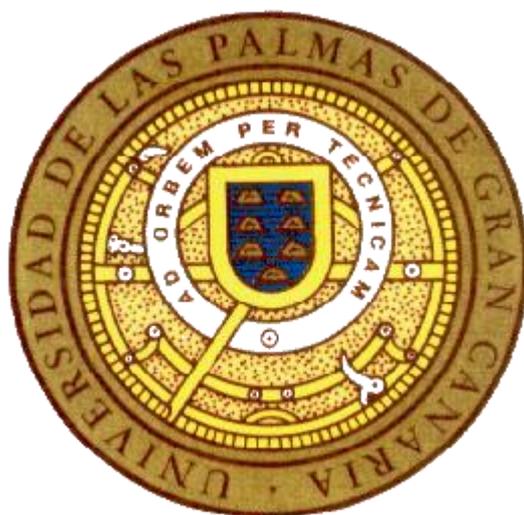


**UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN
CANARIA**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y
QUIRÚRGICAS**



TESIS DOCTORAL

**PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS
MENTALES EN EL ÁREA DE SALUD DE
LANZAROTE**

JOSÉ LUIS CABRERA MATEOS

Lanzarote, 15 de Abril de 2015



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA
Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Anexo I

**D. JUAN RAMÓN HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, SECRETARIO DEL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA,**

CERTIFICA,

Que el Consejo Ordinario de Departamento de Doctores en su sesión de fecha 20 de mayo de 2015, tomó el acuerdo de dar el consentimiento para su tramitación, a la tesis doctoral titulada "Prevalencia de los Trastornos Mentales en el Área de Salud de Lanzarote", presentada por el/la doctorando/a, Don/Doña: José Luis Cabrera Mateos y dirigida por el doctor Don Rafael Touriño Gonzalez y Don Eduardo Núñez González.

Y para que así conste, y a efectos de lo previsto en el Artº 73.2 del Reglamento de Estudios de Doctorado de esta Universidad, firmo la presente en Las Palmas de Gran Canaria, a veinte de mayo de dos mil quince.





UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

Anexo II

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Departamento/Instituto/Facultad CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS.

Programa de doctorado PATOLOGIA QUIRURGICA, REPRODUCCIÓN HUMANA Y FACTORES PSICOLÓGICOS Y EL PROCESO DE ENFERMAR.

Título de la Tesis

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL ÁREA DE SALUD DE LANZAROTE.

Tesis Doctoral presentada por D/D^a JOSÉ LUIS CABRERA MATEOS.

Dirigida por el Dr/a. D/D^a. RAFAEL TOURIÑO GONZÁLEZ.

Codirigida por el Dr/a. D/D^a. EDUARDO NUÑEZ GÓNZALEZ.

El/la Director/a,

(firma)

El/la Codirector/a

(firma)

El/la Doctorando/a,

(firma)

Las Palmas de Gran Canaria, a 8 de Junio de 2015.



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Tesis Doctoral

Prevalencia de los Trastornos Mentales en el Área
de Salud de Lanzarote

Autor: José Luis Cabrera Mateos

Directores: D. Rafael Touriño González

D. Eduardo Núñez González

Abril de 2015

DEDICATORIA

A MIS PADRES
A LILIANA, MI MUJER
A MI HIJA ALBA

AGRADECIMIENTOS

A MIS COMPAÑERAS/COMPAÑEROS MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA DE LANZAROTE POR SU COLABORACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO.

A LA GERENCIA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LANZAROTE.

A MIS DIRECTORES DE TESIS:
RAFAEL TOURIÑO GONZÁLEZ
EDUARDO NÚÑEZ GONZÁLEZ.

ÍNDICE

	Página
I. Resumen	3
II. Introducción	9
II.1. Características sociodemográficas y sanitarias de la isla de Lanzarote	12
II.2. Antecedentes históricos de la psiquiatría	17
II.3. Concepto de trastorno mental	25
II.4. Variables asociadas a los trastornos mentales	31
II.5. Hiperfrecuentación en atención primaria	34
II.6. Estrategias de investigación epidemiológica de los trastornos mentales	37
II.7. Prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria de salud	39
III. Justificación	45
IV. Hipótesis	49
V. Objetivos	53
VI. Metodología	57
VII. Resultados	73
VII.1. Descripción de la muestra	75
VII.2. Resultados de la primera fase	79
VII.2.1. General Health Questionnaire (GHQ-28)	79
VII.2.2. Cuestionario CAGE	79
VII.2.3. Cuestionario Duke-UNC	81
VII.2.4. Cuestionario APGAR familiar	82
VII.2.5. Escala de reajuste social	83
VII.2.6. Cuestionario EuroQol-5D	83
VII.2.7. Frecuencia de consultas en los últimos tres meses	84
VII.2.8. Grado de correlación entre diferentes variables	85
VII.3. Resultados de la segunda fase	86
VII.3.1. Prevalencia de los trastornos mentales en el total de la muestra	86
VII.3.2. Prevalencia de los trastornos mentales en las mujeres	87
VII.3.3. Prevalencia de los trastornos mentales en los varones	87
VII.3.4. Prevalencia diagnóstica de los trastornos mentales en atención primaria	93
VII.4. Variables asociadas a los trastornos mentales	95
VII.4.1. Análisis bivariante	95
VII.4.2. Análisis multivariante mediante regresión logística	100
VII.5. Variables asociadas a los trastornos depresivos	103
VII.5.1. Análisis bivariante	103
VII.5.2. Análisis multivariante mediante regresión logística	108
VII.6. Variables asociadas a los trastornos de ansiedad	109
VII.6.1. Análisis bivariante	109
VII.6.2. Análisis multivariante mediante regresión logística	114
VII.7. Variables asociadas a la hiperfrecuentación	116
VII.7.1. Análisis bivariante	116
VII.7.2. Análisis multivariante mediante regresión logística	120

VIII.	Discusión	123
	VIII.1. Limitaciones del estudio	125
	VIII.2. Factores asociados a los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos mentales en general	126
	VIII.2.1. Prevalencia de los trastornos mentales y su relación con el sexo	126
	VIII.2.2. Prevalencia del consumo patológico de alcohol	132
	VIII.2.3. Orden de prevalencia de los diferentes trastornos mentales	134
	VIII.2.4. Prevalencia diagnóstica de los trastornos mentales	137
	VIII.2.5. Trastornos mentales y situación laboral	139
	VIII.2.6. Trastornos mentales y nivel socioeconómico	142
	VIII.2.7. Trastornos mentales y estado civil	143
	VIII.2.8. Trastornos mentales e inmigración	144
	VIII.2.9. Trastornos mentales y consumo patológico de alcohol	146
	VIII.2.10. Trastornos mentales y disfunción familiar	148
	VIII.2.11. Trastornos mentales y apoyo social	151
	VIII.2.12. Trastornos mentales y estrés social	152
	VIII.2.13. Trastornos mentales y calidad de vida	153
	VIII.2.14. Trastornos mentales e hiperfrecuentación	157
	VIII.2.15. Modelos explicativos de los factores asociados a los trastornos mentales	158
	VIII.3. Factores asociados a la hiperfrecuentación	159
IX.	Conclusiones	165
X.	Bibliografía	169
XI.	Anexos	191
	Anexo I. Cuestionario autoadministrado	193
	Anexo II. Sintaxis SPSS para la estimación del valor del estado de salud y perfiles de salud (EuroQol-5D)	205
	Anexo III. Tablas	209

I. RESUMEN

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de los trastornos mentales (TM) y estudiar los factores asociados a los mismos.
- Conocer la prevalencia de hiperfrecuentación y su relación con diferentes factores.

SUJETOS Y MÉTODOS

Muestra constituida por 310 sujetos de diferentes consultas de atención primaria de la isla de Lanzarote, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple.

Estudio desarrollado en dos fases. Primero se aplicó un cuestionario autocumplimentado que incluía entre otros el General Health Questionnaire de 28 ítems (GHQ-28). Posteriormente se empleó una entrevista estructurada (MINI) solamente en aquellos que puntuaron en el GHQ-28 >4, con el fin de determinar la prevalencia y los diferentes tipos de TM.

RESULTADOS

La prevalencia de los TM fue del 28,57% (IC 95%: 23,24-33,91), superior en las mujeres: 35,76% (IC 95%: 28,14-43,37) versus 19,38% (IC 95%: 12,17-26,59).

El TM más prevalente fue el episodio depresivo mayor: 15,9% (IC 95%: 11,6-20,3), seguido del trastorno por ansiedad generalizada (TAG): 12,9% (IC 95%: 8,9-16,9). En las mujeres predominó el episodio depresivo mayor: 24,2% (IC 95%: 17,4-31,1%) y en los varones, el TAG: 10% (IC 95%: 4,5-15,5).

Los TM se asociaron de modo independiente con las variables sexo, consumo patológico de alcohol, autovaloración del estado de salud y perfiles del estado de salud autopercebido.

Los trastornos depresivos se asociaron de modo independiente con las variables sexo, disfunción familiar, estado de salud autopercebido y reajuste social.

Los trastornos de ansiedad (TA) se asociaron de modo independiente con las variables sexo, disfunción familiar, reajuste social y perfiles del estado de salud autopercebido.

La hiperfrecuentación, con una prevalencia del 11,1% (IC 95%: 7,37-14,85), se asoció de modo independiente con la situación laboral, estado de salud autopercebido y reajuste social.

CONCLUSIONES

Los TM tienen una alta prevalencia, están asociados a diferentes factores y presentan una clara relación con el sexo. El TM más frecuente es el episodio depresivo mayor, seguido por el TAG. Las situaciones de IT/desempleo/jubilación, la percepción de mal estado de salud y el estrés social determinan una mayor frecuentación.

ABSTRACT

OBJECTIVES

-To determine the prevalence of mental disorders (MD), and study the factors associated with them.

-To know the prevalence of hyper-attendance and its relationship with different factors.

SUBJECTS AND METHODS

Displays consisting of 310 subjects of different consultations in primary care of the island of Lanzarote, selected using simple random sampling.

Study carried out in two phases. First applied a self-completed General Health Questionnaire of 28 items (GHQ-28) included among others. Subsequently, a structured interview (MINI) was used only in those who scored in the GHQ-28 >4, in order to determine the prevalence and the different types of MD.

RESULTS

The prevalence of the MD was 28.57% (95% CI: 23,24-33,91), higher in women: 35.76% (95% CI: 28,14-43,37) versus 19.38% (95% CI: 12,17-26,59).

The MD most prevalent was the major depressive episode: 15.9% (95% CI: 11,6-20,3), followed by the generalized anxiety disorder (GAD): 12.9% (95% CI: 8,9-16,9).

Women dominated the major depressive episode: 24.2% (95% CI: 17,4-31,1%) and men, GAD: 10% (95% CI: 4,5-15,5).

The MD were independently associated with gender, alcohol abuse, self-assessment of health status and self-perceived health status profiles.

Depressive disorders were independently associated with gender, family dysfunction, self-perceived health status and social readjustment.

Anxious disorders (AD) were independently associated with gender, family dysfunction, social readjustment and self-perceived health status profiles.

The hyper-attendance, with a prevalence of 11.1% (95% CI: 7,37-14,85), is associated independently with labor situation, self-perceived health status and social readjustment.

CONCLUSIONS

The MD have a high prevalence, they are associated with different factors and presented a clear relationship with gender. The most frequent MD is the major depressive episode, followed by the GAD. IT/unemployment/retirement situations, the perception of ill-health and social stress determine a greater attendance.

II. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales constituyen una de las causas más frecuentes de morbilidad en los países occidentales. Estos trastornos tienen importantes repercusiones, que afectan no solo al ámbito personal de quien lo sufre, sino también a su entorno familiar y social. Entre dichas repercusiones está el elevado coste económico que generan. Así, en el año 2002 los trastornos mentales supusieron un coste total de 189,59 millones de euros en nuestra comunidad autónoma, de los cuales 107,92 millones fueron debidos a la mortalidad anticipada y a las incapacidades temporal y permanente, y el resto (81,67 millones) a los costes directos derivados de la atención sanitaria. Estos costes directos fueron responsables del 5,2% del gasto sanitario total en Canarias¹.

La atención que merecen estos trastornos determinó la aprobación en el año 2006, por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), de la Estrategia en Salud Mental, que ahora dispone de una actualización para el periodo 2009-2013. Potenciar la investigación en salud mental, mediante estudios epidemiológicos, científicos y técnicos, constituye una de sus líneas estratégicas. La importancia de estos estudios de investigación en materia de salud mental viene determinada por su importante contribución al desarrollo del resto de las líneas estratégicas de dicho plan, como es la promoción de la salud mental, la prevención y atención a los trastornos mentales, etc.

Sin embargo, diferentes circunstancias hacen que los trastornos mentales sean complejos de estudiar. Entre ellas en primer lugar la dificultad para establecer con claridad los límites entre afectados y no afectados. En segundo lugar, la variabilidad en la presentación clínica de los distintos trastornos mentales.

En tercer lugar, la edad de inicio variable del cuadro clínico en cuestión. Con respecto a la edad de inicio, en los casos en que un individuo desarrolle la enfermedad a una edad avanzada, en un posible estudio genético de asociación se podría incluir como individuo no afectado si es elegido antes de que presente la enfermedad, atenuando la asociación entre el trastorno y las características genéticas en estudio². Un último factor que contribuiría a la complejidad es la falta de estabilidad en el diagnóstico de algunos trastornos mentales cuando son seguidos durante un plazo muy largo, ya que en estos casos sería la propia evolución de la enfermedad la base del diagnóstico².

Los estudios epidemiológicos desarrollados en torno a los trastornos mentales tratan de determinar diferentes aspectos de los mismos. En relación a dichos aspectos, una primera cuestión es determinar la prevalencia de dichos trastornos y los factores asociados a ellos, bien sea en la comunidad, en atención primaria o en el ámbito especializado. En segundo lugar podríamos situar la determinación del porcentaje de las personas de la comunidad que estando afectas de algún trastorno mental consultan a su médico por dicho motivo. Otro aspecto a determinar sería la disfunción social y familiar que ocasionan dichos trastornos mentales, así como la discapacidad física y psíquica. En último lugar un aspecto de especial relevancia es la capacidad de detección de dichos trastornos por el médico de atención primaria. Este último aspecto enlazaría directamente con otra de las líneas estratégicas del Plan Estratégico en Salud Mental del SNS, que sería la formación del personal sanitario con el fin de dar una atención adecuada a las necesidades de la población en materia de salud mental.

A todas estas cuestiones, además de aquellas relacionadas con el problema de la hiperfrecuentación (prevalencia y factores asociados), tratamos de dar respuesta en la presente tesis, la cual ha sido desarrollada en la isla de Lanzarote. Por consiguiente consideramos oportuno comenzar esta introducción exponiendo las características sociales y demográficas, además de sanitarias, de dicha isla. Posteriormente desarrollamos un breve resumen de la historia de la psiquiatría enfocada sobre todo a la evolución del concepto de trastorno mental, y recordamos además las variables asociadas a dichos trastornos. Tras un conciso repaso sobre la hiperfrecuentación y su vinculación con los trastornos mentales, exponemos las estrategias de estudio de los trastornos mentales. Finalizaremos la introducción mencionando los últimos estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria.

II.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SANITARIAS DE LA ISLA DE LANZAROTE³

El ámbito geográfico del presente trabajo de investigación es la isla de Lanzarote. Esta es la más oriental de las que conforman el archipiélago canario. Se trata de una isla llana, de carácter volcánico y con escasa vegetación. La isla tiene una superficie de 845,93 km². En la misma predominan los campos de lava que surgieron, sobre todo, tras las erupciones volcánicas del primer tercio del siglo XVIII. La isla de Lanzarote está

formada por siete municipios: Arrecife (capital de la isla), Haría, San Bartolomé, Teguise, Tías, Tinajo y Yaiza. A estos municipios se añade la isla de La Graciosa, que pertenece al término municipal de Teguise. Otros islotes como Alegranza, Santa Clara, Roque del Este y Roque del Oeste no están habitados.

El hecho de que el turismo sea la principal actividad económica de la isla ha determinado que el sector servicios, especialmente aquellas actividades ligadas directa o indirectamente al turismo, domine su economía. La isla es visitada por unos dos millones de turistas al año, la mayoría de los cuales son de nacionalidad británica, alemana y, en menor medida, española. La inmensa mayoría de estos visitantes se alojan en uno de los tres núcleos turísticos principales: Puerto del Carmen, Costa Teguise y Playa Blanca.

El segundo lugar en importancia en la actividad económica lo ocupa la construcción. Por otro lado, el sector primario (especialmente la agricultura) tiene una escasa incidencia cuantitativa en el producto interior bruto (PIB) de la isla, sin embargo esta actividad es de suma importancia. La superficie de Lanzarote destinada al cultivo es de 3.333 hectáreas, entre las cuales destacan las 2.019 hectáreas dedicadas a los viñedos, las 528 a las hortalizas y las 432 hectáreas que se destinan a los tubérculos. La producción agraria se obtiene mediante sistemas de cultivo imaginativos, que constituyen uno de los elementos más importantes del paisaje lanzaroteño.

En el año 2011 la población de derecho de la isla era de 142.517 habitantes y el promedio de turistas estimado a partir del porcentaje de ocupación de los establecimientos alojativos fue de 51.663, por lo que la población total era de 194.180 habitantes. Estos datos arrojan una densidad de población de 229,6 habitantes por kilómetro cuadrado.

Con respecto a la población de derecho: 102.720 eran españoles y 39.797 extranjeros. De estos, 20.238 eran originarios de alguno de los 27 países de la Unión Europea, 723 del resto de Europa, 6.157 africanos, 10.360 procedentes del continente americano, 2.310 asiáticos, 8 de Oceanía y 1 apátrida.

Por otro lado, la población menor de 15 años suponía el 16,43% del total de la población de derecho, mientras que la población de 65 años o más abarcaba el 9,71%. La edad media (2009) de la población de derecho fue de 36,7 años.

Con respecto a la inmigración, entre los residentes extranjeros predominan los ciudadanos procedentes de los siguientes países:

- Reino Unido, Alemania, Italia y Rumanía entre los europeos
- Marruecos entre los de origen africano
- Colombia y Ecuador entre los de origen americano
- China entre los de origen asiático

Con respecto a los empleados por sectores económicos, según datos del cuarto trimestre de 2011, los 44.918 empleos se distribuyeron de la siguiente manera:

- El sector servicios registró 40.192 empleos, entre los cuales destacaron los 12.217 de la hostelería.
- En el sector de la construcción hubo 2.598 empleos.
- En la industria, 1.579 empleos.
- En la agricultura el número de empleos fue de 544.

Según datos de diciembre de 2011, el desempleo en Lanzarote ascendió a 16.109 personas (26,4%), de las cuales 7.676 (47,65%) eran mujeres. La distribución de los desempleados según la rama de actividad fue la siguiente:

- Agricultura: 168 desempleados (1,04%)
- Comercio: 2.679 desempleados (16,63%)
- Construcción: 2.873 desempleados (17,83%)
- Hostelería: 3.743 desempleados (23,24%)
- Resto de servicios: 5.447 desempleados (33,81%)
- Sin actividad: 624 desempleados (3,87%)

La mayoría de estos desempleados (10.370) tenían estudios primarios o eran analfabetos.

El número de personas en paro (según personas registradas en demanda de empleo) fue máximo en enero con 16.281 personas, que se fue reduciendo hasta un mínimo de 14.817 registradas en septiembre de dicho año.

Por lo que respecta a las características sanitarias de la isla, en 2011 el número de personas adscritas a alguno de los centros de salud ascendía a 134.924, distribuidas de la siguiente manera:

- <14 años: 21.663
- De 14 a 65 años: 100.674
- >65 años: 12.587

En los diferentes centros sanitarios públicos donde es atendida esta población prestan sus servicios 1.582 trabajadores (1.018 en atención especializada y 564 en atención primaria).

En atención especializada se distribuyen de la siguiente manera:

- Equipo directivo: 5
- Personal médico: 176
- Personal sanitario no facultativo: 874
- Personal no sanitario: 252

La distribución en atención primaria es la siguiente:

- Equipo directivo: 2
- Personal médico: 80
- Personal sanitario no facultativo: 163
- Personal no sanitario: 319

Para la atención especializada de la población se cuenta con el Hospital General José Molina Orosa y la Unidad de Salud Mental (en el centro de salud de Valterra). El Hospital General cuenta con 12 camas para psiquiatría.

Los centros de atención primaria del área de salud de Lanzarote se distribuyen de este modo:

- Zona Básica de Salud Arrecife I: centro de salud en Titteroy y un consultorio periférico en Playa Honda.
- Zona Básica de Salud Arrecife II: centro de salud en Valterra.
- Zona Básica de Salud Mala-Haría: centro de salud en Haría y un consultorio periférico en Mala.

- Zona Básica de Salud San Bartolomé-Tinajo: centro de salud en San Bartolomé y un consultorio local en Tinajo.
- Zona Básica de Salud de Teguiise: centro de salud en Teguiise y un consultorio local en Tahíche, un consultorio local en Costa Teguiise y un consultorio local en La Graciosa.
- Zona Básica de Salud de Tías: centro de salud en Tías y un consultorio local en Puerto del Carmen.
- Zona Básica de Salud de Yaiza: centro de salud en Playa Blanca y un consultorio local en Yaiza.

Es importante considerar las circunstancias del momento en el que hemos desarrollado el presente trabajo de investigación, en el contexto de una importante crisis económica mundial a la que no ha permanecido ajena la isla de Lanzarote. En nuestro medio fue la construcción, que ocupa el segundo lugar en orden de importancia en la actividad económica de la isla, el primer sector en derrumbarse. Pero la mayor carga negativa fruto de dicha crisis la aportó la caída del turismo.

Con respecto al resto de los sectores, el impacto de la crisis ha sido menor dado su escaso desarrollo, condicionado por las políticas económicas implementadas en la isla junto a la falta de inversiones en estos sectores. Estas políticas han determinado que sea el turismo el que lleve el mayor peso de la economía insular, lo que a su vez determina una extraordinaria susceptibilidad de Lanzarote a los cambios producidos en el ámbito internacional.

El impacto de la crisis económica en el turismo, y por lo tanto en la economía insular, es negativo. En primer lugar, el turismo, a consecuencia de la crisis, deja de estimular el sector de los servicios, que han florecido al amparo del desarrollo turístico de la isla. En segundo lugar, ya no fluye la inversión económica, siempre dirigida por el mercado al sector turístico, el cual produce la mayor rentabilidad. En tercer lugar, al reducirse las ganancias generadas por la actividad turística, disminuye la reinversión orientada a mejorar las condiciones de vida de los habitantes de la isla, lo que conlleva un importante deterioro de los servicios sanitarios, educación pública, transporte, vivienda, etc. En cuarto lugar, disminuye la capacidad de importar bienes y servicios para responder a las demandas de dicho sector. Y por último se reduce la contribución del turismo a la rehabilitación y conservación de sus monumentos, edificios y lugares

históricos, así como su contribución al estímulo en la mejora y conservación del entorno natural de la isla.

En definitiva, la crisis económica se ha traducido en un aumento considerable del número de personas que han perdido su empleo y de las consecuencias adversas que ha traído consigo. Entre estas el hecho de perder los recursos económicos de los que disponían para afrontar las diferentes obligaciones contraídas, como el pago de las hipotecas, lo que ha conllevado la pérdida de los bienes de estas personas y su empobrecimiento. Pero aún sería mayor el número de personas que se sentirían inseguras en sus empleos, dado que vivirían con el miedo anticipado y permanente a perderlo. Todo ello tiene un importante coste en términos de deterioro de la salud mental.

II.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSIQUIATRÍA

Con respecto a la salud mental y sus trastornos, la psiquiatría es la encargada de su estudio. Sin embargo, esta se constituyó como tal solo cuando el concepto de trastorno mental pudo delimitarse con suficiente claridad. Es por ello que la psiquiatría hunde sus profundas raíces en la filosofía, la religión, la psicología y la medicina.

La disciplina y el concepto de trastorno mental han ido evolucionando desde la Antigüedad, en que existía una concepción mágico-animista de la enfermedad. En el antiguo Egipto (1500 a. C.) ya se mencionan, en el papiro de Ebers, algunas enfermedades mentales como la epilepsia, que sería considerada como una forma de locura durante siglos. En dicha cultura la histeria era concebida como una perturbación uterina, idea que perduró hasta el siglo XIX⁴.

En la antigua Grecia coexistían tres modelos de enfermedad mental⁵:

1. El modelo religioso, según el cual la enfermedad era una posesión divina socialmente aceptada.
2. El modelo médico, que fue desarrollado en los tratados hipocráticos y concebía la enfermedad mental como una enfermedad del cerebro.
3. El modelo filosófico o moral, según el cual la enfermedad mental era un desorden del alma y de sus tres facultades: el pensamiento, la voluntad y las pasiones. En

dicho desorden se rompe el equilibrio y la subordinación que debe haber entre las tres facultades mencionadas.

Hipócrates (460-377 a. C.) rechazó las teorías según las cuales la enfermedad sería resultado de la influencia de espíritus, dioses o poderes no humanos, y las sustituye por los desequilibrios de los cuatro humores: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. También describió y clasificó racionalmente las enfermedades mentales^{6,7}, estableciendo una clasificación y definición de las mismas basada en la observación.

En la Roma antigua se mantiene la misma visión griega de la enfermedad y postulaban que las pasiones y deseos insatisfechos afectaban al alma causando enfermedades mentales.

Aulo Cornelio Celso (25 a. C.-50 d. C.), en *De Medicina* clasificó las enfermedades en locales y generales, incluyendo las enfermedades mentales entre estas últimas⁷. Utiliza el término *insania* para describir las enfermedades mentales⁸.

Areteo de Capadocia (50 d. C.-130 d. C.) describió la relación entre manía y melancolía y estableció que ambas serían los dos extremos de una misma enfermedad. Consideraba por lo tanto los trastornos mentales como una única entidad nosológica, definiéndola como “enajenación mental con ausencia de fiebre”^{6,9}.

Durante la Edad Media, el concepto de locura como entidad nosológica sufre una involución. La Iglesia desarrolló lo que se denominaría la demonología. Las enfermedades mentales fueron de nuevo consideradas como posesiones demoníacas. Con el renacimiento del primitivismo y la brujería, surge el modelo sobrenatural de la enfermedad mental y su tratamiento por parte de los clérigos⁷.

La medicina árabe floreció en la Edad Media. En la misma destaca el médico persa Al-Razi (865-925), quien se opuso a las explicaciones demoníacas de los trastornos mentales. Por su parte Avicena describe todas las enfermedades de la época e incluye los trastornos mentales. La obra de Maimónides, médico y filósofo de religión judía, trata de aspectos de higiene mental¹⁰.

Durante el Renacimiento, las enfermedades mentales se relacionaban con la brujería y las posesiones demoníacas, siendo atribuida la causa de todas ellas al demonio. Los enfermos mentales eran torturados y quemados en hogueras para liberar sus almas. Sin

embargo Paracelso y Vives se opusieron a dichas creencias. Paracelso expone que el origen de las enfermedades mentales no es divino sino natural^{6,7}.

Durante esta época surgen los hospitales para enfermos mentales. El primero se fundó en Valencia en 1409 por parte del religioso Joan Gilabert Jofré, quien tuvo la oportunidad de comprobar cómo eran tratados los alienados en el mundo islámico. Este hecho hizo que empezara a ver a estas personas como enfermos y no como endemoniados⁶.

Durante el Barroco se producen importantes avances en medicina, pero no en psiquiatría. Los enfermos psiquiátricos permanecen recluidos en asilos, ya que se les consideraba una especie de alienados.

Durante la Ilustración, la situación de los enfermos mentales era de lamentable abandono. Si bien ya no eran quemados en las hogueras, eran recluidos en instituciones donde permanecían hacinados sin atención ni cuidados, mal alimentados y encadenados ante cualquier síntoma de agitación. En muchos casos, se abrían los pabellones psiquiátricos con el objeto de exhibir a los enfermos ante el público. A finales del siglo XVIII comienza la reforma de la asistencia psiquiátrica, mejorando las condiciones de los enfermos ingresados e instaurando el tratamiento moral⁶.

Los grandes reformistas de la psiquiatría durante la Ilustración fueron tres:

1. Vincenzo Chiarugi, director del Hospital de Santa María de Bonifacio, en el que prohibió el uso de cadenas como medio para contener a los pacientes psiquiátricos. Redactó en 1789 un reglamento con las nuevas normas humanitarias que habían de regir la atención a los enfermos mentales. Consideraba la locura, a la que se refería con el término *pazzia*, como una patología única y primaria, de concepción puramente médica, y la definió como “un delirio crónico y permanente, diurno y que no guarda relación ni con el sueño ni con la fiebre”. Describe tres variedades de la misma: melancolía, manía y amencia. Trató de relacionar las lesiones anatómicas con los diferentes trastornos intelectuales y consideró la locura como una alteración del equilibrio entre la vitalidad de las diferentes zonas de los centros nerviosos del cerebro ligada a una alteración de la estructura física del mismo¹¹.

2. William Tuke (1732-1822) fue un hombre de negocios inglés que nada tuvo que ver con la asistencia y tratamiento de los enfermos mentales, pero se ocupó de ellos por el solo deseo de ayudar a sus semejantes abandonados. Con la ayuda de los cuáqueros fundó el Retiro de York, donde eran bien tratados un número reducido de enfermos mentales. Este tipo de tratamiento se transmitió a otros hospitales psiquiátricos.
3. Philippe Pinel, que es considerado como el padre de la psiquiatría científica. Las personas con trastornos mentales comienzan a recibir un tratamiento más humano. Eliminó las ataduras de los pacientes, amplió los pabellones y facilitó la comunicación social y el entretenimiento. Utilizaba el término alienación mental para referirse a los trastornos mentales. Para Pinel existe una sola locura y en su *Tratado de la Insania* (1801) enumeró las cuatro formas típicas de la misma: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y por las influencias medioambientales^{6,7,11,12}.

El psiquiatra más influyente durante el Romanticismo, Jean Étienne Dominique Esquirol (1782-1840), definía la locura como una “afección cerebral ordinariamente crónica, sin fiebre, caracterizada por los desórdenes de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad”. Clasificó las insanias en tres categorías: monomanía (paranoia), manía general (*delirium*) y lipemanía o manía asociada a melancolía. Con este autor nace la psiquiatría clínica⁶.

Para Étienne-Jean Georget la enfermedad mental era una “enfermedad cerebral apirética, generalmente de larga duración, casi siempre con lesiones incompletas de las facultades intelectuales y afectivas, sin notable perturbación de las sensaciones y movimientos voluntarios, sin graves desórdenes y hasta sin desórdenes notables en las funciones nutritivas y de generación”. La enfermedad mental se manifestaría con diferentes cuadros clínicos que no eran enfermedades en sí mismos, pudiendo darse tipos intermedios, por lo que habría una transición imperceptible entre las diferentes formas de la enfermedad mental^{12,13}.

Por su parte, si bien el belga Joseph Guislain (1747-1860) introdujo la tesis de la psicosis única en Alemania, fue H. Neuman (1814-1888) su defensor más radical. Para

Neuman solo hay una clase de perturbación mental, llamada locura, que únicamente puede conocerse por su evolución temporal¹².

El psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926) acabó definitivamente con la teoría de la psicosis única, estableciendo que existen diferentes enfermedades mentales¹².

La asistencia del enfermo mental se prestaba en los manicomios (concebidos como instituciones segregadas del desarrollo productivo), que pasaron a denominarse hospitales psiquiátricos a partir de 1945. La asistencia prestada a los pacientes afectos de trastornos mentales era sobre todo un instrumento de marginación social¹⁴. Así, según el psiquiatra italiano F. Basaglia, la enfermedad mental era concebida como un “producto de desecho de una estructura económica que necesitaba de la segregación y de la exclusión para sobrevivir”¹⁵.

Tras la Segunda Guerra Mundial surgieron en Europa nuevos planteamientos asistenciales diferentes a la institucionalización. Estos nuevos planteamientos llevaron a la crítica de la institución cerrada. En este sentido, algunas críticas se referían al efecto nocivo que ejercía la institución sobre el paciente, de manera que parte de la sintomatología se debía al ingreso hospitalario prolongado y no a la enfermedad por la cual estaba ingresado el paciente. Dicho cuadro sindrómico recibió diferentes denominaciones: institucionalismo, estupor o psicosis de prisión, neurosis institucional, etc. En este contexto surge en Inglaterra la antipsiquiatría en la década de los sesenta^{7,12,16}.

La antipsiquiatría rechaza toda la nosología psiquiátrica. Las enfermedades mentales según estos planteamientos antipsiquiátricos serían reacciones a los acontecimientos del medio social y familiar, por lo que sería simplemente una enfermedad de la sociedad. Esta crítica antipsiquiátrica impulsó la reforma asistencial¹².

Bajo el planteamiento de que el tratamiento psiquiátrico debe realizarse en el seno de la sociedad, surgen en los años sesenta y setenta en los EE. UU. los centros de salud mental, que sin embargo no pudieron cumplir con las funciones para las cuales habían sido creados. A este fracaso contribuyó la excesiva psicologización de la psiquiatría en Norteamérica, que hizo que se perdiera la noción de enfermedad mental¹².

Unos años antes, en 1952, comienza la nueva psiquiatría con la aparición de la clorpromazina. Este psicofármaco tuvo una gran influencia en la psiquiatría, ya que posibilitó el tratamiento ambulatorio de los esquizofrénicos^{6,7,17}.

Por su parte, en nuestro país en los años sesenta se empiezan a atisbar los primeros signos de la crisis manicomial española, denunciándose el trato inhumano al que eran sometidos los pacientes afectados de trastornos mentales. Expresión directa de la crisis institucional de la psiquiatría española fue la creación en 1972 de la Coordinadora Psiquiátrica, integrada fundamentalmente por jóvenes psiquiatras y especialistas en formación y que tenía una relación muy estrecha con otros movimientos europeos similares, con una importante influencia del movimiento italiano de la “psiquiatría alternativa” que lideraba F. Bassaglia¹⁸.

Debido al lamentable estado de la asistencia psiquiátrica, se constituyó durante el primer gobierno posterior a la muerte de Franco una Comisión Interministerial, con el fin de afrontar la reforma de la sanidad, estableciéndose la asistencia psiquiátrica como un objetivo para el periodo 1976-1979. En el año 1977 se creó una Comisión de Planificación y Organización de la Asistencia Psiquiátrica dependiente del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Pero los documentos emanados de dicha comisión no produjeron cambio alguno. El Congreso de los Diputados aprobó en 1980 un documento básico para la reforma sanitaria, que incluyó principios básicos para la psiquiatría¹⁹.

Tras la victoria electoral del Partido Socialista en 1982, se iba a crear por Orden Ministerial de 27 de julio de 1983 la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Dicha comisión se creó con el encargo de realizar los estudios necesarios para proponer los principios básicos que habrían de configurar la asistencia psiquiátrica de los españoles en sus vertientes preventiva, curativa y rehabilitadora. El Real Decreto de 1984 sobre Estructuras Básicas de Salud, mediante el cual se ordena la atención sanitaria en su primer nivel, y la Ley General de Sanidad, que en su artículo 20 recoge aspectos importantes del Informe de la Comisión Ministerial, también contribuyeron a configurar el nuevo marco político-administrativo de la atención a la salud mental.

Los miembros de dicha comisión elaboraron el “Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la atención a la Salud Mental”, que tenía tres ejes:

1. Planteamiento de un nuevo modelo de salud mental orientado hacia la comunidad e integrado en la sanidad.
2. Recomendaciones concretas para la reforma.
3. Compromiso con el cambio global de procesos en la sanidad.

El modelo se centraba en dos grandes aspectos: el compromiso territorial de la atención a la salud mental (que incluía la participación de los usuarios) y la integración de los recursos y acciones en salud mental en el ámbito del área de salud. Esta ordenación potenciaba el papel de la atención primaria en la atención al enfermo mental y abogaba por una desinstitucionalización del paciente psiquiátrico, potenciando su integración en la comunidad²⁰. La reforma promovía la organización del nivel especializado que empezaba ya a diseñarse como una estructura en red —con su eje en las unidades de salud mental comunitarias—, frente al esquema tradicional de tipo jerárquico y centrado en el hospital.

La última parte del informe afrontaba un conjunto de recomendaciones prácticas:

1. Reconocimiento de los derechos civiles del enfermo mental.
2. Reconocimiento de la asistencia sanitaria, entonces de la Seguridad Social.

En el año 1989, por último, se hace realidad la práctica universalización de la sanidad, quedando equiparados los enfermos mentales con el resto de usuarios de la sanidad pública.

La segunda fase de la reforma psiquiátrica se caracterizó por su desarrollo en las distintas comunidades autónomas, que han ido elaborando sus propias normas, creando en primer lugar los decretos para la elaboración de los mapas sanitarios, las instrucciones para elaborar los planes de salud autonómicos, los convenios entre administraciones e instituciones sanitarias y la regulación del conjunto de la atención a la salud mental en el marco de las leyes de los servicios de salud de las autonomías²¹.

En la década de los noventa se producen una serie de cambios importantes que van a afectar no solo a la salud mental sino a la organización de la sanidad en su conjunto, resultado de los cambios en la protección social tanto en España como en Europa.

Al estancamiento de la salud mental pública en los años 90 contribuye cierto proceso de privatización de la sanidad, que discurre en dos fases diferenciadas. Por un lado está el

Informe Abril, que intenta incluir nuevos instrumentos y fórmulas de gestión empresarial en el sector sanitario público, con el fin de mejorar su gestión y hacerla más eficiente. Por otro lado a partir de 1996 se produce el proceso de descapitalización del sector público con gestión directa, pasando de la utilización de instrumentos de gestión propios de la empresa privada, a experiencias de privatización y externalización más global de la gestión de la atención sanitaria.

Las políticas se dirigen más al control del gasto sanitario, centrándose los recursos en el sector hospitalario, en detrimento de la atención primaria y de la salud mental. Se muestra un menor interés por las políticas en materia de salud mental y se produce un estancamiento del sistema sanitario público tanto a nivel financiero como de la calidad, equidad y accesibilidad al mismo.

En el año 2004, el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó la Recomendación 2004 relativa a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

En diciembre del año 2006 fue aprobada la Estrategia en Salud Mental por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), la cual se actualizó para el periodo 2009-2013. Las líneas estratégicas son las siguientes:

1. Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos. Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general. Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.
2. Atención a los trastornos mentales. Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental. Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los y de las pacientes.
3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional. Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental. Potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público de su comunidad autónoma.
4. Formación del personal sanitario. Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.

5. Potenciar la investigación en salud mental.

II.3. CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL

La psiquiatría de los años cuarenta adolecía de un defecto que era, en palabras del doctor Castilla del Pino, el “nacionalismo psiquiátrico” que condicionó que la clasificación de los trastornos mentales fuera distinta de un país a otro, e incluso dentro de cada país esta clasificación difería según las escuelas. Una vez superado este “nacionalismo psiquiátrico”, se ha pasado a la globalización de la psiquiatría. Las diferentes clasificaciones nosológicas, tanto el DSM como la CIE, introducen una uniformidad de criterios, de tal forma que un determinado tipo de trastorno mental se cataloga con los mismos criterios en cualquier lugar del mundo¹⁷.

La piedra angular de la nosología psiquiátrica es el concepto de trastorno mental. Delimitar dicho concepto resulta bastante complejo. En primer lugar habría que determinar qué consideramos como conducta anormal. Pero para ello deberíamos saber cuál es la conducta normal de referencia para calificar una conducta como desviada. Ello se puede determinar mediante diferentes criterios, que a continuación enumeramos²².

1. Criterio estadístico. Según este criterio lo normal sería lo más frecuente y lo anormal lo infrecuente, es decir lo que se sale de los límites de distribución estadística. No existe solución de continuidad entre ambas conductas: normal y anormal. Por ello al no especificar los límites entre salud y enfermedad no es muy útil en psiquiatría.
2. Criterio subjetivo. Según este criterio, es el individuo quien evaluaría su propio estado y situación, y detectaría las anomalías en sí mismo. Por ello este criterio es bastante impreciso y limitado. Así, un psicótico no tendría conciencia de enfermedad y se autoevaluaría como sano.
3. Criterio social. Según este criterio lo anormal sería todo aquello que se desvía del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad. Cada individuo tiene un papel personal y social que debe desempeñar, y la adaptación a ese papel sería la conducta normal de referencia. Pero se pueden definir como anormales algunos problemas o formas de vida alternativas, solo por el simple hecho de que no siguen los patrones de conducta de la mayoría de la sociedad. Esto hace que por sí solo sea insuficiente para definir una conducta como anormal.

4. Criterio biomédico. En este criterio lo anormal sería resultado de lesión o disfunción fisiológica. Estas anomalías pueden tener o no significado patológico. Con este criterio solo se consideraría un grupo específico de anomalías psíquicas. Tiene la ventaja de que establece la diferencia entre salud y enfermedad. Sin embargo la existencia de una (la salud) no se infiere solo por la ausencia de la otra (la enfermedad). En este sentido la salud mental hace referencia al bienestar emocional y psicológico del individuo y no solamente a la ausencia de enfermedad.

Cada uno de los criterios enumerados anteriormente es insuficiente por sí mismo para definir lo anormal. Sin embargo, dichos criterios no serían incompatibles entre sí, sino que se complementarían. Una conducta anormal no implica necesariamente que sea patológica.

La conducta se considera normal o anormal en función del contexto en el cual se realiza el acto. Lo anormal puede ser patológico en determinadas circunstancias, pero también podría no serlo en otras.

Lo patológico no lo sería solo por su naturaleza anormal, sino por el hecho de que implique un menoscabo de la libertad del individuo. Henry Ey definía la psiquiatría como una patología de la libertad, resaltando el carácter personal y existencial que tiene la enfermedad mental²².

La definición del concepto de trastorno mental se ha ido formando a lo largo de la historia. Así, en la medicina griega los trastornos mentales se interpretaban como alteraciones corporales en función de la teoría humoral (Hipócrates y Galeno), o según Sorano de Éfeso se debería a un exceso de contracción o relajación de los tejidos. En la Edad Media adquiere importancia la interpretación mágico-religiosa de los trastornos mentales. Durante el Renacimiento los trastornos mentales son considerados como alteraciones de la *physis* individual, equiparándose al resto de las enfermedades humanas. Por su parte Thomas Willis y Sydenham acuñaron el concepto de “enfermedad nerviosa”^{22,23}.

