

FACTORS PSICO-SOCIALS I MALALTIA MENTAL

ESTUDI DE 100 CASOS TRACTATS AL CENTRE D'ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA EN SALUT MENTAL¹ DE LA FUNDACIÓ VIDAL I BARRAQUER²

¹ Serveis Concertats amb la Diputació Provincial de Barcelona.

² Treball realitzat per l'equip del Seminari Psicosocial,

Pere Barbosa, Rosend Camon, Jordi Font i Rodon, Cristina García, Teresa García i Tarafa.

I amb l'aportació de J. Manuel i Diaz, Marta Canals i Antonio Pérez i Sánchez.

Els aspectes estadístics han estat revisats per Manuel Salamero del CIPP
(Col·lectiu d'Investigacions Psicopatològiques i Psicosociològiques de
la Fundació Vidal i Barraquer).

Montserrat Solà ha contribuït a fer possible la confecció d'aquest treball.

Aquest estudi pretén ésser una mostra de:

1. Les perspectives i dubtes que s'obren en un equip d'Assistència Primària Psiquiàtrica, quan comença a treballar i que vol promoure la salut mental.

2. De la discreció i provisionalitat amb què cal operar quan es tracta de delimitar conceptes tals com «desencadenant de l'emmalaltir», «esdeveniments vitals»... i de les dificultats d'obtenir dades experiencials fiables...

3. De l'interès que té, malgrat això, de fer aquests estudis, de cara a millorar l'assistència psiquiàtrica... per tal d'integrar-la en un àmbit comprensiu de l'entorn psico-social, així com del conjunt de l'assistència psiquiàtrica primària.

1. Introducció

1.1. Aquest estudi té el seu inici l'any 1982; un grup de quatre membres de l'equip del C.A.P. de la F.V.B.* ens reunim en sessió setmanal d'una hora i mitja de durada, per tal d'estudiar les històries clíniques del nostre centre, i donar una resposta assistencial el més adequada possible.

1.2. Es constata que els nostres pacients manifestaven situacions psico-socials conflictives abundants i això ens semblava que era significatiu. Així començarem a pensar en,

– Quina era la situació psico-social que coexistia amb la demanda d'assistència i que podia formar part de la mateixa demanda.

* Centre d'Assistència Primària en Salut Mental (C/. Gran de la Sagrera, 179), del Centre Mèdico-Psicològic de la Fundació Vidal i Barraquer, (C/. de Rivadeneyra, 6, 6è – Barcelona, 2. Telf. 318 44 36).

– Què entenien nosaltres que ens demanaven ells i què responíem nosaltres en fer-nos la demanda d'assistència, és a dir, si darrera de la nostra resposta diagnòstico-terapèutica no hi hauria latent quelcom de no ben conegut.

– ¿Se'ns demanava, en el fons, en acudir al CAP, a més de l'assistència sanitària, la intervenció en la seva situació psico-social...?

1.3. Llavors decidírem començar, a partir de les nostres històries clíniques, a obtenir un llistat de factors o situacions psico-socials coexistents en les demandes.

I progressivament anàrem estructurant l'estudi amb els següents passos, que són els que presentarem en aquest treball:

– Anàlisi de factors psico-socials que coexisteixen amb la demanda.

– Anàlisi de la relació entre els factors psico-socials recollits i els nostres diagnòstics psicopatològics, més les altres dades de situació (edat, sexe, etc.) obtingudes per nosaltres en les històries clíniques.

1.4. La hipòtesi a assolir en aquesta línia d'investigació empresa era:

– Saber si els factors o situacions psico-socials en què es troben els nostres pacients influeixen en el seu emmalaltir mental, i de quina manera ho fan, a tothom per igual?

– L'objectiu de fons a assolir, segons el nostre propòsit, i que suposa ulteriors passos i investigacions, és: Com podríem utilitzar millor els nostres recursos assistencials (psicològics, psiquiàtrics, psico-socials), i quins recursos terapèutics ens pertocuen a l'assistència sanitària i quins caldria que fossin aportats per altres sectors de la societat.

2. Metodologia

2.1. De les nostres històries clíniques obtinguérem, d'una banda, les *dades d'entrada* i els *diagnòstics clínics* (HPAB.)*

D'altra banda, els *factors psico-socials*. Factors que constitueixen l'aportació específica de la nostra investigació.

2.2. Mode de selecció de la mostra

Les històries revisades corresponen a un període d'un any (1983), que comença des del sisè mes d'obertura del CAP; en una zona urbana delimitada (vegeu nota 5), i dins un circuit assistencial de característiques específiques. La població és de 127.000 habitants.

S'escolliren les històries clíniques obertes durant els dotze mesos anteriors al començament de la revisió, a fi que el 100 % de les revisions fossin retrospectives.

No es revisaren històries d'un període més antic, ja que consideràrem que el mètode de recollida de dades havia sofert canvis importants des de l'inici de la nostra assistència.

D'aquesta manera hom intentà eliminar variables quant al mètode de recollida de la informació. Amb tot, s'hagueren de refusar força històries que no comptaven amb prou informació per diferents motius. S'acceptaren només aquelles històries que poguessin tenir completa l'exploració diagnòstica. Malgrat això, i per tractar-se d'una

* Història Psiquiàtrica Automatitzable Barcelona. Centre Médico-Psicològic. Fundació Vidal i Barraquer.

investigació retrospectiva àmplia, no és possible saber si l'absència d'alguns factors psico-socials és deguda a la seva inexistència o bé que no foren recollits i explorats. Tot i això, pensem que molts dels factors del llistat són prou rellevants com perquè difícilment no apareguin en una anamnesi i exploració completa. Per problemes tècnics no es pogueren revisar totes les històries vàlides (amb suficient informació) del període escollit, i ens quedà una mostra final de 100 històries (un 45 % del total de les històries obertes durant aquest període).

La recollida de la informació i el diagnòstic de *totes les històries* obertes en el CAP en aquest període, correspongué en un 40 % dels casos a psicòlegs, i en un 60 % a psiquiatres, però quant a les *cent històries* de la nostra mostra del present estudi, la proporció varia a un 53 % Psicòlegs i un 47 % Psiquiatres. La nostra mostra de 100 casos no té, doncs, la mateixa proporció que el grup total. Però com que la diferència entre les dues proporcions no és significativa, la mostra no és sensiblement diferent de totes les històries obertes. És, doncs, representativa.

2.3. *Elaboració d'un llistat de factors psico-socials*

2.3.1. Hom revisà un nombre aproximat de 10 a 15 històries clíniques, escollides a l'atzar. Aquesta revisió es féu en grup, en el qual participaren dos psiquiatres, un psicòleg i dues assistents socials.

De la lectura de cada història clínica es destacaren els fets i les situacions socials passats i presents que, segons entenia l'equip, eren més rellevants per la seva qualificació i per la possible relació amb la patologia de l'individu i amb la configuració de la seva demanda. Es tractava d'obtenir un llistat de circumstàncies objectives externes a l'individu, independentment del que ell o nosaltres ho valorés o no com a factor emmalaltidor, per exemple, un canvi de casa, el fet d'ésser immigrant, un avortament...

