

Mireia Bilbe Bosquet i Helena Gil Pitarch

BANALITZACIÓ I ESTIGMATITZACIÓ DE
L'ANSIETAT I LA DEPRESSIÓ EN ELS JOVES:
METASÍNTESI i ESTUDI D'UN GRUP FOCAL

Treball de Fi de Grau

Dirigit per la Dra. Laura Ortega

Grau d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

Tarragona 2023

Agraïments:

En primer lloc, volem agrair a la Dra. Laura Ortega el seu suport, l'assessorament i la implicació en la nostra investigació. Gràcies per haver-nos guiat i aconsellat en aquest treball que tanta il·lusió ens feia. I també per haver apostat per nosaltres i animar-nos a finalitzar-lo, fins i tot quan no semblava fàcil.

Als membres del grup focal, els agraïm la col·laboració en l'estudi tot posant a la nostra disposició informació privada i experiències personals valuoses, experiències que sovint són difícils d'explicar i que cadascú ha volgut compartir generosament. Esperem que igual que ells ens han ajudat a nosaltres, els hàgim pogut ajudar donant-los un espai de diàleg obert i lliure de prejudicis.

Gràcies també als nostres amics, tant de la universitat com de tota la vida. Persones que han confiat en nosaltres i ens han ofert ajuda i ànims al llarg d'aquest camí.

Per últim, volem agrair el suport de les nostres famílies que, durant els quatre anys del grau i especialment en els darrers mesos d'esforç, ens han fet saber que eren allí en tot moment per a impulsar-nos i acompanyar-nos cap a un nou capítol de les nostres vides.

Mireia Bilbe Bosquet i Helena Gil Pitarch

Índex

Índex de taules, gràfics i figures.....	4
Llistat d'abreviatures.....	5
Resum.....	6
Abstract.....	7
Introducció.....	8
Objectius.....	9
Objectius generals:.....	9
Objectius específics:.....	9
Hipòtesis i pregunta d'investigació.....	9
Preguntes:.....	9
Marc teòric:.....	10
Trastorns d'ansietat i la depressió.....	10
Trastorns d'ansietat.....	10
Depressió.....	10
Epidemiologia.....	11
Factors de risc i causes.....	12
Contextualització en joves.....	12
Xarxes socials i el rol en la depressió i l'ansietat.....	13
Tractament.....	14
Pandèmia de la Covid-19.....	15
Metodologia.....	16
Tipus d'estudi.....	16
1a part. Revisió bibliogràfica i metasíntesi d'estudis qualitatiu.....	17
Tècniques de recollida de dades.....	18
2a part. Grup focal.....	21
Tècniques de recollida de dades.....	21
Codificació i anàlisi.....	22
Limitacions.....	22
Aspectes ètics i conflicte d'interessos.....	23
Cronograma i diagrama de Gantt.....	23
RESULTATS.....	24
Resultats I: Cerca bibliogràfica i metasíntesi.....	24
Característiques dels estudis.....	24
Síntesi qualitativa.....	28

Resultats II: Grup focal	35
Estat de la disponibilitat de dades de la transcripció.....	35
Codificació del grup focal	36
Codis i subcodis abans de la sessió del grup focal:	36
Codis i subcodis després de la sessió del grup focal:	39
Resultats de la codificació	42
Discussió	55
Conclusions	56
Limitacions actuals i futures línies de recerca	57
Referències bibliogràfiques.....	58
Annexos.....	62
Annex 1. Llista de verificació PRISMA.....	62
Annex 2. Model de full informatiu per a l'entrevistat.....	65
Annex 3. Model de full de consentiment informat per a l'entrevistat	67
Annex 4. Guió grup focal.....	69

Índex de taules, gràfics i figures

Taula 1. Preguntes abans de l'estudi	Pàg.9
Taula 2. Criteris d'inclusió i exclusió	Pàg.18
Taula 3. Resultats obtinguts de la metasíntesi segons el sistema acumulatiu de filtres	Pàg.19
Gràfic 1. Diagrama de flux PRISMA	Pàg.20
Taula 4. Criteris de selecció dels grups del grup focal	Pàg.21
Taula 5. Precodificació del grup focal	Pàg.22
Taula 6. Cronograma del treball	Pàg.23
Gràfic 2. Diagrama de Gantt	Pàg.23
Taula 7. Taula resum dels articles seleccionats en la metasíntesi	Pàg.25
Taula 8. Característiques sociodemogràfiques dels participants del grup focal	Pàg.35
Taula 9. Codificació de la transcripció del grup focal	Pàg.36
Taula 10. Taula comparativa dels resultats de la metasíntesi i del grup focal	Pàg.55
Taula 11. Llista de verificació PRISMA	Pàg.62
Taula 12. Informació de protecció de dades personals	Pàg.68

Llistat d'abreviatures

- EUA: Estats Units d'Amèrica
- WHO: *World Health Organization* / OMS: Organització Mundial de la Salut
- NIMH: *National Institute of Mental Health* (Institut Nacional de Salut Mental)
- CAP: Centre d'Atenció Primària
- SAHMSA *The Substance Abuse and Mental Health Services Administration*
- PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*
- CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
- XXSS: Xarxes Socials
- CASPe: *Critical Appraisal Skills Programme espanyol*
- SNC: Sistema nerviós central
- ISRS: Inhibidors selectius de la recaptació de serotonina
- FOMO: *Fear of missing out*

Resum

Context: L'ansietat i la depressió són patologies amb una gran incidència i prevalença en la població jove actual. Partint de la idea que existeix una estigmatització de les malalties de salut mental, creiem necessari conèixer la percepció i l'experiència dels joves que les pateixen. També ens interessa comprendre com són vistes i afrontades per la societat. Només així es podrà generar una base de coneixement que contribueixi a normalitzar-les a través de programes preventius i educatius.

Metodologia: Es va dividir el treball en dues parts. En la primera, es va fer una metasíntesi d'estudis amb metodologia qualitativa utilitzant PRISMA 2020. En la segona, es va realitzar un grup focal, compost per 6 participants d'entre 18 i 25 anys, dels quals 3 havien patit o patien ansietat i/o depressió i 3 no n'havien patit mai.

Resultats: En la metasíntesi van sorgir tres categories principals: la percepció de l'ansietat i la depressió en l'entorn social, la percepció dels adolescents i joves que viuen amb les patologies i com les afronten. De les tres, se'n van generar vuit subcategories que profunditzen en cadascuna d'elles, des de l'estigma i la banalització a les diferències culturals i l'acceptació i l'adherència al tractament. En el grup focal es van generar 12 codis que recullen com van donar els diversos participants les seves opinions sobre com són percebudes aquestes patologies.

Conclusions: Hem detectat un alt nivell d'estigmatització envers l'ansietat i la depressió en el nostre estudi entre la població jove. Considerem que aquesta estigmatització podria provocar una diferència entre la prevalença real i la diagnosticada. Això podria comportar que les necessitats reals i els recursos sanitaris disponibles, ja de per si escassos, resultessin insuficients. L'absència de tractament podria comprometre la qualitat de vida i la prevenció de futures patologies en un percentatge important de joves.

Paraules clau: Depressió, ansietat, joves i adolescents, estigma, percepció.

Abstract

Background: Anxiety and depression are two pathologies with a high incidence and prevalence in today's young population. Based on the idea that there is a stigmatization of mental health illnesses, we believe it is necessary to know the perception and experience of the young people who suffer from them, and of their society, to understand how these illnesses are seen and dealt with, and thus be able to generate a knowledge base to contribute to normalize them through preventive and educational programs.

Methods: This document is divided into two parts. In the first part, a meta-synthesis of studies was made with qualitative methodology using PRISMA 2020, and in the second part, a focus group was held, composed of 6 participants between 18 and 25 years old, of which 3 had suffered or were suffering from anxiety and/or depression and the other 3 never suffered from them.

Results: In the metasynthesis three main categories emerged: the perception of anxiety and depression in the social environment, the perception of adolescents and young people living with the pathologies, and the coping with them. From these, eight subcategories were generated that delve deeper into each of them, from stigma and trivialization to cultural differences, and acceptance and adherence to treatment. In the focus group, 12 codes were generated, where the participants gave their opinions on how these pathologies are perceived.

Conclusions: We detected a high level of stigmatization towards anxiety and depression in our study among the youth. We consider that this stigmatization could cause a difference between the actual and the diagnosed prevalence. This could mean that the real needs and available health resources, already scarce, would be insufficient. The absence of treatment could compromise the quality of life and the prevention of future pathologies in a significant percentage of young people.

Keywords: Depression, anxiety, youth and adolescents, stigma, banalization.

Introducció

L'ansietat i la depressió són dues patologies molt rellevants en l'actualitat. Segons un estudi de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 2019, 301 milions de persones van viure algun tipus de trastorn d'ansietat; d'aquests, 58 milions eren nens i adolescents (NIMH, 2023). Per altra banda, 280 milions de persones van patir en algun moment depressió al llarg de 2019, dels quals 23 milions van ser també nens i adolescents. Aquests últims tres anys les xifres encara s'han vist més incrementades degut a la pandèmia i al confinament de 2020. Moltes de les persones que patien aquestes patologies van empitjorar el seu diagnòstic durant aquest període i també van aparèixer molts casos nous, en especial entre la població jove (WHO, 2022).

Els trastorns d'ansietat es produeixen quan l'estrès ocasional passa a suposar una preocupació, estrès o por constant i elevada que empitjora amb el temps. La simptomatologia intervé en les activitats de la vida diària de les persones, impedit que puguin tenir un desenvolupament normal a la feina, l'escola i en les relacions interpersonals. Hi ha diversos tipus de trastorns d'ansietat com ara trastorn generalitzat d'ansietat, trastorn de pànic, ansietat social, ansietat per separació i certes fòbies (NIMH, 2023).

Per altra banda, la depressió recurrent i d'intensitat moderada a greu, pot desencadenar problemes importants en la salut de les persones, igual que l'ansietat, afectant a la seva vida diària, incapacitant-les per a dur activitats quotidianes tals com: l'escolar, la laboral, la social i la familiar. Els casos més greus poden acabar en suïcidi, que és la quarta causa de mort a nivell mundial entre les persones de 15 a 29 anys (WHO, 2021).

La cultura, l'entorn, la posició social i econòmica són factors estretament relacionats amb l'expressió dels sentiments d'aquestes persones a tercers; i també en la cerca d'ajuda professional que fan per a tractar aquestes patologies (WHO, 2021).

Amb aquest treball volem veure la vivència de les persones que conviuen amb aquestes patologies, com la societat les veu, els tabús que existeixen al voltant de les malalties de salut mental i la banalització que hi ha al voltant d'algunes d'aquestes. Amb la síntesi de la nostra recerca busquem donar veu a aquestes persones, educar, desmentir mites i trencar tabús que envolten l'ansietat i la depressió.

Objectius

Objectius generals:

Estudiar els fenòmens relacionats amb la banalització i l'estigmatització que intervenen o afecten als estats d'ansietat i/o depressió juvenil, a través d'una metasíntesi d'estudis amb metodologia qualitativa, i seguidament amb un grup focal de joves amb i sense les patologies esmentades.

Objectius específics:

- Conèixer la percepció dels joves en relació a l'ansietat i la depressió avui en dia i la vivència dels que conviuen amb aquestes patologies.
- Determinar les principals causes d'ansietat i depressió en els joves.
- Comparar amb fa 5 anys si hi ha hagut un canvi en la tolerància i coneixements sobre aquestes malalties entre els joves.
- Conèixer els diferents tipus de programes informatius i educatius sobre les malalties de salut mental.
- Analitzar els mecanismes d'afrontament de l'ansietat i la depressió de les persones que les pateixen.

Hipòtesis i pregunta d'investigació

Existeix una banalització i estigmatització de l'ansietat i la depressió entre els joves.

Preguntes:

Taula 1. Preguntes abans de l'estudi

Nº	Pregunta:
1	Quines són les principals causes d'ansietat i depressió a Espanya? Són diferents a les d'altres països?
2	Es tenen més acceptades aquestes malalties o segueixen sent un tabú a Espanya?
3	Quins programes han aparegut per a normalitzar i educar sobre les malalties de salut mental? Són útils?
4	Hi ha més tolerància i coneixements sobre aquestes malalties entre els joves? Com les perceben?
5	Hi ha hagut un abans i un després de la Covid-19? Han canviat els factors causants d'aquestes malalties?
6	Com viuen i es senten dins la societat les persones que pateixen aquestes malalties?
7	Existeix realment una banalització i/o estigmatització de l'ansietat i la depressió?
8	Des de quin punt de vista s'hauria d'enfocar la prevenció en joves per tal que fos interessant i productiva? Quines eines es podrien utilitzar?

Marc teòric:

Trastorns d'ansietat i la depressió

Trastorns d'ansietat

Els trastorns d'ansietat es caracteritzen per un malestar emocional, preocupació i por del futur, i una sensació d'angoixa que pot desencadenar que la persona estigui en un estat d'hipervigilància per afrontar una situació de possible perill. Quan aquesta situació es torna freqüent, ja sigui desencadenada per preocupacions o situacions reals o imaginàries, parlem d'ansietat patològica (Mondin et al., 2013).

Els trastorns d'ansietat, incloent els atacs de pànic, l'ansietat generalitzada, el trastorn d'ansietat social, el trastorn d'ansietat per separació i algunes fòbies, són els trastorns mentals amb més prevalença i suposen un cost elevat per al sistema sanitari. A més, s'ha vist que les persones amb ansietat, al ser tractades de manera ambulatoria en CAPs i hospitals, se'ls dona menys atenció mèdica que a aquells pacients que requereixen ser ingressats, com són aquells que pateixen certs trastorns psiquiàtrics com ara l'esquizofrènia o el trastorn de bipolaritat (Bandelow & Michaelis, 2015, p. 327).

Els principals tractaments per a l'ansietat són una combinació de psicoteràpia i tractament farmacològic, tot i que cada vegada s'utilitzen més altres menys convencionals i no farmacològics; com exercici, meditació, ioga, Tai Chi i Gi Gong. Segons diversos estudis s'ha pogut comprovar que aquestes intervencions milloren la simptomatologia de la depressió i l'ansietat. (Saeed et al., 2019).

Depressió

Els trastorns depressius sovint es caracteritzen per una tristesa, apatia i/o irritabilitat severa i persistent que afecta el funcionament normal d'una persona i que sol causar gran angoixa. (Josephine MD, 2022). L'etiologia no és clara, però es creu resultat de factors genètics i estrès ambiental; en concret abusos, desastres naturals, violència domèstica, mort d'un familiar i abandonament (LeMoult et al., 2020).

Els símptomes inclouen estat d'ànim irritable o baix, insomni o hipersòmia, grans canvis en els hàbits alimentaris, sovint amb pèrdua o guany de pes, fatiga, baixa autoestima, dificultat per a concentrar-se, inactivitat, sensació d'abandonament i de desesperança,

pèrdua de plaer per les activitats que solien fer feliç a la persona i pensaments repetitius sobre la mort i el suïcidi (MedlinePlus, 2022).

Els adolescents i joves adults que pateixen depressió tenen un alt risc de tenir recidives, a més de desenvolupar altres trastorns mentals, dificultats en el seu desenvolupament social, interpersonal, educatiu i ocupacional. És necessària una prevenció i intervenció tant aviat com es detecti la depressió, enfocada a detectar els factors desencadenants, els antecedents i a tractar la simptomatologia (Thapar et al., 2022).

Epidemiologia

Les dades epidemiològiques indiquen que l'ansietat en adults és el tipus de trastorn mental més comú, amb un percentatge de 24,9% i una prevalença de 12 mesos. La mitjana d'edat on se sol iniciar la simptomatologia és als 11 anys (Bandelow & Michaelis, 2015).

Per altra banda, la depressió també és una malaltia freqüent al món, on un 3,8% de la població mundial la pateix, és a dir, unes 280 milions de persones (WHO, 2021). Segons les dades estadístiques d'un estudi de SAHMSA (*The Substance Abuse and Mental Health Services Administration*), una agència governamental dels EUA que forma part del departament de salut, l'any 2020 un 8,4% de la població estatunidenca va patir un episodi depressiu major. Les dones van presentar una major prevalença (10,5%) que els homes (6,2%), i va ser més elevada en edats d'entre 18 a 25 anys, on va suposar un 17% del total. A més, les persones que formen part de dues o més ètnies tenien una major prevalença que persones d'una sola (15,9%), seguit de la raça blanca (9,5%), la hispana o llatina (7%), i la negra o afro-americana (6%) (NIMH, 2022).

Segons un estudi de la OMS, la pandèmia de la Covid-19 l'any 2020, va suposar un increment del 25% en la prevalença de l'ansietat i la depressió. Un dels motius principals va ser l'estrès causat pel confinament i l'aïllament de moltes persones, el que va impedir un correcte funcionament o la impossibilitat de treballar, la falta de recolzament d'essers estimats, familiars i de la pròpia comunitat. Això va causar que, la soledat, juntament amb la por a la infecció, les morts de les persones estimades, el dol i les preocupacions econòmiques que van desencadenar-se arran de la pandèmia, provoquessin un augment massiu de l'ansietat i la depressió (WHO, 2022).

Factors de risc i causes

Patir ansietat pot venir determinat per diferents factors: psicològics, biològics i socials, els quals poden predisposar a la persona a patir ansietat. Com a factors psicològics, la personalitat, el caràcter, o la pròpia espiritualitat d'una persona, juguen un paper important. Persones amb elevada autoexigència, nervioses o molt tímides, que d'inici no les condemna a patir ansietat, les fa més vulnerables a desencadenar-la, així com persones que han viscut situacions violentes, altament estressants o negatives. Com a factors biològics trobem la genètica, el fet de tenir una història familiar d'ansietat o altres trastorns mentals. I per últim, com a factors socials, l'entorn social, la cultura, el context econòmic, ideològic, i situacions o circumstàncies que activen la percepció d'amenaça o de por (NIMH, 2023) (Hoyos et al., 2012).

Tanmateix, els trastorns depressius, tot i estar molt relacionats amb les situacions personals de cada individu, també existeixen factors de risc que els poden desencadenar, com ara la presència d'alts nivells d'ansietat i/o estrès en un període llarg o el patir maltractament físic o psicològic durant la infantesa. Així mateix també existeixen factors genètics, com ara antecedents familiars de trastorn depressiu, bipolar o d'ansietat, que poden predisposar a la persona a patir-ne; o factors biològics com son l'edat o el sexe. També poden influenciar certs trets de la personalitat, com ara la inseguretat o el perfeccionisme, i aspectes de la vida com el divorci, els problemes familiars o les característiques socioeconòmiques. Per últim, la comorbiditat d'altres malalties no psiquiàtriques com afeccions endocrines, reumàtiques, cardiovasculars o neurològiques, l'ús de certs fàrmacs, i fins i tot l'abús de l'alcohol, poden ser un detonant per a desenvolupar depressió (Guarch & Navarro, 2018) (González Lugo et al., 2018).

Contextualització en joves

Els adolescents i els adults joves pateixen sovint problemes de salut mental tals com la depressió i l'ansietat (Balázs et al., 2013). A les edats compreses entre 18 i 29 anys solen tenir una incidència i una prevalença significativament més altes que en persones d'altres grups d'edats. Un estudi (Alonso et al., 2007) va investigar quin percentatge de joves utilitzaven serveis de salut relacionats amb problemes de salut mental en diversos països d'Europa. Es va observar que del total de persones que necessitaven ajuda professional, només un 51,7% utilitzava algun tipus de servei de salut mental. Les xifres entre adolescents eren encara més baixes.