Con respecto a la enfermedad mental han surgido una serie de modelos en el contexto de los cuales se ha interpretado la misma. Estos modelos, que aportan distintas perspectivas sobre el concepto de enfermedad mental, son los expuestos a continuación:

1. Modelo biológico
2. Modelos psicológicos
3. Modelo social

Hipócrates sería el predecesor del enfoque biológico de la enfermedad mental. El modelo biológico se desarrolla fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo XIX, en un intento de extender a la psiquiatría el pensamiento anatomo-clínico y fisiopatológico propio de la medicina. El principio fundamental de este enfoque es que el trastorno mental es una enfermedad. De esta manera serían ciertas anormalidades biológicas subyacentes las causantes de las alteraciones psicopatológicas. A partir de los síntomas y signos se establece el diagnóstico, el cual conduce al pronóstico. El tratamiento se centraría en corregir la supuesta anomalía orgánica causante de la enfermedad^{12,22}.

Este modelo es reduccionista dado que ignora la influencia de los factores psicológicos y sociales. Por otro lado, no existe una causa biológica en todos los trastornos mentales.

Según los modelos psicológicos, la enfermedad mental dependería del inadecuado desarrollo de la personalidad y el procesamiento anómalo de la mente. Los modelos psicológicos son los siguientes:

1. Modelo psicodinámico. Este modelo fue el primero en reconocer la importancia de los factores psíquicos en la conducta tanto normal como patológica y en adoptar una perspectiva dimensional al plantear que la salud y la enfermedad se suceden sin solución de continuidad. El trastorno mental sería la expresión de conflictos psicológicos inconscientes (intrapsíquicos) que surgen de las vivencias del individuo. La forma de afrontar la patología será desde la investigación y terapia psicoanalítica²⁴.
2. Modelo conductista. Según este modelo la enfermedad no se expresa por síntomas, sino que estos son la enfermedad misma. El conflicto, la frustración y la tendencia condicionada de evitación permiten explicar la formación de algunos síntomas. El conflicto se produciría por la existencia de dos tendencias simultáneas que conduciría a respuestas incompatibles. A la frustración se llegaría por bloqueo de una tendencia y se resolvería con una de las tres siguientes respuestas: agresión, regresión o fijación. En la tendencia condicionada de evitación, los estímulos ambientales provocarían respuestas neuroendocrinas que tienden a ser evitadas por

el organismo. Posteriormente desarrolla una respuesta instrumental de evitación consistente en respuestas de tipo músculo-esquelético. Si bien este modelo acentúa la importancia de los factores ambientales, algunos conductistas piensan que los factores individuales son necesarios para ayudar a explicar la conducta. Este modelo obvia el papel fundamental que juegan los factores hereditarios en la génesis de algunos trastornos²².

3. Modelo cognitivo. Según este modelo, las conductas anormales o enfermedad mental no serían tales, sino experiencias inusuales o anómalas por no ser habituales en la mayoría de los individuos. La afirmación de que un individuo ha experimentado un hecho inusual precisa de introspección (referencia a los fenómenos subjetivos) y verbalización. La salud se definiría en base a la capacidad de adaptación a las demandas ambientales, de las necesidades de puesta en marcha de tendencias auto-actantes y de los sentimientos de autonomía y autodeterminación. El trastorno mental sería el resultado de una representación distorsionada de la realidad con estrategias de conducta inadecuadas. Existe una continuidad entre las estructuras cognitivas normales y anormales²².

En el modelo social, la enfermedad mental es el producto de la estructura social y de la presión que la sociedad ejerce sobre el individuo, que condiciona un fracaso de los mecanismos de adaptación de este a la sociedad y a la cultura²³. Los factores sociales involucrados en la génesis, desarrollo y evolución de los trastornos mentales pueden corresponder al ámbito microsocioal o al macrosocioal. En el nivel microsocioal se consideraría al trastorno mental como el resultado de la alteración en las relaciones interpersonales y de la comunicación en los grupos pequeños, como la familia. En el nivel macrosocioal tienen más relevancia las grandes estructuras sociales, donde juega su papel la desintegración social y los conflictos sociales. No existe aquí solución de continuidad entre salud y enfermedad mental. Según este modelo, la función de la psiquiatría sería transformar las estructuras sociales²².

La utilidad de los modelos anteriores es limitada, ya que ninguno es suficiente por sí mismo para explicar la enfermedad mental. El modelo bio-psicosocioal de Engel trata de integrar estos modelos y su importancia radica sobre todo en la necesidad de integrar los componentes biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad mental²².

Con respecto al concepto de enfermedad mental en las distintas clasificaciones internacionales, digamos que el término aceptado mediante consenso para referirse a la misma es el de trastorno mental.

En el DSM IV-TR se define el trastorno mental como: “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej. dolor), a una discapacidad (p. ej. deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir, o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej. la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej. político, religioso, sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción”²². Esta definición no engloba todas las posibilidades que pueden darse en la clínica, sin embargo es la más completa y por lo tanto la que más se utiliza.

Según la definición de la OMS, la salud mental sería un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por lo tanto la simple ausencia de trastornos mentales no basta para definir la salud mental. En otras palabras, la ausencia de trastornos mentales es condición necesaria pero no suficiente para que exista salud mental.

Con respecto a los sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales, actualmente se utiliza la CIE-10 y el DSM-IV. Ambos sistemas de clasificación son cada vez más compatibles, pero debido a los criterios de clasificación tan rígidos que utilizan, el número de categorías diagnósticas ha aumentado hasta la centena, lo que las aleja mucho de las clásicas clasificaciones de Pinel o Kraepelin²⁵.

Estos dos grandes sistemas de clasificación (la CIE-10 y el DSM-IV) están muy extendidos.

La CIE-10 fue publicada por la OMS en 1992, y el número de categorías principales pasó de 30 a 100, agrupadas en los siguientes epígrafes²⁵:

- F00-09 Trastornos mentales orgánicos
- F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
- F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
- F30-39 Trastornos del humor (afectivos)
- F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- F70-79 Retraso mental
- F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico
- F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y adolescencia
- F99 Trastorno mental sin especificación

El DSM-IV se publicó en 1994 y sus categorías principales son muy parecidas a las del sistema CIE-10. Este sistema de clasificación utiliza diferentes ejes de clasificación. El eje I recoge los síndromes psiquiátricos, el eje II los trastornos de personalidad, el III se ocupa de la condición física, el IV recoge los problemas psicosociales y ambientales, y el eje V trata de la evaluación de la actividad global del paciente. Las categorías principales bajo las que se agrupan los distintos trastornos son las siguientes²⁵:

- Delirium*, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados
- Trastornos relacionados con sustancias
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos facticios
- Trastornos disociativos
- Trastornos adaptativos
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos del sueño
Trastornos de la personalidad
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia
Otros problemas objeto de atención clínica
Códigos adicionales

II.4. VARIABLES ASOCIADAS A LOS TRASTORNOS MENTALES

Son objetivos de los estudios epidemiológicos en salud mental determinar no solo la magnitud, en términos de prevalencia, de los trastornos mentales, sino también las diferentes variables asociadas a los mismos.

Existen diferentes grupos de variables asociadas a dichos trastornos, como las biológicas o las sociodemográficas.

1. Variables biológicas

Entre los factores biológicos asociados a los trastornos mentales, figuran en primer lugar los genéticos. Al respecto debemos antes aclarar que en ningún trastorno mental se ha podido demostrar que la transmisión genética sea de tipo mendeliano (modelo monogénico), y en muchos ni siquiera se ha concluido que exista un mecanismo de transmisión genética.

Al contrario que el modelo monogénico, el modelo poligénico implica que son varios los genes con efecto aditivo los que estarían involucrados en la etiología de la enfermedad. Esto supone que en un determinado trastorno la concordancia entre gemelos homocigotos sería del 100%. Sin embargo, observamos que en algunos trastornos (por ejemplo la esquizofrenia o el trastorno bipolar) la concordancia varía entre el 50 y el 70%. Esta falta de concordancia puede explicarse a veces por la “penetrancia incompleta” en la acción de los genes; es decir, no todos los individuos que heredan un determinado gen o genes predisponentes desarrollan la enfermedad. Esto podría estar mediado por factores protectores de tipo genético o ambiental. Entre los genes se puede producir un tipo de interacción epistática, de tal forma que un gen puede afectar a la expresión de otro gen. Se considera que la interacción epistática

podría tener una gran relevancia en la etiopatogenia de los trastornos mentales en general².

Pero los genes, aunque necesarios, no explican por sí solos la etiología de estos trastornos. En este sentido, según el modelo de herencia multifactorial los genes conferirían la susceptibilidad para el desarrollo de la enfermedad mental, pero no serían la causa de la misma. Así, los factores ambientales modularían la predisposición genética. En concreto el factor urbano o la migración favorecerían la aparición de esquizofrenia y otros trastornos mentales².

Tiene una extraordinaria importancia la interacción entre los factores genéticos y los ambientales. Entre los ambientales figuran los factores perinatales (infecciones, sufrimiento fetal intrauterino, etc.), mutaciones somáticas, y las experiencias psicosociales desde el inicio del desarrollo. La relevancia de los factores ambientales es desigual de unos individuos a otros; es decir, pueden ser extraordinariamente importantes en unos casos y carecer de la misma en otros².

Los neurotransmisores de las sinapsis químicas juegan también un importante papel en la génesis de los trastornos psicopatológicos. Junto a estos se liberan los neuromoduladores, cuya función es modular la acción de los neurotransmisores²⁶.

Entre ellos están:

- La acetilcolina, relacionada con la enfermedad de Alzheimer²⁶.
- La noradrenalina, que interviene fundamentalmente en los mecanismos de la atención y la vigilia²⁶.
- La dopamina, que desempeña un papel importante en la modulación de la ansiedad y el miedo, de forma que se considera que los receptores D1 participarían en el reconocimiento del peligro, mientras que los receptores D2 establecerían las respuestas de adaptación²⁷. Por otro lado, la esquizofrenia se caracteriza por una disfunción dopaminérgica, además de otras alteraciones neurobiológicas.
- La serotonina, que estaría implicada en muchas funciones del sistema nervioso central (SNC) como el desarrollo neuronal, la termorregulación, el dolor, la regulación motora, el sueño, el apetito, el comportamiento sexual, la agresión, la ansiedad y el estado de ánimo, lo cual explica su papel en multitud de

funciones del SNC y en varios trastornos mentales²⁸. Así, se sabe que este neurotransmisor sería deficitario en las depresiones²⁶.

El sistema endocrino y el sistema nervioso están interrelacionados, de tal modo que las hormonas actuarían como moduladoras de la conducta. Es el caso del hipertiroidismo, que determinaría un aumento de la excitación del sistema nervioso²⁶.

2. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas²⁹ asociadas a los trastornos mentales son las siguientes:

Sexo. Hay una mayor vulnerabilidad de las mujeres a los trastornos psíquicos, que ocurre a expensas de los trastornos depresivos y de ansiedad. Los varones serían más vulnerables a los trastornos de personalidad, consumo patológico de alcohol y demencias.

Edad. En general el riesgo de trastorno mental aumenta con la edad. Los trastornos depresivos tienen su máxima prevalencia entre los 45-64 años para las mujeres y los 35-64 en los varones. La esquizofrenia predomina en los grupos de edad más jóvenes, con un máximo riesgo por debajo de los 25 años. El inicio de la esquizofrenia suele ocurrir por término medio unos tres a cinco años antes que en las mujeres. Respecto al consumo de alcohol, se observa que este desciende con la edad. Por último, la edad es relevante en los cuadros de demencia, que llegan a superar el 20% en el grupo de 85-90 años.

Estado civil. La relación entre estado civil y trastornos afectivos es clara. Independientemente de la edad, el sexo y la raza, la mayor prevalencia se observa en los divorciados y la menor en los casados. Respecto a los trastornos afectivos, es difícil determinar si el estado civil es causa o es consecuencia del mismo. En el caso de los esquizofrénicos, la mayoría de los cuales son solteros, la naturaleza del proceso mórbido que padecen dificultaría el matrimonio. Por otro lado, el matrimonio, que suele ocurrir más tempranamente en las mujeres, actuaría como un factor de protección, determinando un retraso en el inicio de dicho trastorno. En las mujeres, el consumo de drogas o psicofármacos es más frecuente en las casadas, mientras que en los varones se

da más entre los solteros. Indistintamente del sexo, el consumo patológico de alcohol es más frecuente entre los solteros y separados.

Nivel socioeconómico. Los trastornos afectivos son más frecuentes a medida que disminuye el nivel socioeconómico. Los trastornos mentales son más prevalentes en situaciones de desempleo, bajo nivel de ingresos y nivel educativo bajo.

Acontecimientos vitales estresantes (AVE). La vivencia de una situación vital estresante multiplica por seis las probabilidades de sufrir un trastorno depresivo, si bien un tercio de estos pacientes no refiere haber sufrido ningún evento adverso. Los AVE más relacionados con las situaciones de depresión serían aquellos que suponen pérdidas. En cambio los trastornos de ansiedad se asociarían más con AVE que conllevan peligro o amenaza. También existe una fuerte relación de estos con los síntomas psicóticos.

Apoyo social. El apoyo social es un factor protector para el comienzo de la depresión pero además modifica el curso y pronóstico de la misma.

Función familiar. Con respecto a la relación entre trastornos mentales y disfunción familiar, no pudo ser demostrada por Marcas Vila et al. A pesar de todo, estos autores creen que se debe a la dificultad para detectar las alteraciones de la dinámica familiar con el instrumento que fue empleado en su estudio (APGAR familiar). En cambio, de la Revilla et al. observaron que, en la disfunción familiar moderada, el riesgo de sufrir algún problema psicosocial era unas tres veces superior que en la familia normofuncional, mientras que en la disfunción familiar grave este riesgo era entre cinco y seis veces superior. La disfunción familiar también está asociada a un mayor consumo de psicofármacos.

II.5. HIPERFRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El concepto de hiperfrecuentación surge de los propios profesionales que prestan sus servicios en el sector sanitario. En tal sentido vendría a ser la impresión subjetiva de que la utilización de los servicios sanitarios de atención primaria por parte de algunos pacientes es mayor de lo necesario³⁰.

La hiperfrecuentación se asocia con una menor satisfacción de los usuarios con respecto al profesional sanitario. Además parece ser que existe una relación entre la

hiperfrecuentación y los trastornos mentales, de tal forma que estos serían más prevalentes entre los hiperfrecuentadores. Pero la relación entre ambos vendría a estar condicionada por otros factores.

Por lo tanto hiperfrecuentador sería aquel paciente que acude a consulta un número excesivo de veces en un determinado periodo de tiempo. Sin embargo, surge aquí el problema de determinar qué se considera normal y qué excesivo respecto al número de consultas.

Existen diferentes métodos para definir la hiperfrecuentación. En primer lugar, se puede considerar hiperfrecuentación todas aquellas situaciones en las que el número de consultas se encuentran dos desviaciones estándar por encima de la media de consultas durante un tiempo determinado. Sin embargo, esta definición estadística implica asumir que el número de consultas sigue una distribución normal en la población, lo que no es cierto. Otra forma de considerar la hiperfrecuentación es escoger a todos aquellos pacientes que se sitúan por encima de un determinado percentil (por ejemplo 75 o 90) en cuanto al número de visitas realizadas por iniciativa propia durante un periodo de tiempo determinado³¹.

Sin embargo los profesionales de atención primaria no etiquetan a un determinado paciente como hiperfrecuentador en función solo del número de visitas, sino también según el tipo de problema que se aborda en las mismas. La mayoría de estos problemas son de tipo psicosocial, que al no poder ser resueltos en el ámbito de la atención primaria generaría frustración en el profesional y en el paciente, ya que este acude con la expectativa de ver resuelto su problema. Por lo tanto el manejo del problema de la hiperfrecuentación pasaría por mejorar la coordinación con los recursos psicosociales³².

Recientemente el grupo DASMAP propone definir la hiperfrecuentación según criterios estadísticos y clínicos. Para ello agrupa a los pacientes en cuatro categorías clínicas:

- a) Sin enfermedad física o mental crónica
- b) Con diagnóstico de enfermedad física crónica
- c) Con diagnóstico de trastorno mental
- d) Con comorbilidad física y mental crónica

La definición de hiperfrecuentador en cada categoría viene determinada por el percentil 75 en el número anual de visitas. Según estos autores, para ser considerado hiperfrecuentador el paciente tendría que haber realizado, respectivamente, más de 4, 6, 7 y 10 visitas a su médico de familia en el último año, en función de la categoría clínica, de las cuatro anteriormente mencionadas, en la que esté incluido³¹.

Báez et al. encontraron que los factores asociados significativamente con la hiperfrecuentación eran la enfermedad física crónica (2,5 veces más frecuente en los hiperfrecuentadores), los trastornos mentales (2 veces más frecuentes) y los acontecimientos vitales estresantes (4,5 veces más frecuentes). A estos tres factores, además de a la mayor edad, es atribuible en un 82% de los casos la conducta de los pacientes de acudir en exceso a su médico, siendo por tanto predictores de la hiperfrecuentación³³. En otros estudios se observa que, en las mujeres, los problemas de relación marital aumentan las probabilidades de que acudan más veces al médico.

Los pacientes que presentan problemas físicos junto a trastornos mentales, tienen más probabilidades de no ser diagnosticados de su problema psíquico que aquellos que solo presentan un trastorno mental sin problemas físicos asociados. Debido a que no se diagnostica el trastorno mental, el paciente acude una y otra vez al no estar resuelto su problema. Así, los pacientes con problemas psíquicos consultan de 1,5 a 2 veces más que el resto de personas, y a estos problemas se les atribuiría el 31% de la hiperfrecuentación³⁴.

Los hiperfrecuentadores suelen presentar múltiples problemas, como la pluripatología crónica, las múltiples quejas físicas o los síntomas psicológicos. Además, presentan con frecuencia diversas situaciones estresantes en el ámbito doméstico.

La tendencia de determinados profesionales de etiquetar con términos médicos los síntomas banales que presentan los pacientes tendría un efecto inductor de la hiperfrecuentación³⁵. Con ello se les da la justificación necesaria para que se identifiquen como enfermos y desarrollen y mantengan conductas disfuncionales relacionadas con la enfermedad.

II.6. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES³⁶

Las estrategias de investigación de los trastornos mentales pueden desarrollarse en cualquiera de los siguientes niveles:

1. En la comunidad
2. En atención primaria
3. En atención especializada

Los estudios comunitarios tienen la ventaja de que la morbilidad mental recogida está libre de sesgos, aunque requieren mucho esfuerzo y son muy costosos. Por otro lado también tienen el inconveniente de que los rechazos a participar en los estudios no son aleatorios, y en el caso de trastornos poco frecuentes el aporte de estos puede ser muy escaso. Estos estudios no son adecuados para conocer la incidencia de los trastornos mentales ni para valorar la evolución de los mismos.

Al igual que los estudios mencionados en el párrafo anterior, los realizados en atención primaria también requieren mucho esfuerzo, pero además tienen el inconveniente de los sesgos de selección dado que hay que buscar ayuda, se producen rechazos, puede haber una falta de cooperación de los médicos, etc. Sin embargo tienen la ventaja de que se obtienen mejor los casos puesto que la población a investigar está definida por el simple hecho de mantener contacto con atención primaria y son más relevantes para la salud pública debido a que da la oportunidad de estudiar la identificación de casos y su evolución. La información obtenida en este ámbito ha sido denominada por Sheperd como el sustrato medio, puesto que se encuentra a medio camino entre la comunidad y los servicios especializados. Las prevalencias de morbilidad mental obtenidos con este tipo de estudios suele ser elevada, lo que se explicaría porque el hecho de consultar está relacionado en bastantes ocasiones con presentar un malestar psíquico. Por otro lado estos estudios son importantes para la planificación de los servicios de salud.

Respecto a los estudios en servicios de salud mental, estos tienen la ventaja de que la obtención de casos para la mayoría de los diagnósticos existentes es alta. Pero cuentan con el inconveniente de que se basan solo en personas que llegan a recibir tratamiento. Otra posible dificultad podría ser la calidad de la información obtenida, la cual puede ser variable dada la probable variabilidad de registro existente entre diferentes servicios

o sistemas de salud. Otro inconveniente más de este tipo de estudios es la posible carencia de información de los pacientes tratados en el sector privado.

Si bien los estudios de investigación epidemiológico en el ámbito comunitario o de la atención primaria se pueden desarrollar en una fase, mediante la simple administración de un test de cribado a la muestra seleccionada, el cual indica la probabilidad que tiene un individuo de padecer un trastorno mental, lo habitual es desarrollarlos en dos fases. En este caso, a los individuos con *screening* positivo se les aplica, en esta segunda fase, una entrevista estructurada para establecer el diagnóstico definitivo. A veces no se entrevista a todos los individuos con *screening* positivo sino solamente a una muestra de ellos³⁷.

Existen diferentes tipos de instrumentos de cribado. De entre ellos, el GHQ (General Health Questionnaire) es el más utilizado, concretamente en su versión de 28 ítems. Este cuestionario ha demostrado tener, en muchos estudios comunitarios, una gran sensibilidad y especificidad.

Otro instrumento de cribado es el Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Este consta de 20 ítems, cada uno de los cuales adopta el valor de 0 o 1. La puntuación de cada ítem será de 1 si el síntoma al que se refiere ha estado presente en el último mes. En cambio, la puntuación obtenida será 0 si dicho síntoma ha estado ausente durante el último mes. Este instrumento tiene una sensibilidad que oscila entre el 62,9% y el 90%, y una especificidad que va del 44% al 95,2%. Con respecto a los valores predictivos estos oscilan entre el 53,7% y el 83,9% para el valor predictivo positivo (VPP), y entre el 55% y el 90,1% para el valor predictivo negativo (VPN)³⁸.

La primera de las dos secciones de que consta el cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), se utiliza como método de *screening*. La segunda es una entrevista estructurada para establecer el diagnóstico.

En la segunda fase, se emplea la entrevista clínica estandarizada, pero solo a aquellos casos detectados mediante el test de *screening* que se empleó en la primera fase. Hay diferentes tipos de entrevistas psiquiátricas estandarizadas. Entre ellas el SCAN (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), que se compone de diferentes secciones correspondientes a diferentes grupos diagnósticos³⁹. El SCAN permite

diagnosticar los trastornos de la salud mental basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y en el DSM⁴⁰.

La entrevista semiestructurada CIS (Clinical Interview Schedule), desarrollada por Goldberg et al.⁴¹, es útil siempre que sea empleada por personal de salud mental capacitado en su uso⁴². Se ha empleado en estudios epidemiológicos tanto en el marco de la atención primaria como en el ámbito especializado.

Otro tipo de entrevista es la CIDI (Composite International Diagnostic Interview), que está totalmente estructurada y puede ser administrada por entrevistadores legos. Permite evaluar de forma fiable los trastornos mentales según las nomenclaturas aceptadas internacionalmente y en diferentes poblaciones y culturas⁴³.

Por último, la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) tiene, en su brevedad, una ventaja sobre las anteriores. Permite explorar los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y la CIE-10⁴⁴.

II.7. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los estudios para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria son de suma importancia para la ordenación y planificación de los servicios públicos de salud. Las prevalencias obtenidas con este tipo de estudios tienden a ser elevadas, dado que el hecho de consultar al médico de atención primaria está en muchas ocasiones asociado a la presencia de malestar psíquico no expresado.

Los trastornos mentales son muy prevalentes, como se demuestra en los múltiples trabajos de investigación realizados tanto nacionales como internacionales. Aunque la prevalencia varía en función del instrumento de medida empleado (cuestionarios autocumplimentados, entrevistas estructuradas, etc.).

En España son numerosos los trabajos publicados, en los que las prevalencias observadas son elevadas y no difieren sustancialmente de lo observado en el ámbito internacional. Así, en un estudio realizado en ocho centros de salud de diferentes regiones de España la prevalencia para cualquier trastorno mental fue del 23%, empleando la Composite International Diagnostic Interview de la OMS (CIDI 1.1)⁴⁵. En otro estudio en Cataluña entre 2005-2006, el 30,2% de los pacientes de la muestra

reportó al menos un trastorno mental en los últimos doce meses. En él se emplearon las entrevistas SCIDI-I y la entrevista MINI⁴⁶.

En un estudio para estimar la prevalencia y comorbilidad de los trastornos mentales más comunes en la práctica de la atención primaria en España, mediante el empleo del cuestionario PRIME-MD, se obtuvo una prueba más de la elevada prevalencia de los trastornos mentales en este ámbito, además de la alta comorbilidad⁴⁷. El 53,6% de la muestra presentaba al menos un trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos afectivos. Además el 30,3% tenía más de un trastorno mental.

En Santander se realizó un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de la enfermedad mental. Como *screening* se utilizó el GHQ-28 y la prevalencia observada fue del 33%, aunque la diagnosticada por el médico de familia era de tan solo el 14,1%, y la baja tasa de diagnóstico se atribuyó a diferentes barreras relacionadas con los pacientes⁴⁸.

En otro estudio realizado en Madrid, empleando el PRIME-MD, se obtuvo una prevalencia del 53,5%. Mediante el SCAN, el psiquiatra detectó el 41,3%⁴⁹.

En 1997 Vázquez Barquero et al. concluyeron que los trastornos mentales constituyen un problema importante en atención primaria. Estos autores⁵⁰ encontraron una prevalencia del 33,2% mediante el uso del GHQ-28. En el estudio realizado por Chocrón Bentata et al.⁵¹ en Girona, la prevalencia obtenida mediante el uso del GHQ-28, utilizando como punto de corte ≥ 6 , fue de un 39,6%.

En el centro de salud de Segovia II se obtuvo una prevalencia de malestar psíquico del 33% mediante el GHQ-28 y utilizando como punto de corte ≥ 7 . Se asoció positivamente con la frecuencia de consulta y con el sexo femenino⁵². En Basauri (Vizcaya) utilizando la misma herramienta de *screening* y el mismo punto de corte, se obtuvo una prevalencia de posible trastorno mental del 41,55%⁵³.

En el ámbito de la comunidad autónoma canaria no hemos encontrado trabajos publicados desarrollados en el marco de la atención primaria de salud. Ahora bien, según la Encuesta de Salud de Canarias 1997, uno de cada cuatro canarios y/o canarias estaría en riesgo de presentar un trastorno mental a lo largo de su vida. Este riesgo es superior en las islas de Gran Canaria y Lanzarote. Por otro lado, según el Plan de Salud

de Canarias 2003-2007 la prevalencia de los trastornos mentales en la comunidad autónoma de Canarias es del 24,82%, similar a la de otras comunidades autónomas¹.

Entre los estudios internacionales publicados recientemente hay uno desarrollado en Israel sobre una muestra de 2.948 pacientes de atención primaria elegidos mediante muestreo consecutivo. En el mismo se obtuvo una prevalencia de trastorno mental actual del 46,3%, observándose que la paternidad era un factor de protección para los trastornos mentales, de tal forma que el riesgo en aquellos que tenían tres o más hijos era cuatro veces menor que entre aquellos que no tenían hijos. El nivel educativo alto (doce o más años de formación académica) fue identificado como el factor de protección más consistente para cualquier categoría de trastorno mental⁵⁴. En otro estudio publicado en ese mismo país en el que se utilizaron cuatro instrumentos validados de evaluación de la salud mental, incluyendo el CIDI-SF (además del PTSD Checklist, SCL 90, y un cuestionario de 8 ítems para los Trastornos de la Conducta Alimentaria), se obtuvo una prevalencia del 31,1%, siendo más frecuentes entre las mujeres, en personas con ingresos insuficientes, con menor nivel educativo, en desempleados y en solteros, separados o divorciados. Entre los trastornos mentales, los más frecuentes fueron los trastornos depresivos y el trastorno por ansiedad generalizada⁵⁵.

En Qatar la prevalencia fue del 36,6%, siendo mayor en las mujeres y asociándose a la edad y nivel educativo. En este estudio se empleó una entrevista cara a cara mediante un cuestionario de detección diagnóstica⁵⁶. En otro estudio, desarrollado en Arabia Saudí, se obtuvo una prevalencia de trastornos mentales del 18,2% o del 30,5% si se incluían los trastornos subumbrales⁵⁷. El 33,9% de una muestra de 327 pacientes elegidos por muestreo consecutivo de entre los que asistieron a un centro de atención primaria de Vellore (India) presentaban algún trastorno mental, siendo la pobreza y el analfabetismo los dos principales factores de riesgo asociados⁵⁸. En Queensland (Australia)⁵⁹ mediante el empleo de la entrevista CIDI-SF se observó una prevalencia del 34,75% y era mayor en el medio rural que en el urbano con una *odds ratio* (OR) de 2,49.

En otro estudio, desarrollado en 2011 en Brasil, se encontró una prevalencia del 53,1%⁶⁰, relacionándose con el sexo femenino, con el estado civil casado y con la hiperfrecuentación. Maragno et al., en un *screening* utilizando el SRQ-20 y desarrollado en Sao Paulo en 2001 dentro del programa de salud familiar, encontraron una

prevalencia de trastornos mentales comunes del 24,95%, demostrando además que aumentaba con la edad y que era más prevalente en aquellas personas con ingresos más bajos y con menor escolaridad⁶¹. El 51,1% de las personas que acudían en busca de atención a algunos de los centros de referencia dentro del Programa de Salud Familiar en Santa Cruz do Sul (Brasil) tenían algún trastorno mental⁶². En Petrópolis (Estado de Río de Janeiro) la prevalencia obtenida con el empleo del GHQ-12 fue del 56%, aunque si se aumentaba el punto de corte a 4/5, disminuía al 33%⁶³.

En la ciudad de Buffalo (Nueva York), un cuestionario autocumplimentado, “The Problem Oriented Patient Report” (POPR), reveló que un 40,9% de los pacientes ambulatorios tenían algún posible trastorno mental⁶⁴. En otro estudio desarrollado también en EE. UU. se reportó una prevalencia del 26% de trastornos mentales subyacentes, y un 11% tendrían más de un trastorno mental. El estrés reciente, tener cinco o más síntomas físicos y la pobre autovaloración de la salud se identificaron en dicho estudio como predictores clínicos de trastornos mentales⁶⁵.

En Bosnia-Herzegovina la prevalencia de trastorno mental en atención primaria mediante el uso del Patient Health Questionnaire fue del 26% y en un 12% coexistía más de un trastorno mental. Los más frecuentes fueron trastornos por somatización, trastornos de angustia y la depresión mayor⁶⁶.

En Aarhus (Dinamarca), en un estudio epidemiológico desarrollado en dos fases, se observó que la mitad de los pacientes que consultaban a su médico de familia por un nuevo problema de salud tenían algún trastorno mental (con los criterios de la CIE-10) y un tercio tenían más de un trastorno mental. Estos eran más frecuentes en las mujeres y tendían a aumentar con la edad⁶⁷. En Groenlandia, mediante el uso del GHQ-12 y el SCAN, se obtuvo una prevalencia del 49,3% en atención primaria, detectándose como factores de alto riesgo el bajo nivel educativo y la pertenencia a familias con problemas con el alcohol⁶⁸.

En Florencia, con la herramienta de detección GHQ-12 se obtuvo una prevalencia del 43,6%. En este estudio se observó que los trastornos mentales se relacionaban con el sexo, el número de consultas realizadas y con los eventos vitales estresantes⁶⁹. Ansiedad generalizada, depresión mayor y neurastenia fueron los trastornos mentales más frecuentes en la práctica médica habitual según un estudio realizado por Berardi D et al.

La prevalencia de los trastornos mentales según criterios de la CIE-10 era del 12,4% y la de los trastornos con criterios subumbrales, del 18%⁷⁰.

Tabla II.1. Principales estudios de prevalencia en atención primaria

Autor	Año	Lugar	Prevalencia	Instrumento
Martínez Álvarez JM et al. ⁵³	1993	Vizcaya	41,5%	GHQ-28
Cortés JA et al. ⁵²	1993	Segovia	33%	GHQ-28
Chocrón Bentata et al. ⁵¹	1996	Girona	39,6%	GHQ-28
Vázquez Barquero et al. ⁵⁰	1997	Santander	33,2%	GHQ-28
Baca Baldomero E et al. ⁴⁹	1999	Madrid	53,5%	PRIME-MD
Herrán A et al. ⁴⁸	1999	Santander	41,3%	SCAN
Berardi D et al. ⁷⁰	1999	Italia	33%	GHQ-28
Jackson JL et al. ⁶⁵	1999	Italia	18%	GHQ-12, CIDI
Jackson JL et al. ⁶⁵	2001	EE. UU.	26%	PRIME-MD
Al-Khathami AD et al. ⁵⁷	2002	Arabia Saudí	30,5%	Escala Rahim Anxiety-Depression
Pothen M et al. ⁵⁸	2003	Vellore (India)	33,9%	CIS-R
Kahn LS et al. ⁶⁴	2004	N. York	40,9%	POPR
Lynge I et al. ⁶⁸	2004	Groenlandia	49,3%	GHQ-12
Ferrara M et al. ⁶⁹	2004	Florenia (Italia)	43,6%	GHQ-12
Toft T et al. ⁶⁷	2005	Aarhus (Dinamarca)	50%	SCAN
Campbell A et al. ⁵⁹	2006	Queenland (Australia)	34,75%	CIDI-SF
Maragno et al. ⁶¹	2006	Brasil	24,95%	SRQ-20
Broers T et al. ⁶⁶	2006	Bosnia-H.	26%	PHQ
Cwikel J et al. ⁵⁵	2008	Israel	31,1%	CIDI-SF,PTSD Cheklist, SCL- 90,cuestionario de 8 ítems para los TCA
Gonçalves DM et al. ⁶²	2008	Brasil	51,1%	SCID-IV-TR
Fortes S et al. ⁶³	2008	Brasil	56%	GHQ-12
Roca M et al. ⁴⁷	2009	España	53,6%	PRIME-MD
Serrano-Blanco A et al. ⁴⁶	2010	Cataluña	30,2%	SCIDI-I , MINI
Grandes G et al. ⁴⁵	2011	España	23%	CIDI 1.1
Ghuloum S et al. ⁵⁶	2011	Qatar	36,6%	Entrevista personal (cuestionario de 79 preguntas)
Gonçalves DA et al. ⁶⁰	2011	Brasil	53,1%	GHQ-12
Laufer N et al. ⁵⁴	2013	Israel	46,3%	GHQ-12, CIDI

III. JUSTIFICACIÓN

Salvo por los datos publicados por la Encuesta de Salud de Canarias 2009, no se disponen de estudios epidemiológicos sobre prevalencia de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria en la isla de Lanzarote. El hecho de su extraordinaria magnitud, derivada tanto de su prevalencia como de su coste no solo económico sino también en términos de bienestar, justificaría que se llevase a cabo un estudio de este tipo.

Conocer el grado de capacidad diagnóstica de los trastornos mentales por parte de los médicos de atención primaria, es de suma importancia porque nos da la oportunidad de determinar la cuantía en la que hemos de mejorar en aras de proporcionar a la población una mejor atención a la salud mental, tal como establece una de las líneas estratégicas de la Estrategia en Salud Mental aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado estudiar las características epidemiológicas del fenómeno de la hiperfrecuentación es también importante, dado que facilitaría el diseño de estrategias de intervención que permitan abordar este problema.

IV. HIPÓTESIS

Hipótesis general:

Los trastornos mentales son muy frecuentes y están infradiagnosticados.

Hipótesis específicas:

1. Los trastornos mentales tienen una elevada prevalencia en atención primaria.
2. El consumo patológico de alcohol es frecuente entre los pacientes que acuden a los servicios de atención primaria.
3. Los trastornos depresivos son los más frecuentes en atención primaria.
4. La capacidad de detección de problemas mentales en atención primaria es baja.
5. Los trastornos mentales son más frecuentes en mujeres, personas de mayor edad, en situaciones de desempleo, jubilación o incapacidad laboral, en personas con menor nivel cultural, en aquellos con peores categorías profesionales y en inmigrantes.
6. Los trastornos mentales son más frecuentes en personas con situaciones de disfunción familiar, sometidas a vivencias vitales estresantes, con consumo patológico de alcohol y con bajo apoyo social.
7. La calidad de vida es peor en personas con trastornos mentales.
8. La hiperfrecuentación es mayor en los casos de trastornos mentales.
9. La hiperfrecuentación es elevada en atención primaria.
10. La hiperfrecuentación es mayor en mujeres, personas de mayor edad, en situaciones de desempleo, jubilación o incapacidad laboral, en personas con menor nivel cultural, en aquellos con peores categorías profesionales y en inmigrantes.
11. La hiperfrecuentación tiene mayor prevalencia en pacientes pertenecientes a familias disfuncionales, con mayores vivencias vitales estresantes, con consumo patológico de alcohol y con bajo apoyo social.

V. OBJETIVOS

El objetivo general de nuestro estudio fue el siguiente:

Estudiar los trastornos mentales en atención primaria en el área de salud de Lanzarote, y los factores asociados a los mismos.

En cuanto a los objetivos específicos, fueron los siguientes:

1. Estimar la prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria.
2. Determinar la prevalencia de consumo patológico de alcohol en atención primaria.
3. Conocer la distribución de los trastornos mentales por categorías diagnósticas.
4. Determinar la prevalencia diagnóstica de trastornos mentales en atención primaria.
5. Analizar la asociación entre trastornos mentales y características sociodemográficas.
6. Estudiar su posible asociación con la disfunción familiar, estrés social, consumo patológico de alcohol, y apoyo social percibido.
7. Evaluar cómo se relacionan los trastornos mentales con la calidad de vida percibida.
8. Estimar modelos explicativos de factores asociados a trastornos mentales.
9. Determinar cómo se relacionan los trastornos mentales con la hiperfrecuentación.
10. Estimar la prevalencia de hiperfrecuentación.
11. Determinar los factores asociados a hiperfrecuentación.

VI. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio sincrónico, transversal o de corte, descriptivo y relacional, cuyo principal objetivo es estimar la prevalencia de trastornos mentales en atención primaria en el área de salud de Lanzarote y su posible relación con factores sociodemográficos o ambientales.

El estudio se realizó en dos fases a lo largo del año 2011. La primera fase consistió en la administración de un cuestionario autocumplimentado que contenía los 28 ítems del cuestionario GHQ-28 para detectar posibles casos de trastorno mental. Además contenía datos sociodemográficos y los ítems de diferentes cuestionarios (CAGE, APGAR familiar, etc.) que posteriormente expondremos con mayor detalle. En una segunda fase se aplicó una entrevista estructurada (Mini International Neuropsychiatric Interview), con el objeto de obtener una confirmación diagnóstica de estos casos.

El estudio se llevó a cabo en la isla de Lanzarote, constituida por siete municipios y que tenía una población de 142.517 habitantes en el año del estudio (2011). La principal actividad económica de la isla es el turismo. En la introducción hemos expuesto con más detalle los aspectos sociodemográficos de la isla.

Se procedió a elegir una muestra mediante muestreo aleatorio estratificado. Primero se eligieron ocho cupos de medicina de familia y, posteriormente, mediante muestreo aleatorio simple se eligió, de cada estrato, una muestra de pacientes, de entre los que tenían adscritos cada médico y que cumplían los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron tres:

1. Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años cumplidos.
2. Residir en la isla de Lanzarote.
3. Tener asignado su médico de familia en cualquiera de los centros de salud o consultorios periféricos de la isla.

En cuanto a los criterios de exclusión, fueron los siguientes:

1. No aceptar participar en el estudio.
2. Tener dificultades idiomáticas.
3. Tener alteraciones cognitivas que dificulten participar en el estudio.

El tamaño de la muestra estimado fue de 290 personas, calculado según una prevalencia esperada de trastornos mentales del 25% ($p=0,25$), error alfa del 5% ($\alpha=0,05$) y una precisión en la estimación del 5% ($e=0,05$). Dado que habíamos estimado en un 10% el porcentaje de no respuestas, el tamaño de la muestra final estimado ascendió a 320. De estos, 10 declinaron participar en el estudio, por lo que la muestra final estuvo constituida por 310 pacientes.

Como habíamos comentado anteriormente, en la primera fase se empleó un cuestionario autocumplimentado (anexo I) que contenía a su vez diferentes instrumentos de medida. Las características de estos instrumentos son comentadas en las siguientes líneas.

A. General Health Questionnaire

Los 28 ítems del General Health Questionnaire (GHQ) vienen recogidos en el cuestionario autocumplimentado (anexo I), entre las preguntas 9 y 36 del mismo. El GHQ fue desarrollado en 1972 por David Goldberg con el fin de ser usado como método para identificar a aquellos pacientes con trastornos psíquicos en la práctica clínica por parte de los profesionales que no fueran especialistas en psiquiatría, como es el caso de los médicos de atención primaria.

El formato inicial contenía 93 ítems, a partir del cual se han ido creando versiones más cortas de 60, 30, 28, 20 y 12 ítems. En nuestro país están validadas las versiones de 60 y 28 ítems. De estas versiones, nosotros hemos empleado la versión de 28 ítems, diseñada en 1979 por Goldberg y Hillier, y que se compone de cuatro subescalas. El GHQ está considerado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de *screening* para estudios epidemiológicos psiquiátricos. La versión de 28 ítems es la más difundida en nuestro país y fue adaptada y validada por Lobo et al.⁷¹ en 1985.

El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado para cuya aplicación se estima un tiempo aproximado de entre cinco y diez minutos, siempre que la persona no carezca de limitaciones sensoriales o intelectuales⁷². Los 28 ítems de que consta están agrupados en cuatro subescalas, cada una de las cuales se compone de 7 ítems: subescala A (síntomas psicósomáticos), subescala B (ansiedad/angustia), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El paciente debe elegir una respuesta que ha de limitar a su situación en las últimas semanas.

El método empleado en nuestro estudio para establecer la puntuación ha sido la puntuación GHQ, cuyo objetivo consiste en determinar el número de síntomas presentes y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1. Por ejemplo, en el primer ítem del GHQ (pregunta número 9 de nuestro cuestionario), se pregunta al paciente lo siguiente: “Últimamente, ¿se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?”, y se le dan las siguientes opciones de respuesta progresivamente peores: “ A) Mejor que lo habitual, B) Igual que lo habitual, C) Peor que lo habitual, D) Mucho peor que lo habitual”. Si se elige como respuesta la opción A o la B, el valor asignado será 0. Por el contrario, si la respuesta elegida es la C o la D, se le asigna el valor 1. Las puntuaciones de todos los ítems se suman, de forma que al final la puntuación máxima será 28 y la mínima 0.

