

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN GALICIA



XUNTA DE GALICIA

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN GALICIA

Xunta de Galicia

Servicio Gallego de Salud

Santiago de Compostela 2017

AUTORES:

Coordinadores: Raimundo Mateos Álvarez; Manuel Gómez Beneyto

Equipo investigador:

María Dolores Domínguez Santos

Josep María Haro Abad

Isabel Montero Piñar

Pedro Enrique Muñoz Rodríguez

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN 9

2. ANTECEDENTES 12

2. 1. Estudios previos de epidemiología psiquiátrica en Galicia 12

2.2.The World Mental Health Survey Initiative 13

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO 16

4. MÉTODO 18

4.1 Población de Galicia 18

4.2 Marco del muestreo 20

4.3 Técnica de muestreo y cálculo de la muestra teórica 23

4.4 Muestra 25

4.5 Instrumentos 30

4.6 Procedimiento 32

4.7 Tratamiento de los datos 34

4.8 Control de calidad 35

5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES 40

5.1 Voluntariedad y permiso 40

5.2 Efectos adversos derivados de la realización de la entrevista 40

5.3.Confidencialidad 40

6. RESULTADOS 42

6.1 Prevalencia vida y año de trastornos mentales en población general (tabla 19) 44

6.2 Análisis de comorbilidad en población con patología mental 46

6.3 Trastornos subumbrales en depresión y ansiedad generalizada (tabla 25) 57

6.4 Ideación, plan e intento suicida (tablas 26 y 27) 59

6.5 Cribado de deterioro cognoscitivo en mayores de 65 años (tablas 28 y 29) 64

6.6 Cribado de psicosis (tabla 30)	67
6.7 Factores de riesgo sociodemográficos de padecer un trastorno mental (tablas 31, 32, 33, 34)	68
6.8 Análisis de la gravedad de los trastornos de salud mental (tablas 35 y 36)	76
6.9 Análisis del uso de servicios (tablas 37, 38, 39, 40, 41)	78
6.10 Análisis de la carga familiar asociada a problemas de salud graves en familiares de primer grado (tablas 42, 43, 44 y 45)	84
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	90
7.1.Discusión. Prevalencia de trastornos mentales en Galicia	90
7.2.Discusión. Comorbilidad en población con patología mental	92
7.3. Discusión. Trastornos subumbrales en depresión y ansiedad generalizada	101
7.4. Ideación, plan e intento suicida	102
7.5 Cribado de deterioro cognoscitivo en mayores de 65 años	104
7.6 Cribado de psicosis	105
7.7 Factores de riesgo sociodemográficos de padecer un trastorno mental	106
7.8 Discusión. Gravedad de los trastornos de salud mental	109
7.9 Uso de servicios sanitarios	110
7.10 Carga familiar asociada a problemas de salud graves en familiares de primer grado	111
8. RESUMEN EJECUTIVO	116
9. COMENTARIOS FINALES	119
10. BIBLIOGRAFÍA	121
11.1 REFERENCIAS	121
11.2 Publicaciones de estudios de epidemiología psiquiátrica llevados a cabo en la Comunidad gallega	134

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población por edad (grupos quinquenales) y sexo.....	19
Tabla 2. Distribución por edad y sexo de la población adulta en Galicia en el año 2009.....	20
Tabla 3. Número de habitantes en las principales ciudades gallegas (año 2009).....	20
Tabla 4. Número de habitantes mayores de 18 años por provincia (2009).....	21
Tabla 5. Municipios costeros (42% del total).....	22
Tabla 6. .Municipios interiores (58% del total).....	22
Tabla 7. Núcleos propiamente urbanos (suponen un 36% del total).....	22
Tabla 8. Núcleos de >15000 (suponen un 23% del total).....	23
Tabla 9. Núcleos de <15000 (suponen un 41% del total).....	23
Tabla 10. Distribución de las entrevistas según provincia.....	25
Tabla 11. Distribución de las entrevistas según sexo.....	25
Tabla 12. Incidencias de entrevista (casos no viables).....	26
Tabla 13. Incidencias en población entrevistada (casos viables).....	26
Tabla 14. Tasas de respuesta según provincias.....	27
Tabla 15. Tasas de respuesta según núcleos de población.....	27
Tabla 16: Distribución de provincia y estrato (rural/ urbano) en la muestra global y según sexo.....	28
Tabla 17: Distribución de provincia y estrato poblacional en la muestra global y según sexo.	28
Tabla 18: Distribución variables sociodemográficas en la muestra global.....	29
Tabla 19: Prevalencia vida y prevalencia año de los principales trastornos mentales siguiendo criterios DSM-IV.....	43

Tabla 20: Comorbilidad de consumo de sustancias (alcohol & drogas) en población con patología mental.....	49
Tabla 21: Comorbilidad de consumo de sustancias (alcohol & drogas) en población con cualquier trastorno mental.....	49
Tabla 22: Comorbilidad de consumo de sustancias en población con patología mental.....	50
Tabla 23: Comorbilidad de patología somática en población con y sin patología mental....	55
Tabla 24.....	56
Tabla 25: Prevalencia vida de los trastornos subumbriles siguiendo criterios DSM-IV según sexo y edad. Valores absolutos no ponderados y proporciones ponderadas.....	58
Tabla 26: Características sociodemográficas y diagnósticos psiquiátricos de los individuos incluidos en el análisis (frecuencias absolutas no ponderadas y proporciones ponderadas). Prevalencia vida de idea, plan e intento suicida.....	62
Tabla 27: OR ajustadas e IC 95% para intento e ideas suicidas.....	63
Tabla 28: Deterioro cognoscitivo en personas mayores de 65 años, Cuestionario Mini-Mental.....	66
Tabla 29: Deterioro cognoscitivo en personas mayores de 65 años. Cuestionario Mini-Mental. Media (DE).....	66
Tabla 30: Proporción de individuos con cribado de psicosis según variables sociodemográficas.....	67
Tabla 31: Prevalencia vida de trastornos mentales de acuerdo a variables sociodemográficas.....	70
Tabla 32: Prevalencia de trastornos mentales vida de acuerdo a variables sociodemográficas.....	71
Tabla 33: Prevalencia de trastornos mentales últimos 12 meses de acuerdo a variables sociodemográficas.....	74
Tabla 34: Prevalencia de trastornos mentales últimos 12 meses de acuerdo a variables sociodemográficas.....	75

Tabla 35: Análisis de gravedad de los problemas de salud mental en los últimos 12 meses. Muestra global y por SEXO.....	77
Tabla 36: Análisis de gravedad de los problemas de salud mental en los últimos doce meses por grupos de EDAD.....	77
Tabla 37: Proporción de individuos que consultan cualquier tipo de servicios de salud en los 12 meses previos, de acuerdo al trastorno mental en los últimos 12 meses.....	80
Tabla 38: Nivel de uso de servicios debido a problemas de salud mental, entre usuarios de servicios de salud, de acuerdo al trastorno mental en los últimos 12 meses.....	81
Tabla 39: Análisis de gravedad de los problemas de salud mental en los últimos 12 meses, según utilización de servicios.....	81
Tabla 40: Análisis de gravedad de los problemas de salud mental en los últimos 12 meses, según utilización de servicios.....	82
Tabla 41: Relación entre las diferentes variables sociodemográficas y clínicas con uso de servicios.....	83
Tabla 42: Características sociodemográficas de cuidadores de familiares con enfermedad mental, con problemas físicos crónicos y de familiares con ambos tipos de trastornos.....	86
Tabla 43: Carga objetiva asociada a cuidados de familiares de primer grado con enfermedad mental, física y ambas (mental y física) graves.....	87
Tabla 44: Carga psicológica asociada a la prestación de cuidados a familiares de primer grado con enfermedades graves (mental, física o ambas).....	88
Tabla 45: Carga y trastornos mentales según diagnóstico.....	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa mundial de los países que forman parte de la WMH Survey.....	<u>14</u>
Figura 2. Densidad de población en Galicia en el año 2008.....	<u>18</u>

1.INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de carga y discapacidad a nivel mundial y que esta tendencia irá en aumento en las próximas décadas (1). Estas estimaciones y proyecciones se han basado tradicionalmente en revisiones sistemáticas y estudios epidemiológicos aislados. Sin embargo, es necesario avanzar hacia la evaluación de los trastornos mentales y su impacto mediante medidas estandarizadas y válidas que permitan comparar diferentes países y regiones (2). A lo largo de las últimas décadas, el acercamiento entre los sistemas de clasificación de enfermedades mentales DSM y CIE y los refinamientos en la evaluación a través de entrevistas diagnósticas con elevado grado de validez y fiabilidad han permitido llevar a cabo estudios poblacionales con una metodología estandarizada que permite la comparación de diferentes países. Un ejemplo destacado es el *World Mental Health Initiative* (WMHS) (3), realizado en 28 países, entre ellos España (4), cuyo objetivo era evaluar la prevalencia de los principales trastornos mentales, sus determinantes y la discapacidad asociada a ellos en muestras representativas de población adulta.

El Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, que ordena y regula la salud mental en la Comunidad Autónoma de Galicia, consideró necesario entre otras cuestiones, analizar y evaluar la situación de la salud mental en dicha comunidad ¹.

Posteriormente, un informe preliminar de situación realizado entre 2003 y 2005 por la asesoría técnica externa Gesmédica, permitió establecer como prioridades asistenciales en la Comunidad Autónoma de Galicia la atención a la morbilidad psiquiátrica más frecuente, a la morbilidad psiquiátrica más grave ya los grupos de riesgo más vulnerables y frecuentes.

¹ Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia. Diario Oficial de Galicia, 2 de enero de 1995, núm. 1, pp. 6-9.

En el citado Informe se insistía en la necesidad de conocer la situación epidemiológica en materia de salud mental en la población gallega, completando y actualizando los estudios epidemiológicos realizados anteriormente por el equipo del Área de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la USC.

Así mismo, en el citado Informe de situación se consideraba necesario el diseño de un sistema de evaluación y un observatorio que permitiese monitorizar los resultados de los esfuerzos de mejora de la salud mental en Galicia estableciendo las medidas correctoras adecuadas a la situación. Estos planteamientos y necesidades fueron recogidos en el Plan estratégico de salud mental 2006-2011 que los recoge y establece tanto en sus objetivos como en sus líneas estratégicas². Un primer paso coherente con dichos planteamientos era conocer la situación de la salud mental de la población gallega.

Por otra parte el Plan de salud 2006-2010 de la Consellería de Sanidade establece dentro de sus prioridades el estudio y la mejora en la asistencia a los trastornos afectivos, incluyendo específicamente los programas de detección precoz y prevención de conductas suicidas, así como la atención a las conductas adictivas. Finalmente, el Plan de prioridades sanitarias 2011-14 recomienda realizar estudios epidemiológicos de salud mental, específicamente, sobre depresión y suicidio ³.

La Estratexia Sergas 2020 describe dentro de sus objetivos estratégicos la mejora de la atención a pacientes con depresión, mediante la elaboración e implantación de un procedimiento asistencial integrado de depresión e impulsando la gestión de conocimiento e innovación.

Coherentemente con estos planteamientos se decide realizar un estudio epidemiológico psiquiátrico de la población gallega. Dicho estudio de carácter

² Galicia. Plan estratéxico de saúde mental : Galicia 2006-2011. [Santiago de Compostela]: Xunta de Galicia, 2007. Disponible en internet:
<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/SaludMental/PDF9-50.pdf>

³ Sanidade, Xunta de Galicia-Consellería. Plan de prioridades sanitarias 2011-2014. 2011. Disponible en internet:
<http://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/PIOrSanitaria/PDF-2058-es.pdf>

extraordinario se considera debe ser coordinado por la propia Consellería de Sanidade, siguiendo la metodología establecida de acuerdo con estudios internacionales de OMS por un grupo de expertos independientes de reconocido prestigio en epidemiología psiquiátrica. Para ello se consideró idónea la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica.

Para la realización de dicho estudio epidemiológico era preciso, como se señaló anteriormente, un diseño metodológico riguroso con los instrumentos más apropiados de acuerdo con los más recientes estudios internacionales. Se tomó como referencia el *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) (5). Dicho estudio forma parte del ya mencionado WMHS y se realizó con una muestra representativa de población adulta en seis países Europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia). El uso de este tipo de metodología garantiza la comparabilidad de los resultados del presente estudio con otros nacionales e internacionales.

El estudio analizó las prevalencias en función de la necesidad percibida de atención sanitaria y la satisfacción percibida, así como las variables sociodemográficas más relevantes y la gravedad, disfunción y discapacidad relacionadas.

Objetivos complementarios, pero que contribuyen a aumentar la aplicabilidad y utilidad de los resultados eran los dirigidos: 1) al análisis de la gravedad de los problemas estudiados, a la calidad de vida de las personas entrevistadas y b) al estudio de la utilización de los servicios asistenciales por parte de la población estudiada.

Complementariamente, este estudio se configura potencialmente como base de nuevas líneas de investigación epidemiológica. Así mismo las adaptaciones realizadas, tanto de cuestionarios como de procedimientos, pueden ser considerados un interesante 'know-how' epidemiológico.

Finalmente, señalar que este estudio de epidemiología psiquiátrica de Galicia es concordante con la línea estratégica seis de la Estratexia Sergas 2020 y con la quinta línea estratégica de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

2. ANTECEDENTES

2. 1. Estudios previos de epidemiología psiquiátrica en Galicia

Existen varios estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales llevados a cabo en Galicia.

El primero de ellos fue el estudio de epidemiología psiquiátrica en la Comunidad gallega, con una muestra representativa de 2,510 personas mayores de 18 años. Los principales índices de patología estudiados fueron: patología psiquiátrica global (cribado), deterioro cognoscitivo y consumo de alcohol. Destacados factores de riesgo y protección incluidos en el estudio fueron el estrés social (acontecimientos vitales) y el apoyo social.

El segundo fue el estudio de salud mental en población infantil y juvenil que analizó la patología psiquiátrica global, consumo de alcohol y otras drogas, delincuencia y clima familiar, sobre una muestra de 2,550 adolescentes de 12 a 18 años que vivían en la comunidad.

El estudio de salud mental en atención primaria analizó la prevalencia de patología psiquiátrica (global) y conducta de búsqueda de ayuda en una muestra representativa de la población que acude a los centros de salud de nuestra comunidad.

El estudio de salud mental en población de edad avanzada estudió una muestra de 3,580 personas mayores de 60 años. Fue el primero en analizar una entrevista diagnóstica semiestructurada, el DIS-III (6), predecesor del CIDI, permitiendo el análisis de la prevalencia de los distintos diagnósticos en este grupo poblacional.

El estudio más reciente ha sido el estudio de salud mental y necesidades en personas mayores en el Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Sobre una muestra representativa de 800 personas mayores de 65 años se

estudiaron variables de salud general, discapacidad, deterioro cognoscitivo – demencia, y necesidades, así como el grado de sobrecarga y apoyo de los cuidadores informales de las personas dependientes.

Estos estudios pusieron de manifiesto elevadas prevalencias de trastornos mentales en nuestra comunidad e identificaron factores de riesgo demográfico y social, principalmente: la clase social baja (y otros indicadores de estratificación social baja), estrés ambiental (acontecimientos vitales), bajo apoyo social y conflictos en el ámbito familiar. En relación con la población más joven alertaron hace más de dos décadas de los cambios asociados al género en los patrones de uso y abuso de sustancias en nuestra comunidad.

En la bibliografía se incluye un listado de las principales publicaciones que ofrecen datos de estudios de epidemiología psiquiátrica llevados a cabo en la Comunidad gallega.

2.2.The World Mental Health Survey Initiative

La ‘*World Mental Health Survey Initiative*’ (WMHS Initiative) es un proyecto coordinado por el grupo de epidemiología, evaluación y clasificación de la OMS, cuyo objetivo fue el de recopilar información detallada en varios países sobre la prevalencia y las variables asociadas a los trastornos mentales, de uso de sustancias y de conducta. La encuesta se ha llevado a cabo en 28 países de todo el mundo, llegando a alcanzar un tamaño muestral de más de 154,000 personas adultas.

Los países que conforman las diferentes regiones de la WMH son: de la PAHO Brasil, Colombia, Costa Rica, Méjico, Perú y Estados Unidos; de AFRO Nigeria y Sud África; de EMRO Líbano e Irak; de EURO Alemania, Bélgica, Bulgaria, España, Francia, Israel, Italia, Irlanda, Holanda, Portugal, Rumania, Turquía y Ucrania; de SEARO India; de WPRO China, Japón y Nueva Zelanda.

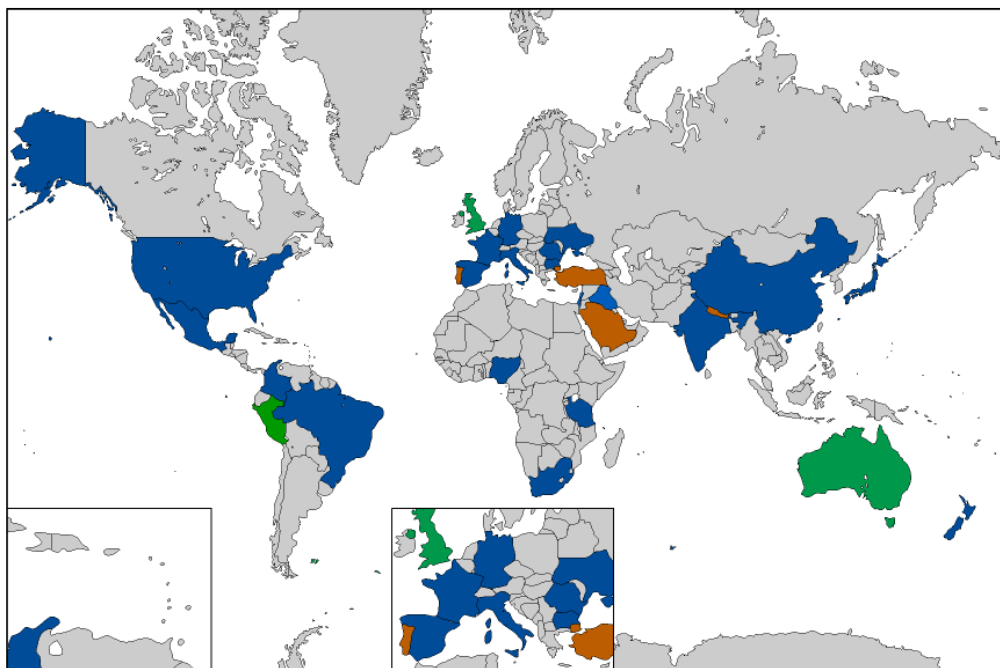


Figura 1. Mapa mundial de los países que forman parte de la WMH Survey

En todos los países donde se llevaron a cabo las encuestas se seleccionaron los hogares utilizando un muestreo de probabilidad multi-etápico. Dentro de cada hogar se seleccionó al azar una persona mayor de 18 años. Como la entrevista era larga (2 horas aproximadamente), la encuesta se dividió en parte 1 y parte 2. La parte 1 se administró a todos los participantes y evaluaba los trastornos mentales principales así como información sociodemográfica. Aquellos encuestados que en la parte 1 cumplían criterios para algún tipo de trastorno mental pasaron a la parte 2. Además, un 25% seleccionado al azar que no cumplían criterios diagnósticos para ningún trastorno mental en la parte 1 también se les administró la parte 2. La parte 2 de la encuesta incluía información más detallada sobre los trastornos mentales y sobre otros factores de riesgo y asociados.