Així es va elaborar un primer llistat de factors.

A fi d'eliminar o pal·liar la subjectivitat en els criteris de valoració, tot i que no utilitzàrem més que els factors objectius i no els subjectius del terapeuta, cada explorador féu una valoració individual i posteriorment es confrontaren les valoracions individuals en el grup, i hom seleccionà només aquells factors en els quals hi havia coincidència.

2.3.2. Hom consultà adaptacions espanyoles del llistat d'«esdeveniments vitals» de Homes i Rahe revisat per L.González de Rivera¹.*

Malgrat la diferència essencial (el criteri subjectiu), la comparació del nostre llistat amb el de Homes i Rahe (adaptació espanyola) ens serví per a subratllar aquells factors que apareixien en ambdós llistats.

2.3.3. En un tercer pas es féu un llistat més ampli, en el qual s'inclogueren encara factors que, segons l'opinió de tots els components del grup, podien considerar-se importants des d'un punt de vista de promoure modificacions, ja siga per la seva importància biogràfica, ja siga per la seva importància en el desenvolupament emocional i relacional de l'individu i la seva capacitat potencial de «stress».

* El llistat de Homes i Rahe està fet a partir d'una valoració *subjectiva* que fan els individus enquestats d'una mostra de població, sobre una llista d'esdeveniments que se'ls presenta. Es basa en una valoració subjectiva des de l'individu enquestat, no tipificat com a pacient psiquiàtric, i es refereix a esdeveniments que poden no haver-li succeït a la persona que els valora.

2.3.4. Amb la finalitat d'afavorir el processament informàtic en els nostres programes de la HPAB, agrupàrem i adaptàrem la classificació del llistat nostre a la llista de Problemes Psico-socials (llista complementària) de l'OMS-ICE 8 respectant els tres grups d'aquesta classificació i l'ordre de dígit, si bé ampliant la seva subdivisió. Això feu que l'agrupació dels factors i títols de cada grup resultés útil amb la finalitat de sistematitzar i universalitzar les nostres dades obtingudes.

2.4. Recollida dels factors psico-socials en la mostra escollida de cent històries

Un cop confeccionat el llistat de factors psico-socials, s'inicià la revisió de la mostra d'històries clíniques. Hi hagué un acord i una discussió inicials pel que fa als criteris per a valorar i seleccionar els factors psico-socials en el material de les històries. Cadascun dels participants en el grup s'encarregà de revisar les històries fetes per ell mateix.

Mentre durà aquesta revisió, els membres de l'equip es reuniren en diverses ocasions per a comentar i discutir els seus dubtes. Per exemple, es discutí si en els factors psico-socials que es valoren respecte a un període de temps, si aquest període de temps hauria de fer referència al començament de la malaltia actual, o bé fer referència al moment de la consulta. I s'optà pel primer.

2.5. Agrupament i selecció de factors psico-socials

Degut a l'elevat nombre de factors, 90, que contenia el llistat de factors psico-socials, i al reduït nombre d'històries de la mostra, 100, la dispersió dels resultats seria molt gran, i això ens feu decidir a agrupar els factors psico-socials per similituds. Posteriorment, després d'obtinguts ja els resultats, hom seleccionà, per establir relacions, només aquells factors que apareixien amb una freqüència no menor d'un 20 %.

Amb això quedaren seleccionats un total de 16 factors psico-socials, d'entre els 90 inicials.

2.6. Recollida de diagnòstics i de les dades d'entrada de la mostra d'Històries Clíniques

Els diagnòstics s'agruparen només en quatre grans grups a partir del llistat que nosaltres utilitzem en la HPAB i és de l'OMS-ICE-09, a fi d'evitar la dispersió i poca significació en fer les anàlisis comparatives.

Els quatre grups diagnòstics foren:

1. Trastorns neuròtics.
2. Trastorns caracterials.
3. Trastorns psicòtics.
4. Trastorns psico-orgànics.

Aquest darrer grup de la classificació, trastorns psico-orgànics, ens sembla molt heterogeni, ja que inclou Demències, Psicosis tòxiques i Oligofrènies, les quals presenten massa diferències etiològiques i etiopatogèniques per a estar en un mateix

grup. Malgrat això i a fi d'evitar la dispersió diagnòstica, i ja que aquest grup compta amb pocs casos, el mantinguérem.

El diagnòstic de cada cas fou fet per un sol clínic, el mateix que revisà la història. Com que en l'agrupament dels grups de diagnòstic foren molt amplis i genèrics, creguérem que les diferències personals de criteri diagnòstic no tingueren pas influència.

Recollirem també les dades d'entrada, per tal de relacionar-les també amb els factors psico-socials, per a la recerca de possibles troballes significatives.

Les dades d'entrada de la mostra seleccionada per nosaltres són: sexe, edat, estat civil, lloc de naixement, barri de residència, dedicació laboral, activitats laborals, procedència de la demanda d'assistència, nivell educatiu, assegurança; llistat que utilitzem habitualment en el Registre de Casos Clínics.

3. Resultats

3.1. Dades d'entrada (Vegeu: Taula de resultats. Annex 1).

3.1.1. *Sexe.* Ens trobem amb una població d'un 55 % de dones i un 45 % d'homes.

3.1.2. *Edat.* En la distribució per edats ens trobem que un 27 % de la població assistida es troba entre els 18 i els 25 anys, que un 22 % el formen persones entre els 33 i els 40 anys, i observem una disminució de la demanda a partir dels 60 anys aproximadament.

3.1.3. *Estat civil.* Apreciem una majoria de persones *solteres*, un 48 %, i un 35 % de persones casades en l'actualitat. El percentatge de vidus és del 7 % i el de separats el 10 %.

3.1.4. *Lloc de naixement.* Del total de la mostra ens trobem amb un 48 % de persones *nascudes a Barcelona*, un 5 % nascudes a la resta de Catalunya, un 44 % que han vingut de la resta de l'Estat Espanyol i un 3 % d'altres països.

3.1.5. La població assistida es troba repartida pel que fa al barri de residència* de la següent manera:

* El CAP es troba situat al Districte IX de Barcelona, i en ell es troben diferents barris. Tots ells tenen característiques pròpies; així, doncs, la població assistida és diferent segons que visquin en uns o altres barris. El nucli de població més antiga es troba en el barri de Sant Andreu, que era un poble, i fou annexionat al final del segle passat; l'altre barri proper en antiguitat és el de La Sagrera, que està tocant al de Sant Andreu, no hi ha solució de continuïtat entre ells. Això fa que ambdós barris siguin similars en les seves característiques de població, i ens trobem que majoritàriament és població autòctona, nivell social de classe mitjana baixa, proletariat, i amb una llarga història de participació en activitats culturals.