La fiabilidad test-retest del GHQ-28 es muy elevada (0,90). La sensibilidad tiene una mediana del 86% y la especificidad oscila entre el 74% y el 93% con una mediana del 82%. La puntuación media obtenida en nuestro estudio fue de 5,24 (IC 95%: 4,54-5,49).

Con respecto al trabajo de validación de Lobo et al. los datos sobre validez predictiva obtenidos fueron los siguientes: para un punto de corte de 5/6 (5 no caso /6 caso) obtienen una sensibilidad del 84,6%, una especificidad del 82%, un valor predictivo positivo (VPP) del 75%, un valor predictivo negativo (VPN) del 89,3% y un índice de clasificados correctamente del 83%; para un punto de corte de 6/7, una sensibilidad del 76,9%, especificidad del 90,2%, VPP del 83,3%, VPN del 85,9% e identificando correctamente al 85% de los casos. Sin embargo, para un punto de corte 4/5 la sensibilidad es de un 88% y la especificidad es de un 84,2% con un 86,5% de clasificados correctamente. Su poder discriminativo es por lo tanto casi tan bueno como la versión de 60 ítems, pero con la ventaja de que es considerablemente más corto⁷¹.

El punto de corte elegido en nuestro estudio fue el de 4/5. Así, se consideró como probable trastorno mental si el GHQ-28 puntúa por encima de 4 puntos.

B. CAGE

El cuestionario CAGE es el más utilizado para el *screening* del alcoholismo y fue desarrollado por Ewing y Rouse⁷³ en 1968. Este cuestionario es autoadministrado y se compone de cuatro preguntas (anexo I, preguntas 37 a 40 ambas incluidas), por lo que

es breve. Además, es fácil de administrar y su uso está muy extendido en el ámbito de la atención primaria, siendo muy recomendado en dicho nivel de atención⁷⁰.

La sensibilidad y especificidad del cuestionario varía en función del punto de corte que se utilice. Así, con un punto de corte de 1, la sensibilidad es del 86-90% y la especificidad del 52-93%, y si el punto de corte se establece en 2 la sensibilidad desciende al 78-81% y la especificidad aumenta hasta el 76-96%. En nuestro estudio, utilizamos el punto de corte de 1; es decir, consideramos que presenta consumo patológico de alcohol cuando contesta afirmativamente a más de una de las cuatro preguntas del cuestionario.

C. Apoyo social funcional de Duke-UNC

El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC (diseñado en 1982 en la universidad de Duke en Carolina del Norte) explora los aspectos cualitativos o funcionales del apoyo social percibido. Hay varias versiones pero la de 11 ítems es la única que se ha validado en España^{74,75}.

Este cuestionario es autoadministrado y se compone de 11 ítems (anexo I, preguntas 41 a 51 ambas incluidas). Cada ítem admite cinco posibles respuestas en una escala tipo Likert. La puntuación máxima posible es de 55 puntos y la mínima es de 11.

La puntuación obtenida refleja el apoyo social percibido, de tal manera que a mayor puntuación, mayor apoyo social. El punto de corte corresponde a 32 (≤ 32) para discriminar entre apoyo social normal y bajo apoyo social; es decir, el apoyo social sería normal si la puntuación obtenida es superior a 32, y bajo si es inferior o igual a 32.

El análisis factorial ha permitido separar dos dimensiones, que son el apoyo confidencial, compuesto por cinco ítems, y el apoyo afectivo, por tres ítems. Los tres ítems restantes son entidades distintas que no pueden ser englobadas en ninguna de las dos dimensiones anteriormente mencionadas⁷⁶. En nuestro estudio, obtuvimos una mediana de 44.

D. APGAR familiar

El APGAR familiar fue desarrollado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar⁷⁷. Ha sido validado en España por Bellón et al.⁷⁸. En el análisis

factorial se comprobó que es una escala unidimensional, en la que solo se identifica un factor.

Tiene dos grandes ventajas, que son el reducido número de ítems de que se compone y su facilidad de aplicación. Consta de 5 ítems (anexo I, preguntas 52 a 56 ambas incluidas) cada uno de los cuales se corresponde con un componente diferente de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. El acrónimo APGAR recuerda a estos cinco componentes: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnertship*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutive (*resolve*). Cada una de las cuestiones puntúan de 0 a 2, por lo que la máxima puntuación es de 10 y la mínima de 0.

El APGAR familiar es útil para detectar disfunción familiar. Se ha propuesto como punto de corte 6/7, de tal forma que puntuaciones de 6 o inferiores implicarían disfunción familiar y de 7 o superiores, función familiar normal. Nosotros hemos empleado en nuestro estudio este punto de corte. La mediana obtenida en nuestra muestra fue 9.

E. Escala de reajuste social

La escala de reajuste social (Social Readjustment Rating Scale) fue diseñada en 1967 por Thomas Holmes y Richard Rahe⁷⁹. Contiene las 43 situaciones vitales más representativas (anexo I, preguntas 57 a 99 ambas incluidas) y es sencilla y fácil de aplicar. A cada una de estas situaciones o eventos vitales estresantes se le adjudica un valor entre 0 y 100 de lo que se denominan unidades de cambio vital (UCV). En el cuestionario (anexo I) nosotros hemos añadido entre paréntesis el valor en UCV de cada uno de los 43 eventos recogidos en la escala.

Al paciente se le pregunta si ha pasado, en los últimos doce meses, por alguna de las 43 situaciones enumeradas. Los resultados de la evaluación vienen dados por la suma de unidades de cambio vital de los mismos o índice de reajuste social (IRS). Por ejemplo, si el paciente dice que se ha separado (65 UCV), está en paro (47 UCV), y además tiene un juicio por asuntos relacionados con el pago de la hipoteca (30 UCV), las unidades de cambio vital o índice de reajuste social correspondientes a ese paciente serían 142. Se obtuvo una media de 178,12 UCV en la muestra de este trabajo.

F. EuroQol-5D

El EuroQol-5D (EQ-5D), como instrumento genérico de calidad de vida relacionada con la salud, se puede utilizar tanto en población general como en pacientes con diferentes patologías. En su estudio, Badía et al. concluyeron que la versión española era factible y válida en las encuestas de salud⁸⁰.

Este instrumento, cuya finalidad es describir la calidad de vida asociada a la salud, consta de varias partes. En la primera (anexo I, preguntas 100 a 104 ambas incluidas) se describe el estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). Se debe elegir para cada una de ellas entre tres niveles de gravedad (“sin problemas”, “algunos/moderados problemas” y “muchos problemas”) que describan su estado de salud “en el día de hoy”. Cada respuesta se codifica como 1, 2 o 3 respectivamente. Con estos datos se establece el estado de salud del individuo mediante un número de cinco dígitos (uno por cada dimensión estudiada). Cada uno de los componentes de este número puede adoptar los valores 1, 2 o 3. Por lo tanto se pueden codificar 243 estados de salud distintos⁸¹.

La segunda parte es una escala visual analógica (EVA) (anexo I, pregunta 106) graduada de 0 a 100, de forma que 0 implica el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor estado de salud imaginable. Se debe marcar el nivel que mejor indique el estado de salud en el día en que se cumplimenta el cuestionario.

Una tercera parte consiste en determinar el valor del estado de salud. El valor 1, que corresponde al mejor estado de salud 11111, sería el de aquel paciente sin problemas de salud en ninguna de las cinco dimensiones anteriormente mencionadas. Cuando el estado es distinto al 11111, se resta el valor de una constante: 0,1502. A continuación, si alguna dimensión (o varias dimensiones) tiene algún problema de nivel 2, se resta el valor de la constante que corresponda a cada dimensión. Así, a la movilidad le corresponde el coeficiente 0,0897, al cuidado personal 0,1012, a las actividades cotidianas 0,0551, al dolor/malestar 0,0596, a la ansiedad/depresión 0,0512. Si hay algún problema de nivel 3, se procede de igual modo pero previamente la constante correspondiente a la dimensión (o dimensiones) en cuestión se multiplica por 2. Por último, se resta el coeficiente del parámetro N3 cuyo valor es 0,2119 una sola vez, pero siempre y cuando haya al menos una dimensión con problemas de nivel 3⁸¹.

Por ejemplo, supongamos un paciente cuyo perfil de salud sea 11223. Este paciente no tendría problemas en las dimensiones movilidad y cuidado personal. Sin embargo, tendría algunos problemas en las actividades cotidianas y en la dimensión dolor/malestar, y muchos problemas en la dimensión ansiedad/depresión. Para calcular el valor del estado de salud correspondiente a esta persona tendríamos que ver, en primer lugar, si su perfil de estado de salud es distinto del 11111 (el mejor posible). En este caso, y dado que es distinto, restamos a 1 el valor de la constante (0,1502) que nos daría como resultado 0,8498. Luego hemos de valorar si alguna dimensión tiene valor 2. En este caso hay dos dimensiones (actividades cotidianas y dolor/malestar), por lo que restamos al valor anterior el coeficiente correspondiente a cada una de estas dimensiones con valor 2. Es decir, a 0,8498 le restamos la suma de 0,0551 y 0,0596. Como hay una dimensión (ansiedad/depresión) con nivel 3, al valor obtenido anteriormente (0,7351) le restamos el coeficiente correspondiente a esa dimensión (0,0512), pero multiplicándolo previamente por 2 (0,1024). Puesto que hay al menos una dimensión con valor 3, al valor obtenido con esta operación (0,6327) se le resta una sola vez (independientemente del número de dimensiones con nivel 3) el valor del coeficiente del parámetro que denominamos N3 (0,2119). Por lo que el resultado final sería 0,5303, que correspondería al valor del estado de salud del paciente de este ejemplo.

En el anexo II exponemos la sintaxis, de elaboración propia, usada en el presente trabajo para el cálculo automático mediante SPSS tanto de los perfiles de salud como del valor del estado de salud del EuroQol-5D.

En una segunda fase, se procedió a realizar una entrevista estructurada a aquellos pacientes que obtuvieron más de cuatro puntos en el GHQ-28. Para ello se empleó la versión española de la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Nos hemos decidido por esta entrevista dada su brevedad, ya que se puede administrar en apenas unos quince minutos de media. Por otro lado, solo requiere una breve sesión de entrenamiento para habituarse a la misma, lo que determina que sea ideal para su uso por profesionales médicos no especialistas en salud mental, como es el caso de los médicos de familia.

La MINI consiste en una entrevista estructurada de corta duración para diagnosticar los principales trastornos mentales del eje I del DSM-IV y la CIE-10. Tiene una validez y

fiabilidad aceptablemente alta. En 14 de los 23 diagnósticos (61%) de la MINI los valores kappa entre la entrevista inicial y el retest fueron superiores a 0,75 y tan solo un valor kappa (manía actual) fue inferior a 0,45 (en concreto el valor obtenido fue de 0,35). Por otro lado, el acuerdo alcanzado entre el diagnóstico generado por la MINI aplicado por médicos generales y los diagnósticos emitidos por expertos en psiquiatría se alcanzó en el 85% de los casos. El acuerdo fue más alto para los trastornos más comunes: trastorno depresivo mayor (con un índice de kappa de 0,68), trastorno por ansiedad generalizada (con un índice de kappa de 0,62) y fobia social (con un índice de kappa de 0,66). Puede ser administrada en unos quince minutos aproximadamente, lo cual hace que sea especialmente útil para el diagnóstico de los pacientes psiquiátricos en la práctica clínica diaria. Sus buenas características psicométricas determinan que sea una buena opción para fines de investigación^{82,83}.

La MINI está dividida en diferentes módulos cada uno de los cuales corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo se presentan una o varias preguntas filtro que corresponden a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Para diagnosticar al paciente del trastorno correspondiente a un módulo determinado es necesario, pero no suficiente, que cumpla con los principales criterios diagnósticos identificados mediante las preguntas filtro. Al final de cada uno de estos módulos se indica si se cumplen o no los criterios diagnósticos.

Los trastornos considerados en la MINI son los siguientes: episodio depresivo mayor (módulo A), trastorno distímico (módulo B), riesgo de suicidio (módulo C), episodio hipomaniaco (módulo D), trastornos de angustia (módulo E), agorafobia (módulo F), fobia social (módulo G), trastorno obsesivo-compulsivo (módulo H), trastorno por estrés postraumático (módulo I), trastorno de ansiedad generalizada (módulo O), abuso y dependencia de sustancias alcohólicas (módulo J), trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas (módulo K), trastornos psicóticos (módulo L), anorexia nerviosa (módulo M) y bulimia nerviosa (módulo N).

Procedimiento de recogida de datos:

Los pacientes, elegidos previamente como ya se ha descrito, eran captados en las consultas de los médicos de atención primaria. Se les explicaba el objetivo del estudio y se les solicitaba participación. A aquellos que aceptaban participar se les entregaba el

cuestionario autocumplimentado y se les daba instrucciones sobre la cumplimentación del mismo.

En una segunda fase, se procedía a realizar la entrevista estructurada empleando para ello la MINI, solo a aquellos pacientes que hubiesen dado positivo en el *screening* mediante el uso del GHQ-28 en la primera fase del estudio. Las entrevistas las realizaban el investigador de la presente memoria y los médicos de familia colaboradores. En esta fase, al igual que en la anterior, se solicitó el consentimiento del paciente tras ser informado del propósito del estudio.

También se comprobó si tenían registrado en la historia clínica electrónica DRAGO-AP, algún trastorno mental en los doce meses previos a la entrega del cuestionario autocumplimentado.

Variables recogidas:

Se recogieron los diagnósticos de trastornos mentales actuales registrados en la historia clínica DRAGO-AP de los pacientes de la muestra en el momento de consultarla. A estos pacientes se les entregó un cuestionario autocumplimentado, revisado posteriormente, que contenía datos sociodemográficos (edad, sexo, situación laboral, estado civil, lugar de nacimiento, nivel socioeconómico), el GHQ-28, el test CAGE, test de Duke-UNC (apoyo social percibido), APGAR familiar, escala de reajuste social y el cuestionario de calidad de vida (EuroQol-5D). Además en dicho cuestionario se recogía el número de visitas realizadas por el paciente en los tres últimos meses.

Respecto a las variables sociodemográficas, se recogieron las siguientes:

1. Sexo, con sus dos categorías: varón y mujer.
2. Edad declarada por el paciente en años cumplidos al momento de rellenar el cuestionario.
3. País de nacimiento.
4. Estado civil actual, con las siguientes categorías:
 - a. Soltero/a
 - b. Casado/a o vive con pareja sin estar casado/a
 - c. Separado/a
 - d. Viudo/a
 - e. Divorciado/a

5. Situación laboral actual, distribuida en las siguientes categorías:
 - a. Estudiante
 - b. Ama de casa
 - c. Vive de rentas
 - d. Desempleado (en paro)
 - e. Activo (trabaja actualmente y no está de baja laboral)
 - f. Baja laboral transitoria
 - g. Incapacidad laboral permanente por enfermedad
 - h. Jubilado o prejubilado
6. Nivel socioeconómico: Se utilizó la clasificación nacional de ocupaciones que, según el nivel de calificación laboral, incluye al individuo en uno de los nueve grupos socioeconómicos:
 - I. Dirección de empresas y de administraciones públicas
 - II. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales
 - III. Técnicos y profesionales de apoyo
 - IV. Empleados de tipo administrativo
 - V. Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios
 - VI. Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca
 - VII. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria
 - VIII. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores
 - IX. Trabajadores no cualificados

En este apartado se preguntó al paciente cuál es su profesión u ocupación y, basándonos en la clasificación nacional de ocupaciones, lo incluíamos en uno de los nueve grupos anteriormente enumerados.

7. Indicador de nivel cultural, distribuido en las siguientes categorías:
 - a. Analfabeto
 - b. Sin estudios, sabe leer y escribir
 - c. Estudios primarios
 - d. Estudios secundarios de primer grado

- e. Estudios secundarios de segundo grado
- f. Estudios superiores medios
- g. Estudios universitarios

Instrumentos de cribado:

1. GHQ-28: la puntuación obtenida oscilaba entre 0 y 28. Se definió como probable caso de trastorno mental cuando la puntuación era superior a 4.
2. CAGE: la puntuación oscilaba entre 0 y 4. Se consideró como probable abuso o dependencia de alcohol cuando la puntuación obtenida era superior a 1.
3. Duke-UNC: las puntuaciones oscilaban entre 11 y 55. Se definió como bajo apoyo social la obtención de una puntuación inferior a 33.
4. APGAR familiar: con puntuaciones que oscilan entre 0 y 10. La disfunción familiar fue definida como una puntuación inferior a 7.
5. Escala de reajuste social: se recogía la puntuación total obtenida expresada en unidades de cambio vital (índice de reajuste social).
6. EuroQol-5D, que permitía obtener varios índices:
 - a. Perfil de estado de salud: expresado en números, cinco dígitos que corresponden a cada una de las cinco dimensiones. Los perfiles van del 11111 (el mejor perfil) al 33333 (el peor perfil).
 - b. Valor del estado de salud: que oscila entre 0 (el peor valor) y 1 (el mejor valor).
 - c. Autopercepción del estado de salud: mediante el empleo de una escala visual analógica con valores entre 0 y 100.
7. Número de visitas realizadas al centro de salud en los últimos tres meses.

En una segunda fase se recogía la variable nominal trastorno mental. Para ello se empleó la entrevista estructurada MINI, que se aplicó a aquellos pacientes con probable trastorno mental de la primera fase. Dicha entrevista permite diagnosticar un trastorno mental o no en función de que cumpla o no los correspondientes criterios diagnósticos del trastorno en cuestión. Las preguntas realizadas en la entrevista van orientadas a saber si cumplen o no los criterios diagnósticos correspondientes.

Por ejemplo en el módulo que explora el estrés postraumático se realizan dos primeras preguntas orientadas a valorar si presenta los síntomas esenciales y necesarios para que pueda diagnosticarse dicho trastorno. En la primera pregunta, se le interroga si ha vivido

experiencias extremadamente traumáticas en las cuales hayan muerto personas o bien experiencias donde haya estado amenazado de muerte o en su integridad física. Si la respuesta es afirmativa, se procede a interrogarle sobre si en el último mes ha revivido dicho evento de manera angustiada. Si la respuesta es afirmativa, el paciente presentará los dos criterios esenciales del trastorno. A continuación se le hace una serie de preguntas (seis en total) sobre el último mes (por ejemplo si ha tenido dificultades recordando alguna parte de esa experiencia traumática). Si contesta afirmativamente a tres o más de esas preguntas, cumple otro criterio más del trastorno, en cuyo caso se procede a verificar con otra serie de preguntas si cumple el último criterio. En caso de contestar afirmativamente a menos de tres preguntas, no presenta el segundo criterio clínico del trastorno y, por lo tanto, se descarta el estrés postraumático, y se termina la entrevista. Para valorar si cumple el tercer criterio, debe contestar afirmativamente a dos o más de las cinco preguntas que tratan de explorar ese criterio. La última pregunta del módulo trata de valorar si los síntomas interfieren con las actividades laborales o sociales del paciente. Si es así, se concluye que el paciente presenta un trastorno por estrés postraumático.

Métodos estadísticos:

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de todas las variables recogidas en el estudio. Se determinaron estadísticos de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación típica) de todas aquellas variables cuantitativas. Así mismo se estimaron frecuencias absolutas y relativas de aquellas variables en las que fue preciso.

Mediante la rho de Spearman, se estudió la posible correlación no paramétrica entre las diferentes variables del estudio.

Los supuestos de normalidad fueron comprobados mediante el contraste de Kolmogorov-Smirnov.

Respecto a la prevalencia de trastorno mental (mediante GHQ-28), se expresó en porcentaje con su correspondiente intervalo de confianza del 95%. Del mismo modo se procedió para determinar la prevalencia de bajo apoyo social, probable consumo patológico de alcohol, disfunción familiar e hiperfrecuentación.

Se estimó el porcentaje total y por sexo, con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%, de los distintos trastornos mentales.

Se realizó un análisis bivariable para determinar los factores asociados a los trastornos mentales en general, a los trastornos depresivos, a los trastornos de ansiedad y a la hiperfrecuentación. Para la comparación de medias se empleó la *t* de Student. Para la comparación de proporciones se empleó la chi-cuadrado (o el test exacto de Fisher cuando no se cumplían criterios para la aplicación de la chi-cuadrado) cuando se trataba de variables cualitativas dicotómicas y la chi-cuadrado de tendencia lineal cuando se trataba de variables cualitativas ordinales. También se empleó el test de la *Z* para comparar proporciones. Como medida de asociación se empleó la *odds ratio* (OR) cuando se trataba de variables cualitativas.

Para determinar qué variables se asociaban independientemente con los trastornos mentales en general, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y la hiperfrecuentación, se empleó la regresión logística binaria. En todos los modelos finales ajustados que contenían las variables asociadas independientemente, se llevó a cabo el cálculo del test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow.

También se utilizaron modelos aditivos generalizados (modelos GAM) mediante splines cúbicos para detectar posibles efectos no lineales.

A comienzos de los años 70 fueron introducidos los modelos lineales generalizados (GLM: generalized linear models)⁷¹. Estos modelos sintetizan dentro de un marco homogéneo un conjunto muy amplio de métodos de regresión (logística, Poisson, Gamma, etc.), aunque en esta memoria solamente se utiliza la logística. Los GLM se han convertido en una de las principales herramientas de análisis estadístico en toda clase de áreas, aunque no contemplan posibles efectos no lineales. Para superar esta dificultad, una buena alternativa viene dada por los modelos aditivos generalizados (Generalized Additive Models: GAM) introducidos por Hastie y Tibshirani (1990). Los GAM son una generalización de los GLM de los que se diferencian únicamente porque el predictor lineal ya no es simplemente una combinación lineal de funciones de dichas variables explicativas, sino que es una combinación lineal de funciones de dichas variables explicativas, lo que permite introducir en el modelo todo tipo de efectos y relaciones no lineales entre variables ⁸⁴⁻⁹⁰.

Se empleó el paquete estadístico SPSS Statistics 12, R.3.02 y el EPIDAT 3.1.

VII. RESULTADOS

VII.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra estaba constituida por 310 personas de las que 175 eran mujeres y 135 varones. En la tabla VII.1 se resume la variable edad. Dado que la edad en ciencias de la salud es el mayor factor de riesgo no modificable, resulta de interés un análisis estadístico más en detalle. Así, la media y la mediana tomaron valores globales muy próximos entre sí (media=42,62, mediana=42,50). Si consideramos los grupos, también la diferencia entre la media y la mediana era menor de un año (Varones: media=43,03, mediana=42,50) (Mujeres: media=42,31, mediana=42,50). El rango variaba entre 18 y 65 años. Por sexos, los varones tenían un rango de edad entre 18 y 65 años, y las mujeres entre 20 y 65. La edad media fue de 42,62 años (DE: 11,30), ligeramente superior en los varones (43,03 años) que en las mujeres (42,31 años). Considerando los resultados del contraste de hipótesis, no existe ningún sesgo atribuible a la edad (estadístico *t*-Student=0,556; P=0,5789).

El grupo de edad con mayor porcentaje fue el de los individuos de 35-50 años, que representó el 47,7% del total de la muestra (en las mujeres fue del 51,4% y en los varones del 43%), tal y como queda reflejado en la tabla VII.1.

Tabla VII.1. Distribución de la muestra por grupo de edad y sexo

	Varones	Mujeres	Total	Valor P
Edad: Media (DE)	43,03 (11,51)	42,31 (11,16)	42,62 (11,30)	P=0,58 ^(a)
	Varones Fa (Fr)	Mujeres	Total	
<35 años	38 (28,1)	47 (26,9)	85 (27,4)	P=0,72 ^(b)
35-50	58 (43,0)	90 (51,4)	148 (47,7)	P=0,17 ^(b)
>50	39 (28,9)	38 (21,7)	77 (24,8)	P=0,22 ^(b)
TOTAL	135	175 (100)	310 (100)	

*La variable edad se resume en media y desviación estándar.

Los segmentos de edad en frecuencia absoluta (frecuencia relativa). Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. ^(a)*t*-Student. ^(b)Prueba de la razón de verosimilitudes.

Con respecto al estado civil, el 60% estaban casados o vivían en pareja sin estar casados y el 26,5% estaban solteros. La tabla VII.2 recoge cómo se distribuía la muestra según el estado civil y sus diferencias por sexo.

Tabla VII.2. Distribución de la muestra por estado civil y sexo

	Varones Fa (Fr)	Mujeres	Total	Valor P
Solteros	36 (26,7)	46 (26,3)	82 (26,5)	(**)
Casados*	80 (59,3)	106 (60,6)	186 (60)	
Separados	7 (5,2)	5 (2,9)	12 (3,9)	
Viudos	3 (2,2)	11 (6,3)	14 (4,5)	
Divorciados	7 (5,2)	7 (4)	14 (4,5)	
Otros	1 (0,7)	0 (0)	1 (0,3)	
No contestan	1 (0,7)	0 (0)	1 (0,3)	
TOTAL	135	175	310	

*Incluye los que viven en pareja sin estar casados. Fa (Fr)= Frecuencia absoluta (frecuencia relativa). (**) La prueba de la Z para comparación de proporciones, no ha proporcionado valores significativos en ningún caso.

La tabla VII.3 recoge la distribución de la muestra según el nivel de estudios. El mayor porcentaje lo presentaron los individuos con estudios primarios, tanto en la muestra total (30,6%) como en los varones (39,3%) y las mujeres (24%). Sin embargo, en los varones el porcentaje con estudios primarios o inferiores fue del 49,7%, mientras que en las mujeres fue del 29,1%. En estas fue superior el porcentaje con estudios superiores o universitarios: 33,7% frente al 20% de los varones.

Tabla VII.3. Distribución de la muestra según nivel de estudios y sexo

	Varones Fa (Fr)	Mujeres	Total	Valor P
Analfabeto	2 (1,5)	0 (0)	2 (0,6)	
Sin estudios, pero sabe leer y escribir	12 (8,9)	9 (5,1)	21 (6,8)	
Estudios primarios	53 (39,3)	42 (24,0)	95 (30,6)	<0,05 ^(a)
Estudios secundarios de primer grado	21 (15,6)	34 (19,4)	55 (17,7)	
Estudios secundarios de segundo grado	20 (14,8)	31 (17,7)	51 (16,5)	
Estudios superiores medios	15 (11,1)	29 (16,6)	44 (14,2)	
Estudios superiores universitarios	12 (8,9)	30 (17,1)	42 (13,5)	<0,05 ^(a)
TOTAL	135 (100)	175 (100)	310 (100)	

Fa (Fr)= Frecuencia absoluta (frecuencia relativa). ^(a)Prueba de la Z para comparación de proporciones. En blanco: Resultados no significativos.

La situación laboral del 51,3% de la muestra era la de laboralmente activos. El porcentaje de varones en dicha situación era significativamente superior al de las mujeres. El 21% estaban en situación de desempleo. En el grupo de mujeres, destaca el 18,9% de amas de casa. El porcentaje de pacientes en situación de incapacidad temporal transitoria era del 6,8%, observándose diferencias significativas por sexos. En este sentido, era superior el porcentaje de varones en baja laboral que el de las mujeres (tablaVII.4).

Tabla VII.4. Distribución de la muestra según nivel laboral y sexo

	Varones Fa (Fr)	Mujeres	Total	Valor P
Estudiante	5 (3,7)	10 (5,7)	15 (4,8)	
Ama de casa	0 (0,0)	33 (18,9)	33 (10,6)	P<0,05 ^(a)
Vive de rentas	0 (0,0)	1 (0,69)	1 (0,3)	
Desempleado/a	28 (20,7)	37 (21,1)	65 (21,0)	
Activo/a	79 (58,5)	80 (45,7)	159 (51,3)	P<0,05 ^(a)
Baja laboral	11 (8,1)	10 (5,7)	21 (6,8)	P<0,05 ^(a)
Inc. permanente ¹	6 (4,4)	1 (0,6)	7 (2,3)	
Jubilado/a ²	5 (3,7)	1 (0,6)	6 (1,9)	
No contesta	1 (0,7)	2 (1,1)	3 (1,0)	
TOTAL	135 (100)	175 (100)	310 (100)	

*Fa (Fr)= Frecuencia absoluta (frecuencia relativa). ¹Incapacidad permanente por enfermedad. ²Jubilado/a o prejubilado/a. (a) Prueba de la Z para comparación de proporciones. En blanco: Resultados no significativos.

El 25,2% de los individuos de la muestra pertenecían a la categoría de “trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercios”, mientras que el 26,5% pertenecían al grupo de “trabajadores no cualificados” (tabla VII.5).

Tabla VII.5. Distribución de la muestra por categoría profesional

	Fa	(Fr)
Dirección de empresas y de administraciones públicas	5	(1,6)
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	24	(7,7)
Técnicos y profesionales de apoyo	17	(5,5)
Empleados de tipo administrativo	36	(11,6)
Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercios	79	(25,5)
Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	2	(0,6)
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria	19	(6,1)
Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	9	(2,9)
Trabajadores no cualificados	82	(26,5)
No contestan	37	(11,9)
TOTAL	310	(100,0)

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa.

La tabla VII.6 recoge la distribución de la muestra según país de procedencia. El 79,7% eran españoles.

Tabla VII.6. Distribución de la muestra según procedencia

	Fa	(Fr)
España	249	(79,7)
Otros países de Europa	20	(6,5)
África	14	(4,5)
Centro y Sudamérica	21	(6,8)
Asia	5	(1,6)
No contestan	1	(1,0)
Total	310	(100,0)

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa.

VII.2. RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE

VII.2.1. General Health Questionnaire (GHQ-28)

La puntuación media obtenida en la muestra fue 5,24 (IC 95%: 4,54-5,94) y fue significativamente superior en las mujeres con una diferencia de 2,79 (IC 95%: 1,48-4,10) (*t*-Student; $P < 0,0005$) (tabla VII.7).

Tabla VII.7. Resultados del GHQ-28

	VARONES	MUJERES	TOTAL
Media	3,67	6,46	5,24
Mediana	2,00	4,00	3,00
Moda	0,00	0,00	0,00
Desviación estándar	4,58	7,08	6,27
Varianza	21,02	50,10	39,25
Mínimo	0	0	0
Máximo	28	28	28

En la tabla A1 del anexo III se recoge la distribución de las frecuencias de cada una de las puntuaciones del GHQ-28.

La prevalencia de probable trastorno mental fue del 40% (IC 95%: 34,39-45,62) (tabla VII.8), siendo significativamente superior en las mujeres (49,1%; IC 95%: 41,5-56,8) que en los varones (28,1%; IC 95%: 20,2-36,1) (χ^2 ; $P < 0,0005$).

Tabla VII.8. Prevalencia de trastorno mental según el GHQ-28

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)
GHQ>4	38	(28,1)	86	(49,1)	124	(40)
GHQ≤4	97	(71,9)	89	(50,9)	186	(60)
TOTAL	135	(100,0)	175	(100,0)	310	(100)

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa.

VII.2.2. Cuestionario CAGE

La puntuación media del CAGE fue 0,23 (IC 95%: 0,16-0,30). Los varones presentaron mayor puntuación que las mujeres, aunque la diferencia observada no fue significativa (0,13; IC 95%: -0,02-0,28) ($P = 0,09$) (tabla VII.9).

Tabla VII.9. Resultados del CAGE

	VARONES	MUJERES	TOTAL
Media	0,30	0,18	0,23
Mediana	0,00	0,00	0,00
Moda	0,00	0,00	0,00
Desviación estándar	0,72	0,58	0,64
Varianza	0,51	0,33	0,41
Mínimo	0	0	0
Máximo	3	3	3

La tabla VII.10 recoge la distribución de frecuencias de las puntuaciones del CAGE.

Tabla VII.10. Distribución de frecuencias de las puntuaciones del CAGE

CAGE	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)
0	111	(82,2)	157	(89,7)	268	(86,5)
1	10	(7,4)	8	(4,6)	18	(5,8)
2	11	(8,1)	7	(4,0)	18	(5,8)
3	3	(2,2)	3	(1,7)	6	(1,9)
4	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
TOTAL	135	(100,0)	175	(100,0)	310	(100,0)

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa.

La prevalencia de consumo patológico de alcohol fue del 7,7% (IC 95%: 4,61-10,88%). La prevalencia en los varones fue del 10,4% (IC 95%: 4,86-15,88) y en las mujeres del 5,7% (IC 95%: 1,99-9,43). Aunque fue superior en los varones, la diferencia observada no resultó significativa (P=0,128) (tabla VII.11).

Tabla VII.11. Prevalencia del consumo patológico de alcohol según el cuestionario CAGE

CAGE	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)
>1*	14	(10,4)	10	(5,7)	24	(7,7)
≤1	121	(89,6)	165	(94,3)	286	(92,3)
TOTAL	135	(100,0)	175	(100,0)	310	(100,0)

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. *Probable consumo de alcohol.

VII.2.3. Cuestionario Duke-UNC

La puntuación media que obtuvo la muestra objeto de nuestro estudio en el test de Duke fue 41,39 (IC 95%: 40,25-42,53). En el sexo femenino fue 41,44 (IC 95%: 39,82-43) y en el masculino 41,36 (IC 95%: 39,72-42,99) (P=0,964) (tabla VII.12).

Tabla VII.12. Resultados del test de Duke

	VARONES	MUJERES	TOTAL
Media	41,36	41,44	41,39
Mediana	44,00	43,00	44,00
Desv. típica	9,60	10,64	10,18
Mínimo	12	11	11
Máximo	55	55	55

La prevalencia de bajo apoyo social fue del 20,4% (IC 95%: 15,73-25,04), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos: diferencia de prevalencias: 0,7% (IC 95%: -10-9%) (χ^2 ; P=0,995) (tabla VII.13).

Tabla VII.13. Prevalencia de bajo apoyo social según el test de Duke

Test de Duke	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)
≥33	108	(79)	138	(79,3)	246	(79,4)
<33*	27	(20)	36	(20,7)	63	(20,4)
TOTAL	135	(100,0)	174	(100,0)	309	(100,0)

*Bajo apoyo social. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa.

La tabla 2A del anexo III muestra la distribución de frecuencias de las puntuaciones del test de Duke.

Con respecto a la dimensión “apoyo confidencial” del test de Duke, la puntuación media fue 19,49 (IC 95%: 18,91-20,07). La puntuación fue superior en las mujeres con una media de 0,52 puntos (19,72 frente a 19,20) (IC 95%: -0,65-1,69) (*t*-Student; P=0,384) (tabla VII.14).

La tabla 3A del anexo III muestra la distribución de frecuencias de las puntuaciones de la dimensión “apoyo confidencial” del test de Duke.

Tabla VII.14. Resultados de la dimensión "apoyo confidencial" (test de Duke)

	VARONES	MUJERES	TOTAL
Media	19,20	19,72	19,49
Mediana	20,00	21,00	21,00
Desv. típica	4,92	5,39	5,19
Mínimo	5	5	5
Máximo	25	25	25

La puntuación media en la dimensión “apoyo afectivo” del test de Duke fue 12,17 (IC 95%: 11,82-12,53). La puntuación fue una media de 0,57 superior en los varones pero sin significación estadística (IC 95%: -0,15-1,28) (*t*-Student; $P=0,118$) (tabla VII.15).

La tabla 4A del anexo III muestra la distribución de frecuencias de las puntuaciones de la dimensión “apoyo afectivo” del test de Duke.

Tabla VII.15. Resultados de la dimensión "apoyo afectivo" (test de Duke)

	VARONES	MUJERES	TOTAL
Media	12,49	11,92	12,17
Mediana	14,00	13,00	13,00
Desv. típica	2,94	3,33	3,17
Mínimo	3	3	3
Máximo	15	15	15

VII.2.4. Cuestionario APGAR familiar

La puntuación media fue 8,22 (IC 95%: 7,96-8,48). En las mujeres la puntuación fue 8,15 (IC 95%: 7,80-8,50) y en los varones 8,30 (IC 95%: 7,90-8,70). Sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (*t*-Student; $P=0,578$) (tabla VII.16).

Tabla VII.16. Resultados del APGAR familiar

	VARONES	MUJERES	TOTAL
Media	8,30	8,15	8,22
Mediana	9,00	9,00	9
Desv. típica	2,34	2,35	2,34
Mínimo	0	0	0
Máximo	10	10	10

La prevalencia de disfunción familiar fue del 17,7% (IC 95%: 13,33-22,16). Fue superior en el sexo femenino (18,9% frente al 16,3%), pero la diferencia no fue significativa (χ^2 ; P=0,663) (tabla VII.17).

Tabla VII.17. Prevalencia de la disfunción familiar

APGAR familiar	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)
≥7	113	(83,7)	142	(81,1)	255	(82,3)
<7*	22	(16,3)	33	(18,9)	55	(17,7)
TOTAL	135	(100,0)	175	(100,0)	310	(100,0)

*Disfunción familiar. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa.

En la tabla 5A del anexo III se recoge la distribución de frecuencias de las diferentes puntuaciones del cuestionario APGAR familiar.

VII.2.5. Escala de reajuste social

La media de unidades de cambio vital (UCV) o índice de reajuste social fue 178,12 (IC 95%: 162,64-193,60). En las mujeres fue superior una media de 17,27 UCV (IC 95%: -13,95-48,49) (*t*-Student; P=0,277).

Tabla VII.18. Resultados de la escala de reajuste social

	VARONES	MUJERES	TOTAL
Media	168,37	185,64	178,12
Mediana	142,00	155,00	147,50
Desv. típica	140,96	136,60	138,55
Mínimo	0	0	0
Máximo	806	629	806

VII.2.6. Cuestionario EuroQol-5D

La puntuación media del cuestionario EuroQol-5D fue 0,803 (IC 95%: 0,714-0,892). La diferencia media entre ambos sexos fue superior en los varones: 0,029 (IC 95%: -0,016-0,074) (*t*-Student; P<0,2048) (tabla VII.19).

Tabla VII.19. Resultados del EuroQol-5 (salud autopercibida)

	VARONES	MUJERES	TOTAL
Media	0,8198	0,7906	0,8034
Mediana	0,7902	0,7902	0,7902
Desv. típica	0,1838	0,2083	0,1981
Mínimo	0,2215	0,2215	0,2215
Máximo	1,0000	1,0000	1,0000

La tabla 6A del anexo III detalla la distribución de frecuencias de los diferentes perfiles de salud autopercebida de la muestra.

En la tabla VII.20 se ofrece la distribución de la muestra según la percepción del estado de salud comparando los últimos doce meses.

Tabla VII.20. Percepción del estado de salud comparado a los doce últimos meses (EuroQol-5D)

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)
Mejor	19	(14,2)	37	(21,5)	56	(18,3)
Igual	90	(67,2)	108	(62,8)	198	(64,7)
Peor	25	(18,6)	27	(15,4)	52	(17,0)
TOTAL	134	(100,0)	172	(100,0)	306	(100,0)

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa.

La tabla VII.21 ofrece la distribución de la muestra según la autovaloración del estado de salud mediante el uso de la escala visual analógica del EuroQol-5D.

Tabla VII.21. Autovaloración del estado de salud EuroQol-5D

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)
≤59	18	(15,1)	39	(25,5)	57	(21,0)
60-79	44	(37,0)	41	(26,8)	85	(31,3)
≥80	57	(47,9)	73	(47,7)	130	(47,8)
TOTAL	119	(100,0)	153	(100,0)	272	(100,0)

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa.

VII.2.7. Frecuencia de consultas en los últimos tres meses

La frecuencia media de consultas al centro de salud en los últimos tres meses fue de 2,26 (IC 95%: 2-2,52). No se observaron diferencias significativas entre ambos sexos (*t*-Student; $P=0,6134$) (tabla VII.22).

Tabla VII.22. Frecuencia de consultas en los últimos tres meses

	VARONES	MUJERES	TOTAL
Media	2,34	2,20	2,26
Mediana	2,00	2,00	2,00
Desv. típica	2,65	1,98	2,30
Mínimo	0	0	0
Máximo	14	15	15

La prevalencia de hiperfrecuentación fue del 11,1% (IC 95%: 7,37-14,85); en los varones fue del 12,8% (IC 95%: 6,73-18,83) y en las mujeres del 9,8% (IC 95%: 4,91-14,6) (χ^2 ; P=0,5225) (tabla VII.23).

Tabla VII.23. Prevalencia de la hiperfrecuentación

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)	Fa	(Fr)
SÍ	17	(12,8)	16	(9,8)	33	(11,1)
NO	116	(87,2)	148	(90,2)	264	(88,9)
TOTAL	133	(100,0)	164	(100,0)	297	(100,0)

*Hiperfrecuentación= Cinco o más visitas en los últimos tres meses. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa.

En la tabla 7A del anexo III se recoge la distribución de frecuencias del número de visitas realizadas al centro de salud.

VII.2.8. Grado de correlación entre diferentes variables

En la tabla VII.24 se muestra la matriz triangular de correlaciones, determinadas mediante el coeficiente de correlación rho de Spearman, entre las diferentes variables del estudio.

Tabla VII.24. Correlaciones entre las diferentes variables

		Autovalor. estado de salud	Número visitas últimos 3 meses	Puntuació n GHQ	Reajuste social	Puntuació n test Duke- UNC	Valor estado de salud
Edad	mujeres	-0,002	0,087	0,045	-0,178*	-0,070	-0,270**
	varones	-0,115	0,180*	0,213*	0,003	-0,199*	-0,245**
	global	-0,044	0,133*	0,098	-0,104	-0,124*	-0,255**
Autovaloraci ón estado de salud	mujeres		-0,198*	-0,631**	-0,140	0,334**	0,601**
	varones		-0,328**	-0,579**	-0,422**	0,262**	0,480**
	global		-0,265**	-0,607**	-0,261**	0,295**	0,553**
Número visitas últimos 3 meses	mujeres			0,223**	0,265**	-0,011	-0,275**
	varones			0,314**	0,096	-0,070	-0,463**
	global			0,264**	0,207**	-0,047	-0,364**
Puntuación GHQ	mujeres				0,357**	-0,391**	-0,598**
	varones				0,430**	-0,310**	-0,667**
	global				0,378**	-0,350**	-0,614**
Reajuste social	mujeres					-0,207**	-0,221**
	varones					-0,333**	-0,366**
	global					-0,258**	-0,286**
Puntuación test Duke- UNC	mujeres						0,358**
	varones						0,225**
	global						0,301**

Test empleado: rho de Spearman. *P<0,05. **P<0,0005.