La encuesta administrada fue la *International Diagnostic Interview* WMH-CIDI (3), una entrevista diagnóstica estructurada que permite evaluar trastornos mentales y tratamientos para dichos trastornos. Los trastornos evaluados incluyen:

- *Trastornos de ansiedad:* agorafobia, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, angustia, trastorno de estrés post-traumático, fobia social y fobia específica.
- *Trastornos del estado de ánimo:* trastorno bipolar I y II, distimia, trastorno depresivo mayor.
- *Trastornos relacionados con el control de impulsos:* bulimia, trastorno explosivo intermitente, déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante (entre los entrevistados de 18 a 44 años).
- *Trastorno por consumo de sustancias:* dependencia y abuso de alcohol, dependencia y abuso de drogas y tabaco.

Los trastornos son evaluados usando las definiciones y criterios de la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (7) y la *Classification of Mental and Behavioral Disorders* (ICD-10) (8).

Mediante pruebas metodológicas conseguidas en trabajos de campo por la WHO-CIDI y más tarde en estudios de calibración clínica mostraron que todos los trastornos considerados en este documento se evalúan con una adecuada confiabilidad y validez, tanto de la CIDI original como en la versión original de la WMH-CIDI.

La WMH-CIDI fue primero realizada en inglés y luego bajo un proceso riguroso de adaptación se ha traducido a varios idiomas haciendo las versiones comparables, cultural y conceptualmente. Este proceso fue realizado por un panel de expertos.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo en el hogar de las personas seleccionadas por entrevistadores legos entrenados en la administración de la entrevista CIDI.

3.OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de los principales trastornos mentales y las variables sociodemográficas y de salud asociadas en la población adulta de la Comunidad Autónoma de Galicia, utilizando una entrevista estructurada válida y fiable y una metodología que permitiera obtener datos representativos y comparables con otras regiones y países. Para ello se obtuvo una muestra representativa de personas no institucionalizadas mayores de 18 años a las que se les administró la entrevista CIDI. Los objetivos específicos de este trabajo fueron los siguientes:

1. Estimar la prevalencia vida y año de trastornos mentales comunes (trastornos afectivos, de ansiedad y de consumo de sustancias) en personas mayores de 18 años residentes en viviendas familiares en Galicia. Describir la frecuencias de los trastornos mentales según el género y los grupos de edad.
2. Determinar la comorbilidad de los trastornos por consumo de alcohol y drogas en personas con trastorno mental (trastornos afectivos y ansiedad) y los factores sociodemográficos asociados a esta comorbilidad.
3. Estudiar la proporción de enfermedades crónicas en personas con y sin patología mental.
4. Estimar la prevalencia de conducta suicida (ideación, plan e intentos de suicidio) en la muestra total y determinar las variables sociodemográficas y clínicas asociadas a dichas conductas.
5. Conocer la prevalencia de personas con depresión y ansiedad generalizada de tipo subumbral (es decir, que no cumplen todos los criterios para poder establecer un diagnóstico completo DSM-IV).
6. Determinar la frecuencia de deterioro cognitivo, según puntos de cortes para el Mini-Mental, en personas mayores de 65 años, y en hombres y mujeres.
7. Estimar la prevalencia en la muestra total de personas que presentan un diagnóstico probable de psicosis, según el instrumento de cribado utilizado, y determinar las principales variables demográficas de este subgrupo.

8. Conocer los principales factores de riesgo sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, urbanicidad) que se asocian a la presencia de un trastorno mental.
9. Determinar la proporción de casos que se consideran como trastornos mentales graves, moderados y leves, así como las principales variables sociodemográficas asociadas a estos casos.
10. Conocer el uso de servicios sanitarios según cada trastorno mental, según la gravedad de los casos de trastorno mental, y las variables sociodemográficas que se asocian al uso de estos servicios.
11. Describir la carga familiar de las personas entrevistadas, incluyendo cuidados informales a familiares de primer grado con patología física, mental o ambas, determinar el número de horas a la semana dedicadas al cuidado de enfermos y describir las variables sociodemográficas asociadas a la carga familiar.

4. MÉTODO

4.1 Población de Galicia

Según datos del INE al 01/01/2009 la población total de la Comunidad Autónoma de Galicia era de 2,753,468 habitantes censados, siendo la quinta comunidad autónoma en número de habitantes. Presenta una densidad de población de 93.6 hab./km², ligeramente superior a la media española.

La población de Galicia se concentra fundamentalmente en las zonas costeras, siendo las áreas de las Rías Baixas y la de las áreas metropolitanas de A Coruña y Ferrol las de mayor densidad poblacional. Vigo es la ciudad gallega más poblada (294,772 hab.). En la figura 2 adjunta puede apreciarse la forma de distribución de su población.

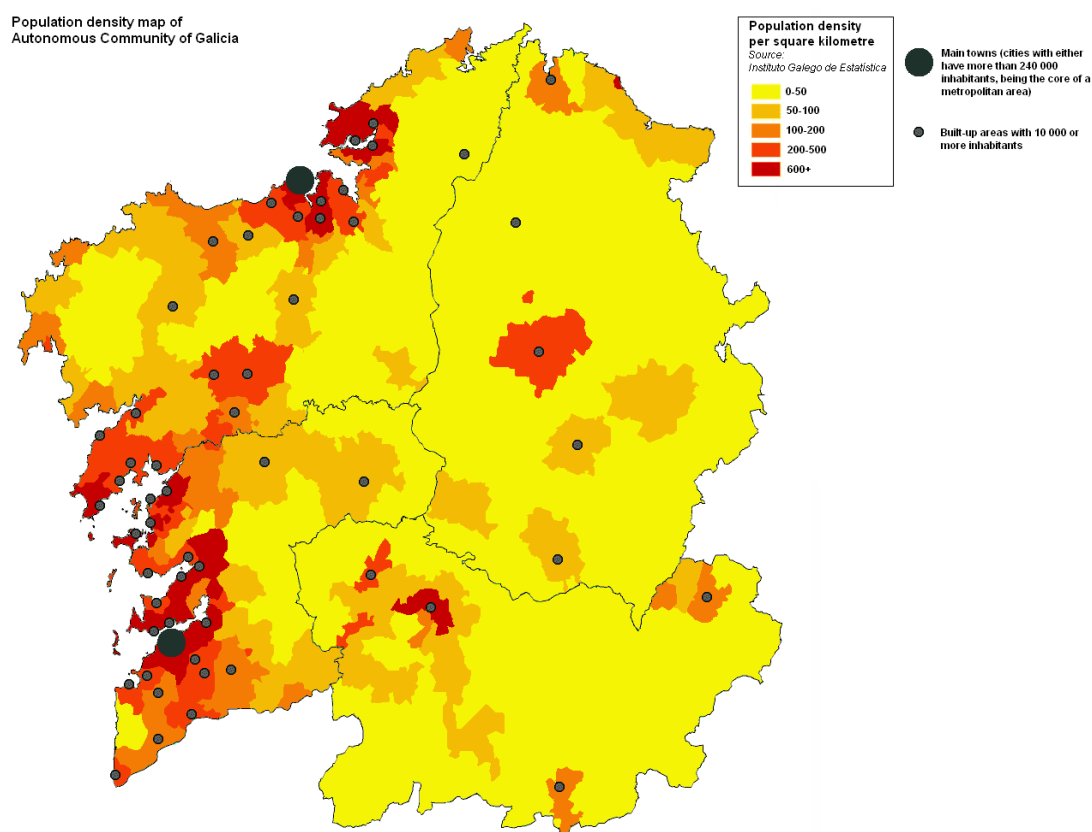


Figura 2. **Densidad de población en Galicia en el año 2008** (créditos: «Galicia densidade de poboación» de Susana Freixeiro - Trabajo propio. Disponible bajo la licencia dominio público vía WikimediaCommons)

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Galicia_densidade_de_poboacion.PNG#/media/File:Galicia_densidade_de_poboacion.PNG

La organización tradicional de la población es sustancialmente diferente a la del resto de España. El territorio de los ayuntamientos se estructura en parroquias y estas a su vez en 'aldeas' o lugares, lo que supone una alta tasa de dispersión demográfica unida a un elevado número de poblaciones. Esta característica supuso dificultades importantes para la realización del trabajo de campo en un marco muestral de selección aleatoria de las unidades muestrales a partir del censo.

La distribución por edad y sexo de su población según la estimación del INE al 01/01/2009 se indica en la tabla adjunta:

Tabla 1. Población por edad (grupos quinquenales) y sexo

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
15-19	123863	63650	60213
20-24	149551	76086	73465
25-29	197456	100041	97415
30-34	230829	116309	114520
35-39	219049	109668	109381
40-44	211546	105173	106373
45-49	201879	100264	101615
50-54	186827	92312	94515
55-59	172946	85012	87934
60-64	172213	83018	89195
65-69	142651	66886	75765
70-74	146747	65464	81283
75-79	138410	58215	80195
80-84	96784	36876	59908
85 y más	87229	26661	60568

Fuente: INE-Estimación de la población actual al 01/01/2009

4.2 Marco del muestreo

El presente estudio se centra en la población mayor de 18 años. La distribución en % por edad y sexo de la población de más de 18 años en el año 2009 se encuentra en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución por edad y sexo de la población adulta en Galicia en el año 2009

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total
18-24	4.3%	4.1%	8.4%
25-34	9.2%	8.9%	18.1%
35-44	9.0%	9.0%	18.0%
45-54	7.9%	8.2%	16.2%
55-59	3.5%	3.7%	7.2%
60-70	6.6%	7.4%	14.1%
Más de 70	7.2%	11.0%	18.2%
TOTAL	47.7%	52.3%	100%

Fuente: INE-Estimación de la población actual al 01/01/2009

El 36% de la población habita en núcleos propiamente urbanos (ciudades):

Tabla 3. Número de habitantes en las principales ciudades gallegas (año 2009)

Ciudades	Nº habitantes
A Coruña	244,388
Santiago	93,712
Ferrol	75,181
Lugo	93,853
Ourense	107,186
Pontevedra	80,202
Vigo	294,772
TOTAL	989,294

Otros núcleos de más de 20.000 habitantes son los siguientes municipios:

- Vilagarcía de Arousa: 36,743.
- Narón: 35,664. (Área metropolitana de Ferrol)
- Oleiros: 31,694. (Área metropolitana de A Coruña)
- Carballo: 30,091.
- Redondela: 29,987. (Área metropolitana de Vigo)
- Arteixo: 27,713. (Área metropolitana de A Coruña)
- Ribeira: 27,181.
- Culleredo: 26,707. (Área metropolitana de A Coruña)
- Marín: 25,885.
- Cangas do Morrazo: 25,402. (Área metropolitana de Vigo)
- Ames: 24,553. (Área metropolitana de Santiago de Compostela)
- Cambre: 22,513. (Área metropolitana de A Coruña)
- Ponteareas: 22,411.
- Lalín: 20,867.

Suponen un total de 355,717 habitantes que representan el 13% del total.

Por otra parte, el 41% de la población reside en municipios de menos de 15,000 habitantes que suponen 279 municipios con una población media de 4,096 habitantes. Su distribución por provincias es la siguiente:

Tabla 4. Número de habitantes mayores de 18 años por provincia (2009)

Nº habitantes		
A Coruña	456,826	(N=81 y M=5.640)
Lugo	210,938	(N=63 y M=3.348)
Ourense	187,968	(N=88 y M= 2.136)
Pontevedra	286,973	(N=47 y M=6.106)
TOTAL	1,142,705	

Asimismo, para un estudio de morbilidad psiquiátrica como el que se propone hay que tener en cuenta que su distribución no es aleatoria y viene condicionada, entre otros muchos factores, por el tipo de hábitat que determina el estilo de vida. De este modo habría que tener en cuenta las diferencias entre municipios costeros e interiores (tipo de actividad e influencia de la población turística estacionada). El número de municipios por provincia de un tipo y otro, excepto las ciudades, es el siguiente:

Tabla 5. Municipios costeros (42% del total)

A Coruña	438,084
Lugo	57,834
Ourense	-----
Pontevedra	253,745
TOTAL	749.663

Tabla 6. .Municipios interiores (58% del total)

A Coruña	281,427
Lugo	203,489
Ourense	229,740
Pontevedra	318,920
TOTAL	1,033,576

Tabla 7. Núcleos propiamente urbanos (suponen un 36% del total)

A Coruña	244,388
Santiago	93,712
Ferrol	75,181
Lugo	93,853
Ourense	107,186
Pontevedra	80,202
Vigo	294,772
TOTAL	989,294

Tabla 8. Núcleos de >15,000 (suponen un 23% del total)

A Coruña	244,138	(N=9 y M=27.126)
Lugo	50,375	(N=3 y M=16.792)
Ourense	41,772	(N=3 y M= 13.924)
Pontevedra	285,684	(N=13 y M=21.976)
TOTAL	621,969	

Tabla 9. Núcleos de <15000 (suponen un 41% del total)

A Coruña	456,826	(N=81 y M=5.640)
Lugo	210,938	(N=63 y M=3.348)
Ourense	187,968	(N=88 y M= 2.136)
Pontevedra	286,973	(N=47 y M=6.106)
TOTAL	1,142,705	

4.3 Técnica de muestreo y cálculo de la muestra teórica.

4.3.1. Técnica de muestreo

Se utilizó un muestreo probabilístico estratificado y multietápico sin reemplazo. Se estratificó en función de la densidad poblacional: núcleos propiamente urbanos, núcleos de más de 15,000 habitantes y núcleos de menos de 15,000.

El objetivo era alcanzar un número de entrevistas completas no inferior al 65% de la muestra liberada. La muestra se obtuvo a partir de la selección realizada por la oficina estadística del Sergas, utilizando los datos de las tarjetas sanitarias.

El proceso de obtención de la muestra incluyó dos etapas:

Primera etapa. A partir de los estratos establecidos según el tamaño de los núcleos de población se asignó una muestra de acuerdo a un criterio de proporcionalidad. Las unidades muestrales en esta primera etapa fueron

municipios elegidos aleatoriamente, cuya extracción en cada estrato seguiría un criterio sistemático-proporcional.

Segunda etapa. En la segunda etapa a partir del censo de las municipalidades seleccionadas se eligió aleatoriamente el número proporcional de sujetos asignados en orden para obtener el número previsto de entrevistas completas.

4.3.2. Cálculo del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se estimó para un error estándar del 0.015 que supondría un intervalo de confianza de $\pm 1.5\%$. Se consideraron dos posibilidades:

1. La primera está calculada teniendo en cuenta el peor de los casos que sería una proporción (P) del 50%:

$$N = (1.96)^2 PQ / 0.015^2 = 4.268$$

Aceptando un porcentaje de rechazos o no localizados del 15%, el tamaño de la muestra a obtener sería:

$$N = 4.268 (1/1-0.15) = 5.021$$

Que para cada uno de los estratos sería de:

- 1- Núcleos urbanos= 1,808.
- 2- Núcleos de >15000= 1,154.
- 3- Núcleos de <15000= 2,059.

2. La segunda opción está calculada sobre criterios más realistas estimando una prevalencia no superior al 25%:

$$N = (1.96)^2 PQ / 0.015^2 = 3,201$$

Si se añade el porcentaje estimado de rechazos en un 35% implicaría un tamaño muestral semejante al anterior: 4,924.

Que para cada uno de los estratos sería de:

- 4- Núcleos urbanos= 1,772.
- 5- Núcleos de >15000= 1,154.
- 6- Núcleos de <15000= 2,059.

4.4 Muestra

La muestra teórica total que se obtuvo del censo de la tarjeta sanitaria fue de 6,662 sujetos, de los que fue posible localizar e intentar entrevistar a 5,324. De estos, solo se logró realizar la entrevista completa a 3,170 (59.5% de tasa de respuesta en el estudio).

En las tablas 10 y 11 se muestra la distribución de la muestra inicial (teórica) por provincias y por sexo:

Tabla 10. Distribución de las entrevistas según provincia

Provincia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Coruña	2,742	41.2
Lugo	838	12.6
Orense	812	12.2
Pontevedra	2,270	34.1
Total	6,662	100

Tabla 11. Distribución de las entrevistas según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombre	3,121	46.8
Mujer	3,541	53.2
Total	6,662	100

En la tabla 12 se recogen los principales motivos por los que no se obtuvo entrevista completa. En el 80% de los casos fue debido a un cambio de dirección o dirección errónea.

Tabla 12. Incidencias de entrevista (casos no viables)

Motivo	Número	Porcentaje (%)
Cambio dirección	720	53.8
Portero	1	0.1
Dirección errónea	380	28.4
Vivienda vacía	85	6.4
Fallecido	69	5.2
Vivienda no existe	45	3.4
No habla idioma	7	0.5
Sin hogar	2	0.1
Zona peligrosa	25	1.9
Hogar peligroso	4	0.3
Total	1,338	100

En la tabla 13 se indican las causas que motivaron que a pesar de haber sido localizado el sujeto, la entrevista no pudo ser realizada.

Tabla 13. Incidencias en población entrevistada (casos viables)

Motivo	Número	Porcentaje (%)
Entrevista realizada	3,170	59.5
Ausencia hogar	313	5.9
Ausencia individuo	347	6.5
Negativa hogar	820	15.4
Negativa individuo	229	4.3
Enfermo en casa	174	3.3
Enfermo en hospital	29	0.5
Vacaciones	21	0.4
Larga ausencia	221	4.2
Total	5,324	100

Tal como muestra la tabla 13 la tasa final de respuesta fue del 59.5%.