L'any 2014 investigadors de la URV van estudiar per què les persones joves que pateixen depressió no busquen ajuda professional. Els resultats van mostrar que els problemes de salut mental més greus i recurrents apareixien abans dels 25 anys, i aquells que patien depressió tenien implicacions clíniques i socials importants, com per exemple: el suïcidi, la cronicitat de les malalties, l'abús de substàncies psicoactives i l'exclusió social. A més, van concloure que tot i existir programes preventius, sovint aquests no eren suficients i no estaven adaptats a les necessitats de la població jove. L'estudi reflectia la perspectiva dels joves entrevistats, que demanaven que el sistema facilités l'accés als programes esmentats. Parlaven de la normalització dels serveis de salut mental, no només orientat als trastorns mentals aguts, sinó també al manteniment de la salut mental, cosa que ajudaria a reduir l'estigma que pesa sobre ella. (Martínez-Hernández et al., 2014, pp. 9–10).

Un altre estudi fet per diverses facultats de psicologia d'Anglaterra l'any 2020, buscava donar resposta a per què els nens i adolescents no buscaven i utilitzaven ajuda professional per als trastorns de salut mental, ja que aquests són altament prevalents i molt infravalorats. Es van identificar 4 principals factors barrera: el primer va ser la falta de coneixements sobre problemes de salut mental i com accedir o buscar l'ajuda necessària. El segon més esmentat a diversos estudis van ser els factors socials, com ara l'estigma i la vergonya. El tercer factor va ser la percepció de la relació terapèutica, juntament amb la falta de confiança per parlar amb algú desconegut. Per últim, les barreres sistèmiques i estructurals, com ara el cost de la teràpia i les barreres logístiques, com ara l'espera per a ser atès degut a l'alta demanda, van mostrar que els factors eren tant interns com externs a les persones joves (Radez et al., 2021, p. 183).

Xarxes socials i el rol en la depressió i l'ansietat

Una revisió d'articles duta a terme pel departament de psiquiatria de l'escola de medicina Johns Hopkins va estudiar l'augment de la depressió i del comportament suïcida en adolescents en els últims 20 anys i la correlació que existeix amb l'aparició de les xarxes socials a principis de segle. Aquest estudi va mostrar que com més elevada era la freqüència d'ús de les XXSS, majors eren els nivells de depressió, i que aquest ús podia tornar-se problemàtic, provocant addicció i un patró de comportament disfuncional en els consumidors. També que el fet de tenir un perfil públic o privat, on els usuaris amb un perfil públic mostraven una major associació amb la depressió. La manera d'interaccionar a les xarxes socials de manera activa o passiva amb altres usuaris,

mostrava com la passiva es relacionava amb un estat d'ànim depressiu, i l'activa mostrava un resultat positiu: la percepció de tenir suport social. Es va veure una associació entre la depressió i la comparació constant dels adolescents amb altres persones a les xarxes socials, com ara els anomenats *influencers*, en especial en noies i adolescents amb baixa popularitat.

Per últim, la revisió parlava dels símptomes psicològics i del comportament suïcida. Aquells adolescents que patien depressió parlaven més dels sentiments negatius (anhedonia) i pensament suïcides a les xarxes socials i fòrums d'autoajuda que aquells que no patien depressió. No es va trobar una associació entre l'exposició a aquestes històries en els fòrums i un increment del risc suïcida, però sí una detecció precoç de l'increment de casos (Vidal et al., 2020, p. 8–9).

Un altre estudi assenyala que la manca d'interacció o cerca de suport social fora de les xarxes socials o d'internet va en augment, l'ansietat social provoca una por a la vergonya i a la humiliació que porta evitar les situacions socials cara a cara. Com més ús es fa de les tecnologies, tenint l'opció d'escriure missatges instantanis i fins i tot la d'evitar parlar, ja no només cara a cara, sinó també telefònicament, ha incrementant encara més el risc que aquelles persones que ja tenien tendència a l'ansietat social siguin encara més propenses a desenvolupar-la (Hoge et al., 2017).

Tractament

Hi ha diferents enfocaments per als tractaments de l'ansietat i la depressió, i aquests busquen ser sempre individualitzats per a cada pacient. Existeixen tractaments psicològics i farmacològics, que poden fer-se per si sols o combinats entre ells.

Dins les teràpies psicològiques trobem la teràpia cognitivoconductual, considerada una de les més eficaces, incloent tècniques cognitives, de relaxació i centrades en la conducta. Aquesta ensenya als pacients diferents maneres de pensar, comportar-se i reaccionar a situacions, fent que així se sentin menys ansiosos i amb menys por; utilitzant la parla entre el pacient i el psicoterapeuta (NIH, 2023). La tècnica cognitiva busca identificar i neutralitzar els pensaments erronis causats per certs trastorns mentals, i així poder respondre a situacions d'estrès. La de relaxació pretén disminuir la simptomatologia física: reduir tensió muscular, respiració, nerviosisme... mitjançant tècniques de respiració diafragmàtica, relaxació muscular progressiva, loga, *mindfulness*, etc. Per últim, les tècniques centrades en la conducta treballen una

exposició controlada i progressiva als estímuls que provoquen ansietat i proporcionen eines per poder-la afrontar (Gencat, 2022).

Per últim, existeixen els tractaments farmacològics. Els ansiolítics són fàrmacs d'acció ràpida que redueixen els símptomes provocant efectes hipnòtics-sedatius. En aquest grup trobem les Benzodiazepines, l'ús perllongat de les quals pot produir dependència i un efecte rebot si es suspèn abruptament el tractament (Benedí & Gómez del Río, 2007). Per al tractament farmacològic de la depressió els ISRS (inhibidors selectius de la recepció de la serotonina) són els antidepressius de primera elecció. Aquests tarden unes setmanes a començar a fer efecte i poden empitjorar temporalment l'agitació, l'ansietat o la depressió dels pacients (Coryell, 2021).

Pandèmia de la Covid-19

La pandèmia de la Covid-19 originada el 2020 i el confinament que es va dur a terme, ha comportat un impacte negatiu en la salut mental dels adolescents i joves adults, i no és fins ara que es comença a veure la magnitud del problema i el que ha comportat aquesta situació viscuda.

La Covid-19 i les seves conseqüències no han afectat únicament a les persones que ja patien algun d'aquests trastorns mentals, sinó també a aquells que no n'havien patit cap fins ara, però que degut a la falta de recursos per afrontar situacions difícils com aquesta, els ha posat en risc de desenvolupar trastorns d'ansietat, depressió i fins i tot trauma. Alguns dels factors de risc (Jones et al., 2021) han estat la falta de maduresa deguda a la seva edat, la falta d'eines per a afrontar aquesta situació, l'aïllament i posterior distanciament social un cop es va acabar el període de confinament i el poc suport social i emocional rebut durant aquesta pandèmia.

El mateix 2020 es va conduir un estudi a Espanya (Hidalgo et al., 2020) per a veure les conseqüències psicològiques de la Covid-19 i del confinament en la població espanyola. Es va observar un elevat increment de casos d'ansietat i depressió, especialment en joves, i també, diferències entre l'afectació a dones i homes, on les dones patien més emocionalment i psicològicament. Es van observar canvis en l'actitud i la labilitat emocional que abans de la pandèmia no eren presents. Aquests incloïen estats d'ànim disfòrics: tristesa, ansietat, ràbia, preocupació... i a la vegada, també estats d'eufòria. Les persones joves també mostraven un increment d'angoixa, dificultat per a concentrar-se, sentiments d'incertesa, culpa, depressió, atacs de pànic, pensaments autolítics, solitud, tendència a no pensar, disminució de la capacitat per a prendre decisions...

Metodologia

Tipus d'estudi

Per a respondre als objectius plantejats es va dividir el treball en dues parts. La primera, va ser el marc teòric, seguit d'una metasíntesi d'estudis amb metodologia qualitativa, el cos del nostre treball de recerca. La segona part va ser a través de la realització d'un grup focal.

El marc teòric ens serveix com a base i context del nostre treball, mentre que la metasíntesi i el grup focal dona resposta als objectius plantejats: esbrinar si existeix una banalització de l'ansietat i un tabú al voltant de la depressió, estudiar els fenòmens d'aquesta banalització i estigmatització i conèixer l'experiència dels joves entorn a aquestes malalties.

Vam decidir fer una metasíntesi, ja que aquesta ens propiciava obtenir uns resultats de rigor, qualitat i traçabilitat en el desenvolupament de la nostra revisió, on la metodologia qualitativa fos l'eix central de la cerca. Això ens permetia analitzar de manera sistematitzada els articles, utilitzant una metodologia més explícita, precisa i seguint un protocol definit que ens assegurava qualitat, consistència i transparència en el procés de revisió. Aquest model de revisió sistematitzada és utilitzat sovint en revisions d'estudis amb metodologia qualitativa, ja que té com a objectiu desenvolupar una comprensió en profunditat del que s'estudia, generar teories i explorant fenòmens des de la perspectiva dels participants, que és un dels objectius que és buscava amb la realització d'aquest treball (Guirao Goris, 2015).

Addicionalment, les revisions sistemàtiques són útils en aspectes crítics, ja que ens permeten conèixer l'estat de coneixement d'una àrea determinada, en el nostre cas, la percepció i vivència de la depressió i l'ansietat dels joves arreu del món, des d'una perspectiva fenomenològica, centrada en la subjectivitat de cada persona, buscant copsar el significat que els subjectes donen als seus processos i percepcions tal i com es presenten a la consciència, és a dir, des de la seva experiència. Al mateix temps també ens vam centrar en el comportament com a societat, identificant maneres de viure i comportaments dels joves d'avui en dia. Això permet que es puguin identificar futures línies d'estudi i respondre les preguntes que no podríem haver resolt amb estudis analitzats de forma individual (Yepes-Nuñez et al., 2021).

D'aquesta manera i amb la mostra elegida obtenim una perspectiva variada de com viuen aquestes malalties les persones joves, i ens serveix per a comparar-ho amb la vivència individual de les persones que van participar en el grup focal. És per això que el nostre treball està enfocad des d'un paradigma constructivista o interpretatiu. L'ontologia, és a dir, la naturalesa de la realitat, és relativista, per a un mateix fenomen existeixen moltes interpretacions i l'epistemologia és transaccional, és a dir, el coneixement és el resultat de moltes interaccions (Jesús Molina Mula, 2021).

Posteriorment a la realització del grup focal, vam dur a terme la transcripció de la sessió per poder extreure'n uns resultats, utilitzant les convencions de transcripció de Jefferson (Jefferson, 1984). Un cop vam tenir els resultats tant de la metasíntesi com del grup focal, vam comparar-los, vam extreure els punts en comú, i els punts contradictoris, i vam poder sintetitzar-los i així arribar a unes conclusions, que son rellevants tant per al coneixement dels propis joves com per a la infermeria.

1a part. Revisió bibliogràfica i metasíntesi d'estudis qualitatius

Per a dur a terme la metasíntesi vam utilitzar la metodologia PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). PRISMA 2020 és un protocol que ens permet establir una base d'evidència, i identificar, seleccionar i avaluar els documents obtinguts de fonts fiables, com són les bases de dades acadèmiques utilitzades. La necessitat d'aplicar criteris d'inclusió i exclusió permet l'obtenció d'articles molt més específics que poden respondre la pregunta d'estudi del treball (Codina, 2020). Aquesta metodologia permet fer una síntesis del diferents estudis amb metodologia qualitativa des d'una perspectiva holística, de manera estructurada i precisa.

Les bases de dades d'on es van extraure els articles per a fer la metasíntesi van ser: PubMed, CINAHL i A.S.U. (Academic Search Ultimate). En la cerca es van utilitzar els següents termes Mesh: *depression, anxiety, young, adolescents, qualitative, quantitative, perception, experience, pregnancy, autism, eating disorder, cancer, tobacco*.

I els cercadors booleans utilitzats per a crear les diferents unions van ser els següents per a totes les bases de dades: ((depression) OR (anxiety)) AND ((young) OR (adolescents)) AND (((qualitative) AND (quantitative)) OR (qualitative)) AND ((perception) OR (experience)) NOT (pregnancy) NOT (autism) NOT (eating disorder) NOT (cancer) NOT (tobacco)

Es van designar uns sèrie de criteris d'inclusió i exclusió per a dur a terme la selecció d'articles. Aquests es mostren en la següent taula (Taula 2).

Taula 2. Criteris d'inclusió i exclusió

CRITERIS D'INCLUSIÓ	CRITERIS D'EXCLUSIÓ
Publicacions dels últims 5 anys.	Que no compleixin amb algun criteri d'inclusió.
Publicacions en català, castellà i anglès.	Que no compleixin amb algun criteri d'inclusió
Poder disposar del text complet del articles.	Que facin referència a una altra malaltia, que no sigui la depressió i l'ansietat.
Que estiguin relacionats amb la percepció, experiència i/o vivència dels joves amb depressió i l'ansietat.	Que estiguin centrats en la depressió i/o l'ansietat com a patologia secundària a una altra patologia base.
Publicacions dels últims 5 anys.	Que parlin de la salut mental de manera generalitzada, sense centrar-se en les dues patologies de les que es parla en aquest treball.
Publicacions en català, castellà i anglès.	Que siguin articles que parlin de la depressió i/o ansietat, però que emfatitzin el tractament, ja sigui farmacològic com no farmacològic.
Poder disposar del text complet del articles.	Articles amb metodologia només quantitativa.
Que estiguin relacionats amb la percepció, experiència i/o vivència dels joves amb depressió i l'ansietat.	Que la població d'estudi no siguin els joves en específic.

Tècniques de recollida de dades

Per a dur a terme la primera part del treball; la recerca bibliogràfica i la metasíntesi, vam utilitzar diferents eines que ens va aportar *PRISMA 2020*; primerament utilitzant la plantilla *check-list* de 27 ítems de *PRISMA 2020* (veure annex 1), per a poder avaluar i fer la tria del articles de la metasíntesi i seguidament les plantilles per elaborar el diagrama de flux (Gràfic 1), on vam registrar el nombre d'articles obtinguts al aplicar els filtres i els booleans a cada base de dades. Després vam anotar el nombre d'articles escollits un cop feta la primera lectura, primer per títol i després per resum. A continuació vam fer la lectura crítica dels seleccionats i finalment vam anotar el nombre d'articles que es van utilitzar a la metasíntesi. Per al registre d'articles vam definir el nombre de filtrats, eliminats, seleccionats i els motius de les seleccions, entre altres. Per últim, es van utilitzar les plantilles de verificació de *PRISMA 2020*, per a facilitar la comprovació i garantir que la selecció s'havia fet correctament (Yepes-Nuñez et al., 2021).

Vam començar la cerca provant diferents termes *Mesh* que consideràvem que s'adequaven al nostre treball, buscant la combinació que ens aportés uns resultats rellevants. Un cop seleccionats els termes *Mesh* vam utilitzar diferents combinacions

d'operadors booleans, que ens van permetre fer la cerca a les 3 bases de dades emprades.

A la (Taula 3), s'exposa de manera endreçada el procés d'aplicació de filtres acumulatius a cadascuna de les bases de dades i el cribratge segons els criteris d'inclusió i exclusió aplicats per títol, resum i lectura crítica dels articles avaluats per a l'elegibilitat. A la dreta, es mostra el nombre de resultats obtinguts a mesura que aplicàvem nous filtres i el resultat final d'articles seleccionats per a la metasíntesi.

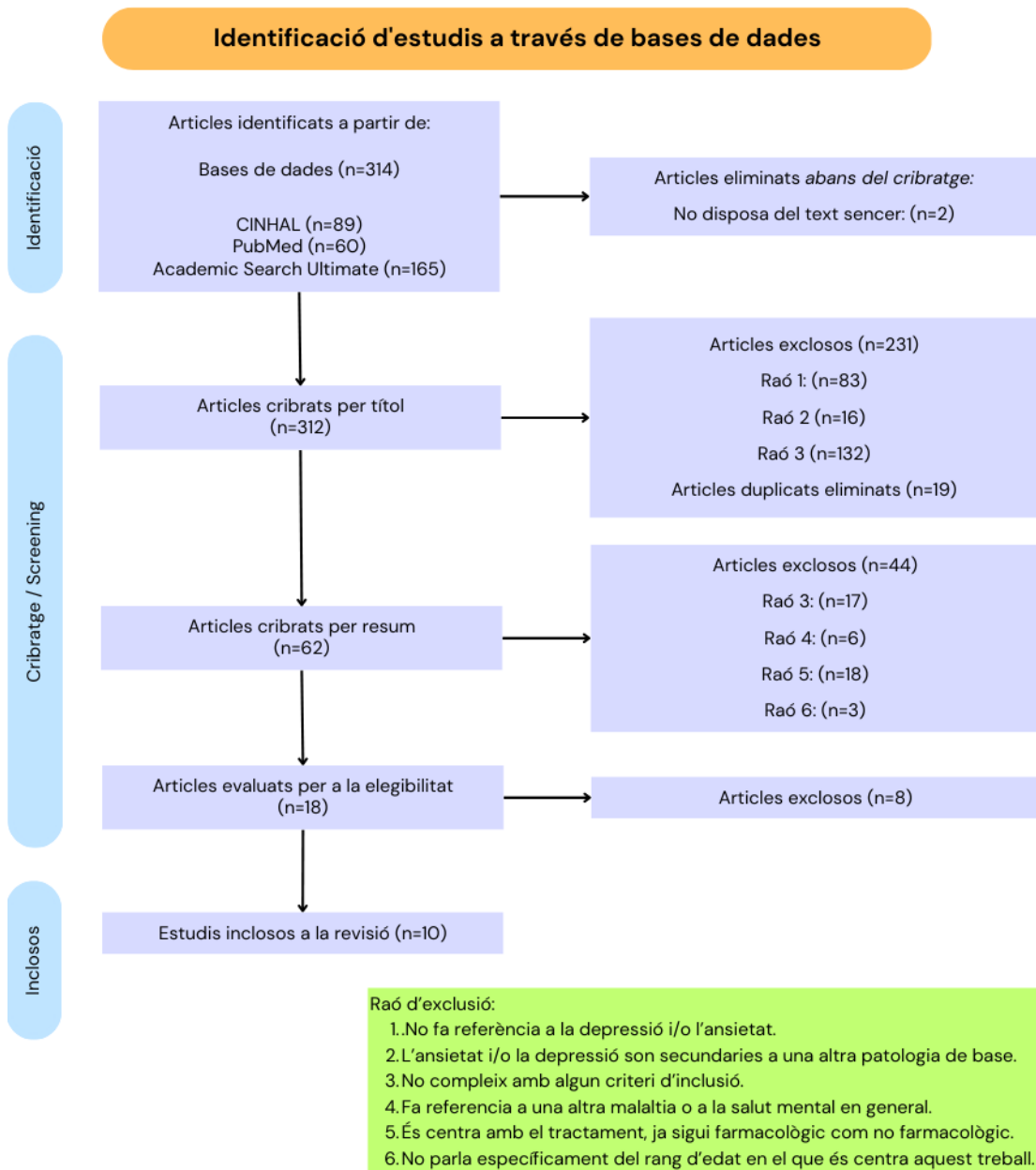
Taula 3. Resultats obtinguts per a la metasíntesi segons el sistema acumulatiu de filtres

Sistema acumulatiu de filtres		Nombre de registres/resultats		
Base de dades:		PubMed	CINHAL	A.S.U.
Resultats sense filtres:		1650	754	700
Filtres aplicats en cada base de dades:	Any	801	349	376
	Text complet	791	89	175
	<i>"Books and documents", "meta-analysis", "review", "systematic review"</i>	61	-	-
	Publicacions acadèmiques	-	89	175
	Idioma (català, castellà, anglès)	60	89	165
Selecció d'articles	Aplicació de criteris d'inclusió i exclusió ¹	13	23	46
	Total d'articles filtrats per títol	82		
	Articles després d'excloure els repetits	62		
	Total d'articles filtrats per resum	18		
Articles inclosos a la metasíntesi		10		

Per últim, vam utilitzar la metodologia CASPE (CASPE, 2022), per a classificar els resultats de la recerca bibliogràfica. Primerament es van catalogar articles, per paraules clau, títol i resum, per a saber si complien els criteris d'inclusió. En segon lloc, es va realitzar una classificació d'acord amb la qualitat dels documents mitjançant la lectura crítica (validesa, rellevància, acordança amb els objectius, resultats de l'estudi, etc.) i per últim, és va fer una lectura completa dels articles que havien complert amb tots els criteris anteriors. Els articles que van ser elegits després d'aquesta última selecció són els que formen part de la metasíntesi.