En la mujer, la edad no se correlaciona significativamente con el número de visitas realizadas. Sin embargo, en los varones esta correlación sí es significativa (tabla VII.24). Solo en los varones es significativa la correlación positiva observada entre la puntuación del GHQ y la edad.

El grado de correlación entre la edad y el apoyo social percibido (determinado mediante puntuación con el test de Duke-UNC) es mayor en los varones. El valor del estado de salud se correlaciona negativamente con la edad.

La autovaloración del estado de salud se correlacionó significativamente con todas las variables salvo en las mujeres, en las que no existe correlación significativa con la variable reajuste social (determinado mediante unidades de cambio vital). El mayor grado de correlación lo obtuvo con la puntuación del GHQ-28 y el valor del estado de salud.

El número de visitas realizadas se correlacionó significativamente con el valor del estado de salud, siendo el coeficiente de correlación negativo y mayor en los varones. También la puntuación del GHQ-28 se correlacionó significativamente con el valor del estado de salud, tanto en los varones como en las mujeres, de tal forma que a mayor puntuación en el GHQ-28, menor valor del estado de salud.

VII.3. RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE

De las 124 personas que puntuaron por encima de 4 en el GHQ-28, no pudieron ser entrevistadas 15 (10 mujeres y 5 varones). Por lo tanto el número total de entrevistas fue de 109.

VII.3.1. Prevalencia de los trastornos mentales en el total de la muestra

De las personas a las que se les aplicó la entrevista MINI, presentaron algún trastorno mental 75, es decir, el 25,5% (IC 95%: 20,36-30,66) del total de la muestra, excluidos los no entrevistados de entre los que puntuaron en el GHQ-28 por encima de 4. Entre los 220 pacientes con una puntuación en el GHQ-28 inferior a 5 o sin trastorno mental detectado con la MINI, había 9 con CAGE positivo y por lo tanto con consumo patológico de alcohol, que sumados a los

75 anteriores daría un total de 84. Por lo tanto, la prevalencia de trastornos mentales sería del 28,57% (IC 95%: 23,24-33,91).

El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor, con una prevalencia del 15,9% (IC 95%: 11,6-20,3), seguido del trastorno por ansiedad generalizada, con una prevalencia del 12,9% (IC 95%: 8,9-16,9). La prevalencia del episodio depresivo mayor recidivante fue del 10,2% (IC 95%: 6,6-13,8). La prevalencia del trastorno de angustia de por vida fue del 8,8% (IC 95%: 5,4-12,2) (tabla VII.25) (fig. 1).

VII.3.2. Prevalencia de los trastornos mentales en las mujeres

Un total de 56 mujeres del total, excluidas las no entrevistadas con *screening* positivo, presentaron algún trastorno mental: 33,94% (IC 95%: 26,41-41,47).

Entre las 109 mujeres con una puntuación en el GHQ-28 inferior a 5 o sin trastorno mental tras la entrevista MINI, había 3 con CAGE positivo y por lo tanto con consumo patológico de alcohol, que sumadas a las 56 anteriores daría un total de 59. Por lo tanto, la prevalencia de trastornos mentales en las mujeres sería del 35,76% (IC 95%: 28,14-43,37).

En estas, el trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor, con una prevalencia del 24,2% (IC 95%: 17,4-31,1). El episodio depresivo mayor recidivante y el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos presentaron la misma prevalencia: 15,8% (IC 95%: 9,9-21,6). La prevalencia del trastorno de angustia de por vida en las mujeres fue del 13,3% (IC 95%: 7,8-18,8). El trastorno de ansiedad generalizada tuvo una prevalencia del 15,2% (IC 95%: 9,4-20,9) (tabla VII.26) (fig. 1).

VII.3.3. Prevalencia de los trastornos mentales en los varones

En los varones, un total de 19 del total, excluidos los no entrevistados con GHQ-28 positivo, presentaron algún trastorno mental: 14,7% (IC 95%: 8,23-21,23). Entre los 111 varones con una puntuación en el GHQ-28 inferior a 5 o sin trastorno mental detectado mediante entrevista MINI, había 6 con CAGE positivo y por lo tanto con consumo patológico de alcohol, que sumados a los

19 anteriores daría un total de 25. Por lo tanto, la prevalencia de trastornos mentales en los varones sería del 19,38% (IC 95%: 12,17-26,59).

El trastorno mental más frecuente en los varones fue el trastorno por ansiedad generalizada: 10% (IC 95%: 4,5-15,5). El episodio depresivo mayor actual tuvo una prevalencia del 5,4% (IC 95%: 1,1-9,6) (tabla VII.27) (fig. 1).

Tabla VII.25. Prevalencia de los trastornos mentales en el total de la muestra

Trastorno mental		n	Porcentaje*	IC 95%
Episodio depresivo mayor	Actual	47	15,9	11,6-20,3
	Recidivante	30	10,2	6,6-13,8
	Con síntomas melancólicos	30	10,2	6,6-13,8
Trastorno distímico	Actual	3	1,0	0,2-2,9
Riesgo de suicidio	Leve	10	3,4	1,2-5,6
	Moderado	6	2,0	0,3-3,8
	Alto	5	1,7	0,6-3,9
Episodio maniaco	Actual	1	0,3	0,01-1,9
	Pasado	2	0,7	0,1-2,4
Episodio hipomaniaco	Actual	2	0,7	0,1-2,4
	Pasado	10	3,4	1,5-5,6
Trastorno de angustia	Actual	16	5,4	2,7-8,2
	Actual con síntomas limitados	5	1,7	0,6-3,9
	De por vida	26	8,8	5,4-12,2
Agorafobia	Actual	23	7,8	4,6-11,0
Fobia social	Actual	5	1,7	0,6-3,9
TOC	Actual	8	2,7	0,7-4,7
Estado por estrés postraumático	Actual	8	2,7	0,7-4,7
Dependencia de alcohol	Actual	6	2,0	0,3-3,8
	Abuso de alcohol (actual)	4	1,4	0,4-3,4
Dependencia de sustancias	Actual	4	1,4	0,4-3,4
	Abuso de alcohol (actual)	3	1,0	0,2-2,9
Trastornos psicóticos	Actual	2	0,7	0,1-2,4
	De por vida	6	2,0	0,3-3,8
Trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos	Actual	5	1,7	0,6-3,9
Anorexia nerviosa	Actual	1	0,3	0,01-1,9
Bulimia nerviosa	Actual	3	1,0	0,2-2,9
Anorexia nerviosa tipo compulsiva	Actual	2	0,7	0,1-2,4
TAG	Actual	38	12,9	8,9-16,9
Trastorno antisocial de la personalidad	De por vida	5	1,7	0,6-3,9

TOC= Trastorno obsesivo-compulsivo. TAG= Trastorno de ansiedad generalizada. *El denominador excluye los 14 pacientes no entrevistados. **En todos los trastornos con frecuencia absoluta ≤ 5 (incluida la frecuencia 0) se calculó el intervalo de confianza exacto del 95%.

Tabla VII.26. Prevalencia de los trastornos mentales en las mujeres

Trastorno mental		n	Porcentaje*	IC 95%
Episodio depresivo mayor	Actual	40	24,2	17,4-31,1
	Recidivante	26	15,8	9,9-21,6
	Con síntomas melancólicos	26	15,8	9,9-21,6
Trastorno distímico	Actual	1	0,6	0,02-3,3
Riesgo de suicidio	Leve	10	6,1	2,1-10,0
	Moderado	3	1,8	0,4-5,2
	Alto	4	2,4	0,7-6,1
Episodio maniaco	Actual	1	0,6	0,02-3,3
	Pasado	1	0,6	0,02-3,3
Episodio hipomaniaco	Actual	1	0,6	0,02-3,3
	Pasado	6	3,6	0,5-6,8
Trastorno de angustia	Actual	13	7,9	3,5-12,3
	Actual con síntomas limitados	3	1,9	0,4-5,2
	De por vida	22	13,3	7,8-18,8
Agorafobia	Actual	16	9,7	4,9-14,5
Fobia social	Actual	4	2,4	0,7-6,1
TOC	Actual	5	3,0	1,0-6,9
Estado por estrés postraumático	Actual	7	4,2	0,9-7,6
Dependencia de alcohol	Actual	4	2,4	0,7-6,1
	Abuso de alcohol (actual)	1	0,6	0,02-3,3
Dependencia de sustancias	Actual	2	1,2	0,1-4,3
	Abuso de alcohol (actual)	1	0,6	0,02-3,3
Trastornos psicóticos	Actual	1	0,6	0,02-3,3
	De por vida	4	2,4	0,7-6,1
Trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos	Actual	4	2,4	0,7-6,1
Anorexia nerviosa	Actual	1	0,6	0,02-3,3
Bulimia nerviosa	Actual	3	1,9	0,4-5,2
Anorexia nerviosa tipo compulsiva	Actual	2	1,2	0,1-4,3
TAG	Actual	25	15,2	9,4-20,9
Trastorno antisocial de la personalidad	De por vida	2	0,6	0,1-4,3

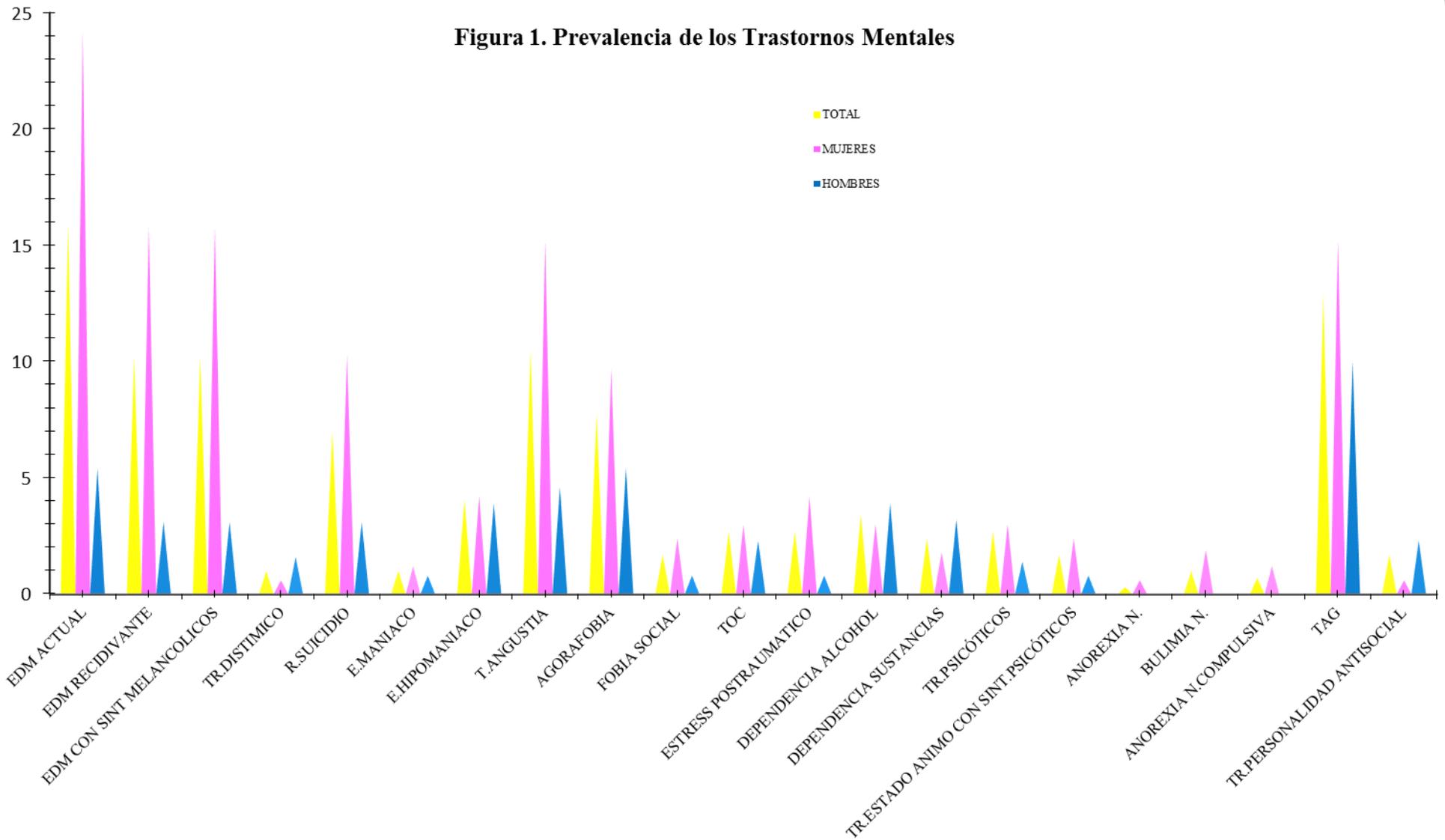
TOC= Trastorno obsesivo-compulsivo. TAG= Trastorno de ansiedad generalizada. *El denominador excluye 9 pacientes no entrevistadas. **En todos los trastornos con frecuencia absoluta ≤ 5 (incluida la frecuencia 0) se calculó el intervalo de confianza exacto del 95%.

Tabla VII.27. Prevalencia de los trastornos mentales en los varones

Trastorno mental		n	Porcentaje*	
Episodio depresivo mayor	Actual	7	5,4	1,1-9,6
	Recidivante	4	3,1	0,8-7,7
	Con síntomas melancólicos	4	3,1	0,8-7,7
Trastorno distímico	Actual	2	1,6	0,2-5,4
Riesgo de suicidio	Leve	0	0,0	
	Moderado	3	2,3	0,5-6,6
	Alto	1	0,8	0,02-4,2
Episodio maniaco	Actual	0	0,0	
	Pasado	1	0,8	0,02-4,2
Episodio hipomaniaco	Actual	1	0,8	0,02-4,2
	Pasado	4	3,1	0,8-7,7
Trastorno de angustia	Actual	3	2,3	0,5-6,6
	Actual con síntomas limitados	2	1,6	0,2-5,4
	De por vida	4	3,1	0,8-7,7
Agorafobia	Actual	7	5,4	1,1-9,6
Fobia social	Actual	1	0,8	0,02-4,2
TOC	Actual	3	2,3	0,5-6,6
Estado por estrés postraumático	Actual	1	0,8	0,02-4,2
Dependencia de alcohol	Actual	2	1,6	0,2-5,4
	Abuso de alcohol (actual)	3	2,3	0,5-6,6
Dependencia de sustancias	Actual	2	1,6	0,2-5,4
	Abuso de alcohol (actual)	2	1,6	0,2-5,4
Trastornos psicóticos	Actual	1	0,8	0,02-4,2
	De por vida	2	1,6	0,2-5,4
Trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos	Actual	1	0,8	0,02-4,2
Anorexia nerviosa	Actual	0	0,0	
Bulimia nerviosa	Actual	0	0,0	
Anorexia nerviosa tipo compulsiva	Actual	0	0,0	
TAG	Actual	13	10,0	4,6-15,5
Trastorno antisocial de la personalidad	De por vida	3	2,3	0,5-6,6

TOC= Trastorno obsesivo-compulsivo. TAG= Trastorno de ansiedad generalizada. *El denominador excluye los 5 pacientes no entrevistados. **En todos los trastornos con frecuencia absoluta ≤ 5 (incluida la frecuencia 0) se calculó el intervalo de confianza exacto del 95%.

Figura 1. Prevalencia de los Trastornos Mentales



VII.3.4. Prevalencia diagnóstica de los trastornos mentales en atención primaria

Tabla VII.28. Prevalencia diagnóstica de los trastornos mentales en atención primaria

Diagnosticado algún trastorno mental en DRAGO-AP	Fa (Fr)		TOTAL
	VARÓN	MUJER	
SÍ	10 (7,41)	16 (9,14)	26 (8,39)
NO	125 (92,59)	159 (90,86)	284 (91,61)
TOTAL	135	175	310

Fa (Fr)= Frecuencia absoluta (frecuencia relativa).

En la historia clínica electrónica DRAGO-AP, 26 pacientes tenían registrado algún trastorno mental activo, lo que supone una prevalencia diagnóstica del 8,39% (IC 95%: 5,14-11,63). De estos, 16 eran mujeres, lo que representaba una prevalencia en el sexo femenino del 9,14% (IC 95%: 4,59-13,70). Entre los varones había 10 con algún diagnóstico de trastorno mental registrado y, por lo tanto, una prevalencia del 7,41% (IC 95%: 2,62-12,20) (tabla VII.28).

Tabla VII.29. Relación entre los diagnosticados de trastornos mentales mediante la entrevista MINI y los diagnosticados registrados en DRAGO-AP

	Diagnóstico de trastorno mental en DRAGO-AP		
	SÍ	NO	TOTAL
Diagnóstico positivo ¹	14	61	75
Diagnóstico negativo ²	11	209	220
TOTAL	25*	270	295

¹Pacientes entrevistados con diagnóstico confirmado. ²Pacientes entrevistados con diagnóstico descartado y pacientes con GHQ-28 negativo. *Falta un paciente con GHQ-28 + que no fue entrevistado.

De los 75 pacientes con algún diagnóstico en la entrevista MINI, 14 (18,67%, IC 95%: 9,18-28,15) tenían registrado en la historia clínica algún trastorno mental. Un paciente, de los 26 mencionados anteriormente, tenía el GHQ-28 positivo pero no pudo ser entrevistado. De los 220 pacientes con GHQ-28 negativo o con GHQ-28 positivo pero con entrevista negativa, 11 tenían algún diagnóstico registrado en la historia clínica, lo que supone el 4,98% (IC 95%: 1,88-8,07) (tabla VII.29).

En la tabla VII.30 se recogen mediante diferentes índices la eficacia diagnóstica del médico de familia en materia de salud mental. En ella observamos que la

sensibilidad es del 0,186; es decir, que el médico de familia diagnosticaría algún trastorno mental en el 18,6% de los que lo padecen realmente. El valor predictivo para positivos es de 0,56; es decir, cuando el médico de familia emite un diagnóstico de un trastorno mental, en el 56% el diagnóstico es correcto. Por otro lado el valor predictivo para negativos es de 0,756; es decir, el 75,6% de los casos sanos, sin trastorno mental, son clasificados correctamente como tales por el médico de familia. La razón de verosimilitud para positivos es de 3,72; es decir, la probabilidad de que un médico de familia diagnostique un trastorno mental en un paciente realmente afecto de dicho trastorno, es 3,72 veces mayor a que lo diagnostique en una persona sana.

Tabla VII.30. Rendimiento diagnóstico del médico de familia en los trastornos mentales evaluado mediante diferentes índices

Sensibilidad	$S = \frac{14}{75} = 0,186$
Especificidad	$E = \frac{209}{220} = 0,95$
Valor predictivo positivo	$VPP = \frac{14}{25} = 0,56$
Valor predictivo negativo	$VPN = \frac{209}{270} = 0,774$
Valor predictivo global	$VPG = \frac{223}{295} = 0,756$
Razón de verosimilitud para positivos	$RV+ = \frac{0,186}{0,05} = 3,72$
Razón de verosimilitud para negativos	$RV- = \frac{0,814}{0,95} = 0,857$

VII.4. VARIABLES ASOCIADAS A LOS TRASTORNOS MENTALES

VII.4.1. Análisis bivariado

Los trastornos mentales (considerados como aquellos casos con una puntuación en el GHQ-28 ≥ 4) fueron más frecuentes en el sexo femenino (49,1% frente al 28,1%) con una *odds ratio* (OR) de asociación de 2,47 ($P < 0,0005$).

Las personas en situación de incapacidad temporal (IT), desempleo o jubilación tenían una prevalencia significativamente superior a las que no estaban en esa situación (52,2% frente al 34,4%) con una OR de asociación de 2,08 ($P = 0,004$).

Las personas con categorías profesionales 1 (“dirección de empresas y de administraciones públicas”) y 2 (“técnicos y profesionales científicos y de apoyo”) según la clasificación nacional de ocupaciones, presentaban una prevalencia significativamente inferior a la del resto de categorías (20,7% frente al 43,6%) con una OR de asociación de 2,97 ($P = 0,018$). No se observó asociación significativa con la edad, estado civil, nivel de estudios ni con la procedencia (tabla VII.31).

Tabla VII.31. Asociación de los trastornos mentales (definidos como GHQ-28 >4) versus diferentes variables sociodemográficas

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Sexo	Varón	135	38	28,1	2,47 (1,53-3,98)	<0,0005*
	Mujer	175	86	49,1		
	Total	310	124	40,0		
Edad	<35 años	85	29	34,1	0,724**	
	35-50 años	148	67	45,3		
	>50 años	77	28	36,4		
	Total	310	124	40,0		
Estado civil	Casados	186	76	40,9	0,747**	
	No casados	123	48	39,0		
	Total	309	124	40,1		
Situación laboral (IT, desempleo, jubilación)	SÍ	92	48	52,2	2,08 (1,27-3,42)	0,004*
	NO	215	74	34,4		
	Total	307	122	39,7		
Nivel de estudios	Primarios	118	44	37,3	0,490**	
	Secundarios	106	44	41,5		
	Superiores	86	36	41,9		
	Total	310	124	40,0		
Categoría profesional	Categ.1 y 2 [#]	29	6	20,7	2,97(1,17-7,54)	P=0,018*
	Resto	243	106	43,6		
	Total	272	112	41,2		
Procedencia	Españoles ¹	267	105	39,3	P=0,546*	
	Inmigrantes no comunit.	43	19	44,2		
	Total	310	124	40,0		

¹Incluye los inmigrantes comunitarios. [#]Categorías profesionales según la clasificación nacional de ocupaciones. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa (porcentajes). P= Grado de significación. * χ^2 de asociación. ** χ^2 de tendencia lineal.

Las personas con consumo patológico de alcohol presentaron una mayor prevalencia de trastornos mentales que aquellas sin dicho consumo (70,8% frente al 37,4%), con una OR de 4,06 (χ^2 ; P=0,001).

En los casos con disfunción familiar también fue superior la prevalencia de dichos trastornos mentales (69,1% frente al 33,7%), con una OR de 4,39 (χ^2 ; P<0,0005).

El bajo apoyo social se asoció a una mayor prevalencia de trastornos mentales (60,3% frente al 35,0%), con una OR de 2,83 (χ^2 ; P<0,0005) (tabla VII.32).

Tabla VII.32. Prevalencia de trastorno mental versus consumo patológico de alcohol, disfunción familiar y apoyo social percibido

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Consumo patológico de alcohol	Sí	24	17	70,8	4,06 (1,63-10,12)	0,001*
	No	286	107	37,4		
	Total	310	124	40,0		
Disfunción familiar	Sí	55	38	69,1	4,39 (2,34-8,23)	<0,0005*
	No	255	86	33,7		
	Total	310	124	40,0		
Apoyo social	Bajo	63	38	60,7	2,83 (1,60-4,99)	<0,0005*
	Normal	246	86	34,6		
	Total	309	124	40,1		

P= Grado de significación. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa (porcentajes). * χ^2 de asociación.

Las personas con trastorno mental presentaron significativamente más unidades de cambio vital (UCV) determinadas mediante la escala de reajuste social (tabla VII.33). Asimismo, la puntuación obtenida en el valor del estado de salud determinado mediante EQ-5D fue significativamente inferior en los afectos de trastorno mental (tabla VII.33).

Tabla VII.33. Asociación de los trastornos mentales versus acontecimientos vitales estresantes y el valor social del estado de salud

		Fa	Media (DE)	Diferencia de medias (IC 95%)	significación
Reajuste social ¹					
Trastorno mental ³	NO	186	130,05 (96,02)	120,16 (88,58-151,75)	<0,0005*
	SÍ	124	250,22 (160,08)		
Valor estado salud ²					
Trastorno mental ³	NO	185	0,8897 (0,1398)	0,2193 (0,1777-0,2609)	<0,0005*
	SÍ	120	0,6704 (0,2016)		

¹Puntuación reajuste social expresado en unidades de cambio vital. ²puntuación EQ-5D. ³Probable trastorno mental. Fa= Frecuencia absoluta. DE= Desviación estándar. **t*-Student.

La tabla VII.34 muestra cómo la prevalencia de trastorno mental se asocia a la gravedad de cada una de las cinco dimensiones del EuroQol-5D. La mayor OR de asociación la presentó el grupo que refería encontrarse moderadamente o muy ansioso o depresivo respecto a los que no se sentían ansiosos o depresivos (OR=26,68). Los que referían tener algunos problemas o se sentían incapaces para sus cuidados personales respecto a los que no referían tener problemas, presentaron una OR de 20,27.

Tabla VII.34. Asociación trastornos mentales versus diferentes dimensiones del EuroQol-5D

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Movilidad	Sin problemas	248	84	33,9		
	Algunos problemas	58	37	63,8	3,44 (1,89-6,25)	<0,0005*
	Total	306	121	39,5		
Cuidados personales	Sin problemas	293	109	37,2		
	Algunos o incapaz	13	12	92,3	20,27 (>3,31)	<0,0005**
	Total	306	121	39,5		
Actividades cotidianas	Sin problemas	245	73	29,8		
	Algunos o incapaz	61	48	78,7	8,7 (4,45-17,02)	<0,0005*
	Total	306	121	39,5		
Dolor o malestar	No tiene	151	35	23,2		
	Moderado o mucho	155	86	55,5	4,13 (2,52-6,76)	<0,0005*
	Total	306	121	39,5		
Ansiedad/depresión	No	209	38	18,2		
	Moderado o mucho	97	83	85,6	26,68 (13,7-51,95)	<0,0005*
	Total	306	121	39,5		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 . **Test exacto de Fisher.

La prevalencia de trastornos mentales tenía una tendencia creciente a medida que empeoraba la percepción del estado salud respecto a los últimos doce meses. Dicha tendencia fue estadísticamente significativa ($P < 0,0005$) (tabla VII.35).

Tabla VII.35. Prevalencia de los trastornos mentales versus estado de salud comparado a los últimos doce meses

Estado de salud comparado a los doce últimos meses:	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Mejor	56	13	23,2		
Igual	198	67	33,8	1,69 (0,85-3,36)	<0,0005*
Peor	52	41	78,8	12,33 (4,96-30,62)	
Total	306	121	39,5		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

El mejor perfil de estado de salud autopercebido (11111), que es aquel que está sin problemas en todas las dimensiones, presentó la menor prevalencia de trastornos mentales (11,8%). La prevalencia aumentó a 20,3% en el segundo perfil de estado de salud autopercebido (11121), que eran aquellos que no tenían problemas en ninguna de las dimensiones, salvo moderado dolor o malestar. En el grupo constituido por el resto de perfiles la prevalencia fue del 74,2%. Esta tendencia creciente también fue significativa ($P < 0,0005$) (tabla VII.36).

Tabla VII.36. Prevalencia de los trastornos mentales versus los diferentes perfiles de salud

Perfiles de estado de salud autopercebido	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
11111	119	14	11,8		
11121	59	12	20,3	1,91 (0,82-4,45)	<0,0005*
Resto de perfiles	132	98	74,2	21,62 (10,95-4,69)	
Total	310	124	40,0		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

La prevalencia de trastornos mentales aumentaba al empeorar la autovaloración del estado de salud mediante el uso de la escala visual analógica (EuroQol-5D). La prevalencia por encima del punto 79 fue del 14,6%, entre 60 y 79 fue del 48,2% y por debajo de 60 aumentó al 82,5%. Esta tendencia fue estadísticamente significativa ($P < 0,0005$) (tabla VII.37).

Tabla VII.37. Prevalencia de los trastornos mentales versus autovaloración del estado de salud (escala visual analógica)

Autovaloración del estado de salud (EVA)	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Inferior a 60	57	47	82,5	27,48 (11,87-63,49)	
Entre 60 y 79	85	41	48,2	5,44 (2,85-10,39)	<0,0005*
Superior o igual a 80	130	19	14,6		
Total	272	107	39,3		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

La prevalencia aumentaba a medida que lo hacía el número de visitas realizadas al centro de salud. Así, la prevalencia era del 20,5% en los que no habían realizado visitas en los últimos tres meses. Dicha prevalencia iba aumentando progresivamente hasta el 57,6% en los que habían realizado cinco o más visitas en los últimos tres meses ($P < 0,0005$) (tabla VII.38).

Tabla VII.38. Prevalencia de los trastornos mentales versus frecuentación en atención primaria

Frecuentación en los últimos 3 meses:	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
0 visitas	44	9	20,5		
1-2 visitas	159	56	35,2	2,11 (0,94-4,71)	<0,0005*
3-4 visitas	61	30	49,2	3,76 (1,55-9,15)	
≥5 visitas	33	19	57,6	5,28 (1,93-14,44)	
Total	297	114	38,4		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

VII.4.2. Análisis multivariante mediante regresión logística

En el modelo inicial de regresión logística se incluyeron las siguientes variables que fueron significativas en el análisis bivariable: sexo, situación laboral, categoría profesional, bajo apoyo social, disfunción familiar, consumo patológico de alcohol, reajuste social, perfil del estado de salud autopercebido, autovaloración del estado de salud y frecuentación.

En la tabla 43 quedan recogidas las variables del modelo final, que fueron aquellas de entre las mencionadas en el párrafo anterior que se asociaron independientemente con los trastornos mentales.

Las personas con consumo patológico de alcohol tenían, respecto a los no consumidores, una OR ajustada de asociación con los trastornos mentales de 9,16 (IC 95%: 1,60-52,53). La OR de asociación con los trastornos mentales del resto de perfiles de salud autopercebido (excluido el perfil 11121) respecto al mejor perfil (11111) fue de 15,83 (IC 95%: 5,51-45,47). Con respecto a la variable cuantitativa “reajuste social” (medida en unidades de cambio vital) la

OR de asociación (respecto al grupo con 0 UCV) vendría determinado por la siguiente expresión: exponencial (0,004 x número de unidades de cambio vital).

Tabla VII.39. Variables asociadas independientemente con los trastornos mentales

	Coefic.	Signif.	Exp ⁴	IC 95% Exp ⁵
Sexo ¹	1,067	0,011	2,91	1,28-6,59
Consumo patológico de alcohol	2,22	0,013	9,16	1,60-52,53
Reajuste social	0,004	0,023	1,004	1,00-1,01
Autovaloración del estado de salud (escala visual analógica) ²				
Inferior a 60	2,202	<0,0005	9,04	3,02-27,11
Entre 60 y 79	1,329	0,004	3,78	1,54-9,25
Perfiles de estado de salud autopercebido ³				
11121	0,860	0,15	2,36	0,73-7,7
Resto de perfiles	2,762	<0,0005	15,83	5,51-45,47

¹Sexo masculino (categoría de referencia). ²≥80 (categoría de referencia). ³11111 (perfil de referencia).

⁴Equivale a OR ajustada. ⁵Equivale al IC del 95% de la OR ajustada. Coefic.= Coeficiente de regresión.

Exp= Exponencial del coeficiente de regresión.

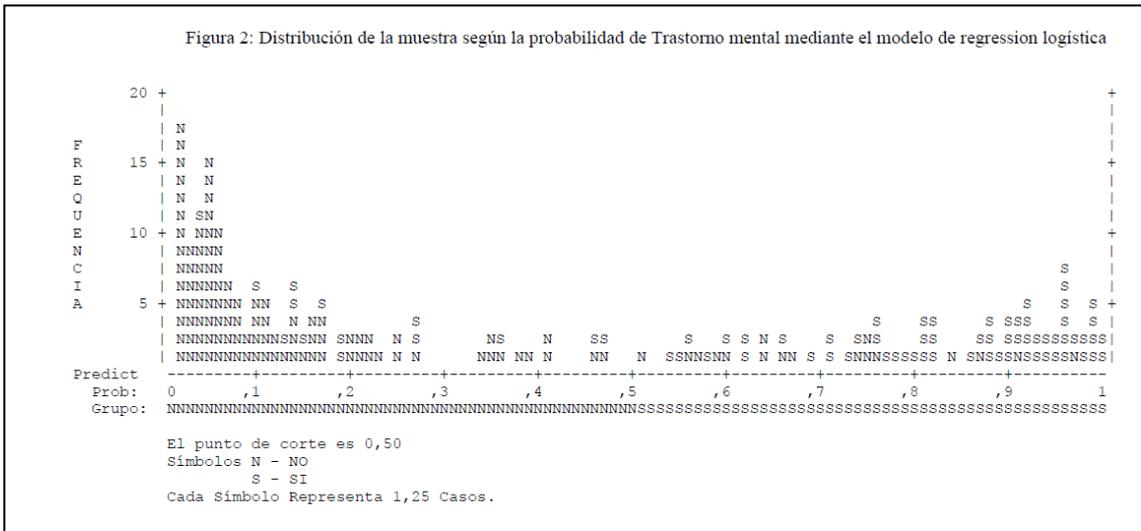
Los residuos generados por el modelo son pocos y se distribuyen aleatoriamente. El encaje del modelo es bueno (test de Hosmer y Lemeshow, $P=0,808$) y, con respecto a su validez, clasifica correctamente al 85,4% de la muestra, al 81,5% de las personas afectas de trastornos mentales y al 87,9% de los sanos. En consecuencia, presenta una buena sensibilidad, especificidad y valor predictivo global (tabla VII.40). En la figura 2 vemos cómo quedarían distribuidos los individuos de la muestra según la probabilidad de presentar un trastorno mental mediante el modelo final de regresión logística. Con la letra N se representan a los individuos sin trastorno mental y con la letra S a aquellos con trastorno mental. El punto de corte 0,5 indica que los sujetos con una probabilidad igual o superior a 0,5 serían asignados al grupo "trastorno mental". Al contrario, los sujetos con una probabilidad inferior a 0,5 serían asignados al grupo sano, es decir al grupo "sin trastorno mental". Así, los individuos "S" distribuidos por encima del punto de corte anteriormente mencionado y los individuos "N" por debajo del mismo, estarían correctamente clasificados por el modelo predictivo. Mientras que los individuos "N" por encima del punto de corte y los "S" por debajo del mismo, estarían mal clasificados por el modelo.

Tabla VII.40. Discriminación del modelo de regresión logística en los trastornos mentales

Observado	Pronosticado		Porcentaje Correcto
	NO	SÍ	
Trastorno mental NO	124	17	87,9
Trastorno mental SÍ	17	75	81,5
Porcentaje global			85,4

*El punto de corte es 0,5 (cada sujeto se asigna al grupo “pronóstico trastorno mental SÍ” cuando la probabilidad estimada es $\geq 0,5$, y se asigna al grupo NO, cuando la probabilidad es inferior a dicho umbral).

En relación al modelo aditivo generalizado, el spline cúbico (sexo*reajuste social en UCV) en la mujer es altamente significativo (χ^2 ; P=0,000888) y en el varón es casi significativo (χ^2 ; P=0,0592), lo cual indica que la mujer reacciona peor que el varón ante situaciones vitales estresantes y tiene mayor riesgo de desarrollar algún trastorno mental.



VII.5. VARIABLES ASOCIADAS A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

VII.5.1. Análisis bivariante

La prevalencia de los trastornos depresivos fue significativamente superior en el sexo femenino (24,2% frente al 5,4%) ($P < 0,0005$). También se observó una menor frecuencia en los casados (12,9% frente al 20,7%), que estuvo cerca de la significación estadística ($P = 0,076$).

Las personas en situación laboral de desempleo/incapacidad temporal/jubilación presentaron una mayor prevalencia de trastornos depresivos (21,3% frente al 13,2%) ($P = 0,079$) (tabla VII.41).

La prevalencia de trastorno depresivo fue significativamente superior en las situaciones de disfunción familiar (46,8% frente al 10,1%) ($P < 0,0005$) y bajo apoyo social (30,9% frente al 12,6%) ($P = 0,001$). En cambio, no fue significativa la asociación con el consumo patológico de alcohol (tabla VII.42).

Tabla VII.41. Variables sociodemográficas asociadas a los trastornos depresivos

		Total	Fa	Fr	OR	P
Sexo	Varón	130	7	5,4	5,62 (2,43-13,03)	<0,0005*
	Mujer	165	40	24,2		
	Total	295	47	15,9		
Edad	<35 años	79	10	12,7	1,76 (0,94-3,29)	0,525**
	35-50 años	139	24	17,3		
	>50 años	77	13	16,9		
	Total	295	47	15,9		
Estado civil	Casados	178	23	12,9	1,78 (0,93-3,40)	0,076*
	No casados	116	24	20,7		
	Total	294	47	16,0		
Situación laboral (IT, desempleo, jubilación)	SÍ	89	19	21,3	1,78 (0,93-3,40)	0,079*
	NO	204	27	13,2		
	Total	293	46	15,7		
Nivel de estudios	Primarios	112	21	18,8	5,83 (>0,97)	0,059***
	Secund. ²	103	17	16,5		
	Superiores	80	9	11,3		
	Total	295	47	15,9		
Categoría profesional **	Categ. 1 y 2	29	1	3,4	5,83 (>0,97)	0,059***
	Resto	232	40	17,2		
	Total	261	41	15,7		
Procedencia	Españoles ¹	255	39	15,3	0,450*	0,450*
	Inmigrantes no comunit.	40	8	20,7		
	Total	295	47	15,9		

¹Incluye los inmigrantes comunitarios. ²Estudios secundarios. **Categorías profesionales según la clasificación nacional de ocupaciones. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa (porcentajes). P= Grado de significación. * χ^2 de asociación. ** χ^2 de tendencia lineal. ***Test exacto de Fisher.

Tabla VII.42. Prevalencia de trastorno depresivo versus consumo patológico de alcohol, disfunción familiar y apoyo social percibido

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Consumo patológico de alcohol	Sí	20	6	30,0	2,45 (0,89-6,73)	0,11*
	No	275	41	14,9		
	Total	295	47	15,9		
Disfunción familiar	Sí	47	22	46,8	7,85 (3,87-15,91)	<0,0005*
	No	248	25	10,1		
	Total	295	47	15,9		
Apoyo social	Bajo	55	17	30,9	3,12 (1,57-6,2)	0,001*
	Normal	239	30	12,6		
	Total	294	47	15,9		

P= Grado de significación. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa (porcentajes). * χ^2 de asociación.

El número de unidades de cambio vital (determinadas mediante el empleo de la escala de reajuste social) fue significativamente superior en los pacientes afectos de trastorno depresivo (271,96 frente a 154,14; $P<0,0005$). Los afectos de trastorno depresivo presentaron significativamente menor puntuación del valor del estado de salud (EuroQol-5D) (0,5988 frente a 0,8487) ($P<0,0005$) (tabla VII.43).

Tabla VII.43. Asociación de los trastornos depresivos versus acontecimientos vitales estresantes y el valor social del estado de salud

		Fa	Media (DE)	Diferencia de medias (IC 95%)	P
Reajuste social ¹					
Trastorno depresivo	NO	248	154,14 (119,81)	117,82 (67,39-168,25)	$P<0,0005$
	SÍ	47	271,96 (164,46)		
Valor estado salud ²					
Trastorno depresivo	NO	247	0,8487 (0,1671)	0,2498 (0,1853-0,3144)	$P<0,0005$
	SÍ	46	0,5988 (0,2065)		

¹Puntuación reajuste social expresado en unidades de cambio vital. ²Puntuación EQ-5D. Fa= Frecuencia absoluta. P= Grado de significación. DE= Desviación estándar.

Todas las dimensiones del EuroQol-5D se asociaron con los trastornos depresivos. La que presentó mayor OR de asociación fue la dimensión ansiedad/depresión (OR=29,86). Así, la prevalencia de trastornos depresivos entre las personas que referían encontrarse moderadamente o muy

ansiosas/depresivas fue del 47,1%, frente al 2,9% en las que no referían encontrarse ansiosas/depresivas ($P < 0,0005$) (tabla VII.44).

Tabla VII.44. Asociación de los trastornos depresivos versus las diferentes dimensiones del EuroQol-5D

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Movilidad	Sin problemas	240	26	10,8	5,24 (2,65-10,36)	<0,0005*
	Algunos problemas	54	21	38,9		
	Total	294	47	16,0		
Cuidados personales	Sin problemas	283	41	14,5	7,08 (2,07-24,28)	0,003**
	Algunos o incapaz	11	6	54,5		
	Total	294	47	16,0		
Actividades cotidianas	Sin problemas	239	22	9,2	8,22 (4,13-16,36)	<0,0005*
	Algunos o incapaz	55	25	45,5		
	Total	294	47	16,0		
Dolor o malestar	No tiene	148	10	6,8	4,68 (2,23-9,84)	<0,0005*
	Moderado o mucho	146	37	25,3		
	Total	294	47	16,0		
Ansiedad/depresión	No	207	6	2,9	29,86 (11,96-74,52)	<0,0005*
	Moderado o mucho	87	41	47,1		
	Total	294	47	16,0		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de asociación. **Test exacto de Fisher.

La prevalencia de trastornos depresivos tendía a aumentar significativamente a medida que empeoraba la percepción del estado de salud respecto a los últimos doce meses ($P < 0,0005$) (tabla VII.45).

Tabla VII.45. Prevalencia de los trastornos depresivos versus estado de salud comparado a los últimos doce meses

Estado de salud comparado a los doce últimos meses:	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Mejor	53	2	3,8	3,99 (0,91-17,4)	<0,0005*
Igual	192	26	13,5		
Peor	49	19	38,8		
Total	294	47	16,0	16,15 (3,51-74,23)	

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

La prevalencia de trastorno depresivo iba aumentando a medida que empeoraba el perfil del estado de salud autopercebido. La prevalencia en el mejor perfil fue del 2,5%, que aumentó al 3,4% en el siguiente perfil. Por último, aumentó a un 35,3% en el resto de perfiles. Esta tendencia creciente fue estadísticamente significativa ($P < 0,0005$).

Tabla VII.46. Prevalencia de los trastornos depresivos según los diferentes perfiles de salud

Perfiles de estado de salud autopercebido:	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
11111	118	3	2,5		
11121	58	2	3,4	1,37 (0,22-8,43)	<0,0005*
Resto de perfiles	119	42	35,3	20,91 (6,26-69,86)	
Total	295	47	16,0		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

Respecto a la prevalencia de los trastornos depresivos en función de la autovaloración del estado de salud, no se encontró ningún caso por encima del punto 79, fue del 11,9% entre 60 y 79 y fue del 60,8% por debajo de 60 ($P < 0,0005$).

