,004
Component Sumari Mental	36,4	13,9	37,5	13,5	0,575

M: Mitjana; DE: Desviació estàndard; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

5.2. Factors explicatius de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe a l'inici de l'estudi

A l'inici de l'estudi, les dones que presentaven millor CSF van ser: les més joves, $r=-0,3$; les no casades, $\bar{x}=46,3$; les que tenien un major nivell d'estudis, estudis universitaris $\bar{x}=51,7$; les dones laboralment actives, $\bar{x}=52,3$; les que tenien un Tr. Bipolar, $\bar{x}=49,4$; les que no tenien comorbiditat, $\bar{x}=49,9$; les que tenien un nombre total més baix de necessitats psicosocials, $r=-0,5$; i les que percebien que les relacions socials i activitats de temps lliure havien millorat o no havien canviat, $\bar{x}=49,0$. Per la seva banda, els homes que igual que les dones presentaven millor CSF van ser: els més joves, $r=-0,2$; els laboralment actius, $\bar{x}=52,2$; els que no tenien comorbiditat física, $\bar{x}=51,6$; els que tenien un nombre total més baix de necessitats psicosocials, $r=-0,5$; els que percebien que les relacions socials i activitats de temps lliure havien millorat o no havien canviat, $\bar{x}=52,4$. A més, també presentaven millor CSF a diferència de les dones, els que no cobraven cap prestació econòmica, $\bar{x}=51,8$ (taula 13).

Taula 13. Relació de les variables d'estudi amb el Component Sumari Físic (CSF) de la QVRS segons sexe

		Dones		Homes	
		M (IC95%)	sig.	M (IC95%)	sig.
Estat civil	Casat	42,8 (40:49,1)	0,080	48,6 (45,1:52,1)	0,824
	No casat (solter, separat vidu)	46,3 (43,5:49,1)		49,1 (46,5:51,7)	
Nivell estudis	Educació bàsica	41,8 (39,3:44,2)	0,002	48,1 (44,7:51,5)	0,174
	Educació secundària + batxillerat	46,4 (42,8:50)		48,4 (45,5:51,4)	
	Estudis universitaris	51,7 (46,6:56,8)		54,4 (51,1:57,7)	
Situació laboral	Actiu	52,3 (49,5:55,1)	0,000	52,2 (48,6:55,8)	0,040
	Atur (+ estudiants o ILT)	41,9 (39,6:44,1)		47,6 (45,1:50,1)	
Persones amb qui viu	Sol	46,9 (40,7:53,2)	0,357	47,1 (40,8:53,3)	0,368
	Acompanyat	44,2 (42,1:46,3)		49,4 (47,3:51,6)	
Núm. amics	0-3	43,7 (40,6:46,8)	0,662	48,8 (45,5:52,1)	0,943
	4-6	44,4 (40,2:48,6)		49,5 (45,4:53,5)	
	≥7	45,8 (42,6:49)		48,6 (45,3:52)	
Situació legal	No incapacitat	45,6 (43,1:48,1)	0,133	49,4 (47:51,7)	0,478
	Incapacitat	42,4 (39,3:45,4)		47,6 (42,9:52,3)	
Grau disminució	<33%	46,2 (43,9:48,6)	0,012	48,8 (46,4:51,2)	0,841
	>33%	40,7 (37,2:44,3)		49,2 (45,2:53,3)	
Grau invalidesa	Si	41 (38,3:43,7)	0,001	47,9 (44,2:51,6)	0,418
	No	47,6 (44,9:50,3)		49,6 (47,2:52,1)	
Prestació econòmica	Prestació	42,1 (39,8:44,4)	0,000	47,9 (45,5:50,4)	0,097
	No prestació	51,1 (48:54,2)		51,8 (48:55,6)	
Quantitat d'ingressos	<700	40,4 (37,4:43,4)	0,001	47,5 (43,8:51,2)	0,306
	>700	47,1 (44,6:49,6)		49,7 (47,2:52,2)	
Diagnòstic clínic (Eix I i II) ^a	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	45,3 (40,3:50,2)	0,001	49,5 (45,9:53,2)	0,349
	Tr. depressiu	40,5 (37,3:43,7)		45,6 (40,6:50,6)	
	Tr. bipolar I i II	49,4 (46,4:52,5)		50,4 (47,1:53,6)	
	Altres	41,5 (36,7:46,3)		50,1 (45,4:54,8)	

		Dones		Homes	
		M (IC95%)	sig.	M (IC95%)	sig.
Comorbiditat (Eix III)^a	No comorbiditat	49,9 (46,5:53,2)	0,000	51,6 (48,9:54,3)	0,044
	Comorbiditat	42,2 (39,9:44,5)		47,3 (44,5:50,2)	
Conseqüències socials i activitats temps lliure	Si	42,8 (40,5:45)	0,001	47,6 (44,9:50,4)	0,070
	No	50,2 (46,5:53,9)		51,6 (48,8:54,4)	
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi	49 (46,3:51,6)	0,001	52,4 (49,8:55,1)	0,007
	Pitjor	41,5 (38,7:44,2)		45,8 (42,6:49)	
	NS/NC	43,9 (36:51,9)		47,2 (41,5:53)	
Possibilitats de futur	Si	47,5 (44,7:50,3)	0,006	50,1 (47,3:52,9)	0,250
	No	42,1 (39,4:44,8)		47,7 (44,6:50,8)	
Ajuda en el futur	Si	41,5 (38,8:44,3)	0,002	46,3 (43,1:49,5)	0,008
	No	49,3 (45,1:53,5)		54,6 (51,6:57,5)	
	NS/NC	47,4 (44,2:50,6)		50,1 (47,2:53)	
		r (IC95%)	sig.	r (IC95%)	sig.
Edat		-0,3 (-0,2:-0,4)	0,000	-0,2 (-0,1:-0,3)	0,062
Núm. Fills		-0,1 (-0,1:-0,2)	0,104	-0,2 (-0,1:-0,3)	0,086
Núm. Necessitats CAN^b		-0,5 (-0,4:-0,6)	0,000	-0,5 (-0,4:-0,6)	0,000
Tipus necessitats^b	Basic	-0,2 (-0,1:-0,3)	0,028	-	-
	Social	-0,1 (0:-0,2)	0,316	-0,2 (-0,1:-0,3)	0,033
	Funcionament	-0,3 (-0,2:-0,4)	0,001	-0,2 (-0,1:-0,3)	0,040
	Salut	-0,6 (-0,5:-0,6)	0,000	-0,5 (-0,4:-0,6)	0,000
	Serveis	-0,2 (-0,1:-0,3)	0,037	-0,2 (-0,1:-0,3)	0,079

M: Mitjana; IC95%: Interval de Confiança del 95%; r: Coeficient de regressió lineal; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,1

^a Segons Manual DSM-IV; ^b Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R)

Les dones que presentaven millor CSM van ser: les que tenien educació secundària o batxillerat, $\bar{x}=40,9$; les laboralment actives, $\bar{x}=44,9$; les que tenien un nombre d'amics superior a 7, $\bar{x}=41,4$; les que tenien un Tr. Bipolar, $\bar{x}=41,1$; les que tenien un nombre total més baix de necessitats psicosocials, $r=-0,5$ i les que percebien que les relacions socials i activitats de temps lliure havien millorat o no havien canviat, $\bar{x}=43,9$. Per la seva banda, els homes que presentaven millor CSM van ser: els laboralment actius, $\bar{x}=45,9$; els que tenien un nombre d'amics superior a 7, $\bar{x}=42,7$; i els que tenien un nombre total més baix de necessitats psicosocials, $r=-0,4$. A més, també presentaven millor CSM, a diferència de les dones, els que vivien acompanyats $\bar{x}=39,0$ (taula 14).

Taula 14. Relació de les variables d'estudi amb el Component Sumari Mental (CSM) de la QVRS segons sexe

		Dones		Homes	
		M (IC95%)	sig.	M (IC95%)	sig.
Estat civil	Casat	35,9 (32,3:39,5)	0,652	37 (31,8:42,3)	0,809
	No casat (solter, separat vidu)	37 (33,8:40,2)		37,8 (34,3:41,2)	
Nivell estudis	Educació bàsica	32,7 (29,7:35,8)	0,003	35,6 (31,6:39,6)	0,121
	Educació secundària + batxillerat	40,9 (36,7:45,1)		40,4 (36,1:44,6)	
	Estudis universitaris	40,6 (34,7:46,5)		32,2 (23,7:40,7)	
Situació laboral	Actiu	44,9 (40,7:49)	0,000	45,9 (42:49,8)	0,000
	Atur (+ estudiants o ILT)	33,4 (30,8:36,1)		33,9 (30,5:37,2)	
Persones amb qui viu	Sol	37,5 (31,3:43,6)	0,743	31,5 (26:37)	0,034
	Acompanyat	36,3 (33,7:38,9)		39 (35,8:42,2)	
Núm. amics	0-3	31,4 (27,8:35)	0,002	33,2 (28,8:37,6)	0,017
	4-6	37,4 (32,9:41,9)		36,1 (31,4:40,8)	
	≥7	41,4 (37,5:45,3)		42,7 (37,7:47,6)	
Situació legal	No incapacitat	37,8 (34,9:40,8)	0,088	39 (35,7:42,3)	0,050
	Incapacitat	33,4 (29,3:37,4)		32,5 (27,2:37,8)	
Grau disminució	<33%	36,4 (33,4:39,4)	0,952	38 (34,4:41,6)	0,660
	>33%	36,6 (32,6:40,5)		36,6 (31,9:41,4)	
Grau invalidesa	Si	32,3 (28,8:35,7)	0,001	35,3 (30,9:39,6)	0,217
	No	39,9 (36,8:43)		38,9 (35,1:42,7)	
Prestació econòmica	Prestació	34 (31,2:36,7)	0,001	34,1 (30,9:37,3)	0,000
	No prestació	42,9 (38,8:47)		46,8 (42,5:51)	
Quantitat d'ingressos	<700	34,9 (30,9:38,9)	0,336	36 (31,2:40,7)	0,433
	>700	37,3 (34,3:40,3)		38,3 (34,7:41,9)	
Diagnòstic clínic (Eix I i II) ^a	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	38,9 (33,8:44)	0,003	39,2 (34,3:44,2)	0,449
	Tr. depressiu	33,1 (29,6:36,6)		36,2 (29,5:43)	
	Tr. bipolar I i II	41,1 (37,2:44,9)		39,3 (34,3:44,4)	
	Altres	28,9 (20,4:37,5)		33,3 (27:39,5)	
Comorbiditat (Eix III) ^a	No comorbiditat	39,1 (34,4:43,8)	0,135	35,8 (30,9:40,7)	0,349

		Dones		Homes	
		M (IC95%)	sig.	M (IC95%)	sig.
	Comorbiditat	35,2 (32,5:38)		38,5 (35:42,1)	
Conseqüències socials i activitats temps lliure	Si	33,6 (31:36,3)	0,000	34,3 (30,9:37,7)	0,001
	No	45 (40,8:49,3)		43,9 (39,5:48,4)	
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi	43,9 (40,4:47,4)	0,000	43,7 (39,9:47,4)	0,000
	Pitjor	30,5 (27,7:33,3)		32,8 (28,9:36,8)	
	NS/NC	40,7 (33:48,3)		30,1 (22:38,2)	
Possibilitats de futur	Si	38,4 (34,8:42)	0,134	37,1 (32,9:41,3)	0,767
	No	34,8 (31,6:38)		38 (34,1:41,8)	
Ajuda en el futur	Si	31,9 (29:34,7)	0,000	33,8 (30,3:37,4)	0,001
	No	46,2 (41,1:51,3)		48 (42:54)	
	NS/NC	38,1 (33,6:42,7)		37,2 (32,1:42,4)	
		r (IC95%)	sig.	r (IC95%)	sig.
Edat		0 (0:0,1)	0,755	-0,1 (0:-0,1)	0,607
Núm. Fills		-0,1 (-0,1:-0,2)	0,131	0 (0:0)	0,974
Núm. Necessitats CAN^b		-0,5 (-0,4:-0,6)	0,000	-0,4 (-0,3:-0,5)	0,000
Tipus necessitats^b	Basic	-0,2 (-0,1:-0,3)	0,019	-	-
	Social	-0,2 (-0,2:-0,3)	0,005	-0,3 (-0,2:-0,4)	0,009
	Funcionament	-0,3 (-0,3:-0,4)	0,000	-0,2 (-0,1:-0,3)	0,116
	Salut	-0,5 (-0,4:-0,5)	0,000	-0,4 (-0,3:-0,5)	0,000
	Serveis	-0,1 (-0,1:-0,2)	0,197	0,1 (0:0,1)	0,550

M: Mitjana; IC95%: Interval de Confiança del 95%; r: Coeficient de regressió lineal; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,1

^a. Segons Manual DSM-IV; ^b. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R)

Les variables explicatives d'una millor puntuació del CSF de la QVRS de les dones van ser: estar laboralment activa [$\beta_a=4,2$ (IC95%: 0,3;8,2)], tenir una quantitat d'ingressos econòmics mensuals superiors a 700€ [$\beta_a=4,4$ (IC95%: 1;7,7)] i no tenir comorbiditat [$\beta_a=4,5$ (IC95%: 1,1;7,9)]. En canvi, tenir una edat més avançada [$\beta_a=-0,2$ (IC95%: -0,4;0)] i un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àrea de salut [$\beta_a=-4,4$ (IC95%: -6,2;-2,6)] també apareixien com a variables explicatives, però de l'empitjorament del CSF de la QVRS. Per la seva banda, en els homes les variables explicatives d'una millor puntuació del CSF de la QVRS van ser: tenir estudis universitaris [$\beta_a=6,1$ (IC95%: 0,4;11,7)], no comorbiditat [$\beta_a=4,2$ (IC95%: 0,7;7,7)], tal i com s'observava també en les dones, i pensar que no necessitarien ajuda en un futur [$\beta_a=4,6$ (IC95%: 0,1;9,2)]. En canvi, tenir un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àrea de serveis [$\beta_a=-6,6$ (IC95%: -11,1;-2,0)] i de salut [$\beta_a=-5,6$

5. RESULTATS

(IC95%: -7,7;-3,6)], aquesta darrera també s'observava en les dones, apareixien com a variables explicatives, però de l'empitjorament del CSF de la QVRS (taula 15).

Taula 15. Variables explicatives del Component Sumari Físic de la QVRS segons sexe

DONES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Situació laboral	Actiu vs Atur	10,4 (6,3:14,6)	0,000	4,2 (0,3:8,2)	0,034
Quantitat d'ingressos	>700€ vs <700€	6,7 (2,8:10,6)	0,001	4,4 (1:7,7)	0,011
Comorbiditat (Eix III)^a	No comorbiditat vs Comorbiditat	7,7 (3,6:11,7)	0,000	4,5 (1,1:7,9)	0,010
Edat		-0,4 (-0,6:-0,2)	0,000	-0,2 (-0,4:0)	0,012
Tipus necessitats^b	Salut	-6,5 (-8,2:-4,8)	0,000	-4,4 (-6,2:-2,6)	0,000
HOMES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Nivell estudis	Ed. secundària + batxillerat vs Ed. bàsica	0,3 (-4:4,6)	0,891	-3 (-6,6:0,6)	0,106
	Ed. universitària vs Ed. bàsica	6,3 (-0,6:13,2)	0,072	6,1 (0,4:11,7)	0,036
Comorbiditat (Eix III)^a	No comorbiditat vs Comorbiditat	4,3 (0,1:8,4)	0,044	4,2 (0,7:7,7)	0,018
Ajuda en el futur	No vs Si	8,3 (3:13,5)	0,002	4,6 (0,1:9,2)	0,047
	NS/NC vs Si	3,8 (-0,7:8,4)	0,098	-1,3 (-5,4:2,8)	0,530
Tipus necessitats^b	Salut	-5,3 (-7,4:-3,3)	0,000	-5,6 (-7,7:-3,6)	0,000
	Serveis	-4,9 (-10,3:0,6)	0,079	-6,6 (-11,1:-2)	0,005

Coef. Cru: Coeficient Cru; Coef. Ajustat: Coeficient Ajustat; IC95%: Interval de Confiança del 95%; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

^a. Segons Manual DSM-IV; ^b. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R)

Les variables explicatives d'una millor puntuació del CSM de la QVRS de les dones van ser: estar laboralment activa [$\beta_a=6,1$ (IC95%: 1,5;10,7)], tenir un nombre d'amics igual o superior a 7 [$\beta_a=6,6$ (IC95%: 2,1;11,1)], percebre que les relacions socials i les activitats del temps lliure no havien canviat o havien millorat [$\beta_a=8,6$ (IC95%: 4,4;12,8)]. En canvi, tenir un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àrea de salut [$\beta_a=-3,9$ (IC95%: -6;-1,8)] també apareixia com a variable explicativa, però de l'empitjorament del CSM de la QVRS. Per la seva banda, en els homes les variables explicatives d'una millor puntuació del CSM de la QVRS van ser: percebre que les relacions socials i les activitats del temps lliure no havien canviat o havien millorat [$\beta_a=6,8$ (IC95%: 1,4;12,1)], tal i com s'observava també en les dones, i no tenir una prestació econòmica [$\beta_a=8,5$ (IC95%: 3,2;13,8)]. En canvi, viure sol [$\beta_a=-7,1$ (IC95%: -12,7;-1,4)] i tenir un nombre total elevat de necessitats psicosocials [$\beta_a=-3,6$ (IC95%: -7,1;-0,2)], un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àrea social [$\beta_a=-7,7$

(IC95%: -2,0;-13,4)] i de salut [β_a =-8,1 (IC95%: -3,6;-12,6)], aquesta darrera també s'observava en les dones, apareixien com a variables explicatives, però de l'empitjorament del CSM de la QVRS (taula 16).

Taula 16. Variables explicatives del Component Sumari Mental de la QVRS segons sexe

DONES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Situació laboral	Actiu vs Atur	11,4 (6,4:16,5)	0,000	6,1 (1,5:10,7)	0,010
Núm. amics	4-6 vs 0-3	6 (0,3:11,7)	0,039	4,2 (-0,6:8,9)	0,083
	≥7 vs 0-3	10 (4,6:15,4)	0,000	6,6 (2,1:11,1)	0,005
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi vs Pitjor	13,5 (9:17,9)	0,000	8,6 (4,4:12,8)	0,000
	NS/NC vs Pitjor	10,2 (1,1:19,3)	0,028	9,8 (1,8:17,9)	0,017
Tipus necessitats^a	Salut	-6,5 (-8,7:-4,4)	0,000	-3,9 (-6:-1,8)	0,000
HOMES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Persones amb qui viu	Sol vs Acompanyat	-7,5 (-14,4:-0,6)	0,034	-7,1 (-12,7:-1,4)	0,015
Prestació econòmica	No prestació vs Prestació	12,6 (6,8:18,5)	0,000	8,5 (3,2:13,8)	0,002
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi vs Pitjor	10,8 (5,4:16,3)	0,000	6,8 (1,4:12,1)	0,013
	NS/NC vs Pitjor	-2,7 (-11,8:6,4)	0,554	-5,6 (-13,5:2,3)	0,162
CAN-R^a	Total	-3 (-4,7:-1,4)	0,000	-3,6 (-7,1:-0,2)	0,041
Tipus necessitats^a	Social	-5,2 (-9,1:-1,3)	0,009	-7,7 (-13,4:-2)	0,009
	Salut	-5,6 (-8,6:-2,6)	0,000	-8,1 (-12,6:-3,6)	0,001

Coef. Cru: Coeficient Cru; Coef. Ajustat: Coeficient Ajustat; IC95%: Interval de Confiança del 95%; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

^a. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R)

5.3. Factors facilitadors de la millora de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe en el període d'estudi

5.3.1. Perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i d'autopercepció de les persones que van seguir i les quines van abandonar

De les 223 persones que van iniciar l'estudi el 2009, van seguir el 85,2% el 2014, 5 anys després. D'aquestes 190 persones, 119 (62,6%) eren dones i 71 (37,4%) homes. A continuació, i abans de descriure com han evolucionat els perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i l'autopercepció d'aquestes persones en el període 2009-14, es revisarà si existien diferències estadísticament significatives entre la mostra que va seguir participant en l'estudi longitudinal i aquelles persones

5. RESULTATS

que no ho van fer. Només es van observar diferències estadísticament significatives amb el sexe: van abandonar un percentatge més elevat d'homes que de dones (57,6% respecte 42,4%), fet que no coincideix amb la distribució dels que van seguir (37,4% homes i 62,6% dones); amb l'estat civil, van abandonar un percentatge més elevat de no casats, un 85%, fet que no coincideix amb la distribució de les persones que van seguir, un 51,6% no estaven casades; i amb el diagnòstic clínic, les persones amb diagnòstic d'esquizofrènia van ser les que van presentar un percentatge més elevat d'abandonaments (36,4%), fet que no coincideix amb la distribució de la mostra de seguiment (21,2%). La puntuació dels components sumatoris de la QVRS (físic i mental) no va presentar diferències estadísticament significatives en ambdós grups (taula 17).