¹ Els criteris d'inclusió i exclusió es troben al Gràfic 1 diagrama de flux.

Gràfic 1. Diagrama de flux PRISMA



(Page et al., 2021)

2a part. Grup focal

En la segona part de la recerca es va dur a terme un grup focal de 6 persones. Aquest és un mètode d'investigació col·lectivista que ens permet obtenir dades qualitatives i informació sobre un tema d'estudi. El grup focal ens va permetre copsar opinions, sentiments, pensaments i vivències dels participants en un període de temps relativament curt (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013).

Per a realitzar el grup focal i obtenir uns resultats de qualitat va caldre definir l'objectiu de la investigació i seleccionar les preguntes per al procés de discussió. Es va establir una moderadora i, al ser dues de nosaltres, vam decidir que l'altra s'encarregués d'observar les expressions i gestos dels participants i enregistrar el vist. Després es van buscar participants, van ser informats del motiu del grup focal i vam obtenir els seus consentiments. Finalment es va determinar dia, hora i localització, i es va portar a terme.

La selecció de la mostra va ser intencional, és a dir, la tria de subjectes es va fer en base a aquells que podien tenir una major capacitat de resposta a la nostra pregunta d'investigació. Els subjectes eren contactes del nostre cercle social i es van dividir en dos grups segons els següents criteris (Taula 4).

Taula 4. Criteris de selecció dels grups del grup focal.

Criteris de selecció del 1r grup	Criteris de selecció del 2n grup
<ul style="list-style-type: none">- Que patissin, en el passat o en l'actualitat, una o ambdues de les patologies principals de l'estudi, ansietat i/o depressió.- Que comprenguessin edats entre 18 i 25 anys- Que fossin estudiants o <i>alumni</i> universitaris de la província de Tarragona.- Que tinguessin disponibilitat horària i de transport per acudir al grup focal.	<ul style="list-style-type: none">- Que no patissin ni en el passat ni en l'actualitat cap de les patologies d'estudi.- Que comprenguessin edats entre 18 i 25 anys- Que fossin estudiants o <i>alumni</i> universitaris de la província de Tarragona.- Que tinguessin disponibilitat horària i de transport per acudir al grup focal.

Tècniques de recollida de dades

Per a l'enregistrament i posterior transcripció de la conversa del grup focal vam utilitzar els dispositius mòbils amb gravadora incorporada. Durant la discussió, una de nosaltres va ser la moderadora. El seu rol consistia en formular algunes preguntes per a iniciar la conversa, i redirigir-la, si era necessari, quan aquesta s'allunyava de la pregunta d'interès, perquè la informació que en poguéssim extreure després fos rellevant. L'altra

es va encarregar de prendre apunts sobre els gests, comentaris, expressions facials, etc. que els participants feien durant la discussió del grup.

Codificació i anàlisi

Un cop feta la transcripció del grup focal vam fer una anàlisi temàtica, utilitzant etiquetes o codis que ens van ajudar a categoritzar i subcategoritzar. Amb aquests codis buscàvem identificar temes comuns al llarg del discurs. Inicialment vam desenvolupar codis preliminars i els vam buscar en les dades del nostre grup focal. Vam dividir el discurs en paràgrafs o frases per agrupar diferents temàtiques en codis; aquests denoten un tòpic en si mateix, i dins d'aquests codis es troben els subcodis, que es fixen en els detalls i especificacions (Cabrera, 2005).

El tipus de codificació va ser oberta i es van generar codis a partir de dues fonts: la precodificació, codis o subcategories que vam generar gràcies a la subjectivitat inductiva com a investigadores, i els codis *in-vivo*, per als quals, un cop acabada la transcripció, es van utilitzar les pròpies paraules dels participants (*verbatim*), per a que quedés plasmada la màxima intenció i significat original de les seves descripcions (Bonilla-García & López-Suárez, 2016).

En la següent taula (Taula 5) es mostren els colors, noms i codis elegits per a la codificació abans de portar a terme la sessió del grup focal.

Taula 5. Precodificació del grup focal

CATEGORIA	CODI
Banalització de les patologies	BANALITZACIÓ
Estigmatització de les patologies	ESTIGMA
Dependència i afectació de l'ús dels mòbils i de les xarxes socials	MÒBILS
Vivència personal	VIVPERSONA
Recursos i coneixements sobre l'afrontament de les patologies	RECCON
Percepció de l'entorn social	PERCSOCI

Limitacions

Al ser únicament un grup focal i estar format per tan sols 6 persones que coneixíem o que s'havien prestat voluntàries, sabíem que existia un biaix i que per tant els resultats no podrien ser extrapolables a tota la societat. Amb el grup focal es buscava tenir una idea dels coneixements, opinions, sentiments i percepcions que tenen els participants i que eventualment podrien compartir també les persones que els envolten.

Aspectes ètics i conflicte d'interessos

Aquest treball busca complir amb els principis de participació voluntària, privacitat i confidencialitat, per la qual cosa es van donar fulls informant als participants del tracte de confidencialitat de les seves dades i es va demanar que es signés un consentiment informat (veure annex 3).

Les autores del treball no ens hem trobat amb cap conflicte d'interessos.

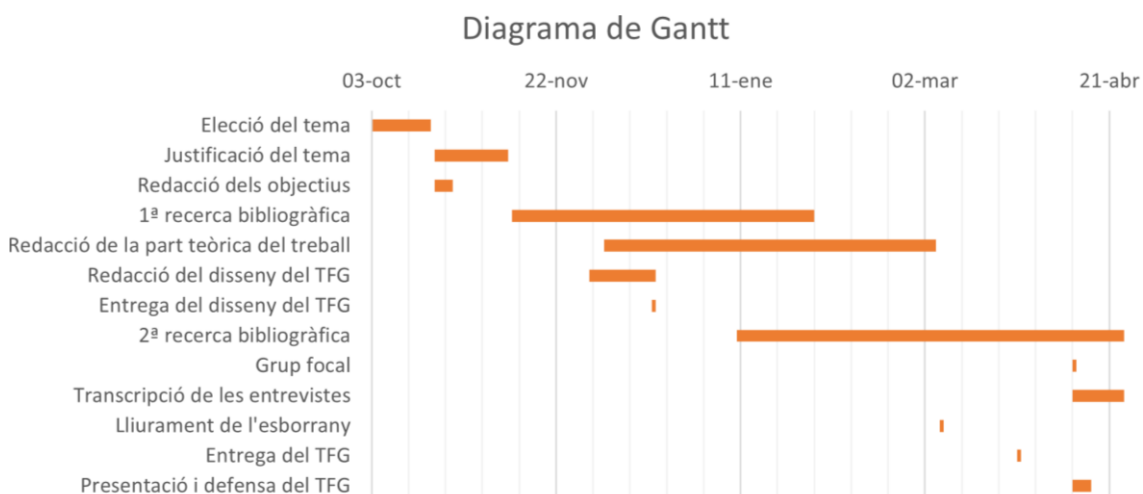
Cronograma i diagrama de Gantt

Seguidament (Taula 6) es mostra el cronograma del treball on es mostren les dates d'inici, duració i finalització de cada apartat previstes. Sota, el diagrama de Gantt (Gràfic 2), proporciona la mateixa informació de manera més visual.

Taula 6. Cronograma del treball

Procediment	Data	Data d'inici	Duració	Data final
Elecció del tema		3 octubre 2022	16 dies	19 octubre 2022
Justificació del tema		20 d'octubre 2022	20 dies	9 novembre 2022
Redacció dels objectius		20 d'octubre 2022	5 dies	25 octubre 2022
1ª recerca bibliogràfica		10 novembre 2022	82 dies	31 gener 2023
Redacció de la part teòrica del treball		5 desembre 2022	90 dies	5 març 2023
Redacció del disseny del TFG		1 de desembre 2023	18 dies	18 desembre 2023
Entrega del disseny del TFG		18 de desembre 2023	1 dia	18 desembre 2023
2ª recerca bibliogràfica		10 gener 2023	105 dies	25 abril 2023
Grup focal		11 abril 2023	1 dia	11 abril 2023
Transcripció del grup focal		11 abril 2023	14 dies	25 abril 2023
Lliurament de l'esborrany		30 abril 2023	1 dia	30 abril 2023
Entrega del TFG		25 maig 2023	1 dia	25 maig 2023
Presentació i defensa del TFG		5 juny 2023	5 dies	9 juny 2023

Gràfic 2. Diagrama de Gantt



RESULTATS

Resultats I: Cerca bibliogràfica i metasíntesi

Característiques dels estudis

Després de dur a terme la recerca bibliogràfica, es van incloure 10 articles a la revisió. De cada estudi es van extreure les següents dades: autors, any, país de l'estudi, objectius, metodologia, població diana i resultats principals (veure Taula 7).

Dels 10 estudis, dos van ser publicats als EUA, tres al Regne Unit i la resta en diferents països: Índia, Jordània, Indonèsia, Singapur, Holanda i Canadà. Tots dins l'interval de temps establert per a la seva inclusió que va des de 2019 a 2023. Vuit d'aquests estudis amb metodologia qualitativa utilitzen grups focals (n=3), entrevistes obertes (n=1) i entrevistes semi-estructurades (n=4). El novè article és una metasíntesi d'estudis qualitius i l'últim una revisió bibliogràfica.

La població dels 10 estudis presenta un rang d'edat que va dels 10 anys fins als 30, essent dels 14 als 19 el rang d'edat més freqüent en tots els estudis. Les edats compreses entre 15 i 17 anys són presents a tots els estudis a excepció d'un, on l'edat dels més joves és de 19 anys. La població que hi va participar va ser extreta d'escoles en tres estudis, d'institucions o serveis de salut mental en uns altres tres, d'entorns comunitaris en un, i per últim, dos estudis van captar participants mitjançant l'ús de xarxes socials, pòsters, centres de joves i clíniques d'adolescents.

El objectius dels estudis estan tots relacionats amb la percepció i la vivència de joves amb ansietat i/o depressió. Quatre estudis es centren en copsar les experiències que viuen els joves, tres en investigar sobre les creences, opinions i percepcions dels mateixos, i els altres busquen: avaluar la qualitat d'estudis qualitius que exploren l'experiència dels joves que pateixen aquestes malalties, generar recomanacions en la detecció d'aquestes patologies, investigar la relació que hi ha entre solitud i depressió, determinar el paper de l'estigma en relació a la cerca d'ajuda professional i, finalment, estudiar les actituds dels adolescents davant aquestes patologies i les seves estratègies de cerca d'ajuda.

Taula 7. Taula resum dels articles seleccionats en la metasíntesi

Títol, autors, any, país	Objectiu	Metodologia i tècnica	Població	Resultats
<p>A qualitative study of understanding depression and help-seeking behavior among rural school-going adolescents in India <i>Shinde S, et al.</i> Índia. 2021</p>	<p>Investigar les actituds dels adolescents que van a l'escola i les estratègies de cerca d'ajuda per fer front a la depressió.</p>	<p>Estudi exploratori qualitatiu. Grups focals (n=12)</p>	<p>100 adolescents d'edats entre 15 i 18 anys de 6 escoles de secundària del districte de Nalanda, de Bihar, a l'Índia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Els joves indis utilitzen termes locals i eufemismes al parlar de la depressió, així com de la terminologia associada als seus símptomes i signes. • Tant nois com noies van estar d'acord en què la depressió afecta més a les noies. • Els participants van declarar que el seu primer punt de contacte era un membre de la família, seguit d'un curandero religiós, degut al baix cost que suposa el segon. • Els adolescents creuen que el tractament de la salut mental hauria de ser accessible a la comunitat i a les escoles.
<p>Children and young people's beliefs about mental health and illness in Indonesia: A qualitative study informed by the Common Sense Model of Self-Regulation <i>Brooks H, et al.</i> Indonèsia. 2022</p>	<p>Desenvolupar una comprensió profunda de les creences de nens i persones joves sobre la salut mental i la malaltia a Indonèsia.</p>	<p>Estudi qualitatiu (model del sentit comú d'autoregulació). Entrevistes semi-estructurades combinades amb l'ús de fotografies (n=43)</p>	<p>Nens i joves d'entre 11 i 15 anys, que viuen amb (n=19) i sense (n=24) condicions d'alta prevalença d'ansietat i depressió a Java, Indonèsia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La descripció de salut mental com a absència de trastorn mental ha contribuït a les atribucions d'anormalitat i marginació de les persones que les pateixen. • La població associa la malaltia mental amb les debilitats o fallides individuals, el que augmenta l'autoestigmatització d'aquells que les pateixen. • Existeixen diferències entre la percepció de salut mental i malaltia mental, essent la segona més persistent. • Els nens i joves amb ansietat i depressió consideraven probable que l'ansietat i la depressió depenguessin de múltiples factors causals i creien en l'eficàcia potencial de l'ajuda professional.
<p>Depression in Arab adolescents a qualitative study <i>Dardas L, et al.</i> Jordània. 2019</p>	<p>Copsar l'experiència dels adolescents sobre la depressió, identificar possibles factors contribuents i avaluar opinions d'intervencions actuals.</p>	<p>Metodologia qualitativa exploratòria. Grups focals (n=12)</p>	<p>92 adolescents, nois i noies d'entre 14 i 19 anys de Jordània.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existeixen diferències entre gèneres en el reconeixement dels símptomes de la depressió, la predisposició a buscar ajuda, l'habilitat de comunicar els símptomes, i les expectatives del tractament i curació. • Per nois i noies, la por a ser etiquetat com a "malalt mental" contribueix al fet que no hi hagi adherència als tractaments de salut mental o no acudeixin als serveis.

Experiences of Black Adolescents With Depression in Rural Communities <i>Hannor-Walker T, et al.</i> EUA. 2020	Obtenir una comprensió més clara vers experiències personals d'adolescents negres que viuen amb depressió.	Metodologia interpretativa qualitativa Entrevistes semi-estructurades (n=10)	10 adolescents negres amb depressió, dones (n=6) i homes (n=4) d'edats entre 13 i 17 anys, que viuen a zones rurals del sud-est d'EEUU.	<ul style="list-style-type: none"> Els factors contextuals (demogràfics, socials, culturals) sovint estan implicats en l'aparició de depressió en adolescents negres. No hi ha prou tractament terapèutic i mèdic actiu per ells. Hi ha un estigma associat a la malaltia i reticència a buscar tractament dins de la comunitat negra, especialment a les zones rurals. Els professionals han de ser més educats i conscients quan treballen amb aquesta població.
Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: a qualitative inquiry <i>Samari E, et al.</i> Singapur. 2022	Determinar el paper de l'estigma percebut entre la família i els amics del pacient en la cerca d'ajuda professional.	Metodologia qualitativa. Entrevistes semi-estructurades (n=33)	33 adults joves, dones (n=18) i homes (n=15) entre 20 i 35 anys, amb depressió en seguiment en un institut de salut mental.	<p>La manca de consciència de la depressió i la perpetuació de l'estigma es manifesten com a barreres per a la recerca d'ajuda en forma de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Absència de suport Prestació de suport poc útil Preferència per a no parlar de les patologies amb terceres persones Oposició a la cerca d'ajuda professional.
The experience of loneliness among young people with depression: A qualitative meta-synthesis of the literature <i>Achterbergh L, et al.</i> Holanda i Regne Unit. 2020	Realitzar una metasíntesi per entendre la complexa interrelació entre solitud i depressió entre joves deprimits.	Metasíntesi d'estudis amb metodologia qualitativa.	Adolescents i adults joves (entre 11 i 30 anys) amb depressió, i amb/sense comorbiditat d'ansietat o trastorn de personalitat.	<ul style="list-style-type: none"> L'abstinència social és una conseqüència de la malaltia de salut mental. No parlar de que la depressió contribueix al distanciament social. El joves volen sentir-se compresos. Existeix una correlació entre la solitud i la depressió. Les persones deprimides s'aïllen per diverses raons, això pot provocar sentiments de solitud, la consciència dels quals empitjora el seu estat d'ànim, perpetuant així la seva depressió.
The experience of the self in Canadian youth living with anxiety: A qualitative study <i>Woodgate RL, et al.</i> Canadà. 2020	Explorar l'experiència sobre un mateix en una mostra de joves canadencs vivint amb ansietat.	Estudi qualitatiu, fenomenologia hermenèutica. Entrevistes obertes.	58 joves canadencs, dones (n=44) i homes (n=14) d'entre 10 i 22 anys amb diagnòstic d'almenys un tipus ansietat.	<ul style="list-style-type: none"> Els relats fenomenològics de joves sobre la convivència amb l'ansietat mostren l'agitació i el patiment intern que comporta aquesta patologia. L'atenció i suport als joves amb ansietat requereix una comprensió de com el "jo" pot ser fracturat per les seves experiències amb l'ansietat. Proporcionar als joves l'oportunitat de compartir amb altres que han viscut experiències similars permet reconèixer/compartir obertament les seves experiències sense por a l'estigmatització.