Las tasas de respuesta según la provincia y el tamaño del núcleo de población se recogen en las tablas 14 y 15, respectivamente:

Tabla 14. Tasas de respuesta según provincias

Provincia	Realizadas	Muestra (casos viables)	Tasa de respuesta (%)
Coruña	1,279	2,222	57.6
Lugo	441	709	62.2
Orense	394	626	62.9
Pontevedra	1,056	1,767	59.5
Total	3,170	5,324	59.5

Tabla 15. Tasas de respuesta según núcleos de población

Tamaño	Realizadas	Muestra (casos viables)	Tasa de respuesta (%)
<2000 h	158	255	62.0
2000-5000 h	460	735	62.6
5000-10000 h	534	858	62.2
10000-20000 h	543	884	61.4
20000-50000 h	421	746	56.4
>50000 h	1,054	1,846	57.1
Total	3,170	5,324	59.5

Tal como puede verse en la tabla 14, en las provincias de A Coruña y Pontevedra la tasa de respuesta es inferior al 60% mientras que en Lugo y Ourense supera el 62%. Similar rango de participación obtenemos si consideramos el tamaño del estrato; en los de menos de 20,000 habitantes las tasas están por encima del 61% mientras que en las de 20,000- 50,000 y más de 50,000 se llega, como máximo, a tasas del 57%.

En el proceso de depuración de datos se eliminaron 19 casos del estudio por presentar errores no subsanables o estar incompletos los datos sociodemográficos. Las características sociodemográficos de la muestra final, compuesta de 3,170 sujetos, se recogen en las tablas 16, 17 y 18.

Tabla 16: Distribución de provincia y estrato (rural/ urbano) en la muestra global y según sexo. Valores absolutos sin ponderar y porcentajes ponderados.

Características geográficas	Mtra. Global (n=3151)	Hombres (n=1418)	Mujeres (n=1733)
Provincia			
Coruña	1275; 41.6% IC95%[39.6-43.5]	571; 41.5% IC95%[38.9-44.2]	704; 41.6% IC95%[39.7-43.5]
Lugo	442; 12.5% IC95%[11.1-14]	216; 12.7% IC95%[10.6-14.7]	226; 12.4% IC95%[10.9-13.9]
Orense	392; 11.9% IC95%[10.9-13]	175; 11.7% IC95%[9.9-13.4]	217; 12.1% IC95%[10.6-13.7]
Pontevedra	1042; 34% IC95%[32.2-35.8]	456; 34.1% IC95%[31.6-36.7]	586; 33.9% IC95%[32.2-35.5]
Estrato poblacional			
Rural	1439; 41.3% IC95%[39.3-43.2]	674; 42% IC95%[39.2-44.9]	765; 40.6% IC95%[38.6-42.6]
Urbano	1712; 58.7% IC95%[56.8-60.7]	744; 58% IC95%[55.1-60.8]	968; 59.4% IC95%[57.4-61.4]

Tabla 17: Distribución de provincia y estrato poblacional en la muestra global y según sexo. Valores absolutos no ponderados y porcentajes ponderados. Proporciones sobre total de zona.

Características geográficas		Mtra. Global (n=3151)		Hombres (n=1418)		Mujeres (n=1733)	
Estrato	Provincia						
Rural (n=1439)	Coruña	539; 37.5% IC95%[34.3-40.6]	238; 37.4% IC95%[32.9-41.8]	301; 37.5% IC95%[34.1-41]			
	Lugo	311; 21.2% IC95%[17.9-24.4]	158; 21.5% IC95%[17-26]	153; 20.8% IC95%[17.4-24.3]			
	Orense	237; 17.2% IC95%[14.9-19.6]	111; 17.4% IC95%[13.7-21.1]	126; 17.1% IC95%[13.5-20.7]			
	Pontevedra	352; 24.1% IC95%[21.3-27]	167; 23.7% IC95%[19.4-28]	185; 24.6% IC95%[21.9-27.3]			
Urbano (n=1712)	Coruña	736; 44.4% IC95%[42.1-46.8]	333; 44.6% IC95%[41.4-47.7]	403; 44.3% IC95%[42.3-46.3]			
	Lugo	131; 6.5% IC95%[6.2-6.8]	58; 6.2% IC95%[5.8-6.6]	73; 6.7% IC95%[6.4-6.9]			
	Orense	155; 8.2% IC95%[7.5-8.8]	64; 7.5% IC95%[6.3-8.7]	91; 8.8% IC95%[8.4-9.2]			
	Pontevedra	690; 40.9% IC95%[38.7-43.1]	289; 41.7% IC95%[38.7-44.8]	401; 40.2% IC95%[38.4-42]			

Tabla 18: Distribución variables socio demográficas en la muestra global (valores absolutos sin ponderar y porcentajes ponderados).

Características socio-demográficas	Mtra. Global (n=3151)
Sexo	
Hombre	1418; 47.1% IC95%[45.8-48.4]
Mujer	1733; 52.9% IC95%[51.6-54.2]
Edad	
18 - 35	639; 25.7% IC95%[24.5-26.8]
36-65	1692; 52.2% IC95%[50.9-53.4]
Más de 65	820; 22.2% IC95%[20.9-23.4]
Estado civil	
Casado/Viviendo con alguien	2057; 62.4% IC95%[61-63.9]
Previamente casado	408; 11.6% IC95%[10.8-12.5]
Soltero	682; 25.8% IC95%[24.4-27.3]
Ns/Nc	4; 0.1% IC95%[0-0.2]
Estrato poblacional	
Rural	1439; 41.3% IC95%[39.3-43.2]
Urbano	1712; 58.7% IC95%[56.8-60.7]
Provincia	
Coruña	1275; 41.6% IC95%[39.6-43.5]
Lugo	442; 12.5% IC95%[11.1-14]
Orense	392; 11.9% IC95%[10.9-13]
Pontevedra	1042; 34% IC95%[32.2-35.8]
Estrato (Nº de habitantes)	
Menos de 2000	159; 4.1% IC95%[3.4-4.8]
2000-5000	455; 12.6% IC95%[11.4-13.7]
5000-10,000	532; 14.8% IC95%[13.1-16.5]
10,000-20,000	540; 16.7% IC95%[14.7-18.7]
20,000-50,000	416; 14.1% IC95%[12.3-15.8]
Más de 50,000	1049; 37.7% IC95%[36.3-39.2]

4.5 Instrumentos

Diagnóstico Clínico. La evaluación de los trastornos mentales se realizó con la *World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; WHO World Mental Health Surveys) (3). La WMH-CIDI se estructura en 38 secciones junto con información sobre la discapacidad y calidad de vida, uso de servicios, tratamientos psicofarmacológicos y factores de riesgo. La entrevista está diseñada para su administración por entrevistadores legos en psiquiatría y para obtener, mediante la aplicación de algoritmos, los diagnósticos de los trastornos mentales siguiendo las clasificaciones internacionales ICD-10 (Internacional Classification of Diseases) (8) y DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (7). Versiones anteriores de la CIDI se han evaluado y considerado fiables y válidas (9). Los trastornos mentales evaluados fueron los siguientes: agorafobia, abuso de alcohol, dependencia de alcohol, abuso y dependencia de drogas, trastorno de ansiedad generalizada, distimia, trastorno depresivo mayor, trastorno angustia y fobia social.

Para facilitar la administración de la entrevista y disminuir el tiempo total de administración, la WMH-CIDI se informatizó con el programa informático Blaise. La WMH-CIDI se creó en inglés por lo que, con el fin de conseguir una versión equiparable tanto conceptual como transculturalmente, se siguieron de manera estricta las recomendaciones realizadas por la OMS para la traducción y adaptación de instrumentos (traducción directa e inversa, revisión por panel de expertos y pre-test, a fin de comprobar la comprensión conceptual) (10). Las entrevistas se llevaron a cabo en el hogar de la persona seleccionada por entrevistadores previamente entrenados.

Además de la WMH-CIDI también se realizó el módulo de psicosis de la entrevista *SCID-I-DSM-IV* (11). Se trata de la entrevista más utilizada para el diagnóstico de los trastornos mentales en estudios clínicos. Las preguntas siguen rigurosamente los criterios diagnósticos DSM-IV y aunque es una entrevista estructurada que requiere ser administrada e interpretada por

profesional especializado. Fue desarrollada por Spitzer en 1992 y ha experimentado tres revisiones hasta el momento actual. Contiene seis módulos diagnósticos independientes de los cuales se utilizaron solamente el correspondiente a las psicosis para confirmar el diagnóstico de los casos probables identificados durante la primera fase del estudio.

Condiciones crónicas de salud. Se evaluaron 18 problemas somáticos crónicos a través de la entrevista CIDI. Para ello el entrevistador lee al entrevistado una lista de y le pide que indique si ha padecido alguno de ellos a lo largo de su vida y en el último año. Varios estudios han abordado la validez de este procedimiento comparando la información obtenida con los diagnósticos registrados en las historias clínicas de los entrevistados archivadas en los correspondientes centros sanitarios. Los resultados indican una concordancia razonable, de ligera a moderada, entre los autoinformes y los registros (12–14) y han mostrado que los autoinformes pueden predecir la utilización de servicios sanitarios, hospitalizaciones y mortalidad (15). Otros informes, sin embargo, concluyen que la evidencia en el momento actual no es suficiente para poder emitir un juicio fiable (16). A la vista de estos resultados conviene no atribuir mucho valor a las tasas de comorbilidad individuales de cada trastorno, si no solamente al conjunto o a subgrupos de trastornos.

Estado cognoscitivo. El funcionamiento cognitivo de los participantes se evaluó con el *Mini Mental State Examination* (MMSE) (17) con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos. Hoy en día se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas como la demencia de tipo Alzheimer. En este estudio se utilizó el MEC-35 que fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y colaboradores (18). Esta versión es la más utilizada actualmente en la clínica y también en la identificación de casos probables de deterioro cognitivo y permite también calcular el valor de la versión de 30 puntos. Se trata de una sencilla escala estructurada que no requiere más de 5 – 10

minutos para su administración. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje.

Carga familiar. La literatura científica define como carga familiar los efectos y consecuencias de prestar cuidados a un familiar que sufre un trastorno físico o mental crónico, considerando un conjunto de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y financieros, que se plantean a los miembros de una familia que deben cuidar a un familiar que sufre una enfermedad grave. La sección de la carga familiar del *Composite Internacional Diagnostic Interview* abarca la evaluación de la carga experimentada por aquellos que responden ser cuidadores de un familiar de primer grado (padre, madre, esposo/a, hijo/a, hermano/a) y el tipo de problema grave de salud que sufre su familiar. La carga asociada a los cuidados se valora preguntando a los entrevistados si al menos un miembro de su familia presenta un problema grave de salud. En caso afirmativo, se valora la *carga objetiva*, explorando el tipo de ayuda que requiere, el número de horas semanales que dedica, si el cuidado que requiere su familiar le limita llevar a cabo otras actividades, y la carga económica (dinero empleado o ingresos perdidos) en el último año, como consecuencia del problema de salud de su familiar. Y por último dos preguntas sobre la *carga subjetiva*: si los problemas de salud de su familiar le causan malestar psicológico (preocupación, depresión, ansiedad) y si son motivo de apuro o vergüenza. Las opciones de respuesta en estas dos preguntas son: *mucho, regular, poco y nada*.

4.6 Procedimiento

Preparación: La Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica y la empresa IDEARA, con el apoyo de la Consellería de Sanidade del Gobierno de Galicia, remitieron una carta por correo postal a los hogares seleccionados informándoles sobre el propósito del estudio y solicitando su colaboración. Se informó a la población a través de los medios sobre la realización del estudio. También se informó a los centros de salud en cuya zona de cobertura sanitaria figuraran ciudadanos elegidos para participar en el estudio.

Entrevistas: Los encuestados fueron visitados en su hogar. Antes de comenzar la entrevista se explicó al encuestado en qué consistía el estudio y se solicitó su colaboración. La entrevista se llevó a cabo cara a cara y los datos se introdujeron en un ordenador portátil mediante un programa CAPI (*Computer-Assisted Personal Interviewing*). En caso de ausencia, se volvió a visitar el domicilio hasta en tres ocasiones en días diferentes. De los que no aceptaron participar se solicitó información sobre la edad, el sexo y motivo del rechazo.

Entrevistadores: Recibieron formación para el uso de la entrevista durante cinco días. La formación corrió a cargo del equipo de Carmen Lara Muñoz, jefa del departamento de psiquiatría de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México, que se desplazó a Santiago de Compostela con este fin junto con otro miembro de su equipo, Clara Feiz. En este curso los entrevistadores se familiarizaron con el instrumento y los procedimientos establecidos para el trabajo de campo. Para asegurar la calidad y fiabilidad de los datos se implementó: 1) un estricto control del trabajo de campo que incluyó supervisión de la muestra liberada y de las rutas de campo para asegurar la correcta selección aleatoria de los domicilios; 2) revisión de las hojas de ruta para confirmar que se habían intentado al menos 3 contactos en persona con el domicilio antes de establecer un rechazo; 3) contacto telefónico con el 10% de los entrevistados para estudiar la fiabilidad de las respuestas y comprobar que la entrevista se ha realizado según los procedimientos establecidos; 4) revisión informática de las respuestas para la detección de posibles incoherencias; 5) revisión de los cuestionarios por un clínico (interpretación de las preguntas abiertas y notas introducidas por los entrevistadores), datos incompletos o incongruencias, que se corrigieron estableciendo contacto con el entrevistado.

4.7 Tratamiento de los datos

La prevalencia de los trastorno mental se obtiene a lo largo de la vida (*lifetime*) y en los últimos 12 meses de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV (7). Los trastornos mentales considerados en el Estudio Epidemiológico Galicia son: agorafobia, abuso de alcohol, dependencia de alcohol, abuso y dependencia de drogas, trastorno de ansiedad generalizada, distimia, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia y fobia social. Se calculó la proporción de 'cualquier trastorno mental' a lo largo de la vida, que indicaba la presencia de cualquier trastorno mental de los anteriormente mencionados a lo largo de la vida, y 'cualquier trastorno mental' en los últimos 12 meses, teniendo en cuenta la presencia de alguno de los trastornos específicos en el último año.

Cada uno de ellos es clasificado según el grupo al cual pertenece. En trastorno del estado de ánimo se incluyeron depresión mayor y distimia; en trastorno de ansiedad, ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia y angustia y por último, en trastornos por consumo, se incluyó consumo de alcohol y drogas en dependencia y abuso.

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, situación laboral y ciudadanía. También se presenta la proporción de personas que utilizan servicios sanitarios (visita a diferentes profesionales). Este análisis se realiza considerando tanto a la población general como a las personas con trastorno mental.

Se han efectuado análisis de regresión logística binaria, con cualquier trastorno mental como variable dependiente (tanto en vida como últimos 12 meses) para determinar asociaciones entre los trastornos mentales y las variables socio-demográficas: edad, sexo y estado civil, entre otras. La significación estadística se ha evaluado mediante la estadística de Chi- cuadrado de Wald. Se han obtenido las medidas de asociación OR (odds ratio) junto con sus intervalos de confianza (nivel de significación: 5%).

También se han evaluado las asociaciones entre el uso de servicios, características sociodemográficas y trastorno mental.

Los datos se han ponderado en todos los análisis con el fin de proporcionar resultados extrapolables a toda la población gallega. Los pesos que se aplicaron tienen en cuenta la diferente probabilidad de las personas de ser seleccionadas en función del número de personas que viven en el domicilio, la proporción de edad y de sexo de la población en Galicia la cual se pretende extrapolar los resultados.

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SAS versión 9.1 para Windows. El nivel de significación utilizado fue del 5%.

4.8 Control de calidad

4.8.1. Control en la recolección de datos

El propósito del control de calidad local era asegurarse que los procedimientos de recogida de datos realizados por la empresa de encuestas tenían una alta calidad en cuanto a validez, fiabilidad y puntualidad. Los procedimientos de control de calidad los llevó a cabo el centro de análisis de datos (FSJD: Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona).

Durante el trabajo de campo cada dos semanas el equipo local realizó un informe con las actividades revisadas. Este informe se envió al centro de análisis de datos y ante cualquier problema identificado en el proceso se discutió en el comité coordinador del estudio.

Las actividades relacionadas con los procedimientos de control de calidad incluyeron asegurar que:

- 1.La empresa de encuestas implementaba la recolección de datos de acuerdo a las especificaciones establecidas.
- 2.La empresa de la encuestas completaba en forma oportuna todas las exigencias de información que se indican en las especificaciones.
- 3.Los entrevistadores realizaban el trabajo de acuerdo a especificaciones del entrenamiento.

4. Además se evaluó la duración de las entrevistas y se controló variables específicas de la entrevista (por ejemplo, proporción de respuestas positivas en la sección *screening* de la entrevista).

El grupo de FSJD se encargó de las siguientes tareas de control de calidad:

Revisión semanalmente de reportes de producción: la empresa de encuestas estaba obligada a presentar informes semanales del estado de la producción al centro de análisis FSJD una vez eran recogidos los datos. El grupo del centro de análisis revisaba los informes para: 1) evaluar el progreso de entrevistas; 2) examinar la tasa de respuesta, de negativa y de no-contacto; y 3) para monitorizar los resultados generales y específicos del entrevistador y el seguimiento de la empresa de encuesta ante cualquier desviación de las especificaciones.

Aprobar la liberación de muestra: el tamaño de muestra liberado fue equivalente a una tasa de respuesta del 65%. Cualquier liberación de muestra subsecuente tenía que ser aprobada por el centro de análisis de datos FSJD.

Revisión quincenal de reportes de verificación: la empresa de encuestas estaba obligada a presentar informes de verificación quincenal confirmando que una muestra del trabajo de cada entrevistador ha sido realizada. El grupo del centro de análisis de datos inspeccionaba los reportes y evaluaba cualquier desviación de las especificadas.

Revisión de reportes muestrales: la empresa de encuestas preparó un informe detallado que perfilaba sus procedimientos de muestreo antes del comienzo de la recolección de datos. El personal del centro de análisis de datos repasó y aprobó cada informe antes del inicio de la recolección de datos.

Asegurar el recibo semanal de entrevistas completadas: la empresa de encuestas enviaba las entrevistas completadas cada viernes a FSJD. Los retrasos de datos que se presenten eran reportados por el personal de FSJD al grupo de coordinación del estudio, quien se ponía en contacto con la empresa de encuestas.

Las actividades que tuvieron que ver con el centro de control de calidad local son:

- Revisar las respuestas a las preguntas abiertas.
- Revisar el documento de contactos.
- Examinar el documento de verificación.
- Revisión de las entrevistas.
- Examinar los archivos de consentimiento informado.
- Examinar los archivos con información de contacto del entrevistado.