Taula 17. Distribució de les variables de les persones que van abandonar i les que van seguir

		Abandonaments		Seguiments		sig.
		n	%	n	%	
Sexe	Dona	14	42,4	119	62,6	0,029
	Home	19	57,6	71	37,4	
Estat civil	Casat	5	15,2	92	48,4	0,000
	No casat (solter, separat vidu)	28	84,9	98	51,6	
Nivell estudis	Educació bàsica	16	48,5	93	49,0	0,150
	Educació secundària + batxillerat	16	48,5	70	36,8	
	Estudis universitaris	1	3,0	27	14,2	
Situació laboral	Actiu	8	24,2	54	28,4	0,621
	Atur (+ estudiants o ILT)	25	75,8	136	71,6	
Persones amb qui viu	Sol	9	27,3	27	14,2	0,060
	Acompanyat	24	72,7	163	85,8	
Núm. amics	0-3	8	24,2	72	37,9	0,246
	4-6	10	30,3	56	29,5	
	≥7	15	45,5	62	32,6	
Situació legal	No incapacitat	26	78,8	135	71,1	0,360
	Incapacitat	7	21,2	55	29,0	
Grau disminució	<33%	21	63,6	132	69,5	0,505
	>33%	12	36,4	58	30,5	
Grau invalidesa	Si	10	30,3	85	44,7	0,122
	No	23	69,7	105	55,3	
Prestació econòmica	Prestació	26	78,8	136	71,6	0,391
	No prestació	7	21,2	54	28,4	
Quantitat d'ingressos	<700	16	48,5	64	33,7	0,102

		Abandonaments		Seguiments		sig.
		n	%	n	%	
	>700	17	51,5	126	66,3	
Diagnòstic clínic (Eix I i II)^a	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	12	36,4	40	21,1	0,009
	Tr. depressiu	5	15,2	62	32,6	
	Tr. bipolar I i II	7	21,2	65	34,2	
	Altres	9	27,3	23	12,1	
Comorbiditat (Eix III)^a	No comorbiditat	13	39,4	63	33,2	0,485
	Comorbiditat	20	60,6	127	66,8	
Conseqüències socials i activitats temps lliure	Si	23	69,7	137	72,1	0,777
	No	10	30,3	53	27,9	
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi	17	51,5	77	40,5	0,358
	Pitjor	15	45,5	97	51,1	
	NS/NC	1	3,0	16	8,4	
Possibilitats de futur	Si	16	48,5	94	49,5	0,916
	No	17	51,5	96	50,5	
Ajuda en el futur	Si	15	45,5	104	54,7	0,610
	No	8	24,2	37	19,5	
	NS/NC	10	30,3	49	25,8	
		M	DE	M	DE	sig.
Edat		41,4	10,7	43,8	10,2	0,218
Núm. Fills		0,9	1,5	1,2	1,2	0,223
Núm. Necessitats CAN^b		2,9	2,0	2,8	1,8	0,696
Tipus necessitats^b	Basic	0,0	0,0	0,0	0,2	0,348
	Social	0,4	0,6	0,4	0,7	0,565
	Funcionament	0,3	0,6	0,3	0,6	0,805
	Salut	1,9	1,1	1,8	0,9	0,490
	Serveis	0,3	0,5	0,2	0,4	0,098
SF-36^c	CSF	45,3	11,7	46,5	10,9	0,554
	CSM	37,9	15,6	36,7	13,4	0,637

M: Mitjana; DE: Desviació estàndar; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

^a. Segons Manual DSM-IV; ^b. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R); ^c. Qüestionari de Qualitat de vida SF-36

5.3.2. Perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i d'autopercepció de les persones que van seguir segons sexe

L'any 2014, com ja s'ha dit anteriorment, la mostra final va ser de 190 persones, 119 dones i 71 homes. La mitjana d'edat entre dones i homes va seguir presentant diferències estadísticament significatives, les dones tenien $50,3 \pm 9,4$ anys de mitjana i els homes $46,6 \pm 11$ anys. Un 52,1% de les dones referien estar casades amb 1,4 fills de mitjana, respecte un 33,8% dels homes amb 0,9 fills de mitjana, diferències estadísticament significatives. Els diagnòstics clínics més prevalents entre les dones van ser el trastorn depressiu i el trastorn bipolar (38,7%) i entre els homes el trastorn depressiu i l'esquizofrènia (31% i 29,6%, respectivament), diferències estadísticament significatives segons sexe. La resta de variables van presentar distribucions similars entre dones i homes i les més destacades van ser: situació laboral, més d'un 70% de les persones referia estar a l'atur; més del 85% no tenien cap tipus d'incapacitat legal però sí que al voltant del 50% tenien algun grau d'invalidesa i entre un 65-70% rebien alguna prestació econòmica. A més, al voltant del 60% referia tenir algun tipus de comorbiditat i un 70% percebia que les seves relacions socials i les activitats de temps d'oci havien empitjorat com a conseqüència del seu trastorn mental. La mitjana total de necessitats psicosocials autopercebudes es va observar al voltant del 3, majoritàriament necessitats considerades de l'àrea de la salut (2,4 de mitjana). Finalment, el component sumari de la QVRS que va obtenir millors puntuacions va ser el CSF, amb 48 punts de mitjana, mentre que el CSM va obtenir una puntuació mitjana de 42,5 punts (taula 18).

Taula 18. Característiques de la mostra de seguiment segons sexe

		Dones	Homes	sig.
		n (%)	n (%)	
Estat civil	Casat	62 (52,1)	24 (33,8)	0,014
	No casat (solter, separat vidu)	57 (47,9)	47 (66,2)	
Nivell estudis	Educació bàsica	58 (48,7)	28 (39,4)	0,230
	Educació secundària + batxillerat	42 (35,3)	34 (47,9)	
	Estudis universitaris	19 (16)	9 (12,7)	
Situació laboral	Actiu	34 (28,6)	19 (26,8)	0,788
	Atur (+ estudiants o ILT)	85 (71,4)	52 (73,2)	
Persones amb qui viu	Sol	17 (14,3)	16 (22,5)	0,146
	Acompanyat	102 (58,7)	55 (77,5)	
Núm. amics	0-3	60 (50,4)	39 (54,9)	0,259
	4-6	25 (21)	19 (26,8)	
	≥7	34 (28,6)	13 (18,3)	

		Dones	Homes	sig.
		n (%)	n (%)	
Situació legal	No incapacitat	111 (93,3)	62 (87,3)	0,164
	Incapacitat	8 (6,7)	9 (12,7)	
Grau disminució	<33%	69 (58)	37 (52,1)	0,431
	>33%	50 (42)	34 (47,9)	
Grau invalidesa	Si	58 (48,7)	37 (52,1)	0,653
	No	61 (51,3)	34 (47,9)	
Prestació econòmica	Prestació	77 (64,7)	51 (71,8)	0,311
	No prestació	42 (35,3)	20 (28,2)	
Quantitat d'ingressos	<700	26 (21,9)	18 (25,4)	0,580
	>700	93 (78,2)	53 (74,7)	
Diagnòstic clínic (Eix I i II) ^a	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	18 (15,1)	21 (29,6)	0,040
	Tr. depressiu	46 (38,7)	22 (31)	
	Tr. bipolar I i II	46 (38,7)	19 (26,8)	
	Altres	9 (7,6)	9 (12,7)	
Comorbiditat (Eix III) ^a	No comorbiditat	48 (40,3)	30 (42,3)	0,795
	Comorbiditat	71 (59,7)	41 (57,8)	
Conseqüències socials i activitats temps lliure	Si	91 (76,5)	59 (83,1)	0,278
	No	28 (23,5)	12 (16,9)	
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi	35 (29,4)	17 (23,9)	0,436
	Pitjor	83 (69,8)	52 (73,2)	
	NS/NC	1 (0,8)	2 (2,8)	
Possibilitats de futur	Si	69 (58)	49 (69)	0,129
	No	50 (42)	22 (31)	
Ajuda en el futur	Si	66 (55,5)	36 (50,7)	0,458
	No	32 (26,9)	25 (35,2)	
	NS/NC	21 (17,7)	10 (14,1)	
		M (DE)	M (DE)	sig.
Edat		50,3 (9,4)	46,6 (11)	0,016
Núm. Fills		1,4 (1,2)	0,9 (1)	0,002
Núm. Necessitats CAN ^b		3,2 (2,6)	3,3 (2,6)	0,743
Tipus necessitats ^b	Basic	0,1 (0,2)	0,1 (0,3)	0,113
	Social	0,2 (0,5)	0,4 (0,6)	0,073
	Funcionament	0,5 (0,8)	0,5 (0,8)	0,874
	Salut	2,4 (1,1)	2,4 (1,1)	0,946

5. RESULTATS

		M (DE)	M (DE)	sig.
	Serveis	0,4 (0,6)	0,3 (0,5)	0,284
SF-36^c	Component Sumari Físic	46,8 (10,3)	49,5 (9,3)	0,071
	Component Sumari Mental	41,4 (9,8)	44,1 (9,2)	0,063

M: Mitjana; DE: Desviació estàndard; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

^a. Segons Manual DSM-IV; ^b. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R); ^c. Qüestionari de Qualitat de vida SF-36

5.3.3. Factors facilitadors de la millora de la QVRS segons sexe

En el període 2009-2014, la puntuació mitjana del CSF en les dones va millorar de manera significativa 1,6 punts i la dels homes ho va fer en 0,7 punts en el mateix període, però en aquest cas la millora no va ser significativa.

Les dones que van millorar significativament ($p < 0,1$) el CSF en el període d'estudi van ser aquelles que el 2009 referien: no estar casades (2,3 punts), tenir cap o 1 fill (2,8 punts), tenir estudis bàsics (2,1 punts), estar a l'atur (1,8 punts), no tenir cap incapacitat (2,6 punts), tenir un grau de disminució >33% (3,2 punts), no tenir cap tipus d'invalidesa (2,0 punts), tenir alguna prestació econòmica (1,7 punts) i cobrar menys de 700€ al mes (3,7 punts). A més, també van millorar les que al 2009 referien comorbiditat (2,6 punts), tenir un nombre total de necessitats psicosocials igual o superior a 4 (4,1 punts) i concretament aquelles que referien tenir alguna necessitat psicosocial alterada de l'àrea de funcionament i 2 o més de l'àrea de salut, 3,7 i 3,3 respectivament. Finalment, les dones que el 2009 deien que la malaltia havia tingut conseqüències socials i en les activitats de temps lliure van millorar 2,2 punts i les que es plantejaven possibilitats de futur també van millorar 2,4 punts (taula 18).

D'altra banda, en el cas dels homes només van millorar significativament ($p < 0,1$) el CSF en el període d'estudi aquells que el 2009 referien tenir de 4 a 6 amics (4,5 punts) i el que no tenien cap tipus d'invalidesa (2,5 punts) (taula 19).

En relació a la puntuació mitjana del CSM, en les dones va millorar significativament 4,6 punts i la dels homes també ho va fer significativament en 7,5 punts en el mateix període.

La majoria de les dones i homes van millorar significativament ($p < 0,1$) i de manera homogènia el CSM en el període d'estudi, però mentre que les dones que milloraven eren bàsicament les que el 2009 tenien un diagnòstic de trastorn depressiu (6 punts), els homes que milloraven van ser els que tenien esquizofrènia (9 punts), trastorn depressiu (7,7 punts) o trastorn bipolar (6,7 punts), per la qual cosa van millorar tots independentment del diagnòstic clínic (taula 20).

Taula 19. Relació de les variables d'estudi amb el Component Sumari Físic (CSF) de la QVRS segons sexe

		Dones					Homes				
		2009		2014		dif.	sig.	2009		2014	
		n	M (IC95%)	M (IC95%)	n			M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.
Estat civil	Casat	61	43,4 (40,5:46,2)	44,3 (41,6:47)	1,0	0,411	31	48,4 (44,8:51,9)	48,1 (44,6:51,5)	-0,3	0,859
	No casat (solter, separat vidu)	58	47,1 (44,1:50,2)	49,5 (47:52)	2,3	0,048	40	49,1 (46,1:52,2)	50,7 (47,8:53,6)	1,6	0,250
Nivell estudis	Educació bàsica	63	42,1 (39,5:44,8)	44,2 (41,7:46,7)	2,1	0,076	30	47,6 (44:51,2)	48,4 (44,9:51,9)	0,8	0,549
	Educació secundària + batxillerat	38	47,2 (43,2:51,2)	49,2 (45,9:52,5)	2,0	0,196	32	48,6 (44,9:52,3)	50,6 (47,3:53,8)	2,0	0,256
	Estudis universitaris	18	51,7 (46,2:57,2)	51 (45,7:56,3)	-0,7	0,679	9	53,4 (49,9:56,9)	49,7 (41,3:58)	-3,8	0,299
Situació laboral	Actiu	33	52,3 (49,4:55,3)	53,6 (50,7:56,4)	1,2	0,347	21	50,7 (46,7:54,7)	52,4 (48,5:56,3)	1,7	0,341
	Atur (+ estudiants o ILT)	86	42,5 (40:44,9)	44,2 (42,1:46,4)	1,8	0,084	50	48 (45,3:50,8)	48,4 (45,7:51)	0,4	0,791
Persones amb qui viu	Sol	15	46,8 (39,8:53,8)	50,3 (45,3:55,3)	3,5	0,103	12	44,8 (37,8:51,9)	43,7 (37,1:50,2)	-1,2	0,727
	Acompanyat	104	45 (42,7:47,2)	46,3 (44,3:48,4)	1,4	0,127	59	49,6 (47,3:52)	50,7 (48,5:53)	1,1	0,299
Núm. amics	0-3	45	44 (40,6:47,4)	44,8 (41,4:48,2)	0,8	0,553	27	48,8 (45,2:52,5)	47 (43,2:50,8)	-1,8	0,266
	4-6	36	44,9 (40,5:49,2)	46,8 (43,3:50,4)	1,9	0,194	20	48,4 (43,5:53,3)	53 (48,5:57,4)	4,5	0,060
	≥7	38	47 (43,4:50,5)	49,3 (46,5:52)	2,3	0,116	24	49,1 (45,1:53,1)	49,6 (46,1:53,1)	0,5	0,756
Situació legal	No incapacitat	82	46,6 (43,9:49,2)	49,2 (47:51,3)	2,6	0,009	53	48,6 (46:51,2)	50 (47,3:52,7)	1,4	0,246
	Incapacitat	37	42,2 (38,9:45,5)	41,6 (38,3:44,9)	-0,6	0,701	18	49,4 (44,5:54,2)	48,3 (44,1:52,4)	-1,1	0,645
Grau disminució	<33%	85	47 (44,6:49,4)	48 (45,7:50,3)	1,0	0,263	47	48,8 (46,2:51,5)	50,4 (47,6:53,3)	1,6	0,191
	>33%	34	40,7 (36,8:44,7)	43,9 (40,7:47,1)	3,2	0,083	24	48,7 (44,2:53,2)	47,8 (44,3:51,3)	-0,9	0,646
Grau invalidesa	Si	55	41 (38,1:44)	42,2 (39,7:44,7)	1,2	0,385	30	47,3 (43,5:51,1)	45,6 (42,5:48,8)	-1,7	0,295

		Dones					Homes				
		2009		2014		dif.	sig.	2009		2014	
		n	M (IC95%)	M (IC95%)	n			M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.
	No	64	48,8 (46:51,5)	50,8 (48,4:53,2)	2,0	0,046	41	49,9 (47,1:52,7)	52,4 (49,6:55,3)	2,5	0,069
Prestació econòmica	Prestació	84	42,7 (40,2:45,2)	44,5 (42,3:46,6)	1,7	0,099	52	48 (45,4:50,7)	48,3 (45,8:50,9)	0,3	0,797
	No prestació	35	51,2 (47,9:54,4)	52,5 (49,5:55,6)	1,4	0,272	19	51 (46,5:55,4)	52,8 (48,5:57,1)	1,9	0,330
Quantitat d'ingressos	<700	42	40,8 (37,5:44)	44,5 (41:47,9)	3,7	0,008	22	47,7 (43,5:51,8)	49,7 (45,9:53,6)	2,1	0,228
	>700	77	47,6 (45:50,2)	48,1 (45,9:50,3)	0,5	0,624	49	49,3 (46,6:52,1)	49,5 (46,7:52,3)	0,2	0,910
Diagnòstic clínic (Eix I i II)^a	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	19	46,2 (39,7:52,7)	49,3 (44,7:53,9)	3,2	0,254	21	49,6 (45,3:53,9)	51,1 (47,9:54,4)	1,5	0,394
	Tr. depressiu	44	41,2 (37,9:44,4)	42,1 (38,8:45,4)	1,0	0,484	18	45,1 (39:51,2)	45,2 (39,2:51,2)	0,1	0,962
	Tr. bipolar I i II	45	49,3 (46,2:52,5)	50,4 (47,8:53)	1,1	0,382	20	49,9 (46,7:53,1)	49,4 (46,1:52,7)	-0,5	0,738
	Altres	11	42,8 (35,8:49,8)	46,8 (39,9:53,8)	4,0	0,066	12	51,1 (45,9:56,4)	53,5 (47,2:59,8)	2,4	0,457
Comorbiditat (Eix III)^a	No comorbiditat	38	50,2 (46,5:53,8)	49,7 (46,8:52,7)	-0,4	0,784	25	51,5 (48,5:54,6)	50,8 (47:54,6)	-0,7	0,716
	Comorbiditat	81	42,9 (40,4:45,3)	45,5 (43,1:47,8)	2,6	0,007	46	47,3 (44,3:50,4)	48,9 (46,1:51,7)	1,5	0,204
Conseqüències socials i activitats temps lliure	Si	89	43 (40,6:45,5)	45,2 (43:47,4)	2,2	0,032	48	47,8 (44,8:50,7)	48,7 (46:51,4)	0,9	0,491
	No	30	51,6 (48,4:54,8)	51,6 (48,5:54,8)	0,2	0,989	23	51 (47,7:54,2)	51,3 (47,1:55,5)	0,3	0,842
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi	46	50,4 (47,8:52,9)	51,1 (48,5:53,7)	0,7	0,510	31	53 (50,1:55,9)	52,8 (49,9:55,7)	-0,2	0,889
	Pitjor	65	41,7 (38,7:44,7)	43,6 (41:46,2)	1,9	0,110	32	45,3 (41,8:48,8)	47,1 (43,3:50,9)	1,8	0,292
	NS/NC	8	43,9 (34,5:53,4)	48,4 (41,2:55,6)	4,4	0,307	8	46,6 (39:54,1)	46,9 (41,6:52,2)	0,3	0,930