Ben al contrari els altres dos barris que formen el conjunt del Districte IX, que són el Bon Pastor i el Baró de Viver, ambdós també equiparables o similars pel que fa a la seva creació (moment polític i social dels anys 40-50) i de les dades de població assistida dels que anaren a ocupar aquestes barriades. La major part d'aquesta població és nadiua de fora de Catalunya, el nivell social és de classe baixa (que facilita trobar-hi algun sector de població dels anomenats «lumpen»), i amb una manca d'institucions culturals que hagin ajudat a la participació de la població en activitats d'aquest tipus.

Cal destacar que el CAP es troba situat al barri de La Sagrera, i a continuació en proximitat segueix el Barri de Sant Andreu, els altres dos barris es troben més allunyats del CAP, encara que hi estan prou comunicats.

el 55 % viu al Barri de Sant Andreu.

el 33 % viu al Barri de La Sagrera.

el 8 % viu al Barri del Bon Pastor.

el 4 % viu al Barri del Baró de Viver.

3.1.6. Les dades de *dedicació laboral* ens donen un total de *població activa* d'un 37 %. El 63 % restant es distribueix entre un 21 % de persones en atur, un 17 % de mestresses de casa, un 18 % de pensionistes i un 7 % d'estudiants.

3.1.7. Les *activitats laborals* que configuren el 37 % de persones en actiu són diverses, però totes elles poden ésser classificades en ocupacions no qualificades, és a dir, traient tres casos de persones que es dediquen a l'ensenyament, tres persones que es dediquen a la infermeria i set persones que treballen en coses de tipus administratiu, la resta es dedica a treballar en el sector de Serveis, venedors, metal·lúrgia, una persona pertany a les forces armades, i finalment una té un treball artístic.

3.1.8. La *demanda d'assistència* rebuda ens ha estat transmesa o ha arribat al CAP de diverses maneres, hem de dir que el període de temps al qual pertany aquesta mostra, correspon a sis mesos després d'iniciar el treball en el barri, i la demanda ha sofert diverses modificacions pel que fa a lloc d'emissió. La distribució de la mostra segueix aquest ordre:

- Institucions Psiquiàtriques, 28 %.
- Institucions No Psiquiàtriques, 30 %.
- Informació pròpia, 21 %.
- INSALUT, 21 %.

Dins les Institucions Psiquiàtriques s'inclouen: Diputació, Hospitals Psiquiàtrics, Psiquiatres o psicòlegs privats.

Dins les No Psiquiàtriques s'inclouen: Institucions del barri o de fora del barri i Hospitals Generals.

3.1.9. Les dades relatives al *nivell educatiu* de la mostra s'agrupen de la següent manera:

- Han realitzat estudis primaris complets, 26 %.
- Han realitzat estudis primaris incomplets, 25 %.
- No han realitzat estudis, 4 %.
- Han iniciat altres estudis de 1er. i 2on. grau, 18 %.
- Han iniciat estudis de 3er. grau no universitaris, 4 %.
- Han iniciat estudis universitaris, 4 %.
- Cursen estudis universitaris, 1 %.
- Han finalitzat estudis de 2on. grau, 18 %.

3.1.10. *Assegurança*. El 78 % de les persones assistides tenen *seguretat social*, ja sigui com a titulars de la cartilla, ja sigui com a beneficiaris; el 22 % restant no compta amb seguretat social.

3.2. *Diagnòstics clínics* (vegue Annex 2).

3.2.1. Trastorns psico-orgànics:

- psicosis orgàniques no tòxiques, 2.
- psicosis per drogues, 1.
- oligofrènia, 5. Total, 8 %.

3.2.2. Psicosis:

- Esquizofrènia i Psicosi Borderline, 23.
- Altres psicosis (afectives, paranoides i altres), 10. Total 33 %.

3.2.3. Caracterials, 35 %.

3.2.4. Neurosis, 24 %.

3.3. Factors psicosocials

Els factors psico-socials* els hem agrupat segons continguts homòlegs a fi d'augmentar el nombre de casos i evitar la dispersió. Així hom n'ha obtingut una sèrie que presenta una freqüència significativa. Detallem a continuació aquesta sèrie significativa de factors, ordenats per ordre de freqüència.

3.3.1. V62.0. En 47 pacients de la nostra mostra de 100 hi apareix el factor de població no activa laboral: «Desocupació». Són subjectes que no tenen treball.

3.3.2. V61.2. Apareixen *problemes paterno-filials* en 43 casos.

3.3.3. V61.1. 38 casos han viscut en una situació on apareixen *problemes maritals*.

3.3.4. V62.9. El fet concret de la *immigració* està present en 33 casos.

3.3.5. V62.2. En 27 dels mateixos pacients hi apareix una *inadaptació* o altres circumstàncies *ocupacionals* que donen insatisfacció, i una situació conflictiva en els treballadors *professionals*.

3.3.6. V61.4. També constatem que 27 s'han trobat en un *ambient familiar* en el qual hi havia seriosos *problemes de salut*, com alcoholisme, persones invàlides o malaltes a la llar.

3.3.7. V62.3. Observem que 26 dels pacients han viscut en circumstàncies *educacionals insatisfactòries*, amb greus limitacions en els seus estudis, o hi ha hagut un fracàs escolar.

3.3.8. V62.8.4.8. En 25 s'han trobat que patien o han patit *malalties* greus, agudes o cròniques, i que actualment sofreixen *conseqüències físiques* de les seves malalties. Alguns han fet intents de suïcidi.

3.3.9. V62.4. La *inadaptació social* és un altre factor que trobem en 24 pacients. Aïllament, discriminació en les seves relacions amb els altres, inadaptació en la comunicació i relació amb les persones que l'envolten, fora de l'entorn familiar.

3.3.10.V61.9.6.8. N'hem trobat 23 en els quals hi ha hagut *modificacions* significatives en el nombre dels components de la família. Naixement o adopció d'un nou membre; incorporació d'un nou membre, no fill, en els darrers anys abans de la seva malaltia; o bé que un membre de la família abandoni la llar.

3.3.11. V62.9.2.5. En 23 casos hi ha *pèrdua de persones* amb les que estaven estretament vinculades: pares, avortaments, mort del cònjuge o d'algun familiar proper. En 9 pacients, la mort del pare o de la mare ha esdevingut abans de l'adolescència.

3.3.12. V60.2. 22 dels pacients es troben amb *recursos materials inadequats* respecte de l'*habitat*.

3.3.13. V60.3.4. En 20 casos hi apareix solitud física, *viuen sols*, o els *falta* un familiar que pugui proporcionar-los l'*atenció adequada* a les seves necessitats bàsiques.

3.3.14. V61.9. En 19 casos hi trobem separació, divorci, *ruptura o distanciament* d'una relació personal prolongada o important per a ells.

3.3.15. V61.0. En 15 casos hi apareix una *ruptura de la família*.

3.3.16. V60.8. 14 pacients, *pèrdua, canvi o reformes* importants de la casa.

3.2. Resultats de les *correlacions* entre els diversos llistats.

* Vegeu a l'annex 3 els resultats obtinguts en tots els factors psico-socials estudiats.