4.8.1. Control de calidad de los datos

El objetivo de los procedimientos de control de calidad del Estudio Epidemiológico Galicia era identificar y corregir desviaciones del diseño antes o tan pronto como las actividades de recolección de datos de producción comenzaran, y siempre que un nuevo conjunto de entrevista era liberado en el campo. Este objetivo se alcanzó mediante las actividades siguientes:

- a) asegurando que las especificaciones del programa Blaise reflejaran las especificaciones del diseño del cuestionario;
- b) asegurando que la empresa de encuestas implementara los procedimientos de recolección de datos de acuerdo a las especificaciones metodológicas;
- c) asegurando que los entrevistadores implementaban elementos del diseño de entrevistas de acuerdo a las especificaciones del entrenamiento.

Los procedimientos de control de calidad han sido implementados entre:

- *Casos*
- *Variables*

- *Entrevistadores*: se verificó un 10% de las entrevistas completadas por cada entrevistador. Esta tasa fue más alta al inicio del estudio y disminuyó a medida que el trabajo de campo avanzaba. Los procedimientos de verificación de entrevistas eran continuos durante todo el proceso de recolección de datos.

La empresa de encuestas realizaba actividades de verificación a los entrevistadores:

- Tiempo de validación de las re-entrevistas
- Contacto con los entrevistados
- Verificación de preguntas
- Comparación de respuestas
- Reportes con resultados
- Diagnósticos
- Duración

Control de calidad sobre los casos liberados:

Reconciliación: Todos los casos de la muestra liberada debían ser clasificados ya sea como entrevista completada o bien como caso no entrevistado.

Número de identificación único.

Fecha final.

Código entrevistador: se controló que cada caso liberado tuviera asignado un único número de identificación del entrevistador.

Control de calidad sobre los casos completados:

Wildcodes: Corroborar mediante una distribución de frecuencias que todas las variables que tienen respuestas pre-designadas tengan valores correctos y no fuera del rango establecido.

Status “entrevista completa”: cada caso enviado por la empresa de encuestas como entrevista completada era controlada para confirmar tal status.

Duración entrevista: Se calculó para cada sección de la entrevista la duración desde el inicio hasta el fin, así como la duración total de la misma. Se realizaron análisis univariados que permitieron identificar: valores negativos, valores cero y valores positivos muy grandes (posibles ‘outliers’). Se controlaron aquellas secciones que no habían sido administradas al individuo para asegurar que la duración era cero.

Checkpoints: hay tres tipos de checkpoints en la entrevista de este estudio, los cuales controlan la secuencia de las preguntas. Cada uno de los checkpoints fue evaluado para asegurar que se estaba realizando de acuerdo a las especificaciones del cuestionario.

Control de consistencia: se debían controlar ciertas preguntas versus la edad de los entrevistados. Esto fue incorporado en la aplicación Blaise.

Respuestas abiertas.

Notas marginales.

Diagnósticos: cada caso completado era procesado mediante un conjunto de algoritmos diagnósticos desarrollados por el equipo de Harvard. FSJD monitorizó el grado en el que los valores perdidos impedían que el diagnóstico hubiera sido asignado.

Valores perdidos: FSJD evaluó el grado en el cual los datos eran perdidos ('missing'). Se podían producir en 3 niveles: a) en los casos b) en las variables dentro de los casos y c) entre los entrevistadores.

Comunicación de las actividades de control de calidad

Se puso el máximo empeño en lograr una comunicación continua entre el centro de análisis FSJD, la empresa de encuesta, el grupo de control de calidad local y el comité coordinador del estudio.

La empresa de encuesta enviaba a FSJD semanalmente los archivos:

- a) El archivo ASCII que contiene los datos numéricos
- b) El archivo 'xxmain.adt' que contiene los registros de auditoría.
- c) Los archivos 'xxmain.bdr' y 'frmain.bri' que contienen las observaciones del entrevistador.
- d) El archivo 'xxmain.opn' con las preguntas abiertas.
- e) Un resumen del trabajo de campo el cual incluía distribución por edad, sexo, región y conglomerado para aquellas entrevistas realizadas y no realizadas.

FSJD envió a la empresa de encuestas un archivo Excel con todas las inconsistencias. La empresa de encuestas tenía que completar el archivo con la información apropiada y enviarlo nuevamente a FSJD.

5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Los principales aspectos éticos implicados en el estudio son:

5.1 Voluntariedad y permiso

Tanto en la carta que las autoridades sanitarias remitieron a los sujetos seleccionados invitándoles a participar como en el momento de acceder al domicilio de la persona seleccionada para el estudio se explicó que la participación en el estudio era voluntaria, y que no se esperaba que la entrevista le aportara ningún perjuicio ni ningún beneficio personal.

5.2 Efectos adversos derivados de la realización de la entrevista

Existe una amplia experiencia nacional e internacional, en el ámbito gallego inclusive, de realización de estudios epidemiológicos comunitarios de salud mental sin que se hayan referido reacciones adversas atribuibles a la realización de este tipo de entrevistas. En previsión de cualquier reacción de preocupación derivada de la entrevista, se recordó al finalizar la entrevista que cualquier preocupación por el estado de salud sería atendida por su médico de cabecera.

5.3. Confidencialidad

- Se especificó el compromiso de cumplir las directrices éticas que emanan de la legislación vigente, y específicamente, la **Ley Orgánica 15/99 sobre protección de datos**.
- La empresa ejecutora del trabajo de campo firmó un compromiso de confidencialidad con la Consellería de Sanidade.
- El convenio establece una comisión de seguimiento del mismo integrada por representantes del Servicio Gallego de Salud y la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica, que se encargará de resolver cualquier

incidente, inclusive los de naturaleza ética, que puedan surgir durante el seguimiento del proyecto de investigación.

El proyecto se sometió al dictamen del Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela, que lo informó favorablemente con fecha 14 de abril de 2009.

6. RESULTADOS

Se presentan a continuación los principales resultados del estudio que incluyen el análisis de las prevalencia vida y prevalencia año (últimos doce meses) de los principales trastornos mentales siguiendo criterios DSM-IV; la comorbilidad con el consumo de sustancias y con patología somática; la patología subumbral para trastornos de depresión y ansiedad generalizada; ideación y conducta suicida; cribado de deterioro cognoscitivo en personas mayores de 65 años y cribado de patología psicótica. También se analiza la gravedad de los trastornos de salud mental, el uso de servicios que hacen los sujetos, comparando casos y no casos, y finalmente la carga de los cuidadores familiares de personas con trastorno físico y mental.

Los análisis incluyen el estudio de las variables sociodemográficas como factores de riesgo de morbilidad y de utilización de servicios. Para ello se presentan las OR tanto crudas como ajustadas como medidas de asociación.

Se incluyen las tablas de resultados resumen y otras detalladas. Se describe en un mayor detalle los resultados de utilización de servicios por considerar que es el aspecto de mayor interés para la planificación sanitaria.

Tabla 19: Prevalencia-vida y prevalencia-año de los principales trastornos mentales siguiendo criterios DSM-IV. Prevalencias ponderadas (IC95%)

Prevalencia vida –(IC95%)							Prevalencia año- (IC95%)					
Trastornos mentales	Mtra. General (n=3151)	Hombres (n=1418)	Mujeres (n=1733)	18-35 años (n=639)	36-65 años (n=1692)	> 65 años (n=820)	Mtra. General (n=3151)	Hombres (n=1418)	Mujeres (n=1733)	18-35 años (n=639)	36-65 años (n=1692)	> 65 años (n=820)
Trastornos del estado del ánimo												
Episodios depresivo mayor	9.4 (8.6 - 10.2)	5.9 (5.1 - 6.8)	12.5 (11.1 - 14)	9.4 (7.6 - 11.2)	10.3 (9.3 - 11.3)	7.3 (5.7 - 8.9)	3.6 (2.9 - 3.8)	2.3 (1.7 - 2.8)	4.3 (3.7 - 4.9)	3.4 (2.4 - 4.4)	3.5 (2.9 - 4.1)	3 (2.1 - 3.9)
Distimia	1.8 (1.4 - 2.1)	1.1 (0.7 - 1.5)	2.4 (1.8 - 3)	0.9 (0.1 - 1.7)	2 (1.5 - 2.4)	2.4 (1.4 - 3.3)	1.5 (1.2 - 1.9)	1.1 (0.7 - 1.5)	1.9 (1.4 - 2.5)	0.8 (0 - 1.6)	1.6 (1.1 - 2)	2.3 (1.4 - 3.3)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	9.9 (9.1 - 10.8)	6.1 (5.2 - 6.9)	13.4 (11.8 - 15)	9.8 (7.9 - 11.7)	10.9 (9.8 - 11.9)	7.9 (6.2 - 9.7)	3.7 (3.2 - 4.2)	2.4 (1.9 - 3)	4.9 (4.1 - 5.6)	3.7 (2.5 - 4.8)	3.8 (3.2 - 4.4)	3.5 (2.5 - 4.6)
Trastornos de ansiedad												
Trastorno de ansiedad generalizada	2.4 (1.9 - 2.8)	1.2 (0.8 - 1.6)	3.5 (2.7 - 4.2)	2.9 (1.7 - 4.1)	2.7 (2.1 - 3.2)	1.2 (0.6 - 1.7)	1.1 (0.8 - 1.5)	0.7 (0.4 - 0.9)	1.5 (1 - 2.1)	1.4 (0.5 - 2.4)	1.2 (0.7 - 1.6)	0.7 (0.2 - 1.3)
Fobia social	2.2 (1.9 - 2.5)	1.7 (1.2 - 2.2)	2.7 (2.3 - 3.1)	2.6 (2 - 3.2)	2.7 (2.2 - 3.2)	0.6 (0.4 - 0.8)	1.3 (1.1 - 1.5)	1.1 (0.9 - 1.3)	1.4 (1.1 - 1.7)	1.5 (1 - 1.9)	1.5 (1.2 - 1.8)	0.4 (0.3 - 0.4)
Agorafobia	0.6 (0.5 - 0.8)	0.4 (0.2 - 0.5)	0.8 (0.6 - 1.1)	0.2 (0 - 0.6)	1 (0.8 - 1.2)	0.1 (0.1 - 0.1)	0.3 (0.2 - 0.4)	0.3 (0.1 - 0.4)	0.4 (0.2 - 0.5)	-	0.6 (0.4 - 0.8)	0.1 (0.1 - 0.1)
Trastorno de angustia	1.6 (1.4 - 1.9)	0.9 (0.5 - 1.2)	2.3 (2 - 2.7)	1.3 (0.6 - 1.9)	2.1 (1.7 - 2.4)	1.1 (0.6 - 1.5)	0.8 (0.6 - 0.9)	0.4 (0.2 - 0.5)	1.1 (0.8 - 1.5)	0.3 (0 - 0.6)	1.1 (0.9 - 1.4)	0.5 (0.1 - 0.9)
Cualquier trastorno de ansiedad	5.7 (5.1 - 6.3)	3.7 (2.9 - 4.4)	7.6 (6.7 - 8.4)	6.5 (5 - 7.9)	6.7 (5.9 - 7.4)	2.7 (2 - 3.4)	3.1 (2.7 - 3.5)	2 (1.7 - 2.4)	4 (3.3 - 4.7)	3 (1.9 - 4.1)	3.7 (3.1 - 4.3)	1.7 (1.1 - 2.4)
Trastornos de uso de sustancias												
Abuso de alcohol	9.5 (8.7 - 10.3)	16 (14.4 - 17.5)	3.8 (3.1 - 4.9)	15.5 (13.2 - 17.8)	9.5 (8.5 - 10.5)	2.6 (1.4 - 3.8)	1.6 (1.3 - 1.9)	2.6 (1.9 - 3.3)	0.7 (0.4 - 1)	4.9 (3.7 - 6)	0.7 (0.4 - 1)	-
Dependencia de alcohol	0.8 (0.6 - 1)	1.5 (1 - 2)	0.2 (0.06 - 0.3)	1.1 (0.5 - 1.7)	1 (0.7 - 1.3)	0.1 (0 - 0.2)	0.2 (0.09 - 0.3)	0.4 (0.2 - 0.6)	0 (0 - 0.1)	0.8 (0.4 - 1.3)		-
Abuso de drogas	1.9 (1.6 - 2.2)	3.2 (2.7 - 3.7)	0.7 (0.3 - 1.1)	4.5 (3.6 - 5.4)	1.3 (0.9 - 1.7)	0.2 (0 - 0.6)	0.1 (0.02 - 0.2)	0.2 (0 - 0.3)	0.1 (0 - 0.2)	0.3 (0 - 0.6)	0.1 (0 - 0.2)	-
Dependencia de drogas	0.5 (0.3 - 0.7)	0.8 (0.5 - 1.1)	0.2 (0 - 0.6)	0.7 (0 - 1.5)	0.6 (0.3 - 0.9)	-	0.08 (0.02 - 0.1)	0.2 (0 - 0.3)	-	-	0.2 (0 - 0.3)	-
Cualquier trastorno de uso de sustancias	10.5 (9.6 - 11.4)	17.2 (15.7 - 18.6)	4.5 (3.7 - 5.3)	18 (15.4 - 20.6)	10.1 (9 - 11.2)	2.8 (1.5 - 4.1)	1.7 (1.4 - 2.1)	2.8 (2.1 - 3.5)	0.8 (0.5 - 1.1)	5.2 (4 - 6.4)	0.8 (0.4 - 1.1)	-
Cualquier trastorno mental												
Cualquier trastorno mental	21.6 (20.5 - 22.7)	23.1 (21.3 - 24.9)	20.2 (18.5 - 22)	28.7 (25.9 - 31.5)	22.2 (20.8 - 23.6)	11.9 (9.7 - 14)	7.4 (6.8 - 8.05)	6.3 (5.4 - 7.3)	8.4 (7.4 - 9.3)	11.1 (9.3 - 12.9)	6.7 (6 - 7.5)	4.8 (3.7 - 5.9)

6.1 Prevalencia vida y año de trastornos mentales en población general (tabla 19)

Resultados globales. Prevalencia vida y prevalencia año

El 21.6% (IC 20.5%-22.7%) de los adultos gallegos han experimentado algún trastorno mental en su vida, y el 7.4% (IC 6.8%-8.05%) durante el último año (tabla 19).

La frecuencia relativa de los grandes síndromes psiquiátricos cambia si consideramos la prevalencia vida y la prevalencia año:

- *Prevalencia Vida (PV)*: los trastornos más frecuentes son los relacionados con el uso de sustancias (10.5%), seguidos de los trastornos del estado de ánimo (9.9%), siendo los trastornos de ansiedad los menos frecuentes (5.7%).
- *Prevalencia Año (PA)*: los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad tienen unas prevalencias año similares (3.7% y 3.1%, respectivamente) mientras que los trastornos relacionados con sustancias presentan una prevalencia año inferior (1.7%).

El episodio depresivo mayor (PV 9.4%, PA 3.6%) y el abuso de alcohol (PV 9.5% y PA 1.6%) son los trastornos específicos más frecuentes.

Prevalencia de los trastornos mentales por sexo

La prevalencia vida de trastornos mentales es algo mayor en hombres que en mujeres (23.1% vs 20.2%) mientras que las mujeres presentan mayor prevalencia año que los hombres (6.3% vs 8.4%).

En cuanto a trastornos mentales concretos, solamente los trastornos relacionados con el uso de sustancias predominan en los varones y son estos trastornos, en especial el abuso de alcohol, los que aparecen como más frecuentes entre los hombres.

Los trastornos afectivos y ansiosos predominan en el sexo femenino, ya se considere la prevalencia vida o año.

Prevalencia de los trastornos mentales por grupos de edad

La prevalencia global de trastornos mentales es mayor para el grupo de 18-35 años (PV 28.7%, PA 11.1%) y decrece en los siguientes grupos: 36-65 años (PV 22.2%, PA 6.7%) y mayores de 65 años (PV 11.9%, PA 4.8%) (tabla 19).

Este fenómeno viene determinado en gran parte por los trastornos relacionados con sustancias, cuya prevalencia es máxima en el grupo de 18-35 años (PV 18%, PA 5.2%), desciende abruptamente en el de 36-65 años (PV 10.1%, PA 0.8%) y más aún en el de mayores de 65 años (PV 2.8%, PA virtualmente cero, al no detectarse ningún caso durante el último año).

En los trastornos del estado de ánimo y ansiedad las diferencias de magnitud entre los tres grupos de edad son menores y desaparece el patrón monotónico decreciente, aunque sí se aprecian menores prevalencias en el grupo de mayor edad. Así, para los trastornos del estado de ánimo en conjunto, las prevalencias del grupo de 18-35 años (PV 9.8%, PA 3.7%) resultan similares al de 36-65 años (PV 10.9%, PA 3.8%), descendiendo ligeramente en el grupo de mayores de 65 años (PV 7.9%, PA 3.5%).

Este mismo patrón se observa en los trastornos de ansiedad, con prevalencias similares en los grupos de 18-35 años (PV 6.5%, PA 3%) y 36-65 años (PV 6.7%, PA 3.7%) pero marcadamente inferiores en el grupo de mayores de 65 años (PV 2.7%, PA 1.7%).

Dentro de los trastornos del estado de ánimo la distimia sigue un patrón diferente, con un crecimiento progresivo asociado a la edad: cifras mínimas en el grupo más joven (PV 0.9%, PA 0.8%), ascendiendo en el de edad intermedia (PV 2%, PA 1.6%) y alcanzando el máximo para los mayores de 65 años (PV 2.4% y PA 2.3%).

6.2 Análisis de comorbilidad en población con patología mental

Se presentan a continuación los principales resultados del estudio sobre la comorbilidad de los trastornos mentales comunes (TMC), primero con el consumo de sustancias y a continuación con problemas somáticos crónicos, tanto a lo largo de la vida como durante los últimos doce meses.

Comorbilidad de trastorno por consumo de sustancias en población con patología mental (tablas 20, 21 y 22)

La tabla 20 presenta las tasas de comorbilidad del trastorno por consumo de alcohol y drogas en los diferentes grupos diagnósticos. La prevalencia del trastorno por consumo de alcohol es similar en los trastornos afectivos y ansiosos (10.4% y 11.4%, respectivamente). La proporción de consumo de alcohol es mucho menor en personas que presentan ambas patologías a la vez (ansiedad y depresión), siendo la prevalencia del 4.8%. La mayor tasa de trastorno por consumo de alcohol se encuentra en las personas con fobia social (16.7%) y la menor en ansiedad generalizada (2.7%).

Las tasas de comorbilidad del trastorno por consumo de drogas entre personas con trastorno mental son inferiores a las observadas para el alcohol. El 2.6% y el 5.6% de las personas con un trastorno afectivo o ansioso presentan un trastorno por consumo de drogas, respectivamente. La proporción baja a 0.5% en el caso de personas con ambas patologías (trastorno afectivo y ansioso). La ansiedad generalizada es el trastorno que presenta mayores tasas de consumo de drogas, y la agorafobia el que menos (con cero casos observados).