<p>The lived experience of adolescent depression: A systematic review and meta-aggregation <i>Twivy E, et al.</i> Regne Unit. 2023</p>	<p>Comprendre l'experiència d'adolescents amb depressió. Avaluar la qualitat d'estudis qualitativs que l'exploren i generar recomanacions, per la detecció.</p>	<p>Revisió bibliogràfica d'estudis qualitativs. Teoria pragmàtica.</p>	<p>Joves entre 10 i 24 anys amb diagnòstic de depressió unipolar, amb possibles diagnòstics d'altres malalties de salut mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es van descriure les causes, símptomes i afrontament de la depressió en els joves. • Les experiències subjectives dels joves amb depressió pot no coincidir del tot amb els criteris diagnòstics. • Alguns símptomes descrits, com ara la desconexió social i la ira, no figuren en els criteris de diagnòstic existents.
<p>Understanding the illness representations of young people with anxiety and depression: A qualitative study <i>Bear H, et al.</i> Regne unit. 2021</p>	<p>Proporcionar una descripció qualitativa de les percepcions de joves amb ansietat i depressió, amb l'aplicació de CSM.</p>	<p>Estudi qualitatiu. Entrevistes semi-estructurades en profunditat (n=26)</p>	<p>26 joves d'entre 16 i 24 anys, residents del regne unit i amb antecedents d'ansietat i/o depressió.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existeixen paral·lelismes en com es perceben els problemes de salut mental i física. • L'ansietat i la depressió es van veure com a condicions no lineals, recurrents i remitents, però cròniques, amb un camí fluctuant i complex cap a la recuperació i l'afrontament. • Els joves van descriure impactes negatius generalitzats en les seves vides, però també van descriure alguns aspectes positius.
<p>Valuing whole complex lives: Young adults' experiences of recovery-related principles in mental healthcare in the United States <i>Hughes S, et al.</i> EUA. 2019</p>	<p>Informar del desenvolupament d'un programa nou per a la salut mental, mitjançant experiències prèvies amb proveïdors de salut mental.</p>	<p>Estudi amb metodologia qualitativa. Grups focals (n=4)</p>	<p>19 joves d'entre 19 i 26 anys que han experimentat depressió i/o ansietat; i que no han fet cap intent de suïcidi en els últims 90 dies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Els participants es van descriure com persones amb vides complexes. • Van expressar el desig d'atenció a la salut mental. • La mostra, al ser en gran part blanca, dones i amb un cert nivell d'educació, no permet la generalització amb les experiències potencialment diverses de persones de comunitats marginades. • Es van proporcionar dades riques per a la planificació del programa per la salut mental dels joves.

Síntesi qualitativa

De l'anàlisi de dades van sorgir 3 categories principals. La percepció de l'ansietat i la depressió a l'entorn social, la percepció dels adolescents i joves que viuen amb les patologies i, per últim, l'afrontament vers aquestes. D'aquestes categories van sorgir 8 subcategories, de les quals dues es comparteixen en les categories 1 i 2 des de la vesant social: l'estigma i la banalització d'aquets trastorns i la cerca d'ajuda; i per l'altra, des de la percepció de la pròpia persona que viu amb la patologia. Les altres subcategories descrites són: les diferències culturals, la vivència i opinió personal dels joves que conviuen amb ansietat i/o depressió, el suport de l'entorn social i l'acceptació i adherència al tractament professional.

CATEGORIA 1. Percepció de l'ansietat i la depressió a l'entorn social

1.1. L'ESTIGMA

Fins fa poc, la salut mental ha estat descrita com l'absència de trastorn o pertorbació mental. Aquest fet ha estat un dels majors factors en l'atribució de l'estigma i la marginació de les persones que pateixen trastorns mentals (Brooks et al., 2022).

En algunes cultures orientals s'ha vist que a l'hora de parlar de depressió, ansietat, patologia mental... no se solen utilitzar els termes com a tal, sinó que sovint s'utilitzen eufemismes. En un estudi realitzat a Índia es va observar que els participants d'edats entre 15 i 18 anys, utilitzaven termes locals per a descriure la depressió: *tanav* (tensió), *pareshani* (estrès), *chinta* (preocupacions), *mansik thakan* (cansament mental), i d'altres fins i tot ho definien com a "boig" o "psicòpata" (Shinde et al., 2021). A Jordània, les persones amb depressió amaguen el fet de patir-la per a no ser etiquetats com a *majnoon* (bojos), (Dardas et al., 2019) i a Indonèsia alguns joves parlen fins i tot d'anormalitat i persones perilloses (Brooks et al., 2022). Per altra banda, en un estudi als EUA, adolescents afroamericans descrivien la depressió com una part inherent de la vida, on tothom acaba patint-la d'una manera o altra (Hannor-Walker et al., 2020).

Existeix un estigma arreu del món respecte els trastorns de salut mental. Aquest és especialment elevat en països asiàtics. Segons Corrigan et al. l'estigma està compost per tres conceptes relacionats: els estereotips, el prejudici i la discriminació. (Samari et al., 2022).

Els participants dels estudis de països asiàtics expliquen l'elevat grau d'estigma existent i com aquest és una de les causes principals de la negació o reticència a la cerca i accés

d'ajuda professional, ja que hi ha una gran por a ser etiquetats i marginats, tant per part de la societat, companys i professors (Shinde et al., 2021), com de la pròpia família (Samari et al., 2022). Aquest fet provoca que les persones que pateixen depressió o ansietat creguin que els únics que poden ajudar-se són ells mateixos, i es veuen com els únics responsables que poden actuar davant el problema, fet que acaba comportant un aïllament social. En cultures com la javanesa no està ben vist demanar ajuda, ja que no s'ha de molestar als altres amb els problemes d'un mateix (Brooks et al., 2022).

A Àsia, el fet de patir una malaltia mental és vist com una debilitat personal, una vergonya, i la pèrdua de respecte dels altres, no tan sols per a la persona que la pateix, sinó per tots els membres de la família. En un estudi realitzat a Singapur l'any 2020, es va observar que quasi la meitat dels enquestats d'un total de 940, els faria vergonya ser diagnosticats d'una patologia mental com la depressió o l'ansietat, aproximadament un quart no ho explicarien a ningú i més d'un 25% creien que els amics els veurien com a persones dèbils i seria una "marca de la vergonya" per a ells (Samari et al., 2022).

Per altra banda, en països d'occident, com són els EUA, Canadà i els països europeus, els joves també temen compartir els seus sentiments i emocions amb els seus companys per por a ser rebutjats. Però, en canvi, i a diferència de molts països asiàtics, busquen compartir-les amb persones que han patit algun problema de salut mental. Menys freqüentment busquen ajut professional (Hughes et al., 2020).

La por a l'estigma i a ser etiquetats provoca l'aïllament social i posterior sentiment de soledat en els joves, també fortament estigmatitzat, degut a la constant necessitat social de mostrar-se connectats al món (Twivy et al., 2023). Les persones amb patologies mentals són sovint evitades pels joves "sans", i aquests mostren unes clares actituds denigrants vers ells (Achterbergh et al., 2020). Proporcionar-los-hi un espai segur on poder fer confidències amb altres persones que han viscut experiències similars, pot ajudar-los a sentir-se acompanyats i compresos (Woodgate et al., 2020).

1.2. BANALITZACIÓ

La percepció que té la societat jove sobre l'ansietat o la depressió en alguns països, fa que es minimitzi o banalitzi el fet de buscar ajuda, i que les persones que les pateixen, ni tan sols en parlin. Els joves, en especial aquells que no tenen experiència amb l'ansietat o la depressió, creuen que el suport o ajuda professional no és necessària, i que no s'ha de molestar o preocupar als altres demanant ajuda, ja que els símptomes de la depressió són conseqüència de situacions de la vida diària (Shinde et al., 2021).

Consideren únicament seva la responsabilitat de controlar les emocions i el propi caràcter per a mantenir la salut mental. Els joves utilitzen la distracció com a eina principal per a controlar la pròpia salut mental i ajudar als altres, acceptant l'ús d'ajuda professional només en casos extrems (Brooks et al., 2022).

La falta d'acceptació de l'ansietat i la depressió com a patologies reals provoca la manca de suport i acceptació per part de l'entorn, en especial de la família i dels amics. En països com Indonèsia, Índia, Xina i Jordània, l'entorn falla en reconèixer aquestes patologies com a tals i les trivialitza, fet que provoca que l'entorn social de les persones que les pateixen les atribueixin a les mancances d'un mateix, ignorin les demandes d'ajuda, facin *gaslighting*, donin un suport inefectiu a través de comparacions, imposant les seves experiències a les d'ells o donant ajuda no sol·licitada (Samari et al., 2022).

1.3. DIFERÈNCIES ENTRE PAÏSOS

Existeixen visions diferents de l'ansietat i la depressió depenent del país on es viu, la cultura i el tipus de societat. Tenir uns valors més individualistes -com als països occidentals- o més familiars, d'harmonia social i de comunitat -com en els països orientals- afecta a la percepció d'aquestes patologies i a l'acceptació i la presa de decisions per a la cerca o no de tractament (Brooks et al., 2022).

Les creences i la religió també hi juguen un paper rellevant, ja que en algunes cultures s'associa l'aparició de símptomes de depressió a la falta de fe en Déu, o a la seva voluntat, que els predisposa a patir aquests símptomes. Creuen que cal reforçar la fe perquè els símptomes desapareguin (Brooks et al., 2022; Dardas et al., 2019).

A l'hora de cercar ajuda existeixen diverses opcions: ajuda formal i informal. La formal es compon de professionals de la salut i de serveis sanitaris, i la informal de familiars i amics (Samari et al., 2022). Quan parlem d'ajuda formal, la cultura occidental la busca als CAPs, hospitals, centres de salut mental i psicòlegs. Aquesta ajuda es la més reconeguda i utilitzada en països occidentals (Bear et al., 2021). Un dels motius pels quals els joves prefereixen l'ajuda professional és perquè poden comunicar-se sense por de ser jutjats i no rebran un *feedback* paternalista, tot i que això no és sempre així. Hi ha joves que han tingut males experiències: com la falta d'empatia o buscar tractar els símptomes sense tractar la causa subjacent, quan es tractaven per professionals; motiu pel qual ja no hi acudeixen (Hughes et al., 2020) (Hannor-Walker et al., 2020).

En alguns països asiàtics, l'Índia per exemple, i per causes socioeconòmiques, geogràfiques i de tradició cultural, busquen l'ajuda d'altres instàncies com els

curanderos religiosos. Aquests són molt més barats que els professionals sanitaris i són molt més accessibles, especialment a les zones rurals, on no compten amb hospitals ni centres de referència de salut mental propers. A més, també es relaciona amb l'estigma associat a la patologia mental i el tabú que l'envolta, on l'accés a un servei professional els exposa davant la societat (Shinde et al., 2021).

Existeix també un escepticisme cap a la medicina occidental i cap als professionals de la salut. Certs sectors de la societat consideren que existeix una falta de legitimitat en la pràctica clínica, així com una motivació monetària. Alguns joves no utilitzen aquests serveis per por a empitjorar el seus símptomes, i opten per cures espirituals i tractaments alternatius per a tractar la patologia (Samari et al., 2022) (Brooks et al., 2022).

El nivell econòmic i educatiu dels països també dificulta l'accés a aquesta ajuda. Les persones de països amb ingressos mitjans-baixos presenten un alt risc de desenvolupar depressió i ansietat. Aproximadament un 90% de les persones que hi viuen no poden accedir als serveis degut a la falta de fons, infraestructures deficientes, i falta de personal format en la salut mental (Brooks et al., 2022).

CATEGORIA 2. Percepció dels adolescents i joves que pateixen ansietat i/o depressió

3.1. L'AUTOESTIGMA

Les persones que pateixen trastorns mentals estan constantment marginades i tractades com a insignificants. Aquest fet crea un estigma, no només percebut pel seu entorn, sinó per ells mateixos, el que anomenem autoestigma (Brooks et al., 2022). Aquest crea una sensació de desesperança i disminució de l'autoestima, perquè els joves es troben sense un confident al que poder acudir i demanar ajuda, per por a no ser compresos o ser jutjats o criticats (Achterbergh et al., 2020).

Els joves afectats per l'ansietat o la depressió es descriuen a si mateixos com a defectuosos, dèbils i indignes, mostrant sentiments d'inferioritat i vergonya. Quan exerceixen l'autocrítica, se'ls fa difícil autocompadir-se. El fet de no assolir les expectatives de la societat de l'adolescent "sa" o "normal", retroalimenta les patologies i genera sentiments de culpa. Alguns joves reconeixen la internalització de l'estigma imposat per les construccions socials. Sembla ser que aquelles persones que accepten i són conscients de l'ansietat com un part d'ells mateixos, experimenten menys problemes psicològics que aquells que viuen la malaltia com una totalitat del seu "jo" o que la veuen com una part aliena a ells (Twivy et al., 2023; Woodgate et al., 2020).

S'ha vist com en moments en què la patologia es torna incapacitant per a fer certes accions o activitats de la vida diària, com són endreçar l'habitació o fer els deures, els joves s'atribueixen sentiments de culpa. Aquestes accions poden semblar fàcils, però per una persona que pateix ansietat o depressió, poden presentar molta més dificultat (Dardas et al., 2019). L'ansietat i la depressió son percebudes com un impacte negatiu en la seva vida, afectant a les relacions socials, als estudis o a la feina, a la pèrdua d'oportunitats i a la falta de comprensió per part dels altres (Bear et al., 2021).

El fet de rebre un diagnòstic psiquiàtric, influencia en l'auto-concepte, és a dir, en la percepció que un té de si mateix i de la seva identitat social. En joves i adolescents aquest diagnòstic pot contribuir a la pròpia invalidació d'un mateix, o en canvi proporcionar l'efecte contrari, és a dir, l'enteniment, l'autoconeixement, la validació i l'acceptació de la malaltia en el seu entorn social (Woodgate et al., 2020).

2.2. BANALITZACIÓ

La falta d'educació dels joves i adolescents respecte les patologies mentals, i la creença de que la responsabilitat només ha de recaure sobre un mateix, es pot traduir com una banalització i desestimació de l'accés i ús d'ajuda professional (Brooks et al., 2022). Alguns joves mostren confusió davant la simptomatologia que presenten, i sovint els seus pensaments racionals els porten a creure que no hi ha motiu aparent per a queixar-se. Busquen, doncs, afrontar aquests sentiments a través de l'aïllament, sols i buscant una solució sense l'ajuda d'altres (Hughes et al., 2020). Els joves amb depressió temen compartir els seus símptomes i pensaments amb altres persones degut a la possibilitat que aquestes els banalitzin o ignorin. Una de les maneres d'amagar com es senten i la qual reconeixen, és utilitzant una "fatxada". Aquesta evita que hagin d'afrontar el problema i parlar-ne (Achterbergh et al., 2020).

2.3. VIVÈNCIA I OPINIONS DELS JOVES

Molts dels participants dels estudis, relacionen la depressió i l'ansietat amb factors etiològics, essent aquests principalment vivències negatives o traumàtiques. Algunes d'aquestes són l'abús o violència familiar, problemes en les relacions socials amb membres de la família o amics, experiències de *bullying*, pobresa, falta de recursos alimentaris, malalties físiques i dificultats acadèmiques. A més, alguns també ho relacionen amb els factors genètics, com el fet que un dels progenitors pateixi un problema de salut mental (Brooks et al., 2022; Dardas et al., 2019; Shinde et al., 2021).

Alguns estudis mostren la percepció dels joves d'aquestes patologies, en especial la depressió, com una malaltia crònica, penetrant, altament associada amb sentiments de desesperança. A l'estudi de Brooks et al, un jove que patia depressió, la va descriure com un forat negre, on quan l'estàs passant, costa molt sortir-ne, tot al voltant es torna negre i res té sentit (Brooks et al., 2022). L'anhedonia, derivada de la depressió, fa que també es deixi de participar en activitats que abans gaudien, i per tant existeixi menys interacció interpersonal (Achterbergh et al., 2020).

Existeixen molts motius pels quals els joves no busquen ajuda professional per a tractar la depressió i l'ansietat: falta de reconeixement dels símptomes com un problema real, falta de recursos econòmics, factors geogràfics (àrees rurals o zones on existeixen conflictes armats, guerres...), llargues llistes d'espera, estigma i percepció en el seu entorn social, etc. (Dardas et al., 2019). Tot això, sumat a les males experiències passades amb professionals o institucions de la salut mental, són barreres en l'accés als recursos i impossibiliten ajudar a aquells que ho necessiten (Hughes et al., 2020).

Tot i així, no tothom actua inhibint-se, en especial als països occidentals, on els joves no se senten tant cohibits a demanar-la. En un estudi es va observar que els joves universitaris busquen ajuda en psiquiatres, metges, CAPs, recursos de la universitat de manera autònoma, o també parlant amb familiars, professors o pastors.

Els joves creuen en la importància d'una bona relació amb els professionals de la salut i l'adherència a les teràpies, però per a que aquesta sigui viable cal una base fonamentada en la confiança, el respecte, la confidencialitat i l'absència de judicis de valor. Són actituds essencials per a poder fer un bon seguiment i obtenir uns resultats òptims en el tractament (Hughes et al., 2020).

CATEGORIA 3. Procés d'afrontament de les malalties

3.1. SUPORT DE L'ENTORN SOCIAL

El suport social és un dels factors més importants, no només per a poder buscar i rebre tractament, sinó per a poder conviure, afrontar i superar aquestes patologies. La figura de la família ha estat destacada per la seva importància entre els joves dels estudis. Depenent del tipus de cultura, del grau de tolerància, educació i esforç que faci la família, la persona que viu amb ansietat o depressió rebrà un major o menor suport efectiu.

Molts joves troben un punt de suport en la família, en concret en les mares, així com en els amics i les parelles, entre els quals simplement compartint com es senten poden

rebre un suport emocional i informatiu. Sovint, al ser una figura d'ajuda més accessible per als joves, el paper de les famílies és crucial per a buscar ajuda professional. És per això que els professionals de la salut mental cal que tinguin en compte i involucrin en el tractament a l'entorn proper, ja que això afectarà en com la persona afronta la malaltia i pot ajudar en el procés de recuperació (Samari et al., 2022; Twivy et al., 2023).

El suport pot ser especialment efectiu si existeix una inclusivitat en el procés de tractament, la presa de decisions amb els professionals, l'evolució i l'acompanyament durant la malaltia. És important, però, evitar la intromissió de la família quan la seva ajuda no és benvinguda o quan pren un rol intrusiu o dictatorial en les decisions de la persona afectada (Hughes et al., 2020). Un exemple on hi ha una preferència per l'enfocament centrat en la família són les comunitats de l'est asiàtic (Samari et al., 2022).

En alguns llocs com el Regne Unit o els EUA, s'ha començat a aplicar un nou model d'abordatge per al tractament de la depressió i l'ansietat que combina el tractament en un entorn formal amb un enfocament basat en el suport social. Aquest programa suport, anomenat en anglès "*peer-based programmes*", o aquí prescripció social, s'utilitza com a tractament coadjuvant de primera línia per a la depressió i l'ansietat a través de la prescripció d'activitats i suport que ofereix una comunitat. En aquests programes es prioritza: les connexions socials, l'autenticitat, el creixement personal, l'autoconeixement i la curació dels participants. Actualment ja s'ha observat alguns dels beneficis que poden aportar, com ara poder compartir un sentiment d'identitat, un augment de l'autoconfiança i l'autoestima, la inclusió social i una major resiliència (Hughes et al., 2020).

3.2. ACCEPTACIÓ I ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT PROFESSIONAL

Una de les conclusions que s'ha arribat en molts dels estudis d'aquesta metasíntesi, és la necessitat de generar nous enfocaments per a crear més acceptació i adherència als tractaments professionals. Una de les recomanacions principals és el fet de centrar el tractament a les necessitats específiques dels joves amb depressió i ansietat. Ells consideren essencial sentir-se escoltats, validats, i ser inclosos en la presa de decisions, perquè hi hagi una bona adherència al tractament i al sistema. A més, consideren que quan no es donen opcions de tractament, no se'ls informa, i se'n prioritza alguns sense consultar-ho amb ells. Si això passa amb la prescripció de fàrmacs com a única opció, llavors es produeix l'abandonament i la pèrdua de confiança en l'ajuda professional (Hughes et al., 2020). Per altra banda, l'exposició a la vergonya de patir una d'aquestes patologies, considerades un reflex dels defectes de la família en alguns llocs, genera un tabú, i encara dificulta més l'accés i l'adherència al tractament (Samari et al., 2022).