Tabla VII.47. Prevalencia de los trastornos depresivos versus autovaloración del estado de salud

Autovaloración del estado de salud (escala visual analógica)	Total	Fa	Fr	P
Inferior a 60	51	31	60,8	
Entre 60 y 79	84	10	11,9	<0,0005*
Superior o igual a 80	127	0	0,0	
Total	262	41	15,6	

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

La prevalencia de trastornos depresivos aumentaba a medida que lo hacía la frecuentación en atención primaria ($P = 0,012$) (tabla VII.48).

Tabla VII.48. Prevalencia de los trastornos depresivos versus frecuentación en atención primaria

Frecuentación en los últimos 3 meses:	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
0 visitas	41	1	2,4		
1-2 visitas	153	21	13,7	6,36 (0,83-48,8)	0,012*
3-4 visitas	58	13	22,4	11,56 (1,45-92,32)	
≥5 visitas	31	6	19,4	9,60 (1,09-84,52)	
Total	283	41	14,5		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

VII.5.2. Análisis multivariante mediante regresión logística

En el modelo inicial de regresión logística se incluyeron las siguientes variables que fueron significativas en el análisis bivariable: sexo, situación laboral, categoría profesional, bajo apoyo social, disfunción familiar, consumo patológico de alcohol, reajuste social, estado de salud autopercebido (valor estado de salud), autovaloración del estado de salud y frecuentación.

En la tabla VII.49 quedan recogidas las variables del modelo final, que se asociaron independientemente con los trastornos depresivos.

La prueba de Hosmer y Lemeshow para el encaje del modelo arroja los siguientes datos: chi-cuadrado=2,565, 8 grados de libertad, P=0,959.

Las personas de sexo femenino tenían, respecto al sexo masculino, una OR ajustada de asociación con los trastornos depresivos de 6,39 (IC 95%: 2,24-18,22). En las situaciones de disfunción familiar la OR de asociación fue de 4,62 (IC 95%: 1,63-13,06). Con respecto a las variables cuantitativas, en el “reajuste social” (medida en unidades de cambio vital) la OR de asociación (respecto al grupo con 0 UCV) vendría determinado por la siguiente expresión: exponencial (0,004 x número de unidades de cambio vital). En el caso de la variable “valor del estado de salud autopercebido”, la prevalencia disminuye a medida que mejora el “valor del estado de salud” y la OR de asociación (respecto al grupo con valor 0) vendría determinada por la siguiente expresión: exponencial (-5,731 x valor estado de salud autopercebido).

Tabla VII.49. Variables asociadas independientemente con los trastornos depresivos

	Coef ⁴	Signif ⁵	Exp ⁶	IC 95% Exp ⁷
Sexo ¹	1,855	0,001	6,39	2,24-18,22
Disfunción familiar ²	1,530	0,004	4,62	1,63-13,06
Reajuste social	0,004	0,05	1,004	1,00-1,01
Estado de salud autopercibido ³	-5,731	<0,0005	0,003	0,001-0,037

¹Sexo masculino (categoría de referencia). ²Disfunción familiar leve o moderada (categoría de referencia). ³Puntuación EuroQol-5D. ⁴Coefficiente de regresión. ⁵Grado de significación estadística. ⁶Equivale a OR ajustada. ⁷Equivale al IC del 95% de la OR ajustada.

Con respecto a la validez del modelo, este clasifica correctamente al 90,5% de la muestra, al 54,5% de las personas afectadas de trastornos depresivos y al 97,1%, de las no afectadas. El modelo tendría una buena especificidad y valor predictivo global, pero una mala sensibilidad.

Tabla VII.50. Discriminación del modelo de regresión logística en los trastornos depresivos

Observado		Pronosticado		Porcentaje Correcto
		Trastorno depresivo NO	SÍ	
Trastorno Depresivo	NO	234	7	97,1
	SÍ	20	24	54,5
Porcentaje global				90,5

*El punto de corte es 0,5 (cada sujeto se asigna al grupo “pronóstico trastorno depresivo SÍ” cuando la probabilidad estimada es $\geq 0,5$, y se asigna al grupo NO, cuando la probabilidad es inferior a dicho umbral).

En relación al modelo aditivo generalizado, el spline cúbico (sexo*reajuste social en UCV) en la mujer no es significativo ($P=0,13$) y en el varón sí lo es ($P=0,000214$).

VII.6. VARIABLES ASOCIADAS A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

VII.6.1. Análisis bivariado

Los trastornos de ansiedad fueron significativamente más frecuentes en las mujeres que en los varones (23% frente al 11,5%) ($P=0,011$). También presentaron mayor frecuencia de trastornos de ansiedad aquellos pacientes en situación de IT/desempleo/jubilación (25,8% frente al 14,2%) ($P=0,017$) (tabla VII.51).

La prevalencia fue mayor en presencia de disfunción familiar (42,6% frente al 13,3%) ($P < 0,0005$) y bajo apoyo social (36,4% frente al 13,8%) ($P < 0,0005$) (tabla VII.52).

Tabla VII.51. Variables sociodemográficas versus trastornos de ansiedad

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Sexo	Varón	130	15	11,5	2,29 (1,2-4,39)	0,011*
	Mujer	165	38	23,0		
	Total	295	53	18,0		
Edad	<35 años	79	10	12,7	0,484**	
	35-50 años	139	30	21,6		
	>50 años	77	13	16,9		
	Total	295	53	18,0		
Estado civil	Casados	178	29	16,3	0,338*	
	No casados	116	24	20,7		
	Total	294	53	18,0		
Situación laboral (IT, desempleo, jubilación)	SÍ	89	23	25,8	2,10 (1,14-3,89)	0,017*
	NO	204	29	14,2		
	Total	293	52	17,7		
Nivel de estudios	Primarios	112	21	18,8	0,421**	
	Secundarios	103	21	20,4		
	Superiores	80	11	13,8		
	Total	295	53	18,0		
Categoría profesional	Categ. 1 y 2	29	4	13,8	0,466*	
	Resto	232	45	19,4		
	Total	261	49	18,8		
Procedencia	Españoles ¹	255	46	18,0	0,934*	
	Inmigrantes no comunit.	40	7	17,5		
	Total	295	53	18,0		

¹Incluye los inmigrantes comunitarios. **Categorías profesionales según la clasificación nacional de ocupaciones. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa (porcentajes). P= Grado de significación. * χ^2 de asociación. ** χ^2 de tendencia lineal.

Tabla VII.52. Prevalencia de trastorno de ansiedad versus consumo patológico de alcohol, disfunción familiar y apoyo social percibido

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Consumo patológico de alcohol	Sí	20	6	30,0	2,08 (0,79-5,53)	0,222**
	No	275	47	17,1		
	Total	295	53	18,0		
Disfunción familiar	Sí	47	20	42,6	4,83 (2,43-9,57)	<0,0005
	No	248	33	13,3		
	Total	295	53	18,0		
Apoyo social	Bajo	55	20	36,4	3,57 (1,84-6,91)	<0,0005
	Normal	239	33	13,8		
	Total	295	53	18,0		

P= Grado de significación. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa (porcentajes). * χ^2 de asociación. **Test exacto de Fisher.

Las personas con trastornos de ansiedad presentaron de media mayor número de UCV que aquellas no afectas (281 frente a 149,24) ($P<0,0005$). También presentaron menor valor del estado de salud autopercebido (0,6334 frente a 0,8483) ($P<0,0005$).

Tabla VII.53. Asociación de los trastornos de ansiedad con los acontecimientos vitales estresantes y el valor social del estado de salud

		Fa	Media (DE)	Diferencia de medias (IC 95%)	P
Reajuste social ¹					
Trastornos de ansiedad	NO	242	149,24 (116,02)	131,76 (85,28-178,25)	<0,0005
	SÍ	53	281,00 (160,49)		
Valor estado de salud ²					
Trastornos de ansiedad	NO	240	0,8483 (0,1759)	0,2149 (0,1617-0,2680)	<0,0005
	SÍ	53	0,6334 (0,1864)		

¹Puntuación reajuste social expresado en unidades de cambio vital. ²Puntuación EQ-5D. Fa= Frecuencia absoluta. P= Grado de significación. DE= Desviación estándar.

La tabla VII.54 recoge la asociación de los trastornos de ansiedad con las diferentes dimensiones del EuroQol-5D. En dicha tabla se observa cómo la prevalencia de los trastornos de ansiedad se asocia a la gravedad de cada una de las cinco dimensiones del EuroQol-5D. El grupo que refería encontrarse moderadamente o muy ansioso o depresivo presentó una prevalencia del 50,6% respecto a los que no se sentían ansiosos o depresivos: 4,3% (OR=22,51) ($P<0,0005$).

La prevalencia de trastornos de ansiedad tenía una tendencia a aumentar significativamente a medida que empeoraba la percepción del estado salud respecto a los últimos doce meses ($P < 0,0005$) (tabla VII.55).

Tabla VII.54. Asociación entre los trastornos de ansiedad y las diferentes dimensiones del EuroQol-5D

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Movilidad	Sin problemas	240	34	14,2	3,29 (1,69-6,4)	<0,0005*
	Algunos problemas	54	19	35,2		
	Total	294	53	18,0		
Cuidados personales	Sin problemas	283	48	17,0	4,08 (1,2-13,91)	0,031**
	Algunos o incapaz	11	5	45,5		
	Total	294	53	18,0		
Actividades cotidianas	Sin problemas	239	30	12,6	5,01 (2,59-9,67)	<0,0005*
	Algunos o incapaz	55	23	41,8		
	Total	294	53	18,0		
Dolor o malestar	No tiene	148	16	10,8	2,80 (1,48-5,31)	0,001*
	Moderado o mucho	146	37	25,3		
	Total	294	53	18,0		
Ansiedad/ depresión	No	207	9	4,3	22,51 (10,22-49,56)	<0,0005*
	Moderado o mucho	87	44	50,6		
	Total	294	53	20,4		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de asociación. **Test exacto de Fisher.

Tabla VII.55. Prevalencia de los trastornos de ansiedad según el estado de salud comparado a los últimos doce meses

Estado de salud comparado a los doce últimos meses:	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Mejor	53	7	13,2		
Igual	192	24	12,5	0,94 (0,38-2,32)	<0,0005*
Peor	49	22	44,9	5,35 (2,02-14,19)	
Total	294	53	18,0		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

La prevalencia de trastornos de ansiedad tenía una tendencia creciente estadísticamente significativa al empeorar el perfil del estado de salud autopercebido (tabla VII.56). La prevalencia era del 1,7% en el mejor perfil (11111), aumentaba al 6,9% en el siguiente y era máxima en el resto (39,5%).

Tabla VII.56. Prevalencia de los trastornos de ansiedad versus diferentes perfiles de salud

Perfiles de estado de salud autopercebido	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
11111	118	2	1,7		
11121	58	4	6,9	4,30 (0,76-24,18)	<0,0005*
Resto de perfiles	119	47	39,5	37,86 (8,92-160,65)	
Total	295	53	18,0		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

A medida que empeoraba la autovaloración del estado de salud, aumentaba la frecuencia de trastornos de ansiedad, siendo máxima (51%) en aquellos que se situaban por debajo del punto 60 en la escala visual analógica. Esta tendencia fue estadísticamente significativa ($P < 0,0005$) (tabla VII.57).

Tabla VII.57. Prevalencia de los trastornos de ansiedad versus autovaloración del estado de salud

Autovaloración del estado de salud (escala visual analógica)	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Inferior a 60	51	26	51,0	25,38 (8,89-72,47)	<0,0005*
Entre 60 y 79	84	17	20,2	6,19 (1,19-17,53)	
Superior o igual a 80	127	5	3,9		
Total	262	48	18,3		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad aumentaba a medida que lo hacía la frecuentación en los tres últimos meses, con una tendencia lineal creciente que fue estadísticamente significativa (P=0,018). Dicha prevalencia era del 2,4% en el grupo con 0 visitas e iba aumentando hasta el 25,8% en aquellos con cinco o más visitas (tabla VII.58).

Tabla VII.58. Prevalencia de los trastornos de ansiedad según la frecuentación en atención primaria

Frecuentación en los últimos 3 meses:	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
0 visitas	41	1	2,4		0,018*
1-2 visitas	153	28	18,3	8,96 (1,18-67-96)	
3-4 visitas	58	11	19,0	9,36 (1,16-75,69)	
≥5 visitas	31	8	25,8	13,91 (1,64-118,39)	
Total	283	48	17,0		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

VII.6.2. Análisis multivariante mediante regresión logística

En el modelo inicial de regresión logística se incluyeron las siguientes variables que fueron significativas en el análisis bivariable: sexo, situación laboral, bajo apoyo social, disfunción familiar, reajuste social, estado de salud autopercebido (valor estado de salud), perfil de salud, autovaloración del estado de salud y frecuentación.

En la tabla VII.59 quedan recogidas las variables que se asocian independientemente con los trastornos de ansiedad.

La prueba de Hosmer y Lemeshow para este modelo da los siguientes datos: chi-cuadrado=3,995, 8 grados de libertad, P=0,858.

Es más frecuente en el sexo femenino con una OR de asociación de 2,39, en las situaciones de disfunción familiar (OR=2,44) y en los peores perfiles de salud autopercebido: la OR fue 3,89 en el perfil 11121 respecto al mejor perfil y en el resto de perfiles fue de 23,41 respecto al mejor.

Con respecto al “reajuste social” (medida en unidades de cambio vital) la OR de asociación (respecto al grupo con 0 UCV) vendría determinado por la siguiente expresión: exponencial (0,004 x número de unidades de cambio vital).

Con respecto a los perfiles de estado de salud autopercebido, el perfil 11121 no fue significativamente diferente con respecto a su asociación con los trastornos depresivos que el perfil de referencia (11111).

Tabla VII.59. Variables asociadas independientemente con los trastornos de ansiedad

	Coef ⁴	Signif ⁵	Exp ⁶	IC 95% Exp ⁷
Sexo ¹	0,872	0,030	2,39	1,09-5,26
Disfunción familiar ²	0,892	0,046	2,44	1,01-5,87
Reajuste social	0,004	0,005	1,004	1,001-1,006
Perfiles de estado de salud autopercebido ³		<0,0005		
11121	1,358	0,133	3,89	0,66-22,91
Resto de perfiles	3,153	<0,0005	23,41	5,33-102,90

¹Sexo masculino (categoría de referencia). ²Disfunción familiar leve o moderada (categoría de referencia). ³11111 (perfil de referencia). ⁴Coefficiente de regresión. ⁵Grado de significación estadística. ⁶Equivale a OR ajustada. ⁷Equivale al IC del 95% de la OR ajustada.

Con respecto a la validez del modelo, este clasifica correctamente al 86,6% de la muestra, al 34,7% de las personas afectas de trastornos de ansiedad y al 96,2% de los no afectos. Por lo que el modelo tendría una buena especificidad y un buen valor predictivo global, pero una mala sensibilidad.

Tabla VII.60. Discriminación del modelo de regresión logística en los trastornos ansiosos

	Observado	Pronosticado		Porcentaje Correcto
		Trastorno de ansiedad NO	SÍ	
Trastorno de ansiedad	NO	227	9	96,2
	SÍ	32	17	34,7
Porcentaje global				86,6

*El punto de corte es 0,5 (cada sujeto se asigna al grupo “pronóstico trastorno de ansiedad SÍ” cuando la probabilidad estimada es $\geq 0,5$, y se asigna al grupo NO, cuando la probabilidad es inferior a dicho umbral).

VII.7. VARIABLES ASOCIADAS A LA HIPERFRECUENTACIÓN

VII.7.1. Análisis bivariante

La prevalencia de la hiperfrecuentación tiende a crecer con la edad. Así, la prevalencia es del 4,9% en los menores de 35 años, subiendo a un 12,5% en el grupo de 35 a 50 años, hasta un 15,3% en los mayores de 50 años ($P=0,040$). En las personas en situación de IT o desempleo o jubilación la prevalencia fue del 21,2% frente al 7,2% en aquellas que no están en esta situación ($P=0,001$). En las dos primeras categorías profesionales no se encontró ninguno caso de hiperfrecuentación frente al 13,4% en el resto de categorías ($P=0,032$) (tabla VII.61).

Tabla VII.61. Variables sociodemográficas versus hiperfrecuentación

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Sexo	Varón	133	17	12,8		0,409*
	Mujer	164	16	9,8		
	Total	297	33	11,1		
Edad	<35 años	81	4	4,9		0,040**
	35-50 años	144	18	12,5	2,75 (0,9-8,43)	
	>50 años	72	11	15,3	3,47 (1,05-11,44)	
	Total	297	33	11,1		
Estado civil	Casados	176	18	10,2		0,542*
	No casados	120	15	12,5		
	Total	297	33	11,1		
Situación laboral (IT, desempleo, jubilación)	SÍ	85	18	21,2	3,47 (1,66-7,28)	0,001*
	NO	209	15	7,2		
	Total	294	33	11,2		
Nivel de estudios	Primarios	111	12	10,8		0,271**
	Secundarios	104	17	16,3		
	Superiores	82	4	4,9		
	Total	297	33	11,1		
Categoría profesional ²	Categ. 1 a 4 [#]	82	4	4,9		0,013*
	Resto	185	29	15,7		
	Total	267	33	12,4		
Procedencia	Españoles ¹	255	30	11,8		0,595*
	Inmigrantes no comunit.	42	3	7,1		
	Total	297	33	11,1		

¹Incluye los inmigrantes comunitarios. ²Categorías profesionales según la clasificación nacional de ocupaciones. Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa (porcentajes). P= Grado de significación. * χ^2 de asociación. ** χ^2 de tendencia lineal. [#]En las tres primeras categorías la Fa fue 0.

La media de edad del grupo con hiperfrecuentación fue significativamente superior al grupo sin hiperfrecuentación: 46,33 años frente a 41,44 años (P=0,017) (tabla VII.62).

Tabla VII.62. Asociación de la hiperfrecuentación con la edad

	Fa	Media (DE)	diferencia de medias (IC 95%)	P
Hiperfrecuentación:				
SÍ	33	46,33 (10,19)	4,90 (0,9-8,9)	0,017*
NO	264	41,44 (11,10)		

Fa= Frecuencia absoluta. DE= Desviación estándar. P= Grado de significación. *t-Student.

Se observó una mayor frecuencia de hiperfrecuentación en las personas con consumo patológico de alcohol, disfunción familiar o bajo apoyo social, pero las diferencias observadas no fueron significativas (tabla VII.63).

Tabla VII.63. Prevalencia de hiperfrecuentación versus consumo patológico de alcohol, disfunción familiar y apoyo social percibido

		Total	Fa	Fr	P
Consumo patológico de alcohol	Sí	23	4	17,4	0,303*
	No	274	29	10,6	
	Total	297	33	11,1	
Disfunción familiar	Sí	52	8	15,4	0,280*
	No	245	25	10,2	
	Total	297	33	11,1	
Apoyo social	Bajo	59	8	13,6	0,511*
	Normal	237	25	10,5	
	Total	296	33	11,1	

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. P= Grado de significación. * χ^2 de asociación.

El número de UCV (escala de reajuste social) fue significativamente superior en el grupo con hiperfrecuentación: 277,15 frente a 162,78 (P=0,001). El grupo con hiperfrecuentación también presentó menor valor de estado de salud autopercebido: 0,647 frente a 0,8295 (P<0,0005) (tabla VII.64).

Tabla VII.64. Asociación de la hiperfrecuentación con los acontecimientos vitales estresantes y el valor social del estado de salud

		Fa	Media (DE)	Diferencia de medias (IC 95%)	P
Reajuste social ¹					
Hiperfrecuentación	NO	264	162,16 (124,50)	114,99 (52,55-177,42)	0,001*
	SÍ	33	277,15 (171,34)		
Valor estado salud ²					
Hiperfrecuentación	NO	261	0,8274 (0,1860)	0,1805 (0,1116-0,2493)	<0,0005*
	SÍ	32	0,6470 (0,1933)		

¹Puntuación escala de reajuste social expresado en unidades de cambio vital. ²Puntuación EQ-5D. Fa= Frecuencia absoluta. P= Grado de significación. *t-Student.

La tabla VII.65 recoge la asociación de la hiperfrecuentación con las diferentes dimensiones del EuroQol-5D. En la misma se observa cómo la prevalencia de la hiperfrecuentación se asoció a la gravedad de todas y cada una de estas cinco dimensiones. La OR de asociación con la hiperfrecuentación en el grupo que

refería moderado o grave dolor o malestar era de 8,79 con respecto al grupo que no refería dolor o malestar ($P < 0,0005$).

Tabla VII.65. Asociación entre la hiperfrecuentación versus diferentes dimensiones del EuroQol-5D

		Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
Movilidad	Sin problemas	240	20	8,3	3,49 (1,61-7,56)	0,001*
	Algunos problemas	54	13	24,1		
	Total	294	33	11,2		
Cuidados personales	Sin problemas	282	29	10,3	4,36 (1,24-15,38)	0,034**
	Algunos o incapaz	12	4	33,3		
	Total	294	33	11,2		
Actividades cotidianas	Sin problemas	236	20	8,5	3,12 (1,45-6,73)	0,003*
	Algunos o incapaz	58	13	22,4		
	Total	294	33	11,2		
Dolor o malestar	No tiene	147	4	2,7	8,79 (3-25,7)	<0,0005**
	Moderado o mucho	147	29	19,7		
	Total	294	33	11,2		
Ansiedad/depresión	No	204	17	8,3	2,38 (1,41-4,95)	0,018*
	Moderado o mucho	90	16	17,8		
	Total	294	33	11,2		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. * χ^2 de asociación. **Test exacto de Fisher.

La prevalencia de hiperfrecuentación iba aumentando del 2,6% hasta el 18,5% a medida que empeoraba el perfil del estado de salud autopercebido, tendencia que fue estadísticamente significativa ($P < 0,0005$) (tabla VII.66).

Tabla VII.66. Prevalencia de la hiperfrecuentación según los diferentes perfiles de salud

Perfiles de estado de salud autopercebido	Total	Fa	Fr	OR (IC 95%)	P
11111	116	3	2,6	5,27 (1,31-21,23)	<0,0005*
11121	57	7	12,3		
Resto de perfiles	124	23	18,5		
Total	297	33	11,1		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. OR= *Odds ratio*. P= Grado de significación. *t-Student.

La prevalencia de hiperfrecuentación aumentaba a medida que empeoraba la autovaloración del estado de salud desde el 5,6% en el grupo con mejor autovaloración hasta el 21,2% en el grupo de peor autovaloración (inferior a 60 en la escala visual analógica del EuroQol-5D) Esta tendencia fue estadísticamente significativa (P=0,003) (tabla VII.67).

Tabla VII.67. Prevalencia de la hiperfrecuentación versus autovaloración del estado de salud

Autovaloración del estado de salud (escala visual analógica)	Total	Fa	Fr	OR	P
Inferior a 60	52	11	21,2	4,56 (1,66-12,56)	0,003*
Entre 60 y 79	85	8	9,4	1,77 (0,61-5,07)	
Superior o igual a 80	126	7	5,6		
Total	263	26	9,9		

Fa= Frecuencia absoluta. Fr= Frecuencia relativa. P= Grado de significación. * χ^2 de tendencia lineal.

VII.7.2. Análisis multivariante mediante regresión logística

En el modelo inicial de regresión logística se incluyeron las siguientes variables que fueron significativas en el análisis bivariable: edad, situación laboral, categoría profesional, reajuste social, estado de salud autopercebido (valor estado de salud), perfil de salud y autovaloración del estado de salud.

En la tabla VII.68 quedan recogidas las variables que se asocian independientemente con la hiperfrecuentación.

La prueba de Hosmer y Lemeshow para este modelo da los siguientes datos: chi-cuadrado=12,366, 8 grados de libertad, P=0,136.

Con respecto al “reajuste social” (medida en unidades de cambio vital) la OR de asociación (respecto al grupo con 0 UCV) vendría determinado por la siguiente expresión: exponencial (0,003 x número de unidades de cambio vital). Con respecto al valor de estado de salud autopercebido la OR de asociación disminuye a medida que mejora este valor, siendo por tanto un factor de protección. En este caso la OR de asociación con la hiperfrecuentación (respecto al grupo con valor 0) vendría determinada por la siguiente expresión:

exponencial (-3,485 x valor estado de salud autopercebido). Con respecto a la situación laboral, estar en situación de desempleo, incapacidad temporal o jubilación se comportaba como un factor de riesgo, estando en el límite de la significación estadística.

Tabla VII.68. Variables asociadas independientemente con la hiperfrecuentación

	Coef ²	Signif ³	Exp ⁴	IC 95% Exp ⁵
Reajuste social	0,003	0,012	1,003	1,001-1,006
Estado de salud autopercebido ¹	-3,485	<0,0005	0,031	0,004-0,216
Situación laboral	0,781	0,063	2,184	0,959-4,975

¹Puntuación EuroQol-5D. ²Coefficiente de regresión. ³Grado de significación estadística. ⁴Equivale a OR ajustada. ⁵Equivale al IC del 95% de la OR ajustada.

VIII. DISCUSIÓN

VIII.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas a la hora de interpretar los resultados obtenidos.

En primer lugar debemos tener en cuenta que las personas institucionalizadas no están representadas en el mismo. Esta particularidad podría contribuir a infraestimar los resultados, ya que la institucionalización puede estar relacionada con algún problema de salud mental.

Por otro lado, las personas con ciertas limitaciones para contestar al cuestionario fueron excluidas del estudio. Este hecho también podría determinar una infraestimación de los resultados, dado que esta incapacidad para participar también podría estar relacionada con trastornos de la salud mental.

Otra limitación a tener en cuenta viene derivada por el propio empleo del GHQ-28 como instrumento de cribado. El GHQ es más sensible que específico. La sensibilidad es tanto mayor y la especificidad tanto menor cuanto más bajo es el punto de corte, con el consiguiente aumento del número de falsos positivos. En nuestro caso, hemos empleado un punto de corte bajo (4/5) con el fin de captar el mayor número posible de pacientes a los que aplicar la entrevista estructurada para confirmar el diagnóstico. En este caso esta limitación, al contrario que las dos anteriores, nos llevaría a sobreestimar la prevalencia de los problemas de salud mental. Los falsos positivos con el GHQ son, sin embargo, más frecuentes en personas mayores de 65 años, que no fueron incluidas en nuestro estudio.

Hay que tener en cuenta que el GHQ es más sensible a depresión y ansiedad e infraestima los casos de drogodependencia y alcoholismo, que son más frecuentes entre los varones. Con respecto a esta peculiaridad, debemos mencionar que para estimar los problemas relacionados con el alcohol hemos empleado el CAGE.

Por último, debemos tener en cuenta el diseño empleado. El nuestro es un estudio transversal, y por lo tanto no podemos establecer relaciones de causalidad entre las diferentes variables empleadas en el mismo.

VIII.2. FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS, TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS MENTALES EN GENERAL

VIII.2.1. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y SU RELACIÓN CON EL SEXO

La prevalencia de trastornos mentales en Lanzarote fue elevada (28,57%, IC 23,24-33,91), particularmente en el sexo femenino (35,76%, IC 28,14- 43,37) donde la prevalencia fue algo menos del doble que en el masculino (19,38%, IC 12,17-26,59), tal como hemos mencionado anteriormente al exponer los resultados de la segunda fase del estudio. El hecho de que la prevalencia haya sido tan alta, se debe en parte a la circunstancia de que el estudio fue realizado en atención primaria. Si tenemos en cuenta que en este nivel de atención, el hecho de consultar está, en muchas ocasiones, asociado a la presencia de malestar psíquico no expresado por el/la paciente, comprenderíamos el porqué de esa elevada prevalencia.

Otro factor que podría contribuir a explicar este hecho sería la crisis económica actual con sus repercusiones negativas en la salud física y, sobre todo, mental de las personas. Los diferentes aspectos vinculados a la misma como son el desempleo, la exclusión social, el empobrecimiento y sobre todo las situaciones adversas de tipo económico, como las deudas o el impago de las hipotecas, aumentan el riesgo de trastorno mental mediante la pérdida de autoestima o la adopción de comportamientos nocivos para la salud (consumo de alcohol, drogas, etc.). Estas conductas adictivas, así como la ludopatía, además del suicidio y la depresión, son los trastornos mentales que más se asocian a la crisis económica⁹¹. También la inseguridad y el miedo anticipado a ser víctima del desempleo, se asocian a resultados adversos en salud física y mental, en algunos casos más que con la pérdida real del puesto de trabajo⁹².

A pesar de lo comentado en el párrafo anterior, en el trabajo que Iglesias CG et al.⁹¹ realizaron en Asturias, las variaciones en las tasas de paro, el IPC (índice de precios al

consumo) y el PIB (producto interior bruto) no se correlacionaron con una mayor demanda asistencial por trastornos mentales, e incluso la correlación de la tasa de desempleo con la demanda de atención en salud mental fue negativa; es decir, el aumento del desempleo se asoció a una menor demanda en salud mental. Hemos de tener en cuenta, no obstante, que los datos de morbilidad de trastorno mental fueron obtenidos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Asturias (RACPAS), y por lo tanto no se tuvieron en cuenta los casos de atención primaria. Por otro lado, el RACPAS se elabora a partir de las personas que mantienen algún contacto con establecimientos de salud mental de Asturias, y además se considera que solo una cuarta parte de la población general con algún trastorno mental consulta algún servicio especializado de salud mental. Por otro lado, el RACPAS no incluye los trastornos adaptativos entre sus categorías diagnósticas.

Utilizando la misma base de datos mencionada, Bobes J et al.⁹³ observaron un leve aumento de la prevalencia de los trastornos mentales en Asturias entre 1997 y 2010, pero que ellos atribuyeron al envejecimiento de la población. Por su parte, Gili M et al.⁹² analizaron la prevalencia de los trastornos mentales en la crisis (2010-2011) y los compararon con la prevalencia en el periodo previo a la misma (2006-2007). Observaron un aumento no ajustado de la prevalencia del trastorno depresivo mayor, desde un 28,9%, en la muestra de 2006, hasta un 47,5% en la muestra de 2010, aunque el aumento ajustado de la prevalencia fue finalmente del 19,4%. También se observó un aumento del 10,8% de la distimia. Análogamente ocurrió con el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, así como con otros trastornos mentales, como el abuso y la dependencia del alcohol o la bulimia. Concluyen estos autores que la recesión incrementó de manera significativa la prevalencia de los trastornos mentales, sobre todo en personas con desempleo y con dificultades para el pago de las hipotecas. Así, por ejemplo, estar en desempleo se asocia con la dependencia de alcohol y abuso de alcohol con unas OR ajustadas de 2,10 y 1,26 respectivamente, mientras que la depresión mayor, el trastorno por ansiedad generalizada o el trastorno multisomatomorfo presentaban unas OR de 1,49, 1,53 y 1,58 respectivamente. Pero también se observó una mayor asociación entre aquellos con algún miembro de la familia en desempleo, particularmente en la depresión mayor (OR=1,72), trastorno por ansiedad generalizada (OR=1,63) y dependencia del alcohol (OR=1,82). Paralelamente

al aumento de la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes durante el periodo de crisis económica, se ha observado también un incremento del consumo de psicofármacos, particularmente de los antidepresivos, que se ha incrementado aproximadamente un 10% entre 2010 y 2012⁹².

Además de los anteriores en nuestro país se han desarrollado múltiples trabajos de investigación. De los realizados en el marco de la atención primaria, destaca el reciente trabajo de Grandes G et al.⁴⁵ con una prevalencia de trastornos mentales del 23% mediante el uso de la CIDI 1.1. En el trabajo de Serrano Blanco et al.⁴⁶, utilizando tanto el SCIDI-I como la MINI, se obtuvo una prevalencia del 30,2%, más parecida a nuestros resultados que la anterior. Otros trabajos, como el de Roca M et al.⁴⁷ y Baca Baldomero et al.⁴⁹, obtuvieron prevalencias algo superiores, aunque en este caso usaron el PRIME-MD. Las prevalencias en estos estudios fueron del 53,5% y del 53,6% respectivamente, si bien en el segundo caso la prevalencia se redujo al 41,3% con el uso del SCAN (tabla II.1).

Si nos limitamos a los resultados obtenidos por nosotros mediante la aplicación del GHQ-28, donde la prevalencia fue del 40%, observaríamos una similitud a los resultados obtenidos por Chocrón Bentata et al.⁵¹ (39,6%) y Martínez Álvarez JM et al.⁵³ (41,5%). Sin embargo, Vázquez Barquero et al.⁵⁰ y Cortés JA et al.⁵², usando el mismo instrumento de medida, obtuvieron prevalencias algo inferiores: 33,2 % y 33% respectivamente (tabla II.1).

La alta prevalencia de los trastornos mentales, no es exclusiva de nuestro ámbito geográfico, sino que es común también en otras poblaciones. Así, en el estudio realizado en Perú dentro de la Encuesta Mundial de Salud Mental y mediante el uso del CIDI, se obtuvo una prevalencia en los últimos doce meses del 13,5%⁹⁴. El 29% tenían o habían tenido al menos un trastorno a lo largo de la vida⁹⁵. En otro estudio de base comunitaria realizado por Amoran et al. en población nigeriana se halló una prevalencia del 65,4% mediante el empleo del PHQ. A diferencia de nuestro trabajo, en este se observó una mayor prevalencia en el varón aunque no fue significativa. Tal discrepancia se explicaría, según los autores, por el papel predominante de los varones en esta cultura, puesto que son ellos quienes trabajan y los que llevan gran parte de la responsabilidad de la supervivencia de la comunidad⁹⁶.

En el trabajo de Fortes et al.⁹⁷ realizado dentro del Programa de Salud de las Familias en la municipalidad de Petrópolis (Estado de Río de Janeiro), se empleó el General Health Questionnaire en su versión de 12 ítems. Estos autores consideran que los trastornos mentales están presentes en cerca de la mitad de los pacientes atendidos en las unidades de atención primaria, observando a su vez que la presencia de dichos trastornos estaba asociada a ser mujer con un OR de 2,9. Existe una marcada diferencia entre la prevalencia de este estudio (56%) y la de la presente tesis. Diferencia que se explica por la distinta metodología empleada. Así, en el estudio brasileño se empleó el GHQ-12 con un punto de corte de 2/3, mientras que en la presente tesis se ha empleado la entrevista estructurada MINI sobre aquellos con GHQ-28 positivo. Si nos atenemos a los resultados obtenidos por nosotros con el cuestionario mencionado, la prevalencia obtenida (40%) estaría más próxima a la del citado estudio.

En el trabajo que Ansseau et al.⁹⁸ realizaron en Bélgica, en el marco de la atención primaria, se obtuvo una prevalencia del 42,5% en el total de la muestra, con un ligero predominio en las mujeres (43,8% versus 40,8%). A los autores les llamó la atención esta alta prevalencia, a pesar de que solo el 5,4% de la muestra acudió al médico general por un problema de salud mental. En este estudio se empleó el PRIME-MD, lo cual podría explicar las diferencias en la prevalencia con respecto a nuestro estudio. Por otro lado, los autores del mencionado trabajo revelan que, por la propia organización del sistema de salud belga, una proporción importante de los pacientes son visitados en sus domicilios, que en dicho estudio supuso un 30% de la muestra. Estos pacientes incapacitados para acudir a la consulta del médico general, se caracterizarían por presentar más problemas de salud mental. También el momento temporal (invierno) en que se realizó dicho estudio podría contribuir a explicar esta alta prevalencia.

En Mainz (Alemania)⁹⁹ también se observó una alta frecuencia de trastornos mentales, con mayor prevalencia en las mujeres (49,1% frente al 21,2%) y con una razón de riesgo de 2. Del mismo modo, la prevalencia fue también elevada en un estudio realizado en Florencia (Italia), con un 43,6%, siendo además superior en las mujeres con una prevalencia del 51,1% frente a un 32,5% (OR=2,19)⁶⁹. Igualmente fue elevada la prevalencia observada por Maginn et al. en su estudio realizado entre septiembre de 1999 y septiembre de 2000 en diferentes barrios de Londres (37%), aunque en este caso

se observó una mayor prevalencia en los varones. Los autores del mencionado trabajo atribuyen este hallazgo inusual a que en la muestra había un gran número de varones en desempleo o con enfermedad o discapacidad permanente. Esta diferencia desapareció una vez fueron excluidos estos del análisis¹⁰⁰. Al igual que en el trabajo comentado anteriormente en estos se obtuvo también una prevalencia superior a la de nuestro estudio e igualmente se explica por la misma circunstancia ya mencionada, es decir, en estos trabajos se emplearon cuestionarios para determinar la prevalencia (PHQ-15 en el primer estudio, y el GHQ-12 en los dos siguientes). Si comparamos dichos resultados con los obtenidos en esta memoria con el empleo del GHQ-28 observaremos que nuestra prevalencia es bastante similar a la de los trabajos comentados (tabla VIII.1).

Otros estudios internacionales desarrollados en el ámbito de la atención primaria dan

Tabla VIII.1. Estudios sobre prevalencia de trastornos mentales

	Año	Lugar	Instrumento	prevalencia	Ámbito
Martínez Álvarez JM et al. ⁵³	1993	Vizcaya	GHQ-28	41,5%	A. Primaria
Cortés JA et al. ⁵²	1993	Segovia	GHQ-28	33%	A. Primaria
Chocrón Bentata et al. ⁵¹	1996	Girona	GHQ-28	39,6%	A. Primaria
Vázquez Barquero et al. ⁵⁰	1997	Santander	GHQ-28	33,2%	A. Primaria
Baca Baldomero E et al. ⁴⁹	1999	Madrid	PRIME-MD SCAN	53,5% 41,3%	A. Primaria
Berardi D et al. ⁷⁰	1999	Italia	GHQ-12, CIDI	18%	A. Primaria
Jackson JL et al. ⁶⁵	2001	EE. UU.	PRIME-MD	26%	A. Primaria
Ansseau et al. ⁹⁸	2004	Bélgica	PRIME-MD	42,5%	A. Primaria
Ferrara M. ⁶⁹	2004	Italia	GHQ-12	43,6%	A. Primaria
Maginn S. ¹⁰⁰	2004	Inglaterra	GHQ-12	37%	A. Primaria
Broers T et al. ⁶⁶	2006	Bosnia-H	PHQ	26%	A. Primaria
Gonçalves DM et al. ⁶²	2008	Brasil	SCID-IV-TR	51,1%	A. Primaria
Roca M et al. ³⁹	2009	España	PRIME-MD	53,6%	A. Primaria
Serrano-Blanco A et al. ³⁸	2010	Cataluña	SCIDI-I, MINI	30,2%	A. Primaria
Grandes G et al. ³⁷	2011	España	CIDI 1.1	23%	A. Primaria
Fortes et al. ⁹⁷	2011	Brasil	GHQ-12	56%	A. Primaria
Steinbrecher N. ⁹⁹	2011	Alemania	PHQ	mujeres/varones 49,1/21,2%	A. Primaria
Amoran et al. ⁹⁶	2012	Nigeria	PHQ	65,4%	Comunitario
Piazza M, Fiestas F. ^{94,95}	2014	Perú	CIDI	13,5% (últimos 12 meses) 29% (a lo largo de la vida)	Comunitario
Esta investigación		Lanzarote	GHQ-28 MINI	40% 28,6%	A. Primaria

prevalencias dispares⁵²⁻⁷⁰. Así, se observa que estas oscilan entre el 18% del estudio de Berardi et al., mediante el uso del CIDI, o el 26% de Jackson JL et al. o Broers T et al., mediante el uso del PRIME-MD o PHQ respectivamente, y el 53,1% de Gonçalves DA et al.⁶⁰ con el uso del GHQ-12 (tabla II.1).

Las diferencias en las prevalencias obtenidas en los distintos estudios analizados, el nuestro entre ellos, obedecen pues a múltiples circunstancias como el dispar ámbito geográfico en que se desarrollaron, las diferentes circunstancias ambientales, sociales e incluso genéticas de las poblaciones estudiadas, la mayor o menor presencia del fenómeno migratorio, el marco comunitario o de atención primaria en que se realizaron dichos trabajos y, por último, las propiedades, en términos de sensibilidad y especificidad, de los diferentes instrumentos diagnósticos empleados (cuestionarios autoadministrados, entrevistas estructuradas, etc.).

La inmensa mayoría de los estudios, al igual que la presente tesis, obtienen una mayor prevalencia de trastornos mentales en las mujeres. Según Fuhrer R et al.¹⁰¹ las mujeres, a diferencia de los varones, estarían social y biológicamente orientadas hacia el cuidado de los demás, una parte de cuyos cuidados incluiría el apoyo social que proporcionan. Las relaciones sociales parecen proteger la salud mental de las personas. Sin embargo, si las mujeres obtienen su apoyo emocional de múltiples fuentes, esto implicaría que ellas también deberían apoyar a estas mismas fuentes, lo que podría tener un coste en salud mental. Además, el contacto cercano de las mujeres con esas múltiples fuentes puede implicarlas en más acontecimientos vitales que a los varones, lo que también puede contribuir a poner en peligro su salud mental. Las diferencias de sexo en el riesgo de trastorno mental no se deducen únicamente de examinar la cantidad de apoyo que los varones o las mujeres reciben o de los acontecimientos vitales que pudieran experimentar personalmente. Más bien sugiere que la mayor participación femenina en las vidas de otras personas que les son cercanas, las haría más vulnerables a los efectos indirectos de las situaciones adversas que sufran los otros. Por otro lado, la dificultad implícita para responder a las demandas de los otros dentro del apoyo prestado, así como la infravaloración relativa de este papel, también puede contribuir a explicar la mayor prevalencia de los trastornos mentales en las mujeres. Los resultados obtenidos en la presente tesis concuerdan con esta observación. Así, las mujeres reaccionarían

peor ante las situaciones vitales estresantes, presentando un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental que los varones, tal y como se apuntó al analizar la interacción entre los acontecimientos vitales estresantes medidos en UCV y el sexo femenino.