Como puede observarse en la tabla 21, la proporción de casos con trastorno por consumo de alcohol entre personas con cualquier patología mental es el triple en hombres (69.2%) que en mujeres (18%). También es mayor en el grupo de jóvenes (54%), y en edades intermedias (35-65 años),

bajando al 22% entre personas mayores de 65%. En el caso del trastorno por consumo de drogas, la proporción es mayor en varones con trastornos mentales (13.8%) que en mujeres (4.2%), así como en personas jóvenes (17%).

En la tabla 22 se presentan las prevalencias vida y año de trastornos por consumo de sustancias (incluyendo alcohol o drogas) en población diagnosticada de trastornos afectivos o ansiosos.

Prevalencia vida de los trastornos por consumo de sustancias en población con trastorno mental

La prevalencia vida de estos trastornos es algo mayor entre los trastornos de ansiedad (15.2%) que entre los trastornos afectivos (11.9%). La mayor prevalencia vida de consumo de sustancias está en la fobia social (19.6%), y la menor se encuentra en ansiedad generalizada (9.2%).

Los hombres con algún trastorno afectivo o ansioso (24.7% y 28.8%, respectivamente) presentan mayores prevalencias vida de trastorno por consumo de sustancias, en comparación con las mujeres con dichos trastornos (6.7% para trastornos afectivos y 9.3% para ansiosos). En los hombres, de nuevo es la fobia social el trastorno que presenta mayor prevalencia de comorbilidad con consumo de sustancias (29.9%), y la distimia el trastorno con la prevalencia más baja (15%). En las mujeres, la prevalencia vida de consumo de sustancias más alta se observa en la fobia social (13.7%), mientras que sólo un 4.5% de mujeres con trastorno de angustia presenta comorbilidad.

La prevalencia vida de comorbilidad con trastornos de consumo de sustancias es mayor en el grupo de edad más joven (18-35) y esta comorbilidad va disminuyendo en grupos de edades mayores. Por ejemplo, el 17.3% de personas de 18 a 35 años con algún trastorno afectivo ha presentado un trastorno por consumo de sustancias a lo largo de su vida, frente al 12% de personas del grupo de edad de 36 a 65, o del 3.9% de personas mayores de 65 años.

Prevalencia año de los trastornos por consumo de sustancias en población con trastorno mental

En general, la prevalencia año de la comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias es inferior a la prevalencia vida. La comorbilidad de consumo de sustancias en el último año en personas con trastorno afectivo es del 2% y del 1.6% en personas con algún trastorno de ansiedad.

La comorbilidad de trastorno por consumo de sustancias en el último año no aparece en mujeres con trastorno mental. En los hombres, en cambio, las prevalencias año en los diferentes grupos diagnósticos oscilan entre 6.2% para distimia al 30% en hombres con trastorno de angustia.

En el grupo de personas jóvenes (18-35), los trastornos por consumo de sustancias sólo están presentes en algunos diagnósticos como en la distimia, la depresión mayor y el trastorno por angustia. En el grupo de edad de 36 a 65, la prevalencia año es más evidente, siendo elevada en las personas con trastorno de angustia (8.5%). En las personas mayores de 65 años no se observaron casos de consumo de sustancias en el último año.

Tabla 20: Comorbilidad de consumo de sustancias (alcohol & drug) en población con patología mental (n (no ponderado); %(ponderado) [95% IC])			
Prevalencia vida - IC (95%)			
Trastornos mentales	Alcohol	Drogas	Alcohol o drogas
Trastornos del estado del ánimo			
Episodios depresivo mayor	23; 10.7 (7.9 - 13.5)	8; 2.8 (1.8 - 3.8)	27; 12.3 (9.5 - 15.2)
Distimia	4; 7.8 (0 - 15.7)	1; 1.8 (0 - 5.2)	5; 9.5 (0.9 - 18.1)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	24; 10.4 (7.6 - 13.2)	8; 2.6 (1.6 - 3.6)	28; 11.9 (9.1 - 14.8)
Trastornos de ansiedad			
Trastorno de ansiedad generalizada	3; 2.7 (0.2 - 5.2)	4; 7 (2.2 - 11.7)	6; 9.2 (3.9 - 14.4)
Fobia social	8; 16.7 (10.9 - 22.5)	3; 5.3 (1.7 - 8.9)	9; 19.6 (13.8 - 25.4)
Agorafobia	2; 16.4 (2.5 - 30.4)	-	2; 16.4 (2.5 - 30.4)
Trastorno de angustia	6; 10.1 (4.6 - 15.7)	1; 3.1 (2.6 - 3.5)	6; 10.1 (4.6 - 15.7)
Cualquier trastorno de ansiedad	17; 11.4 (8.4 - 14.4)	7; 5.6 (3.3 - 7.9)	21; 15.2 (11.1 - 19.4)
Trastorno del estado ánimo + ansiedad	5; 4.8 (2.5 - 7.1)	1; 0.5 (0 - 1.5)	5; 4.8 (2.5 - 7.1)

Tabla 21: Comorbilidad de consumo de sustancias (alcohol & drogas) en población con cualquier trastorno mental			
(n (no ponderado); %(ponderado) [95% IC]) - Prevalencias vida			
Muestra	Alcohol	Drogas	alcohol o drogas
Hombres	207; 69.2 (65.8 - 72.7)	41; 13.8 (11.5 - 16.1)	221; 74.5 (71.3 - 77.8)
Mujeres	53; 18.6 (15.3 - 21.8)	10; 4.2 (1.6 - 6.8)	61; 22.3 (18.3 - 26.3)
18-35	100; 54 (47.6 - 60.4)	31; 17 (13.3 - 20.7)	114; 62.7 (56.2 - 69.2)
36-65	139; 42.8 (39.3 - 46.3)	19; 5.7 (4 - 7.4)	146; 45.3 (41.6 - 49.1)
65 +	21; 22 (12.9 - 31.1)	1; 1.6 (0 - 4.8)	22; 23.6 (14.2 - 33)

Tabla 22: Comorbilidad de consumo de sustancias en población con patología mental (n (no ponderado); %(ponderado) [95% IC])

Prevalencia vida - IC (95%)						
Trastornos mentales	Mtra. Global	Hombres	Mujeres	18-35 años	36-65 años	más de 65 años
Trastornos del estado del ánimo						
Episodios depresivo mayor	27; 12.3 (9.5 - 15.2)	18; 25.4 (18.4 - 32.4)	9; 6.8 (4.4 - 9.3)	12; 18 (11.1 - 24.9)	13; 12.2 (9 - 15.4)	2; 4.3 (0 - 9.6)
Distimia	5; 9.5 (0.9 - 18.1)	2; 15 (0 - 35.8)	3; 7.4 (0 - 16)	-	4; 12.2 (0.5 - 24)	1; 8.5 (0 - 24.3)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	28; 11.9 (9.1 - 14.8)	18; 24.7 (17.6 - 31.9)	10; 6.7 (4.3 - 9.2)	12; 17.3 (10.6 - 24)	14; 12 (8.8 - 15.2)	2; 3.9 (0 - 8.9)
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de ansiedad generalizada	6; 9.2 (3.9 - 14.4)	2; 17.8 (11.7 - 24)	4; 6.6 (0 - 13.3)	3; 17.6 (3.6 - 31.7)	3; 6.4 (2.1 - 10.6)	-
Fobia social	9; 19.6 (13.8 - 25.4)	4; 29.9 (17 - 42.9)	5; 13.7 (8.7 - 18.7)	4; 27.7 (17.3 - 38.2)	5; 17.7 (10 - 25.5)	-
Agorafobia	2; 16.4 (2.5 - 30.4)	1; 28 (17.6 - 38.4)	1; 11.6 (0 - 32.1)	1; 100 (100 - 100)	1; 9.4 (7.3 - 11.6)	-
Trastorno de angustia	6; 10.1 (4.6 - 15.7)	4; 27.1 (10.7 - 43.5)	2; 4.5 (0 - 9.9)	-	5; 13.7 (5.9 - 21.5)	1; 7.7 (0 - 22.1)
Cualquier trastorno de ansiedad	21; 15.2 (11.1 - 19.4)	11; 28.8 (21.7 - 35.8)	10; 9.3 (5.1 - 13.5)	8; 22 (13.1 - 31)	12; 14 (10.2 - 17.9)	1; 3.1 (0 - 9.1)
Trastorno del estado animo + ansiedad						
Trastorno del estado animo + ansiedad	5; 4.8 (2.5 - 7.1)	1; 5.4 (3.8 - 7)	4; 4.6 (1.6 - 7.7)	2; 7.7 (5.8 - 9.6)	3; 4.4 (1 - 7.9)	-

Nota metodológica: Por ejemplo, de los 296 individuos que han tenido un episodio depresivo mayor, 27 tuvieron un trastorno por consumo de sustancias. Prevalencia de comorbilidad= 36.6 (este es el “n” ponderado de 27) / 296 = 12.3%.

Tabla 22(cont.): Comorbilidad de consumo de sustancias en población con patología mental (n (no ponderado); %(ponderado) [95% IC])						
Prevalencia últimos 12 meses - IC (95%)						
Trastornos mentales	Mtra. Global	Hombres	Mujeres	18-35 años	36-65 años	más de 65 años
Trastornos del estado del ánimo						
Episodios depresivo mayor	2; 2.2 (0 - 5.2)	2; 6.9 (0 - 16)	-	1; 4.9 (0 - 14.1)	1; 1.7 (0 - 5.1)	-
Distimia	1; 2.1 (0 - 6.1)	1; 6.2 (0 - 17.9)	-	-	1; 3.9 (0 - 11.4)	-
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2; 2 (0 - 4.7)	2; 6.4 (0 - 15)	-	1; 4.5 (0 - 13)	1; 1.6 (0 - 4.7)	-
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de ansiedad generalizada	-	-	-	-	-	-
Fobia social	-	-	-	-	-	-
Agorafobia	-	-	-	-	-	-
Trastorno de angustia	1; 6.5 (5.1 - 8)	1; 30 (20.2 - 39.8)	-	-	1; 8.5 (6.5 - 10.5)	-
Cualquier trastorno de ansiedad	1; 1.6 (1.4 - 1.9)	1; 5.3 (4.3 - 6.2)	-	-	1; 2.6 (2.2 - 3)	-
Trastorno del estado animo + ansiedad						
Trastorno del estado animo + ansiedad	-	-	-	-	-	-

Comorbilidad de patología somática en población con patología mental (tablas 23 y 24)

Las tablas 23 y 24 presentan las prevalencias vida y año de trastornos somáticos crónicos en población diagnosticada de trastorno mental y en población sin patología mental.

Las tasas de prevalencia de trastornos somáticos tanto en la prevalencia vida como en la prevalencia año son ligeramente más elevadas en la población con patología mental que en la población sana, especialmente entre las personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad. Esta asociación se mantiene al mismo nivel en el caso de co-ocurrencia de tres o más trastornos somáticos. La tuberculosis y la enfermedad pulmonar crónica presentan una frecuencia mayor en los trastornos por consumo de sustancias y los tumores malignos en los trastornos del humor.

Prevalencia vida de los trastornos somáticos en población con y sin trastornos mentales

En general, las personas con y sin trastorno mental presentan tasas similares de condiciones crónicas. Por ejemplo, el 30.3% de personas con algún trastorno mental ha presentado una condición crónica frente al 23% de personas sin patología mental, el 15.4% de personas con trastorno mental presenta dos condiciones crónicas frente el 20.4% de personas sin patología mental; y finalmente, el 31.4% y el 28.6% de personas con y sin trastornos mentales presentan 3 o más condiciones crónicas, respectivamente.

Considerando grandes síndromes, esta discreta diferencia se mantiene para los trastornos del humor (23.9%) y trastornos por consumo de sustancias (23.1%) y se acentúa en los que padecieron algún trastorno de ansiedad, entre los cuales solo el 18.4% están libres de alguna de las condiciones crónicas mencionadas en la tabla.

Cuando se examinan individualmente cada una de las condiciones crónicas se observa que algunas son más prevalentes entre las personas con historia de trastornos mentales en comparación con personas sin trastorno mental: Dolores de cabeza (30% vs 19.3%), dolor crónico (8.2% vs 6.1%), alergias estacionales (19% vs 13.2%) y enfermedad pulmonar crónica (9% vs 3.3%). Por el contrario presentan menor prevalencia de artrosis (22.9% vs 36.4%) y úlceras (3.5% vs 6.3%).

Para el resto de condiciones crónicas, las diferencias son irrelevantes o las prevalencias son demasiado bajas en el total de la muestra.

En general este patrón se mantiene para cada uno de los tres grandes síndromes psiquiátricos. Cabe matizar que el grupo con historia de trastornos de ansiedad presenta las prevalencias más altas de comorbilidad en dolores de cabeza (47.1% vs 19.3%); cualquier dolor crónico (12.7% vs 6.1%) y alergias estacionales (23.6% vs 13.2%).

Prevalencia año de trastornos somáticos en personas con trastorno mental y sana (tabla 24)

Comparando el grupo de sujetos que han presentado un trastorno mental en el último año y los que no, es muy parecido el porcentaje de personas que no presentan condiciones crónicas (31.7% vs 27.8%); también lo es la proporción de los que presentan tres o más condiciones (30% vs 28.9%).

Al analizar los tres grandes síndromes, es el grupo de trastornos de ansiedad el que presenta una mayor proporción de tres o más condiciones crónicas (41.2% vs 28.9%). A pesar del reducido tamaño del grupo de trastornos por consumo de sustancias, también refleja esta tendencia: solo el 8.2% están libres de condiciones crónicas. Por el contrario, la tendencia no se replica en el grupo de trastornos del humor.

Al analizar individualmente las condiciones crónicas, las dos más asociadas al hecho de presentar un trastorno mental son dolores de cabeza frecuentes (39.2% vs 20.1%) y cualquier otro dolor crónico (12.8% vs 6%).

De nuevo es el grupo de trastornos de ansiedad el que presenta las cifras más altas de condiciones crónicas, no solo para dolores de cabeza (46.8%) y cualquier dolor crónico (16.3%), sino que aparecen tendencias para otras condiciones, como enfermedades cardíacas (16.9% vs 7%) y asma (19% vs 9.5%), principalmente.

Tabla 23: Comorbilidad de patología somática en población con y sin patología mental

Condiciones crónicas (CC) ^a	Frecuencia (no ponderada) - Prevalencia vida (ponderada) - IC (95%)				
	No trastorno mental (n=464)	Cualquier trastorno mental (n=469)	Trastornos del humor (n=313)	Trastornos de ansiedad (n=181)	Trastornos por consumo de sustancias (n=107)
Artrosis o reumatismo	148; 36.4 (26.3 - 46.5)	141; 22.9 (17.7 - 28.1)	103; 28 (24.2 - 31.8)	51; 24.5 (20.2 - 28.8)	15; 11.7 (1 - 22.3)
Problemas cervicales o de espalda	172; 41.6 (30.6 - 52.5)	193; 44.7 (33.9 - 55.4)	138; 43.1 (38.4 - 47.9)	83; 44.8 (39.5 - 50.1)	31; 45.7 (22.3 - 69)
Dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes	147; 19.3 (11.1 - 27.5)	171; 30 (23.7 - 36.3)	113; 36.9 (32 - 41.7)	84; 47.1 (42.3 - 51.8)	30; 18.5 (9.5 - 27.6)
Cualquier otro dolor crónico	54; 6.1 (3.1 - 9.1)	53; 8.2 (5.7 - 10.6)	31; 8.8 (6.5 - 11.1)	26; 12.7 (8.8 - 16.7)	13; 5.9 (2 - 9.8)
Alergias estacionales	73; 13.2 (5.3 - 21.1)	85; 19 (11.2 - 26.9)	57; 18.3 (14.8 - 21.8)	44; 23.6 (19.8 - 27.5)	18; 18.6 (0.6 - 36.6)
Embolia cerebral	6; 1.5 (0 - 3.2)	7; 1.1 (0.4 - 1.7)	3; 0.9 (0.5 - 1.4)	4; 1.7 (0.3 - 3.1)	2; 0.7 (0 - 1.9)
Ataque de corazón	10; 1.8 (0 - 3.8)	11; 1.5 (0.9 - 2.1)	6; 1.5 (0.6 - 2.3)	3; 1.7 (1.5 - 1.9)	3; 0.8 (0 - 1.8)
Enfermedades cardíacas	31; 7.4 (3.3 - 11.5)	39; 6.2 (4 - 8.5)	22; 7 (4.3 - 9.7)	20; 11.7 (8.3 - 15.2)	7; 2.9 (0.4 - 5.3)
Presión alta	90; 20 (12 - 28)	89; 19.7 (11.1 - 28.3)	60; 17 (13.7 - 20.3)	36; 18.1 (14.1 - 22.2)	16; 23 (4.2 - 41.8)
Asma	53; 10.2 (3.3 - 17.1)	45; 7.5 (5.6 - 9.5)	31; 10.1 (7.3 - 13)	27; 14.8 (11.1 - 18.4)	8; 3.4 (1.3 - 5.4)
Tuberculosis	5; 1.4 (0 - 3.6)	17; 2.5 (1.3 - 3.6)	8; 2.3 (1.1 - 3.4)	6; 2.7 (1 - 4.5)	9; 3.7 (0.8 - 6.6)
Enfermedad pulmonar crónica	35; 3.3 (0 - 7.8)	28; 9 (0.7 - 17.2)	16; 5.7 (3.6 - 7.9)	14; 7.9 (4.8 - 11.1)	11; 14.4 (0 - 33)
Diabetes o azúcar en sangre	42; 9.1 (5.2 - 13)	30; 7.1 (2.3 - 12)	18; 5.7 (3.2 - 8.2)	14; 6.1 (3.7 - 8.5)	6; 8.2 (0 - 18.9)
Úlcera	29; 6.3 (3.1 - 9.6)	24; 3.5 (2 - 5.1)	10; 2.4 (1.1 - 3.8)	13; 6.1 (3.2 - 8.9)	4; 2.1 (0.2 - 4)
Sida o infección por VIH	0	3; 0.6 (0.2 - 0.9)	1; 0.3 (0.2 - 0.3)	2; 1.5 (0.3 - 2.7)	2; 1 (0.1 - 2)
Epilepsia o ataques	9; 1.7 (1 - 2.3)	5; 1.1 (0.5 - 1.7)	0	4; 2.8 (0.9 - 4.6)	3; 1.5 (0 - 3)
Tumor maligno o cáncer	15; 1.3 (0 - 2.5)	16; 2.5 (1.4 - 3.7)	14; 4.1 (2.1 - 6.1)	4; 2.1 (0.4 - 3.8)	3; 1.3 (0.1 - 2.6)
No CC	111; 28 (18.9 - 37)	110; 23 (14.8 - 31.1)	71; 23.9 (18.6 - 29.2)	34; 18.4 (12.4 - 24.4)	32 23.1 (5.6 - 41.1)
Una CC	114; 23.3 (15 - 31.5)	112; 30.3 (20.2 - 40.4)	71; 23.8 (18.5 - 29.2)	40; 25.3 (17.8 - 32.8)	32; 23.1 (5.6 - 41.1)
Dos CC	86; 20.1 (11.5 - 28.8)	91; 15.4 (10.9 - 19.8)	69; 22.3 (16.7 - 28)	37; 21 (14 - 27.9)	15; 9.1 (2.2 - 16)
Tres o más CC	153; 28.6 (19.6 - 37.6)	156; 31.4 (22.3 - 40.5)	102; 29.9 (24.4 - 35.5)	70; 35.4 (27.7 - 43)	28; 29.2 (9 - 49.3)

(a) Este módulo se ha pasado a los individuos de la muestra 2.