		Dones					Homes				
		2009		2014		dif.	sig.	2009		2014	
		n	M (IC95%)	M (IC95%)	n			M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.
Possibilitats de futur	Si	57	48,2 (45,2:51,1)	50,6 (48,3:52,9)	2,4	0,056	37	49,7 (46,5:52,9)	50,5 (47,2:53,8)	0,8	0,600
	No	62	42,5 (39,6:45,4)	43,4 (40,7:46,1)	0,9	0,395	34	47,8 (44,5:51,1)	48,5 (45,4:51,6)	0,7	0,645
Ajuda en el futur	Si	65	41,8 (38,8:44,7)	43,6 (41:46,2)	1,9	0,114	39	46,3 (43:49,7)	46,9 (43,9:50)	0,6	0,690
	No	25	51,6 (47,9:55,3)	54,2 (51,8:56,6)	2,6	0,104	12	55 (50,9:59,1)	52,8 (47,8:57,7)	-2,2	0,250
	NS/NC	29	47,4 (43,7:51,1)	47,7 (44:51,3)	0,3	0,855	20	49,9 (46,5:53,4)	52,8 (48,6:56,9)	2,8	0,191
Edat (anys)	19-39	29	51,1 (47,6:54,8)	52,7 (49,7:55,6)	1,6	0,211	39	51,4 (48,9:53,9)	52,4 (49,8:54,9)	0,9	0,438
	40-61	90	43,3 (40,9:45,8)	45 (42,8:47,1)	1,6	0,105	32	45,6 (41,8:49,4)	46,1 (42,5:49,7)	0,5	0,788
Núm. Fills	0	33	47,7 (44,1:51,4)	50,5 (47,7:53,4)	2,8	0,082	37	49,9 (46,9:52,9)	50,8 (48,1:53,5)	0,9	0,493
	1	37	45,8 (41,9:49,7)	48,6 (45,5:51,8)	2,8	0,066	14	49,9 (45,4:54,5)	51,1 (46,7:55,4)	1,1	0,658
	≥2	49	43 (39,6:46,5)	43 (39,8:46,2)	-0,1	0,957	20	46,1 (40,8:51,3)	46,2 (40,7:51,7)	0,1	0,951
Núm. Necessitats CAN^b	1	33	54,4 (51,9:57)	53,4 (50,9:55,9)	-1,1	0,412	18	53,6 (50,5:56,7)	55,7 (52,5:59)	2,1	0,212
	2 a 3	54	43,9 (40,9:46,9)	45,7 (42,9:48,4)	1,8	0,174	35	49,1 (45,8:52,5)	48 (45,1:50,9)	-1,2	0,398
	≥4	32	37,9 (34,2:41,5)	42 (38,2:45,8)	4,1	0,013	18	43,4 (38,8:47,9)	46,4 (41:51,9)	3,1	0,264
Núm. Necessitats segons Dimensions CAN^b											
Bàsiques	0	114	45,7 (43,6:47,8)	47,2 (45,3:49,2)	1,5	0,075	71	48,8 (46,6:51,1)	49,5 (47,3:41,8)	0,7	0,482
	1	5	33,5 (23,2:43,8)	37,6 (30,9:44,3)	4,1	0,149	0	-	-	-	-
Socials	0	81	46 (43,5:48,5)	45,4 (42,1:48,8)	1,5	0,159	45	50,3 (47,6:53)	51,3 (48,7:53,9)	1,0	0,376
	≥1	38	43,5 (39,6:47,4)	45,4 (42,1:48,8)	2,0	0,141	26	46,3 (42,3:50,3)	46,6 (42,5:50,6)	0,3	0,897
Funcionament	0	90	47,5 (45,1:49,9)	48,5 (46,3:50,6)	1,0	0,266	48	49,5 (46,8:52,3)	51,2 (48,5:53,8)	1,6	0,166

		Dones					Homes				
		2009		2014		2009		2014			
		n	M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.	n	M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.
	≥1	29	38,1 (34,6:41,5)	41,8 (38,1:45,4)	3,7	0,074	23	47,3 (43,3:51,3)	46,2 (42,3:50,1)	-1,1	0,616
Salut	1	51	52,9 (50,4:55,4)	52,4 (50,3:54,5)	-0,5	0,653	36	52,6 (50,4:54,8)	53,2 (50,7:55,7)	0,6	0,652
	≥2	68	39,4 (37:41,8)	42,7 (40,2:45,2)	3,3	0,004	35	44,9 (41,3:48,5)	45,8 (42,5:49,4)	0,9	0,596
Serveis	0	95	46 (43,7:48,3)	47,3 (45,2:49,4)	1,3	0,143	61	49,5 (47,1:52)	49,6 (47,1:52)	0,0	0,990
	≥1	24	42,1 (36,7:47,5)	45 (40,4:49,6)	2,9	0,170	10	44,3 (37,9:50,7)	49,5 (43,1:55,9)	5,2	0,105

M: Mitjana; IC95%: Interval de Confiança del 95%; NS: No ho sap; NC: No contesta; dif.: diferència mitjana QVRS 2014-2009; sig.: Nivell de significació estadística <0,1

^a. Segons Manual DSM-IV; ^b. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R)

Taula 20. Relació de les variables d'estudi amb el Component Sumari Mental (CSM) de la QVRS segons sexe

		Dones					Homes				
		2009		2014		dif.	sig.	2009		2014	
		n	M (IC95%)	M (IC95%)	n			M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.
Estat civil	Casat	61	36,3 (32,7:39,9)	41,2 (38,7:43,6)	4,9	0,004	31	36,3 (31,1:41,5)	43,2 (39,7:46,8)	6,9	0,001
	No casat (solter, separat vidu)	58	37,3 (34:40,6)	41,7 (39:44,3)	4,4	0,006	40	36,8 (32,5:41)	44,8 (41,9:47,6)	8,0	0,001
Nivell estudis	Educació bàsica	63	33 (29,9:36)	40,3 (37,9:42,7)	7,4	0,000	30	34,9 (30,5:39,3)	43,8 (40,7:47)	9,0	0,000
	Educació secundària + batxillerat	38	41,2 (36,6:45,8)	41,3 (38:44,6)	0,8	0,959	32	39,3 (34:44,6)	45,2 (41,5:48,9)	5,9	0,014
	Estudis universitaris	18	40,6 (34,3:46,9)	45,4 (40,8:50)	4,8	0,071	9	32,6 (21,6:43,5)	41 (34,5:47,5)	8,4	0,158
Situació laboral	Actiu	33	44,3 (40:48,7)	45,2 (41,9:48,6)	0,9	0,687	21	46 (41,7:50,3)	48,1 (44,8:51,4)	2,1	0,374
	Atur (+ estudiants o ILT)	86	33,9 (31,1:36,6)	39,9 (37,9:42)	6,1	0,000	50	32,6 (28,9:36,3)	42,4 (39,7:45,1)	9,8	0,000
Persones amb qui viu	Sol	15	37 (30,6:43,4)	41,1 (35,1:47)	4,1	0,037	12	29,8 (22,2:37,4)	40,8 (35,3:46,3)	11,0	0,041
	Acompanyat	104	36,7 (34,1:39,4)	41,5 (39,6:43,3)	4,7	0,000	59	38 (34,4:41,5)	44,7 (42,3:47,2)	6,8	0,000
Núm. amics	0-3	45	32,5 (28,9:36,2)	39,6 (37,1:42,1)	7,0	0,000	27	32,9 (28,1:37,6)	41,8 (38,2:45,4)	8,9	0,000
	4-6	36	38 (33,4:42,6)	40,2 (36,5:43,9)	2,3	0,315	20	35,1 (28,6:41,6)	42,6 (37,6:47,6)	7,5	0,020
	≥7	38	40,6 (36,2:45)	44,7 (41,5:47,8)	4,1	0,029	24	42 (36,2:47,8)	47,9 (44,9:50,9)	5,9	0,050
Situació legal	No incapacitat	82	38,4 (35,4:41,3)	42,5 (40,4:44,6)	4,1	0,005	53	38,2 (34,4:42)	44,7 (42,2:47,1)	6,5	0,000
	Incapacitat	37	33,2 (29,1:37,3)	39 (35,7:42,3)	5,8	0,002	18	31,8 (25,7:37,9)	42,4 (37,3:47,5)	10,6	0,001
Grau disminució	<33%	85	37,2 (34,2:40,2)	42,3 (40,3:44,4)	5,1	0,000	47	36,8 (32,9:40,8)	44,3 (41,7:46,9)	7,4	0,000
	>33%	34	35,7 (31,6:39,8)	39,1 (35,5:42,7)	3,4	0,085	24	36,1 (30,1:42,1)	43,7 (39,5:47,9)	7,6	0,006

		Dones					Homes				
		2009		2014		dif.	sig.	2009		2014	
		n	M (IC95%)	M (IC95%)	n			M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.
Grau invalidesa	Si	55	32,7 (29,2:36,2)	38,9 (36,2:41,5)	6,1	0,000	30	34,7 (29,8:39,6)	42,2 (38,7:45,7)	7,5	0,002
	No	64	40,2 (37:43,4)	43,6 (41,3:45,9)	3,4	0,035	41	37,9 (33,6:42,3)	45,5 (42,6:48,3)	7,5	0,000
Prestació econòmica	Prestació	84	34,3 (31,5:37,1)	40,2 (38:42,3)	5,8	0,000	52	33 (29,4:36,6)	42,4 (39,8:45)	9,4	0,000
	No prestació	35	42,6 (38,3:46,9)	44,4 (41,2:47,6)	1,8	0,410	19	46,4 (41,7:51,2)	48,7 (45,1:52,3)	2,2	0,388
Quantitat d'ingressos	<700	42	34,5 (30,6:38,4)	41,2 (38,4:44)	6,7	0,001	22	36,6 (30,4:42,8)	43,4 (39,3:47,4)	6,8	0,025
	>700	77	38 (34,9:41,1)	41,5 (39,2:43,9)	3,5	0,014	49	36,6 (32,7:40,4)	44,4 (41,7:47,1)	7,8	0,000
Diagnòstic clínic (Eix I i II)^a	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	19	38,7 (32,4:45,1)	41,5 (35,8:47,3)	2,8	0,376	21	37,3 (31,4:43,1)	46,3 (42,5:50,2)	9,0	0,009
	Tr. depressiu	44	32,8 (29,4:36,3)	38,8 (36,2:41,4)	6,0	0,001	18	34,1 (26,4:41,9)	41,8 (36,5:47,1)	7,7	0,005
	Tr. bipolar I i II	45	40,9 (36,9:44,9)	43,2 (40,2:46,1)	2,3	0,220	20	40,2 (34,6:45,9)	46,9 (43,8:50)	6,7	0,014
	Altres	11	32,2 (21,1:43,3)	44,3 (38,2:50,4)	12,0	0,002	12	32,9 (24,2:41,7)	38,8 (32,6:45,1)	5,9	0,139
Comorbiditat (Eix III)^a	No comorbiditat	38	39,1 (34,2:44)	44,5 (41,7:47,4)	5,5	0,014	25	34,3 (28,7:39,9)	44,8 (41,7:47,9)	10,5	0,001
	Comorbiditat	81	35,7 (32,9:38,4)	39,9 (37,7:42,1)	4,3	0,002	46	37,8 (33,8:41,8)	43,7 (40,7:46,7)	5,9	0,001
Conseqüències socials i activitats temps lliure	Si	89	33,9 (31,2:36,6)	39,3 (37,3:41,2)	5,3	0,000	48	33,5 (29,6:37,5)	43,8 (41,1:46,5)	10,2	0,000
	No	30	45,2 (41,1:49,3)	47,8 (44,5:51)	2,6	0,137	23	42,9 (37,9:47,9)	44,7 (40,7:48,8)	1,8	0,401
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi	46	44,3 (40,7:47,8)	45,9 (42,8:49)	1,6	0,332	31	42,9 (38,6:47,2)	47,7 (44,3:51)	4,7	0,037
	Pitjor	65	31 (28,1:33,9)	38,4 (36,5:40,4)	7,4	0,000	32	32,5 (27,7:37,3)	40,8 (37,5:44,1)	8,3	0,000

		Dones					Homes				
		2009		2014		2009		2014			
		n	M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.	n	M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.
	NS/NC	8	40,7 (31,6:49,8)	39,9 (30,8:49)	-0,8	0,784	8	28,3 (18,6:38,1)	43,3 (39,5:47)	14,9	0,019
Possibilitats de futur	Si	57	38,9 (35,2:42,6)	44,9 (42,5:47,3)	6,0	0,001	37	37,8 (32,8:42,9)	44 (40,9:47,1)	6,0	0,003
	No	62	34,8 (31,6:38)	38,2 (35,8:40,6)	3,4	0,022	34	35,2 (31,1:39,3)	44,1 (40,9:47,4)	8,9	0,000
Ajuda en el futur	Si	65	32,6 (29,6:35,6)	39,1 (36,9:41,4)	6,5	0,000	39	33,6 (29,5:37,7)	42,9 (39,9:45,9)	9,3	0,000
	No	25	46,5 (41,2:51,7)	46 (42,1:49,9)	-0,5	0,864	12	47,2 (39,3:55,2)	49,8 (44,7:55)	2,6	0,450
	NS/NC	29	37,7 (33:42,5)	42,6 (38,7:46,5)	4,8	0,022	20	36 (29,7:42,3)	42,9 (38,8:47)	6,9	0,030
Edat (anys)	19-39	29	37,3 (32,1:42,4)	43,4 (39,7:47,2)	6,2	0,018	39	37,7 (33:42,4)	45,6 (42,7:48,4)	7,9	0,001
	40-61	90	36,6 (33,8:39,4)	40,7 (38,7:42,8)	4,1	0,001	32	35,2 (30,8:39,7)	42,3 (38,8:45,8)	7,1	0,001
Núm. Fills	0	33	38,5 (33,4:43,6)	44 (40,5:47,4)	5,5	0,007	37	38,4 (34,1:42,7)	45 (42:48)	6,6	0,004
	1	37	39,8 (35,5:44,1)	42 (38,5:45,5)	2,2	0,284	14	31,3 (25:37,5)	42,7 (37,7:47,7)	11,5	0,001
	≥2	49	33,3 (29,7:36,9)	39,2 (36,7:41,8)	5,9	0,002	20	37 (29,5:44,4)	43,4 (38,6:48,1)	6,4	0,017
Núm. Necessitats CAN^b	1	33	45,1 (40,7:49,4)	47 (44,1:49,8)	1,9	0,224	18	42,8 (36,3:49,3)	47,7 (43,5:52)	4,9	0,023
	2 a 3	54	35,8 (32,2:39,4)	40,5 (37,8:43,3)	4,7	0,019	35	36,7 (32,2:41,3)	43,7 (40,8:46,7)	7,0	0,006
	≥4	32	29,8 (26,1:33,5)	37,1 (34,1:40,2)	7,3	0,001	18	30 (24,1:35,9)	41,1 (36:46,2)	11,1	0,000
Núm. Necessitats segons Dimensions CAN^b											
Bàsiques	0	114	37,4 (34,9:39,9)	41,8 (40:43,6)	4,4	0,000	71	36,6 (33,4:39,8)	44,1 (41,9:46,3)	7,5	0,000
	1	5	22,3 (17,1:27,4)	33 (25,1:40,9)	10,7	0,019	0	-	-	-	-
Socials	0	81	37,9 (34,8:41)	42,6 (40,3:44,9)	4,7	0,001	45	39,2 (35,2:43,3)	44,9 (42,5:47,4)	5,7	0,002
	≥1	38	34,3 (30,4:38,2)	38,8 (36,2:41,5)	4,6	0,033	26	32 (26,5:37)	42,6 (38,2:47)	10,6	0,000

		Dones					Homes				
		2009		2014		2009		2014			
		n	M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.	n	M (IC95%)	M (IC95%)	dif.	sig.
Funcionament	0	90	39 (36,2:41,8)	42,9 (40,9:44,9)	3,9	0,003	48	38,1 (33,9:42,3)	44,9 (42,2:47,5)	6,8	0,001
	≥1	29	29,8 (25,4:34,1)	36,6 (33,2:40)	6,9	0,006	23	33,4 (28,8:38,1)	42,4 (38,4:46,5)	9,0	0,000
Salut	1	51	42,6 (39:46,3)	44,1 (41,4:46,9)	1,5	0,367	36	39,8 (35,5:44,2)	47,1 (44,2:50)	7,3	0,001
	≥2	68	32,4 (29,5:35,2)	39,4 (37,1:41,6)	7,0	0,000	35	33,2 (28,6:37,9)	41 (37,9:44,1)	7,8	0,001
Serveis	0	95	37 (34,3:39,8)	42,4 (40,4:44,4)	5,3	0,000	61	36,2 (32,7:39,8)	43,5 (41,1:46)	7,3	0,000
	≥1	24	35,6 (30,3:40,9)	37,5 (33,6:41,4)	1,9	0,517	10	38,6 (30:47,3)	47,4 (43:51,8)	8,8	0,090

M: Mitjana; IC95%: Interval de Confiança del 95%; NS: No ho sap; NC: No contesta; Dif.: diferència mitjana QVRS 2014-2009; sig.: Nivell de significació estadística <0,1

^a. Segons Manual DSM-IV; ^b. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R)

Les variables del 2009 que van explicar la millora del CSF de la QVRS de les dones el 2014 van ser: tenir una puntuació basal elevada del component sumari físic [$\beta_a=0,5$ (IC95%: 0,4;0,6)], no tenir una incapacitat [$\beta_a=4,2$ (IC95%: 1,4;7,1)] i haver-se plantejat les possibilitats futures [$\beta_a=2,8$ (IC95%: 0;5,5)]. En canvi, tenir igual o més de 2 fills [$\beta_a=-4,5$ (IC95%: -7,7;-1,3)] també apareixia com a variable explicativa, però de l'empitjorament del CSF de la QVRS del període d'estudi. Per la seva banda, en els homes les variables explicatives de la millora del CSF de la QVRS del període d'estudi van ser: tenir una puntuació basal elevada del component sumari físic [$\beta_a=0,3$ (IC95%: 0,2;0,5)], tenir de 4 a 6 amics [$\beta_a=6$ (IC95%: 1,9;10,2)] i no tenir cap grau d'invalidesa [$\beta_a=5,8$ (IC95%: 2,3;9,3)]. A diferència de les dones, en els homes no hi havia cap variable explicativa de l'empitjorament del CSF (taula 21).

Taula 21. Model multivariat del Component Sumari Físic (CSF) segons sexe

DONES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Component Sumari Físic Basal^a		0,6 (0,5;0,7)	0,000	0,5 (0,4;0,6)	0,000
Situació legal	No incapacitat vs Incapacitat	7,6 (3,7;11,4)	0,000	4,2 (1,4;7,1)	0,004
Possibilitats futur	Si vs No	7,2 (3,6;10,7)	0,000	2,8 (0;5,5)	0,049
Nombre fills	1 vs 0	-1,9 (-6,6;2,8)	0,418	-1 (-4,4;2,3)	0,544
	≥2 vs 0	-7,6 (-12;-3,2)	0,001	-4,5 (-7,7;-1,3)	0,006
HOMES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Component Sumari Físic Basal^a		0,6 (0,4;0,7)	0,000	0,3 (0,2;0,5)	0,000
Nombre amics	4-6 vs 0-3	6 (0,6;7,7)	0,031	6 (1,9;10,2)	0,005
	≥7 vs 0-3	2,6 (-2,5;7,7)	0,318	0,9 (-3,1;4,9)	0,664
Grau invalidesa	No vs Si	6,8 (2,6;11)	0,002	5,8 (2,3;9,3)	0,002

Coef. Cru: Coeficient Cru; Coef. Ajustat: Coeficient Ajustat; IC95%: Interval de Confiança del 95%; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

^a. Qüestionari de Qualitat de vida SF-36

Les variables del 2009 que van explicar la millora del CSM de la QVRS de les dones el 2014 van ser: tenir una puntuació basal elevada del component sumari mental [$\beta_a=0,3$ (IC95%: 0,3;0,4)], tenir la percepció que la malaltia no havia portat conseqüències socials ni en les activitats del temps lliure [$\beta_a=4,1$ (IC95%: 0,5;7,7)] i haver-se plantejat les possibilitats futures [$\beta_a=5,2$ (IC95%: 2,3;8,1)]. En canvi, tenir un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àrea de serveis [$\beta_a=-4$ (IC95%: -7,6;-0,4)] també apareixia com a variable explicativa, però de l'empitjorament del CSM de la QVRS del període d'estudi. Per la seva banda, en els homes les variables explicatives de la millora del CSM de la QVRS del període d'estudi van ser: tenir una puntuació basal elevada del component sumari mental [$\beta_a=0,3$ (IC95%:

0,1;0,4)], tal i com s'observava també en les dones, i percebre que les relacions socials o del temps lliure no havien canviat o havien millorat [$\beta_a=5,6$ (IC95%: 0,9;10,3)]. En canvi, tenir la percepció que la malaltia no havia portat conseqüències socials ni en les activitats del temps lliure [$\beta_a=-5,5$ (IC95%: -10,1;-0,9)], a la inversa que les dones, i tenir un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àmbit de salut [$\beta_a=-3,8$ (IC95%: -7,6;0)], apareixien com a variables explicatives, però de l'empitjorament del CSM de la QVRS del període d'estudi (taula 22).