Els enfocaments centrats en la família són una eina per a millorar l'adherència al tractament, crear més acceptació de l'ansietat i la depressió i proporcionar un entorn de confiança on els joves puguin sentir-se compresos i acompanyats. En països de l'est asiàtic i països àrabs, on existeix un model cultural on la família té prioritat sobre les necessitats individuals, pot ser un dels recursos a utilitzar per a desestigmatitzar aquestes patologies, i a la vegada, augmentar la cerca d'ajuda i l'adherència al tractament (Dardas et al., 2019; Samari et al., 2022).

Resultats II: Grup focal

El grup focal es va realitzar el dia 11 d'abril en una aula del Campus Catalunya de la URV, Tarragona. Els participants tenien entre 18 i 25 anys, i 3 d'ells patien i/o havien patit trastorn d'ansietat i/o depressió, i els altres 3 no els havien patit ni els patien.

Estat de la disponibilitat de dades de la transcripció

D'acord amb la confidencialitat de les persones que han participat en el grup focal i la naturalesa delicada de la discussió, la transcripció del grup focal com a tal no estarà disponible en aquest treball. De totes maneres, la transcripció i codificació serà lliurada en mà el dia de defensa del treball.

En la següent taula (Taula 8) es mostren les característiques sociodemogràfiques dels participants en el grup focal. S'indiquen edat, sexe, ètnia, cultura amb la que s'identifiquen, diagnosi d'ansietat i/o depressió, nivell educatiu i àmbit de coneixement.

Taula 8. Característiques sociodemogràfiques dels participants del grup focal

Participant	Edat	Sexe	Ètnia	Cultura	Diagnòstics	Nivell d'estudis i àmbit de coneixement
1	20	Dona	Blanc	Catalana	Ansietat en curs i antecedents de depressió	Grau universitari de treball social (en curs)
2	23	Home	Blanc	Catalana	Ansietat i depressió en curs	Grau universitari de química (en curs)
3	23	Home	Asiàtic	Catalana	Sense	Grau universitari d'enginyeria aeroespacial i màster en enginyeria aeronàutica (en curs)
4	24	Dona	Blanc	Catalana	Depressió en curs	Grau universitari de dret i presentació a oposicions (en curs)
5	23	Home	Blanc	Catalana	Sense	Grau universitari de filologia anglesa i màster d'educació (en curs)
6	24	Dona	Blanc	Catalana	Sense	Grau universitari de farmàcia i màster en cosmètica i dermo-farmàcia (en curs)

Codificació del grup focal

Un cop feta la transcripció del grup focal es van generar 12 codis que estableixen 12 temes d'interès per al nostre estudi. Es descriuen en detall tot seguit amb el nom i color utilitzats per a cadascun, una descripció breu i una completa, els subcodis que els formen, quan no s'han d'utilitzar i un exemple de cadascun. Alguns d'aquests codis ja s'havien establert abans de dur a terme el grup focal, mentre que d'altres han sorgit un cop aquest s'ha transcrit i analitzat. Els resultats han estat redactats per codis per a poder exposar en detall, i de manera més ordenada tot el que s'engloba sobre un mateix tema. A la (Taula 9) es mostren els colors, noms i codis elegits per a la codificació després d'haver portat a terme la sessió del grup focal.

Taula 9. Codificació de la transcripció del grup focal

CATEGORIA	CODI	CREACIÓ
Banalització de l'ansietat i la depressió	BANALITZACIÓ	ABANS del grup focal
Estigmatització de l'ansietat i la depressió	ESTIGMA	
Dependència i afectació de l'ús dels mòbils i de les xarxes socials	MÒBILS	
Vivència personal	VIVPERSO	
Recursos i coneixements sobre l'afrontament de l'ansietat i la depressió	RECCON	
Percepció de la societat	PERCSOCI	
Suport social que reben o busquen les persones que pateixen ansietat o depressió	SUPSOC	DESPRÉS del grup focal
Repercussió de la Covid-19 en les patologies de salut mental.	COVID-19	
Autopercepció de les persones que pateixen ansietat i/o depressió	AUTOPERCEPCIÓ	
Barreres i factors que dificulten l'accés a l'atenció professional	BARRERES	
Percepció del suïcidi	SUÏCIDI	
Opinions dels tractaments	TRACTAMENT	

Codis i subcodis abans de la sessió del grup focal:

CODI: BANALITZACIÓ

- **Descripció breu:** Banalització de l'ansietat i la depressió
- **Descripció completa:** Pèrdua del significat i mal ús de la paraula, trivialitzant les patologies i atribuint-li el mateix significat que “estrès” a l'ansietat o “tristesa” a la depressió, traient importància a les patologies. També descriu la creença de la societat de la falta de necessitat de rebre tractament per part d'un professional de la salut mental i de la falta de reconeixement de la depressió i l'ansietat com a

patologies reals. Inclou la diferenciació que es fa de les patologies físiques de les mentals, i com les físiques són vistes com a més rellevants que les mentals. Aquest codi se centra en la visió de la societat en la que vivim, i també de l'entorn proper de les persones que les pateixen, ja siguin amics o família.

- **Subcodis:** trivialització de les patologies, tractament innecessari, diferència entre patologia física i mental.
- **Quan no utilitzar:** Quan es parli d'autodiagnòstics, és a dir, de l'atribució d'una patologia al relacionar-la amb un símptoma o emoció, ja sigui per falta d'educació o derivat d'una moda passatgera. Aquest té una categoria diferent a la banalització.
- **Exemple d'ús:** "No tothom considera que són veritat" o "Estàs exagerant".

CODI: **ESTIGMA**

- **Descripció breu:** Estigmatització de l'ansietat i la depressió
- **Descripció completa:** descriu l'estigmatització que existeix de l'ansietat i de la depressió degut a les construccions socials referents als problemes de salut mental, i les conseqüències que suposa per a les persones que les pateixen.
- **Subcodis:** estigma social, aïllament social, burles i *bullying*.
- **Quan no utilitzar:** Quan l'aïllament no és degut a l'exclusió social, sinó a l'aïllament per decisió de la pròpia persona, degut a la sensació d'incomprensió dels altres.
- **Exemple d'ús:** "Que estàs fent aquí? Marxa!".

CODI: **MÒBILS**

- **Descripció breu:** Dependència i afectació de l'ús dels mòbils i les xarxes socials.
- **Descripció completa:** Descriu el rol dels mòbils en les persones joves, i com aquests poden crear una dependència i afectació emocional i psicològica. També engloba la influència de les xarxes socials, i com aquestes aporten una sèrie de pros i contres. A més, els joves, que són el col·lectiu més present a les xarxes socials, són sovint altament influenciables. Les xarxes socials poden causar que les persones reconeixin símptomes d'altres que comparteixen les seves emocions o dificultats com a pròpies, i així, s'autodiagnostiquen sense tan sols haver estat reconeguts mai per un professional de la salut mental.
- **Subcodis:** dependència del mòbil, reivindicació de la salut mental, pros i contres de les xarxes socials, conseqüències en la salut mental.
- **Quan no utilitzar:** Quan es parli d'autodiagnòstics fora de les xarxes socials. Cal utilitzar llavors **RECCON** (recursos i coneixements).

- **Exemple d'ús:** “A les xarxes socials, a lo millor tu veus un *post* i dius: ‘Jo tinc això’. I en veritat, no és això, *en plan* la gent confon ansietat amb estrès, estar trist amb la depressió”.

CODI: **VIVPERSO** (vivència personal)

- **Descripció breu:** Vivència personal
- **Descripció completa:** Punt de vista de la persona que participa en el grup focal sobre la seva experiència amb almenys una d'aquestes dues patologies. Aquest codi pot descriure: símptomes que han patit o que pateixen, el seu dia a dia i les dificultats que comporta viure amb aquestes patologies. També el tractament que estan rebent, ja sigui farmacològic o no farmacològic.
- **Subcodis:** experiències personals amb les malalties
- **Quan no utilitzar:** Quan es parli de suport social s'utilitzarà el codi **SUPSOC** (suport social). Per altra banda quan es parli d'autopercepció també s'utilitzarà un codi específic per a fer-ho. Aquest és **AUTOPERCEPCIÓ**.
- **Exemple d'ús:** “Jo vaig començar amb episodis d'ansietat molt forta, molt malament. No volia anar a classe, no volia sortir, no volia parlar amb ningú, no tenia ganes de res”.

CODI: **RECCON** (recursos i coneixements)

- **Descripció breu:** Recursos i coneixements sobre l'afrontament de l'ansietat i la depressió
- **Descripció completa:** Tipus d'educació, coneixements i recursos dels que disposen les persones de la nostra societat per tal d'afrontar l'ansietat o la depressió. Se centra en les opinions de les persones del grup focal, tant les que viuen o han viscut alguna d'aquestes patologies com les que no.
- **Subcodis:** coneixements sobre l'ansietat i la depressió (inclou els autodiagnòstics, degut a la falta de coneixements i enteniment sobre aquestes patologies), eines per ajudar a un amic que pateix símptomes d'ansietat o depressió, recursos que utilitzen per a informar-se.
- **Quan no utilitzar:** Quan no parlin d'eines, coneixements o recursos d'afrontament específics que tenen sobre l'ansietat o la depressió.
- **Exemple d'ús:** “Jo et podré donar un consell d'amic. *Jo què sé*, però no tinc les eines per ajudar-te a passar allò”.

CODI: PERSOC (percepció social)

- **Descripció breu:** Percepció de la societat
- **Descripció completa:** Descriu la percepció de l'ansietat i la depressió que existeix per part de la societat en la que vivim. Aquest codi engloba tant les persones de la nostra societat en general, com l'entorn proper d'una persona que pateix alguna d'aquestes patologies, ja siguin familiars, amics, l'escola, etc.
- **Quan no utilitzar:** Quan es parli d'estigma, rebuig o banalització de les patologies mentals. Aquestes seran codificades dins dels codis **ESTIGMA** i **BANALITZACIÓ**.
- **Exemple d'ús:** "Ara comença a estar normalitzat".

Codis i subcodis després de la sessió del grup focal:

CODI: SUPSOC (SUPORT SOCIAL)

- **Descripció breu:** Suport social que reben o busquen les persones que pateixen ansietat o depressió.
- **Descripció completa:** es tracta de la cerca i rebuda de suport en les persones de l'entorn quan es pateixen aquestes patologies. Això inclou compartir els sentiments amb aquestes, que aquestes donin suport i procurin ajudar. També inclou la percepció que existeix respecte aquest suport tant per les persones que tenen les patologies com les que no. Es centra principalment en amics i família, que són l'entorn proper de la persona.
- **Subcodis:** suport de l'entorn proper i compartir com et sents, punt de suport per a buscar ajuda professional.
- **Quan no utilitzar:** Quan no parli específicament de donar suport o ajudar a una persona que conviu amb aquestes patologies. No es tracta dels coneixements o eines per afrontar la patologia, sinó de si les persones que les pateixen reben suport emocional del seu entorn proper.
- **Exemple d'ús:** "Jo crec que és molt important, en general, que els amics, *o sigui*, facin saber contínuament a l'altra persona que estan allà".

CODI: COVID-19

- **Descripció breu:** Repercussió de la Covid-19 en les patologies de salut mental.
- **Descripció completa:** Com la COVID-19 ha influït en el procés de malaltia, en la percepció i en la recuperació d'aquesta. Inclou la visió tant per part de persones que les pateixen com de les que no. Inclou els temes: confinament, empitjorament de la patologia, nous casos, i fins i tot, el fet d'haver normalitzat les patologies.

- **Quan no utilitzar:** quan es parla de normalització de les patologies però no es conseqüència de la pandèmia.
- **Exemple d'ús:** “Bé, potser els problemes estaven igual abans, el que passa és que ara es parla més i pots dir-ho més obertament. Jo crec que abans potser, però molta gent a partir de la pandèmia també ha derivat en segons quins problemes”.

CODI: **AUTOPERCEPCIÓ**

- **Descripció breu:** Autopercepció de les persones que pateixen ansietat i/o depressió.
- **Descripció completa:** Aquesta categoria descriu l'autopercepció de les persones que viuen amb ansietat i/o depressió, i com aquesta és viscuda. Inclou temes com l'acceptació o la cerca d'ajuda professional, i si aquesta ha estat fàcil o difícil per a ells. També descriu com aquestes patologies acaben comportant un autoestigma i autoaïllament social, juntament amb el sentiment de no sentir-se compresos i no poder parlar amb altres persones de com es senten per por a ser jutjats.
- **Subcodis:** ajuda professional, negació i autoestigma de les patologies, autoaïllament social i sentiment d'incomprensió.
- **Quan no utilitzar:** Quan l'aïllament sigui causat pels altres, com a resposta al rebuig que senten per les persones que pateixen ansietat o depressió, i no com a decisió de la pròpia persona que les pateix.
- **Exemple d'ús:** “Entres en una espiral de negativitat i creus que estàs completament sol, que ningú t'entén”.

CODI: **BARRERES**

- **Descripció breu:** Barreres i factors que dificulten l'accés a l'atenció professional.
- **Descripció completa:** Inclou tots aquells factors que dificulten o impossibiliten l'accés a l'ajuda professional, ja siguin barreres relacionades amb la pròpia persona com del propi sistema sanitari. Els factors poden ser de caire econòmic, llistes d'espera infinites, falta de professionals de la salut mental o falta d'infraestructures i serveis. Tanmateix, inclou factors personals, com la falta de suport per part de l'entorn proper o l'edat i maduresa, en concret de familiars; on aquesta suposa un problema al ser a vegades més tancats de ment o menys tolerants.
- **Subcodis:** falta de recursos del servei sanitari, factors personals i econòmics.
- **Quan no utilitzar:** Quan no es parli de barreres per accedir a l'atenció professional.
- **Exemple d'ús:** “el meu metge de capçalera, em va ‘derivar’ entre cometes a un psicòleg, pel qual encara no tinc data... de fa cinc anys”

CODI: SUÏCIDI

- **Descripció breu:** Percepció del suïcidi
- **Descripció completa:** Inclou tots els comentaris sobre el suïcidi, ja sigui parlar dels suïcidi en si, com de la percepció que es té sobre aquest. També engloba pensaments suïcides, el no voler viure, el sentiment de voler desaparèixer i la percepció d'un mateix com algú sense vida, com un buit.
- **Subcodis:** sentiments i pensaments, percepció del suïcidi.
- **Quan no utilitzar:** Quan no es parli específicament de pensaments de mort, de treure's la vida o de sentir-se mort o buit per dins.
- **Exemple d'ús:** "la gent escolta la paraula suïcidi *i ja pos....* entra en pànic".

CODI: TRACTAMENT

- **Descripció breu:** Opinions dels tractaments.
- **Descripció completa:** Informació i opinions que tenen els participants sobre el tractament, ja sigui farmacològic o no farmacològic. Aquest codi engloba temes com: opinions dels diferents tractaments que es donen o reben; acceptació, preferències, adherència i addiccions farmacològiques, en concret als ansiolítics; i experiències positives i negatives que s'han tingut amb els professionals de la salut mental.
- **Subcodis:** opinions sobre els tractaments, experiència amb algun tractament o professional de la salut mental
- **Quan no utilitzar:** Quan es parli d'una experiència personal d'algun tipus de tractament en concret, però que no involucri una opinió, sinó una declaració dels fets. Exemple: "Ara m'estic medicant amb antidepressius". Aquesta es codifica com a **VIVPERS**, ja que no involucra la opinió de la persona, sinó que només informa del tractament que està seguint.
- **Exemple d'ús:** "jo m'he trobat amb un metge que tot el que passa te 'fot' pastilles. Llavors no he tingut la bona experiència amb aquest metge".

Resultats de la codificació

Codi 1: banalització de l'ansietat i la depressió

Subcodi 1: Trivialització de les patologies. A l'iniciar el grup focal, es va preguntar als participants com creien que eren vistos els trastorns de salut mental. Amb aquesta sola pregunta ja va aparèixer el primer codi, la banalització, sense la necessitat de que fos anomenat per la moderadora. La participant 1 va ser la primera en fer referència a que encara hi ha persones que no consideren els trastorns mentals, en concret l'ansietat o la depressió, com a patologies reals. Explicava com familiars i amics, al saber per primera vegada que no estava bé mentalment i anímicament, ho van veure com una exageració, i per això van desestimar la cerca d'ajuda professional.

Els participants van fer referència a com la societat, en especial les persones joves, tenen una mentalitat superficial. Tot ha de ser positiu i feliç, mentre que a la vegada, a qualsevol mínim inconvenient, situació estressant o trista, els porta a fer servir expressions que resten importància a les patologies mentals, fent que aquestes es banalitzin i acabin perdent el significat original. *"Ara també tothom utilitza "ay que depressión, que ansiedad" com súper així, a la lleugera. I és algo serio..."* (P05²/Sense diagnòstic d'ansietat o depressió)

Tanmateix, de la mateixa manera que es fa amb l'ansietat i la depressió, també existeix una banalització del suïcidi, on frases com "em vull morir" estan en boca de molts joves, restant importància i trivialitzant una cosa tan seriosa com treure's la vida. *"I tampoc saps a vegades amb quin nivell ho diu no? [...] ho estàs dient així, no? de ja ja's, perquè, ara tothom diu molt "me quiero morir"."* (P06/Sense diagnòstic d'ansietat o depressió)

Subcodi 2: Tractament innecessari. Una altra participant fa referència a l'escepticisme de la seva mare quan li va demanar d'anar a un psicòleg per primera vegada, i aquesta va relacionar el seu malestar mental com a un problema associat a l'edat, per falta de maduresa i traient-li importància al fet que estigués malament. *"ma mare, era com molt escèptica en anar al psicòleg [...] "què m'estàs contant? Tonteries de joves!"*" (P04/Diagnòstic de depressió)

Subcodi 3: Diferència entre patologia física i mental. Al llarg del grup focal es va parlar diverses vegades de la diferència de percepció entre les malalties físiques i les mentals, on les físiques són més reconegudes, prioritzades i tractades que les mentals.

² P05: abreviació per a descriure el número del participant del grup focal. P=participant.

Comparen l'atenció que dona una persona quan es trenca una cama, on sense cap mena de dubte acut de seguida a un hospital per a ser tractat. Mentre que quan una persona pateix una malaltia mental, sovint és tractada com a insignificant o no prou important com per a ser tractada per un professional de la salut. Alguns dels participants mostren fins i tot preferència per a tenir un problema físic abans que un mental, degut a aquesta percepció i resposta que rep la malaltia mental.