3.2.1. Relació entre diagnòstic i factors psico-socials

Quatre són els factors psico-socials seleccionats:

3.2.1.1. Persona que *viu sola* i/o li falta un familiar que pugui proporcionar-li atenció. (Factor V60.3 i V60.4). Aquest factor apareix en un 20 % dels casos.

3.2.1.2. Problema *marital*. Apareix en un 38 % del casos. Tenint en compte que el 10 % dels casos de la mostra estan separats, queda que els 28 casos restants amb problemes maritals i que actualment conviuen com a parella (35 %), la freqüència del problema marital en ells és del 80 %.

3.2.1.3. Problemes *paterno-filials* (Factor V61.2). Apareix en un 43 % dels casos.

3.2.1.4. Persona que *no treballa* (Factor V62.0). Inclou qualsevol causa de desocupació laboral. Apareix en un 47 % dels casos.

TAULA I. *Dels factors psico-socials, només aquests quatre ens resulten amb significació estadística en posar-los en relació amb els quatre grups de diagnòstic que hem establert.*

S'obté així:

Factors psico-socials	35 % Caracterials	33 % Psicòtics	24 % Neuròtics	8 % Psico-orgànics
- Viu sol (20 %)	4	13	1	2
- Problemes maritals (38 %) (10 % separats i 80 % dels casats)	17	6	14	1
- Problemes paterno-filials (43 %)	18	14	8	1
- No treballa (47 %)	12	23	6	6

TAULA II. *Posant-los en ordre de freqüències dins els respectius grups de diagnòstic s'obté:*

- Viu sol (20%)	Psicòtics 39,4 %	Psico-orgànics 25 %	Caracterials 11,4 %	Neuròtics 5 %
- Problemes maritals (38 %)	Neuròtics 58,3 %	Caracterials 48,5 %	Psicòtics 18,8 %	Psico-orgànics 13,5 %
- Problemes paterno-filials (43 %)	Caracterials 51,4 %	Psicòtics 42,4 %	Neuròtics 33,3 %	Psico-orgànics 12,5 %
- No treballa (47 %)	Psico-orgànics 75 %	Psicòtics 69,10 %	Caracterials 34,2 %	Neuròtics 25 %

3.2.2. Relació entre dades d'entrada i factors psicosocials

TAULA III. 3.2.2.1. Relació entre edat i factors psicosocials.

Edat	18-25 a. 27 %	26-32 a. 17 %	33-40 a. 22 %	41-48 a. 9 %	49-56 a. 12 %	57-64 a. 3 %	65-72 a. 3 %	mes 72 7 %
- Viu sol (20 %)	4	0	5	1	5	2	1	2
- Problemes maritals (38 %)	7	10	12	4	2	0	3	0
- Probl. paterno-filials (43 %)	14	8	13	2	2	0	2	2
- No treballa (47 %)	15	9	17	4	3	3	3	3

TAULA IV. 3.2.2.2. Relació entre sexe i factors psicosocials.

Sexe	Homes 45 %	Dones 55 %
- Viu sol (20 %)	9	11
- Problemes maritals (38 %)	13	25
- Problemes paterno-filials (43 %)	22	21
- No treballa (47 %)	21	26

TAULA V. 3.2.2.3. Relació entre barri de residència i factors psicosocials.

Barri de residència	St. Andreu	La Sagrera	Bon Pastor	Baró de Viver
- Viu sol (20 %)	11	5	2	0
- Problemes maritals (38 %)	16	11	2	1
- Problemes paterno-filials (43 %)	17	16	5	2
- No treballa (47 %)	25	13	6	3

3.2.3. *Relació entre procedència de la demanda d'assistència i diagnòstic*TAULA VI. 3.2.3.1. *La distribució dels diagnòstics a partir de la procedència de la demanda, és la següent:*

Procedència	Institucions Psiquiàtriques 28 %	Institucions No Psiq. 30 %	INSALUT 21 %	Informació pròpia 21 %
- Psicosi (33 %)	18	7	7	4
- Psico-orgànics (8 %)	1	1	1	1
- Neurosi (24 %)	3	6	6	9
- Caracterial (35 %)	6	16	7	7

TAULA VII. 3.2.4. *Relació entre procedència de la demanda d'assistència i edat.*

Edat	18-25 a. 27 %	26-32 a. 17 %	33-40 a. 22 %	41-48 a. 9 %	49-56 a. 12 %	57-64 a. 3 %	65-72 a. 3 %	més 72 a. 7 %
Institucions psiquiàtriques (28 %)	8	2	6	3	4	1	1	3
Inst. No Psiquiàtriques (30 %)	7	4	7	2	6	1	3	0
Insalut (21 %)	8	7	4	1	1	0	0	0
Informació pròpia (21 %)	4	4	5	3	1	1	0	3

TAULA VIII. 3.2.5. *Relació entre Barri de residència i edat.*

Edat	18-25 a. 27 %	26-32 a. 17 %	33-40 a. 22 %	41-48 a. 9 %	49-56 a. 12 %	57-64 a. 3 %	65-72 a. 3 %	més 72 a. 7 %
Sant Andreu (55 %)	12	12	10	4	12	2	1	2
La Sagrera (33 %)	10	5	8	4	0	0	1	4
Bon Pastor (8 %)	3	0	4	0	0	0	1	0
Baró de Viver (4 %)	2	0	0	1	0	0	1	0

Discussió

4.1. Les «dades d'entrada» ens donen el següent perfil:

- 4.1.1. Homes i dones vénen quasi igual (un 55 % de dones i un 45 % d'homes).
- 4.1.2. En canvi, el 49 % de la població que hi acut està compresa essencialment en els períodes d'edat 18-25 anys (27 %) i dels 33-40 anys (22 %). El període de 26-32 anys (17 %), és menys conflictiu?
- 4.1.3. Són persones *solteres* en un 48 %.
- 4.1.4. Que han nascut a Barcelona 48 %. Si bé no sabem si els seus pares vingueren de fora de Barcelona (immigrants).
- 4.1.5. La major part, 55 % viuen al Barri de St. Andreu.
- 4.1.6. Només el 37 % és població laboralment activa.
- 4.1.7. L'educació rebuda no arriba o no sobrepassa l'EGB en el 60 % dels casos.
- 4.1.8. El 78 % de casos tenen Seguretat Social.

4.2. Els diagnòstics clínics

El fet de no tenir les dades demogràfiques de la nostra demarcació territorial no ens permet, a la nostra mostra, donar-li més que un valor limitat; llur prevalència no és equiparable, probablement, a una àmplia mostra de la població amb necessitats d'assistència psiquiàtrica i/o psicològica. Probablement aquesta prevalència també és diferent de la que trobariem en la població assistida en les consultes de psiquiatria d'un hospital general i de la consulta ambulatoria de Neuropsiquiatria de l'INSALUT, però sí que és comparable amb la de la població assistida en altres quatre CAP de la ciutat de Barcelona.

4.2.1. El grup de «Trastorns Psico-orgànics» cal dir que és heterogeni, ja que inclou quadres diversos. S'agruparen a fi de no dispersar més els grups diagnòstics, perquè és escassa la mostra amb la qual treballem.