Taula 22. Model multivariat del Component Sumari Mental (CSM) segons sexe

DONES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Component Sumari Mental Basal^a		0,4 (0,2:0,5)	0,000	0,3 (0,2:0,4)	0,000
Conseqüències socials i activitats temps lliure	No vs Si	8,5 (4,7:12,3)	0,000	4,1 (0,5:7,7)	0,026
Possibilitats futur	Si vs No	6,7 (3,4:10)	0,000	5,2 (2,3:8,1)	0,001
CAN Serveis^b	≥1 vs 0	-4,9 (-9,2:-0,5)	0,028	-4 (-7,6:-0,4)	0,030
HOMES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Component Sumari Mental Basal^a		0,3 (0,2:0,5)	0,000	0,3 (0,1:0,4)	0,000
Conseqüències socials i activitats temps lliure	No vs Si	1 (-3,7:5,7)	0,682	-5,5 (-10,1:-0,9)	0,020
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi vs Pitjor	6,9 (2,5:11,3)	0,003	5,6 (0,9:10,3)	0,021
	NS/NC vs Pitjor	2,4 (-4,5:9,3)	0,483	3,4 (-2,7:9,4)	0,267
CAN Salut^b	≥2 vs <2	-6,1 (-10,2:-1,9)	0,005	-3,8 (-7,6:0)	0,047

Coef. Cru: Coeficient Cru; Coef. Ajustat: Coeficient Ajustat; IC95%: Interval de Confiança del 95%; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

^a. Qüestionari de Qualitat de vida SF-36; ^b. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R) Relació entre el sentit de coherència i la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe

5.4. Relació en el sentit de coherència i la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe

5.4.1. Descripció del sentit de coherència segons sexe

L'any 2014 la mitjana total de l'escala del sentit de coherència (SOC) es trobava al voltant de 60 punts, tant en dones com en homes. La subescala amb millor puntuació va ser la comprensibilitat, amb 21 punts de mitjana (taula 23).

Taula 23. Sentit de Coherència segons sexe

		Dones		Homes		sig.
		M (DE)		M (DE)		
SOC ^a	Comprensibilitat	21,3 (6)		21,6 (5,8)		0,768
	Manejabilitat	18,2 (5)		18,8 (5,1)		0,412
	Significativitat	18,4 (5,1)		19,2 (5,1)		0,294
	TOTAL	58 (13,6)		59,7 (13,2)		0,405

M: Mitjana; DE: Desviació estàndard; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

^a. Qüestionari del Sentit de Coherència

5.4.2. Relacions entre variables sociodemogràfiques, clíniques, funcionals i el sentit de coherència (SOC) i la QVRS segons sexe

L'any 2014 les dones que van presentar millor CSF van ser: les més joves, $r=-0,5$; les no casades, $\bar{x}=49,7$; les que tenien un nivell d'estudis més elevat, concretament estudis universitaris $\bar{x}=51$; les laboralment actives, $\bar{x}=55$; les que vivien soles $\bar{x}=51$; les que no tenien cap grau d'invalidesa $\bar{x}=51,4$; les que tenien un Tr. Bipolar, $\bar{x}=51$; les que no tenien comorbiditat, $\bar{x}=53,4$; les que tenien un CAN-R total més baix, $r=-2$; les que percebien que les relacions socials i activitats de temps lliure havien millorat o no havien canviat, $\bar{x}=54,1$; i les que tenien un SOC total més elevat $r=0,4$. Per la seva banda, els homes que igual que les dones van presentar millor CSF van ser: els més joves, $r=-0,4$; els laboralment actius, $\bar{x}=52,8$; els que no tenien cap grau d'invalidesa $\bar{x}=52,8$; els que no tenien comorbiditat física, $\bar{x}=54,8$; els que tenien un CAN-R total més baix, $r=-1,5$; els que percebien que les relacions socials i activitats de temps lliure havien millorat o no havien canviat, $\bar{x}=55,1$; i els que tenien un SOC total més elevat $r=0,3$ (taula 24).

Taula 24. Component Sumari Físic (CSF) de la QVRS segons sexe

		Dones		Homes	
		M (IC95%)	sig.	M (IC95%)	sig.
Estat civil	Casat	44,2 (41,4:46,9)	0,003	48,1 (43,9:52,4)	0,362
	No casat (solter, separat vidu)	49,7 (47,3:52,1)		50,3 (47,6:52,9)	
Nivell estudis	Educació bàsica	44,3 (41,6:46,9)	0,019	47,4 (44:50,7)	0,114
	Educació secundària + batxillerat	48,5 (45,4:51,6)		50 (46,7:53,3)	
	Estudis universitaris	51 (46,4:55,6)		54,7 (49,8:59,6)	

5. RESULTATS

		Dones		Homes	
		M (IC95%)	sig.	M (IC95%)	sig.
Situació laboral	Actiu	55 (52,9:57,1)	0,000	52,8 (48,8:56,9)	0,072
	Atur (+ estudiants o ILT)	43,6 (41,4:45,7)		48,3 (45,7:51)	
Persones amb qui viu	Sol	51 (46,5:55,5)	0,073	48,1 (42,2:53,9)	0,473
	Acompanyat	46,1 (44,1:48,2)		50 (47,6:52,4)	
Núm. amics	0-3	45 (42,4:47,6)	0,099	47,1 (44,2:50,1)	0,040
	4-6	47,4 (43,3:51,6)		51,5 (46,9:53,2)	
	≥7	49,7 (46,2:53,1)		53,9 (50,6:57,2)	
Situació legal	No incapacitat	46,5 (44,5:48,5)	0,213	49,2 (46,7:51,6)	0,382
	Incapacitat	51,3 (45,1:57,4)		52,1 (46,8:57,5)	
Grau disminució	<33%	48,2 (45,9:50,6)	0,086	50,9 (47,5:54,2)	0,218
	>33%	44,9 (41,8:48)		48,1 (45,2:51)	
Grau invalidesa	Si	42 (39,4:44,6)	0,000	46,5 (43,7:49,4)	0,004
	No	51,4 (49,2:53,6)		52,8 (49,6:56)	
Prestació econòmica	Prestació	43,4 (41,1:45,6)	0,000	48,3 (45,8:50,8)	0,070
	No prestació	53,2 (50,8:55,6)		52,8 (48,3:57,2)	
Quantitat d'ingressos	<700	45,4 (41,2:49,5)	0,422	51,5 (47,2:55,8)	0,309
	>700	47,2 (45,1:49,4)		48,9 (46,2:51,5)	
Diagnòstic clínic (Eix I i II) ^a	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	48,7 (44,3:53)	0,000	50,3 (47,4:53,2)	0,667
	Tr. depressiu	41,9 (38,6:45,1)		47,8 (42,4:53,1)	
	Tr. bipolar I i II	51 (48,7:53,4)		49,6 (46,3:52,9)	
	Altres	47 (40,9:53,1)		49,6 (46,3:52,9)	
Comorbiditat (Eix III) ^a	No comorbiditat	53,4 (51,4:55,4)	0,000	54,8 (51,9:57,7)	0,000
	Comorbiditat	42,4 (40,1:44,8)		45,7 (43:48,4)	
Conseqüències socials i activitats temps lliure	Si	44,5 (42,4:46,7)	0,000	48,8 (46,4:51,3)	0,162
	No	54,3 (51,9:56,7)		53 (47:59)	
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi	54,1 (51,9:56,4)	0,000	55,1 (51,5:58,8)	0,004
	Pitjor	43,7 (41,5:45,9)		47,4 (44,9:49,9)	
	NS/NC	-		58 (56:60)	
Possibilitats de futur	Si	49 (46,5:51,4)	0,008	51,8 (49,3:54,2)	0,002
	No	43,9 (41:46,7)		44,5 (40,4:48,7)	

		Dones		Homes	
		M (IC95%)	sig.	M (IC95%)	sig.
Ajuda en el futur	Si	42,6 (40,2:45,1)	0,000	44,7 (41,8:47,6)	0,000
	No	54,3 (52,4:56,2)		54,9 (51,8:58,1)	
	NS/NC	48,6 (44,4:52,9)		53,5 (50,5:56,5)	
		r (IC95%)	sig.	r (IC95%)	sig.
Estat		-0,5 (-0,6:-0,3)	0,000	-0,4 (-0,6:-0,2)	0,000
Núm. Fills		-3,1 (-4,5:-1,6)	0,000	-2 (-4,1:0,2)	0,073
Núm. Necessitats CAN^b		-2 (-2,6:-1,3)	0,000	-1,5 (-2,3:-0,8)	0,000
Típus necessitats^b	Basic	-9,7 (-18,1:-1,2)	0,025	-6,5 (-13,4:0,3)	0,062
	Social	-2,8 (-6,6:0,9)	0,138	-3,6 (-7,5:0,2)	0,066
	Funcionament	-4,4 (-6,5:-2,3)	0,000	-4,3 (-7:-1,7)	0,002
	Salut	-4 (-5,5:-2,5)	0,000	-2,9 (-4,8:-1)	0,003
	Serveis	-3,3 (-6,5:-0,1)	0,046	-4,6 (-9,1:-0,1)	0,043
SOC^c	Comprensibilitat	0,5 (0,2:0,8)	0,001	0,5 (0,1:0,8)	0,014
	Manejabilitat	0,9 (0,5:1,2)	0,000	0,8 (0,4:1,2)	0,000
	Significativitat	1 (0,6:1,3)	0,000	0,7 (0,3:1,1)	0,001
	TOTAL	0,4 (0,2:0,5)	0,000	0,3 (0,2:0,5)	0,000

M: Mitjana; IC95%: Interval de Confiança del 95%; r: Coeficient regressió lineal; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,1

^a. Segons Manual DSM-IV; ^b. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R); ^c. Qüestionari del Sentit de Coherència

L'any 2014 les dones que van presentar millor CSM van ser: les que tenien estudis universitaris, $\bar{x}=45,8$; les laboralment actives, $\bar{x}=46,8$; les que tenien menys nombre de fills, $r=-1,9$; les que tenien un nombre d'amics superior a 7, $\bar{x}=45,5$; les que no tenien cap grau d'invalidesa, $\bar{x}=44,2$; les que no tenien comorbiditat, $\bar{x}=44,8$; les que tenien un CAN-R total més baix, $r=-2,1$; les que percebien que les relacions socials i activitats de temps lliure han millorat o no han canviat, $\bar{x}=48,5$; i les que tenien un SOC total més elevat, $r=0,5$. Per la seva banda, els homes que igual que les dones van presentar millor CSM van ser: els laboralment actius, $\bar{x}=50,9$; els que tenien un nombre d'amics superior a 7, $\bar{x}=49,5$; els que no tenien cap grau d'invalidesa, $\bar{x}=47,4$; els que no tenien comorbiditat, $\bar{x}=47,2$; els que tenien un nombre total de necessitats psicosocials més baix, $r=-1,7$; i els que tenien un SOC total més elevat, $r=0,5$ (taula 25).

Taula 25. Component Sumari Mental (CSM) de la QVRS segons sexe

		Dones		Homes	
		M(IC95%)	sig.	M (IC95%)	sig.
Estat civil	Casat	40,9 (38,5:43,4)	0,588	42,7 (38,2:47,2)	0,373
	No casat (solter, separat vidu)	41,9 (39,2:44,6)		44,8 (42,3:47,3)	
Nivell estudis	Educació bàsica	39,6 (37:42,2)	0,051	43,1 (39,6:46,6)	0,684
	Educació secundària + batxillerat	41,9 (39,1:44,8)		44,4 (41,1:47,6)	
	Estudis universitaris	45,8 (41,6:50)		46,1 (40,6:51,6)	
Situació laboral	Actiu	46,8 (44:49,6)	0,000	50,9 (48:53,9)	0,000
	Atur (+ estudiants o ILT)	39,2 (37,2:41,3)		41,6 (39,1:44,1)	
Persones amb qui viu	Sol	42,4 (37,5:47,2)	0,667	43,6 (38:49,1)	0,799
	Acompanyat	41,2 (39,3:43,2)		44,2 (41,8:46,7)	
Núm. amics	0-3	37,6 (35,4:39,8)	0,000	41,7 (38,6:44,8)	0,022
	4-6	45 (41:48,9)		45,2 (41,5:49)	
	≥7	45,5 (42,5:48,6)		49,5 (45,6:53,5)	
Situació legal	No incapacitat	41,6 (39,8:43,4)	0,450	44,5 (42,1:46,8)	0,382
	Incapacitat	38,9 (28,8:49)		41,6 (35,4:47,7)	
Grau disminució	<33%	43 (40,6:45,4)	0,035	44,9 (41,9:47,9)	0,445
	>33%	39,2 (36,6:41,8)		43,2 (39,9:46,5)	
Grau invalidesa	Si	38,5 (35,8:41,1)	0,001	41,1 (38:44,1)	0,003
	No	44,2 (42:46,4)		47,4 (44,5:50,3)	
Prestació econòmica	Prestació	39,4 (37,1:41,6)	0,002	42,2 (39,6:44,8)	0,005
	No prestació	45,1 (42,6:47,7)		48,9 (45,4:52,4)	
Quantitat d'ingressos	<700	40 (37,2:42,8)	0,409	42,9 (37,6:48,3)	0,548
	>700	41,8 (39,6:43,9)		44,5 (42,1:46,9)	
Diagnòstic clínic (Eix I i II) ^a	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	40,9 (35,4:46,5)	0,181	46,6 (42,8:50,4)	0,095
	Tr. depressiu	39,2 (36,6:41,7)		41 (36,3:45,6)	
	Tr. bipolar I i II	43,5 (40,6:46,3)		46,4 (43,5:49,2)	
	Altres	43,3 (37,1:49,6)		41 (34,8:47,2)	
Comorbiditat (Eix III) ^a	No comorbiditat	44,8 (42,3:47,7)	0,001	47,2 (44,4:49,9)	0,015
	Comorbiditat	39,1 (36,8:41,4)		41,8 (38,7:44,9)	
Conseqüències socials i activitats temps lliure	Si	39 (37,1:40,9)	0,000	42,8 (40,4:45,2)	0,007

		Dones		Homes	
		M(IC95%)	sig.	M (IC95%)	sig.
	No	49,1 (46,1:52,2)		50,5 (46,3:54,7)	
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi	48,5 (45,9:51)	0,000	51,3 (47,5:55)	0,001
	Pitjor	38,2 (36,3:40,1)		41,7 (39,3:44,1)	
	NS/NC	-		45,5 (40,5:50,5)	
Possibilitats de futur	Si	43,6 (41,4:45,7)	0,004	45,6 (43:48,3)	0,034
	No	38,4 (35,5:41,3)		40,6 (36,9:44,4)	
Ajuda en el futur	Si	38,9 (36,6:41,1)	0,000	41,4 (38,2:44,6)	0,043
	No	47,4 (44,8:50,1)		47,1 (44:50,3)	
	NS/NC	40,1 (35,5:44,7)		46,1 (40,7:51,5)	
		r (IC95%)	sig.	r (IC95%)	sig.
Edat		-0,1 (-0,3:0,1)	0,197	-0,2 (-0,4:0)	0,057
Núm. Fills		-1,9 (-3,3:-0,5)	0,010	-0,7 (-2,9:1,4)	0,511
Núm. Necessitats CAN ^b		-2,1 (-2,7:-1,6)	0,000	-1,7 (-2,4:-1)	0,000
Tipus necessitats ^b	Basic	-3,1 (-11,2:5,1)	0,457	-10,7 (-17,1:-4,2)	0,002
	Social	-4,5 (-8:-1)	0,011	-5,4 (-9,1:-1,7)	0,005
	Funcionament	-4,7 (-6,7:-2,8)	0,000	-3,6 (-6,3:-1)	0,008
	Salut	-4,4 (-5,7:-3,1)	0,000	-3,4 (-5,2:-1,6)	0,000
	Serveis	-3,5 (-6,6:-0,5)	0,021	-1,4 (-6:3,1)	0,529
SOC ^c	Comprensibilitat	1,1 (0,8:1,3)	0,000	1 (0,7:1,3)	0,000
	Manejabilitat	1,2 (0,9:1,5)	0,000	1,1 (0,8:1,4)	0,000
	Significativitat	1,1 (0,9:1,4)	0,000	1,2 (0,8:1,5)	0,000
	TOTAL	0,5 (0,4:0,6)	0,000	0,5 (0,4:0,6)	0,000

M: Mitjana; IC95%: Interval de Confiança del 95%; r: Coeficient regressió lineal; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,1

^a: Segons Manual DSM-IV; ^b: Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R); ^c: Qüestionari del Sentit de Coherència

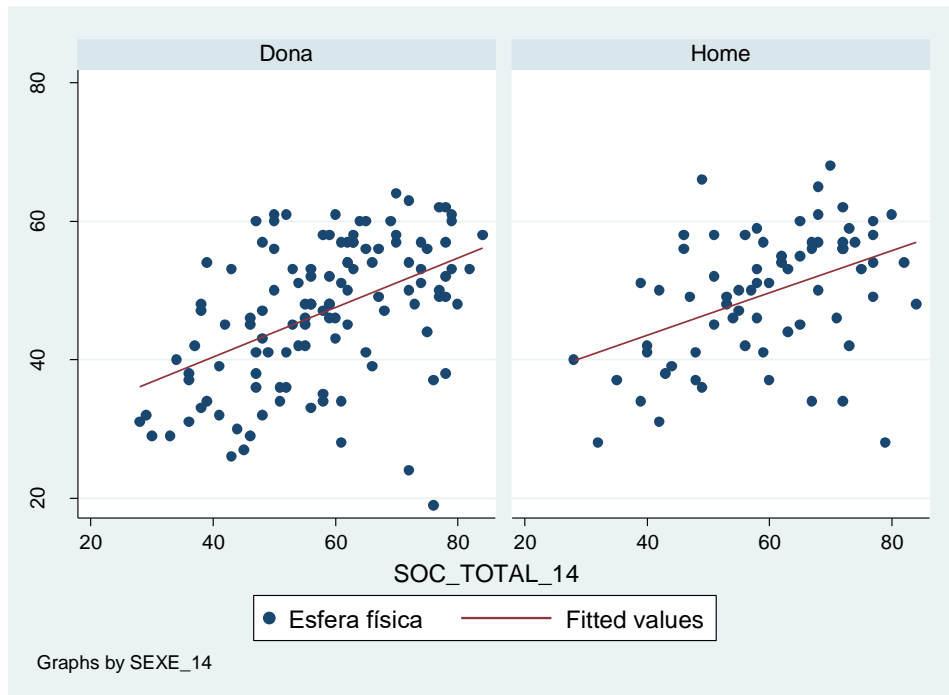


Figura 9. Correlació entre el Component Sumari Físic i el sentit de coherència segons sexe

El SOC presentava una correlació positiva amb el CSF de la QVRS en dones i homes, és a dir, com més altes van ser les puntuacions del SOC, més altes van ser les puntuacions del CSF. Concretament es va observar una correlació regular, $R_{\text{dones}}=0,470$ ($p=0,000$) i $R_{\text{homes}}=0,432$ ($p=0,000$) (Figura 9).

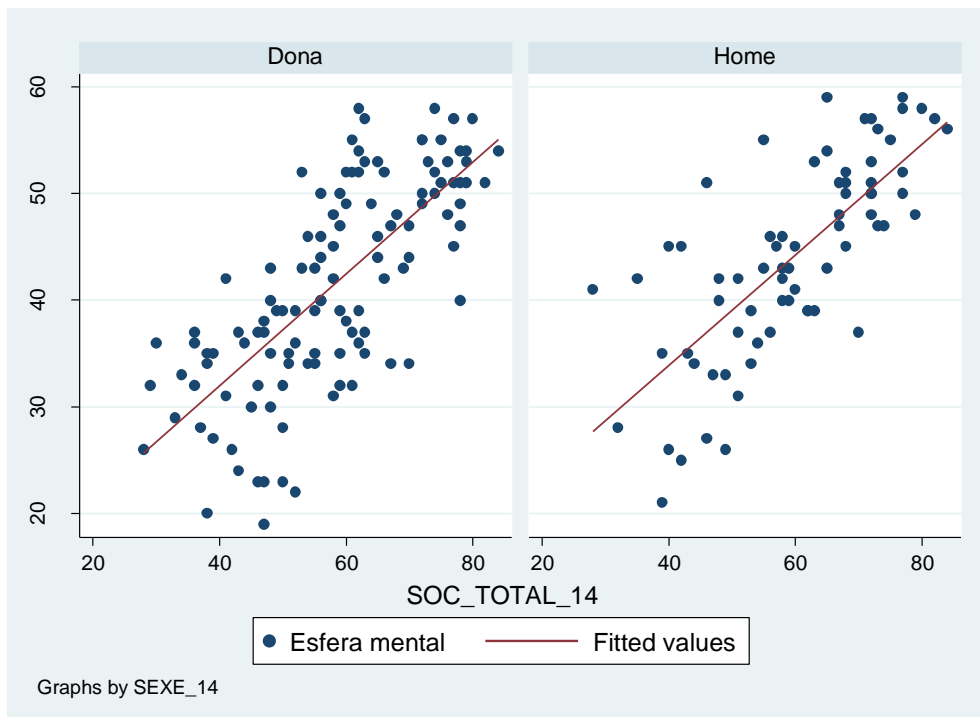


Figura 10. Correlació entre el Component Sumari Mental i el sentit de coherència segons sexe

Igual que en el CSF, el SOC presentava una correlació positiva amb el CSM de la QVRS en dones i homes, és a dir, com més altes van ser les puntuacions del SOC més altes van ser les puntuacions del CSM, concretament es va observar una correlació alta, $R_{\text{dones}}=0,729$ ($p=0,000$) i la $R_{\text{homes}}=0,741$ ($p=0,000$) (Figura 10).