Els mateixos s'adonen que també banalitzen els problemes de salut mental, i que presten atenció als problemes físics de seguida, a diferència dels mentals, als que han de donar-hi molts tords abans de decidir si acudir a un professional o no. Consideren que molts acaben procrastinant el tractament de manera indefinida. *“Jo em vaig fer mal al peu i vaig anar directament a la massatgista a què em mirés. I alguna vegada que m'he plantejat, doncs [...] potser anar a un psicòleg o algo, i no ho he fet [...] quan és algo físic anem molt ràpid i a veure que ens curin, i ens ho traiem, i ja està.”* (P05/Sense diagnòstic d'ansietat o depressió)

Codi 2: estigmatització de l'ansietat i la depressió

Subcodi 1: Estigma social. De la mà de la banalització, hi va l'estigma que envolta aquestes patologies. Només començar el grup focal, el participant 3 en va parlar, i va seguir present durant tota la conversa. Es va parlar sobre l'estigma existent al buscar o utilitzar tractament psicològic. Els participants afirmaven que gran part de la societat considera que només les persones boges han d'anar al psicòleg, i els costa acceptar que cada vegada més persones necessiten i busquen ajuda professional. Juntament amb la depressió i l'ansietat, també es va anomenar el gran estigma i tabú que envolta el suïcidi. Consideren que la falta de visibilitat dels problemes de salut mental, i dels pensaments i ideacions de mort, fa que encara s'estigmatitzin més. *“Sé que hi ha molta gent gran que diu, com qui encara veu que anar al psicòleg, és com problema de "estàs loco, o què et passa?"* (P02/Diagnòstic d'ansietat i depressió)

El participant 3, d'ascendència xinesa, va fer referència a l'estigma que hi ha en les cultures asiàtiques, en concret la xinesa. Va compartir que els trastorns de salut mental encara estan més estigmatitzats a la Xina, i que la societat en té una visió molt més antiquada. A la vegada, compartia que, el fet que els seus pares haguessin viscut tants anys aquí, a Catalunya, havia provocat un canvi en la seva mentalitat i que actualment fossin més tolerants. *“Tinc un entorn familiar que és, pues és el xinès i allí està molt estigmatitzat. [...] són més liberals els meus pares per haver viscut aquí més anys i tal, però els hi costaria veure-ho [...] si has d'anar al psicòleg és que tens un problema molt*

greu. [...] No sé, crec que està més endarrerit en aquest sentit. Però suposo que és el xoc. O sigui, el canvi de cultura, fa molt" (P03/Sense diagnòstic d'ansietat o depressió)

Subcodi 2: Aïllament social. Parlant de l'estigma, vam desembocar en un nou punt, l'exclusió i l'aïllament social a les persones que pateixen aquestes patologies. Diferents persones amb diagnòstic van intervenir, donant exemples de vivències que havien tingut en les quals amics, familiars o coneguts els havien exclòs o no els volien incloure en plans que feien, pel simple fet de patir una malaltia de salut mental. Comentaris com "que estàs fent aquí? Marxa!" (P01/Diagnòstic d'ansietat i antecedent de depressió) fan evident l'aïllament que pateixen aquestes persones i el sentiment de soledat que poden arribar a patir.

Els joves van acordar que no només s'ha de parlar sobre els trastorns, sinó que per a aconseguir normalitzar-los i que perdin l'estigma, cal actuar. Es va criticar el deixar de costat a aquestes persones, insultar-les o fer-los *bullying* amb l'excusa que els contagiarien els símptomes, o que els espatllarien els plans. "Les altres persones fan un plan sense tu, perquè tu com que, els amargues, o alguna cosa així, o sigui, aquestes coses m'han passat. O vaig tenir una amiga que em va dir: 'És que me deprimeixes', i va desaparèixer." (P04/Diagnòstic de depressió)

Subcodi 3: Burles i bullying. El *bullying* es va anomenar a la vegada que l'aïllament social. Amb les burles i els comentaris negatius, la societat acaba fent que les persones amb ansietat o depressió s'aïllin i no es vulguin relacionar. Els participants expressen com una persona que no ha viscut mai un trastorn de salut mental sol deixar de banda a aquell que sí el pateix, per por i desconeixement de les patologies i també per desentendre's del problema que poden suposar, ja que és més fàcil que fer-hi front.

Codi 3: Dependència i afectació de l'ús dels mòbils i de les xarxes socials

Subcodi 1: Dependència del mòbil. Tots els membres del grup focal van estar d'acord que la nostra societat viu hiperconnectada. Els joves utilitzen els mòbils durant moltes hores al dia, i en concret les xarxes socials, el que produeix que es generi una addició cada vegada més gran. Els participants del grup refereixen haver patit algunes de les conseqüències, com ara la disminució de l'atenció, els sentiments de soledat al no rebre missatges, FOMO (*Fear of missing out*), és a dir, la por a perdre's alguna cosa si no tenen el mòbil disponible per a poder respondre i, fins i tot, sentiment d'angoixa al no tenir-lo. Un dels participants, professor d'alumnes d'ESO, explica com veu aquestes conseqüències a classe de maner recurrent: "a una classe que els hi agafem el mòbil

[...] i és una hora i mitja i ja estan...estan nerviosos perquè no el poden utilitzar. I amb una ansietat..." (P05/Sense diagnòstic d'ansietat o depressió)

Subcodi 2: Pros i contres de les xarxes socials. Els participants expliquen com les xarxes socials són un constant bombardeig d'informació i estímuls per als seus consumidors, principalment adolescents i joves. Aquestes poden presentar certs beneficis i perjudicis per als seus usuaris. Entre els beneficis trobem els perfils educatius de les xarxes socials, perfils de professionals d'un àmbit com ara la salut, l'educació, la legislació, etc. Aquests poden servir com a punt d'informació de fàcil accés per als joves que passen tantes hores utilitzant aplicacions com ara Instagram.

Per altra banda, però, les xarxes socials suposen diversos problemes. La ràpida viralització d'una publicació, ja sigui informativa o d'opinió, veritable o falsa, tant és, té una enorme influència sobre una gran magnitud de joves. Els participants recalquen la necessitat de ser autocrítics, però s'adonen que, tot i ser ells menys influenciables que els adolescents, també poden caure en el parany del que es mostra a les xarxes socials. Les causes són la falta de coneixements i d'una sòlida actitud crítica, que pot portar a fer autodiagnòstics quan, per exemple, llegeixen sobre símptomes de la depressió i els associen amb la seva pròpia experiència, sense haver acudit primer a un professional de la salut mental. *"...per exemple, psicòlegs, que tenen xarxes socials i demés, i pengen posts súper interessants i jo en segueixo molts. Però clar, llegeixes un post, però això, un dia, "oh, jo tinc això!". No has anat a un psicòleg, o sigui tampoc no et pots autodiagnosticar, i crec que ho fan molt"* (P04/Diagnòstic de depressió)

Subcodi 3: Reivindicació de la salut mental. Una des les participants fa referència a com les xarxes socials fa un temps que reivindiquen la salut mental. Tot i que això ha estat un pas per a normalitzar i educar sobre els trastorns de salut mental, considera que a la vegada és una moda, i com a tal, no necessàriament hi ha una acceptació d'aquestes patologies, sinó més bé un seguiment d'aquesta moda. Es parla també de la falsedat de les xarxes socials, o com un dels participants l'anomena, *"la màscara freda de les xarxes socials"* (P03/Sense diagnòstic d'ansietat o depressió), degut a aquesta falta de realitat o acceptació que hi ha darrere del que es diu o exposa a les xarxes. *"Si tu fiques un post dient o reivindicant la salut mental [...] però després tu segueixes criticant per les esquenes a la teva amiga. Tu segueixes pues deixant de banda aquesta amiga que ja està més deprimida [...] si els teus actes després fan que algo justament no estigui bé o li fas bullying a algú o alguna cosa així, doncs de veure, no té gaire sentit."* (P04/Diagnòstic de depressió)

Subcodi 4: Conseqüències en la salut mental. La imatge que es dona en xarxes com Instagram és una imatge irreal, idíl·lica i prefabricada per part de les persones que es lucren d'aquesta. Aquesta falsa imatge sovint és percebuda com a real, especialment en el col·lectiu adolescent. Els propis participants del grup expliquen com consumir aquest tipus de contingut els ha fet patir repercussions a la seva salut mental, al comparar-se amb els anomenats *influencers* o amb altres usuaris, i com això els ha fet tenir sentiments de tristesa i soledat: *“Quan ho miro me sento pitjor. O sigui perquè veus a la gent fent coses amb amics i tu estàs sola a casa. I me sento pitjor encara. Però és justament quan tinc més necessitat d'utilitzar les xarxes socials i crec que justament en el moment en que has de dir: “Bueno, paro, perquè encara me sentiré pitjor”.”* (P04/Diagnòstic de depressió)

Codi 4: Vivència personal

Subcodi 1: Experiències personals amb les malalties. Tal i com fan referència els tres participants que tenen o han tingut depressió i/o ansietat, aquestes patologies suposen una sèrie de repercussions i dificultats en el seu dia a dia. Un dels participants explica l'afectació que ha suposat a la seva vida patir ansietat i depressió, que considera pitjors i més invalidants que una patologia física. Per a ell va suposar una sèrie d'esforços constants per a poder dur a terme el seu dia a dia de la manera més normal possible, forçant-se a ell mateix a fer coses que no el venien de gust, com anar a classe. Aquest acte que pot sonar tant simple, per a ell suposava un esforç important i sovint un patiment, ja que al anar-hi acabava patint atacs d'ansietat amb una sèrie de símptomes mentals; ansietat extrema i també físics, com ara taquicàrdies, sudoració, malestar general..., motiu pel qual va haver de deixar d'acudir a classe durant una temporada.

“me forçava a anar a classe [...] ho vaig intentar, però es que estava 20 minuts a classe i me notava que se m'accelerava el cor, començava quasi a suar, em començava a trobar malament i era per ansietat molt forta. I és que, no podia estar a classe, me n'havia d'anar, i me'n tornava a casa i me tornava a ficar al llit hasta les 5.” (P02/Diagnòstic de depressió i ansietat)

Les altres dues participants afirmaven haver patit episodis similars. Una d'elles explicava que durant una època en que patia un estat depressiu sever, no tenia ganes de parlar amb ningú, ni tan sols d'aixecar-se del llit. Es trobava en una situació extrema que li feia perdre les ganes de viure o existir. Fet que encara era més agreujat ja que les persones que l'envoltaven en aquell moment no tenien empatia ni li donaven suport.

Codi 5: Recursos i coneixements sobre l'afrontament de l'ansietat i la depressió

Subcodi 1: Coneixements sobre l'ansietat i la depressió. Els participants consideren que els joves de la nostra societat no tenen massa coneixements d'aquestes patologies. Aquest fet fa que sovint confonguin sentiments de tristesa o estrès amb la depressió i l'ansietat. Es per això que les persones s'autodiagnostiquen, sense conèixer que són en realitat aquestes malalties, i com afecten a les persones que les pateixen. A més, consideren que hi ha una falta de consciència de la magnitud del problema, a l'haver-hi una gran quantitat de persones afectades que necessiten una atenció professional que supera els recursos de la Seguretat Social.

També es va dir que molts cops les persones no associen els símptomes físics amb problemes de salut mental, en concret, a trastorns com l'ansietat i la depressió. Un exemple que posa una de les participants són les taquicàrdies o els vòmits que associava a problemes cardíacs o gastrointestinals com a símptoma físic de l'ansietat. *“Jo pos tenia bastantes taquicàrdies i que, buscant, crec que quan buscava a Google tipo, tinc algun problema al cor. Si jo pensava que tenia, o sigui no em pensava que fos com, un símptoma d'una cosa mental [...] és complicat, perquè clar, molts cops també crec que no associem pos que, les ‘enfermetats’ mentals tenen símptomes físics.”* (P04/Diagnòstic de depressió).

Subcodi 2: Eines per ajudar a un amic que pateix símptomes d'ansietat o depressió. Hem observat diferències en aquest codi depenent de si el discutia una persona amb experiència d'aquestes patologies de les que no. Per una banda, les persones que mai han patit ansietat o depressió referien no saber que fer, a banda de parlar i donar ànims, però no consideraven tenir les eines per a poder ajudar a aquell amic que ho podria necessitar. Tot i així, els agradaria tenir-les, però tampoc es plantejaven buscar-les activament. A més, alguns consideraven que és la pròpia persona la que ha de buscar ajuda al professional, mentre que d'altres deien que els ajudarien a fer-los veure que la necessiten i també a buscar-la.

Per altra banda, els participants que tenen experiència amb la depressió i l'ansietat, compartien idees de com es podria ajudar a un amic des de la seva experiència personal. Un dels participants ho descrivia de la següent manera: *“jo el que faria per la meva experiència [...] seria complementar-li tots aquells aspectes de la seua vida que ell no pot arribar-hi.”* (P02/Diagnòstic d'ansietat i depressió). Algunes de les coses que proposava fer són netejar l'habitació, cuinar, o ajudar-lo a estudiar, ja que considera que en un estat depressiu, són tasques que costa molt dur a terme, o que acaben no fent-

se, si no hi ha algú que t'ajudi o et doni suport al teu costat. "...escolta, avui tinc lliure, ei, vols que dinéssim junts?" Va, a casa teua. Perquè sé que aquella persona no voldrà vindre a casa meua, saps? "Vai a casa teua, fem lo dinar" ...estudiar no estudiarà. "Escolta, vai a casa teua i estudiem un rato tio?" (P02/Diagnòstic d'ansietat i depressió).

Subcodi 3: Recursos que utilitzen per a informar-se. Al preguntar sobre quins recursos utilitzaven per a informar-se sobre aquestes patologies, la resposta més freqüent va ser Google. Quatre dels participants van fer-hi referència com una eina útil per a buscar informació, tot i que recalaven la importància d'acudir sempre a fonts fiables i contrastar la informació que es llegeix, ja que sovint pot ser incompleta o no del tot acurada. Tot i això, però, no negaven que Google és un servei molt útil i que cal aprofitar-lo, mentre que d'altres prefereixen acudir a persones amb experiència amb la depressió i l'ansietat, com ara un psicòleg. Referien que hi ha psicòlegs que tenen pàgines web on pengen informació fiable i de gran interès. En la conversa, les xarxes socials no van ser anomenades com un dels llocs on buscar informació, ja que aquesta no sempre és fiable i pot portar a confusions.

Codi 6: Percepció de la societat

Aquest codi ha estat present all llarg de tota la transcripció i ha estat anomenat per part dels 6 participants. Tots estan d'acord en que hi ha hagut un canvi al llarg dels anys i que els trastorns mentals, més específicament l'ansietat i la depressió, estan cada vegada més normalitzades. Els participants expliquen com cada vegada és més fàcil explicar a les persones del seu entorn, amics i família, com se senten sense por a ser jutjats, però que a la vegada encara hi ha moltes persones que no són capaces de comprendre aquestes patologies. Destaquen que sovint els adults són menys tolerants que els joves, motiu pel qual no ho comparteixen amb ells, sinó que prefereixen fer-ho amb persones de la seva edat.

Quan es parla de temes com el suïcidi, els participants expliquen com encara és molt mal vist, i com a moltes persones els genera una sensació de pànic i malestar. Alguns dels participants que no pateixen ansietat ni depressió expliquen que, si un dels seus amics els digués que té pensaments suïcides s'alarmarien i es preocuparien molt, ja que no sabrien que fer. Un parla fins i tot d'egoisme per part de la persona que ho pateix, pel fet d'acudir a ell i no a un professional de la salut mental. Considera que no té els recursos per poder-lo ajudar i que per tant el posa en una situació d'impotència i preocupació: "[...] crec que en aquesta cosa és egoista per l'altra part, però també per

la part del que ho diu. O sigui, perquè, doncs bueno, sabent com es podrà reaccionar. Clar, jo no sé gestionar aquestes coses.” (P05/Sense diagnòstic d'ansietat o depressió).

Per altra banda, tots estan d'acord que la nostra societat ha progressat molt, i que som molt més tolerants que a altres llocs, com els països asiàtics. També noten que en general les seves famílies són molt més tolerants i que, tot i que es poden preocupar, aquests no dubtarien en mirar d'ajudar-los si patissin alguna d'aquestes patologies.

Codi 7: Suport social que reben o busquen les persones que pateixen ansietat o depressió

Subcodi 1: Suport de l'entorn proper i poder compartir el teu estat. Els participants del grup estan d'acord en què el suport de l'entorn és de gran importància per a les persones que pateixen aquestes patologies. Fan referència a com els amics poden ser un punt de suport i d'escolta, ja que poden empatitzar amb tu, entendre el que estàs passant i fer-te costat. *“[...] que és molt important fer saber l'altra persona [...] que realment el seu cap, com que li està enganyant, que té amics, que l'estimen, i tal i que siguin com pesats en aquest sentit, de recordar-li constantment "que no, que tens gent que t'estima, que joestic aquí”* (P04/Diagnòstic de depressió).

Subcodi 2: Punt de suport per a buscar ajuda professional. Alguns dels participants van compartir la sort que van tenir de que amics i família els ajudessin en moments en que no sabien que fer, i com aquests els van fer veure la necessitat de buscar ajuda professional, a més d'acompanyar-los en el procés. Un dels participants feia referència a com els seus familiars no van dubtar en oferir-li ajuda, i fins i tot el van arribar a dir que no hagués hagut d'esperar tant a dir-los-hi. Una altra participant va compartir que la seva mare li va oferir anar al psicòleg. El participant 5 explica com l'escola on treballa disposa d'un psicòleg, i que quan un professor detecta que algun alumne no està bé, se li pot recomanar que parli amb ell. És una part del rol del professor detectar aquests problemes a l'escola i poder proporcionar un entorn de suport als alumnes que ho necessiten. El participant 3 es va sentir identificat amb aquest cas: *“la meva tutora de 1r de la ESO va veure que jo estava malament [...] em va vindre a parlar el psicòleg [...] em va ajudar, i, fins i tot que, quan jo no sabia que necessitava ajuda.”* (P03/Sense diagnòstic d'ansietat o depressió).

Codi 8: Percepció de la Covid-19

Un dels temes que va sorgir parlant va ser la pandèmia de la Covid-19, on s'ha pogut observar al llarg d'aquests 3 anys l'increment de casos de problemes de salut mental

que ha comportat la pandèmia i el confinament. Els joves van detectar les diferències, comparant l'actualitat amb la percepció de les patologies que hi havia abans de la pandèmia. Consideraven que aquestes patologies ja existien abans, però que potser no se'n parlava tan obertament. Estan d'acord en que ara s'ha normalitzat molt més buscar ajuda, anar al psicòleg i no esperar a estar en una situació extrema per a demanar ajuda professional: *“Potser els problemes estaven igual abans, lo que passa és que ara es parla més [...] Pots dir-ho més obertament, no?”* (P05/Sense diagnòstic d'ansietat o depressió)

Tanmateix, els participants afirmen que si en un passat els seus familiars i avantpassats haguessin rebut ajuda professional, com ara d'un psicòleg, potser actualment no caldria anar-hi tant. Consideren que si les patologies mentals s'haguessin visibilitzat abans, no s'hauria incrementat tant la prevalença i no començarien en edats tan primerenques com ara: *“Covid va ser un, punt, [...] per visualitzar lo que eren les malalties mentals, lo que no s'ha donat tant de veu en anys passats. Que cada vegada més, tot lo que són malalties mentals se donen en joves més aviat [...] si això, s'hagués visualitzat abans, no s'hagués donat a tant temprana edat amb els nens, potser.”* (P01/Diagnòstic d'ansietat i antecedents de depressió)

Codi 9: Autopercepció de les persones que pateixen ansietat i/o depressió

Subcodi 1: Negació i auto-estigma de les patologies. Al grup focal es va emfasitzar que cada persona viu la malaltia d'una manera única i diferent. Va sorgir la idea de l'autoestigma i es van adonar que es triga més a l'hora de buscar ajuda i acceptar que es té un problema quan es tracta d'un motiu emocional o mental, en comparació a un de físic.