En la majoria de casos que hem atès, la demanda se centrava en un pacient oligofrènic o amb diferents tipus de demència, la qual havia estat ja diagnosticada prèviament per un altre professional. Aquesta demanda no era tant d'un diagnòstic i del trastorn, sinó que estava centrada en problemes derivats d'aquest, tant en el propi pacient com en el grup familiar.

4.2.2. En el conjunt dels diagnòstics, s'ha de precisar que per finalitats de correlació estadística, s'eliminaren en la descripció diagnòstica els diagnòstics alternatius o secundaris i els referents a una major precisió de cada diagnòstic psicopatològic.

Podem dir que en un elevat percentatge de casos (segurament més d'un 50 %) hom podria considerar els pacients dins grups considerats subcrònics o crònics (de més de 2 anys d'evolució). La majoria d'aquests casos no consultaven per primera vegada un especialista en Salut Mental. Això és especialment cert i rellevant en el grup de Psicòtics.

De totes maneres, no tenim dades quantificades que permetin de corroborar aquest darrer comentari.

La conseqüència que en traiem (només de la freqüència dels grups diagnòstics) és que la població assistida presenta una alta prevalència de trastorns psicòtics i de neurosis de caràcter (o trastorns caracterials) altament cronificats, i que aquesta prevalència és més gran que la que podria observar-se en una mostra de població

amb necessitats d'assistència psiquiàtrica o psicològica de la zona en què treballem. Insistim en aquesta repercussió per indicar que encara que som un Centre d'Assistència Primària en Salut Mental, una bona part de la població psiquiàtrica assistida presenta demandes i necessitats d'assistència que correponen més a la prevenció secundària i terciària, i els seus objectius se centren més a evitar una major cronificació i l'aparició d'altres trastorns en el grup familiar, que a prevenir l'aparició i el desenvolupament del trastorn.

4.3. *Factors psico-socials.* Hi ha 12 factors psico-socials que estan per damunt del 20 % de prevalència. Amb això podríem dibuixar quina és la situació psico-social de la població que acut al Centre d'Assistència Primària en Salut Mental.

Són persones amb:

- No activitat laboral, 47 %.
- Problemes paterno-filials, 43 %.
- Problemes maritals, 38 %.
- Immigració, 33 %.
- Inadaptació a circumstàncies ocupacionals o en treballs professionals, 27 %.
- Famílies amb problemes de salut física, 27 %.
- Circumstàncies educacionals insatisfactòries, 26 %.
- Malalties amb conseqüències físiques, 25 %.
- Inadaptació social, 24 %.
- Modificacions en el nombre dels components de la família, 23 %.
- Pèrdua de persones vinculades, 23 %.
- Recursos materials inadequats respecte de l'hàbitat, 22 %.
- Viuen sols o els falta un familiar que pugui proporcionar-los l'atenció adequada, 20 %.
- Ruptura o distanciament d'una relació personal prolongada, 19 %.
- Ruptura de la família, 15 %.
- Pèrdua, canvi o reformes importants de la casa, 14 %.

Aquí repetim que no podem presentar, encara, la comparança amb una mostra equivalent de la nostra zona demogràfica.

4.4. *Relació de Diagnòstics amb Factors Psico-socials.* Discutim només els que han resultat significatius estadísticament:

4.4.1. *Viure sols*

Apareix de forma predominant en el grup de *psicòtics*. Pot considerar-se un reflex de quelcom ja conegut; la gran marginació social i familiar que pateix el pacient psicòtic al llarg de l'evolució del seu trastorn, com a resultat de la ruptura i empobriment de relacions entre el psicòtic i el món extern, entre l'individu i el grup familiar i social. Hi contribueix, per una banda, la pròpia patologia del pacient, que tendeix a trencar els vincles amb el seu món extern, i l'actitud del grup familiar i de la societat, que el nega com a individu social i el margina. ¿Fins a quin punt l'actitud de la família i del grup social més ampli és simplement reactiva i defensiva en la seva contribució a aquest aïllament o bé és una concausa de la patologia psicòtica de l'individu? ¿És que els psicòtics tendeixen a viure sols, o és que com que han de viure sols es pot activar el procés psicòtic?

Aquest factor, viure sol o sense ningú que l'atengui, es troba en un 39,90 % dels pacients psicòtics inclosos a la mostra. Faltaria determinar més detalladament el diagnòstic psicopatològic d'aquest subgrup, així com altres dades relatives a la his-

tòria individual i familiar (casat o solter), als processos terapèutics seguits i als factors psico-socials més rellevants de la seva biografia, a fi de poder determinar quins factors han influït en la seva solitud i abandonament, comparant-ho amb els pacients psicòtics.

4.4.2. «Conflicte marital»

Apareix en primer lloc entre els neuròtics. Podriem pensar que les parelles de neuròtics expressen de forma manifesta el conflicte marital; però amb menys freqüència aquest conflicte, quan s'aguditza, provoca una ruptura de la parella, mentre que les parelles de caracterials, quan s'expressa agudament el conflicte, es trenquen més freqüentment, ja que el catacterial «actua» per a recobrir el conflicte, mentre que el neuròtic produeix «síntomes». Per avaluar aquesta repercussió en la nostra mostra, hauríem de poder determinar si és cert que el factor «ruptura» matrimonial és considerablement més elevat en el grup de caracterials que en el de neuròtics.

La menor freqüència d'aquest factor en el grup de psicòtics pot ésser perquè és més freqüent que el psicòtic no arribi a establir una relació de parella estable i perllongada, i que si l'estableix ens podem preguntar si és que s'estableix en una relació simbiòtica amb la seva parella que li permet de viure sense conflictes aparents.

4.4.3. Problemes paterno-filials

Predominen en els caracterials, seguits dels psicòtics i després dels neuròtics. No hi sabem veure diferències prou significatives.

4.4.4. «Desocupació laboral»

Hi ha una gran inhabilitació socio-laboral dels pacients «psico-orgànics», a causa de la seva pròpia patologia. La barreja de grups psicopatològics que hem inclòs en «psico-orgànics» i el seu excessiu nombre en la mostra impedeix treure conclusions; però pensem que són diferents les causes de la gran incapacitació laboral en aquests pacients. En el cas dels oligofrèncics és clar que existeix un hàndicap individual, en funció de la intensitat del seu retard mental que impedeix llur accés al treball; però també és cert que moltes oligofrències (amb un grau de deficiència no tan intens) podrien integrar-se perfectament a determinats «rols» laborals, especialment manuals, i desenvolupar bé una labor, si la societat assumís la seva integració (difícil i costosa, però possible) en l'escola i en el món laboral. Aquesta afirmació és extensiva, i encara més certa, en les deficiències sensorials.

Les demències presenils acostumen a aparèixer en una època de la vida encara activa laboralment i la seva pròpia patologia fa que els sigui molt difícil romandre en un treball; però encara que la seva etiologia orgànica és irreversible en la majoria de casos, està ben determinada, hi ha algunes dades que indiquen una possible ingerència de més o menys marginació del pacient en la més o menys rapidesa de l'agravament i incapacitació al llarg de l'evolució.