5.4.3. Variables explicatives de la QVRS segons sexe

L'any 2014 les variables explicatives de la millora del CSF de la QVRS de les dones van ser: no estar casada [$\beta_a=3,7$ (IC95%: 1,9;6,5)], no tenir cap grau d'invalidesa [$\beta_a=4,9$ (IC95%: 2,7;8,8)], no tenir comorbiditat [$\beta_a=5$ (IC95%: 1,9;8,1)], percebre que les relacions socials i les activitats de temps lliure no havien canviat o havien millorat [$\beta_a=4,2$ (IC95%: 1,7;5,5)] i tenir una major puntuació a la subescala de significativitat del SOC [$\beta_a=0,3$ (IC95%: 0;0,7)]. En canvi, tenir un nombre elevat de fills [$\beta_a=-1,6$ (IC95%: -2,7;-0,5)] i un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àrea bàsica [$\beta_a=-7,8$ (IC95%: -14,8;-0,9)] també apareixien com a variables explicatives, però de l'empitjorament del CSF de la QVRS. Per la seva banda, en els homes les variables explicatives de la millora del CSF de la QVRS van ser: no tenir comorbiditat [$\beta_a=5,4$ (IC95%: 2,8;7,7)], com s'observava també en les dones, i pensar que no necessitarien ajuda en el futur [$\beta_a=5,6$ (IC95%: 2,9;1,1)]. En canvi, tenir un major nombre d'anys [$\beta_a=-0,3$ (IC95%: -0,5;-0,2)] i tenir un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àrea de funcionament [$\beta_a=-2,9$ (IC95%: -4,9;-0,0)] apareixien com a variables explicatives, però de l'empitjorament del CSF de la QVRS (taula 26).

Taula 26. Model multivariant del Component Sumari Físic de la QVRS segons sexe

DONES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Estat civil	No casat (solter, separat o vidu) vs Casat	5,5 (9,2:1,9)	0,003	3,7 (1:6,5)	0,008
Grau invalidesa	No vs Si	9,4 (6,1:12,8)	0,000	4,9 (2:7,8)	0,001
Comorbiditat (Eix III) ^a	No comorbiditat vs Comorbiditat	10,9 (14,2:7,6)	0,000	5 (1,9:8,1)	0,002
Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi vs Pitjor	10,4 (6,8:14,1)	0,000	4,2 (1:7,5)	0,011
	NS/NC vs Pitjor	10,3 (-8,1:28,7)	0,269	15,5 (-0,6:31,5)	0,059
Núm. Fills		-3,1 (-4,5:-1,6)	0,000	-1,6 (-2,7:-0,5)	0,006
Tipus necessitats ^b	Basic	-9,7 (-18,1:-1,2)	0,025	-7,8 (-14,8;-0,9)	0,027
SOC ^c	Significativitat	1 (0,6:1,3)	0,000	0,3 (0:0,7)	0,028

5. RESULTATS

HOMES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Comorbiditat (Eix III)^a	No comorbiditat vs comorbiditat	9,1 (13:5,1)	0,000	5,4 (2:8,7)	0,002
Ajuda en el futur	No vs Si	10,2 (6:14,4)	0,000	5,6 (2:9,1)	0,002
	NS/NC vs Si	8,8 (3:14,5)	0,003	10,4 (5,9:15)	0,000
Edat		-0,4 (-0,6:-0,2)	0,000	-0,3 (-0,5:-0,2)	0,000
Tipus necessitats^b	Funcionament	-4,3 (-7:-1,7)	0,002	-2,9 (-4,9:-0,9)	0,005

Coef. Cru: Coeficient Cru; Coef. Ajustat: Coeficient Ajustat; IC95%: Interval de Confiança del 95%; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

^a. Segons Manual DSM-IV; ^b. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R); ^c. Qüestionari del Sentit de Coherència

L'any 2014 les variables explicatives de la millora del CSM de la QVRS de les dones van ser: no tenir cap grau d'invalidesa [$\beta_a=2,5$ (IC95%: 0;4,9)] i tenir una major puntuació a l'escala global del SOC [$\beta_a=0,4$ (IC95%: 0,3;0,5)]. En canvi, tenir un nombre total elevat de necessitats psicosocials [$\beta_a=-0,6$ (IC95%: -1,2;0)] també apareixia com a variable explicativa, però de l'empitjorament del CSM de la QVRS. Per la seva banda, en els homes les variables explicatives de la millora del CSM de la QVRS van ser: tenir un diagnòstic clínic d'esquizofrènia [$\beta_a=7,1$ (IC95%: 10,4;3,7)] o de trastorn bipolar [$\beta_a=5,4$ (IC95%: 2,1;8,8)], percebre que les relacions socials i les activitats del temps lliure no havien canviat o havien millorat [$\beta_a=3,4$ (IC95%: 0;6,7)], tal i com s'observava també en les dones, i tenir una major puntuació a l'escala global del SOC [$\beta_a=0,4$ (IC95%: 0,3;0,6)], també com s'observava en les dones. En canvi, tenir un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àrea de salut [$\beta_a=-1,4$ (IC95%: -2,7;-0,1)] apareixia com una variable explicativa, però de l'empitjorament del CSM de la QVRS (taula 27).

Taula 27. Model multivariant del Component Sumari Mental de la QVRS segons sexe

DONES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Grau invalidesa	No vs Si	5,7 (2,3:9,1)	0,001	2,5 (0:4,9)	0,049
Núm. Necessitats CAN^a		-2,1 (-2,7:-1,6)	0,000	-0,6 (-1,2:0)	0,038
SOC^b	TOTAL	0,5 (0,4:0,6)	0,000	0,4 (0,3:0,5)	0,000
HOMES		Coef. Cru (IC95%)	sig.	Coef. Ajustat (IC95%)	sig.
Diagnòstic clínic (Eix I i II)^c	Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics vs Tr. depressiu	5,7 (0,2:11,1)	0,043	7,1 (10,4:3,7)	0,000
	Tr. bipolar I i II vs Tr. depressiu	5,4 (-0,2:11)	0,059	5,4 (2,1:8,8)	0,002
	Altres vs Tr. depressiu	0,5 (-7,1:7,1)	0,990	-0,2 (-4,4:4)	0,937

Percepció relacions socials i activitats	Millor o no canvi vs Pitjor	9,6 (5:14,3)	0,000	3,4 (0:6,7)	0,047
	NS/NC vs Pitjor	3,8 (-8,2:15,9)	0,528	-3,2 (-11,1:4,7)	0,422
Tipus necessitats^a	Salut	-3,4 (-5,2:-1,6)	0,000	-1,4 (-2,7:-0,1)	0,030
SOC^b	TOTAL	0,5 (0,4:0,6)	0,000	0,4 (0,3:0,6)	0,000

Coef. Cru: Coeficient Cru; Coef. Ajustat: Coeficient Ajustat; IC95%: Interval de Confiança del 95%; NS: No ho sap; NC: No contesta; sig.: Nivell de significació estadística <0,05

^a. Segons Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell (CAN-R); ^b. Qüestionari del Sentit de Coherència; ^c. Segons Manual DSM-IV

6. DISCUSSIÓ

6. DISCUSSIÓ

En aquest estudi s'han analitzat, des d'una perspectiva de gènere, com els factors sociodemogràfics, clínics, de funcionament psicosocial, d'autopercepció de l'afectació actual i futura de la malaltia i el sentit de coherència es relacionen amb la qualitat de vida relacionada amb la salut de les persones amb trastorn mental sever, a nivell transversal i longitudinal. A l'inici de la investigació, any 2009, la participació va ser del 86,4%, amb un percentatge més elevat de dones (59,6%). Aquesta dada coincideix amb altres estudis de característiques similars, on les dones tenen una presència més nombrosa que els homes (214), ja que són elles les que tenen una major prevalença de trastorns mentals severs en el seu conjunt i presenten més del doble de prevalença que els homes en els diagnòstics de trastorn depressiu i d'ansietat (31).

6.1. Perfils sociodemogràfics, clínics, funcionals i d'autopercepció i el nivell de QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe a l'inici de l'estudi

El perfil sociodemogràfic de dones i homes amb TMS del CSMA d'Althaia presenta poques diferències entre si i s'exposen a continuació. La mitjana d'edat de les dones és uns 4 anys significativament superior a la dels homes, diferència que alguns autors expliquen perquè generalment aquestes són diagnosticades d'algun dels TMS més tardanament que els homes per la diferència d'edat d'inici dels diagnòstics clínics. Tanmateix, en aquesta recerca no s'han pogut obtenir les dades referents a l'edat d'inici del diagnòstic clínic ni de l'inici del tractament per la manca de disponibilitat dels registres informàtics. Per altra banda, la distribució dels diferents diagnòstics de TMS observada és gairebé significativament diferent entre dones i homes. En general, l'evidència indica que el diagnòstic de trastorn depressiu, més freqüent en dones en aquest cas, se sol realitzar als 30 anys de mitjana (215), en canvi, el diagnòstic d'esquizofrènia, més freqüent en homes en aquest cas, sense cap altre factor associat, se sol realitzar als 27 anys de mitjana en el cas dels homes i als 30 anys de mitjana en les dones (216). En una metaanàlisi es va observar que l'aparició dels primers símptomes positius d'esquizofrènia es van produir 1,4 anys de mitjana abans en els homes que en les dones (217). A més, una anàlisi de revisió va observar que els homes solen desenvolupar la malaltia entre els 18 i els 25 anys i les dones entre els 25 i 35 anys (218).

També s'ha observat en aquesta investigació que les dones presenten una distribució semblant entre les casades i les no casades (al voltant del 50%), mentre que els homes majoritàriament refereixen no estar casats (64%). Aquesta diferència es pot explicar, en primer lloc, per l'edat del diagnòstic de TMS

6. DISCUSSIÓ

més primerenca en els homes, tal i com s'ha observat en l'anterior punt, i en segon lloc i segons dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (219), perquè l'edat mitjana del primer matrimoni a Catalunya presenta diferències entre dones i homes, sent les dones les que es casen més joves, concretament 2 anys abans que els homes. Per la qual cosa, en el cas dels homes d'aquest estudi, que tenen una edat mitjana de diagnòstic del TMS més primerenca que les dones i que l'edat mitjana del primer matrimoni és 2 anys més grans que les dones, presenten una major proporció de no casats que les dones. Tanmateix, hi ha evidència que defensa que les dones casades tendeixen a tenir una pitjor salut mental i, en canvi, passa el contrari en els homes, ja que estar casat actua com a factor protector de la malaltia mental, com a conseqüència dels rols de gènere establerts a la societat patriarcal que vivim (220). Les dones tenen un paper de subordinació cap als homes i les funcions que se'ls associen són de reproductora i cuidadora, respecte la funció productora que té l'home, per la qual cosa aquest rol més privat de les dones fa que socialment no siguin reconegudes sinó més aviat desprestigiades respecte als homes. En aquesta investigació també s'ha observat que són les dones les que tenen més fills a càrrec, resultat coincident amb altres estudis (221) i que s'explica perquè la condició d'estar casat/da socialment implica tenir fills, per la qual cosa a major nombre de dones casades, major nombre de fills. L'evidència actual recolza que aquesta diferència es pot deure a la diversitat en la distribució dels diferents diagnòstics clínics segons sexe, on per exemple, en aquest cas, les dones presenten una alta proporció de Tr. Bipolars, diagnòstic relacionat amb una probabilitat més alta de tenir fills, mentre que els homes presenten una elevada proporció de diagnòstics d'esquizofrènia, diagnòstic relacionat amb una probabilitat baixa de tenir fills (221). A més, una altra possible explicació, complementària a la que s'ha comentat fins ara, és el fet que a les dones, en general, se'ls reconeix un rol tradicional de criança que fa que socialment aquestes es reconeguin com les cuidadores principals dels fills i, en cas de separació, són les que normalment tenen la custòdia d'aquests, a diferència del que passa amb els homes en les mateixes circumstàncies.

El perfil clínic i de funcionament psicosocial no mostra diferències significatives segons sexe, tot i que s'observa que la distribució dels diagnòstics clínics gairebé presenta diferències significatives entre dones i homes ($p=0,074$). Els diagnòstics majoritaris entre les dones són el trastorn depressiu i el trastorn bipolar (34,6% cadascun) i entre els homes ho és l'esquizofrènia (30%), distribució que coincideix amb altres autors (31,39). També s'observa que l'única subescala de les necessitats psicosocials que presenta diferències segons sexe és la que engloba totes aquelles necessitats relatives a l'àrea dels serveis (informació sobre la malaltia, telèfon, transport i prestacions). Concretament les dones refereixen un nombre mitjà de necessitats d'aquesta àrea significativament superior als homes. Aquesta diferència coincideix parcialment amb el que s'ha observat en altres estudis, on les dones

tenen un major nombre de necessitats insatisfetes de l'àrea salut (salut física, angoixa, símptomes psicòtics, seguretat en elles mateixes, seguretat dels altres, alcohol i drogues) (187) i de serveis (informació sobre la malaltia, telèfon, transport i prestacions) (222) i els homes de l'àrea social (companyia, relacions íntimes i sexualitat) (187) i de les necessitats bàsiques (habitatge, alimentació i activitats diàries) i funcionals (educació, diners i atenció personal) (222). El fet que segons els nostres resultats s'observi que les dones presenten més necessitats psicosocials de l'àrea dels serveis que els homes demostra que el gènere és un determinant estructural de la salut i per això és important l'estudi de les causes, factors i conseqüències de les desigualtats entre sexes que generen el que s'anomenen les desigualtats de gènere en salut i que compten amb un model conceptual sobre el paper del gènere com a determinant social de la salut (223). Aquest model també compta amb els factors intermedis, on el gènere s'ha d'incorporar com a element que ordena valors, normes, pràctiques i comportaments que comporten l'exposició i vulnerabilitat a factors de risc diferencials. També, i més nou encara, considera que l'ordenament social d'allò femení i masculí es reflecteix en els sistemes de salut introduint biaixos de gènere en la investigació i en l'atenció sanitària. Tot això genera conseqüències en els resultats de salut i conseqüències econòmiques, socials i culturals.

En consonància amb altres estudis, les dones amb TMS presenten el CSF de la QVRS estadísticament inferior als homes amb TMS (165–167), resultat coincident amb el fet conegut que les dones, en general i aquelles que tenen algun diagnòstic de TMS, presenten una pitjor salut autopercebuda i nivells més alts de discapacitat a curt i llarg termini. Per exemple, s'ha reportat que les dones amb trastorns de pànic presenten menys puntuació mitjana de la QVRS en l'escala d'activitat física que els homes (224). Aquests resultats evidencien l'existència de desigualtats de gènere en general a la nostra societat i concretament també en les persones amb problemes de salut mental (225), tant en la morbiditat psiquiàtrica com en el patró de conducta dels diferents trastorns mentals desenvolupats per dones i homes. L'evidència ha observat que els factors socioculturals, que actuen a través de rols i patrons de conducta socialment imposats, són els que en última instància condicionen la manera com dones i homes manifesten i afronten els seu patiment psicològic. Diversos estudis en les darreres dècades han demostrat que les dones sovint reben un tracte inferior i insensible per part de les institucions públiques i de la societat en general en absència o manca d'aplicació de les lleis per erradicar tal comportament (226).

Tanmateix, a diferència del que han reportat altres autors (169), no hem trobat diferències estadísticament significatives entre dones i homes amb TMS en relació al CSM. Per exemple, un estudi ha reportat que els homes amb esquizofrènia tenen pitjor CSM que les dones. Aquest fet s'explica

perquè en el país de l'estudi els homes són els qui tenen gran part de la responsabilitat de donar suport a les seves famílies (169). No obstant i això, en el nostre cas no s'observa aquesta relació.

6.2. Factors explicatius de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS, segons sexe a l'inici de l'estudi

Alguns dels factors comuns que s'associen a la QVRS en dones i homes i consegüentment amb altres estudis, són tenir un nombre elevat de necessitats psicosocials de l'àmbit de la salut que s'associa a tenir una pitjor QVRS, tant en el CSF com en el CSM (155,178,184). A més a més, no tenir comorbiditat física s'associa a una millor QVRS, en ambdós components, tal i com també han reportat altres estudis (175,185,227). L'autopercepció actual de la millora o manteniment de les relacions socials i les activitats del temps lliure també estan associades al CSM en dones i homes. L'autopercepció és una creença i pensar que les relacions socials i les activitats del temps lliure, per tant la situació de xarxa social (determinant protector de salut anteriorment mencionat), s'han mantingut o han millorat s'associa positivament amb el CSM de la QVRS (119,228).

D'altra banda, hem trobat alguns factors que s'associen a la QVRS en persones amb TMS en un dels dos sexes, però no en l'altre. Un dels factors que hem trobat que s'associa a la QVRS de dones amb TMS però no en homes és l'edat. Aquesta generalment es relaciona de manera negativa amb la QVRS (173,174), sobretot en el CSF (175). Aquesta diferència podria explicar-se perquè les dones en general tenen una esperança de vida més alta, però amb més malalties cròniques i amb menys anys de bona salut i, com a conseqüència, una pitjor qualitat de vida que els homes (229). Aquestes desigualtats es poden atribuir a un mercat laboral de les dones més precari i per tant a una menor posició socioeconòmica i a una doble càrrega de feina, la remunerada i la de la llar (230).

El nivell d'estudis no sempre es relaciona amb la QVRS (171,172,179), però, segons els nostres resultats, observem que els homes que tenen un nivell d'estudis superiors presenten una QVRS millor que els que no en tenen, concretament aquesta associació s'ha observat en el CSF (173,175). No obstant i això, estar laboralment activa es relaciona amb una millor QVRS en ambdós components (159,160,176,177), només en les dones. Ambdós factors són indicadors de posició socioeconòmica i, segons les diferències observades en els nostres resultats, podem dir que aquestes afecten de manera diferent les dones i els homes, fet que porta a pensar que existeixen desigualtats de gènere en la QVRS de les persones amb TMS. Estar laboralment activa implica una independència econòmica, més tardana en dones que en homes, fa que se sentin més integrades a la societat i poden aportar un valor a través de les seves habilitats. L'ocupació és doncs un instrument clau per al desenvolupament i la

realització personal i això s'associa a una millor QVRS. No obstant i això, segueixen existint desigualtats de gènere en l'ocupació (com la desigualtat salarial), la llar (càrrega desigual de les tasques domèstiques i el seu paper com a cuidadors informals) i la comunitat més àmplia (acceptació permanent de nivells més alts de violència contra les dones) (231). En els homes, però, s'assumeix aquest rol com a tradicional i, juntament amb la millor inserció al mercat laboral, fa que aquest factor no expliqui la seva QVRS. Per altra banda, és el nivell d'estudis el factor socioeconòmic que s'associa a una millor QVRS en els homes, fet que es pot explicar perquè el que acaba determinant la situació laboral és el nivell d'estudis que condicionarà la possibilitat i el tipus de feina. Tanmateix, els rols familiars i el treball realitzat dins i fora de l'entorn familiar poden constituir fonts de desigualtats en salut mental (232).

Un altre indicador de posició socioeconòmica són els ingressos econòmics, que s'associen a una millor QVRS (177,180), segons els nostres resultats, tant en dones com en homes, malgrat que en components diferents, el CSF en les dones i el CSM en els homes. Aquest resultat coincideix amb un informe de l'OCDE que indica que augmentant la participació de les dones en la vida econòmica es redueix la desigualtat de gènere en el treball i s'aporten beneficis a tothom (233). A més, està demostrat que la classe social, concretament pertànyer a una classe social més baixa, és un determinant clau de la mala salut mental en població general, tant en dones com en homes (232).