Tabla 24					
Condiciones crónicas (CC) ^a	Frecuencia (no ponderada) - Prevalencia último año (ponderada) - IC (95%)				
	No trastorno mental (n=742)	Cualquier trastorno mental (n=191)	Trastornos del humor (N=118)	Trastornos de ansiedad (n=93)	Trastornos por consumo de sustancias (n=15)
Artrosis o reumatismo	226; 34.4 (25.9 - 42.9)	63; 25 (18.5 - 31.6)	41; 29.8 (24.4 - 35.3)	30; 27.5 (20.6 - 34.4)	1; 1.9 (0 - 6.2)
Problemas cervicales o de espalda	277; 41.6 (31.4 - 51.8)	88; 49.4 (37.8 - 61)	52; 40.8 (33.4 - 48.2)	47; 50.5 (43.1 - 57.9)	3; 63.4 (20.1 - 100)
Dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes	238; 20.1 (12.5 - 27.6)	80; 39.2 (29.2 - 49.1)	47; 39.1 (31.3 - 46.9)	42; 46.8 (39.3 - 54.4)	5; 19.2 (0 - 42.8)
Cualquier otro dolor crónico	78; 6 (3.3 - 8.8)	29; 12.8 (8.7 - 16.8)	18; 13.8 (9.8 - 17.8)	17; 16.3 (9.9 - 22.6)	1; 3.8 (0 - 8.3)
Alergias estacionales	123; 14.1 (7.8 - 20.5)	35; 16.7 (10.7 - 22.7)	19; 17.7 (9.5 - 25.8)	27; 25 (19 - 30.9)	1; 3.6 (0 - 11.6)
Embolia cerebral	9; 1.4 (0 - 2.8)	4; 1.4 (0.3 - 2.6)	1; 0.8 (0.7 - 1)	4; 3.2 (0.7 - 5.8)	0
Ataque de corazón	17; 1.7 (0 - 3.5)	4; 1.6 (1.1 - 2.2)	1; 0.4 (0 - 1.2)	3; 3.2 (2.8 - 3.7)	0
Enfermedades cardíacas	49; 7 (3.4 - 10.6)	21; 9.8 (6.2 - 13.3)	11; 9.9 (5.1 - 14.6)	16; 16.9 (12.1 - 21.7)	0
Presión alta	140; 20.3 (12.9 - 27.7)	39; 15.5 (10.9 - 20.1)	23; 17 (11.4 - 22.5)	22; 21.7 (15.6 - 27.8)	3; 7 (0 - 18.2)
Asma	75; 9.5 (3.4 - 15.6)	23; 11.8 (7.7 - 16)	10; 9.6 (3.5 - 15.7)	17; 19 (13.7 - 24.4)	1; 3.8 (0 - 8.3)
Tuberculosis	14; 1.5 (0 - 3.4)	8; 3.2 (1.8 - 4.6)	4; 3.1 (2 - 4.1)	3; 2.3 (1.1 - 3.6)	2; 4.5 (0 - 12.4)
Enfermedad pulmonar crónica	53; 4.4 (0.1 - 8.7)	10; 5.4 (3 - 7.9)	4; 4.6 (0.8 - 8.3)	7; 8.6 (4.5 - 12.7)	0
Diabetes o azúcar en sangre	59; 9 (5.2 - 12.9)	13; 4.3 (2.2 - 6.4)	7; 5 (2.5 - 7.4)	10; 6.6 (3 - 10.3)	0
Úlcera	44; 6 (3.1 - 8.8)	9; 3.6 (1.1 - 6.2)	2; 1.3 (0 - 3.4)	8; 7 (3.2 - 10.8)	0
Sida o infección por VIH	0	3; 1.6 (0.5 - 2.7)	1; 0.7 (0.6 - 0.8)	2; 2.8 (0.6 - 5)	1; 4 (0 - 8.7)
Epilepsia o ataques	12; 1.6 (1 - 2.1)	2; 1.5 (0 - 3.1)	0	2; 3.3 (0 - 6.9)	0
Tumor maligno o cáncer	26; 1.5 (0.3 - 2.7)	5; 1.9 (0.7 - 3.2)	4; 2.6 (0.4 - 4.8)	2; 2.1 (0.4 - 3.7)	0
No CC	188; 27.8 (19.8 - 35.8)	61; 31.7 (24.3 - 39.1)	24; 23.5 (14.7 - 32.2)	14; 15.4 (7.6 - 23.2)	3; 8.2 (0 - 21.3)
Una CC	181; 24 (16.6 - 31.4)	45; 21.1 (14.9 - 27.3)	27; 23.2 (14.8 - 31.5)	14; 18.5 (8.5 - 28.4)	8; 79.8 (53.5 - 100)
Dos CC	136; 19.3 (11.7 - 26.8)	41; 17.1 (11.5 - 22.8)	24; 18 (10.5 - 25.4)	23; 25 (14.6 - 35.3)	3; 8.1 (0 - 21)
Tres o más CC	237; 28.9 (20.9 - 37)	72; 30 (23.4 - 36.7)	43; 35.4 (26 - 44.8)	42; 41.2 (30.1 - 52.3)	1; 3.8 (0 - 12.3)

(a) Este módulo se ha pasado a los individuos de la muestra2.

6.3 Trastornos subumbrales en depresión y ansiedad generalizada (tabla 25)

Se consideró que una persona presentaba un trastorno subumbral si presentaba alguno de los criterios DSM-IV para el diagnóstico clínico de ansiedad generalizada o depresión mayor, pero no todos los criterios necesarios para obtener el diagnóstico (por ej., el criterio de duración, o el número necesario de síntomas).

La prevalencia vida de depresión mayor subumbral es de 6.3% y de 4% para ansiedad generalizada en la muestra total. En el caso de la depresión subumbral, la prevalencia es ligeramente inferior a la prevalencia de diagnóstico completo DSM-IV de depresión mayor (9.4%) y mayor que en el caso de ansiedad generalizada (2.4%).

En el caso de los hombres, la prevalencia vida de depresión mayor subumbral fue de 4.7%, frente al 5.9% que presenta el diagnóstico completo. El 3.6% de hombres presentan ansiedad generalizada subumbral (frente al 1.2% que presenta el diagnóstico completo). En las mujeres se observa un patrón similar: el 7.8% presenta criterios subumbrales para depresión mayor (versus el 12.5% que presenta todos los criterios diagnósticos), mientras que el 4.3% de mujeres presenta criterios subumbrales para ansiedad generalizada frente al 3.5% que presenta todos los criterios.

La prevalencia de los diagnósticos subumbrales son mayores en grupos de edad más joven (18-35; 36-65) en comparación con personas de más de 65 años.

Tabla 25: Prevalencia vida de los trastornos subumbrales siguiendo criterios DSM-IV según sexo y edad. Valores absolutos no ponderados y proporciones ponderadas

Trastorno subumbral en:	Mtra. General (N=3151)		Hombres (n=1418)		Mujeres (1733)		18-35 años (n=639)		36-65 años (n=1692)		Más de 65 años (n=820)	
	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)
Episodios depresivo mayor	190	6.3 (5.6 - 7)	60	4.7 (3.9 - 5.6)	130	7.8 (6.8 - 8.7)	50	7.8 (6.6 - 8.9)	111	6.7 (5.8 - 7.6)	29	3.8 (2.8 - 4.8)
Ansiedad generalizada	117	4 (3.5 - 4.4)	40	3.6 (2.7 - 4.4)	77	4.3 (3.6 - 5)	24	4.1 (2.4 - 5.8)	65	4.3 (3.7 - 5)	28	2.9 (2.1 - 3.7)

6.4 Ideación, plan e intento suicida (tablas 26 y 27)

Las tablas 26 y 27 presentan la distribución de variables sociodemográficas y su asociación con ideación, plan e intento suicida. En el total de la muestra, el 4.3% *“ha pensado alguna vez seriamente en suicidarse”*; el 1.3% *“ha realizado alguna vez un plan para suicidarse”* y el 1.2% *“ha intentado alguna vez suicidarse”* (tabla 26).

Las **mujeres** realizaron más intentos suicidas que los hombres (1.4% versus 1.1%); también fue mayor la prevalencia de planes suicidas (1.5% vs 1%) y pensamientos suicidas (4.9% vs 3.5%).

En cuanto a la edad, se observa una distribución bimodal de los intentos y planes suicidas, con prevalencias más altas en la edad juvenil y en la edad avanzada en comparación con edades intermedias (36-65 años). Las prevalencias de ideación suicida son similares en edades jóvenes (4.4%) y en edades intermedias (4.5%), disminuyendo ligeramente en personas mayores de 65 años (3.5%).

Respecto al estado civil, solteros y los que estuvieron casados (por ej., divorciados o separados) son los que llevaron a cabo más intentos suicidas (2.2% y 2.1%, respectivamente), realizaron más planes y tuvieron más ideas suicidas que las personas casadas o que conviven en pareja.

Los intentos suicidas son ligeramente superiores en el medio **rural** respecto al urbano (1.4% vs 1.1%) mientras que la ideación y los planes suicidas son ligeramente superiores en zonas urbanas. Al comparar la población que vive en la **costa** con la del **interior**, las prevalencias son similares.

La prevalencia de ideación suicida, planes e intentos de suicidio entre las personas que padecen algún **trastorno mentales** mayor que la prevalencia para la muestra general. Así, las mayores prevalencias de intentos de suicidio aparecen entre los que han padecido agorafobia (13.4%), abuso de drogas

(11.3%), distimia (10.4%) y dependencia de alcohol (7.2%). Lo mismo cabe decir para los planes suicidas.

Respecto a los pensamientos suicidas, la prevalencia también es superior a la media entre los que padecieron algún trastorno mental, pero la variabilidad es mucho mayor. La prevalencia máxima se asocia con distimia (29.4%) y varios trastornos de ansiedad, como fobia social (26.5%). Trastorno de ansiedad generalizada (24.3%) o agorafobia (22.4%), así como para abuso y dependencia de drogas (23.4% y 21.2%, respectivamente). En el extremo opuesto se sitúa el abuso de alcohol (5.5%).

El análisis de las **Odds Ratio** (tabla 27) confirma definitivamente la mayoría de los factores de riesgo mencionados y matiza otros. Las variables sociodemográficas que se asocian a mayor riesgo de ideación suicida son: estar previamente casado (OR ajustada=1.84, IC95%=1.22-2.79) y soltero/a (OR ajustada=1.75, IC95%=1.01-3.01) vivir en entorno urbano (OR ajustada=1.85, IC95%=1.27-2.69) y vivir en el interior (OR ajustada=1.51, IC95%=1.07-2.14), en comparación con vivir en la costa.

Los trastornos mentales que aumentan el riesgo de ideación suicida son: depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de angustia y abuso de drogas.

Los solteros/as tienen 2.6 veces más riesgo de haber tenido un intento de suicidio que las personas casadas o viviendo en pareja. Las personas que han padecido agorafobia (OR ajustada=4.52, IC95%=1.23-16.59), un trastorno de angustia (OR ajustada=2.97, IC95%=1.23-7.2), dependencia de alcohol (OR ajustada=9.22, IC95%=3.5-24.3) o abuso de drogas (OR ajustada=19.37, IC95%=4.95-75.89) tienen mayor riesgo de haber tenido un intento de suicidio.

Por último, las personas de más de 65 años, en comparación con personas jóvenes (18 a 35 años), tienen un riesgo 2.7 veces mayor de haber realizado un intento de suicidio, mientras que los solteros tiene 2.6 veces más riesgo de intentos de suicidio que las personas casadas.

La agorafobia (OR ajustada=5.14, IC95%=1.33-19.91), dependencia de alcohol (OR ajustada=14.01, IC95%=4.35-45.12) y abuso de droga (OR ajustada=9.08, IC95%=1.63-50.73) son los trastornos que se asocian con un riesgo mayor para intentos de suicidio.

Tabla 26: Características sociodemográficas y diagnósticos psiquiátricos de los individuos incluidos en el análisis (frecuencias absolutas no ponderadas y proporciones ponderadas). Prevalencia vida de idea, plan e intento suicida.

Grupo	N	%	Pensamiento suicida (Vida)	%	IC (95%)	Plan suicida (Vida)	%	IC (95%)	Intento suicida (Vida)	%	IC (95%)
Nº de individuos	3151	100	133	4.3	(3.7 - 4.8)	39	1.3	(0.9 - 1.7)	39	1.2	(0.9 - 1.6)
Género											
Hombres	1418	47.1	46	3.5	(2.8 - 4.2)	16	1	(0.5 - 1.5)	15	1.1	(0.6 - 1.6)
Mujeres	1733	52.9	86	4.9	(4 - 5.9)	23	1.5	(0.9 - 2.1)	24	1.4	(0.8 - 1.9)
Edad											
18-35 años	639	25.7	24	4.4	(2.8 - 6)	10	1.9	(0.5 - 3.2)	9	1.5	(0.5 - 2.6)
36-65 años	1692	52.2	83	4.5	(3.8 - 5.2)	18	0.8	(0.6 - 1.1)	20	1	(0.7 - 1.3)
más de 65 años	820	22.2	25	3.5	(2.4 - 4.5)	11	1.6	(1 - 2.3)	10	1.4	(0.7 - 2.2)
Estado Civil											
Casado/Viviendo con alguien	2057	62.4	69	3	(2.3 - 3.7)	18	0.9	(0.4 - 1.4)	19	0.7	(0.4 - 1)
Previamente casado	408	11.6	28	7.2	(5.2 - 9.2)	10	2.9	(1.5 - 4.2)	8	2.1	(0.9 - 3.3)
Soltero/a	682	25.8	35	5.9	(4.4 - 7.4)	11	1.4	(0.6 - 2.2)	12	2.2	(1.1 - 3.3)
Ns/NC	4	0.1	0			0			0		
Zona geográfica											
Rural	1439	41.3	50	3.3	(2.4 - 4.2)	17	1.2	(0.7 - 1.8)	19	1.4	(0.7 - 2.2)
Urbana	1712	58.7	82	5	(4.3 - 5.6)	22	1.3	(0.8 - 1.8)	20	1.1	(0.8 - 1.4)
Territorio											
Interior	1643	48	74	4.43	3.57 - 5.29	23	1.5	0.8 - 2.1	25	1.3	0.8 - 1.9
Costa	1508	52	58	4.11	3.31 - 4.91	16	1.1	0.7 - 1.5	14	1.2	0.7 - 1.6
Trastornos mentales											
Episodio depresivo mayor	296	9.4	43	14.5	(11.3 - 17.7)	17	4.9	(3.4 - 6.4)	14	4.2	(1.8 - 6.6)
Distimia	60	1.8	17	29.4	(17.5 - 41.3)	5	9.4	(0.4 - 18.3)	6	10.4	(0.9 - 19.9)
Cualquier trastorno del estado del ánimo	313	10	48	15.4	(12.1 - 18.7)	18	5.4	(3.3 - 7.4)	16	5	(2.3 - 7.8)
Trastorno de ansiedad generalizada	78	2.4	19	24.3	(17.4 - 31.2)	5	8	(3.2 - 12.8)	4	4.8	(0 - 9.8)
Fobia social	68	2.2	16	26.5	(20.5 - 32.4)	9	12.8	(7.5 - 18.1)	7	8	(3.2 - 12.7)
Agorafobia	21	0.6	6	22.4	(11.4 - 33.4)	3	13.4	(3.5 - 23.4)	3	13.4	(3.5 - 23.4)
Trastorno de angustia	55	1.6	9	15.4	(9.9 - 20.9)	3	3.9	(0 - 8.3)	4	5.7	(2.4 - 8.9)
Cualquier trastorno de ansiedad	181	5.7	38	21.1	(17.8 - 24.4)	14	7.6	(4.8 - 10.4)	13	6.5	(3.8 - 9.1)
Abuso de alcohol	259	9.5	16	5.5	(3.8 - 7.1)	5	1.5	(0.4 - 2.6)	3	0.9	(0.1 - 1.7)
Dependencia de alcohol	25	0.8	4	13.2	(3.7 - 22.7)	2	7.2	(0 - 15.8)	2	7.2	(0 - 15.8)
Abuso de drogas	50	1.9	12	23.4	(14.8 - 32)	5	11.3	(1.8 - 20.7)	5	11.3	(1.8 - 20.7)
Dependencia de drogas	14	0.5	3	21.2	(7.3 - 35)	1	6.3	(0 - 18.2)	1	6.3	(0 - 18.2)
Cualquier trastorno de sustancias	282	10.5	23	7.7	(5.8 - 9.6)	9	3	(1.1 - 4.8)	7	2.4	(0.7 - 4.1)