El mateix es pot dir amb les demències senils, encara que com que apareixen en una edat pròxima a la jubilació o després d'aquesta, a efectes laborals aquesta correlació tindria menys importància.

És destacable, també, l'alt grau de «Psicòtics» que no treballen. S'hauria d'avaluar en quin moment de l'evolució del trastorn es dona aquest fet amb més freqüència. No és un resultat sorprenent. Coneixem el fet que ja al començament d'un trastorn psicòtic l'individu deixi el treball o el despatxin. El problema és gran i greu, ja que el psicòtic seria més susceptible de millorar si treballés.

4.5. *Relació entre els Factors Psico-socials i edat, sexe, barri*

4.5.1. *Edat.* És poc significatiu davant el reduït nombre de casos, 100, i dels 7 grups d'edat, la dispersió és forta.

Veiem, però, que els problemes paterno-filials es donen més en els grups de 18-25, 26-32, 33-40 anys, entre tots tres sumen 35 casos dels 47 (81 % sobre del 66 % dels altres tres grups). Sembla indicar que és més freqüent el problema filio-paternal que el paterno-filial.

El «viure sols» el grup de 26-32 anys és l'únic que no presenta cap cas i on la proporció, doncs, és menor.

4.5.2. *Sexe.* Queda clar que les dones acusen més els problemes maritals, 65 % (en vist el 35 % dels homes). Són les dones més sensibles a comunicar els seus conflictes dels sentiments? Quant a no treballar, la diferència és escassa, 55 % són dones les que no treballen, i un 45 % són homes.

4.5.3. *Barri.* No hi ha diferències significatives.

4.6. *Relació entre diagnòstic i procedència de la demanda*

4.6.1. Les *institucions psiquiàtriques* ens adreçen sobretot pacients psicòtics. Són els que ells tenen amb més quantitat?

4.6.2. Les *institucions no psiquiàtriques* (mèdiques, socials, etc.) ens adreçen els pacients caracterials. Són els més actuadors, els més difícils d'integrar-se socialment en una institució, ¿és això un factor a tenir en compte?

4.6.3. L'*INSALUT* ens adreça una mostra homogènia. Cal remarcar que això pot dependre del criteri d'un dels companys neuropsiquiatre de zona que és el qui ens envia el més gran nombre de pacients; selecciona els pacients segons un criteri de repartiment homogeni.

4.6.4. Finalment, els neuròtics són els que vénen per informació pròpia; són els qui són més capaços de buscar ajut en el seu sofriment mental?

Hi ha diferències significatives en aquesta relació.

4.7. *Edat en relació a la procedència de la demanda*

Destaquem que dels pacients de l'Insalut, el 90 % dels que vénen són d'edats compreses entre els 18 i 40 anys, en canvi, dels procedents de les institucions psiquiàtriques els pacients de 18 a 40 anys són només el 57 % dels que vénen. (En la mostra total dels 100 casos, els de 18-40 anys són el 66 %). La població que ens consulta procedent de l'Insalut és més jove que la procedent de les Institucions Psiquiàtriques ¿és que són aquests últims els malalts crònics?

4.8. *Barri i edat*

Tal volta, essent petit el nombre de casos, no s'aprecien diferències significatives.

4.9. *Destaquem com a conclusió els següents resultats obtinguts:*

Hem obtingut correlació significativa entre suposades situacions o factors psico-socials d'una banda i la informació psicopatològica apreciada per nosaltres en les demandes d'assistència, per l'altra:

1er. Els diagnosticats com a psicòtics viuen sols en un 39,4 % de casos.

2on. Els conflictes anomenats maritals i paterno-filials estan presents majoritàriament en els malalts que diagnosticuem de neuròtics i caracterials.

3er. Les dones es presenten queixant-se dels problemes de parella amb més freqüència que els homes. (Problemes de parella que en els casats, no separats, arriba al 80 %).

Una dada d'interès administratiu és que en adreçar-nos els pacients al nostre CAP, les Institucions Psiquiàtriques ens adrecen els psicòtics, malalts que hom preté que passin a cura ambulatoria no psiquiàtrica. Les Institucions No Psiquiàtriques (Hospitals, Obres socials, etc.) ens adrecen els caracterials; malalts amb dificultats d'integració social i que solen resultar incòmodes i difícils d'organitzar. I en canvi, els que venen de pròpia iniciativa són els que presenten problemes neuròtics.

Finalment cal dir:

1. Que des de l'inici de la nostra investigació se'ns despertà l'interès d'aprofundir en el significat que poguessin tenir els «factors psico-socials» en el procés d'emmalaltir. Posats a la recerca d'altres investigacions que ja havíem fet en aquest sentit, connectàrem amb els estudis dels anomenats «esdeveniments vitals», «life events», «Lebensereignissen».^{2,3}

Les reflexions teòriques que d'ací surten les trobareu acuradament exposades i d'acord amb la nostra manera de pensar, en el treball que forma part d'aquesta secció IV del Congrés, «Desencadenants de la malaltia mental», treball dirigit i coordinat per J. Atxotegui, de l'Hospital de Sant Pere Claver.

Altres consideracions conceptuals sobre el procés d'emmalaltir les trobareu en l'encapçalament d'aquesta secció IV.

2. A diferència d'altres estudis, nosaltres hem optat per limitar-nos a obtenir uns «factors psico-socials» de caire extern, observables, de manera no influenciable, o en el menor grau possible, per la subjectivitat del subjecte observador; del terapeuta i del propi pacient.* Si es tracta, per exemple, del factor «viure sola una persona» o bé «desocupació laboral», a nosaltres ens interessa saber si de fet hi ha alguna correlació significativa amb alguna determinada forma d'emmalaltir, independentment que el pacient o el terapeuta creguin que ha influït com a desencadenant de malaltia.

3. Els factors psico-socials escollits per nosaltres no volen pressuposar necessàriament que siguin factors d'influència psicopatògena sobre la salut del pacient (tal volta una circumstància d'atur pot tenir una incidència d'alleugeriment de tensions?). Tot i així no ens hem pogut desprendre de l'apreciativa que els factors psico-socials serien un factor de risc psicopatogen. La mateixa selecció dels 90 factors psico-socials està feta pressuposant la conflictivitat que poden tenir aquestes situacions psico-socials.

* Vegeu la llista de factors psico-socials elaborada per nosaltres sobre la base de l'OMS i de Holmes Rahe (adaptació de J. González de Rivera). A diferència de Holmes Rahe, la valoració dels factors psico-socials no la valora el propi pacient, sinó que s'extreu del relat de la història psico-social (Assistent Social) i clínica (Psicòleg-Metge) feta en el nostre Centre d'Assistència Primària en Salut Mental. Vegeu l'annex 2.

4. El grup nombrós de 90 factors psico-socials, tenint en compte la petita mostra de 100 casos, ens donava una gran dispersió, per la qual cosa hem hagut de fer reagrupaments de factors psico-socials. S'hauria de tenir una mostra més nombrosa per a investigar cadascun d'aquests factors.