Un major nombre d'amics també es relaciona positivament amb el CSM de la QVRS (159,176,178) en les dones, ja que està demostrat que les relacions socials actuen com a factor protector de la salut (119) per diferents aspectes com: l'accés a una ajuda directa en cas de necessitat de cures, l'efecte dissuasiu que exerceix el control social en la pràctica d'activitats de risc i la implicació d'un major nivell d'integració social que deriva a una via d'accés a recursos així com en un sentiment de pertinença a un col·lectiu (228). Per altra banda, viure sol es relaciona negativament al CSM de la QVRS (172) en els homes i no en les dones perquè hi ha un ampli consens a assenyalar que la convivència en parella té un efecte positiu i immediat sobre la salut dels homes i, encara que en menor intensitat, també sobre les dones a mig i llarg termini, fet que no s'observa en aquest estudi (234,235). Aquests beneficis de la convivència en parella s'expliquen a partir de tres factors: reducció dels comportaments de risc i dels hàbits no saludables (236), creació i manteniment d'una xarxa social de suport a la qual recórrer en situacions crítiques (234) i increment del benestar material resultat de l'economia d'escala que permet la combinació de recursos i l'especialització de tasques entre els membres de la parella (235).

En relació al funcionament psicosocial, el nombre total i les diferents àrees de les necessitats psicosocials es relacionen amb la QVRS, tal i com s'ha observat en nombrosos estudis

(155,176,178,184) i majoritàriament en homes en aquesta investigació. Les necessitats psicosocials de l'àrea serveis es relacionen amb el CSF, ja que aquesta àrea del CAN-R respon a tot allò que fa referència a la informació, telèfon, transport i prestacions, aspectes relacionats amb una dimensió física. Les necessitats psicosocials de l'àrea social es relacionen amb el CSM, ja que aquesta àrea del CAN-R respon a tot allò que fa referència a la companyia, relacions íntimes i sexualitat, aspectes relacionats amb una dimensió psicològica. El nombre total de necessitats psicosocials també es relaciona amb el CSM de la QVRS, ja que a major nombre de necessitats psicosocials, i per tant majors dificultats en el dia a dia d'aquestes persones, pitjor puntuació del CSM de la QVRS.

6.3. Factors facilitadors de la millora de la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe en el període d'estudi

S'ha observat una alta participació en el seguiment de l'estudi als 5 anys en comparació amb altres de característiques similars (237) i poques diferències entre les persones que han seguit participant i les que han abandonat. No obstant i això, són els homes, les persones solteres, separades o vídues i les que tenen un diagnòstic clínic d'esquizofrènia les que presenten percentatges d'abandonament significativament més elevats. Els homes, a diferència de les dones, no utilitzen tant els serveis sanitaris, i aquesta baixa freqüentació explica també la baixa participació en el seguiment d'aquest estudi, ja que la recollida de dades es feia en el marc del centre de salut mental de referència. Per altra banda, hi ha evidència que descriu que les persones solteres tenen millor QVRS (237) i aquesta percepció provoca la no participació en el seguiment d'aquest estudi que té com a finalitat avaluar aquesta. Finalment, les persones amb diagnòstic clínic d'esquizofrènia, majoritàriament homes que en aquest cas són els que més han abandonat, presenten millor puntuació de QVRS, fet que porta a pensar que, igual que les persones solteres, abandonin més.

En el període de seguiment de l'estudi s'ha observat una millora general de la QVRS. El CSM millora significativament en ambdós sexes, mentre que el CSF només millora significativament en les dones. La millora general de la QVRS, sobretot el CSM, s'explica perquè són persones que durant aquests 5 anys han realitzat un seguiment i/o tractament ambulatori al seu Centre de Salut Mental de referència, centre que té per objectiu la integració i l'atenció sanitària i social de les persones i famílies que atén. Per tant, la rehabilitació psicosocial de les persones amb TMS que es fa a nivell ambulatori des del CSMA d'Althaia millora la QVRS d'aquestes.

Les persones amb una puntuació de la QVRS més elevada a l'inici són les que han millorat més als 5 anys en ambdós components sumaris. Aquest resultat s'explica perquè és més probable millorar més

un indicador com la QVRS quan es parteix d'un nivell basal més elevat (238). Això no vol dir que les persones amb un nivell basal més baix no millorin, però segurament tinguin més dificultats per fer-ho.

Els factors relacionats amb el bon funcionament físic i mental de les persones amb TMS a l'inici com són no tenir una incapacitat, en el cas de les dones, i no tenir una invalidesa, en els homes, presenten una relació positiva amb la millora del CSF de la QVRS en el període estudiat. Per la seva banda, el factor de funcionament psicosocial basal que s'ha relacionat amb l'empitjorament del CSM és el funcionament psicosocial mesurat amb l'escala validada CAN-R, concretament l'àrea de serveis en el cas de les dones i de l'àrea de salut en els homes. Tots aquests factors de funcionament mostren com ambdós components de la QVRS juguen un paper determinant en dones i homes. Les persones que a l'inici no tenien cap incapacitat o invalidesa han millorat significativament el seu CSF als 5 anys, ja que partir d'un bon funcionament físic i mental facilita la millora d'aquest. També, les persones amb un major nombre de necessitats psicosocials alterades de l'àrea de serveis i salut a l'inici, com s'ha observat en altres estudis (155), són les que han empitjorat més el CSM als 5 anys. Ambdues àrees de necessitats estan directament relacionades amb els símptomes.

La xarxa social és un altre element clau de la recuperació de les persones amb TMS que actua com a factor protector de la salut mental. Els nostres resultats mostren que els homes amb un major nombre d'amics a l'inici de l'estudi presenten una millora significativa del CSF al final d'aquest. Les xarxes socials tenen el potencial de servir com a conductores de recolzament emocional a nivell general, tal i com s'ha observat abans. Tanmateix, hi ha evidència (239) que ha observat que no són aquests processos de suport generals els que faciliten la recuperació o millora de la qualitat de vida, sinó que un factor clau és l'activació de tipus particulars de persones per parlar sobre la salut. Sembla que una xarxa social segura que proporciona assessorament, afirmació i ajuda instrumental específica relacionada amb aspectes de salut/malaltia facilita una millora en la recuperació de les persones. Com a conseqüència, es pot pensar que les persones d'aquesta investigació que refereixen tenir un major nombre d'amics comparteixen amb aquests aspectes relacionats amb la seva salut. A més, molt probablement són persones que també pateixen algun TMS, i per tant iguals, i aquesta relació de suport entre iguals influeixi en la millora de la seva QVRS. Mentre que els nostres resultats mostren que tenir un major nombre d'amics es relaciona positivament amb la millora del CSF en els homes, tenir un nombre major de fills a l'inici es relaciona negativament amb l'evolució del CSF de les dones. Aquest resultat es pot explicar per la desigualtat existent en els rols de gènere de la nostra societat (220), ja que en la majoria dels casos la dona adopta el paper de cuidadora principal dels fills i aquesta funció se suma moltes vegades a una feina remunerada fora de casa, fet que fa que tingui una doble

càrrega, familiar i laboral. És per això que les dones que tenien un major nombre de fills a l'inici presenten pitjor nivell de CSF als 5 anys, ja que aquesta doble càrrega afecta directament la salut física d'aquestes.

Per altra banda, els trastorns mentals severos tenen un gran impacte en la vida de les persones i, per tant, la percepció actual i futura que aquestes puguin tenir en un moment determinat és quelcom rellevant a tenir en compte. Les dones que a l'inici percebién que la seva vida social i les activitats de temps lliure no havien canviat com a conseqüència de la malaltia són les que han millorat més el CSM als 5 anys, no obstant i això, els homes amb aquesta mateixa condició han empitjorat. Aquests resultats demostren que hi ha diferències en la manera d'afrontar la malaltia entre dones i homes (240). En general, als homes els costa més reconèixer l'estat real de la seva salut/malaltia, com l'afectació d'algun trastorn mental sever, mentre que les dones tenen més facilitat per expressar allò que realment senten i a autoobservar-se. Segons el nostre constructe social, els homes tendeixen a donar una imatge de fortlesa malgrat tenir un diagnòstic, en aquest cas de trastorn mental sever, que a més en l'imaginari col·lectiu comporta una idea d'inferioritat o debilitat, cosa que no s'observa en les dones, que de per si ja es considera el sexe dèbil. Tanmateix, aquesta troballa no coincideix amb el fet que els homes que també percebién que les relacions socials i les activitats de temps lliure havien millorat a l'inici presenten millors puntuacions del CSM al final, resultat que coincideix més amb el perfil que abans s'explicava en les dones que no pas amb els homes. Per la qual cosa s'hauria d'aprofundir en l'estudi d'aquesta discrepància.

Finalment, s'ha observat que les dones que a l'inici percebién que tindrien possibilitats en el futur presenten millors puntuacions del CSF i del CSM als 5 anys. Aquesta percepció futura és considerada com una dimensió del que s'anomena "esperança", concepte considerat central en la recuperació de les persones amb TMS (241) i, coincidint amb altres estudis, s'ha mostrat fortament i positivament correlacionada amb la qualitat de vida (242).

6.4. Relació entre el sentit de coherència i la QVRS de les persones amb diagnòstic de TMS segons sexe al final de l'estudi

La puntuació mitjana del SOC total de les persones amb TMS és més baixa que la de la població general (243,244), resultats coincidents amb els nostres l'any 2014, ja que un SOC elevat s'associa a una bona salut percebuda (90). Per tant, és lògic pensar que les persones amb problemes de salut mental tindran un SOC més baix que la població general. També s'ha observat que la puntuació total del SOC de la

mostra és generalment més baixa que la d'altres estudis amb població de perfil clínic similar (101,200,201).

En relació a les diferents subescales del SOC, la que ha obtingut millors puntuacions totals, tant en dones com en homes, és la comprensibilitat (component cognitiu), seguida de la de significativitat (component motivacional) i finalment la de manejabilitat (component conductual o instrumental). No obstant i això, cal tenir en compte que la puntuació total de cadascuna d'aquestes 3 subescales és diferent. La subescala de la comprensibilitat pot obtenir un màxim de 35 punts, mentre que la de manejabilitat i significativitat poden obtenir una puntuació màxima de 28. Per tant, si traslladem els resultats obtinguts a una escala sobre 10, observem que les escales que han obtingut millors puntuacions són les dues darreres (manejabilitat i significativitat). Tanmateix, podem afirmar que les persones amb TMS són més vulnerables davant de qualsevol esdeveniment estressant de la vida, ja que tenen dificultats per: comprendre com està organitzada la seva vida i com elles se situen davant d'aquesta, gestionar els recursos del seu voltant i creure que els reptes que se'ls plantegen són significatius i signes del seu compromís.

A més, la puntuació total i la de les diferents subescales del SOC són lleugerament superiors en els homes en comparació a les dones, tot i que aquesta diferència no s'ha observat significativa, resultat coincident amb altres investigacions (99). No obstant i això, un estudi (244) que pretenia conèixer el nivell de SOC de la població general va observar que no existien diferències significatives del SOC segons sexe quan s'estudiava el total de la població, però quan mirava aquesta puntuació per franges d'edat va observar que els homes d'entre 60 i 70 anys tenien un nivell de SOC significativament més elevat que les dones de la mateixa edat. L'evidència actual mostra discrepàncies quant a l'evolució en el temps d'aquesta escala ja que alguns autors refereixen que el SOC es manté estable després dels 30 anys d'edat (84), mentre que altres sostenen que la puntuació augmenta amb l'edat (244) i encara uns altres, que un SOC baix és més comú entre la gent més gran (245). Finalment, un estudi de cohorts va observar que el SOC disminuïa amb el temps i només es mantenia estable en aquells subjectes amb puntuacions inicialment elevades del SOC (243).

El SOC és un constructe psicològic molt complex i s'ha observat com un factor de naturalesa mental i emocional (96) que està fortament relacionat amb la percepció de la salut, concretament la salut mental (89). Si es considera que la dimensió que determina la salut física és bàsicament l'esfera emocional (96), s'entén que en alguns casos s'hagi observat una dèbil associació entre el SOC i la salut física.

Els nostres resultats mostren que, només en les dones i en la subescala de significativitat, s'associa al CSF de la QVRS, resultat coincident amb l'estudi de Langeland (200), tot i que aquesta autora no va analitzar els resultats segons sexe. Aquesta troballa demostra que les dones amb TMS que tenen un nivell de significativitat més elevat perceben que les experiències adverses que se'ls presenten a la vida són reptes en els quals val la pena implicar-se, enlloc d'entendre-les com a càrregues de les quals desitjarien lliurar-se. Aquesta motivació davant de qualsevol situació, independentment d'allò que està passant a la vida, contribueix a l'afrontament de la malaltia (82), i per tant es relaciona amb un millor CSF. Segons Antonovsky, la subescala de significativitat és la que correspon al component del SOC més important (85).

Finalment, també s'ha observat que una millor puntuació total del SOC s'associa positivament al CSM, tant en dones com en homes. Aquesta troballa coincideix plenament amb l'evidència actual que constata que el SOC està fortament relacionat amb la percepció de la salut, especialment la salut mental (89,197), tal i com s'ha dit anteriorment.

6.5. Limitacions i fortalezes

Durant el procés de realització d'aquest estudi s'han detectat una sèrie de limitacions i fortalezes que s'han de tenir en compte a l'hora de llegir i interpretar els resultats, així com tenir presents en el disseny d'investigacions posteriors.

Com a principal limitació podem dir que es tracta d'un estudi de cohorts amb un període de seguiment de 5 anys i amb resultats de l'avaluació inicial i final d'aquest període, però no es va fer cap seguiment a meitat de període, que aportaria més informació als resultats.

Una altra limitació ha estat la manca de registres informàtics de l'inici de simptomatologia i diagnòstic dels diferents TMS de les persones participants a l'estudi. Es va fer una explotació d'aquests resultats, però es va observar una manca significativa d'aquesta informació.

Una de les fortalezes d'aquest estudi és el fet que s'hagi plantejat com un disseny de cohorts de 5 anys, amb una alta participació en el seguiment que ha permès conèixer quina és l'evolució de la puntuació mitjana de la QVRS, segons el CSF i el CSM, i els diferents factors explicatius de la QVRS de dones i homes. A més, s'han analitzat totes les dades estratificades per sexe, fet que aporta una informació poc reflectida en l'evidència actual. Finalment, s'ha analitzat la relació del SOC amb la QVRS segons sexe, aportant una visió de promoció de la salut mental positiva.

6.6. Línies de futur

A partir dels resultats obtinguts en aquesta investigació es proposen accions de futur relatives a la recerca i a la intervenció professional, des d'una perspectiva salutogènica i de gènere.

Per una banda, seria interessant incorporar la perspectiva de gènere en qualsevol investigació i concretament en aquelles que es dirigeixin a persones amb TMS, ja que s'observen diferències entre dones i homes concordants amb les desigualtats de gènere presents a la nostra societat en general, i concretament, entre les persones amb TMS. Aquestes desigualtats generen biaixos importants en els resultats, com són una major representació de les dones a la mostra de l'estudi com a conseqüència d'aspectes culturals i de creences marcades per la societat patriarcal que vivim, on les dones són considerades inferiors, amb més malestar o més debilitats que els homes i això fa que s'observin diferències segons sexe en la freqüència i la distribució dels diagnòstics clínics de trastorn mental sever.

Per altra banda, seria interessant dissenyar programes concrets per millorar la QVRS de dones i homes per separat. Per exemple, marcar com a prioritat la inserció laboral sobretot en les dones, ja que aquesta s'ha observat com un factor explicatiu d'una millor puntuació d'ambdós components sumatoris de la QVRS. A més, també s'haurien de treballar aspectes relacionats amb l'autopercepció actual i futura de les persones amb TMS, ja que s'ha observat com un factor explicatiu de la millora de la QVRS en ambdós sexes, tot i que de manera diferent. Aquests aspectes es relacionen amb l'estil d'afrontament de la salut/malaltia que difereix segons el sexe i, per tant, s'haurien d'adaptar les intervencions immediatament posteriors al diagnòstic clínic de trastorn mental sever per tal d'afavorir que els homes puguin reconèixer i expressar lliurement el seu estat real fugint del constructe social que els marca com el sexe fort, així com també en les dones sense que se les consideri el sexe dèbil o inferior.

Lligat amb l'anterior punt i tenint en compte els resultats, seria interessant realitzar intervencions individuals i/o grupals per tal de millorar el sentit de coherència de les persones amb TMS, però sobretot entre aquelles que tenen menys de 30 anys ja que, tot i la manca de consens sobre l'estabilitat de l'escala del SOC en els estudis actuals, sembla que l'evolució d'aquesta es manté estable o segons alguns autors, pot disminuir, a partir d'aquesta edat. Un exemple d'abordatge des d'aquest model seria que, a part de treballar amb els símptomes i per tant amb el compliment de la medicació (enfoque patogènic i tradicional), es treballessin també aspectes dirigits a augmentar la consciència d'aquestes persones i la confiança en el seu potencial, els seus recursos interns (estratègies d'afrontament, humor, reflexió, etc.) i externs (vida a l'aire lliure, música, relacions socials, etc.), així com la seva

6. DISCUSSIÓ

capacitat per utilitzar-los amb l'objectiu final d'augmentar el sentit de coherència (enfocament salutogènic) i aconseguir una millor QVRS.

7. CONCLUSIONS

7. CONCLUSIONS

Les principals conclusions de l'estudi d'acord amb els objectius plantejats són:

- Els factors socioeconòmics, la xarxa social, l'autopercepció actual i futura i la subescala de significativitat del sentit de coherència expliquen una millor QVRS de manera diferent en dones i homes amb diagnòstic de TMS. A més, la comorbiditat física i el sentit de coherència total expliquen una millor QVRS en ambdós sexes.

En relació a les puntuacions de la QVRS:

- Els homes presenten puntuacions superiors en el CSF que les dones a l'inici de l'estudi, no obstant i això, les dones presenten millores en les puntuacions del CSF i el CSM en el període d'estudi i els homes només en el CSF.

En relació als factors explicatius d'una millor QVRS a l'inici i durant el període d'estudi:

- Les dones i els homes que no tenen comorbiditat física i perceben que les relacions socials i/o les activitats no han canviat o han millorat com a conseqüència de la malaltia tenen una millor puntuació de la QVRS a l'inici de l'estudi.
- Les dones laboralment actives, que tenen un major nombre d'ingressos econòmics mensuals i disposen d'una xarxa social tenen una millor puntuació de la QVRS. Tanmateix, els homes que tenen estudis universitaris, no tenen prestació econòmica i creuen que no necessitaran ajuda futura tenen una millor puntuació de la QVRS a l'inici de l'estudi.
- Les dones i els homes que tenien una puntuació basal elevada del CSF i CSM i percebien que la seva vida social i les activitats de temps lliure no havien canviat com a conseqüència de la malaltia han millorat més la seva QVRS en el període d'estudi.
- Les dones que no tenien una incapacitat i es plantejaven possibilitats futures han millorat més la seva QVRS en el període d'estudi, no obstant i això, els homes que no tenien invalidesa i disposaven d'una xarxa social han millorat més la QVRS en aquest període.

En relació a l'associació del sentit de coherència i la QVRS:

- El SOC presenta una correlació positiva amb la QVRS en ambdós sexes, sent més alta en el CSM.
- Les dones i els homes amb una puntuació total de SOC més alta tenen una millor puntuació del CSM. Tanmateix, només les dones amb una puntuació més alta de l'àrea de significativitat del SOC tenen una millor puntuació del CSF.

8. BIBLIOGRAFIA

8. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization WHO. Constitution of the World Health Organization. 1948. p. 1-18.
2. Terris M. Approaches to an Epidemiology of Health. *Am J Public Health*. 1975;65(10):1037-45.
3. Facultat de enfermeria. Grupo de estudio. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Rev Aquichan*. 2002;2(1):19-23.
4. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2016 [citad 2 abril 2016]. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
5. Knapp M, Mcdaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Barcelona: Open University Press; 2007.
6. Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix. A manual to improve services. United Kingdom: Cambridge University Press; 1999.
7. Goffman E. Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 7a. Amorrotu, editor. Argentina; 2001.
8. Comelles JM. La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea. Barcelona: Sociedad-Estado; 1988.
9. Martínez Hernández Á, Comelles JM. La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico? *Rev Dialectol y Tradic Pop*. 1994;2(XLIX):109-36.
10. Departament de Salut. Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006.
11. Capellà Batista-Alentorn A. La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. *Asoc Española Neuropsiquiatria*. 2001;XXI(79):101-28.
12. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico i Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5ª. Barcelona: Masson; 2014.
13. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.