VIII.2.2. PREVALENCIA DEL CONSUMO PATOLÓGICO DE ALCOHOL

De nuestras observaciones, obtenidas con el empleo del cuestionario CAGE, deducimos que algo menos de uno de cada diez pacientes (7,7%) que acuden a los centros de salud de la isla presentarían consumo patológico de alcohol. Además, la prevalencia de consumo patológico de alcohol fue superior en los varones, quienes duplican en este aspecto a las mujeres (10,4% vs 5,7%, tabla VII.11). De todas maneras hay que tener en cuenta que las diferencias observadas no fueron significativas.

La prevalencia obtenida por nosotros fue, sin embargo, inferior a la de otros estudios^{102,103}. Así, en el trabajo de Escobar et al.¹⁰² realizado en Murcia en 1988 se obtuvo una prevalencia del 17,18%, bastante similar al 17,4% obtenido en otro estudio más reciente (publicado en el año 2009) realizado en dos centros de atención primaria de Kampala, capital de Uganda¹⁰³. En este último estudio el consumo patológico de alcohol obtuvo una mayor prevalencia en los varones: 25,3% frente al 10,7%. Con respecto a esto último, si bien existe una mayor prevalencia en los varones, también parece serlo el hecho de que el consumo patológico o dependencia del alcohol esté aumentando su frecuencia entre las mujeres, aunque no entre los varones. Así, en un estudio realizado en la población general de Génova¹⁰⁴ se vio que aumentó entre las mujeres, pasando de un 6% en 1996 a un 14% en 2006. Sin embargo en los varones este aumento no fue significativo. La prevalencia en estos fue de un 18% en 1996 y de un 19% en 2006. Este hecho no lo hemos podido comprobar en nuestro trabajo, dado el diseño empleado por nosotros para el desarrollo del mismo.

En un estudio realizado en Bélgica⁹⁸ también se obtuvo una prevalencia ligeramente superior a la nuestra. Concretamente, la prevalencia general de abuso o dependencia del alcohol fue del 10,1%. La prevalencia en las mujeres fue del 4,1%, mientras que la de

los varones fue del 18,6%. En este estudio se empleó el PRIME-MD, mientras que en el nuestro utilizamos el CAGE.

En Islandia se obtuvo una prevalencia del 11% entre los agricultores, que fue inferior al 16% de la población general¹⁰⁵. Por su parte en un trabajo realizado en Corea, publicado en el año 2008, se obtuvo una prevalencia del 10,1%, que fue significativamente superior en los varones (18,4% frente al 3,2%)¹⁰⁶, ligeramente superior al 7,7% observado por nosotros.

Por otro lado, entre noviembre de 2002 y marzo de 2003, en Moshi (Tanzania) se encontró una prevalencia de abuso de alcohol del 7% entre las mujeres con pareja, 9,3% entre aquellas sin pareja y de algo más del doble entre los varones (22,8%)¹⁰⁷.

Otros estudios, por el contrario, han obtenido prevalencias inferiores a las nuestras. Así por ejemplo, Guerrini et al. encontraron una prevalencia del 3,5% en tres ciudades italianas¹⁰⁸. Esta fue similar a la observada en 1994 en la ciudad de Pelotas (sur de Brasil), donde la prevalencia fue del 4,2%, siendo significativamente superior en los varones (6,2% frente al 2,5%)¹⁰⁹. En los habitantes de la Isla del Gobernador (Río de Janeiro, Brasil), en 1993, la prevalencia fue del 3% (en el sexo masculino 4,9% y en el femenino 1,7%)¹¹⁰. En Austria¹¹¹ la prevalencia de dependencia al alcohol en dos muestras de dos años consecutivos (1995 y 1996) fue del 2,2% con un *ratio* varón-mujer de 4:1.

Por su parte, Margaret Ely et al. encontraron una prevalencia del 8,3% con una mayor prevalencia entre los varones (11,1% frente al 5,5%)¹¹², que fue bastante parecida a la obtenida en la presente tesis. En Finlandia, Mauri Aalto et al. también encontraron una mayor prevalencia en los varones respecto a las mujeres tanto en atención primaria (19,5% frente al 8,6%) como en salud ocupacional (17,3% frente al 6,2%) o en población general (16,4 frente al 12,9)¹¹³. En Jumilla (Murcia), en 1995, la prevalencia fue del 22,9%, observándose una relación significativa entre síndrome de dependencia de alcohol y disfunción familiar¹¹⁴ (tabla VIII.2).

Al hilo de los resultados obtenidos por nosotros, debemos llamar la atención sobre el momento temporal en que se desarrolló nuestro trabajo, en el contexto de una profunda crisis económica. Al respecto, debemos mencionar el estudio IMPACT¹¹⁵, realizado en

consultas de atención primaria de nuestro país, y el cual revela un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes, a lo cual han contribuido las dificultades económicas subsecuentes a la actual crisis. En este sentido, los autores del mencionado estudio observaron un aumento de la dependencia de alcohol por parte de las mujeres. La OR de asociación de la dependencia de alcohol con las dificultades económicas en las mujeres fue de 13,45 (IC 95%: 4,79-37,76). La isla de Lanzarote no

Tabla VIII.2. Estudios sobre prevalencia del consumo patológico de alcohol

	Año	Lugar	Instrumento	Prevalencia	Ámbito
Escobar et al. ¹⁰²	1988	Murcia	CAGE	17,18%	A. Primaria
de Almeida LM ¹¹⁰	1993	Brasil	CAGE	3%	Comunitario
Rathner G et al. ¹¹¹	1996	Austria	CAGE	2,2%	Comunitario
Rodríguez-Fernández E et al. ¹¹⁴	1997	Murcia	CAGE	22,9%	A. Primaria
Ely M et al. ¹¹²	1999	Gran Bretaña	CAGE	8,3%	Comunitario
Aalto M et al. ¹¹³	1999	Finlandia	CAGE	Mujeres 12,9 % Varones 16,4%	A. Primaria
Mitsunaga T et al. ¹⁰⁷	2003	Tanzania	CAGE	Mujeres Con pareja 7% sin pareja 9,3% Varones 22,8%	Comunitario
De Lima MS et al. ¹⁰⁹	2003	Brasil	CAGE	4,2%	Comunitario
Ansseau et al. ⁹⁸	2004	Bélgica	PRIME-MD	10,1%	A. Primaria
Etter JF et al. ¹⁰⁴	2006	Italia	CAGE	19%	Comunitario
Guerrini I et al. ¹⁰⁸	2006	Italia	CAGE	3,5%	Comunitario
Park JT et al. ¹⁰⁶	2008	Corea	CAGE	10,1%	comunitario
Kullgren G et al. ¹⁰³	2009	Uganda	CAGE	17,4%	A. Primaria
Tomasson K et al. ¹⁰⁵	2009	Islandia	CAGE	No agricultores 16% Agricultores 11%	Comunitario
Esta investigación		Lanzarote	CAGE	7,7%	A. Primaria

ha permanecido ajena a la crisis económica y su impacto en la salud mental de sus habitantes. Por lo tanto, habríamos de asumir que la dependencia y el abuso de alcohol presentan una prevalencia superior a la que habríamos obtenido si la actual crisis no hubiese tenido lugar.

VIII.2.3. ORDEN DE PREVALENCIA DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS MENTALES

El episodio depresivo mayor fue el trastorno mental más frecuentemente observado (15,9%), seguido del trastorno de ansiedad generalizada (12,9%). Sin embargo, globalmente considerados, fueron los trastornos de ansiedad los más prevalentes. En el

sexo femenino se mantiene este orden de prevalencia, lo cual se explica porque las mujeres son predominantes en el grupo de personas afectas de algún trastorno mental. Al contrario que en estas, en los varones el trastorno mental más frecuente fue el trastorno por ansiedad generalizada (10%), mientras que el episodio depresivo mayor se mantiene como el segundo en el orden de frecuencia (5,4%) (tablas VII.25, VII.26 y VII.27).

En el estudio realizado en Cataluña por Serrano Blanco et al., fueron los trastornos de ansiedad (globalmente considerados) los más frecuentes con un 18,49% de prevalencia-año (12 y 22,24% en varones y mujeres respectivamente), seguidos de los trastornos del estado de ánimo con un 13,41% (7,89 y 16,68%)⁴⁶. Al igual que en esta tesis, el trastorno mental más común fue el episodio depresivo mayor con una prevalencia del 9,6%. En cambio el segundo trastorno más frecuente fue el de pánico (7%), quedando relegado el trastorno de ansiedad generalizado al cuarto lugar en orden de frecuencia con un 3,8%. Este estudio también fue realizado en atención primaria. Sin embargo, hay dos aspectos metodológicos que podrían explicar estas diferencias. Por un lado, el estudio DASMAPP se realizó sobre una muestra de personas mayores de 18 años de edad sin límite de edad superior, al contrario de la presente tesis donde se limitó a los 65 años. Por otro lado, mientras que nosotros hemos utilizado en la segunda fase del estudio la entrevista MINI, estos autores utilizaron la entrevista SCIDI-I para los trastornos de ansiedad y depresivos y la MINI para el resto de trastornos mentales.

En cambio, en la isla de Tenerife, si bien los trastornos de ansiedad eran también los más frecuentes según la prevalencia estimada por los autores, los trastornos relacionados con el uso de sustancias fueron superiores a los trastornos del estado de ánimo (8,66% frente al 7,51%)¹¹⁶. Con respecto a la diferencia en relación nuestro trabajo, es necesario hacer mención en primer lugar al ámbito comunitario en el que se desarrolló el estudio de Tenerife. Por otro lado, nosotros hemos empleado la entrevista MINI sobre aquellos que tuvieran un GHQ-28 positivo (entendido como una puntuación superior o igual a 5). En este sentido y tal como hemos apuntado anteriormente, el GHQ es más sensible a depresión y ansiedad e infraestima los casos de drogodependencia y alcoholismo. Dado que la entrevista estructurada la hemos realizado sobre aquellos con GHQ positivo, la prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol y otras

sustancias (abuso y dependencia) estarían infraestimados, ya que en el grupo con el GHQ negativo habría pacientes con estos trastornos que no fueron entrevistados con la MINI y por lo tanto no estarían incluidos entre los casos prevalentes.

En el estudio de Kessler RC et al. los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad seguidos de los trastornos del estado de ánimo¹¹⁷. En el estudio de Steinbrecher N et al. (Mainz, Alemania) realizado en pacientes mayores de 18 años, predominaron los trastornos afectivos unipolares (particularmente el episodio depresivo mayor simple o recurrente), seguido de los trastornos de ansiedad, de los que el más frecuente fue la fobia específica. En la mujer la prevalencia de depresión unipolar fue del 19,1% y los trastornos de ansiedad, del 13,6%. En cambio en los varones predominaron los trastornos de ansiedad (13,6%), seguido del trastorno depresivo unipolar (9,1%)⁹⁹.

Otros trabajos también concuerdan con nuestros hallazgos. Así, en un estudio realizado en Francia entre 1999 y 2003 los trastornos de ansiedad estuvieron presentes en el 17% de los varones y en el 25% de las mujeres, y los trastornos del estado de ánimo en el 11% y 16% respectivamente¹¹⁸.

Los trastornos afectivos también fueron los más prevalentes en el trabajo de Anseau et al. (Bélgica)⁹⁸, seguidos por los trastornos de ansiedad (31% y 19% respectivamente). El trastorno depresivo mayor fue el más prevalente, no solo en el total de la muestra y en las mujeres sino también en los varones. Esta diferencia podría explicarse por diversas razones. En el estudio belga se empleó el PRIME-MD, mientras que nosotros empleamos la MINI. Por otro lado, la muestra incluía pacientes mayores de 65 años, mientras que el nuestro limitaba la edad a los 65 años como máximo. Otro aspecto diferencial es que el estudio al que nos referimos fue realizado en época invernal, donde algunos trastornos mentales, particularmente los depresivos, podrían tener una mayor influencia tanto en la prevalencia global de los trastornos mentales como en el orden de frecuencia de los mismos.

VIII.2.4. PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Del resultado de comparar la prevalencia registrada en la histórica clínica DRAGO-AP con la prevalencia obtenida en este estudio tras el empleo de la entrevista estructurada MINI, se deduce que existe un infradiagnóstico de los trastornos mentales en nuestro medio. En concreto, solo se diagnosticarían uno de cada cinco pacientes con trastorno mental (18,7%, tabla VII.30). Sin embargo, hemos de tener en cuenta que el paciente afecto de algún trastorno mental que acude al centro de salud, puede hacerlo por un motivo diferente al de su trastorno mental, con lo que este pasaría desapercibido al no ser reconocido por el paciente como un problema de salud y por lo tanto no mencionarlo como motivo de consulta a su médico de familia. Otra cuestión diferente sería que el paciente acudiera manifestando síntomas físicos que en realidad serían la somatización de un problema psicosocial. Así, en el trabajo de Ansseau et al.⁹⁸ a pesar de que el 42,5% de la muestra presentaba un trastorno mental, solo el 5,4% acudieron a la consulta del médico general por un problema de salud mental. Casi el 60% lo hicieron por causas cardiovasculares, reumatológicas, neumológicas u otorrinolaringológicas. Por otro lado, en el estudio realizado por Spitzer RL et al.¹¹⁹ con el objetivo de evaluar la validez y utilidad del PRIME-MD, se observó que el 48% de los pacientes con algún diagnóstico de trastorno mental con este procedimiento no habían sido reconocidos como tales antes de dicha evaluación, e incluso determinó que se iniciara tratamiento en el 62% de esos pacientes con un diagnóstico con el PRIME-MD, pero sin reconocimiento previo por el médico de atención primaria.

Diferente de lo anterior sería la observación según la cual uno de cada veinte individuos sanos tendría un diagnóstico erróneo de trastorno mental (4,98%). Quizá esto se deba al hecho de etiquetar al paciente que por ejemplo presente cualquier síntoma aislado de nerviosismo, como trastorno de ansiedad, o ante el más mínimo síntoma de tristeza emitir el diagnóstico de episodio depresivo.

Otra observación que consideramos importante de este estudio es que cuando el médico de familia emite un diagnóstico de trastorno mental, en uno de cada dos casos el diagnóstico podría no ser correcto. Por otro lado, sería unas cuatro veces más probable que el médico de familia identifique en nuestro medio a un paciente con un trastorno

mental como tal, a que diagnostique erróneamente un trastorno mental en un paciente sano (RV para positivos de 3,74, tabla VII.30).

Basándonos en el modelo clásico de Goldberg y Huxley¹²⁰, que permite ubicar la enfermedad mental en los distintos niveles de la atención sanitaria mediante un sistema de cinco niveles y cuatro filtros, el infradiagnóstico en atención primaria estaría condicionado por dos circunstancias:

1. El enfermo no se reconoce como tal y permanece en el primer nivel (la comunidad), y por lo tanto no pasa el primer filtro.
2. El enfermo con un trastorno mental se reconoce como tal y pasa al segundo nivel que es la atención primaria, pero no es reconocido por el médico de familia (serían falsos negativos, sobre todo en los que presentan solo síntomas físicos), por lo que no pasa el segundo filtro y por lo tanto no llega al tercer nivel que sería el de pacientes en atención primaria con trastorno mental identificado.

El infradiagnóstico de los trastornos mentales ha sido observado también por diferentes autores. Higgins ES observó, en una revisión, que aproximadamente la mitad de los trastornos mentales no son reconocidos por el médico de atención primaria¹²¹. Uno de los factores sugeridos relacionados con la baja detección de trastornos mentales en atención primaria es la etnia. En un estudio realizado sobre un muestreo consecutivo de pacientes que acudieron a 18 médicos de familia del sudeste de Londres¹⁰⁰, se objetivó que las personas de raza negra africanas con problemas mentales tendrían menos probabilidades de ser detectadas que aquellas de raza negra caribeñas o que las de raza blanca. Sin embargo, según los autores del mencionado trabajo, es posible que la causa de este infradiagnóstico sea debido a que estas personas no están muy dispuestas a hablar con su médico de familia acerca de sus problemas psicológicos, probablemente relacionado con diferencias culturales respecto a las actitudes hacia los problemas de salud mental. En concreto fue este factor (la disposición a hablar con el médico sobre sus problemas psicológicos) el que se identificó en dicho estudio como el principal predictor de detección de trastornos mentales (OR=2,34). Otros dos factores que se identificaron como predictores independientes para la detección de trastornos mentales fueron el sexo (OR=1,68 a favor de los varones) y el empleo (OR=2,22 a favor de los desempleados frente a los que disponen de empleo a jornada completa). En un estudio

realizado en nuestro país⁴⁸, la variable mejor predictora para que el médico de atención primaria reconociera un trastorno mental fue la presencia de síntomas psíquicos (OR=21,01). Otros predictores independientes en este estudio fueron el sexo (masculino), la demora en consultar de más de siete días, la severidad del cuadro clínico, el sector ocupacional (con más probabilidades de hacer el diagnóstico en parados, jubilados o amas de casa), el haber establecido contactos médicos los seis meses anteriores, el consumo de fármacos las dos semanas previas y el bajo nivel educativo.

La probabilidad de que un médico de atención primaria haga un diagnóstico específico de un trastorno mental es tanto mayor cuanto mayor sea el número de instrumentos de *screening* que identifiquen al paciente portador de un trastorno mental como tal. Así, en un estudio realizado en Nueva Zelanda¹²², en el que se utilizaron tres instrumentos de detección, entre ellos el SPHERA-12 que es un instrumento autoadministrado de detección de síntomas psicósomáticos y psicológicos en el entorno de la práctica general, el médico de familia emitió un diagnóstico específico en el 51,8% de los pacientes que fueron identificados como casos con los tres instrumentos de detección empleados en dicho estudio (GHQ-12, CIDI-1, SPHERE-12). Cuando solo eran identificados con un instrumento, este porcentaje difería según el tipo de instrumento que lo detectaba. El porcentaje oscilaba entre el 16,9% del SPHERE-12 y el 31,6% del CIDI-1. Por último, cuando eran identificados por dos instrumentos, oscilaba entre el 19% (CIDI-1 y GHQ-12) y el 36,7% (CIDI-1 Y SPHERE-12).

VIII.2.5. TRASTORNOS MENTALES Y SITUACIÓN LABORAL

Las personas en situación de incapacidad temporal (IT), desempleo o jubilación presentaron en general una mayor prevalencia de trastornos mentales que aquellos activos laboralmente, tal como se observa en la tabla VII.31 (52,2% vs 34,4%). Lo mismo se observó en los trastornos depresivos, donde su prevalencia fue algo menos del doble en las personas con alguna de las tres situaciones laborales mencionadas anteriormente (21,3% vs 13,2%), si bien la significación estadística estuvo en el límite. En los trastornos de ansiedad también la prevalencia es mayor en este grupo (25,8% vs 14,2%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, la

situación laboral no se asocia independientemente con los trastornos mentales en general, trastornos depresivos o trastornos de ansiedad. El análisis realizado mediante regresión logística sugiere que la situación laboral, particularmente el desempleo y la incapacidad temporal, contribuye como situación vital estresante al reajuste social y a una peor percepción del estado de salud, siendo por tanto a través de su contribución a estos dos factores como se asocia con los trastornos mentales mencionados.

El número de personas en situación de IT debida a trastornos mentales es cada vez mayor. Concretamente los trastornos mentales constituyen la segunda causa de IT (tras la patología del aparato locomotor), con alrededor de un 10%¹²³. Un estudio sugiere que dicho aumento se explicaría por el mayor número de mujeres incorporadas al mercado laboral, teniendo en cuenta que las quejas psicológicas son más frecuentes en ellas¹²⁴. Las situaciones de incapacidad temporal, desempleo o jubilación podrían conducir a un estado mental definido como desmoralización con la consiguiente incapacidad para manejar el estrés inducido por este tipo de situaciones personales. Esto generaría sentimientos de impotencia, aislamiento y desesperación que se asociarían con un mal pronóstico para el desarrollo de trastornos mentales, además de trastornos físicos e ideación suicida¹²⁵.

En un estudio realizado por Deniel Rosanas et al.¹²⁶ en 1996 en la provincia de Barcelona se obtuvo una prevalencia de problemas de salud mental en los desempleados del 30,7% que fue significativamente superior al 20,6% de los que disponían de empleo. La forma en que se relacionan entre sí ambas situaciones (desempleo y problemas de salud mental) no parece clara. Por un lado, el deterioro de la salud mental puede ser el que lleve a la situación de desempleo, dado que las personas sanas estarían en mejores condiciones de competir por el empleo que aquellas con problemas de salud mental. Pero también puede que sea el desempleo, que incide sobre todo en personas con baja cualificación profesional, nivel socioeconómico y escaso apoyo social, el que condicione un menoscabo de la salud mental.

Para Virtanen et al.¹²⁷, la enfermedad mental parece ser predictiva de empleo temporal o inseguridad para el trabajo. En su estudio, la *odds ratio* de asociación entre las variables mencionadas (trastornos mentales y situación laboral) fue de 2,38, bastante similar a la obtenida en la presente tesis (2,08). Esta asociación se podría explicar porque los

problemas de salud mental deteriorarían las habilidades para el trabajo, independientemente de la posición socioeconómica y del sexo¹²⁸. En el momento de realizar esta tesis, las cifras de desempleo eran altas, y es de suponer que había una mayor competición para el trabajo. En consecuencia si la búsqueda de trabajadores se hace en función de la salud y de determinadas características personales, aquellos con las condiciones de salud y personales más favorables lograrían en el mercado laboral un trabajo más seguro. En este sentido Cohidon et al. encontraron que los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y dependencia y abuso de alcohol y drogas ilegales fueron superiores en aquellas personas en situación de desempleo¹¹⁸. Maginn et al. también dejaron constancia en su trabajo de la fuerte asociación entre los desórdenes mentales y las situaciones de desempleo o incapacidad laboral¹⁰⁰, y observaron una mayor prevalencia de desórdenes mentales entre los varones respecto a las mujeres. Al excluir a los varones en situación de desempleo o baja laboral por enfermedad desapareció la diferencia observada.

Por otro lado, la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral se relaciona con un aumento de la mejora del bienestar mental, sobre todo en aquellas que disponen de empleos de alta calidad, bien pagados y que les permite combinar con la atención de las demandas familiares¹²⁹. Sin embargo, el efecto beneficioso del empleo remunerado en términos de reducción de los *ratios* de depresión quedaría atenuado en las mujeres con problemas por consumo de alcohol. En este sentido, Zabkiewicz et al.¹³⁰ concluyeron que solo las mujeres que habían sido incluidas en programas de asistencia social y sin problema con el alcohol experimentaron reducciones de síntomas de depresión después de acceder a un empleo, mientras que las que tenían dicho problema probablemente no obtendrían dicho beneficio. Estos autores observaron que la OR de asociación entre depresión y disponer de empleo en las mujeres sin problemas con la bebida era de 0,67 y entre las mujeres con problemas con el alcohol era de 1,19 (P=0,54). Además, las mujeres sin problemas de alcohol y con empleo remunerado pero que adquieren posteriormente problemas con la bebida, multiplicarían por tres (OR=3,03) el riesgo de sufrir una depresión.

VIII.2.6. TRASTORNOS MENTALES Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Los dos primeros grupos de categorías profesionales, según la clasificación nacional de ocupación, tenían una menor prevalencia de trastornos mentales que el resto de los grupos, concretamente 20,7% frente al 43,6% (tabla VII.31). Dicha diferencia fue casi significativa para los trastornos depresivos: 3,4% versus 17,2% (tabla VII.41). Sin embargo, la relación entre ambos (categoría profesional versus trastornos mentales/trastorno depresivo) no es independiente (tablas VII.41 y VII.51). Ello podría explicarse porque las mejores categorías profesionales se corresponderían con los mejores niveles socioeconómicos, y estarían menos expuestas a las situaciones de desempleo e incapacidad laboral, gozando de una mejor remuneración económica y una mayor seguridad en sus empleos. Por tanto, sería a través de estas situaciones estresantes, que contribuirían a incrementar las unidades de cambio vital de los más desfavorecidos laboral y económicamente, la forma como se relacionaría la categoría profesional y los trastornos mentales.

En la misma línea de lo apuntado en el párrafo anterior estaría lo observado por diferentes autores^{131,132} en el sentido de que en el grupo de población trabajadora, los bajos ingresos se asocian con los trastornos mentales (particularmente trastornos de ansiedad y depresivos). Con respecto a los factores que contribuyen a esta relación en la clase trabajadora, Virtanen et al. apuntan que dichos factores difieren en ambos sexos. Así, en los varones la mayor contribución a los trastornos mentales la realizan los factores relacionados con el trabajo (demanda de empleo, control en el trabajo, apoyo social en el trabajo, perspectivas de educación, inseguridad en el empleo), mientras que en las mujeres contribuyen más los factores no relacionados con el mismo (estado civil, condiciones de vivienda, apoyo social, violencia doméstica, tabaquismo, síntomas físicos)¹³². Esto se podría explicar en parte por una mayor exposición a situaciones vitales adversas, mayor exposición al estrés y un eventual menor apoyo social¹³³.

Virtanen et al. documentaron en su trabajo la relación entre los ingresos económicos y los trastornos mentales frecuentes. En tal sentido, la prevalencia de desórdenes mentales sería mayor en el caso de bajo nivel de ingresos (posición socioeconómica baja), en comparación con el nivel de ingresos alto (posición socioeconómica alta), con una OR no ajustada de asociación de 2,83 en los varones y 2,02 en las mujeres (ajustado por

factores laborales y no laborales, la OR de asociación sería de 2,16 y 1,24 en varones y mujeres respectivamente)¹³². El OR de asociación obtenida en esta tesis (2,97) fue bastante similar al del trabajo comentado.

Otros trabajos, como el de Cohidon et al.¹¹⁸, obtienen conclusiones similares. Estos utilizaron el estatus ocupacional como medida para determinar la posición socioeconómica. Observaron que aquellos empleados con categoría profesional más baja tenían una mayor prevalencia de desórdenes mentales. Como la salud mental tiene que ver con condiciones de trabajo y más en particular con las limitaciones psicosociales para el trabajo, estas limitaciones explicarían en parte las diferencias observadas según las diversas categorías ocupacionales. Varios autores han observado que las personas con estatus socioeconómico bajo experimentan más situaciones vitales estresantes que aquellos con estatus alto, por lo que el mayor cambio vital experimentado por las personas en función de su pertenencia a un nivel socioeconómico u otro es el que en definitiva actuaría como nexo de unión con los trastornos mentales¹³³.

VIII.2.7. TRASTORNOS MENTALES Y ESTADO CIVIL

No hemos observado diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales según el estado civil, siendo esta prácticamente idéntica en los dos grupos definidos por nosotros, es decir, casados y no casados (en torno al 40% en ambos casos, tabla VII.31). Sin embargo al analizar la prevalencia de trastornos depresivos, esta sí fue mayor en los no casados (20,7% versus 12,9%) (tabla VII.41), aunque la diferencia estuvo en el límite de la significación estadística. Con respecto a los trastornos de ansiedad, también observamos una mayor prevalencia en los no casados (20,7% versus 16,3%) (tabla VII.51), sin diferencias estadísticamente significativas.

La asociación del estado civil con los trastornos mentales se ha observado en diferentes estudios. Así, en el estudio ESEMED se observó que estar casado se asociaba a un menor riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad¹³⁴. En este estudio, la OR de asociación con respecto a los trastornos depresivos del grupo formado por los divorciados, solteros o viudos era de 2 en relación a los casados. En general estar casado

se relaciona con una menor probabilidad de sufrir trastornos mentales (OR=0,76), especialmente los trastornos de ansiedad y los trastornos por abuso de sustancias^{135,136}, y un menor uso de los servicios sanitarios¹³⁷. Esta mayor prevalencia en los no casados se observó también en otros estudios⁵⁵. En esta tesis, tal como se ha comentado anteriormente, también se observó una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresivos en los no casados, si bien las diferencias no fueron significativas. Este último hecho puede explicarse por el tamaño de la muestra, que al no ser lo suficientemente grande no nos permitió alcanzar la significación estadística.

Aunque en este apartado de la presente investigación solo se ha analizado la asociación del estado civil con los trastornos mentales, es necesario destacar las observaciones del trabajo de Laufer et al.⁵⁴, según el cual no solo el estado civil se relaciona con los trastornos mentales. También la paternidad lo hace. En concreto, la paternidad se comportaría como un factor protector. En este sentido, la prevalencia sería cuatro veces inferior en quienes tienen tres o más hijos que en aquellos sin hijos⁵⁴.

VIII.2.8. TRASTORNOS MENTALES E INMIGRACIÓN

La prevalencia de los trastornos mentales fue superior en los inmigrantes no comunitarios con respecto a los españoles e inmigrantes comunitarios (44,2% versus 39,3%, tabla VII.31), aunque la diferencia observada no fue significativa. En ellos también fue mayor, y no significativa, la prevalencia de trastornos depresivos (20,7% versus 15,3%, tabla VII.41), pero no así los trastornos de ansiedad, cuya prevalencia es prácticamente similar en ambos grupos (17,5% versus 18%, tabla VII.51). Esta mayor prevalencia de trastornos mentales podría ser explicada porque la migración es en sí misma un hecho vital estresante que como tal puede conducir a un trastorno mental.

En un estudio realizado en Italia por Carrer S et al. se observó que de los pacientes que acudían a un servicio de atención primaria transcultural había casi un 40% con un trastorno de ansiedad, algo menos del cincuenta por ciento tenían un trastorno depresivo, en torno al 16% tenían un trastorno por estrés postraumático y un 38% un trastorno por somatización. En esta alta prevalencia influyen los traumas sufridos antes de la emigración y las dificultades vividas en el país de acogida¹³⁸. En el sur de California, los inmigrantes centroamericanos tenían un 76% más de probabilidades que

los blancos no latinos nacidos en los EE. UU. de haber experimentado algún acontecimiento vital estresante. Además la vivencia de acontecimientos vitales traumáticos se asoció a la presencia de algún trastorno mental¹³⁹.

El país de procedencia de los inmigrantes tiene un efecto significativo en la prevalencia de los trastornos mentales. Así, en un estudio llevado a cabo por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Melbourne (Australia), se observó que la prevalencia de los trastornos mentales tratados y el uso de medicamentos psicotropos fue significativamente más alta entre los originarios de Grecia, y baja entre los nacidos en el Reino Unido o el sudeste asiático, en comparación con los de origen australiano¹⁴⁰. En Estocolmo, los inmigrantes tenían una mayor tendencia a las conductas suicidas, pero el hecho de que la condición de inmigrante esté estrechamente interrelacionada con los bajos ingresos económicos sugiere que esta tendencia tenga una explicación psiquiátrica social¹⁴¹.

La motivación para la migración, las condiciones de vida en el hogar y el país de acogida son variables que también se relacionan con la salud mental del inmigrante¹⁴². Los trastornos mentales comunes son más prevalentes entre determinados grupos de inmigrantes que infrutilizarían los servicios de salud, aunque no está claro que esa infrutilización se deba a una percepción por parte de estos inmigrantes de una menor necesidad de atención que la población autóctona¹⁴³. Por otro lado, la aculturación de los inmigrantes no parece ser un predictor significativo de trastorno mental¹⁴⁴, aunque sí parece serlo con respecto al uso problemático de alcohol¹⁴⁵.

En Europa Occidental se ha observado una alta incidencia de trastornos psicóticos en determinados grupos étnicos inmigrantes. Esta alta incidencia de trastornos psicóticos parece estar inversamente relacionada con la densidad étnica de los barrios donde viven estos inmigrantes. Así, en los inmigrantes que viven en barrios con densidad étnica baja el riesgo es 2,36 veces mayor que en la población autóctona, mientras que los inmigrantes de barrios con densidad étnica alta no presentaron diferencias significativas respecto a la población autóctona¹⁴⁶.

Si bien el número de inmigrantes de la muestra de esta tesis impide obtener diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su mayor prevalencia con respecto a la

población autóctona, sí podríamos explicar estos hallazgos al hilo de lo comentado en los párrafos anteriores. Así, la mayor prevalencia de trastornos mentales en nuestros inmigrantes se podría explicar por las situaciones vitales estresantes experimentadas en su lugar de origen antes de la emigración y las posibles dificultades por las que pasaron a su llegada a España. Otro factor explicativo sería los bajos ingresos que percibirían en relación a la población autóctona, lo que implicaría a su vez unas peores condiciones de vida de los inmigrantes. El motivo por el cual han emigrado sería otro posible factor explicativo de la mayor prevalencia de trastornos mentales, aunque este estudio, por la limitación ya apuntada anteriormente, no permite el análisis agrupando a los inmigrantes según país de procedencia, ya que los motivos para la emigración podrían estar relacionados con el origen del inmigrante. Por último, el apoyo social percibido sería mayor en aquellos que viven en zonas geográficas donde la proporción de originarios de su mismo país es alta.

VIII.2.9. TRASTORNOS MENTALES Y CONSUMO PATOLÓGICO DE ALCOHOL

En nuestro estudio, los trastornos mentales fueron significativamente más frecuentes en aquellos con consumo patológico de alcohol: 70,8% vs. 37,4% con una OR de 4,06 (tabla VII.32). Esta asociación con el consumo patológico de alcohol también se observó en el caso de los trastornos depresivos (30% versus 14,9%, tabla VII.42) y los trastornos de ansiedad (30% versus 17,1%, tabla VII.52), aunque en estos no se obtuvo significación estadística. La asociación entre ambas variables (trastornos mentales y consumo patológico de alcohol) se mantuvo al ajustar por el resto de variables estudiadas; es decir, se asocian independientemente del resto de las variables incluidas en el estudio. Con respecto a dicha asociación, hemos de comentar que desde hace tiempo se está utilizando el término patología dual cuando coexiste un trastorno mental con un trastorno por uso de sustancias tóxicas, como el alcohol¹⁴⁷.

Diferentes trabajos documentan la mayor prevalencia de trastornos mentales en el grupo de pacientes alcohólicos, al igual que lo observado en esta tesis. Así, Momenan R et al. observaron que había muchos alcohólicos, de los incluidos en la muestra de su estudio, que tenían trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad e incluso historia de consumo de drogas. En este estudio se observó que el

grosor de la cortical cerebral de los alcohólicos era diferente al de los controles sanos. Se sabe que el espesor cortical está en parte determinado por diferencias genéticas y sexuales. Estas dos circunstancias pueden ser responsables de las diferencias observadas en la materia gris cerebral de los alcohólicos y de los controles. Es decir, las diferencias genéticas y sexuales pueden determinar el grosor cortical y, a su vez, estar relacionadas con el uso abusivo de alcohol. Los autores anteriormente mencionados no pudieron discernir si la reducción en el espesor cortical precedió o siguió al uso abusivo de alcohol. Pero sí sugieren que el espesor de la corteza cerebral puede afectar al grado de deterioro de los trastornos mentales o sociales padecidos por alcohólicos¹⁴⁸.

Por su parte, Bravo Medina et al. observaron en su trabajo que la sintomatología psicopatológica general y la ansioso-depresiva en particular, además de la inestabilidad familiar, era mayor en los pacientes dependientes de alcohol que en el grupo de control sano¹⁴⁹. Utilizando como medida de evaluación relacionada con las características psicopatológicas el Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), obtuvieron en la depresión una puntuación media correspondiente al centil 57,2 en los pacientes dependientes del alcohol, que fue significativamente superior al centil 38,6 correspondiente a los controles sanos. Con respecto a la ansiedad fueron respectivamente 52,1 y 40,1. Por otro lado Ávila Escrivano JJ y González Parra D observaron que las repercusiones psiquiátricas del alcoholismo eran más severas en las mujeres¹⁵⁰. Para valorar dicha repercusión los autores mencionados utilizaron la entrevista estructurada Europasi, que es una adaptación española del Índice de Severidad de la Adicción. Con dicho instrumento obtuvieron en el área psiquiátrica una mayor puntuación en las mujeres que en los varones: 2,15 y 1,81 respectivamente (P=0,007).

Gelaye Nadew realizó un estudio sobre tres comunidades de aborígenes australianos y observó que el 91% de los individuos con trastorno por estrés postraumático cumplían criterios diagnósticos de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Esta observación sugiere que estas personas no buscarían ayuda profesional para solucionar su trastorno¹⁵¹ y, por el contrario, utilizarían el alcohol como sustituto de dicha ayuda. En consecuencia, la fuerte asociación entre el consumo patológico de alcohol y los

trastornos mentales se podría explicar por el uso del alcohol por parte de algunos pacientes afectos de desórdenes mentales para paliar sus manifestaciones clínicas.

Hasin DS et al.¹⁵² encontraron una OR de asociación de los trastornos por uso de alcohol con los trastornos del estado de ánimo de 2,2 y con los trastornos de ansiedad de 1,9. En nuestro caso las OR obtenidas fueron bastante similares, concretamente 2,45 y 2,08 respectivamente, aunque no fueron significativas desde el punto de vista estadístico. Los autores consideran que esta comorbilidad parecería más bien atribuible a factores comunes entre ambos trastornos.

En consecuencia, habría tres hipótesis, alguna de ellas mencionada anteriormente, que podrían ayudar a explicar el mayor riesgo de trastorno mental en los pacientes con trastornos por uso de alcohol¹⁵³:

1. Los dos trastornos interactuarían entre sí, agravando la situación clínica del paciente.
2. Los trastornos mentales serían producidos por el abuso de alcohol y remitirían con la abstinencia.
3. Los pacientes utilizarían el alcohol como fármaco para aliviar la sintomatología del trastorno mental.

VIII.2.10. TRASTORNOS MENTALES Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

La prevalencia de trastornos mentales (particularmente la de los trastornos depresivos y la de los trastornos de ansiedad) fue significativamente mayor en las situaciones de disfunción familiar con OR de asociación de 4,39 para el conjunto de los trastornos mentales (tabla VII.32) y de 7,85 y 4,83 para los trastornos depresivos y de ansiedad respectivamente (tablas VII.42 y VII.52). La asociación de la disfunción familiar con los trastornos depresivos y de ansiedad fue independiente del resto de variables incluidas en el estudio.

Al igual que en el presente estudio, de la Revilla et al. observaron que las familias disfuncionales son más propensas a presentar problemas psicosociales¹⁵⁴. Estos observaron una OR ajustada de asociación de 5,47, en el caso de la disfunción familiar grave, algo superior a lo observado por nosotros (4,39). Las diferencias en las

magnitudes observadas podrían explicarse por la diferente metodología empleada. Los autores mencionados utilizaron como punto de corte para definir la normofunción familiar los 8 puntos y la disfunción familiar grave la definieron como una puntuación inferior o igual a 3. Por otro lado en el cuestionario GHQ-28 de Goldberg, consideraron que las puntuaciones superiores o iguales a 8 indicaban la presencia de problemas. En cambio en esta tesis se consideró la normofunción familiar cuando la puntuación en el APGAR familiar era superior o igual a 7, y disfunción familiar grave o moderada, por debajo de 7. En el caso del GHQ-28 nosotros utilizamos como punto de corte los 4/5 puntos.

Marcas Vila et al. también encontraron una asociación entre los trastornos mentales y la disfunción familiar, aunque en su caso no fue significativa¹⁵⁵. Ellos atribuyen este resultado a la baja proporción de casos de disfunción familiar percibida que registraron en su trabajo, y en parte a que cuando se obtienen resultados por encima de 6 puntos no siempre se puede descartar la existencia de un cierto grado de disfunción, concluyendo que la sensibilidad del cuestionario empleado (APGAR familiar) podría no ser adecuada. Los autores mencionados creen que a la hora de evaluar la dinámica familiar en las consultas de atención primaria, en el diseño del instrumento de cribado no debe primar la brevedad y la sencillez de manejo sobre la sensibilidad necesaria para detectar los problemas de disfunción familiar. En este mismo sentido Gardner W et al. sugieren que el uso del APGAR familiar podría no ser adecuado como una medida de la disfunción familiar en el ámbito de la atención primaria¹⁵⁶. En su trabajo encontraron que el 73% de los casos de disfunción familiar identificado por los clínicos arrojaban un resultado negativo en el APGAR familiar, y en el 83% de los casos detectados como disfunción familiar mediante APGAR positivo no fueron identificados como tales por los clínicos, presentando un índice de kappa de 0,06. Sin embargo esto no implica necesariamente que el APGAR familiar no sea útil. Es probable que los médicos tengan dificultades para reconocer la disfunción familiar. Según los autores, el APGAR familiar parece ser útil en la investigación en medicina de familia, pero se ha de considerar cuidadosamente la manera en que se está utilizando. Consideran pues que no debería ser usado como una medida del funcionamiento de la familia, por lo que uno de los objetivos de investigaciones futuras debería ser determinar qué es lo que mide realmente el APGAR familiar. En realidad, las cuestiones que se formulan en el

APGAR familiar son contestadas por el individuo y por lo tanto reflejan la percepción que tiene el propio individuo respecto a su familia, que puede no corresponder con la realidad.

Por otro lado, Villena Ferrer et al. observaron una mayor prevalencia de disfunción familiar entre los consumidores de psicofármacos (20% frente al 12%)¹⁵⁷. Como el aumento en el consumo de psicofármacos corre paralelo al aumento de la prevalencia de los trastornos mentales, se podría establecer una asociación entre los trastornos mentales y la disfunción familiar.

En el origen de la disfunción familiar están involucrados diferentes factores. Uno de ellos sería el impacto generado por la vivencia de diferentes situaciones vitales estresantes, que sin embargo no explicaría por sí solo el origen de la disfunción familiar. Diversos autores¹⁵⁸⁻¹⁶⁰ opinan que diferentes factores personales y familiares, que incluye la especial vulnerabilidad personal, las experiencias y las creencias, junto al apoyo social, podrían atenuar el impacto de dichos acontecimientos vitales estresantes e impedir que la familia evolucione de la normofunción a la disfunción.