5. En el procés d'emmalaltir hi intervenen no sols els factors externs; situacions psico-socials, és a dir, de l'entorn, o esdeveniments vitals (condicions de vida, treball, família, etc.), sinó també l'estructura mental de l'individu i els seus propis estímuls interns que estan presents en la seva vida mental i formen part de les seves capacitats de donar respostes vitals: sanes o insanes.

6. Aquest tipus d'investigacions ens permetrà d'anar esbrinant quins són els condicionaments psico-sociològics en la demanda assistencial i quines són les possibilitats de la millora assistencial en salut mental, que és l'objectiu primer i el principal que ens motivà.^{4,5,6}

5. Resum

Un equip de treball del Centre d'Assistència Primària en Salut Mental de la Fundació Vidal i Barraquer estudia 100 casos de persones que han acudit a demanar assistència de gener a desembre de 1983 i que pertanyen a una àrea demogràfica (Districte IX Sud) de Barcelona, de 127.000 habitants.

Es busca si hi ha relació entre «factores psico-socials» i els diagnòstics clínics.

El llistat de «factores psico-socials» que ha estat elaborat per l'equip es refereix a situacions psico-socials objectives dels pacients: independentment de la valoració subjectiva, ja siga del propi pacient, ja del clínic.

S'obtenen correlacions significatives entre quatre dels factors psico-socials i els grups diagnòstics.

L'objectiu remot que s'assenyala és d'anar descobrint quins són els condicionaments de la demanda assistencial i quines són les possibilitats de la millora assistencial en la mesura en què es conegui més el fons del procés d'emmalaltir.

Bibliografia

1. GONZÁLEZ DE RIVERA Y REVUELTA, J.L., MORERA FUMERO, ARMANDO. *La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe*. Psiquis 1/83, vol IV/7.
2. COOPER, B. *Die Rolle von lebensereignissen bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen*. Nervenarzt 51, 321-331 (1980).
3. LOBO, ANTONIO. *Acontecimientos de vida («life events»)*. Una versió moderna de la teoria del stress. (Evaluación crítica desde la perspectiva de la Psicología Médica). Revista de Psiquiatria y Psicología Médica. Tomo XVI. n.º 4, 1983.
4. SEVA DÍAZ A. *Aplicación de la epidemiología a la planificación de la asistencia psiquiátrica*. Psiquis 5/82, vol III/174.
5. ESCOBAR, JAVIER IGNACIO. *Estado actual de la investigación epidemiológica en psiquiatria en los EE.UU.* Psiquis 5/82, Vol. III/166.
6. OZAMIZ IBINARRIAGA, J. AGUSTIN. *Corrientes de investigación en Psiquiatria Social i teorias sociológicas*. Psiquis 5/82, Vol. III/186.

Annex 1*Taula de resultats**3.1.1. Dades d'entrada*

<i>Sexe:</i>	
Homes	45 %
Dones	55 %
<i>Edat:</i>	
de 18-25 anys	27 %
de 26-32 anys	17 %
de 33-40 anys	22 %
de 41-48 anys	9 %
de 49-56 anys	12 %
de 57-64 anys	3 %
de 65-72 anys	3 %
de més de 72 anys	7 %
<i>Estat civil:</i>	
Solters	48 %
Casats	35 %
Vidus	7 %
Separats	10 %
<i>Lloc de naixement:</i>	
Barcelona	48 %
Resta de Catalunya	5 %
Resta de l'Estat Espanyol	44 %
Altres països	3 %
<i>Barri de residència:</i>	
Sant Andreu	55 %
La Sagrera	33 %
Bon Pastor	8 %
Barò de Viver	4 %
<i>Dedicació laboral:</i>	
Població activa	37 %
En atur	21 %
Mestresses de casa	17 %
Pensionistes	18 %
Estudiants	7 %
<i>Activitat laboral:</i>	
Ensenyança	3 %
Infermeria	3 %
Administratius	7 %
Serveis diversos	24 %
<i>Demanda d'assistència:</i>	
Inst. Psiquiàtriques	28 %

Inst. no Psiquiàtriques	30 %
Informació pròpia	21 %
Insalut	21 %
<i>Nivell Educatiu:</i>	
Estudis Prim. complets	26 %
Estudis Prim. incomplets	25 %
No han realitzat estudis	4 %
Iniciats de 1er. i 2on. graus	18 %
Iniciats de 3er. grau	4 %
Iniciats est. universit.	4 %
Cursen est. universitaris	1 %
Finalitzats est. 2on. grau	18 %
<i>Assegurances:</i>	
Tenen Seguretat Social	78 %
No tenen S. Social	22 %

Annex 2

<i>Psicosis:</i>	
– Esquizofrènia	18
– Personalitat Border-line	5
– Afectives (Maniaco-Depressives)	5
– Estats Paranoides	2
– Altres	3
<i>Neurosis:</i>	
– No especificada	6
– Histèria	5
– Depressió Neuròtica	3
– Estat d'Ansietat	2
– Estat Fòbic	1
– Neurastènia	2
– Hipocondria	2
– Estat obsessiu compulsiu	1
– Reacció d'adaptació de tipus neuròtic	2
<i>Trastorns de Personalitat:</i>	
– De tipus histèric	6
– Afectiu Ciclotímic	6
– De tipus Astènic	5
– Sociopàtic	4
– Esquizoide	3
– Anancàstic	2
– Paranoide	1
– Explosiu	1
– Psicossomàtic	1
– Addictiu	2
– Altres	4

Annex 3

Llistat de factors psico-socials

(OMS – 09, ampliat per nosaltres)

V 60. *Circumstàncies de la casa, del grup familiar i de l'economia* (respecte a l'hàbitat).

V 60.0. Falta de casa (transeünt, vagabund, etc.), 0.

V 60.1. Casa inadequada (sense els mínims requisits d'habitabilitat, dins el nostre context, segons l'opinió de l'entrevistador), 2.

V 60.2. Recursos materials inadequats (fent la valoració de la mateixa forma que l'anterior), 22.

V 60.4. Persona que viu sola, 20.

V 60.4. Falta actual d'algun familiar que el pugui atendre en les seves necessitats bàsiques, 20.

V 60.5. Falta d'atenció durant les vacances de la família, 20.

V 60.6. Persona que resideix en una institució, 2.

V 60.8. Altres, 0.

V 60.8.0. Pèrdua de la casa (durant els darrers tres anys), 14.

V 60.8.1. Canvi de casa (durant els dos darrers anys), 14.

V 60.8.2. Reformes importants en la casa (durant els dos darrers anys), 14.

V 60.8.3. Venda de la casa (fa menys de dos anys), 0.

V 60.8.4. Compra de la casa (fa menys de dos anys), 0.

V 60.9. Sense especificar, 0.

V 60.9.0. Casa plurifamiliar, 1.

V 61. *Circumstàncies referents a la família*

V 61.0. Ruptura de la família, 15.