Subcodi 2: Autoaïllament social. Alguns dels participants que patien aquestes patologies van compartir com en alguns moments s'aïllaven del món, buscaven excuses per estar sols i no haver de socialitzar ni compartir com es sentien amb altres. Alguns comentaris com *“no puc estar aquí, he de marxar”* (P01/diagnòstic d'ansietat i antecedents de depressió), o *“no li volia dir res a ningú”* (P05/Diagnòstic de d'ansietat i depressió) ho representen.

Subcodi 3: Sentiment d'incomprensió. De la mà del l'autoaïllament hi anaven els sentiments d'incomprensió, els quals, tots els participants del grup, tant amb diagnòstic com sense, consideraven reals i freqüents. Aquells amb experiència d'aquestes patologies consideraven que algú que no les ha viscut no pot comprendre fins a quin

punt els arriba a afectar, per més que els ho expliquin. Per a ells, aquesta falta d'experiència personal impossibilita l'empatia. *“Si no ho ha viscut, no arriba a saber com realment a tots els àmbits de la teva vida que t'afecta [...] molta gent no arriba a saber fins a quin punt t'arriba a afectar. [...] Estàs completament sol, que ningú t'entén. Perquè, clar, si a sobre el teu voltant la gent que pos no ho està patint, es que realment no poden entendre com tot el que tu tens a la teva ment, o sigui tot el que tu estàs sentint.”* (P04/Diagnòstic de depressió)

Codi 10: Barreres i factors que dificulten l'accés a l'atenció professional

Subcodi 1: Falta de recursos en el servei sanitari. La falta de recursos del servei sanitari a Espanya ha estat un tema recurrent del grup focal. Els participants explicaven com acudir a un psicòleg per la via pública, cobert per la seguretat social, era moltes vegades molt difícil o fins i tot impossible. Una de les participants va referir haver entrat a la llista d'espera per al psicòleg fa 5 anys i encara no haver estat visitada: *“Jo, el meu metge de capçalera, me va “derivar” entre cometes a un psicòleg, el qual encara no tinc data de fa cinc anys. Llavors vaig acabar anant per la privada.”* (P04/Diagnòstic d'ansietat i antecedents de depressió). És per això que molts joves ni tan sols es plantegen buscar ajuda dins de la Seguretat Social, sinó que opten directament per la via privada, buscant psicòlegs i fins i tot psiquiatres privats.

Un dels participants va diferir que fos tant difícil arribar a rebre atenció a través de la via pública. Refereix que a Tortosa, on ell la va rebre, no va ser tan complicat ni l'espera tant llarga. En qüestió de setmanes va ser atès pel psicòleg i era visitat almenys un cop a la setmana: *“O, depèn del poble! Si això és a Tortosa setmanalment, a mi m'atenia setmanalment o mensualment, m'atenia el psicòleg de la Seguretat Social”* (P02/Diagnòstic d'ansietat i depressió). Això ens podria indicar que hi ha una diferència en l'atenció que es rep en ciutats i en zones rurals.

Subcodi 2: Factors personals i econòmics. Al llarg de la conversa es va parlar de diverses barreres que poden causar que el joves no acudeixin a un professional de la salut mental. Entre d'altres es va parlar de l'edat. Els participants explicaven que les vegades que van voler acudir o van anar al psicòleg, sovint s'ho havien de pagar ells. Quan van començar a anar-hi alguns d'ells no tenien els recursos econòmics suficients per a poder-se pagar el que costa una visita al psicòleg. Aquestes poden rondar entre 50 euros el més barat i 100 alguns dels més cars. Les sessions duren uns 50 minuts o una hora aproximadament i no són sessions úniques, com podria ser un altre tipus d'atenció mèdica, sinó que els tractaments són de llarga durada. Això implica que al final

s'ha de pagar un preu fora de l'abats de molts. Alguns dels participants tenien feines per a poder-se pagar les sessions, i encara i això moltes vegades no s'ho podien permetre.

A la vegada, els joves explicaven com molts pares tampoc podien permetre's gastar-se tants diners si feien una o dues sessions a la setmana, per més que fossin necessàries, i sovint els generava mala consciència que els pares estiguessin pagant un tractament tant car: “[...] però és que ara mateix no vull pagar-me 50 euros cada "X" temps i tampoc vull que muns tiets se gastin 50 euros, en plan, sé que m'ajudaria, però és que no vull fer-los pagar els diners.” (P02/Diagnòstic d'ansietat i depressió)

Codi 11: Percepció del suïcidi

Subcodi 1: Sentiments i pensaments. Quan es parla de suïcidi no es parla únicament de treure's la vida, sinó també dels sentiments i emocions que suposa patir aquests pensaments i el motiu que et porta a tenir-los. Per a alguns participants va ser el primer cop de parlar obertament d'aquest tema. El significat del suïcidi no és una decisió d'abandonament, sinó una sortida que es plantegen algunes persones per acabar amb un patiment extrem. La participant 4 definia la depressió no només com un sentiment de tristesa, sinó també com no voler-se aixecar del llit, no voler posar-se dreta, no voler parlar amb la gent... Aquests sentiments tan forts són els que al final et porten a tenir pensament suïcides: “No volia viure. Bàsicament és que no volia aixecar-me del llit. Se'm feia un món, o sigui, com ficar-me de peu, o sigui no sé, parlar amb la gent, tot, es que. Era com un zombi, bàsicament. Jo no volia existir.” (P04/Diagnòstic de depressió)

Parlar sobre el suïcidi sovint no és agradable ni fàcil. Tot i així, els participants que han tingut aquest tipus de pensaments, els van compartir amb la resta. Aquestes persones van manifestar que els hagués agradat tenir algú amb qui parlar en aquells moments, però que per por a que els seus amics o familiars reaccionessin amb pànic, no ho van fer. Van explicar com parlar sobre el suïcidi amb el teu entorn és una eina que els pot ajudar a expressar-se, a compartir com se senten i a alleugerir la sensació d'incomprensió i soledat que pateixen.

Subcodi 2: Percepció del suïcidi. El suïcidi és un tabú a la nostra societat. Els participants expressen que quan un amic o familiar verbalitza que ha pensat o pensa que es vol morir s'espanten i entren en pànic, ja que no saben com reaccionar. Per aquells que han tingut alguna vegada aquests pensaments els costa molt compartir-lo degut a la reacció que desencadena en els altres. La mort és un tema seriós i temut per molts, i més quan

hi ha una intencionalitat darrere, però és precisament per això que, quan algú té aquest tipus d'idees o pensaments, necessita parlar-ne.

Codi 12: Opinions dels tractaments

Subcodi 1: Opinions sobre els tractaments. En relació a les opinions dels participants respecte els diferents tractaments, les podríem dividir en dos grups. Per una banda la teràpia cognitiva -com per exemple, les sessions amb el psicòleg- i per l'altra un tractament farmacològic més invasiu que afecti la bioquímica del cervell. En relació al primer grup, tots els participants tenien opinions favorables: *“fer psicoteràpia te pot ajudar en molts àmbits de tota vida, inclús de portar la teva vida més normalitzada”* (P02/Persona amb diagnòstic). Creien fermament en l'ajuda que pot proporcionar aquest tractament als joves, en especial a llarg termini, donant a les persones que hi acudeixen un lloc per expressar-se i rebre eines per afrontar situacions desencadenades per l'ansietat o la depressió. Comentaven: *“No sé, parlar amb un professional o explicar-li al psicòleg si vas. Bé i també que t'ajudi com gestionar-ho això”* (P05/Persona sense diagnòstic). Al mateix temps, els participants van estar d'acord en què molts adults i persones més grans no comparteixen aquesta opinió, ja que sovint no veuen els beneficis que pot aportar aquest tipus de teràpia, entre altres raons perquè els resultats no es veuen instantàniament, sinó passat un temps.

Per altra banda, quan és parlava del tractament farmacològic hi havia més debat. Va sorgir el tema legal, és a dir, els criteris que cal que compleixi una persona per a poder rebre tractament farmacològic: estar diagnosticada i comptar amb una recepta mèdica. Es va parlar de les preocupacions pels abusos de medecines com els ansiolítics (benzodiazepines). El grup comptava amb una farmacèutica, la participant 6, així que coneixia el temps que tarden a fer efecte els antidepressius i com existeix un abús dels ansiolítics, així com la cerca general d'un alleujament instantani. Els participants van parlar de la importància de prendre's la mediació correctament, sense abusar-ne i complint amb l'adherència al tractament, en especial dels antidepressius. La participant 6 va recalcar la importància de ser pacient durant els mesos necessaris perquè els antidepressius arribin a fer efecte, tot i que pugui semblar que aquests no funcionen. I també va recalcar evitar prendre únicament ansiolítics, que tot i tenir un efecte molt més ràpid, per si sols no solucionaran el problema i podrien arribar a provocar una addicció.

“Hi ha gent que vol l'efecte ràpid i clar, a vegades es deixa de prendre els antidepressius perquè diu, “és que no estic tenint efecte” [...] Al final aquest aquesta medicació a llarg temps t'enganxa. Llavors s'ha d'anar sempre amb compte” (P06/Sense diagnòstic)

Subcodi 2: Experiència amb algun tractament o professional de la salut mental. Durant la discussió, alguns dels participants van parlar de les seves experiències, tant bones com dolentes. Com a males experiències només la participant 1 va parlar del seu metge, qui considerava que donava tractament farmacològic massa ràpid, sense tenir una visió holística de la situació: “*Jo m’he trobat amb un metge que tot el que passa te fot pastilles. Llavors no he tingut la bona experiència amb aquest metge*” (P01/Diagnòstic d’ansietat i antecedents de depressió)

Al grup però es van compartir moltes més experiències bones, com ara; de com l’entorn dels participants els havia donat suport a buscar ajuda professional, i fins i tot, els havien donat la idea d’anar al psicòleg o a un psiquiatre: “*Van ser els meus amics els que em van dir (el seu nom), tu no estàs bé, has d’anar al psicòleg*” (P03/Sense diagnòstic). Dels beneficis que havien notat dels tractaments rebuts, i de com consideraven que els havia ajudat en les seves vides, com per exemple: “*una salvació*” (P04/Diagnòstic de depressió) referint-se a la teràpia amb el seu psicòleg.

També es va comparar el fet d’anar al psicòleg o al psiquiatre, ambdós reconeguts com a vàlids i a la vegada diferents. El participant 2 explicava com havia preferit buscar ajuda amb un psiquiatre, ja que creia que l’ajudaria a tenir un “*remei instantani*”. Amb els ansiolítics i els antidepressius, el dia del grup focal ja havia notat una millora. Per acabar, van aprofitar l’ocasió per recomanar-se altres tractaments com el *mindfulness*, teràpia que la participant 4 havia practicat alguna vegada després que l’hi recomanés el seu psicòleg pels beneficis que aporta a les persones amb ansietat.

Discussió

Els resultats de la metasíntesi i del grup focal ens indiquen que existeix un estigma important de la depressió i l'ansietat en els joves. Sembla ser que aquestes patologies cada vegada es visibilitzen i normalitzen més, però encara estan lluny de deixar de ser estigmatitzades i banalitzades. No es tracten com si fossin patologies reals. Tot seguit descriurem en una taula (Taula 9) les diferències i els punts en comú que hem extret de la metasíntesi i del grup focal.

Taula 10. Taula comparativa dels resultats de la metasíntesi i del grup focal

DIFERÈNCIES ENTRE ELS RESULTATS DE LA METASÍNTESI I DEL GRUP FOCAL	
Resultats metasíntesi	Resultats grup focal
L'ansietat i la depressió segueixen molt estigmatitzades en moltes cultures del món, especialment les asiàtiques.	En la nostra societat cada vegada estan més normalitzades, però encara queda camí per a la desaparició de l'estigma.
En cultures asiàtiques es solen utilitzar eufemismes al parlar de terminologia relacionada amb la salut mental.	Els participants utilitzen les paraules depressió, ansietat, trastorn mental... sense eufemismes.
L'estigma és una de les principals causes de la negació i la reticència a la cerca i accés d'ajuda professional arreu del món, especialment en països asiàtics.	Els participants consideren que cada vegada hi ha més persones que acudeixen a l'ajuda professional, i per tant s'està normalitzant.
En cultures asiàtiques es relaciona patologia mental amb debilitat, i com a conseqüència les persones són etiquetades i marginades, fins i tot per part de l'entorn proper.	En la nostra cultura, molts adults les consideren un problema de l'edat i de la falta de maduresa. Tot i això, els participants creuen poder rebre suport i comprensió per part de les seves famílies.
En països asiàtics, sovint les persones que pateixen trastorns de salut mental no compten amb un entorn de suport que els ajudi a buscar ajuda professional.	Per a alguns dels participants, els amics i la família van ajudar-los a acceptar que necessitaven ajuda professional i els van ajudar a buscar-la.
Els joves "sans" mostren actituds denigrants vers els "malalts", evitant-los i fins i tot marginant-los.	Tot i normalitzar-se més cada vegada, encara es veuen actituds pejoratives de persones sense patologies cap a aquelles que sí en pateixen.
La falta de recursos fa que molts joves optin per buscar informació i ajuda en altres llocs, com ara la família, els amics o persones que hagin patit aquestes patologies i els puguin aconsellar.	Al mateix temps que busquen ajuda en la família o els amics, per falta de recursos, també utilitzen internet per informar-se sobre què els passa, tot i que les fonts d'informació no sempre són fiables ni s'arriben a contrastar.
Els joves utilitzen la distracció com a eina principal per a controlar la pròpia salut mental i ajudar als altres, acceptant l'ús d'ajuda professional només en casos extrems.	Els participants consideren que no s'ha d'esperar a acudir a l'ajuda professional quan es troben en un cas extrem, sinó que cal començar a tractar el problema abans que aquest es compliqui.
No s'anomena res en cap estudi sobre la pandèmia de la Covid-19.	La pandèmia de la Covid-19 ha incrementat ràpidament la incidència i ha empitjorant la simptomatologia dels que patien algun d'aquests trastorns. Al mateix temps els participants han pogut detectar un canvi positiu, la normalització dels trastorns de salut mental, tot i l'augment de casos.

No parla especialment de la influència de les xarxes socials en els joves.	Hi ha una gran influència de la informació de les xarxes en els joves, la qual sovint no està contrastada i pot portar a confusions.
Els joves consideren que les patologies de salut mental han repercutit en el seu dia a dia, fent que activitats que abans eren fàcils per a ells ara els comportin més dificultats o inclús no les puguin dur a terme. No son comparades amb patologies físiques quant a invalidació.	Els joves que pateixen aquestes malalties consideren que aquestes els repercuteixin i dificulten el dia a dia, i fins i tot les perceben com a més invalidants que les patologies físiques.
Consideren les malalties de salut mental un problema greu.	Consideren que hi ha una falta de consciència de la magnitud de la malaltia.
PUNTS EN COMÚ DELS RESULTATS DE LA METASÍNTESI I DEL GRUP FOCAL	
La desinformació sobre els trastorns de salut mental contribueix a perpetuar l'estigma i la banalització de l'ansietat i la depressió.	
L'ansietat i la depressió sovint estan trivialitzades , al no ser consideres com un problema de salut real .	
Els joves temen compartir els seus sentiments i emocions per por a ser rebutjats/jutjats/marginats .	
En moltes cultures asiàtiques , son atribuïdes a les debilitats d'un mateix, cosa que fa que les persones ho amaguin . Això contribueix a què no busquin ajuda al no voler ser vistes com dèbils o boges.	
La falta de recursos , ja siguin econòmics, demogràfics, o dels propis serveis de salut mental, afecten a l'accés, ús i adherència als tractaments , així com a les eines de les quals podrien disposar aquells que pateixen les malalties o els seus entorns.	
La por a l'estigma i a ser etiquetats provoca l' aïllament social i posterior sentiment de soledat en els joves, degut a la constant necessitat social de mostrar-se connectats al món.	
Es necessiten programes educatius per a informar sobre aquestes patologies. Cal donar eines a la societat que facilitin l'acompanyament, l'acceptació i la normalització de l'ansietat i la depressió.	

Conclusions

La banalització i l'estigmatització de les patologies de salut mental són un fet, especialment pel que fa a l'ansietat i la depressió en els joves. Malgrat el progrés viscut en els darrers anys, sobretot abans de la pandèmia de la Covid-19, segueix havent-hi una gran desinformació i molts prejudicis cap a elles. L'estigmatització perseverant d'aquestes patologies pot estar provocant una diferència entre la prevalença real i la diagnosticada, la qual cosa pot comportar que les necessitats reals i els recursos sanitaris disponibles, ja de per si escassos, resultin insuficients. L'absència de tractament pot arribar a comprometre la qualitat de vida i la prevenció de futures patologies en un percentatge important de joves.

En països on els problemes de salut mental estan molt estigmatitzats, els joves amb ansietat o depressió tendeixen a amagar el fet de patir-les, s'aïllen i no comparteixen com se senten per por a ser jutjats i per no patir conseqüències com l'exclusió social o el *bullying*. Tanmateix, els participants del nostre grup focal afirmen que l'entorn social ha estat per a ells clau per afrontar les patologies i buscar ajuda professional.

L'ansietat i la depressió poden ser causades per molts factors, ja siguin socials, econòmics, demogràfics o religiosos. Alguns dels factors de risc que s'han reconegut als estudis i al grup focal són problemes amb l'entorn social -família, escola, amics...-, esdeveniments traumàtics -abusos, pèrdua de la fe, pobresa, conflictes bèl·lics, etc-.

Tot i que no hem donat resposta a tots dels objectius específics inicials que ens havíem plantejat, n'han sorgit altres de nous que s'adequaven més a la nostra pregunta d'interès i en els que sí hem pogut profunditzar. Els joves han observat un augment de la tolerància social cap als problemes de salut mental, en especial de l'ansietat i la depressió. La Covid-19 ha evidenciat l'augment d'aquestes patologies que fins llavors estaven emmascarades i n'ha normalitzat parlar-ne i rebre ajuda professional. Per altra banda, hem pogut observar quins recursos utilitzen els joves per a informar-se sobre les patologies mentals en comptes de centrar-nos en conèixer els tipus de programes informatius i educatius existents.

Per últim, hem observat els diferents mecanismes d'afrontament que tenen els joves cap a aquestes patologies. Són molt variats arreu del món, però sovint es busca la distracció per evadir-se de la patologia: sortir amb els amics, mantenir la ment ocupada amb altres coses o, tal i com descriuen alguns dels participants del grup focal, recolzar-se en el seu entorn més íntim, demanar ajuda quan la necessiten i deixar-se ajudar.

Limitacions actuals i futures línies de recerca

La vivència i la percepció de l'ansietat i la depressió en els joves i la societat no sembla estar encara prou investigada. La cerca d'articles va ser més difícil del que creiem, però tot i així vam poder obtenir prou informació com per a dur a terme la metasíntesi. Tanmateix, no vam poder obtenir cap article significatiu per a la metasíntesi després de la Covid-19, un tema que va sortir al llarg de la discussió del grup focal. Suposem que és massa aviat perquè s'hagin estudiat en profunditat els efectes de la pandèmia en l'evolució cap a la normalització social dels problemes de salut mental.