Tabla 27: OR ajustadas e IC 95% para intento e ideas suicidas

	Ideas suicida (Vida)		Intento suicida (Vida)		Intento suicida entre las personas con ideas suicidas	
	OR (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Género						
Hombres	1	1	1	1	1	1
Mujeres	1.44 (1.06 - 1.95)	1.25 (0.87 - 1.8)	1.23 (0.66 - 2.28)	1.05 (0.53 - 2.06)	0.8 (0.43 - 1.48)	0.95 (0.5 - 1.8)
Edad						
18-35 años	1	1	1	1	1	1
36-65 años	1.03 (0.68 - 1.59)	1.41 (0.75 - 2.68)	0.67 (0.3 - 1.49)	1.04 (0.42 - 2.58)	0.56 (0.24 - 1.28)	1.1 (0.52 - 2.24)
más de 65 años	0.78 (0.49 - 1.24)	1.10 (0.53 - 2.28)	0.94 (0.38 - 2.3)	1.61 (0.5 - 5.16)	1.42 (0.6 - 3.38)	2.69 (1.15 - 6.3)
Estado Civil						
Casado/Viviendo con alguien/Ns-NC	1	1	1	1	1	1
Previamente casado	2.47 (1.69 - 3.6)	1.84 (1.22 - 2.79)	3.08 (1.56 - 6.1)	2.01 (0.92 - 4.39)	1.43 (0.67 - 3.08)	1.12 (0.49 - 2.58)
Soltero/a	2 (1.38 - 2.89)	1.75 (1.01 - 3.01)	3.22 (1.65 - 6.3)	2.59 (1.31 - 5.12)	1.96 (1.07 - 3.61)	2.59 (1.19 - 5.6)
Zona geográfica						
Rural	1	1	1	1	1	1
Urbana	1.54 (1.11 - 2.12)	1.85 (1.27 - 2.69)	0.77 (0.44 - 1.37)	0.71 (0.36 - 1.39)	0.38 (0.2 - 0.74)	0.23 (0.11 - 0.5)
Territorio						
Interior	1.08 (0.8 - 1.45)	1.51 (1.07 - 2.14)	1.17 (0.68 - 2.00)	1.14 (0.63 - 2.08)	1.07 (0.59 - 1.96)	0.61 (0.3 - 1.24)
Costa	1	1	1	1	1	-
Trastornos mentales						
Episodio depresivo mayor	5.11 (3.84 - 6.82)	2.37 (1.43 - 3.96)	4.7 (2.39 - 9.23)	2.42 (0.65 - 8.92)	1.02 (0.56 - 1.84)	0.86 (0.41 - 1.81)
Distimia	10.49 (5.89 - 18.67)	4.24 (1.68 - 10.71)	10.68 (3.72 - 30.67)	4.88 (0.88 - 27.11)	1.37 (0.44 - 4.29)	0.87 (0.31 - 2.45)
Trastorno de ansiedad generalizada	8.15 (5.32 - 12.46)	2.56 (1.48 - 4.41)	4.29 (1.35 - 13.63)	1.04 (0.29 - 3.81)	0.58 (0.17 - 1.95)	0.49 (0.16 - 1.55)
Fobia social	9.19 (6.55 - 12.9)	4.6 (3.1 - 6.81)	7.86 (3.78 - 16.37)	2.51 (0.95 - 6.64)	1.04 (0.55 - 1.93)	1.2 (0.57 - 2.55)
Agorafobia	6.66 (3.63 - 12.22)	1.3 (0.46 - 3.69)	13.18 (5.35 - 32.45)	4.52 (1.23 - 16.59)	3.77 (1.21 - 11.75)	5.14 (1.33 - 19.91)
Trastorno de angustia	4.27 (2.73 - 6.69)	2.10 (1.21 - 3.67)	5.09 (2.52 - 10.28)	2.97 (1.23 - 7.2)	1.43 (0.46 - 4.45)	3.38 (0.71 - 16.06)
Abuso de alcohol	1.34 (0.93 - 1.94)	0.97 (0.64 - 1.46)	0.67 (0.25 - 1.8)	0.12 (0.06 - 0.25)	0.41 (0.3 - 0.55)	0.06 (0.02 - 0.17)
Dependencia de alcohol	3.48 (1.5 - 8.1)	1.7 (0.68 - 4.28)	6.47 (1.76 - 23.77)	9.22 (3.5 - 24.3)	2.99 (2.21 - 4.03)	14.01 (4.35 - 45.12)
Abuso de drogas	7.52 (4.48 - 12.6)	6.99 (3.57 - 13.7)	12 (4.37 - 32.98)	19.37 (4.94 - 75.89)	2.48 (0.86 - 7.2)	9.08 (1.63 - 50.73)
Dependencia de drogas	6.16 (2.64 - 14.36)	0.69 (0.39 - 1.22)	5.42 (0.71 - 41.66)	0.25 (0.05 - 1.25)	1 (0.14 - 7.18)	0.08 (0.004 - 1.37)

6.5 Cribado de deterioro cognoscitivo en mayores de 65 años (tablas 28 y 29)

A continuación se presentan las prevalencias de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años, según diferentes puntos de corte del MMSE en sus tres versiones: el MEC35, MEC30 y la versión del MMSE utilizada en el proyecto ECA y validada en Galicia.

La puntuación media en la muestra según el MEC35 fue de 24.7 (D.E.=0.14) 23.4 (D.E.=0.16) según el MMSE y 23 (D.E.=0.18) en el MEC30 (Tabla 29).

Estimación preliminar de deterioro cognitivo

Para el cribado del deterioro cognitivo, el punto de corte preconizado reiteradamente en los estudios de validación publicados en nuestro medio es 23/24, aunque habiéndose propuestos factores correctores en función del nivel de instrucción. La simple aplicación de este punto de corte arroja unas prevalencias similares en las dos versiones de 30 ítems, 40.66% para el MEC30 y 42.99% para el MMSE (tabla 28). Dicho punto de corte arroja para el MEC35 una prevalencia del 32.18%, similar al obtenido en los estudios comunitarios previos de Galicia (37.6% y 36%, respectivamente) (19,20). Siguiendo los criterios utilizados en el estudio ECA, el último de los citados estudios gallegos operativizó los resultados mencionados de cribado en una prevalencia de probable “deterioro cognitivo severo” del 7.8%.

La prevalencia de deterioro cognitivo en mujeres es mayor que en los hombres. Por ejemplo, usando como criterio un punto de corte igual o menor a una puntuación de 23 con el MC30, la prevalencia de deterioro cognitivo en mujeres sería del 49.3% frente al 27.9% de los hombres.

Será preciso un análisis pormenorizado del grado de discapacidad de estos sujetos mayores de 65 años y de las variables sociodemográficas para dotar de mayor contenido clínico a esta variable epidemiológica.

Tabla 28: Deterioro cognoscitivo en personas mayores de 65 años, Cuestionario Mini-Mental

Escalas	Muestra total (n=824)		Hombres (n=367)		Mujeres (457)	
	N	%	N	%	N	%
MMSE						
<=17	86	11.33 (9.47 - 13.19)	22	5.91 (4.59 - 7.24)	64	15.01 (12.09 - 17.93)
>17	738	88.67 (86.81 - 90.53)	345	94.09 (92.76 - 95.41)	393	84.99 (82.07 - 87.91)
<=23	336	42.99 (39.77 - 46.21)	110	31.16 (26.43 - 35.88)	226	51.03 (46.73 - 55.32)
>23	488	57.01 (53.79 - 60.23)	257	68.84 (64.12 - 73.57)	231	48.97 (44.68 - 53.27)
MEC30						
<=17	117	15.97 (13.85 - 18.1)	27	7.64 (5.78 - 9.5)	90	21.63 (18.51 - 24.75)
>17	707	84.03 (81.9 - 86.15)	340	92.36 (90.5 - 94.22)	367	78.37 (75.25 - 81.49)
<=23	321	40.66 (37.78 - 43.55)	100	27.89 (24.22 - 31.56)	221	49.34 (45.53 - 53.14)
>23	503	59.34 (56.45 - 62.22)	267	72.11 (68.44 - 75.78)	236	50.66 (46.86 - 54.47)
MEC35						
<=23	251	32.18 (29.31 - 35.04)	75	21.02 (17.46 - 24.58)	176	39.75 (35.89 - 43.62)
>23	573	67.82 (64.96 - 70.69)	292	78.98 (75.42 - 82.54)	281	60.25 (56.38 - 64.11)

Tabla 29: Deterioro cognoscitivo en personas mayores de 65 años. Cuestionario Mini-Mental. Media (DE)

Escalas	Muestra total	Hombres	Mujeres
MMSE	23.44 (0.14)	24.7 (0.17)	22.5 (0.18)
MEC30	23 (0.16)	24.5 (0.16)	21.9 (0.22)
MEC35	24.7 (0.18)	26.4 (0.18)	23.6 (0.25)

6.6 Cribado de psicosis (tabla 30)

La tabla 30 muestra la proporción de personas con un diagnóstico probable de psicosis, así como la distribución de estos casos según variable sociodemográficas.

Un 8.2% de la muestra (257 personas) se consideró como “probable caso” de presentar algún trastorno psicótico. El 56.9% de estos casos probables eran mujeres, un poco más de la mitad tenían edades comprendidas entre los 36 y los 65 años, el 52.3% estaba casado/a o conviviendo en pareja, el 62.6% vivía en zonas urbanas, y el 43% vivía en zonas de interior.

Tabla 30: Proporción de individuos con cribado de psicosis según variables sociodemográficas.

	N	Prevalencia (IC 95%)
Muestra total	257	8.2 (7.3 - 9.2)
Género		
Hombres	108	43.11 (38.5-47.8)
Mujeres	149	56.89 (52.2-61.5)
Edad		
18-35 años	43	20.3 (17.1-23.6)
36-65 años	146	56.5 (51.6-61.4)
más de 65 años	68	23.2 (18.5-27.9)
Estado Civil		
Casado/viviendo con alguien/Ns-NC	147	52.3 (47.2-57.3)
Previamente casado	49	20.3 (16.3-24.2)
Soltero/a	61	27.5 (22.9-32.1)
Zona geográfica		
Rural	111	37.4 (30.9-44)
Urbana	146	62.6 (56-69.1)
Territorio		
Interior	127	43 (34.9 - 51.1)
Costa	130	57 (48.9 - 65.1)

Los criterios para determinar casos con criterio de psicosis son:

- 1) El sujeto debe haber contestado "SI" al menos a una de las siguientes preguntas ps1a, ps1b, ps1c, ps1d, ps1e, ps1f
- 2) A una pregunta sobre la hospitalización en la sección de Servicios
- 3) El sujeto informa que ha recibido un antipsicótico.

6.7 Factores de riesgo sociodemográficos de padecer un trastorno mental (tablas 31, 32, 33, 34)

Factores de riesgo - prevalencia vida (tablas 31 y 32)

Las tablas 31 y 32 presentan las OR, crudas y ajustadas, respectivamente, del efecto de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, grado de urbanización, dicotomizado por el tamaño del municipio de residencia, y localización geográfica, dicotomía 'costa' versus 'interior') sobre el riesgo de haber padecido a lo largo de la vida algún trastorno mental y cada uno de los grandes síndromes psiquiátricos.

Las tendencias observadas al analizar las OR ajustadas (tabla 32) replican las observadas en las OR crudas; las magnitudes y los intervalos de confianza son similares en la mayoría de las celdas; si acaso, las modificaciones en magnitud más apreciables se producen en relación al estado civil, pero su cuantía es en todo caso discreta. Tomaremos como referencia los valores de las OR ajustadas.

En conjunto los **hombres** tienen un riesgo ligeramente superior de haber padecido algún trastorno mental, el cual se circunscribe al espectro de los trastornos relacionados con el consumo sustancias, para los cuales presentan un riesgo más de cuatro veces superior a las mujeres (OR= 0.22).

Las **mujeres** tienen un riesgo más de dos veces superior al de los varones de padecer trastornos del estado de ánimo o de ansiedad (OR= 2.26 y 2.20, respectivamente).

Al analizar la relación con la edad, se observa que el riesgo de haber padecido un trastorno mental decrece con la edad, resultando que los **mayores de 65 años** presentan tres veces menos riesgo de haber padecido alguna enfermedad mental a lo largo de la vida (OR=0.37). Este patrón se mantiene con matices en los tres grandes grupos sindrómicos; se atenúa para los trastornos del estado de ánimo (OR=0.65) y por el contrario alcanza su máxima intensidad (OR=0.17) para los trastornos por uso de sustancias.

Respecto al estado civil, las personas **solteras o que estuvieron casadas** presentan el doble de riesgo de haber padecido una enfermedad mental ($OR=2.65$), riesgo que se mantiene en magnitudes similares para cada uno de los grandes síndromes.

El vivir en un medio **rural o urbano** no parece influir el riesgo de haber padecido un trastorno mental a lo largo de la vida ($OR=0.93$)

Aparece una tendencia para el territorio de la **costa** (versus **interior**) a un mayor riesgo de haber padecido cualquiera de los grupos de trastornos mentales estudiados ($OR=0.81$), aunque las diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas.

Tabla 31: Prevalencia vida de trastornos mentales de acuerdo a variables sociodemográficas (números no ponderados, proporciones ponderadas y OR crudas).

		Cualquier trastorno mental	Trastornos del estado de ánimo	Trastornos de ansiedad	Trastornos de sustancias
	Total Muestra	OR crudo (IC 95%)	OR crudo (IC 95%)	OR crudo (IC 95%)	OR crudo (IC 95%)
Total	3151 (100)	644 (21.6)	313 (10)	181 (5.7)	282 (10.5)
Género					
Hombres	1418 (47.1)	1	1	1	1
Mujeres	1773 (52.9)	0.84 (0.72-0.99)	2.38 (1.92-2.94)	2.14 (1.72-2.66)	0.23 (0.19-0.28)
Edad					
18-35 años	639 (25.7)	1	1	1	1
36-65 años	1692 (52.2)	0.71 (0.61-0.83)	1.12 (0.91-1.39)	1.03 (0.81-1.32)	0.51 (0.41-0.63)
más de 65 años	820 (22.1)	0.33 (0.26-0.44)	0.79 (0.56-1.12)	0.4 (0.28-0.57)	0.13 (0.08-0.22)
Estado Civil					
Casado/viviendo con alguien/Ns-NC	2061 (62.5)	1	1	1	1
Previamente casado	408 (11.6)	1.83 (1.54-2.19)	2.83 (2.26-3.54)	1.99 (1.48-2.67)	1.12 (0.82-1.53)
Soltero/a	682 (25.8)	2.33 (1.99-2.74)	1.55 (1.19-2.02)	1.77 (1.4-2.24)	2.88 (2.39-3.45)
Zona geográfica					
Rural	1439 (41.3)	1	1	1	1
Urbana	1712 (58.7)	1.07 (0.92-1.25)	0.98 (0.79-1.22)	1.05 (0.81-1.36)	1.11 (0.91-1.36)
Territorio					
Costa	1508 (52)	1	1	1	1
Interior	1643 (48)	0.76 (0.62 - 0.92)	0.88 (0.68 - 1.15)	0.77 (0.55 - 1.08)	0.69 (0.52 - 0.92)

Cualquier trastorno mental se refiere a los listados en la tabla. Trastorno del estado de ánimo se refiere a episodio depresivo mayor o distimia, trastorno de ansiedad se refiere a ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia o trastorno de angustia. Trastorno por consumo de sustancias se refiere a alcohol o drogas en dependencia o abuso. Ns-Nc. No sabe-no contesta.

Tabla 32: Prevalencia de trastornos mentales vida de acuerdo a variables sociodemográficas (números no ponderados, proporciones ponderadas y OR ajustadas)

	Total Muestra	Cualquier trastorno mental OR ajustado (IC 95%)	Trastornos del estado de ánimo OR ajustado (IC 95%)	Trastornos de ansiedad OR ajustado (IC 95%)	Trastornos de sustancias OR ajustado (IC 95%)
Total	3151 (100)	644 (21.6)	313 (10)	181 (5.7)	282 (10.5)
Género					
Hombres	1418 (47.1)	1	1	1	1
Mujeres	1773 (52.9)	0.83 (0.68 - 1.02)	2.26 (1.68-3.04)	2.2 (1.51-3.21)	0.22 (0.16-0.31)
Edad					
18-35 años	639 (25.7)	1	1	1	1
36-65 años	1692 (52.2)	0.94 (0.72-1.24)	1.33 (0.91-1.95)	1.33 (0.82-2.17)	0.66 (0.46-0.94)
más de 65 años	820 (22.1)	0.37 (0.26-0.54)	0.65 (0.40-1.06)	0.39 (0.20-0.76)	0.17 (0.09-0.32)
Estado Civil					
Casado/Viviendo con alguien/Ns-NC	2061 (62.5)	1	1	1	1
Previamente casado	408 (11.6)	2.64 (1.90-3.66)	2.92 (1.97-4.32)	2.32 (1.42-3.78)	2.55 (1.33-4.88)
Soltero/a	682 (25.8)	2.04 (1.58-2.65)	1.73 (1.3-2.31)	1.89 (1.19-3.01)	2.02 (1.42-2.87)
Zona geográfica					
Rural	1439 (41.3)	1	1	1	1
Urbana	1712 (58.7)	0.93 (0.75-1.15)	0.91 (0.69-1.2)	0.90 (0.61-1.33)	0.93 (0.68-1.27)
Territorio					
Costa	1508 (52)	1	1	1	1
Interior	1643 (48)	0.81 (0.66 - 1)	0.91 (0.69 - 1.2)	0.81 (0.55 - 1.18)	0.75 (0.55 - 1.01)

Cualquier trastorno mental se refiere a los listados en la tabla. Trastorno del estado de ánimo se refiere a episodio depresivo mayor o distimia, trastorno de ansiedad se refiere a ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia o trastorno de angustia. Trastorno por consumo de sustancias se refiere a alcohol o drogas en dependencia o abuso. Ns-Nc. No sabe-no contesta.

Factores de riesgo - prevalencia año (tablas 33 y 34)

Las tablas 33 y 34 presentan las OR, crudas y ajustadas, respectivamente, del efecto de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, tamaño del municipio de residencia y geografía costera-interior) sobre el riesgo de haber padecido algún trastorno mental y más concretamente, alguno de los tres grandes síndromes psiquiátricos durante los doce meses previos a la entrevista.

Indicar que el procedimiento del cálculo de las OR ajustadas no modifica la dirección de las asociaciones aparentes en las OR brutas, y en general acentúan la magnitud de la asociación. En algunas celdas el nuevo análisis cambia la significación estadística de la OR, al situar el valor 1 fuera del intervalo de confianza (caso de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad para edad 36-65 años) o justo lo contrario (para trastornos de ansiedad y edad > 65 años). Tomaremos como referencia los valores de las OR ajustadas.

Las **mujeres** presentan un riesgo ligeramente superior al de los varones (OR=1.33) de estar padeciendo o haber padecido un trastorno mental en los últimos doce meses. En realidad dicha superioridad se debe a los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, en los que duplican el riesgo de los varones. Por el contrario, los **varones** presentan un riesgo tres veces superior al de las mujeres para trastornos relacionados con el uso de sustancias.

A medida que aumenta la **edad** disminuye el riesgo de padecer un trastorno mental, situación que resulta estadísticamente significativa para el grupo de mayores de 65 años con respecto al grupo juvenil (OR=0.48). Este patrón resulta consistente para los trastornos por el uso de sustancias. Para trastornos del estado de ánimo y ansiedad el grupo de edad intermedia presenta un riesgo algo mayor que el grupo juvenil (OR= 1.36 y OR=1.87, respectivamente), mientras que el aparente menor riesgo de los mayores de 65 años no resulta estadísticamente significativo.