8. BIBLIOGRAFIA

14. Bachrach LL. Case management: toward a shared definition. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40(9):883-4.
15. Goldman H, Gattozzi A, Taube CA. Defining and counting the chronically mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*. 1981;32(1):21-7.
16. Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32(4):177-84.
17. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: National Institute of Mental Health; 1987.
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones en el Trastorno Mental Grave. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R. 3rd. ed. Washington DC: American Psychiatric In; 1987.
20. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*. 2006;147(12):1602-8.
21. Parabiaghi A, Lasalvia A, Bonetto C, Cristofalo D, Marrella G, Tansella M, et al. Predictors of changes in caregiving burden in people with schizophrenia: a 3-year follow-up study in a community mental health service. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2007;116(s437):66-76.
22. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 1995.
23. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002.
24. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007.
25. Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. Programa d'atenció específica als trastorns mentals severs. Barcelona: CatSalut; 2003.
26. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

- 2007.
27. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21:655-79.
 28. Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos J, Gil A, Madrigal M, Porras A, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Atención Primaria.* 1999;23(5):257-319.
 29. Vives M, García-Toro M, Armengol S, Perez MC, Fernández JR, Gili M. Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(4):218-26.
 30. World Health Organization. Gender and women's mental health [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [citad 11 abril 2017]. Disponible a: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/
 31. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Alonso J, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clínica.* 2006;126(12):445-51.
 32. What is prevalence? [Internet]. United States: National Institute of Mental Health; 2017 [citad 8 maig 2017]. Disponible a: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/index.shtml>
 33. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord.* 2010;120:76-85.
 34. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema.* 2010;22(3):389-95.
 35. Madina A, Schiaffino A. Enquesta de salut de Catalunya. L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Barcelona; 2018.
 36. Garcia O, Medina A, Schiaffino A. Enquesta de salut de Catalunya 2015. Informe dels principals resultats. Barcelona; 2016.
 37. Taules per grup d'edat i sexe, classe social i sexe, i nivell d'estudis i sexe. Enquesta de Salut de

8. BIBLIOGRAFIA

- Catalunya (ESCA) [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2016 [citad 14 gener 2017]. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/
38. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut. Memòria 2017. Barcelona. Barcelona; 2018.
 39. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Central de Resultats. Àmbit de salut mental i addiccions. Dades 2017. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2018.
 40. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano J V, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(2):201-10.
 41. World Health Organization. Regional Committee for Europe. The European Mental Health Action Plan. 2013.
 42. World Health Organization. Data and statistics [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2014 [citad 11 novembre 2016]. Disponible a:
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
 43. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86.
 44. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;
 45. Gold K, Kilbourne A, Valenstein M. Primary care of patients with serious mental illness: your chance to make a difference. *J Fam Pract*. 2008;57(8):515-25.
 46. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry*. 2011;10(1):52-77.

47. Piccinelli M, Gomez Homen F. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva; 1997.
48. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, McAdams LA, Jeste D V. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. gener 1999;60(1):61-7; quiz 68-9.
49. Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *Am J Psychiatry*. febrer 1996;153(2):163-73.
50. Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ, Delrahim S, Hammen C. Gender and bipolar illness. *J Clin Psychiatry*. maig 2000;61(5):393-6; quiz 397.
51. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. 2011;199:441-2.
52. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2015. Madrid; 2017.
53. Servei de Gestió i Anàlisi de la Informació per a la Planificació Estratègica. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2016. Barcelona; 2018.
54. Defunciones según la Causa de Muerte 2017 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [citad 19 gener 2019]. Disponible a:
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2017/l0/&file=05008.px>
55. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. desembre 2000;157(12):1925-32.
56. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. juny 2005;66(6):693-704.
57. Nordentoft M, Mortensen P, Pedersen C. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 3 octubre 2011;68(10):1058-64.
58. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 1 març 2005;62(3):247-53.
59. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. abril 2003;33(3):395-405.
60. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

8. BIBLIOGRAFIA

61. Generalitat de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. 2016.
62. World Health Organization. Sixty-ninth World Health Assembly. Framework on integrated, people-centred health services. 2016.
63. Rodríguez Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº106; 2010.
64. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me. London: The King's Fund; 2011.
65. López M, Marín A, de la Parte J. La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con respecto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. Rev Española sobre Discapac Intelect Siglo Cero. 2004;35(210):45-55.
66. Farkas M. The vision of recovery today: What it is and what it means for services. World psychiatry. 2007;6(2):68-74.
67. Farkas M, Anthony WA. Psychiatric rehabilitation interventions: a review. Int Rev psychiatry. 2010;22(2):114-29.
68. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla salut de Catalunya 2011- 2015. Barcelona; 2012.
69. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Proposta de Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona; 2016.
70. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(3):166-73.
71. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books; 1958.
72. Lluç Canut MT. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva: Tesis. Barcelona: Universitat de Barcelona; 1999.
73. Jane-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.
74. Östlin P. Mental health: strengthening our response [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2018 [citad 16 agost 2017]. Disponible a:

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
75. Espelt A, Contintente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit.* 1 novembre 2016;30:38-44.
 76. Valls-Llobet C. Les causes orgàniques del malestar de les dones. *MyS.* 2005;16.
 77. Rohlfis I, Borrell M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit.* 2000;14:60-71.
 78. Esteban M. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colect.* 2006;2(1):9-20.
 79. Montero Piñar I. *Salud Mental.*
 80. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit.* 13 maig 2004;18:175-81.
 81. White C. «Gender blindness» threatens success of government's health strategy. *BMJ Br Med J.* 2003;327(7425):1188.
 82. Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM. *The Handbook of Salutogenesis.* Springer. 2017.
 83. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de Salud Pública. Ottawa, Ontario, Canadá; 1986.
 84. Antonovsky A. *Health, stress and coping.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1979.
 85. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass; 1987.
 86. Bauer G, Davies JK, Pelikan J. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promot Int.* 7 abril 2006;21(2):153-9.
 87. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int.* 2006;21(3):238-44.
 88. Hernán M, Antony M, Mena LÁ. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Serie Monografías EASP N°51. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
 89. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Heal.* maig 2006;60:376-81.

8. BIBLIOGRAFIA

90. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:460-6.
91. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*. març 1993;36(6):725-33.
92. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(2):129-39.
93. Siegrist J. Sense of coherence and sociology of emotions. *Soc Sci Med*. 1993;37(8):978-9.
94. Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, Luis del Barrio J, Lozano LM, Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(13):486-92.
95. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(11):938-44.
96. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *Sci World J*. 2005;5:767-76.
97. Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res*. febrer 2001;50(2):77-86.
98. Bental-Israeli A, Sagy S. Life experiences contributing to the development of a sense of coherence: Consistency and/or breakthrough experience. *Stud Educ*. 2010;1:215-41.
99. Mattisson C, Horstmann V, Bogren M. Relationship of SOC with sociodemographic variables, mental disorders and mortality. *Scand J Public Health*. 1 juliol 2014;42(5):434-45.
100. Kouvonen AM, Väänänen A, Vahtera J, Heponiemi T, Koskinen A, Cox SJ, et al. Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study. *J Epidemiol Community Health*. març 2010;64:255-61.
101. Bengtsson-Tops A, Hansson L. The validity of Antonovsky's sense of coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *J Adv Nurs*. 2001;33(4):432-8.
102. Griffiths CA. Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2009;23(1):72-

- 8.
103. Lehman AF. A quality of life interview for the chronically mentally ill (QOLI). *Eval progr Plan.* 1988;11:51-62.
104. Angermeyer MC, Kilian R. Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Calidad de vida en los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 2000. p. 19-30.
105. Becker M, Diamond R, Sainfort F. Factors affecting quality of life evaluations. Madison, Wisconsin; 1993.
106. Meijer CJ, Koeter MWJ, Sprangers M a G, Schene AH. Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* maig 2009;44(5):361-8.
107. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
108. Lindström B, Henriksson B. The Essence of Existence. On the quality of life of children in the Nordic countries. *Int J Soc Welf.* 1996;5(2):117-8.
109. Holloway F, Carson J. Quality of life in severe mental illness. *Int Rev Psychiatry.* 2002;14:175-84.
110. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chil.* 2010;138(3):358-65.
111. Patrick D, Erickson P. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation.* New York: Oxford University Press; 1993.
112. Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En: *Quality of Life and Pharmaco economics in Clinical Trials.* Bert Spilker; 1996. p. 117-31.
113. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc y Enferm.* 2003;9(2):9-21.
114. Barge-Schaapveld D, Nicolson N, Deslepaal P, De Vries MW. Evaluación de la calidad de vida diaria con el método de muestreo de experiencias. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Calidad de vida en los trastornos mental.* Barcelona: Masson; 2000. p. 93-105.

8. BIBLIOGRAFIA

115. Wilson I, Cleary P. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. *JAMA*. 4 gener 1995;273(1):59-65.
116. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Publica*. 2010;84(2):169-84.
117. Cieza A, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Qual Life Res*. 2005;14(5):1225-37.
118. Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: A model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res*. 2008;17(9):1125-35.
119. Fleury M-J, Grenier G, Bamvita J-M, Tremblay J, Schmitz N, Caron J. Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11(92):1-12.
120. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002;324:1-5.
121. Valderas J, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clínica*. 2005;125:56-60.
122. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
123. Alonso J, Antó J, Prieto L. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(20):771-6.
124. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*. maig 1981;15(3):221-9.
125. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health*. juny 1990;80(6):704-8.
126. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. agost 1981;19(8):787-805.
127. Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE, Martin DP, Gilson BS. The sickness impact profile: validation of a health status measure. *Med Care*. gener 1976;14(1):57-67.

128. Vázquez-Barquero JL, Arias Bal MA, Peña C, Díez Manrique JF, Ayesterán Ruiz A, Miró J. The «Sickness Impact Profile» questionnaire (SIP): Spanish version of a measure of health status. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1991;19(2):127-34.
129. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (New York)*. diciembre 1990;16(3):199-208.
130. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy (New York)*. juliol 1996;37(1):53-72.
131. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. *European Quality of Life scale*. *Med Clin*. 1999;112:79-85.
132. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.
133. Lucas-Carrasco R. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Qual Life Res*. 25 febrer 2012;21(1):161-5.
134. Oliver JP, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. febrer 1997;32(2):76-83.
135. Vázquez-Barquero JL, Gaité L, Ramírez N, García Usieto E, Borra Ruiz C, Sanz García O, et al. Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida de Lancashire -LQOLP-. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1997;60(2):125-39.
136. Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Eval Program Plann*. gener 1983;6(2):143-51.
137. Lehman AF. *Quality of Life Issues and Assessment Among Persons with Schizophrenia*. 1995.
138. Bobes J, García-Portillo MP, Bousoño M. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. 1995.
139. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*. 1984;10(3):388-98.
140. Bilker WB, Brensinger C, Kurtz MM, Kohler C, Gur RC, Siegel SJ, et al. Development of an Abbreviated Schizophrenia Quality of Life Scale Using a New Method. *Neuropsychopharmacology*. 17 abril 2003;28(4):773-7.
141. Ritsner M, Kurs R, Ratner Y, Gibel A. Condensed version of the Quality of Life Scale for schizophrenia for use in outcome studies. *Psychiatry Res*. 15 maig 2005;135(1):65-75.

8. BIBLIOGRAFIA

142. Rodríguez F. A, Rodríguez M. A, Jarne A, Soler RM, Miarons R, Grau A. Estudio factorial y adaptación de la Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia (QLS). *Rev Psicol Gen y Apl Rev la Fed Española Asoc Psicol.* 1995;48(3):353-64.
143. Auquier P, Simeoni MC, Sapin C, Reine G, Aghababian V, Cramer J, et al. Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophr Res.* 1 setembre 2003;63(1-2):137-49.
144. Giner J, Ibáñez E, Cervera S, Leal C, Baca E, Bobes J. Seville Quality of Life Questionnaire: historic outlook of its establishment. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999;27(1):8-13.
145. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Pereira Candel J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc).* 2001;116(20):789-96.
146. Gómez Mengelberg E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG (A Coruña).* 2009;6(9):1-10.
147. Schalock RL, Verdugo MA. *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales.* Barcelona: Alianza Editorial; 2003.
148. Bobes J, González MP, Bousoño M, Sáiz PA. Calidad de vida y psiquiatría. *Rev Med Univ Navarra.* 1996;40:44-9.
149. Barry MM, Zissi A. Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* gener 1997;32(1):38-47.
150. Becker M, Diamond R. Nuevos avances en la medición de la calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katsching H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Calidad de vida en los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 2000. p. 115-28.
151. Awad G. Calidad de vida en esquizofrenia . Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Rev Psiquiatr Uruguay.* 2008;72(2):121-9.
152. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousoño M. Calidad de vida y discapacidad en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. *Eur Psychiatry Ed Esp.* 2001;16:436-42.
153. Prigent A, Auraaen A, Kamendje-Tchokobou B, Durand-Zaleski I, Chevreur K. Health-related quality of life and utility scores in people with mental disorders: A comparison with the non-

- mentally ill general population. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(3):2807-17.
154. Saarni SI, Viertiö S, Perälä J, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *Br J Psychiatry*. 2010;197:386-94.
 155. Wiersma D, van Busschbach J. Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251:239-46.
 156. Sagayadevan V, Lee SP, Ong C, Abdin E, Chong SA, Subramaniam M. Quality of Life across Mental Disorders in Psychiatric Outpatients. *Ann Acad Med Singapore*. juliol 2018;47(7):243-52.
 157. Hui C, Morcillo C, Russo DA, Stochl J, Shelley GF, Painter M, et al. Psychiatric morbidity, functioning and quality of life in young people at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res*. 2013;148:175-80.
 158. Evans S, Banerjee S, Leese M, Huxley P. The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Qual life Res*. febrer 2007;16(1):17-29.
 159. Pitkänen A, Hätönen H, Kuosmanen L, Välimäki M. Individual quality of life of people with severe mental disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16:3-9.
 160. Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Soc Sci Med*. 2007;65(7):1420-9.
 161. Patrício B, Jesus LM, Cruice M, Hall A. Quality of life predictors and normative data. *Soc Indic Res*. 2014;119(3):1557-70.
 162. Wang WC, Yao G, Tsai YJ, Wang JD, Hsieh CL. Validating, improving reliability and estimating correlation of the four subscales in the WHOQOL-BREF using multidimensional rasch analysis. *Qual Life Res*. 2006;15(4):607-20.
 163. Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res*. 29 setembre 2011;20(7):1123-9.
 164. Holloway F, Carson J. Quality of life in severe mental illness. *Int Rev psychiatry*. 2002;14:175-

8. BIBLIOGRAFIA

- 84.
165. Baladón L, Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Palao DJ, Fernández A. Gender differences in the impact of mental disorders and chronic physical conditions on health-related quality of life among non-demented primary care elderly patients. *Qual Life Res.* 2016;25(6):1461-74.
166. Galuppi A, Turola MC, Nanni MG, Mazzoni P, Grassi L. Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning? *Int J Ment Health Syst.* 2010;4(31):1-8.
167. Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M, Hummer M, Kemmler G, Rettenbacher MA, et al. Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *Eur Psychiatry.* 2005;20(5-6):386-94.
168. Domenech C, Bernasconi C, Moneta MV, Nordstroem AL, Cristobal-Narvaez P, Vorstenbosch E, et al. Health-related quality of life associated with different symptoms in women and in men who suffer from schizophrenia. *Arch Womens Ment Health.* 2018;
169. Li Y, Hou C-L, Ma X-R, Zhong B-L, Zang Y, Jia F-J, et al. Quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Psychiatry Res.* 2017;254:80-4.
170. Rodriguez-Salgado B, Dolengevich-Segal H, Arrojo-Romero M, Castelli-Candia P, Navio-Acosta M, Perez-Rodriguez MM, et al. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry.* 2006;6(20):[1-7].
171. Fervaha G, Agid O, Takeuchi H, Foussias G, Remington G. Clinical determinants of life satisfaction in chronic schizophrenia: Data from the CATIE study. *Schizophr Res.* 2013;151(1-3):203-8.
172. Heider D, Angermeyer MC, Winkler I, Schomerus G, Bebbington PE, Brugha T, et al. A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophr Res.* 2007;93(1-3):194-202.
173. Brissos S, Balanzá-Martinez V, Dias VV, Carita AI, Figueira ML. Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;261(7):509-17.
174. Montemagni C, Castagna F, Crivelli B, De Marzi G, Frieri T, Macrì A, et al. Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2014;220(1-2):102-11.
175. Beard C, Weisberg RB, Keller MB. Health-related Quality of Life across the anxiety disorders:

- Findings from a sample of primary care patients. *J Anxiety Disord.* 2010;24(6):559-64.
176. Hansson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(429):46-50.
177. Hsiao CY, Hsieh MH, Tseng CJ, Chien SH, Chang CC. Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: Relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *J Clin Nurs.* 2012;21(15-16):2367-76.
178. Lambri M, Chakraborty A, Leavey G, King M. Quality of life and unmet need in people with psychosis in the London Borough of Haringey, UK. *Sci World J.* 2012;2012.
179. Kunikata H, Mino Y, Nakajima K. Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59(2):163-9.
180. Bengtsson-Tops A, Hansson L, Sandlund M, Bjarnason O, Korkeila J, Merinder L, et al. Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: a Nordic multicentre study. *Qual life Res.* 2005;14:221-9.
181. Corrigan PW, Buican B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(5):281-85.
182. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res.* 2001;51:171-80.
183. Lasalvia A, Ruggeri M, Santolini N. Subjective quality of life: its relationship with clinician-rated and patient-rated psychopathology. The South-Verona Outcome Project 6. *Psychother Psychosom.* 2002;71(5):275-84.
184. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34:513-8.
185. Barnes AL, Murphy ME, Fowler CA, Rempfer M V. Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness. *Schizophr Res Treatment.* 2012;2012.
186. Connell J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes.* gener 2012;10(138):[1-16].

8. BIBLIOGRAFIA

187. Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* gener 2006;113(429):115-9.
188. Doyal L, Gough I. *Teoría de las Necesidades humanas*. Madrid: Icaria-FUHEM; 1994.
189. Panadero Herrero S. Calidad de vida y funcionamiento psicosocial de las personas con trastornos mentales graves y duraderos. *Anu Psicol Clínica y la Salud.* 2011;7:51-9.
190. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* juny 1976;33(6):766-71.
191. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J psychiatry.* desembre 1990;157:853-9.
192. Svedberg P, Svensson B, Hansson L, Jormfeldt H. A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nord J Psychiatry.* 2014;68(6):401-8.
193. Sim K, Huak Y, Hee T, Mahendran R, Ann S, Mcgorry P. Physical comorbidity, insight, quality of life and global functioning in first episode schizophrenia: A 24-month, longitudinal outcome study. *Schizophr Res.* 2006;88:82-9.
194. Valiente C, Vázquez C, Simon P. Marco Teórico de la Evaluación: desde la Rehabilitación Psicosocial a la Recuperación. En: Fernández J, Touriño R, Benítez N, Abelleira C, editors. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP; 2010. p. 15-29.
195. Cederblad M, Hansson K. Sense of coherence--a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group. *Isr J Med Sci.* 1996;32(3-4):194-9.
196. Hansson L, Björkman T. Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time?--A 6-year follow-up study. *Qual life Res.* febrer 2007;16(1):9-16.
197. Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M, Scisło P, Leksowska A, Gorczyca P. The association of quality of life with mental status and sociodemographic data in schizophrenic patients. *Psychiatr Pol.* 2012;46(6):975-84.
198. Szymona K. Changes of sense of coherence (SOC) after psychotherapy in neurotic patients. *Psychiatr Pol.* gener 2005;39(4):659-68.

199. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2006;62(2):212-9.
200. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Nortvedt MW, Hanestad BR. Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: A 1-year follow-up study. *Qual Life Res*. 2007;16(6):939-46.
201. Skärsäter I, Rayens MK, Peden A, Hall L, Zhang M, Ågren H, et al. Sense of Coherence and Recovery From Major Depression: A 4-Year Follow-up. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23(2):119-27.
202. Gassmann W, Christ O, Lampert J, Berger H. The influence of Antonovsky's sense of coherence (SOC) and psychoeducational family intervention (PEFI) on schizophrenic outpatients' perceived quality of life: a longitudinal field study. *BMC Psychiatry*. 2013;13(10):[1-6].
203. Qui som - Fundació Althaia [Internet]. Manresa: Althaia. Xarxa Assistencial Universitària Manresa; 2017 [citad 29 juny 2017]. Disponible a:
<http://www.althaia.cat/althaia/ca/corporatiu/qui-som>
204. Història - Fundació Althaia [Internet]. 2017 [citad 29 juny 2017]. Disponible a:
<http://www.althaia.cat/althaia/ca/corporatiu/historia>
205. Salut mental adults - Fundació Althaia [Internet]. Manresa: Althaia. Xarxa Assistencial Universitària Manresa; 2017 [citad 29 juny 2017]. Disponible a:
<http://www.althaia.cat/althaia/ca/assistencial/salut-mental/adults>
206. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:410-6.
207. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-50.
208. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. novembre 1995;167(5):589-95.
209. Rosales Varo C, Torres González F, Luna Del Castillo J, Jiménez Estévez J, Martínez Montes G.