Respecte al grup focal, vam trobar dificultats per a configurar-lo. El fet de tenir un sol grup focal i constituït per només 6 persones no permet l'extrapolació dels resultats. Tot i així, considerem que el grup és prou heterogeni com per haver pogut obtenir una diversitat de perspectives suficient. Per a futures línies d'investigació, hem arribat a la conclusió que farien falta més estudis sobre la percepció social i el tractament de les patologies mentals, de manera que es poguessin crear nous protocols d'educació i prevenció en edats primerenques.

Referències bibliogràfiques

- Achterbergh, L., Pitman, A., Birken, M., Pearce, E., Sno, H., & Johnson, S. (2020). The experience of loneliness among young people with depression: A qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Psychiatry*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02818-3>
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Almansa, J., Pierre Lépine, J., & Brugha, T. S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *190*(APR.), 299–306. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.106.022004>
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *54*(6), 670–677. <https://doi.org/10.1111/JCPP.12016>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(3), 327. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/BBANDELOW>
- Bear, H. A., Krause, K. R., Edbrooke-Childs, J., & Wolpert, M. (2021). Understanding the illness representations of young people with anxiety and depression: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *94*(4), 1036–1058. <https://doi.org/10.1111/PAPT.12345>
- Benedí, J., & Gómez del Río, M. Á. (2007). Ansiedad. *Farmacia Profesional*, *21*(1), 50–55. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-ansiedad-13098174>
- Bonilla-García, M. Á., & López-Suárez, A. D. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta de Moebio*, *57*(57), 305–315. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2016000300006>
- Brooks, H., Windfuhr, K., Irmansyah, Prawira, B., Putriningtyas, D. A. D., Lovell, K., Bangun, S. R., Syarif, A. K., Manik, C. G., Tanjun, I. S., Salim, S., Renwick, L., Pedley, R., & Bee, P. (2022). Children and young people's beliefs about mental health and illness in Indonesia: A qualitative study informed by the Common Sense Model of Self-Regulation. *PLoS ONE*, *17*(2 February). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263232>
- Cabrera, F. C. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, *14*(1), 61–71. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29900107>
- CASPE. (2022). *Instrument per la lectura crítica*. CASPE. <https://redcaspe.org/materiales/>

- Codina, L. (2020). *Cómo hacer revisiones bibliográficas tradicionales o sistemáticas utilizando bases de datos académicas = How to do traditional or systematic bibliographic reviews using academic databases*. <https://doi.org/10.14201/orl.22977>
- Coryell, W. (2021, August). *Tratamiento farmacológico de la depresión*. MSD Manuals. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%3%A1nimo/tratamiento-farmacol%3%B3gico-de-la-depresi%3%B3n>
- Dardas, L. A., Shoqirat, N., Abu-Hassan, H., Shanti, B. F., Al-Khayat, A., Allen, D. H., & Simmons, L. A. (2019). Depression in Arab adolescents a qualitative study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(10), 34–43. <https://doi.org/10.3928/02793695-20190528-01>
- Elia Josephine MD. (2022, September). *Depressive Disorders in Children and Adolescents*. MSD Manual Professional Version. <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/mental-disorders-in-children-and-adolescents/depressive-disorders-in-children-and-adolescents?query=Depression>
- Gencat. (2022, December 28). *Ansietat*. Canal Salut. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/a/ansietat/>
- González Lugo, S., Pineda Domínguez, A., & Gaxiola Romero, J. C. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1–11. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n3/1657-9267-rups-17-03-00063.pdf>
- Guarch, J., & Navarro, V. (2018, April 3). *Trastorn Depressiu o depressió*. Portal CLÍNICA. <https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/trastorn-depressiu>
- Guirao Goris, S. J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2). <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2015000200002>
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación En Educación Médica*, 2(5), 55–60. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)
- Hannor-Walker, T., Bohecker, L., Ricks, L., & Kitchens, S. (2020). Experiences of Black Adolescents With Depression in Rural Communities. *The Professional Counselor*, 10(2). <https://doi.org/10.15241/thw.10.2.285>
- Hidalgo, M. D., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Santed, M. Á., Padilla, J. L., & Gómez-Benito, J. (2020). The psychological consequences of covid-19 and lockdown in the Spanish population: An exploratory sequential design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph17228578>
- Hoge, E., Bickham, D., & Cantor, J. (2017). Digital Media, Anxiety, and Depression in Children. *Pediatrics*, 140(Supplement_2), S76–S80. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2016-1758G>

- Hoyos, I. J. O. P. R., Lemos, E., & Torres, M. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. In *International Journal of Psychological Research* (Vol. 5, Issue 1). <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web>
- Hughes, S., Colbert, R., & Baugh, A. (2020). Valuing whole complex lives: Young adults' experiences of recovery-related principles in mental healthcare in the United States. *Health and Social Care in the Community*, 28(2), 357–365. <https://doi.org/10.1111/HSC.12867>
- Jefferson, G. (1984). Convenciones de transcripción de Jefferson. *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*, 346–369.
- Jones, E. A. K., Mitra, A. K., & Bhuiyan, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–9. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18052470>
- LeMoult, J., Humphreys, K. L., Tracy, A., Hoffmeister, J. A., Ip, E., & Gotlib, I. H. (2020). Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(7), 842–855. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2019.10.011>
- Martínez-Hernández, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M., & Martorell-Poveda, M. A. (2014). Non-professional-help-seeking among young people with depression: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-124>
- MedlinePlus enciclopedia médica. (2022). *Depresión*. NIH. Biblioteca Nacional de Medicina. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
- Mondin, T. C., Konradt, C. E., Cardoso, T. de A., Quevedo, L. de A., Jansen, K., Mattos, L. D. de, Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. da. (2013). Anxiety disorders in young people: a population-based study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35(4), 347–352. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1155>
- NIH. (2023, April). *Depression*. NIH. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- NIMH. (2022, January). *Major Depression*. National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
- NIMH. (2023, April). *Anxiety Disorders*. NIMH. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9). <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative

- studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 183–211. <https://doi.org/10.1007/S00787-019-01469-4/FIGURES/5>
- Saeed, S. A., Cunningham, K., & Bloch, R. M. (2019). Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. *American Family Physician*, 99(10), 620–627. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31083878/>
- Samari, E., Teh, W. L., Roystonn, K., Devi, F., Cetty, L., Shahwan, S., & Subramaniam, M. (2022). Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: a qualitative inquiry. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03754-0>
- Shinde, S., Khandeparkar, P., Pereira, B., & Sharma, A. (2021). A qualitative study of understanding depression and help-seeking behavior among rural school-going adolescents in India. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1177/0973134220210102>
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *Lancet (London, England)*, 400(10352), 617–631. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01012-1)
- Twivy, E., Kirkham, M., & Cooper, M. (2023). The lived experience of adolescent depression: A systematic review and meta-aggregation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/CP.2834>
- Vidal, C., Lhaksampa, T., Miller, L., & Platt, R. (2020). Social media use and depression in adolescents: a scoping review. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 32(3), 235. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1720623>
- WHO. (2021, September 13). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- WHO. (2022, March 2). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Woodgate, R. L., Taylor, K., Tennent, P., Wener, P., & Altman, G. (2020). The experience of the self in Canadian youth living with anxiety: A qualitative study. *PLoS ONE*, 15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228193>
- Yepes-Nuñez, J. J., Urrútia, G., Romero-García, M., & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2021.06.016>

Annexos

Annex 1. Llista de verificació PRISMA

Taula 11. Llista de verificació PRISMA

<u>Secció/tema</u>	<u>nº</u>	<u>Ítem de la llista de verificació</u>
TÍTOL		
Títol	1	Identifica la publicació com una revisió sistemàtica i de metaanàlisi.
RESUM		
Resum estructurat	2	Aportar un resum estructurat incloent-hi, segons correspongui, els objectius, fonts de dades, criteris d'elecció de l'estudi, participants, i intervencions; l'avaluació de l'estudi i els mètodes de síntesi; els resultats, limitacions, conclusions i implicacions de les troballes clau; el número de registres de la revisió sistemàtica. Vegis també la llista de verificació per a resums estructurats de la declaració PRISMA 2020.
INTRODUCCIÓ		
Justificació	3	Describeix la justificació de la revisió en el context del coneixement existent.
Objectius	4	Proporciona una declaració explícita dels objectius o les preguntes que aborda la revisió.
MÈTODES		
Criteris d'elecció	5	Especifiqui els criteris de inclusió i exclusió de la revisió i com s'agrupen els estudis per la síntesi.
Fonts d'informació	6	Especifiqui totes les bases de dades, registres, llocs web, organitzacions, llistes de referència i altres recursos de recerca o consulta per identificar estudis. Especifiqui la data en la que cada recurs és va buscar i es va consultar per primer cop.
Estratègia de recerca	7	Presenti les estratègies de recerca completes de totes les bases de dades, registres i llocs web, incloent qualsevol filtre i els límits utilitzats.
Procés de selecció dels estudis	8	Especifiqui els mètodes utilitzats per decidir si un estudi compleix amb els criteris d'inclusió de la revisió, incloent quants autors de la revisió van garbellar cada registre i cada publicació recuperada, si van treballar de manera independent i, si procedeix, els detalls de les eines de automatització utilitzades en el procés.
Procés d'extracció de les dades	9	Indiqui els mètodes utilitzats per extreure les dades dels informes o publicacions, incloent quants revisors van recopilar dades de cada publicació, si van treballar de manera independent, els processos per obtenir o confirmar les dades per part dels investigadors de l'estudi i, si procedeix, els detalls de les eines de automatització utilitzades en el procés.
Llista de les dades	10a	Enumeri i defineixi tots els desenllaços pels quals es busquen les dades. Especifiqui si es van buscar tots els resultats compatibles amb cada domini del desenllaç (per exemple, per totes les escales de mesura, punts temporals, anàlisis) i, de no ser així, els mètodes utilitzats per decidir els resultats que s'havien de recollir.
	10b	Enumeri i defineixi totes les altres variables per les que es van buscar dades (per exemple, característiques dels participants i de la intervenció, fonts de finançament). Describeix tots els supòsits formulats sobre qualsevol informació absent (<i>missing</i>) o incerta.
Avaluació del risc de biaix	11	Especifiqui els mètodes utilitzats per avaluar el risc de biaix dels estudis inclosos, incloent detalls de les eines utilitzades, quants

dels estudis individuals		autors de la revisió van avaluar cada estudi i si van treballar de manera independent i, si procedeix, els detalls de les eines de automatització utilitzades en el procés.
Mesures de l'efecte	12	Especifiqui per cada desenllaç, les mesures del efecte (per exemple, raó dels riscos, diferència de mesures) utilitzades en la síntesi o presentació dels resultats
Mètodes de síntesi	13a	Descrigui el procés utilitzat per decidir quins estudis eren elegibles per cada síntesi (per exemple, tabulant les característiques dels estudis d'intervenció i comparant-los amb els grups previstos per a cada una (ítem nº.5).
	13b	Descrigui qualsevol mètode requerit per preparar les dades per a la seva presentació o síntesi, tant com el maneig de les dades perdudes en els estadístics de resum o les conversions de dades.
	13c	Descrigui els mètodes utilitzats per tabular o presentar visualment els resultats dels estudis individuals i la seva síntesi.
	13d	Descrigui els mètodes utilitzats per sintetitzar els resultats i justifiqueu les seves eleccions. Si s'ha realitzat una metaanàlisi, descriu els models, els mètodes per identificar la presència i l'assoliment de la heterogeneïtat estadística, i els programes informàtics utilitzats.
	13e	Descrigui els mètodes utilitzats per explorar les possibles causes d'heterogeneïtat entre els resultats dels estudis (per exemple, anàlisi de subgrups, metaregressió).
	13f	Descrigui les anàlisis de sensibilitat que s'hagin realitzat per avaluar la robustesa dels resultats de la síntesi.
Avaluació del biaix en la publicació	14	Descrigui els mètodes utilitzats per avaluar el risc de biaix degut a resultats que manquen en una síntesi (derivats dels biaixos en les publicacions)
Avaluació de la certesa de l'evidència	15	Descrigui els mètodes utilitzats per avaluar la certesa (o confiança) en el cos de l'evidència per a cada desenllaç.
RESULTATS		
Selecció dels estudis	16a	Descrigui els resultats dels processos de recerca i selecció, des del nombre de registres identificats en la recerca fins al nombre d'estudis inclosos en la revisió, idealment utilitzant un diagrama de flux.
	16b	Citi els estudis que aparentment compleixen amb els d'inclusió, però que van ser exclosos, i expliqueu perquè van ser-ho.
Característiques dels estudis	17	Citi cada estudi inclòs i presenti les seves característiques.
Risc del biaix dels estudis individuals	18	Presenti les avaluacions del risc del biaix per cada un dels estudis inclosos.
Resultats dels estudis individuals	19	Presenti, per a tots els desenllaços i per a cada estudi: a) els estadístics de resum per a cada grup (si procedeix) i b) l'estimació de l'efecte i la seva precisió (per exemple, interval de credibilitat o de confiança), idealment utilitzant taules estructurades o gràfics.
Resultats de la síntesi	20a	Per a cada síntesi, resumeixi breument les característiques i els riscs de biaix entre els estudis contribuents.
	20b	Presenti els resultats de totes les síntesis estadístiques realitzades. Si s'ha realitzat una metaanàlisi, presenti per a cada una d'elles l'estimador de resum i la seva precisió (per exemple, interval de credibilitat o de confiança) i les mesures d'heterogeneïtat estadística. Si es comparen grups, descriu la direcció de l'efecte.
	20c	Presenti els resultats de totes les investigacions sobre les possibles causes d'heterogeneïtat entre els resultats dels estudis.
	20d	Presenti els resultats de totes les anàlisis de sensibilitat realitzats per avaluar la robustesa dels resultats sintetitzats.

Biaixos en la publicació	21	Presenti les avaluacions del risc de biaix degut a resultats faltant (derivats dels biaixos de les publicacions) per a cada síntesi avaluada.
Certesa de l'evidència	22	Presenti les avaluacions de la certesa (o confiança) en el cos de l'evidència per a cada desenllaç avaluat.
DISCUSSIÓ		
Discussió	23a	Proporcioni una interpretació general dels resultats en el context d'altres evidències.
	23b	Argumenti les limitacions de l'evidència inclosa en la revisió.
	23c	Argumenti les limitacions dels processos de revisió utilitzats.
	23d	Argumenti les implicacions dels resultats per a la pràctica, les polítiques i les futures investigacions.
ALTRA INFORMACIÓ		
Registre i protocol	24a	Proporcioni la informació del registre de la revisió, incloent el nom i el nombre de registre, o declari que la revisió no ha sigut registrada..
	24b	Indiqui on es pot accedir al protocol, o declari que no s'ha redactat cap protocol.
	24c	Descrigui i expliqui qualsevol esmena a la informació proporcionada en el registre o en el protocol.
Finançament	25	Descrigui les fonts del suport financer o no financer per a la revisió i el paper dels finançadors o patrocinadors en la revisió.
Conflicte d'interessos	26	Declari els conflictes d'interès dels autors de la revisió.
Disponibilitat de dades, codis i altres materials	27	Especifiqui quins elements dels que s'indiquen a continuació estan disponibles al públic i on es poden trobar: plantilles de formularis d'extracció de dades, dades extretes dels estudis inclosos, dades utilitzades per a totes les anàlisis, codis d'anàlisis i qualsevol altre material utilitzat en la revisió.

Annex 2. Model de full informatiu per a l'entrevistat



DOCUMENT INFORMATIU

Estudi: la banalització de l'ansietat i el tabú i estigmatització de la depressió en els joves.
Una metasíntesi d'estudis qualitatius

Investigadores principals:

- Mireia Bilbe, 639652161, mireia.bilbe@estudiants.urv.cat, Tarragona
- Helena Gil, 636543282, helena.gil@estudiants.urv.cat, Reus

Aquest document pretén informar-lo/la sobre l'estudi d'investigació en què se'l/la convida a participar. El nostre estudi ha estat aprovat pel *Comitè d'Ètica*.

Se'l convida a participar en un grup focal per tal de discutir sobre l'existència de la banalització de l'ansietat i el tabú i estigmatització de la depressió en els joves.

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és totalment voluntària i pot decidir NO participar. Si decideix participar, pot canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment, sense cap tipus de repercussió.

L'objectiu de l'estudi consisteix en esbrinar si existeix una banalització de l'ansietat i estigmatització de la depressió, estudiar els fenòmens associats a aquests en la societat jove i conèixer l'experiència dels joves entorn a aquestes malalties. Volem conèixer la percepció d'aquest grup de persones, conèixer quins programes informatius i educatius utilitzen sobre malalties de salut mental i analitzar els mecanismes d'afrontament de les persones que pateixen ansietat i depressió.

Aquest estudi és totalment gratuït i preveu incloure un total de 6 persones que formaran part del grup focal. Es citaria els participants per acudir presencialment en una sala del CRAI del Campus Catalunya, en una data acordada per tots els participants i les investigadores. Aquesta reunió quedarà enregistrada i serà utilitzada per a l'estudi del nostre TFG. Totes les dades personals dels participants es tractaran amb confidencialitat i seran anònimes de cara a l'estudi.

La participació en aquest grup focal pot aportar nous coneixements, punts de vista diferents i l'experiència de compartir opinions de manera lliure i respectuosa amb els altres participants.

Si durant la seva participació té algun dubte o necessita obtenir més informació, pot posar-se en contacte amb les dues investigadores principals, mitjançant correu electrònic, trucada, o WhatsApp.



Consentiment informat

Estudi: la banalització de l'ansietat i el tabú i estigmatització de la depressió en els joves. Una metasíntesi d'estudis qualitius:

Dades de contacte de les investigadores principals:

- Mireia Bilbe, 639652161, mireia.bilbe@estudiants.urv.cat, Tarragona
- Helena Gil, 636543282, helena.gil@estudiants.urv.cat, Reus

Jo(nom i cognoms del participant)..... amb DNI.....:

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Compréc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

Sí No

- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:

NO autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

SÍ autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

Taula 12. Informació de protecció de dades personals

INFORMACIÓ DE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS	
Responsable	El responsable del tractament de les seves dades personals són les autores del treball.
Finalitat	Participar en el TFG "la banalització de l'ansietat i el tabú i estigmatització de la depressió en els joves. Una metasíntesi d'estudis qualitius" en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats obtinguts incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi atorgat el seu consentiment.
Drets	Pot exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació o oposició al tractament, mitjançant un escrit adreçat al Registre General de la URV a la mateixa adreça del domicili fiscal o mitjançant la seva presentació al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a https://seuelectronica.urv.cat/registre.html .
Informació addicional	Pot consultar la informació sobre el tractament de dades personals al Full d'informació al participant sobre l'estudi. Addicionalment, pot adreçar-se a ambdues autores del treball per qualsevol consulta sobre la protecció de dades personals mitjançant les dades de contacte que s'han proporcionat.

Annex 4. Guió grup focal

- Presentació (nom, localitat, estudis, treball...)
- Com creieu que la societat veu la salut mental? [Centrar-se en depressió i l'ansietat i en els joves]
- Que opineu d'aquestes? [Surt com a tema la banalització, l'estigma i/o tabú?]
- Si volguéssiu ajudar a un amic com ho faríeu?
- On us informeu, si ho feu, sobre aquestes patologies?
- Creieu que hi ha hagut un canvi en la percepció d'aquestes malalties entre ara i fa 10-20 anys?