También Montalbán Sánchez¹⁶¹ encontró en su estudio una asociación entre la ansiedad y los trastornos de la dinámica familiar, de manera análoga a lo observado en nuestro estudio. Esta relación es más intensa en las mujeres. Este autor destaca en su estudio la influencia del tamaño de la familia en el funcionamiento familiar. Rodríguez E detectó esta misma asociación¹⁶², especialmente en familias de más de cinco miembros. Por otro lado, Biederman J et al. observaron una fuerte asociación entre los seis indicadores de entorno familiar adverso (grave discordia marital, clase social baja, familia numerosa, criminalidad paterna, trastorno mental materno y ubicación de jóvenes en hogares de acogida) y la disfunción psicosocial en jóvenes¹⁶³. Este autor encontró en su trabajo una asociación positiva con los componentes individuales del índice de adversidad. En cambio los estudios desarrollados por otros autores¹⁶⁴⁻¹⁶⁶, no mostraron que ninguno de estos factores por sí solos aumentara de forma considerable el riesgo de trastorno mental, pero sí que lo hacía la presencia combinada de dos o más factores. Esta discrepancia puede ser debida a que Biederman J et al. limitaron su estudio a niños afectos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

VIII.2.11. TRASTORNOS MENTALES Y APOYO SOCIAL

En esta tesis se observa una mayor prevalencia de los trastornos mentales en aquellas personas que presentaban bajo apoyo social: 60,7% vs. 34,6% (tabla VII.32), con una *odds ratio* de asociación de 2,83. Del mismo modo la prevalencia de la depresión y de los trastornos de ansiedad fue superior en las situaciones de bajo apoyo social, con *odds ratios* de 3,12 y 3,57 (tablas VII.42 y VII.52). El bajo apoyo social por sí solo no explicaría la mayor prevalencia de trastornos mentales. Como veremos a continuación, disponer de un buen apoyo social atenuaría el impacto del reajuste social derivado de la vivencia de situaciones vitales estresantes.

Según la literatura consultada, existirían dos modelos causales que no se excluirían entre sí y que explicarían alternativamente los mecanismos por los cuales las redes sociales y el apoyo social influyen en la salud mental¹⁷¹: el modelo de efectos principales y el modulador del estrés. El modelo de efectos principales explicaría la influencia de los aspectos estructurales de las relaciones sociales (por ejemplo, las redes sociales y la integración social). Mientras que los aspectos funcionales de las relaciones sociales (por ejemplo, apoyo percibido) se explicarían por el modelo de modulación del estrés. De esta manera, se considera que el grado en que el individuo se integra en una red social tendría un efecto directo en el bienestar independientemente de la presencia de circunstancias estresantes. Mientras que la percepción de disponibilidad de apoyo social se piensa que atenuaría los efectos del estrés, mejorando de esa manera la capacidad de adaptación del individuo.

Según el segundo de los modelos mencionados, las respuestas nocivas para la salud que se producirían en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes serían impedidas o atenuadas por el apoyo social. De esta manera el apoyo social podría actuar en diferentes puntos del trayecto que une los acontecimientos estresantes con la enfermedad mental. Por un lado, la percepción de disponibilidad del apoyo social ante un acontecimiento vital estresante puede conducir a una valoración más benigna de la situación, impidiendo de ese modo la subsecuente cascada de respuestas negativas de tipo emocional y de comportamiento que llevarían al trastorno mental. Por otro lado, el apoyo percibido o recibido puede reducir la reacción cognitiva/emocional negativa a un

acontecimiento estresante o modular las respuestas fisiológicas o del comportamiento ante el estrés.

VIII.2.12. TRASTORNOS MENTALES Y ESTRÉS SOCIAL

Los trastornos mentales en general y los trastornos depresivos y de ansiedad en particular, se relacionaron con las situaciones vitales estresantes, concretamente con el número de unidades de cambio vital que acumula el afectado fruto de los distintos eventos estresantes sufridos. Así, vemos que los individuos con trastornos mentales presentaron una media de UCV significativamente superior a la de los individuos no afectados (250,22 versus 130,05) (tabla VII.33). De manera análoga ocurrió con los trastornos depresivos (271,96 versus 154,14) (tabla VII.43) y los trastornos de ansiedad (281 versus 149,24) (tabla VII.53)

El individuo que sufre uno o varios eventos estresantes, los percibe como tales por la valoración negativa que hace de los mismos, no deseando que ocurran dado que producirán en el individuo un cambio vital. La mejor o peor conducta adaptativa que desarrolle el individuo frente a dichos acontecimientos, le permitirá neutralizar el efecto lesivo de dicho evento sobre su salud. Anteriormente, ya comentamos que el apoyo social puede modular el impacto de los AVE, de tal forma que la percepción de apoyo social por parte del individuo hace que este haga una valoración más benigna del suceso dificultando las respuestas emocionales negativas que podrían llevar al individuo a desarrollar un trastorno mental¹⁶⁷.

Por otro lado, los AVE también inciden sobre la dinámica familiar. Con el objetivo de alcanzar un nivel de equilibrio adecuado del sistema familiar, ante la vivencia de un AVE la familia desarrolla una serie de mecanismos adaptativos. Aquí también interviene la percepción de apoyo social, actuando como neutralizador del efecto nocivo del AVE en la familia. El fracaso en la adaptación de la familia ante esta situación conduciría a la disfunción familiar.

VIII.2.13. TRASTORNOS MENTALES Y CALIDAD DE VIDA

Las personas con trastornos mentales percibían peor calidad de vida relacionada con la salud que aquellas sin trastornos mentales. Las dificultades para los cuidados personales y la sensación de sentirse ansioso/depresivo, son las dos dimensiones que se asociaron con mayor intensidad a los trastornos mentales con *odds ratios* de 20,27 y 26,68 respectivamente (tabla VII.34). La relación con la peor calidad de vida se observó también en las personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad y trastorno depresivo, si bien en estos casos la asociación con las dificultades para los cuidados personales no fue tan intensa. La asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y los trastornos mentales fue independiente de otras variables.

La calidad de vida relacionada con la salud (medida mediante la escala visual analógica y los perfiles de autopercepción de calidad de vida) se asoció independientemente con los trastornos mentales en general. Lo mismo ocurre con la calidad de vida (medida mediante el índice de calidad de vida autopercebido) y los trastornos depresivos o los trastornos de ansiedad y la calidad de vida (medida mediante los perfiles de autopercepción de calidad de vida).

Al igual que en esta tesis, Barrera TL et al. encontraron que los individuos con trastornos de ansiedad experimentaban una peor calidad de vida que los individuos no ansiosos de la población general¹⁶⁸. Además el grado de deterioro en la calidad de vida era similar en los tres trastornos de ansiedad incluidos en su estudio: trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno de pánico. A diferencia de nosotros, estos autores no incluyeron el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Para la medida de la calidad de vida los autores a los que hacemos mención utilizaron el QOLI (inventario de calidad de vida), que está compuesto por 16 ítems y según la valoración e importancia que se le dé a cada dominio el resultado varía entre -6 y 6. La media de puntuación en los pacientes con trastornos de ansiedad fue significativamente inferior a los de la muestra de la comunidad sin trastornos mentales: 0,15 frente a 2,6. Por otro lado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres trastornos incluidos ($p=0,820$). Por su parte, Lochner et al. también observaron que el grado de deterioro de la calidad de vida en el trastorno

obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico o trastorno por ansiedad social parecía ser similar, aunque los dominios afectados diferían entre ellos¹⁶⁹. Así, los pacientes con TOC tenían más discapacidad en la vida familiar y en las actividades de la vida diaria, la ansiedad social producía más discapacidad en la vida social y en las actividades de ocio, y los pacientes con trastorno de pánico fueron menos capaces de evitar el uso de medicamentos no prescritos. La calidad de vida empeoraba con la mayor gravedad de los síntomas, y en aquellos con depresión comórbida.

En la misma línea de los anteriores se mueve el trabajo realizado por Comer JS et al. sobre una muestra representativa de los EE. UU.¹⁷⁰. Como instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud utilizaron el SF-12v2, que es una versión corta y eficiente de la encuesta de salud SF. Los trastornos de ansiedad incluidos en dicho estudio fueron la fobia específica, el trastorno por ansiedad generalizada, trastornos por ansiedad social y trastorno de pánico. Cada uno de estos trastornos se asoció significativamente con menor funcionamiento social, salud mental, y mayores limitaciones en el rol emocional que en los casos sin trastornos de ansiedad. De dichos trastornos, fue el trastorno por ansiedad generalizada el que obtuvo significativamente peor puntaje en todos los componentes del SF-12v2, salvo en el componente físico en el que la peor puntuación la obtuvo el trastorno de pánico. Todos los índices de calidad de vida, exceptuando el bienestar físico, mantuvieron su asociación negativa con el TAG cuando se controlaban por potenciales factores de confusión sociodemográficos y clínicos. Las personas con trastornos de ansiedad, particularmente aquellas con trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico, tienen una mayor prevalencia de condiciones médicas comórbidas. Aunque la dirección y los mecanismos de esta asociación no están claros, estos trastornos de ansiedad pueden aumentar el riesgo de desarrollar o mantener algunos trastornos médicos generales en individuos vulnerables.

La mejora en la calidad de vida en los pacientes con trastornos de ansiedad es uno de los objetivos que se persigue con el tratamiento, por lo que dicha mejora debe considerarse un indicador de buen resultado del mismo. El tratamiento farmacológico y cognitivo conductual produce una mejora en la calidad de vida de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico y fobia social. Así sucedió en un estudio realizado en pacientes con trastorno de pánico, en los que tras ser sometidos a

tratamiento con sertralina mejoraron significativamente su calidad de vida¹⁷¹. En este estudio se utilizó como instrumento de medida el cuestionario de satisfacción y calidad de vida Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire), el cual mide 16 aspectos de la calidad de vida, incluyendo la salud física, el estado de ánimo, las actividades de la vida diaria, y la satisfacción con la vida en general, con una puntuación que oscila entre 14 y 70, donde mayor puntuación implica mejor calidad de vida¹⁷². Tras diez semanas, los individuos que recibieron tratamiento con sertralina, con una puntuación basal de 46,8 (DE: 8,8), mejoraron su puntuación en 7,75 (DE: 13,03) mientras que el grupo control que recibió un placebo, con una puntuación basal de 48,7 (DE: 8,2) la mejoría de la puntuación fue de 1,29 (DE: 13,52). Por su parte Stein MB et al. observaron que en la fobia social la fluvoxamina obtuvo una mejoría significativa en las subescalas que miden la disrupción laboral y la vida familiar y responsabilidades del hogar de la escala de discapacidad de Sheehan. Sin embargo en la subescala que mide la disrupción de la vida social la mejoría no fue estadísticamente significativa¹⁷³.

Por otro lado, en un estudio realizado sobre 150 pacientes con trastorno obsesivo compulsivo se examinó el efecto de una intervención farmacológica (venlafaxina y paroxetina) sobre la calidad de vida. En el mismo se observó que la calidad de vida, evaluada mediante el perfil de calidad de vida de Lancashire (LQoLP), mejoraba con dicha intervención farmacológica, sin que existieran diferencias entre los dos fármacos empleados. Sin embargo, de las tres escalas (bienestar global subjetivo, calidad de vida subjetiva en general y calidad de vida subjetiva global), en las dos primeras el cambio absoluto de la puntuación fue pequeño, aunque estadísticamente significativo, por lo que queda por aclarar si este cambio es también clínicamente significativo¹⁷⁴.

En otro estudio realizado sobre 25 pacientes afectados de trastorno por ansiedad social que recibieron durante doce semanas tratamiento cognitivo conductual, en el que se utilizó el QOLI como instrumento de medida de la calidad de vida, se observó una mejoría de la misma en el post-tratamiento con respecto al pre-tratamiento (0,41 versus 1,25 $P=0,004$). La mejoría obtenida en la calidad de vida tras el tratamiento se mantuvo durante el seguimiento. Entre los respondedores (16 pacientes de los 25 incluidos en el estudio) sí hubo diferencias en la puntuación del QOLI entre el post-tratamiento y el seguimiento, mejorando las medias a través del tiempo. Aquellos con trastorno de

personalidad por evitación presentaban ansiedad social más severa y peor calidad de vida¹⁷⁵. A pesar de todos los estudios realizados, no está claro que modalidad de tratamiento (farmacológico o psicosocial) produzca más mejora en la calidad de vida de pacientes con trastornos de ansiedad¹⁷⁶. La calidad de vida de los pacientes ansiosos a pesar del éxito en el tratamiento seguiría siendo peor que en los individuos sanos. Es importante remarcar que la baja calidad de vida podría suponer un factor de riesgo para la recaída tras un tratamiento efectivo en aquellos pacientes con trastorno de ansiedad.

Por lo que respecta a lo observado por nosotros en relación a la calidad de vida y su asociación con la depresión, nuestras observaciones son consistentes con otros trabajos, como el realizado por Goldney et al. en 1998 en una muestra de personas mayores de 15 años del sur de Australia¹⁷⁷. Estos autores usaron, para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, dos instrumentos: el SF-36 (mayor puntuación implica mejor calidad de vida) y el AQoL (desarrollado en Australia). El primero mide ocho dimensiones de salud y el segundo cinco. Con respecto al SF-36, aquellos con depresión mayor presentaron una puntuación significativamente peor en términos de funcionamiento para todas las dimensiones que aquellos con otras depresiones y que los que no estuvieron deprimidos. Los pacientes con depresión mayor puntuaron por debajo del percentil 27 en todas las dimensiones y por debajo del percentil 4 en la dimensión de salud mental; al contrario que los que no presentaban depresión, que puntuaron por encima del percentil 50 en todas las dimensiones incluida la salud mental. Estos pacientes tenían más comprometidas las dimensiones salud mental (experimentación de sentimientos de nerviosismo, ansiedad y depresión), el rol emocional, la función social y la vitalidad. Respecto al AQoL, los pacientes con depresión mayor también presentaron en todas las dimensiones puntuaciones significativamente peores que los que tenían otras depresiones o los que no estaban deprimidos, salvo en la dimensión estado físico donde no hubo diferencia entre la depresión mayor y otras depresiones. En relación a la población general, aquellos con depresión mayor puntuaron por debajo del percentil 12 en las subescalas de relaciones sociales y bienestar psicológico, así como en la puntuación total del AQoL. En la depresión mayor, la dimensión de enfermedad mostró un mayor uso y confianza en la medicación y el tratamiento, mientras que la dimensión de relaciones sociales indicó un pobre funcionamiento en general así como estar comprometido debido a la salud de la persona.

La depresión puede empeorar la calidad de vida en pacientes con procesos comórbidos, pero también la presencia de algunos síntomas físicos puede empeorar la calidad de vida de aquellos pacientes con depresión. Está bien establecido que la presencia de la depresión como proceso comórbido en la demencia de Alzheimer y en la demencia vascular, es un importante predictor de reducción de la calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes. La depresión en ellos se asocia significativamente con la reducción de la calidad de vida relacionada con la salud. En un estudio realizado en Moscú¹⁷⁸ esta reducción fue de un 14%.

Por otro lado, la presencia de síntomas físicos dolorosos en los pacientes depresivos determina que la calidad de vida sea inferior, que la depresión sea más grave y que exista una mayor ideación suicida durante la depresión. En un estudio surcoreano¹⁷⁹, la presencia de dichos síntomas arrojó una puntuación media en la calidad de vida medida mediante la EVA (escala visual analógica) del EuroQoL de 42,22, que fue significativamente inferior a la de los depresivos sin síntomas dolorosos (60,37), dando por tanto como resultado una reducción de 18,15 puntos en dicha escala (IC 95%: 13,62-22,68).

VIII.2.14. TRASTORNOS MENTALES E HIPERFRECUENTACIÓN

Los trastornos mentales en general, así como los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad en particular, se asociaron positivamente con la frecuentación. Estos resultados eran esperados, ya que es el malestar psíquico propio de estos trastornos lo que lleva al paciente a acudir a consulta para pedir ayuda. Por otro lado, este tipo de trastornos son una de las causas más frecuentes de incapacidad laboral¹²³, y dado que en nuestro sistema de salud hay que emitir un parte de continuación de incapacidad laboral transitoria por semana, ello hace que las visitas al centro de salud por un mismo proceso se multipliquen. Además de las razones anteriormente mencionadas, hemos de añadir que este tipo de procesos se acompañan en muchas ocasiones de síntomas físicos que podrían atraer más la atención del médico de familia, lo que condicionaría que el trastorno psíquico quede sin solucionar por lo que el paciente acude una y otra vez al no ver resuelto el mismo.

VIII.2.15. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS MENTALES

Nuestros resultados demuestran que la presencia de trastorno mental global se asocia de forma clara y significativa con el sexo, consumo patológico de alcohol, con la percepción y autovaloración del estado de salud y con la vivencia de eventos vitales estresantes (tabla VII.39).

En nuestro estudio el sexo femenino, la percepción de pertenencia a una familia disfuncional, la vivencia de eventos vitales estresantes y la autovaloración o autovaloración del estado de salud, son las únicas variables que se asocian de forma independiente tanto con los trastornos de ansiedad como con los depresivos (tablas VII.49 y VII.59).

Con respecto al sexo, el que se asocie de forma independiente a los trastornos mentales se debe en parte a que los AVE serían vividos con mayor estrés por las mujeres que por los varones. Por otro lado, las mujeres al involucrarse más en dar apoyo social a muchas fuentes, las lleva a implicarse en los AVE de los demás, a acumular un mayor número de unidades de cambio vital y, por lo tanto a estar más expuestas a sufrir trastornos mentales en general o trastornos de ansiedad o depresivos en particular.

El apoyo social no se asocia de forma independiente con los trastornos mentales globales ni con los trastornos depresivos ni de ansiedad en particular. Los resultados obtenidos sugerirían que el apoyo social actuaría modificando o atenuando el efecto, como generador de trastornos psicológicos, de los eventos vitales estresantes. Con respecto a la asociación independiente con la disfunción familiar, el diseño de nuestro estudio no permite determinar si es la pertenencia a una familia disfuncional lo que contribuye a la génesis de los trastornos de ansiedad o depresivos, o a la inversa; es decir, si es el hecho de sufrir un trastorno de ansiedad o depresivo lo que altera la percepción del individuo de la función de la propia familia.

Con respecto a la asociación independiente entre la percepción o autovaloración del estado de salud y los trastornos mentales globales, de ansiedad y depresivos, queda por determinar la dirección de dicha asociación. O bien es la percepción o autovaloración negativa de la propia salud lo que conduce al trastorno mental o trastorno de ansiedad o

trastorno depresivo, o bien es la vivencia del propio trastorno lo que altera la percepción o autovaloración del estado de salud.

Otras variables no se han asociado de forma independiente con los trastornos mentales, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Es el caso del desempleo o la incapacidad laboral transitoria. Las situaciones de desempleo y de incapacidad temporal transitoria son en sí mismos eventos vitales estresantes que por sí solos no tendrían por qué generar trastornos mentales, sino que sería más bien cuando confluye con otros AVE (como podría ser la incapacidad para el pago de hipotecas subsecuente a la pérdida de recursos financieros para hacer frente a las deudas contraídas) o bien a través de la alteración de la dinámica familiar (por ejemplo con aumento de la discordia marital), o a través del aumento del consumo de alcohol hasta niveles patológicos como medida de evasión de los problemas, como se relacionaría con los trastornos mentales globales y de ansiedad y depresivos en particular.

VIII.3. FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERFRECUENTACIÓN

La edad media de los hiperfrecuentadores fue superior a la de los no hiperfrecuentadores (46,33 años versus 41,44 años), observándose asimismo un aumento de la prevalencia con la mayor edad de los diferentes grupos etarios. Ortega Tallón et al., que definieron en su estudio como hiperfrecuentadores a aquellos que superan en número de visitas la media más 2 desviaciones estándar para su grupo etario¹⁸⁰, observaron que la hiperfrecuentación aumentaba con la edad desde un 10% en el grupo de 15 a 44 años, pasando por un 15% de hiperfrecuentadores en el grupo 45-74 años, hasta un 20% en los mayores de 74 años. La media de edad de los hiperfrecuentadores en este estudio fue de 50,54 años (DE: 19,68), similar a la del estudio de Llorente Álvarez et al. con una media de edad de 53 años (DE: 19)¹⁸¹ y algo superior a los hiperfrecuentadores de nuestro estudio. En esta diferencia hemos de tener en cuenta que nosotros limitamos la edad de los participantes a 65 años como máximo, mientras que en el trabajo mencionado había pacientes de más de 65 años. Si la causa que motiva la visita al centro de salud es la disminución o pérdida de la salud, y esta es más frecuente con la edad, es lógico que cuanto mayor sea la edad de la persona, más probable es que acuda al centro de salud, y por consiguiente que se dé el fenómeno de la

hiperfrecuentación. Por lo tanto queda constatado que la edad es un predictor de hiperfrecuentación.

Aquellos pacientes en situación de desempleo, jubilación o incapacidad temporal laboral presentaron un mayor porcentaje de hiperfrecuentación (21,2% versus 7,2%). Diferentes explicaciones pueden justificar este hecho. La situación de desempleo es en sí misma una circunstancia que genera estrés en el paciente. El malestar psíquico, consecuencia de esta situación, sería determinante a la hora de decidir la búsqueda de ayuda al objeto de aliviar dicho malestar. Esto conduciría al paciente hasta el centro de salud, y el mayor o menor éxito en el alivio de la sintomatología determinaría que se repitan o no el número de visitas. Respecto a la jubilación, hemos de mencionar el hecho de que es una situación laboral directamente relacionada con la edad. Por lo tanto sí, como hemos visto anteriormente, la hiperfrecuentación aumenta con la edad y con la jubilación también, entonces concluiríamos que la hiperfrecuentación es más habitual entre aquellas personas en esta situación. Por último, los pacientes en situación de incapacidad laboral transitoria (IT) han de realizar una visita semanal a su centro de salud para control y recogida del correspondiente parte justificativo de la prolongación de la incapacidad temporal. Por lo tanto cuanto más se prolongue la IT, mayor será el número de visitas realizadas al centro de salud y mayor la probabilidad de hiperfrecuentación. En este caso estaríamos hablando de hiperfrecuentación de tipo 2, en contraposición con la hiperfrecuentación de tipo 1 propia del paciente demandante, que es el que en definitiva decide por sí mismo el número de visitas¹⁸⁰. En la hiperfrecuentación de tipo 2, al que hacemos referencia, sería el propio médico de familia quien induce la hiperfrecuentación, al ser él quien cita al paciente.

En línea con lo observado por nosotros se encuentra el trabajo de Llorente Álvarez et al. En este trabajo¹⁸¹, realizado en el centro de salud de La Felguera (Asturias), un porcentaje importante de los hiperfrecuentadores lo constituían los jubilados y los parados. Estos dos grupos, junto con las amas de casa, suponían el 75% del total de hiperfrecuentadores. En un estudio de casos y controles realizado en Finlandia¹⁸² también se observó que los jubilados tenían mayor prevalencia de hiperfrecuentación.

Con respecto a las categorías profesionales, observamos una menor prevalencia de hiperfrecuentación en las dos mejores categorías profesionales. Nuestra observación

concuenda con el resultado de un trabajo donde se observó que la proporción de hiperfrecuentadores tenía una tendencia a disminuir a medida que aumentaban los ingresos mensuales¹⁸³. Análogamente, Scaife et al. determinaron que el nivel socioeconómico aumenta la probabilidad de hiperfrecuentación (definida por este autor como más de doce visitas al año) a medida que se va aproximando al extremo de la pobreza¹⁸⁴. Las personas con peores categorías profesionales y por lo tanto con menor nivel socioeconómico, tienen trabajos más inestables y peor pagados que las que tienen mejores categorías profesionales. Este hecho condiciona una peor situación de salud en aquellas y, en consecuencia, una mayor probabilidad de hiperutilización de los servicios de salud^{185,186}.

Aunque no fue significativa, sí se observó que entre los inmigrantes no comunitarios la prevalencia de hiperfrecuentación fue menor. En la misma línea que nosotros está el trabajo de investigación realizado en Cartagena, en el que se observó que la población inmigrante no realiza más visitas que la población autóctona, de tal forma que esta última acudía a consulta 1,5 veces más que los inmigrantes¹⁸⁷.

Hemos observado también una mayor prevalencia de hiperfrecuentación en las situaciones de consumo patológico de alcohol (17,4% versus 10,6%), que sin embargo no fue significativa. Idéntica circunstancia sucedió con la disfunción familiar y el bajo apoyo social, situaciones donde hemos obtenido una mayor prevalencia de hiperfrecuentación pero con ausencia de significación estadística.

Las personas de la muestra de nuestro estudio que estaban expuestas a situaciones más estresantes, presentaron también mayor hiperfrecuentación. En un estudio realizado en 1999 en el Área Básica de Salud Granollers Sur sobre 105 hiperfrecuentadores, se observó que el 81,7% había sufrido algún acontecimiento vital estresante en el último año¹⁸⁸. Además el 88% de la muestra presentó riesgo de padecer un trastorno de personalidad, y el 78,4% síntomas de ansiedad y/o depresión. Los autores sugieren que, debido a los trastornos de personalidad, los mecanismos de afrontamiento de los hiperfrecuentadores son escasos y que el esfuerzo adaptativo emocional condiciona la respuesta ansiosa-depresiva. En consecuencia, cuanto mayor estrés generen las situaciones vitales adversas, mayor es el malestar psicológico y mayor la probabilidad de que se acuda al centro de salud en busca de ayuda.

La menor calidad de vida relacionada con la salud se asoció a una mayor hiperfrecuentación. De las dimensiones analizadas, fue el dolor o malestar lo que se asoció más intensamente con dicho fenómeno. También en quienes manifestaban sentirse peor que hace un año, fue mayor la hiperfrecuentación. A medida que empeoraba la autovaloración del estado de salud, aumentaba la hiperfrecuentación. Todos estos hallazgos son plausibles, dado que es justamente el malestar psicológico derivado del sentimiento de estar enfermo el que en último término lleva al paciente a consultar al médico en su centro de salud. En relación al malestar psicológico, Segovia Martínez et al.¹⁸⁹ observaron una elevada prevalencia en la población que acude a consulta, siendo significativamente superior en los hiperutilizadores (59,8%) en relación al resto de normoutilizadores (33,6%).

De todos los factores mencionados, solo los eventos estresantes, el estado de salud autopercibido y la situación laboral se asociaron independientemente con la hiperfrecuentación. La mayor carga vital de las vivencias estresantes experimentadas por las personas de mayor edad explicaría la mayor prevalencia de hiperfrecuentación, y no la edad en sí misma. Por otro lado la peor autopercepción de salud, independientemente de la edad, condiciona un mayor número de visitas al servicio de salud. Respecto a la situación laboral, el mismo hecho burocrático de los partes de confirmación en pacientes en situación de IT determina que las visitas al centro de salud se repitan una y otra vez, siendo por tanto el aspecto burocrático y no el sentimiento de malestar el que lleva al paciente a la hiperfrecuentación. En otras palabras, serían los médicos de familia quienes con dicho procedimiento inducirían la hiperfrecuentación en estos casos. Serían los hiperfrecuentadores de tipo 2, como ya habíamos apuntado con anterioridad.

Los pacientes hiperfrecuentadores generan una gran carga de trabajo en atención primaria. Se supone que mejorando sus problemas de salud disminuirían sus necesidades de consultar. Pero eso no siempre es así, dado que las razones por las cuales un paciente es hiperfrecuentador pueden ser de tipo biológico, psicológico, social, familiar, cultural, administrativo-organizativo o vinculadas a la relación médico-paciente. Por ello es necesario realizar otras intervenciones en el ámbito de atención primaria para disminuir la prevalencia de este problema. En esta línea se enmarca la

intervención 7H+T (7 hipótesis + team). Con esta intervención se redujo significativamente el número de visitas en un ensayo controlado aleatorizado llevado a cabo en el Centro de Salud de San José de Linares en la provincia de Jaén¹⁹⁰. En dicho ensayo, la media en el número de visitas en el grupo de intervención se redujo en un año de 21,38 a 13,10, frente a los dos grupos controles, en los que se redujo de 20,61 a 19,37 en uno de ellos y de 20,87 a 16,72 en el otro.

IX. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria es elevada (28,57%), especialmente en las mujeres (35,76% vs. 19,38%).
2. El trastorno depresivo mayor actual es el más prevalente en atención primaria (15,9%), seguido del trastorno por ansiedad generalizada (12,9%).
3. Destaca la alta prevalencia de depresión mayor en las mujeres: 24,2% frente a un 5,4% en varones. El trastorno mental más prevalente en varones es el trastorno por ansiedad generalizada (10%).
4. No se obtiene evidencia de que la edad esté asociada a los trastornos mentales. Sin embargo, la prevalencia es mayor en jubilados, desempleados, los que están en situación laboral de incapacidad transitoria y en aquellos con categoría profesional más baja.
5. Algo menos de 1 de cada 10 usuarios de los centros de salud tienen problemas relacionados con el alcohol. Estos problemas son más frecuentes en los varones (1 de cada 10 varones frente a 1 de cada 20 mujeres).
6. El consumo patológico de alcohol determina una mayor prevalencia de trastornos mentales.
7. La disfunción familiar, el bajo apoyo social y una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud se asocian con presentar trastorno mental.
8. Existe un infradiagnóstico de los trastornos mentales en nuestra área de salud, de tal forma que solo 1 de cada 5 pacientes con algún trastorno mental son diagnosticados por el médico de familia.
9. El 11,1% de la muestra son hiperfrecuentadores.
10. La hiperfrecuentación es más prevalente en los pacientes afectados de trastornos mentales.
11. La edad, las situaciones de desempleo, jubilación o incapacidad laboral temporal, y las categorías profesionales más bajas presentan una mayor probabilidad de hiperfrecuentación.
12. Tanto el estrés social como la calidad de vida y la situación laboral, se asocian independientemente con la hiperfrecuentación.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Aten Primaria*. 2004;34(1):32-8.
2. Ibáñez Cuadrado A, Saiz Ruiz J. Psiquiatría y genética molecular. En: Barcia Salorio D, dir. *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Arán; 2012. p.115-29.
3. Cabildo de Lanzarote. Centro de datos [en línea] 2011 [fecha de acceso 28 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.datosdelanzarote.com/muestraFamilias.asp?idFamilia=6>
4. Pechansky M. *Historia universal de la histeria*. Buenos Aires: Grijalbo; 2012.
5. Bermejo Barrera JC. Psiquiatría y lenguaje: filosofía e historia de la enfermedad mental. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2007;45(3):193-210.
6. González de Rivera JL. Evolución histórica de la psiquiatría. *Psiquis*. 1998;19(5):183-200.
7. Quesada González C, Fernández Barrio E. Historia de la psiquiatría. En: *Manual del residente en psiquiatría*. Madrid: ENE Life Publicidad S.A.; 2009. p. 5-11.
8. López Saco J. Una aproximación a la demencia en la Roma y el Oriente antiguo. *Praesentia* [en línea] 2004 [fecha de acceso 1 de febrero de 2013]; 8.
URL disponible en:
<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/praesentia/article/view/3728/3583>
9. García-Albea Ristol E. Areteo de Capadocia (siglo II d.C.) y las primeras descripciones neurológicas. *Rev Neurol*. 2009;48(6):322-7.
10. Barcia Salorio D. Historia de la psiquiatría española. En: López-Ibor JJ, Leal Cercós C, Carbonell Masiá C, dirs. *Imágenes de la psiquiatría española*. Barcelona: Editorial Glosa; 2004. p. 37-61.
11. Huertas R, del Cura M. Chiarugi versus Pinel. La carta abierta de Carlo Livi a Brière de Boismont. *Frenia*. 2006;4(2):109-33.
12. Barcia Salorio D. Orientaciones doctrinales de la psiquiatría. Necesidad de un enfoque histórico. En: Barcia Salorio D, dir. *Tratado de psiquiatría*.

- Madrid: Arán; 2012. p. 3-66.
13. Mata P. Tratado de la razón humana en estado de enfermedad. Madrid: Bailly-Bailliere; 1878. p. 175-6.
 14. Muñoz PE. Psiquiatría social. En: González de Rivera y Revuelta JL, Vela Bueno A, Arana Arregui J, dirs. Manual de psiquiatría. Madrid: editorial Karpos; 1980. p. 1155-74.
 15. Gracia D, Espino JA. Desarrollo histórico de la psiquiatría. En: González de Rivera y Revuelta JL, Vela Bueno A, Arana Arregui J, dirs. Manual de psiquiatría. Madrid: editorial Karpos; 1980. p. 3-37.
 16. Rubí González P. Historia de la Psiquiatría. Monografías [en línea] [fecha de acceso 5 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/hispsiq/hispsiq.shtml>
 17. Castilla del Pino C. Historia crítica de la psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2007;27(99):105-18.
 18. Aparicio Gutiérrez V, Sánchez Gutiérrez AE. Norma y ley de la psiquiatría española (1982-86). En: Víctor Aparicio Basauri, ed. Orígenes y fundamentos de la psiquiatría española. Madrid: Arán; 1997. p. 21-42.
 19. García González J, Espino Granado A, Lara Palma L. La formación especializada en psicología clínica: el PIR. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1998. p. 319.
 20. Vázquez-Barquero JL, Herrán A, Vázquez-Bourgon ME. La enfermedad mental en Atención Primaria: una perspectiva general. En: Vázquez-Barquero JL, dir. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 3-16.
 21. Bravo MF, Aparicio D, Cuevas C, Díaz B, Eguiagaray M, Fuente J, et al. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Cuadernos Técnicos, 4. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000. p. 6-99.
 22. Medina Amor JL, Suárez Guinea R. Concepto de enfermedad mental. En: Manual del residente en psiquiatría. Madrid: ENE Life Publicidad S.A.; 2009. p. 13-9.
 23. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Historia de la psiquiatría. En: Ey H, Bernard

- P, Brisset Ch, dirs. Tratado de psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Masson; 1996. p. 50-8.
24. Jarne Esparcia A, Talam Caparrós A, Armayones Ruiz M, Horta i Faja E, Requena Varón E. Bases conceptuales de la psicopatología y clasificación de los trastornos mentales. En: Jarne Esparcia A, Talam Caparrós A, Armayones Ruiz M, Horta i Faja E, Requena Varón E. Psicopatología. 1ª ed. Barcelona: Editorial UOC; 2006. p. 13-44.
 25. Rojo Rodes JE, Vallejo Ruiloba J. Clasificaciones en psiquiatría. En: Barcia Salorio D, dir. Tratado de psiquiatría. Madrid: Arán; 2012. p. 147-56.
 26. Pallardó Salcedo F. Neurociencias y psiquiatría. En: Barcia Salorio D, dir. Tratado de psiquiatría. Madrid: Arán; 2012. p. 67-90.
 27. de la Mora MP, Gallegos-Cari A, Arizmendi-García Y, Marcellino D, Fuxe K. Role of dopamine receptor mechanisms in the amygdaloid modulation of fear and anxiety: Structural and functional analysis. Prog Neurobiol. 2010 Feb 9;90(2):198-216.
 28. Moret C, Briley M. The possible role of 5-HT(1B/D) receptors in psychiatric disorders and their potential as a target for therapy. Eur J Pharmacol. 2000 Sep 15;404(1-2):1-12.
 29. De Santiago A, Herrán A, Vázquez-Barquero JL. Epidemiología de la enfermedad mental en la comunidad. En: Vázquez-Barquero JL, dir. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 35-53.
 30. Turabian JL, González-Morales MA, López DC, Gallego JG, González-Palacios P, Moya A, et al. Estudio epidemiológico sobre consultantes frecuentes en Atención Primaria. Centro de Salud. Rev Sanid Hig Pública. (Madrid). 1988;62:1645-54.
 31. Luciano Devis JV, Serrano Blanco A, Grupo DASMAP. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. Aten Primaria. Diciembre 2008;40(12):631-2.
 32. Sandín Vázquez M, Conde Espejo P. El significado de la palabra hiperfrecuentación para los profesionales de atención primaria. Aten

- Primaria. 2010;42:245-6.
33. Báez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *Br J Gen Pract*. 1998 December;48(437):1824-27.
 34. Báez K, Aiarzaguena JM, Grandes G. Hiperfrecuentación y factores psicosociales: ¿mito o realidad? *Aten Primaria*. 1999;23:555-6.
 35. Sarría Santamera A, Timoner Aguilar J, Sandín Vázquez M. Frecuentación en Atención Primaria. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005;36:471.
 36. Henderson S. Epidemiología de la enfermedad mental: aspectos conceptuales. En: Vázquez-Barquero JL, dir. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 17-33.
 37. Lastra Martínez I. El diagnóstico de los estudios epidemiológicos sobre la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas* [en línea] [fecha de acceso 12 de noviembre de 2014]. URL disponible en http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/02_168_07.htm
 38. World Health Organization. A user's guide to the self reporting questionnaire [en línea] [fecha de acceso 12 de noviembre de 2014] http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf
 39. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, et al. SCAN. Schedules for Clinical assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:589-93.
 40. Aboraya A, Tien A, Stevenson J, Crosby K. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN): introduction to WV's mental health community. *W V Med J*. 1998 Nov-Dec;94(6):326-8.
 41. Goldberg DP, Cooper B, Easwood M, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric Interview for use in community surveys. *Br J Prevent Soc Med*. 1970;34:18-23.
 42. Campillo-Serrano C, Caraveo Anduaga J, Medina-Mora ME, Martínez-Lanz P. Confiabilidad entre clínicos utilizando la "Entrevista Psiquiátrica Estandarizada" de Goldberg en una versión mexicana. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1981 Mar;27(1):44-53.

43. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Dec;45(12):1069-77.
44. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997;12:224-31.
45. Grandes G, Montoya I, Arieteleanizbeaskoa MS, Arce V, Sánchez A; MAS Group. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2011 Oct;26(7):428-35.
46. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Feb;45(2):201-10.
47. Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, García Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009 Dec;119(1-3):52-8.
48. Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Artal J, García J, Iglesias C, Montejo J, et al. El reconocimiento de la enfermedad mental en Atención Primaria y sus factores determinantes. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999 Mar-Apr;27(2):87-95.
49. Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria*. 1999 Mar 31;23(5):275-9.
50. Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, et al. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997 Jun;170:529-35.
51. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L, Ramírez Arrizabalaga R. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria*. 1996 Jun 15;18(1):22-6.

52. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A, González L. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Aten Primaria*. 1993 May 31;11(9):459-60, 462-3.
53. Martínez Álvarez JM, Marijuán Arcocha L, Retolaza Balsategui A, Duque Valencia A, Cascán Martín JM. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. *Aten Primaria*. 1993 Feb 28;11(3):127-32.
54. Laufer N, Zilber N, Jecsmien P, Maoz B, Grupper D, Hermesh H, et al. Mental disorders in primary care in Israel: prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Oct;48(10):1539-54.
55. Cwikel J, Zilber N, Feinson M, Lerner Y. Prevalence and risk factors of threshold and sub-threshold psychiatric disorders in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Mar;43(3):184-91.
56. Ghuloum S, Bener A, Abou-Saleh MT. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc*. 2011 Mar;61(3):216-21.
57. Al-Khathami AD, Ogbeide DO. Prevalence of mental illness among Saudi adult primary-care patients in Central Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2002 Jun;23(6):721-4.
58. Pothen M, Kuruvilla A, Philip K, Joseph A, Jacob KS. Common mental disorders among primary care attenders in Vellore, South India: nature, prevalence and risk factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2003 Jun;49(2):119-25.
59. Campbell A, Manoff T, Caffery J. Rurality and mental health: an Australian primary care study. *Rural Remote Health*. 2006 Jul-Sep;6(3):595.
60. Gonçalves DA, Fortes S, Tófoli LF, Campos MR, Mari Jde J. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(1):3-13.
61. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, César CL. Prevalencia de transtornos mentais comuns em populacoes atendidas pelo Programa Saude da Familia (QUALIS) no Municipio de Sao Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006 Aug;22(8):1639-48.

62. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalencia de transtornos mentais em individuos de uma unidade de referencia para Programa Saude da Familia em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008 Sep;24(9):2043-53.
63. Fortes S, Villano LA, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Mar;30(1):32-7.
64. Kahn LS, Halbreich U, Bloom MS, Bidani R, Rich E, Hershey CO. Screening for mental illness in primary care clinics. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34(4):345-62.
65. Jackson JL, Houston JS, Hanling SR, Terhaar KA, Yun JS. Clinical predictors of mental disorders among medical outpatients. *Arch Intern Med*. 2001 Mar 26;161(6):875-9.
66. Broers T, Hodgetts G, Batić-Mujanović O, Petrović V, Hasanagić M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centers in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*. 2006 Jun;47(3):478-84.
67. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med*. 2005 Aug;35(8):1175-84.
68. Lynge I, Munk-Jørgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2004;63 Suppl 2:377-83.
69. Ferrara M, Meloni D, Caira D, Magherini F, Maglietta M, Baldasseroni A. Indagine sul disagio psichico in medicina generale: prevalenza e determinanti della positivita al test GHQ-12. *Epidemiol Prev*. 2004 Nov-Dec;28(6):338-45.
70. Berardi D, Berti Ceroni G, Leggieri G, Rucci P, Ustün B, Ferrari G. Mental, physical and functional status in primary care attenders. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29(2):133-48.

71. Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Med.* 1986;1116:135-40.
72. Bulbena Vilarrasa A, Fernández de Larrinoa Palacios P, Pomarol Clotet E. Instrumentos de evaluación en atención primaria. En: Vázquez-Barquero JL, dir. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 131-49.
73. Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA.* 1984;252(14):1905-7.
74. De la Revilla L, Bailón E, Luna JD, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria.* 1991;8:688-69.
75. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria.* 1996 Sep 15;18(4):153-63.
76. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care.* 1988 Jul;26(7):709-23.
77. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978 Jun;6(6):1231-9.
78. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria.* 1996 Oct 15;18(6):289-96.
79. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res.* 1967 Aug;11(2):213-8.
80. Badía X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQoI 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res.* 1998 May;7(4):311-22.
81. Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQoI-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28(6):425-9.
82. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et

- al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33.
83. van Vliet IM, de Beurs E. Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI). Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV- en ICD-10-stoornissen. *Tijdschr Psychiatr*. 2007;49(6):393-7.
 84. Hastie T, Tibshirani R. *Generalized Additive Models*. London: Chapman And Hall; 1990.
 85. Hastie T, Tibshirani R, Friedman J. *The elements of statistical learning*. New York: Springer; 2008.
 86. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. 2a ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons; 2000.
 87. McCullagh P, Nelder JA. *Generalized Models*. Boca Raton, Florida: Chapman and Hall/CRC; 1989.
 88. Nelder JA, Wedderburn RWM. *Generalized Linear Models*. *Journal of the Royal Statistical Society A*. 1972;135(3):370-84.
 89. Trevor Hastie (2013). *gam: Generalized Additive Models*. R package version 1.09. <http://CRAN.R-project.org/package=gam>
 90. R Development Core Team (2008). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>
 91. Iglesias CG, Sáiz PM, García-Portilla MP, Bousoño MG, Jiménez LT, Sánchez FL, et al. Effects of the economic crisis on demand due to mental disorders in Asturias: data from the Asturias Cumulative Psychiatric Case Register (2000-2010). *Actas Esp Psiquiatr*. 2014 May;42(3):108-15.
 92. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013 Feb;23(1):103-8.
 93. Bobes J, Iglesias García C, García-Portilla González MP, Bascarán MT, Jiménez Treviño L, et al. Changes in administrative prevalence of mental disorders over a 13-year period in Asturias (northern Spain). *Rev Psiquiatr*

- Salud Ment. 2013 Apr-Jun;6(2):60-6.
94. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revolución Perú Med Exp Salud Pública*. 2014;31(1):30-8.
 95. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Med Exp Salud Perú Pública*. 2014;31(1):39-47.
 96. Amoran O, Ogunsemi O, Lasebikan V. Assessment of mental disorders using the patient health questionnaire as a general screening tool in western Nigeria: A community-based study. *J Neurosci Rural Pract*. 2012 Jan;3(1):6-11.
 97. Fortes S, Lopes CS, Villano LA, Campos MR, Gonçalves DA, Mari Jde J. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011 Jun;33(2):150-6.
 98. Anseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004 Jan;78(1):49-55.
 99. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011 May-Jun;52(3):263-71.
 100. Maginn S, Boardman AP, Craig TK, Haddad M, Heath G, Stott J. The detection of psychological problems by General Practitioners--influence of ethnicity and other demographic variables. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Jun;39(6):464-71.
 101. Fuhrer R, Stansfeld SA, Chemali J, Shipley MJ. Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). *Soc Sci Med*. 1999 Jan;48(1):77-87.
 102. Escobar F, Espí F, Canteras M. Problems related to alcohol consumption in primary health care: prevalence and clinical profile. *Fam Pract*. 1993 Dec;10(4):424-30.
 103. Kullgren G, Alibusa S, Birabwa-Oketcho H. Problem drinking among

- patients attending primary healthcare units in Kampala, Uganda. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2009 Feb;12(1):52-8.
104. Etter JF, Gmel G. Paradoxical changes in alcohol consumption and CAGE ratings between 1996 and 2006 in the general population of Geneva. *Alcohol Alcohol*. 2011 Mar-Apr;46(2):128-32.
 105. Tomasson K, Gudmundsson G. Gedheilsa og lidan islenskra baenda. *Laeknabladid*. 2009 Nov;95(11):763-9.
 106. Park JT, Kim BG, Jhun HJ. Alcohol consumption and the CAGE questionnaire in Korean adults: results from the Second Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *J Korean Med Sci*. 2008 Apr;23(2):199-206.
 107. Mitsunaga T, Larsen U. Prevalence of and risk factors associated with alcohol abuse in Moshi, northern Tanzania. *J Biosoc Sci*. 2008 May;40(3):379-99.
 108. Guerrini I, Gentili C, Guazzelli M. Alcohol consumption and heavy drinking: a survey in three Italian villages. *Alcohol Alcohol*. 2006 May-Jun;41(3):336-40.
 109. de Lima MS, Dunn J, Novo IP, Tomasi E, Reisser AA. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. *Subst Use Misuse*. 2003 Jan;38(1):51-65.
 110. de Almeida LM, Coutinho Eda S. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1993 Feb;27(1):23-9.
 111. Rathner G, Dunkel D. Die Haufigkeit von Alkoholismus und Problemtrinken in Osterreich. *Wien Klin Wochenschr*. 1998 May 22;110(10):356-63.
 112. Ely M, Hardy R, Longford NT, Wadsworth ME. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. *Alcohol Alcohol*. 1999 Nov-Dec;34(6):894-902.
 113. Aalto M, Seppä K, Kiianmaa K, Sillanaukee P. Drinking habits and

- prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. *Addiction*. 1999 Sep;94(9):1371-9.
114. Rodríguez Fernández E, Gómez Moraga A, García Rodríguez A. Relación entre percepción familiar y consumo de alcohol. *Aten Primaria*. 1997 Feb 28;19(3):117-21.
 115. Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014 Jun;28(Suppl 1):104-8.
 116. Díaz-Cruz F, Bethencourt Pérez JM, Peñate Castro W. Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2004;90:21-39.
 117. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):617-27.
 118. Cohidon C, Imbernon E, Gorlberg M. Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *Am J Ind Med*. 2009;52(2):141-52.
 119. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994 Dec 14;272(22):1749-56.
 120. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care*. Londres: Tavistock; 1980.
 121. Higgins ES. A review of unrecognized mental illness in primary care. Prevalence, natural history, and efforts to change the course. *Arch Fam Med*. 1994 Oct;3(10):908-17.
 122. Mental Health and General Practice Investigation (MaGPIe) Research Group. General practitioner recognition of mental illness in the absence of a 'gold standard'. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004 Oct;38(10):789-94.
 123. Rodríguez Ortiz de Salazar B, Gómez Gálligo A, García Parra Á, López Gómez I. Sintomatología depresiva asociada al trabajo. *Mapfre Medicina*. 2005;16(3):184-94.
 124. L'Écho. « La dépression, cause de plus en plus fréquente d'invalidité »,

- Bruxelles, article du 19-21 février 2005,5.
125. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and Healing*. 3^a ed. Baltimore y Londres: The Johns Hopkins University Press; 1993.
 126. Deniel Rosanas J, Bosch Molas M, Culí Borràs N, Olmeda Brea C. Influencia del paro sobre los problemas de salud mental. *Aten Primaria*. 1996 Oct 31;18(7):379-82.
 127. Virtanen M, Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J, Kokko K, Pulkkinen L. Mental health and hostility as predictors of temporary employment: Evidence from two prospective studies. *Soc Sci Med*. 2005;61:2084-95.
 128. Pattani S, Constantinovici N, Williams S. Who retires early from the NHS because of ill health and what does it cost? A national cross sectional study. *BMJ*. 2001 Jan 27;322(7280):208-9.
 129. Matthews S, Power C. Socio-economic gradients in psychological distress: a focus on women, social roles and work-home characteristics. *Social Science and Medicine*. 2002;54:799-810.
 130. Zabkiewicz D, Schmidt LA. The Mental Health Benefits of Work: Do They Apply to Welfare Mothers with a Drinking Problem? *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2009 Jan;36(1):96-110.
 131. Lorant V, Deliege D, Eaton W, et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003;157:98-112.
 132. Virtanen M, Koskinen S, Kivimäki M, Honkonen T, Vahtera J, Ahola K, et al. Contribution of non-work and work-related risk factors to the association between income and mental disorders in a working population: the Health 2000 Study. *Occup Environ Med*. 2008;65(3):171-8.
 133. Turner RJ, Lloyd DA. The stress process and the social distribution of depression. *J Health Soc Behav*. 1999;40:374-404.
 134. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al.; Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51.
 135. Seedat S, Stein DJ, Jackson PB, Heeringa SG, Williams DR, Myer L. Life stress and mental disorders in the South African stress and health study. *S*

- Afr Med J. 2009;99:375-82.
136. Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2007 Jun;55(3):222-7.
 137. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(Suppl. 2):21-8.
 138. Carrer S, Meuti V, Catino E, Pucci D, Lafuente M, Colosimo F, et al. Immigrazione, traumi, difficoltà vitali e psicopatologia: uno studio preliminare in un setting di medicina generale. *Riv Psichiatr*. 2011 Mar-Apr;46(2):129-39.
 139. Holman EA, Silver RC, Waitzkin H. Traumatic life events in primary care patients: a study in an ethnically diverse sample. *Arch Fam Med*. 2000 Sep-Oct;9(9):802-10.
 140. Stuart GW, Klimidis S, Minas IH. The treated prevalence of mental disorder amongst immigrants and the Australian-born: community and primary-care rates. *Int J Soc Psychiatry*. 1998 Spring;44(1):22-34.
 141. Ferrada-Noli M, Asberg M. Psychiatric health, ethnicity and socioeconomic factors among suicides in Stockholm. *Psychol Rep*. 1997 Aug;81(1):323-32.
 142. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry*. 2008;23(Suppl. 1):14-20.
 143. Fassaert T, de Wit MA, Tuinebreijer WC, Verhoeff AP, Beekman AT, Dekker J. Perceived need for mental health care among non-western labour migrants. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Sep 11.
 144. Campos MD, Podus D, Anglin MD, Warda U. Mental health need and substance abuse problem risk: acculturation among Latinas as a protective factor among CalWORKs applicants and recipients. *J Ethn Subst Abuse*. 2008;7(3):268-91.
 145. Haasen C, Sinaa M, Reimer J. Alcohol use disorders among Afghan migrants in Germany. *Subst Abuse*. 2008;29(3):65-70.

146. Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry*. 2008 Jan;165(1):66-73.
147. Barea J, Benito A, Real M, Mateu C, Martín E, López N, et al. Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*. 2009;21:105-12.
148. Momenan R, Steckler LE, Saad ZS, van Rafeleghem S, Kerich MJ, Hommer DW. Effects of alcohol dependence on cortical thickness as determined by magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res*. 2012 Nov 30;204(2-3):101-11.
149. Bravo R, Echeburúa E, Aizpiri J. Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*. 2007;19:373-82.
150. Ávila JJ, González D. Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*. 2007;19:383-92.
151. Nadew GT. Exposure to traumatic events, prevalence of posttraumatic stress disorder and alcohol abuse in Aboriginal communities. *Rural Remote Health*. 2012 Oct;12(4):1667.
152. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:830-42.
153. Sánchez-Peña JF, Álvarez-Cotoli P, Rodríguez-Solano JJ. Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012 May-Jun;40(3):129-35.
154. de la Revilla L, de los Ríos Álvarez AM, de Dios Luna del Castillo J. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Aten Primaria*. 2007;39(6):305-11.
155. Marcas Vila A, Mariscal Labrador E, Muñoz Pérez MA, Olid Cobos F, Pardo Remesal MJ, Rubio Simón E, et al. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación? *Aten Primaria*. 2000;26(7):453-8.

156. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, et al. Does the family APGAR effectively measure family functioning? *J Fam Pract.* 2001 Jan;50(1):19-25.
157. Villena Ferrer A, Téllez Lapeira JM, Morena Rayo S, Donato Gallart E, Almar Marqués E. Consumo de psicofármacos. Influencia de la disfunción familiar. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004 May-Jun;32(3):143-8.
158. De la Revilla L, Aybar R, De los Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria.* 1997;19:133-7.
159. Carmel S, Anson O, Levenson A, et al. Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Soc Sci Med.* 1991;12:1089-96.
160. Horman S. The rol of social support on health throughout the lifecycle. *Health Educ.* 1989;20:18-21(26).
161. Montalbán J. Relación entre ansiedad y disfunción familiar. *Aten Primaria.* 1998;21:67-76.
162. Rodríguez Fernández E, Gea Serrano A, Gómez Moraga A, García González JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Primaria.* 1996;17:338-41.
163. Biederman J, Milberger S, Paraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(6):464-70.
164. Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and adjustment in two geographical areas, 1: the prevalence of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry.* 1975;126:493-509.
165. Rutter M, Quinton D. Psychiatric disorder: ecological factors and concepts of causation. In: McGurk H, ed. *Ecological Factors in Human Development.* Amsterdam, the Netherlands: North-Holland Publishing Co; 1977. p. 173-87.
166. Blantz B, Schmidt MH, Esser G. Familial adversities and child psychiatric disorders. *J Child Psychol Psychiatr Disord.* 1991;32:939-50.
167. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *J Urban Health.*

- 2001 September;78(3):458-67.
168. Barrera TL, Norton PJ. Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *J Anxiety Disord.* 2009 Jul;23(8):1086-90.
 169. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kammer D, Niehaus DJ, Stein DJ . Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology.* 2003;36(5):255-62.
 170. Comer JS, Blanco S, Hasin DS, Liu SM, Grant BF, Turner JB, et al. Health-related quality of life across the anxiety disorders. *J Clin Psychiatry.* 2011 January;72(1):43-50.
 171. Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, Manfro GG, Wolkow R. Sertraline in the treatment of panic disorder: a flexible-dose multicenter trial. *Arch Gen Psychiatry.* 1998 Nov;55(11):1010-6.
 172. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull.* 1993;29(2):321-6.
 173. Stein MB, Fyer AJ, Davidson JR, Pollack MH, Wiita B. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 1999;156(5):756-60.
 174. Tenney NH, Denys DA, van Megen HJ, Glas G, Westenberg HG. Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2003 Jan;18(1):29-33.
 175. Eng W, Coles ME, Heimberg RG, Safren SA. Quality of life following cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: preliminary findings. *Depress Anxiety.* 2001;13(4):192-3.
 176. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2007 Jun;27(5):572-81.
 177. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheek F. Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000 Dec;34(6):1022-9.

178. Winter Y, Korchounov A, Zhukova TV, Bertschi NE. Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *J Neurosci Rural Pract.* 2011 Jan;2(1):27-32.
179. Bahk WM, Park S, Jon DI, Yoon BH, Min KJ, Hong JP. Relationship between painful physical symptoms and severity of depressive symptomatology and suicidality. *Psychiatry Res.* 2011 Oct 30;189(3):357-61.
180. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria.* 2004;33(2):78-85.
181. Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P, Alonso Fernández M. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria.* 1996;17:100-7.
182. Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Fam Pract.* 1994 Dec;11(4):424-30.
183. Calvo Rojas V, Rodríguez Molinet J, Pomares Costa AM, Gil Rovira M, Ramell Gutiérrez AM, Sentís Antolín L, et al. Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en centros de atención primaria de salud: un estudio desde el trabajo social sanitario. *Trabajo Social Global.* 2011;3(2):116-42.
184. Scaife B, Gill P, Heywood P, Neal R. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract.* 2000;17(4):298-304.
185. Gómez Rodríguez E, Moreno Raymundo P, Hernández Monsalve M, Gervas J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Fam Pract.* 1996;13:382-5.
186. Rubio Montañés ML, Adlid Vilar C, Cordon Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellà P, Fernández Punset D, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria.* 1998;22:627-30.
187. Muñoz Ureña AM, Guillén Pérez JJ, Fontcuberta Martínez J, Manrique

- Medina R, Pérez Aguilar F, Barragán Pérez A. Hiperfrecuentación e inmigración en los servicios de Atención Primaria en Cartagena, España. *Aten Fam.* 2010;17(1):4-9.
188. Rodríguez Muñoz C, Cebriá Andreu J, Corbella Santomá S, Segura Bernal J, Sobreuques Soriano J. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de AP. *Medifam.* 2003;13:143-50.
189. Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durántez J, García Tirado MC. Malestar psicológico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. *Aten Primaria.* 1998 Nov 30;22(9):562-9.
190. Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, de Dios Luna J, Torres-González F. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2008 May;58(550):324-30.

XI. ANEXOS

ANEXO I
CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

Nombre:.....

Fecha de nacimiento:.....

Indique la fecha en que inicia el cuestionario:.....

Médico:.....

1. Identificación:.....
2. Edad:.....años
3. Sexo: 0 mujer 1 varón
4. País de nacimiento.....
5. Estado civil actual:
 - a. Soltero/a
 - b. Casado/a o vive con pareja sin estar casado/a
 - c. Separado/a
 - d. Viudo/a
 - e. Divorciado/a
 - f. Otros, especificar:.....
6. Situación laboral actual:
 - g. Estudiante
 - h. Ama de casa
 - i. Vive de rentas
 - j. Desempleado (en paro)
 - k. Activo (trabaja actualmente y no está de baja laboral)
 - l. Baja laboral transitoria
 - m. Incapacidad laboral temporal por enfermedad
 - n. Jubilado o prejubilado
7. Profesión:.....
8. Indíquenos su nivel de estudios colocando una x sobre la casilla correspondiente:
 1. Analfabeto
 2. Sin estudios, pero sabe leer y escribir
 3. Estudios primarios
 4. Estudios secundarios de primer grado
 5. Estudios secundarios de segundo grado
 6. Estudios superiores medios
 7. Estudios universitarios

Ahora nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando la respuesta que, según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que solo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

9. ÚLTIMAMENTE ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- A Mejor que lo habitual C Peor que lo habitual
B Igual que lo habitual D Mucho peor que lo habitual

10. ÚLTIMAMENTE ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual

11. ÚLTIMAMENTE ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual

12. ÚLTIMAMENTE ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual

13. ÚLTIMAMENTE ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual

14. ÚLTIMAMENTE ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual

15. ÚLTIMAMENTE ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual

16. ÚLTIMAMENTE ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual

17. ÚLTIMAMENTE ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual

18. ÚLTIMAMENTE ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual

19. ÚLTIMAMENTE ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual

- B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual
20. ÚLTIMAMENTE ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
 A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
 B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual
21. ÚLTIMAMENTE ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
 A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
 B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual
22. ÚLTIMAMENTE ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
 A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
 B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual
23. ÚLTIMAMENTE ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
 A Más activo que lo habitual C Bastante menos que lo habitual
 B Igual que lo habitual D Mucho menos que lo habitual
24. ÚLTIMAMENTE ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
 A Menos tiempo que lo habitual C Más tiempo que lo habitual
 B Igual que lo habitual D Mucho más tiempo que lo habitual
25. ÚLTIMAMENTE ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?
 A Mejor que lo habitual C Peor que lo habitual
 B Igual que lo habitual D Mucho peor que lo habitual
26. ÚLTIMAMENTE ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
 A Más satisfecho que lo habitual C Menos satisfecho que lo habitual
 B Igual que lo habitual D Mucho menos satisfecho que lo habitual
27. ÚLTIMAMENTE ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
 A Más útil que lo habitual C Menos útil que lo habitual
 B Igual de útil que lo habitual D Mucho menos útil que lo habitual
28. ÚLTIMAMENTE ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
 A Más que lo habitual C Menos que lo habitual
 B Igual que lo habitual D Mucho menos que lo habitual
29. ÚLTIMAMENTE ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
 A Más que lo habitual C Menos que lo habitual
 B Igual que lo habitual D Mucho menos que lo habitual
30. ÚLTIMAMENTE ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
 A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
 B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual
31. ÚLTIMAMENTE ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
 A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
 B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual
32. ÚLTIMAMENTE ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
 A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual

- B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual
33. ÚLTIMAMENTE ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
- A Claramente, no C Se me ha cruzado por la mente
- B Me parece que no D Claramente, lo he pensado
34. ÚLTIMAMENTE ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
- B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual
35. ÚLTIMAMENTE ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
- A No, en absoluto C Bastante más que lo habitual
- B No más que lo habitual D Mucho más que lo habitual
36. ÚLTIMAMENTE ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
- A Claramente, no C Se me ha cruzado por la mente
- B Me parece que no D Claramente, lo he pensado

Conteste si se ha sentido identificado/a con alguna de las situaciones siguientes y ponga una X en la casilla correspondiente:

- 37.- ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber? 0 No 1 Sí
- 38.- ¿Ha tenido usted la impresión de que debería beber menos? 0 No 1 Sí
- 39.- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber? 0 No 1 Sí
- 40.- ¿Alguna vez lo primero que se ha planteado por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de la resaca? 0 No 1 Sí

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

A=mucho menos de lo que deseo B=menos de lo que deseo C=ni mucho ni poco
D=casi como deseo E=tanto como deseo.

Coloque una X en la casilla correspondiente:

- 41.- Recibo visitas de mis amigos y familiares A B C D E
- 42.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa A B C D E
- 43.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo A B C D E
- 44.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede A B C D E
- 45.- Recibo amor y afecto A B C D E
- 46.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa A B C D E
- 47.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares A B C D E

- 48.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
A B C D E
- 49.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas A B C D E
- 50.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
A B C D E
- 51.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama A B C D E

Ahora conteste a las siguientes preguntas:

- 52.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
A Casi nunca B A veces C Casi siempre
- 53.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
A Casi nunca B A veces C Casi siempre
- 54.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
A Casi nunca B A veces C Casi siempre
- 55.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?
A Casi nunca B A veces C Casi siempre
- 56.- ¿Siente que su familia le quiere?
A Casi nunca B A veces C Casi siempre

Ahora marque con una X en la casilla correspondiente de los sucesos de la siguiente lista que le hayan ocurrido en los últimos 12 meses:

57. Muerte del cónyuge 0 No 1 Sí (100)
58. Divorcio 0 No 1 Sí (73)
59. Separación matrimonial 0 No 1 Sí (65)
60. Ingreso en prisión 0 No 1 Sí (63)
61. Muerte de un familiar cercano 0 No 1 Sí (63)
62. Lesión o enfermedad personal grave 0 No 1 Sí (53)
63. Matrimonio 0 No 1 Sí (50)
64. Despido del trabajo 0 No 1 Sí (47)
65. Paro 0 No 1 Sí (47)
66. Reconciliación matrimonial 0 No 1 Sí (45)
67. Jubilación 0 No 1 Sí (45)
68. Cambio importante en la salud o el comportamiento de un miembro de la familia
0 No 1 Sí (44)
69. Drogadicción o alcoholismo 0 No 1 Sí (44)
70. Embarazo 0 No 1 Sí (40)
71. Dificultades o problemas sexuales 0 No 1 Sí (39)
72. Incorporación de un nuevo miembro a la familia (nacimiento, adopción, traslado al domicilio de un pariente anciano, etc.) 0 No 1 Sí (39)

73. Reajuste importante en el negocio o la empresa (fusión, reorganización, quiebra, etc.) 0 No 1 Sí (39)
74. Cambio importante en la situación económica (mucho peor o mucho mejor de la habitual) 0 No 1 Sí (38)
75. Muerte de un amigo íntimo 0 No 1 Sí (37)
76. Cambio a diferente tipo de trabajo 0 No 1 Sí (36)
77. Aumento en el número de disputas con el cónyuge (mucho más o mucho menos de lo habitual en relación con la educación de los hijos, hábitos personales, etc.)
0 No 1 Sí (35)
78. Juicio por crédito o hipoteca 0 No 1 Sí (30)
79. Cambio importante de responsabilidades laborales (ascenso, pérdida de categoría, traslado, etc.) 0 No 1 Sí (29)
80. Hijo o hija abandona el hogar (a causa de matrimonio, inicio de la etapa universitaria, etc.) 0 No 1 Sí (29)
81. Problemas legales 0 No 1 Sí (29)
82. Éxito personal notable o de gran envergadura 0 No 1 Sí (28)
83. El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa 0 No 1 Sí (26)
84. Inicio o terminación de los estudios 0 No 1 Sí (26)
85. Cambio en condiciones de vida (construcción de una nueva casa, reforma del hogar, casa o entorno deteriorado, etc.) 0 No 1 Sí (25)
86. Cambio en los hábitos personales (vestido, conducta, compañías, etc.)
0 No 1 Sí (24)
87. Problemas con el jefe 0 No 1 Sí (23)
88. Cambio en las condiciones u horario del trabajo 0 No 1 Sí (20)
89. Cambio de residencia 0 No 1 Sí (20)
90. Cambio de colegio 0 No 1 Sí (20)
91. Cambio en el tipo o cantidad de ocio o recreación 0 No 1 Sí (19)
92. Cambio en las actividades religiosas (mucho o mucho menos de lo habitual)
0 No 1 Sí (19)
93. Cambio en las actividades sociales (clubs, bailes, películas, visitas, etc.)
0 No 1 Sí (18)
94. Cambios en los hábitos del sueño (muchas más o muchas menos horas de sueño, o cambio en el periodo del día en que se duerme) 0 No 1 Sí (17)
95. Cambio en el número de reuniones familiares (muchas más o muchas menos de las habituales) 0 No 1 Sí (16)
96. Cambios en los hábitos alimenticios (aumento o disminución importante de la cantidad de comida o cambio importante en el horario de las comidas y en el lugar de las mismas) 0 No 1 Sí (15)
97. Vacaciones 0 No 1 Sí (13)
98. Festividades navideñas 0 No 1 Sí (12)
99. Problemas menores con la ley (multa de tráfico, detención, altercado, etc.)
0 No 1 Sí (11)

Ahora marque con una X la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY

100. Movilidad:

- 1.- No tengo problemas para caminar
- 2.- Tengo algunos problemas para caminar
- 3.- Tengo que estar en la cama

101. Cuidado personal:

- 1.- No tengo problemas con el cuidado personal
- 2.- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- 3.- Soy incapaz de lavarme o vestirme

102. Actividades cotidianas: (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- 1.- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 2.- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 3.- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

103. Dolor/Malestar:

- 1.- No tengo dolor o malestar
- 2.- Tengo moderado dolor o malestar
- 3.- Tengo mucho dolor o malestar

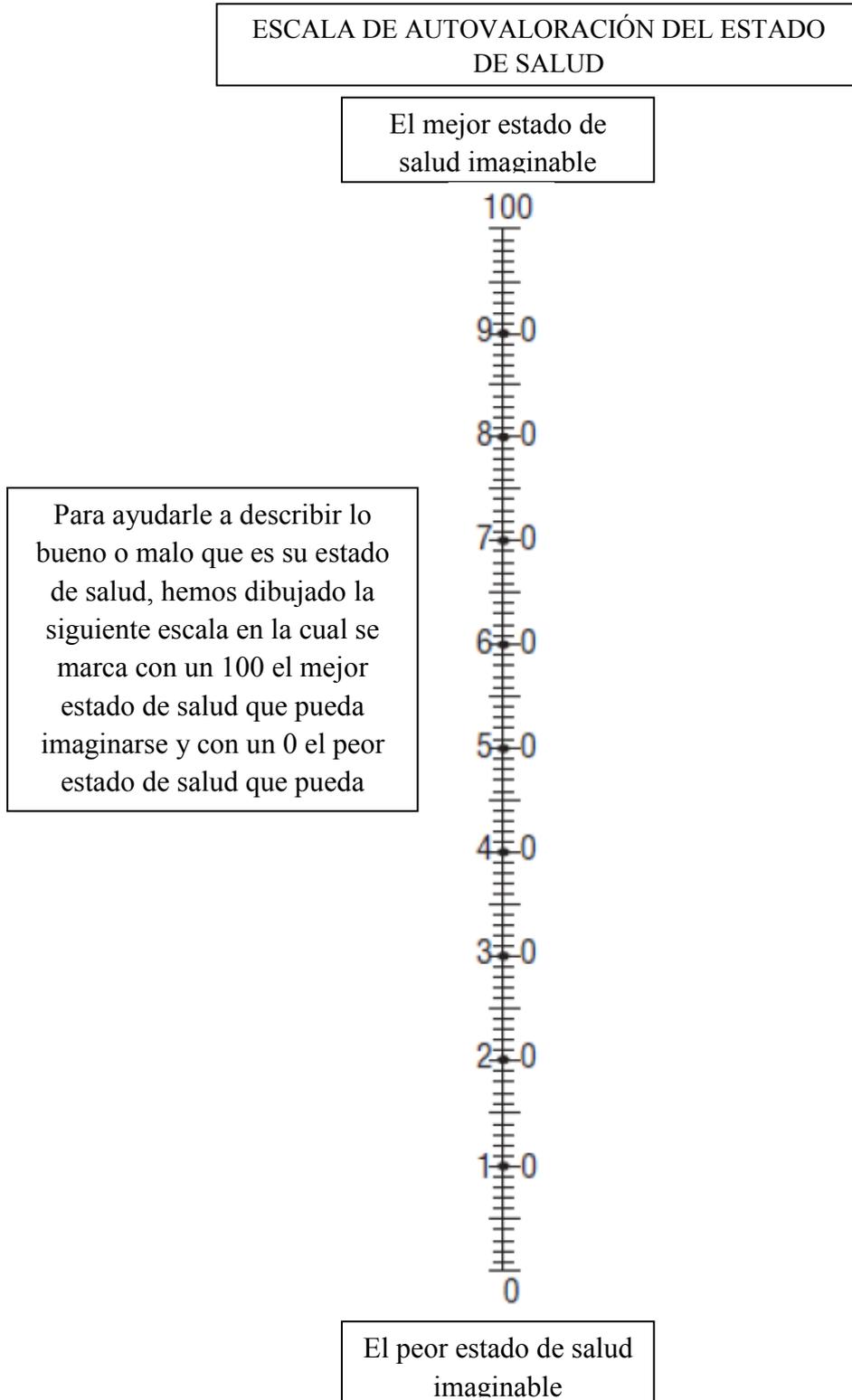
104. Ansiedad/Depresión:

- 1.- No estoy ansioso ni deprimido
- 2.- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- 3.- Estoy muy ansioso o deprimido

105. Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:

- 1.- Mejor
- 2.- Igual
- 3.- Peor

106. Por favor, lea lo siguiente y señale en el gráfico con una X lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.



107. ¿Cuántas veces ha ido a su médico en su centro de salud o consultorio en los últimos 3 meses?.....

ANEXO II
SINTAXIS SPSS PARA LA ESTIMACIÓN DEL VALOR DEL
ESTADO DE SALUD Y PERFILES DE SALUD (EUROQOL-5D)

*EuroQol-5D.

VARIABLE LABELS MOVILI 'movilidad' /CUIPER 'cuidado personal' /ACTCOT 'actividades cotidianas' /DOLORM 'dolor o malestar' /ANSDEP 'ansiedad-depresión' /COMPRAR 'estado de salud comparado a los últimos 12 meses' /TERMOM 'autovaloración del estado de salud (100 lo mejor imaginable- 0 lo peor)'.
FORMATS MOVILI CUIPER ACTCOT DOLORM ANSDEP COMPRAR (F2.0).

VALUE LABELS MOVILI '1' 'NO TIENE PROBLEMAS' '2' 'TIENE ALGUNOS PROBLEMAS' '3' 'TIENE QUE ESTAR EN LA CAMA' /CUIPER '1' 'NO TIENE PROBLEMAS' '2' 'TIENE ALGUNOS PROBLEMAS' '3' 'ES INCAPAZ DE LAVARSE O VESTIRSE' /ACTCOT '1' 'NO TIENE PROBLEMAS' '2' 'TIENE ALGUNOS PROBLEMAS' '3' 'ES INCAPAZ DE REALIZAR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS'.

VALUE LABELS DOLORM '1' 'NO TIENE DOLOR NI MALESTAR' '2' 'TIENE MODERADO DOLOR O MALESTAR' '3' 'TIENE MUCHO MALESTAR O DOLOR' /ANSDEP '1' 'NO ESTÁ ANSIOSO NI DEPRIMIDO' '2' 'ESTÁ MODERADAMENTE ANSIOSO O DEPRIMIDO' '3' 'ESTÁ MUY ANSIOSO O DEPRIMIDO'.

VALUE LABELS COMPRAR '1' 'MEJOR' '2' 'IGUAL' '3' 'PEOR'.

*SINTAXIS PARA EL CÁLCULO DE LOS PERFILES DE SALUD:

COMPUTE PERFIL= (10000 * MOVILI) + (1000 * CUIPER) + (100 * ACTCOT) + (10 * DOLORM) + ANSDEP.
EXECUTE.

FORMATS PERFIL (F8.0).

VARIABLE LABELS PERFIL 'PERFILES DE ESTADOS DE SALUD'.

*SINTAXIS PARA EL CÁLCULO DEL VALOR DEL ESTADO DE SALUD EQ5D:

RECODE MOVILI CUIPER ACTCOT DOLORM ANSDEP (1=1) (2=10) (3=100)
INTO MOVILI1 CUIPER1 ACTCOT1 DOLORM1 ANSDEP1.
EXECUTE.

FORMATS MOVILI1 CUIPER1 ACTCOT1 DOLORM1 ANSDEP1 (F4.0).

COMPUTE SUMA= MOVILI1 + CUIPER1 + ACTCOT1 + DOLORM1 + ANSDEP1.

EXECUTE.
FORMATS SUMA (F4.0).

RECODE SUMA (5=1) (14 thru 50=2) (104 thru 500=3).
EXECUTE.

VARIABLE LABELS SUMA 'IDENTIFICADOR DIMENSIONES ESTADO DE SALUD SUMADO'.

VALUE LABELS SUMA '1' 'VALOR 1 EN TODAS LAS DIMENSIONES' '2' 'TIENE ALGÚN VALOR 2 EN ALGUNA DIMENSIÓN PERO NINGÚN 3' '3' 'TIENE ALGÚN VALOR 3 EN ALGUNA DE LAS DIMENSIONES DE SALUD'.

RECODE SUMA (1=0) (2=0) (3=1) INTO SUMA1.
EXECUTE.

VALUE LABELS SUMA1 '0' 'NO TIENE NINGÚN VALOR 3 EN NINGUNA DE LAS DIMENSIONES' '1' 'TIENE ALGÚN VALOR 3 EN ALGUNA DE LAS DIMENSIONES'.

FORMATS SUMA1 (F2.0).

RECODE SUMA (1=0) (2=1) (3=1) INTO SUMA2.
EXECUTE.

FORMATS SUMA2 (F2.0).

VALUE LABELS SUMA2 '0' 'TODAS LAS DIMENSIONES TIENEN VALOR 1' '1' 'AL MENOS UNA DIMENSIÓN NO TIENE VALOR 1'.

COMPUTE EQ5D=1 - (SUMA2 * 0.1502) - (MOVILI - 1) * 0.0897 - (CUIPER - 1) * 0.1012 - (ACTCOT - 1) * 0.0551 - (DOLORM - 1) * 0.0596 - (ANSDEP - 1) * 0.0512 - (SUMA1 * 0.2119).

EXECUTE.

FORMATS EQ5D (F8.4).

VARIABLE LABELS EQ5D 'VALOR ESTADO DE SALUD (MÁXIMO 1)'.

ANEXO III
TABLAS

Tabla A1. Distribución de frecuencias de las puntuaciones del GHQ-28

Puntuación	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
0	38	28,1	53	30,3	91	29,4
1	21	15,6	9	5,1	30	9,7
2	15	11,1	15	8,6	30	9,7
3	10	7,4	9	5,1	19	6,1
4	13	9,6	3	1,7	16	5,2
5	4	3,0	8	4,6	12	3,9
6	5	3,7	5	2,9	10	3,2
7	6	4,4	8	4,6	14	4,5
8	7	5,2	3	1,7	10	3,2
9	2	1,5	12	6,9	14	4,5
10	3	2,2	7	4,0	10	3,2
11	0	0,0	5	2,9	5	1,6
12	3	2,2	6	3,4	9	2,9
13	4	3,0	2	1,1	6	1,9
14	2	1,5	4	2,3	6	1,9
15	0	0,0	6	3,4	6	1,9
16	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17	0	0,0	3	1,7	3	1,0
18	0	0,0	2	1,1	2	0,6
19	0	0,0	3	1,7	3	1,0
20	0	0,0	1	0,6	1	0,3
21	0	0,0	1	0,6	1	0,3
22	1	0,7	3	1,7	4	1,3
23	0	0,0	2	1,1	2	0,6
24	0	0,0	2	1,1	2	0,6
25	0	0,0	1	0,6	1	0,3
26	0	0,0	0	0,0	0	0,0
27	0	0,0	1	0,6	1	0,3
28	1	0,7	1	0,6	2	0,6
TOTAL	135	100,0	175	100,0	310	100,0

N= Frecuencia absoluta.

Tabla A2. Distribución de frecuencias en test de Duke

Test de Duke	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
11	0	0,0	2	1,1	2	0,6
12	1	0,7	0	0,0	1	0,3
13	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14	1	0,7	0	0,0	1	0,3
15	1	0,7	0	0,0	1	0,3
16	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17	0	0,0	1	0,6	1	0,3
18	0	0,0	2	1,1	2	0,6
19	0	0,0	1	0,6	1	0,3
20	1	0,7	3	1,7	4	1,3
21	1	0,7	0	0,0	1	0,3
22	1	0,7	4	2,3	5	1,6
23	2	1,5	1	0,6	3	1,0
24	1	0,7	6	3,4	7	2,3
25	1	0,7	1	0,6	2	0,6
26	3	2,2	1	0,6	4	1,3
27	1	0,7	2	1,1	3	1,0
28	2	2,2	3	1,7	5	1,6
29	5	3,7	3	1,7	8	2,6
30	1	0,7	1	0,6	2	0,6
31	3	2,2	2	1,1	5	1,6
32	2	1,5	3	1,7	5	1,6
33	2	1,5	2	1,1	4	1,3
34	3	2,2	1	0,6	4	1,3
35	1	0,7	4	2,3	5	1,5
36	6	4,4	3	1,7	9	2,9
37	1	0,7	7	4,0	8	2,6
38	1	0,7	4	2,3	5	1,6
39	1	0,7	5	2,9	6	1,9
40	3	2,2	6	3,4	9	2,9
41	7	5,2	5	2,9	12	3,9
42	6	4,4	5	2,9	11	3,6
43	3	2,2	10	5,7	13	4,2
44	13	9,6	6	3,4	19	6,1
45	5	3,7	6	3,4	11	3,6

46	10	7,4	7	4,0	17	5,5
47	7	5,2	6	3,4	13	4,2
48	8	5,9	7	4,0	15	4,9
49	6	4,4	5	2,9	11	3,6
50	3	2,2	8	4,6	11	3,6
51	8	5,9	10	5,7	18	5,8
52	4	3,0	7	4,0	11	3,6
53	3	2,2	7	4,0	10	3,2
54	4	3,0	6	3,4	10	3,2
55	3	2,2	11	6,3	14	4,5
TOTAL	135	100,0	174	100,0	309	100,0

N= Frecuencia absoluta.

Tabla A3. Distribución de las frecuencias de la dimensión “apoyo confidencial” (test de Duke)

Apoyo confidencial	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
5	1	0,7	3	1,7	4	1,3
6	1	0,7	0	0,0	1	0,3
7	1	0,7	3	1,1	3	1,0
8	1	0,7	4	2,3	5	1,6
9	1	0,7	3	1,7	4	1,3
10	4	3,0	6	3,4	10	3,2
11	5	3,7	4	2,3	9	2,9
12	4	3,0	1	0,6	5	1,6
13	2	1,5	3	1,7	5	1,6
14	4	3,0	4	2,3	8	2,6
15	6	4,4	5	2,9	11	3,6
16	8	5,9	8	4,6	16	5,2
17	5	3,7	4	2,3	9	2,9
18	7	5,2	8	4,6	15	4,9
19	9	6,7	12	6,9	21	6,8
20	10	7,4	9	5,1	19	6,1
21	10	7,4	16	9,2	26	8,4
22	12	8,9	12	6,9	24	7,8
23	16	11,9	12	6,9	28	9,1
24	10	7,4	17	9,8	27	8,7
25	18	13,3	41	23,4	59	19,1
TOTAL	135	100,0	174	100,0	309	100,0

N= Frecuencia absoluta.

Tabla A4. Distribución de las frecuencias de la dimensión “apoyo afectivo” (test de Duke)

Apoyo afectivo	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
3	2	1,5	6	3,4	8	2,6
4	1	0,7	2	1,1	3	1,0
5	2	1,5	2	1,1	4	1,3
6	1	0,7	4	2,3	5	1,6
7	8	5,9	7	4,0	15	4,9
8	3	2,2	8	4,6	11	3,6
9	5	3,7	11	6,3	16	5,2
10	4	3,0	10	5,7	14	4,5
11	9	6,7	14	8,0	23	7,4
12	17	12,6	18	10,3	35	11,3
13	15	11,1	10	5,7	25	8,1
14	23	17,0	28	16,1	51	16,5
15	45	33,3	54	31,0	99	32,0
TOTAL	135	100,0	174	100	309	100,0

N= Frecuencia absoluta.

Tabla A5. Distribución de frecuencias de las puntuaciones del APGAR familiar

Puntuación	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
0	2	1,5	3	1,7	5	1,6
1	1	0,7	0	0,0	1	0,3
2	2	1,5	5	2,9	7	2,3
3	3	2,2	4	2,3	7	2,3
4	6	4,4	2	1,1	8	2,6
5	4	3,0	11	6,3	15	4,8
6	4	3,0	8	4,6	12	3,9
7	9	6,7	14	8,0	23	7,4
8	21	15,6	27	15,4	48	15,5
9	22	16,3	30	17,1	52	16,8
10	61	45,2	71	40,6	132	42,6
TOTAL	135	100,0	175	100,0	310	100,0

Tabla A6. Distribución de frecuencia de los perfiles de salud autopercebida (EuroQol-5D)

Perfiles de salud	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
11111	55	40,7	64	37,2	119	38,8
11112	6	4,4	13	7,6	19	6,2
11121	29	21,5	30	17,4	59	19,2
11122	7	5,2	15	8,7	22	7,2
11123	2	1,5	1	0,6	3	1,0
11132	0	0,0	2	1,2	2	,7
11221	4	3,0	1	0,6	5	1,6
11222	3	2,2	7	4,1	10	3,3
11223	1	0,7	2	1,2	3	1,0
21111	4	3,0	1	0,6	5	1,6
21112	1	0,7	1	0,6	2	,7
21121	1	0,7	1	0,6	2	,7
21122	1	0,7	3	1,7	4	1,3
21133	0	0,0	2	1,2	2	,7
21211	1	0,7	1	0,6	2	,7
21221	5	3,7	2	1,2	7	2,3
21222	4	3,0	7	4,1	11	3,6
21231	2	1,5	1	0,6	3	1,0
21232	0	0,0	5	2,9	5	1,6
22221	2	1,5	1	0,6	3	1,0
22222	0	0,0	2	1,3	2	,7
22232	1	0,7	1	0,6	2	,7
Otros	5	3,7	9	5,3	14	4,6
TOTAL	134	100,0	172	100,0	306	100,0

N= Frecuencia absoluta.

Tabla A7. Distribución de frecuencias del número de visitas al centro de salud los tres últimos meses

	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
0	17	12,8	27	16,5	44	14,8
1	48	36,1	38	23,2	86	29,0
2	32	24,1	41	25,0	73	24,6
3	14	10,5	30	18,3	44	14,8
4	5	3,8	12	7,3	17	5,7
5	6	4,5	8	4,9	14	4,7
6	3	2,3	5	3,0	8	2,7
7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8	1	0,8	1	0,6	2	0,7
9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10	2	1,5	1	0,6	3	1,0
11	1	0,8	0	0,0	1	0,3
12	3	2,3	0	0,0	3	1,0
13	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14	1	0,8	0	0,0	1	0,3
15	0	0,0	1	0,6	1	0,3
TOTAL	133	100,0	164	100,0	297	100,0

N= Frecuencia absoluta.