8. BIBLIOGRAFIA

- Reliability of the Spanish version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN) (Spanish version of CAN Reliability Study). *Actas españolas Psiquiatr*. 2002;30(2):99-104.
210. Meijer K, Schene A, Koeter M, Knudsen HC, Becker T, Thornicroft G, et al. Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(4):251-8.
211. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones éticas en seres humanos [Internet]. 2017 [citad 4 desembre 2017]. Disponible a: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
212. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal.
213. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med*. 1996;12(5):294-6.
214. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG, Robert SA. Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US nationally representative data sets. *Qual Life Res*. 2010;19:1115-24.
215. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
216. Donoghue K, Doody GA, Murray RM, Jones PB, Morgan C, Dazzan P, et al. Cannabis use , gender and age of onset of schizophrenia: Data from the ÆSOP study. *Psychiatry Res*. 2014;215(3):528-32.
217. Eranti S V, Maccabe JH, Bundy H, Murray RM. Gender difference in age at onset of schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2013;43:155-67.
218. Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophr Res Treatment*. 2012;2012:[01-9].
219. Indicadors anuals. Edat mitjana al primer matrimoni. [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2018 [citad 29 agost 2018]. Disponible a:

- <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10340>
220. Montesó-Curto P. La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres. *Rev Int Trab Soc y ciencias Soc.* 2014;8:105-26.
 221. Schrank B, Rumpold T, Gmeiner A, Priebe S, Aigner M. Parenthood among people with psychotic disorders: gender differences in a non-selective clinical sample. *Psychiatry Res.* 2016;246:474-9.
 222. Ochoa S, Usall J, Haro JM, Araya S, Autonell J, Busquets E, et al. Comparative study of the needs of patients with schizophrenia by gender. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001;29(3):165-71.
 223. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. World Health Organization. Karolinska Institutet; 2007.
 224. Kim JE, Song IH, Lee S. Gender Differences of Stressful Life Events , Coping Style , Symptom Severity , and Health-Related Quality of Life in Patients With Panic Disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2017;205(9):714-9.
 225. Borrell C, Artazcoz L, Gil-González D, Pérez K, Pérez G, Vives-Cases C, et al. Determinants of perceived sexism and their role on the association of sexism with mental health. *Women Heal.* 2011;51(6):583-603.
 226. Turshen M. The Impact of Sexism on Women's Health and Health Care. *J Public Heal Policy.* 1993;14(2):164-73.
 227. Neil AO, Stevenson CE, Williams ED, Mortimer D, Oldenburg B, Sanderson K. The health-related quality of life burden of co-morbid cardiovascular disease and major depressive disorder in Australia : findings from a population-based , cross-sectional study. *Qual Life Res.* 2013;22:37-44.
 228. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med.* 2000;51:843-57.
 229. Espelt A, Font-Ribera L, Rodríguez-Sanz M, Artazcoz L, Ferrando J, Plaza A, et al. Disability Among Older People in a Southern European City in 2006: Trends in Gender and Socioeconomic Inequalities. *J Women's Heal.* 2010;19(5):927-33.
 230. Dahlin J, Härkönen J. Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: Does country-level gender equality matter? *Soc Sci Med.* 2013;98:24-8.

8. BIBLIOGRAFIA

231. WHO. Regional Office for Europe. Beyond the mortality advantage. Investigating women's health in Europe. Copenhagen: World Health Organization; 2015.
232. Arias-de la Torre J, Molina AJ, Fernández-Villa T, Artazcoz L, Martín V. Salud mental, rol familiar y situación laboral dentro y fuera del hogar en España. *Gac Sanit.* 2018;
233. OECD. In It Together. Why Less Inequality Benefits All. Paris: OECD Publishing; 2015.
234. Waite LJ. Does Marriage Matter? *Demography.* 1995;32(4):483-507.
235. Lillard LA, Panis CWA. Marital status and mortality: the role of health. *Demography.* 1996;33(3):313-27.
236. Lillard LA, Waite LJ. Til death do us part: marital disruption and mortality. *Am J Sociol.* 1995;100(5):1131-56.
237. Fleury M-J, Grenier G, Bamvita J-M. Predictive typology of subjective quality of life among participants with severe mental disorders after a five-year follow-up: a longitudinal two-step cluster analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13(150):[1-11].
238. Landolt K, Rössler W, Burns T, Ajdacic-Gross V, Galderisi S, Libiger J, et al. The interrelation of needs and quality of life in first-episode schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;262:207-16.
239. Perry BL, Pescosolido BA. Social network activation: The role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Soc Sci Med.* 2015;125:116-28.
240. Scho U. Recovery from severe mental illness, a gender perspective. *Scand J Caring Sci.* 2010;24:557-64.
241. Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J.* 2004;40(6):513-23.
242. Wahl A., Rustoen T, Lerdal A, Hanestad B., Knudsen O J, Moum T. The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): a psychometric study. *Palliat Support Care.* 2004;2:255-63.
243. Nilsson B, Holmgren L, Stegmayr B, Westman G. Sense of coherence – stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. *Scand J Public Health.* 2003;31:297-304.
244. Lindmark U, Stenström U, Wärnberg Gerdin E, Hugoson A. The distribution of “sense of coherence” among Swedish adults: A quantitative cross-sectional population study. *Scand J*

- Public Health. 2010;38:1-8.
245. Feldt T, Lintula H, Suominen S, Koskenvuo M, Vahtera J, Kivimäki M. Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. Qual life Res. 2007;16:483-93.

ANNEXOS

ANNEXOS

Annex 1. TMS segons manual DSM-IV

Segons el manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-IV-TR) “cada trastorn mental és conceptualitzat com una síndrome o un patró comportamental o psicològic de significació clínica, que apareix associat a un malestar (ex: dolor), a una discapacitat (ex: deteriorament en una o més àrees de funcionament) o a un risc significativament augmentat de morir o de patir dolor, discapacitat o pèrdua de llibertat. A més, aquesta síndrome o patró no ha de ser merament una resposta culturalment acceptada a un esdeveniment particular (ex: la mort d’un ser estimat). Qualsevol que sigui la seva causa, s’ha de considerar com la manifestació individual d’una disfunció comportamental, psicològica o biològica. Ni el comportament desviat (ex: polític, religiós o sexual) ni els conflictes entre l’individu i la societat són trastorns mentals, a no ser que la desviació o el conflicte siguin símptomes d’una disfunció”(22).

A Europa s'utilitza el sistema de codificació de la Classificació Internacional de Malalties, i per aquest motiu, en la majoria de trastorns del DSM-IV, figuren 2 codis. Els 5 eixos de classificació són:

Eix I: Trastorns clínics. Altres problemes que poden ser objecte d’atenció clínica.

Eix II: Trastorns de personalitat. Retard mental.

Eix III: Malalties mèdiques.

Eix IV: Problemes psicosocials i ambientals.

Eix V: Avaluació de l’activitat global.

Partint d’aquests eixos, la classificació dels trastorns mentals segons el DSM-IV és:

1. Trastorns d’inici en la infància, infantesa o adolescència
2. Delírium, demència, trastorns amnèsics i altres trastorns cognoscitius
3. Trastorns mentals deguts a malaltia mèdica, no classificats en altres apartats
4. Trastorns relacionats amb substàncies
5. Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics
6. Trastorns de l’estat d’ànim
7. Trastorns d’ansietat

8. Trastorns somatomorfs
9. Trastorns ficticis
10. Trastorns dissociatius
11. Trastorns sexuals i de la identitat sexual
12. Trastorns de la conducta alimentària
13. Trastorns del son
14. Trastorns del control dels impulsos no classificats en altres apartats
15. Trastorns adaptatius
16. Trastorns de la personalitat
17. Altres problemes que poden ser objecte de l'atenció clínica

Per la seva banda, el manual DSM-V (12) té la següent classificació:

1. Trastorns del neurodesenvolupament
2. Espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics
3. Trastorn bipolar i trastorns relacionats
4. Trastorns depressius
5. Trastorns d'ansietat
6. Trastorn obsessiu-compulsiu i trastorns relacionats
7. Trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès
8. Trastorns dissociatius
9. Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats
10. Trastorns de la conducta alimentària i de la ingesta d'aliments
11. Trastorns de l'excreció
12. Trastorns del son-vigília
13. Disfuncions sexuals
14. Disfòria de gènere
15. Trastorns disruptius, del control dels impulsos i de la conducta
16. Trastorns relacionats amb substàncies i trastorns addictius
17. Trastorns neurocognitius
18. Trastorns de personalitat
19. Trastorns parafílics
20. Altres trastorns mentals
21. Trastorns mentals induïts per medicaments i altres efectes adversos dels medicaments
22. Altres problemes que poden ser objecte de l'atenció clínica

Ambdues classificacions són lleugerament diferents. En relació als diagnòstics dels TMS utilitzats en aquesta investigació, es poden observar les següents diferències:

Taula 28. Classificació dels TMS segons el manual DSM-IV i el DSM-V

DSM-IV	DSM-V
Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	Espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics
Trastorns de l'estat d'ànim	Trastorn bipolar i trastorns relacionats Trastorns depressius
Trastorns d'ansietat	Trastorns d'ansietat Trastorn obsessiu-compulsiu i trastorns relacionats
Trastorns de la personalitat	Trastorns de personalitat

Font: Elaboració pròpia

Annex 2. Enquesta sociodemogràfica i clínica

Datos sociodemográficos y clínicos:

Fecha: _/ _/ _

1.- Sexo

- Masculino Femenino

2- Edad (años cumplidos)

3.- Estado Civil:

- Soltero/a Casado/a Separado/a Viudo/a Religioso

4.- Número de hijos: nº hijos mayores 18a:

5.- Número de amistades y tipo:

- 0 – 3 4 – 6 + de 7

6.- Personas con las que vive:

- Solo/a Pareja Padres/hermanos Otros familiares Amistades

- Otros: _____

7.- Situación legal:

Incapacidad legal:

- No Sí En proceso

8.- Certificado de disminución:

- No Sí: _____%

9.- Nivel de estudios:

- No sabe leer ni escribir Leer y escribir Certificado escolar
 E.S.O. Bachillerato / FP Diplomatura Licenciatura

10.- Situación laboral:

- Activo Parado Trabajo protegido Estudiante Baja laboral

11.- Tipos de prestación:

- Pirmi PNC Orfandato Ayudas familiares Jubilación Ninguna

12.- Invalidez:

- No Temporal Absoluta Parcial: _____%

13.- Cantidad de ingresos familiares o personales:

- < 400€ 400 – 700€ > 700€

14.- Patología diagnosticada:

Eje I _____

Eje II _____

Eje III _____

15.- Como consecuencia de su patología, ¿su vida social y las actividades del tiempo libre han cambiado?

- Sí No

16.- ¿Qué percepción tiene en cuanto a su afectación del trastorno en sus relaciones sociales y/o en sus actividades?

- Han mejorado Han empeorado No han cambiado Ns/nc

17.- En el caso que haya empeorado, ¿En qué ámbito de su vida han cambiado?

- Funcionamiento diario Amistades Familiar Laboral Ocio

Otros

18.- ¿Se ha planteado qué posibilidades de futuro tendría?

- Sí No

19.- ¿Cree que en un futuro necesitaría algún tipo de ayuda?

- Sí No Ns/nc

Annex 3. Resolució Comitè d'Ètica i Investigacions Científiques



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Dr. Miquel Nolla, com a Secretari del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts, 28 de gener, ha avaluat:

La proposta d'Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa per que es realitzi l'estudi, que porta per títol: Funcionament a la comunitat i necessitats psicosocials cobertes i no cobertes en persones amb trastorn mental sever (TMS) ,amb codi CEIC 13/107 i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsibles per al subjecte.

La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi.

Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es digui a terme a Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa amb la Dra. Gemma Prat.

I que l'investigador principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

En aquesta reunió s'han complert els requisits establerts en la legislació vigent – RD 223/22004. El CEIC tant en la seva composició, com en els PNT compleix amb les normes de BPC (CPMP/ICH/135/95).

MEMBRES DEL CEIC DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dr. Miquel Nolla	President	Metge
Dra. Anna Altés	Secretari	Metge
Dra. Imma Guasch	Vocal	Metge
Dr. Ernesto Ezequiel	Vocal	Metge
Dr. Jesús Montesinos	Vocal	Metge
Dra. Rosa Morros	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dr. Jaume Trapé	Vocal	Farmacèutic
Dra. Imma Torre	Vocal	Farmacèutica
Dra. Concha Antolin	Vocal	Farmacèutica primària
Sra. Elisabet Juan	Vocal	Infermera
Sra. Laura Cedrón	Vocal	Infermera
Sra. Ana Barajas	Vocal	Psicòloga
Sra. Itziar Aliri	Vocal	Advocat
Sra. Vanessa Massó	Vocal	C. Empresarials

Barcelona, 7 de febrer de 2014

Dr. Miquel Nolla
Secretari del CEIC

Annex 4. Consentiments Informatats

- A. Consentiment informat de l'inici de l'estudi (Castellà i Català)**
- B. Consentiment informat del seguiment de l'estudi (Castellà i Català)**

Proyecto de investigación “Detección de necesidades psicosociales y funcionamiento comunitario en personas con Trastorno Mental Severo (TMS)”.

Apreciado Sr/Sra.

Solicitamos su colaboración para participar en el proyecto de investigación “Detección de necesidades psicosociales y funcionamiento comunitario en personas con Trastorno Mental Severo (TMS)”.

Para considerar su participación es necesario que lea atentamente la siguiente información y nos plantee todas las cuestiones que crea necesarias.

Justificación/Objetivo

El objetivo de este estudio es realizar el de determinar el número y tipo de necesidades sociales y psicológicas que presentan las personas con problemas de salud mental y también, identificar las capacidades y recursos de qué disponen para vivir en sociedad de la forma más autónoma posible. Los resultados serán de gran utilidad para adecuar los recursos asistenciales a las necesidades que presentan estas personas a fin de mejorar la calidad de la atención sanitaria.

¿En qué consiste su participación en el estudio?

Se realizará una sesión de valoración en la que se le pasarán 3 cuestionarios que consisten en que le hagan algunas preguntas sobre sus actividades y necesidades sociales y psicológicas, así como el estado actual de su salud por parte de un profesional de la salud mental. Se prevé que las sesiones de exploración duren entre 30 minutos y 45 minutos, dependiendo de la rapidez con la que se responda.

Beneficios

El hecho de participar en el estudio no implica ningún beneficio directo para Ud., pero permitirá incorporar mejoras en la atención sanitaria no solo a su persona sino a todas las personas afectadas por problemas de salud mental.

Compromiso de confidencialidad

Toda la información sobre usted y su enfermedad será tratada de forma confidencial y solo podrán tener acceso a ella los profesionales responsables de su atención relacionadas con el presente estudio. De conformidad con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre o el nombre del paciente, y sus identidades no serán reveladas a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada por métodos informáticos en condiciones de seguridad.

De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al personal sanitario que le atiende en este estudio.

De acuerdo con la legislación vigente, tiene derecho a ser informado de los datos relevantes para la salud que se obtengan en el curso del estudio. Esta información se le comunicará si lo desea; en el caso de que prefiera no ser informado, su decisión se respetará.

Voluntariedad

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y se puede retirar de él en cualquier momento sin que deba dar explicaciones a nadie.

Más información

Si desea más información sobre este proyecto puede contactar con la investigadora responsable.

Contacto: Gemma Prat Vigué; Teléfono: 93.877.68.25

Consentimiento Informado del paciente para participar en el estudio “Detección de necesidades psicosociales y funcionamiento comunitario en personas con Trastorno Mental Severo (TMS)”.

El Sr./Sra. (*nombre y apellidos*) accedo a participar en la investigación “Detección de necesidades psicosociales y funcionamiento comunitario en personas con Trastorno Mental Severo (TMS)” y declaro que:

1. He recibido y comprendido la información sobre el estudio en el que me proponen participar.
2. He recibido una hoja informativa que explica las características del estudio.
3. He sido informado de los objetivos y de los beneficios derivados de la participación.
4. Soy consciente de que la participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
5. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

(Firma del paciente)

(Gemma Prat Vigué. Investigadora principal)

A, _____, _____ de _____ 2014

Projecte d'investigació “Detecció de necessitats psicosocials i funcionament comunitari en persones amb Trastorn Mental Sever (TMS)”.

Benvolgut Sr/Sra.

Sol·licitem la seva col·laboració per a participar en el projecte d'investigació “Detecció de necessitats psicosocials i funcionament comunitari en persones amb Trastorn Mental Sever (TMS)”.

Per a considerar la seva participació és necessari que llegeixi atentament la següent informació i ens plantegi totes les qüestions que crea necessàries.

Justificació/Objectiu

L'objectiu d'aquest estudi és determinar el nombre i tipus de necessitats socials i psicològiques que presenten les persones amb problemes de salut mental i també, identificar les capacitats i recursos dels quals disposen per a viure en societat de la forma més autònoma possible. Els resultats seran de gran utilitat per a adequar els recursos assistencials a les necessitats que presenten aquestes persones a fi de millorar la qualitat de l'atenció sanitària.

Que consisteix la seva participació en l'estudi?

Es realitzarà una sessió de valoració en la qual se li passaran 3 qüestionaris que consisteixen que li facin algunes preguntes sobre les seves activitats i necessitats socials i psicològiques, així com l'estat actual de la seva salut per part d'un professional de la salut mental. Es preveu que les sessions d'exploració durin entre 30 minuts i 45 minuts, depenent de la rapidesa amb la qual es respongui.

Beneficis

El fet de participar en l'estudi no implica cap benefici directe per a vostè, però permetrà incorporar millores en l'atenció sanitària no solament a la seva persona sinó a totes les persones afectades per problemes de salut mental.

Compromís de confidencialitat

Tota la informació sobre vostè i la seva malaltia serà tractada de forma confidencial i solament podran tenir accés a ella els professionals responsables de la seva atenció relacionades amb el present estudi.

Conforme amb allò que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), les dades personals que s'obtinguin seran les necessàries per cobrir els objectius de l'estudi. A cap dels informes de l'estudi apareixerà el seu nom, i la seva identitat no serà

revelada a cap persona excepte per complir amb els objectius de l'estudi, i en el cas d'urgència mèdica o requeriment legal.

Qualsevol informació de caràcter temporal que pugui ser identificable serà conservada per mètodes informàtics en condicions de seguretat.

D'acord amb la llei vigent, vostè té dret a l'accés de les seves dades personals; així mateix, i si està justificat, té dret a la seva rectificació i cancel·lació. Si així ho desitja, haurà de sol·licitar al personal sanitari que l'atengui en aquest estudi.

D'acord amb la legislació vigent, vostè té dret a ser informat de les dades rellevants per a la salut que s'obtinguin en el curs de l'estudi. Aquesta informació se li comunicarà si ho desitja; en el cas que prefereixi no ser informat, la seva decisió es respectarà.

Voluntarietat

La participació en aquest estudi és totalment voluntària i es pot retirar d'ell en qualsevol moment sense que hagi de donar explicacions a ningú.

Més informació

Si desitja més informació sobre aquest projecte pot sol·licitar-la als professionals d'aquest estudi.

Contacte: Gemma Prat; Telèfon: 93.877.68.25

Consentiment Informat del pacient per a participar en l'estudi "Detecció de necessitats psicosocials i funcionament comunitari en persones amb Trastorn Mental Sever (TMS)".

El Sr./Sra. (nom i cognoms) accedeixo a participar en la investigació "Detecció de necessitats psicosocials i funcionament comunitari en persones amb Trastorn Mental Sever (TMS)" i declaro que:

- 1 . He rebut i comprès la informació sobre l'estudi en el qual em proposen participar.
- 2 . He rebut una fulla informativa que explica les característiques de l'estudi.
- 3 . He estat informat dels objectius i dels beneficis derivats de la participació.
- 4 . Sóc conscient que la participació és voluntària i que puc retirar-me quan ho desitgi sense haver de donar explicacions i sense que això repercuteixi en les meves cures mèdiques.
- 5 . He estat informat i entenc que les dades obtingudes en l'estudi poden ser publicades o difoses amb finalitats científiques.

(Signatura del pacient)

(Gemma Prat Vigué. Investigadora principal)

A, _____, de _____ 2014