V 61.1. Problema marital, 38.

V 61.2. Problemes paternofilials, 43.

V 61.3. Problemes amb els pares vells o amb els sogres, 7.

V 61.4. Problemes de salut a la família (alcoholisme, persona invàlida o malalta a la llar), 27.

V 61.5. Multiparitat (quatre o més embarassos a terme), 3.

V 61.6. Il·legitimitat o embaràs il·legítim (ell mateix és fill il·legítim), 1.

V 61.7. Embaràs no desitjat, 9.

V 61.8. Altres

V 61.8.0. Pares desconeguts (Borderia, Maternitat, etc.), 1.

V 61.8.1. Pares adoptius des de la infantesa (abans dels cinc anys d'edat), 0.

V 61.8.2. Mort del pare abans de l'adolescència, 7.

V 61.8.3. Mort de la mare abans de l'adolescència, 2.

V 61.8.4. Mare amb conducta sociopàtica o marginal (prostituta, alcohòlica, delinqüent), 1.

V 61.8.5. Pare idem, 4.

V 61.8.6. Fratria nombrosa (quatre o més germans), 16.

V 61.8.7. Fill únic, 5.

V 61.8.8. Mort del pare, mare, germà o un familiar molt proper, durant els darrers tres anys, 3.

- V 61.8.9. Altres.
- V 61.9. Sense especificació (a la llista de l'OMS).
- V 61.9.0. Separació. Divorci. Ruptura o distanciament d'una relació amorosa entre adults prolongada o important, independentment de la seva durada, 19.
- V 61.9.1. Matrimoni o inici de relació amorosa en els tres darrers anys, 2.
- V 61.9.2. Mort del cònjuge en els darrers cinc anys, 23.
- V 61.9.3. Avortament en els dos anys darrers. Història d'avortaments repetits, 23.
- V 61.9.4. Esterilitat pròpia o de la parella, 0.
- V 61.9.5. Mort d'un fill en els darrers tres anys, 23.
- V 61.9.6. Naixement o adopció d'un fill en els tres anys darrers, 23.
- V 61.9.7. Incorporació d'un nou membre a la família (no un fill) en els tres darrers anys, 23.
- V 61.9.8. Un membre de la família deixa de viure a la llar familiar durant els dos anys darrers, 23.
- V 61.9.9. Altres, 1.

V 62. *Altres circumstàncies psicosocials*

- V 62.0. Atur.
- V 62.0.0. No ha treballat mai (sense llarga malaltia), 47.
- V 62.0.1. En atur (amb dret a cobertura), 47.
- V 62.0.2. Acomiadament (sense dret a cobertura), 47.
- V 62.0.3. En atur prolongat (exhaurit el període de cobertura), 47.
- V 62.0.4. Jubilació (retir laboral), 47.
- V 62.0.5. Sense feina, per llarga malaltia (amb pensió), 47.
- V 62.1. Efectes adversos en l'ambient de treball (sorolls excessius, treballs subterrànics, perillosos, exposats a tòxics, amb intens «stress», treballs que estimulen un rebuig important en el medi social en què es realitzen), 0.
- V 62.2. Inadaptació o altres circumstàncies laborals o ocupacionals.
- V 62.2.0. Ascens en el treball (sou, ocupació o categoria), 27.
- V 62.2.1. Descens en el treball (en sou, ocupació o categoria), 27.
- V 62.2.2. Canvi important en l'horari de treball, 27.
- V 62.2.3. Canvi de lloc de treball, 27.
- V 62.2.4. Problemes amb els superiors en el treball, 27.
- V 62.2.5. Problemes amb inferiors en el treball, 27.
- V 62.2.6. Problemes amb col·legues o iguals en el treball, 27.
- V 62.2.7. Problemes en el Servei Militar, 1.
- V 62.3. Circumstàncies educacionals insatisfactòries.
- V 62.3.0. Escolaritzat abans dels dos anys (guarderia), 26.
- V 62.3.1. No escolaritzat fins als tres o quatre anys (parvulari), 26.
- V 62.3.2. No realitzats completament els estudis primaris (de 1er. a 4art. d'EGB), 26.
- V 62.3.3. Realitzats estudis primaris, 26.
- V 62.3.4. Realitzats estudis primaris complets (EGB), 26.
- V 62.3.5. Realitzà estudis secundaris (BUP), 3.
- V 62.3.6. Realitzà estudis universitaris, 2.
- V 62.3.7. Analfabet, 26.

V 62.3.8. Limitació en els estudis per problemes econòmics, de salut física o altres causes alienes, 26.

V 62.3.9. Limitació en els estudis per inadaptació i manca de rendiments o assistència, 26.

V 62.3.10. Nen del carrer (a més d'una escassa o nul·la escolarització passava molt de temps al carrer, més que a casa o amb familiars), 0.

V 62.4. Inadaptació social (aïllament, discriminació, persecució per motius diversos: raça, sexe, ideologia, religió, conducta), 24.

V 62.5. Circumstàncies legals (empresonaments, enjudiciament, etc.), 7.

V 62.6. Rebuig del tractament per raons de religió o de consciència, 0.

V 62.8. Una altra tensió psíquica o física no classificada en un altre lloc.

Situacions catastròfiques

V 62.8.0. Victima d'una gran catàstrofe (inundació, incendi, terratrèmol, etc.), 0.

V 62.8.1. Participant en una guerra, revolució violenta, etc. de forma passiva o activa, 8.

V 62.8.2. Atracament, violació, víctima d'un linxament, etc., 0.

V 62.8.3. Victima d'un accident greu, 8.

Malalties físiques i seqüeles pròpies

V 62.8.4. Intent de suïcidi greu, amb important i seriós perill per a la seva vida, 25.

V 62.8.5. Malaltia aguda i greu, amb risc de mort, 25.

V 62.8.6. Malaltia crònica o que l'invalida progressivament, 25.

V 62.8.7. Seqüeles físiques (no progressives) d'una malaltia greu, 25.

V 62.8.8. Dèficit sensorial, motriu o intel·lectual important, 25.

V 62.8.9. Altres, 0.

V 62.9. Immigració

V 62.9.0. Immigració des d'un altre lloc de Catalunya fa menys de dos anys, 33.

V 62.9.1. Immigració des d'una altra part d'Espanya, fa menys de dos anys, 33.

V 62.9.2. Immigració des de fora d'Espanya, fa menys de dos anys, 33.

V 62.9.3. Immigració des d'un altre lloc de Catalunya fa més de dos anys, 33.

V 62.9.4. Immigració des d'una altra part d'Espanya fa més de dos anys, 33.

V 62.9.5. Immigració des de fora d'Espanya, fa més de dos anys, 33.

V 62.9.6. Emigració a l'estranger, acabada fa menys de dos anys, 33.

V 62.9.7. Emigració a l'estranger, acabada fa més de dos anys, 33.

V 62.9.8. Persona amb residència itinerant o variable (sense residència fixa en un lloc que duri més de sis mesos), 33.

V 62.9.9. Altres, 33.