Respecto al estado civil, las personas previamente **casadas** presentan un riesgo tres veces superior de presentar algún trastorno mental, situación que se mantiene en los tres grupos sindrómicos con una inconsistencia para los trastornos por sustancias, que cabe atribuir al reducido tamaño muestral.

Las leves asociaciones con el estrato **rural/urbano** no son significativas para el total de la muestra ni para las dos grandes submuestras de trastornos mentales.

Tampoco el vivir en la zona de **costa** o de **interior** modifica el riesgo de padecer un trastorno mental en el último año.

Tabla 33: Prevalencia de trastornos mentales últimos 12 meses de acuerdo a variables sociodemográficas (números no ponderados, proporciones ponderadas y OR crudas)

	Total Muestra	Cualquier trastorno mental OR cruda (IC 95%)	Trastornos del estado de ánimo OR cruda (IC 95%)	Trastornos de ansiedad OR cruda (IC 95%)	Trastornos de sustancias OR cruda (IC 95%)
Total	3151 (100)	219 (7.4)	118 (3.7)	93 (3.1)	43 (1.7)
Género					
Hombres	1418 (47.1)	1	1	1	1
Mujeres	1773 (52.9)	1.35 (1.09-1.67)	2.05 (1.54-2.73)	2.01 (1.55-2.61)	0.28 (0.17-0.47)
Edad					
18-35 años	639 (25.7)	1	1	1	1
36-65 años	1692 (52.2)	0.58 (0.47-0.72)	1.05 (0.74-1.47)	1.25 (0.83-1.87)	0.14 (0.09-0.22)
más de 65 años	820 (22.1)	0.4 (0.3-0.55)	0.96 (0.6-1.55)	0.57 (0.33-0.97)	<0.001 (<0.001-<0.001) (*)
Estado Civil					
Casado/Viviendo con alguien/Ns-NC	2061 (62.5)	1	1	1	1
Previamente casado	408 (11.6)	2.92 (2.23-3.84)	3.41 (2.42-4.79)	2.54 (1.63-3.95)	<0.001 (<0.001-<0.001) (*)
Soltero/a	682 (25.8)	3.44 (2.74-4.32)	1.93 (1.31-2.85)	2.08 (1.49-2.91)	11.29 (7.59-16.77)
Zona geográfica					
Rural	1439 (41.3)	1	1	1	1
Urbana	1712 (58.7)	1.07 (0.86-1.32)	0.89 (0.67-1.17)	1.25 (0.87- 1.790)	0.7 (0.45-1.08)
Territorio					
Costa	1508 (52)	1	1	1	1
Interior	1643 (48)	0.89 (0.65 - 1.22)	0.99 (0.66 - 1.49)	0.71 (0.44 - 1.12)	1.23 (0.60 - 2.5)

Cualquier trastorno mental se refiere a los listados en la tabla. Trastorno del estado de ánimo se refiere a episodio depresivo mayor o distimia, trastorno de ansiedad se refiere a ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia o trastorno de angustia. Trastorno por consumo de sustancias se refiere a alcohol o drogas en dependencia o abuso. Ns-Nc. No sabe-no contesta.

(*)La estimación del odds ratio es un valor muy pequeño debido a que la cantidad de casos en este grupo

Tabla 34: Prevalencia de trastornos mentales últimos 12 meses de acuerdo a variables sociodemográficas (números no ponderados, proporciones ponderadas y OR ajustadas)

	Total Muestra	Cualquier trastorno mental OR ajustado (IC 95%)	Trastornos del estado de ánimo OR ajustado (IC 95%)	Trastornos de ansiedad OR ajustado (IC 95%)	Trastornos de sustancias OR ajustado (IC 95%)
Total	3151 (100)	219 (7.4)	118 (3.7)	93 (3.1)	43 (1.7)
Género					
Hombres	1418 (47.1)	1	1	1	1
Mujeres	1773 (52.9)	1.33 (0.96 - 1.86)	1.87 (1.18- 2.96)	2.02 (1.2-3.41)	0.33 (0.16 - 0.71)
Edad					
18-35 años	639 (25.7)	1	1	1	1
36-65 años	1692 (52.2)	0.92 (0.63-1.37)	1.36 (0.8-2.33)	1.87 (1.92-3.78)	0.32 (0.16 - 0.66)
más de 65 años	820 (22.1)	0.48 (0.3-0.78)	0.86 (0.46- 1.64)	0.64 (0.27-1.51)	<0.001 (<0.001-<0.001) ^(*)
Estado Civil					
Casado/viviendo con alguien/Ns-NC	2061 (62.5)	1	1	1	1
Previamente casado	408 (11.6)	3.45 (2.26-5.26)	3.37 (2.04- 5.76)	2.81 (1.54-5.12)	<0.001 (<0.001-<0.001) ^(*)
Soltero/a	682 (25.8)	3.15 (2.18-4.56)	2.24 (1.39- 3.62)	2.6 (1.39-4.86)	5.35 (2.25 - 12.72)
Zona geográfica					
Rural	1439 (41.3)	1	1	1	1
Urbana	1712 (58.7)	0.99 (0.71-1.40)	0.86 (0.55- 1.35)	1.09 (0.62-1.90)	0.61 (0.31 - 1.2)
Territorio					
Costa	1508 (52)	1	1	1	1
Interior	1643 (48)	0.99 (0.71-1.39)	1.02 (0.65 - 1.6)	0.79 (0.47 - 1.34)	1.24 (0.62 - 2.48)

Cualquier trastorno mental se refiere a los listados en la tabla. Trastorno del estado de ánimo se refiere a episodio depresivo mayor o distimia, trastorno de ansiedad se refiere a ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia o trastorno de angustia. Trastorno por consumo de sustancias se refiere a alcohol o drogas en dependencia o abuso. Ns-Nc. No sabe-no contesta.

(*)La estimación del odds ratio es un valor muy pequeño debido a que la cantidad de casos en este grupo

6.8 Análisis de la gravedad de los trastornos de salud mental (tablas 35 y 36)

La gravedad en los individuos con trastorno mental en los últimos 12 meses se define del siguiente modo:

Grave, si cumplieron una de estas características: (1) tuvieron un intento suicida y cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses, o (2) presentaron dependencia de sustancias con síntomas de tolerancia o abstinencia, o (3) tuvieron más de un trastorno mental en los últimos 12 meses y un nivel alto en al menos dos áreas de la *Sheehan Disability Scale* (SDS) (21).

Aquellos individuos que no fueron clasificados como severos han sido clasificados como personas con trastorno mental **moderado** si tenían un nivel moderado de incapacidad en cualquier dominio de la SDS o si tuvieron dependencia de sustancias sin síntomas de tolerancia o abstinencia.

Finalmente, todos los casos restantes que tuvieron algún trastorno mental los últimos 12 meses fueron clasificados como **leves**.

La escala *Sheehan Disability Scale* (SDS) valora cuatro áreas: tareas domésticas, capacidad para trabajar, relaciones de amistad y vida social. El resultado final es la clasificación de la discapacidad del individuo en grado leve/moderado/ grave.

Las tablas 35 y 36 muestran la gravedad de los trastornos mentales presentes en el último año y su relación con las variables sociodemográficas.

Uno de cada 4 casos son graves, un 11% son casos moderados y la mayoría (63.8%) son leves, siendo esta distribución similar en hombres y mujeres. La gravedad varía con el tipo de trastorno, predominan en los trastornos del estado de ánimo (42.2%) y apenas hay trastornos graves por uso de sustancias (12%).

La proporción de casos graves aumenta con la edad (14.6% vs 30.2% vs 37.1%), en todos los trastornos excepto los relacionados con el consumo de sustancias.

Tabla 35: Análisis de gravedad de los problemas de salud mental en los últimos 12 meses. Muestra global y por SEXO. (Valores absolutos no ponderados. Prevalencias ponderadas).

Tipo de trastorno mental	Gravedad	Muestra global (N=3151)	Hombres (n=1418)	Mujeres (1733)
Cualquier trastorno mental (n=219)	Severo	59; 25.2% (21-29.4)	20; 24.3% (17.9-30.7)	39; 25.8% (20.4-31.2)
	Moderado	28; 11% (8.1-13.8)	8; 8.4% (5.2-11.5)	20; 12.7% (8.6-16.8)
	Leve	132; 63.8% (59.2-68.4)	47; 67.3% (60.8-73.8)	85; 61.5% (55.3-67.6)
Cualquier trastorno del estado de ánimo (n=118)	Severo	51; 42.2% (34.8-49.6)	16; 48.6% (34.8-62.4)	35; 39.4% (30.8-47.9)
	Moderado	9; 5.7% (2.3-9.1)	2; 4% (1.1-6.8)	7; 6.5% (1.9-11.1)
	Leve	58; 52.1% (45.3-58.8)	14; 47.4% (33.7-61.2)	44; 54.1% (46.2-62)
Cualquier trastorno de ansiedad (n=93)	Severo	34; 34.8% (28.1-41.6)	11; 40% (30.3-49.7)	23; 32.5% (24.2-40.7)
	Moderado	17; 17.8% (12.3-23.2)	3; 10.8% (6.9-14.6)	14; 20.9% (13.4-28.5)
	Leve	42; 47.4% (40.3-54.5)	10; 49.3% (40.7-57.9)	32; 46.6% (36.9-56.3)
Cualquier trastorno de sustancias (n=43)	Severo	5; 12% (5.6-18.5)	5; 15.9% (7.5-24.4)	0
	Moderado	4; 7.4% (2.1-12.7)	3; 7.8% (1.9-13.8)	1; 6.2% (0-17.8)
	Leve	34; 80.5% (72.9-88.2)	23; 76.2% (67-85.5)	11; 93.8% (82.2-100)

Tabla 36: Análisis de gravedad de los problemas de salud mental en los últimos doce meses por grupos de EDAD. Valores absolutos no ponderados. Prevalencias ponderadas.

Tipo de trastorno mental	Gravedad	18-35 años (n=639)	36-65 años (n=1692)	más de 65 años (n=820)
Cualquier trastorno mental (n=219)	Severo	11; 14.6% (8.2-21)	36; 30.2% (24.4-36)	12; 37.1% (22.9-51.2)
	Moderado	9; 10.8% (6.8-14.8)	14; 11% (6.1-15.8)	5; 11.3% (5.7-17)
	Leve	51; 74.6% (66.1-83.1)	62; 58.8% (52.5-65.1)	19; 51.6% (37.4-65.9)
Cualquier trastorno del estado de ánimo (n=118)	Severo	7; 26.6% (12.1-41)	32; 46.5% (37.4-55.6)	12; 50.2% (32.2-68.1)
	Moderado	1; 2.3% (0-6.9)	6; 8% (2.1-13.9)	2; 4.1% (0-9.7)
	Leve	17; 71.1% (56.4-85.8)	29; 45.6% (36.9-54.2)	12; 45.7% (27.8-63.6)
Cualquier trastorno de ansiedad (n=93)	Severo	6; 27.2% (13.6-40.8)	25; 39.3% (30.8-47.9)	3; 27.3% (6.6-48)
	Moderado	4; 20.5% (13.1-27.8)	10; 15.6% (7.4-23.9)	3; 23.1% (11.2-34.9)
	Leve	9; 52.4% (36.4-68.4)	26; 45% (36.9-53.1)	7; 49.6% (30-69.3)
Cualquier trastorno de sustancias (n=43)	Severo	3; 9.5% (2.2-16.8)	2; 20.6% (9.2-31.9)	0
	Moderado	4; 9.6% (2.5-16.7)	0	0
	Leve	26; 80.9% (71.1-90.6)	8; 79.4% (68.1-90.8)	0

6.9 Análisis del uso de servicios (tablas 37, 38, 39, 40, 41)

En este apartado se describe: a) la frecuencia de uso de servicios de salud mental de la población gallega en los últimos 12 meses, en función del diagnóstico del trastorno mental; b) el uso de servicios sanitarios de acuerdo a la gravedad de los trastornos mentales; y c) las relaciones entre el uso de los servicios de salud y variables clínicas y sociodemográficas.

Fueron considerados *usuarios* de los servicios, todos los que contestaron haber contactado con un médico u otro profesional de los servicios sanitarios en los últimos 12 meses. La información presentada se refiere solo a aquellos servicios dentro del sector sanitario formal, atención primaria y especializada (psiquiatra y otros profesionales de los servicios de salud mental como psicólogos/as, psicoterapeutas o trabajadores/as sociales).

Del total de la muestra entrevistada (n=3,151), 263 personas (8.2%) acudieron a algún servicio sanitario durante los últimos 12 meses (Tabla 37). Por otra parte, 219 entrevistados cumplieron los criterios diagnósticos, establecidos en esta investigación, de haber sufrido algún trastorno mental en los últimos 12 meses, de los cuales 82 (34.0% de los casos) contactó con algún servicio sanitario durante el periodo. El porcentaje de uso más alto correspondió a los trastornos depresivos (53.0%) y el más bajo a aquellos usuarios sin trastorno mental (6.1%). La comorbilidad psiquiátrica (presencia de más de un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses) incrementa los porcentajes de uso de servicios (51.1%). Los participantes afectados de un trastorno por cualquier uso de sustancias fueron los que hicieron menor uso de servicios (7.2%) comparado con los otros grupos de trastornos mentales que se recogen en la tabla 37.

Entre los 82 encuestados que presentaron algún trastorno mental e informaron haber utilizado los servicios sanitarios durante el último año, **el 30.4% no contactó con ningún profesional de los servicios de salud mental** (tabla 38).

Cuando se presenta más de un trastorno psiquiátrico, aumenta ligeramente el porcentaje de los que acuden exclusivamente al psiquiatra (21% vs 28%), a la par que se reducen el uso exclusivo de los servicios de atención primaria (35.6% vs 24.3%) y la atención en los servicios de salud mental sin participación del psiquiatra (21.2% vs 13.8%).

Se observa un alto porcentaje de uso de los servicios de salud mental por parte de personas sin diagnóstico psiquiátrico en el último año (181/263=68.8% de los usuarios). Dentro de este grupo, la mitad (47.3%) son atendidos exclusivamente por profesionales de la salud mental (solo por psiquiatra 27.0%; solo por otros profesionales de la salud mental 20.3%; entre ambos, 47.3%) (tabla 38).

Porcentajes elevados de personas con un trastorno psiquiátrico grave o moderado no han utilizado ningún servicio sanitario, ni atención primaria ni especializada, durante el último año (43.6% y 72.7%, respectivamente) (tabla 39). El porcentaje de casos graves que no acude a los servicios es similar para los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (42.5% y 38.2%, respectivamente) y notablemente superior para los trastornos por uso de sustancias, grupo en el que dos de cada tres casos graves y moderados no han estado en contacto con los servicios (tabla 39).

Al analizar desde la perspectiva del género el uso que las personas con trastornos mentales hace de los servicios, observamos que están en contacto con los servicios el doble de mujeres que hombres (54% vs 28%), pero el porcentaje de los casos que usan los servicios es similar (34.6% vs 33.1%) (tabla 40). Los hombres utilizan más los servicios cuando la patología es grave (65.4% versus 50.8%) o moderada (42.4% vs 20.5%); recíprocamente, las mujeres con patología leve son más frecuentadoras de servicios (30.7% vs 20.2%). Este patrón general se replica para trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Para los trastornos por uso de sustancias resulta llamativo que las 12 mujeres con esta problemática (100% de casos del estudio, ninguna grave), están en contacto con los servicios mientras que solo frecuentaron los servicios 3 de los 31 (9.7%) varones, lo que supone que han quedado fuera del circuito asistencial dos de cada tres casos graves y moderados y la totalidad de los casos leves.

El factor más importante asociado al uso de servicios fue la presencia de un trastorno mental, especialmente de un trastorno depresivo (OR = 12.18) seguido de un trastorno de ansiedad (OR= 3.05) (tabla 41). Otros factores como el género (femenino) y la edad (intermedia) fueron así mismo significativos. No se detectaron diferencias en el uso de servicios entre el habitat rural y urbano, ni entre la localización geográfica costa-interior.

Tabla 37: Proporción de individuos que consultan cualquier tipo de servicios de salud en los 12 meses previos, de acuerdo al trastorno mental en los últimos 12 meses.

Estado de salud mental	N (no ponderada)	N servicios (no ponderada)	% ponderada	95% IC
Muestra total	3151	263	8.2	(7.40 - 8.94)
No trastorno mental 12-meses	2932	181	6.1	(5.4 - 6.8)
Cualquier trastorno mental	219	82	34.0	(28.57 - 39.38)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	118	63	53.0	(44.62 - 61.47)
Cualquier trastorno de ansiedad	93	39	35.8	(28.32 - 43.25)
Cualquier trastorno de sustancias	43	3	7.2	(1.73 - 12.64)
Sólo un trastorno mental	145	44	26.5	(21.63 - 31.38)
Más de un trastorno mental	74	38	51.1	(41.35 - 60.9)

Tabla 38: Nivel de uso de servicios debido a problemas de salud mental entre usuarios de servicios de salud, de acuerdo al trastorno mental en los últimos 12 meses. Valores absolutos no ponderados y proporciones ponderadas.

Estado de salud mental	Muestra global	Médico cabecera (solo)	Salud mental no psiquiatra (solo)	Psiquiatra (solo)			
Muestra total (n=263)	8.2	40.5	(35.7 - 45.3)	19.5	(14.5 - 24.6)	26.1	(21.6 - 30.7)
No trastorno mental 12-meses (n=181)	6.1	44.9	(39.5 - 50.4)	20.3	(14.7 - 25.9)	27	(21.3 - 32.7)
Cualquier trastorno mental (n=82)	34.0	30.4	(23 - 37.9)	17.8	(7 - 28.6)	24.2	(16.1 - 32.3)
Cualquier trastorno del estado de ánimo (n=63)	53.0	30.2	(21.1 - 39.4)	16	(4.5 - 27.5)	27.1	(17.5 - 36.7)
Cualquier trastorno de ansiedad (n=39)	35.8	20.5	(13.4 - 27.6)	17.3	(8.5 - 26)	19.3	(8.9 - 29.6)
Cualquier trastorno de sustancias (n=3)	7.2	74.8	(33.8 - 100)	0	(0.0 - 0.0)	25.2	(0 - 66.2)
Sólo un trastorno mental (n=44)	26.5	35.6	(25.4 - 45.8)	21.2	(11.1 - 31.3)	21	(10.7 - 31.4)
Más de un trastorno mental	51.1	24.3	(12.8 - 35.8)	13.8	(0 - 30.3)	28	(16 - 40)

Tabla 39: Análisis de gravedad de los problemas de salud mental en los últimos 12 meses, según utilización de servicios. Valores absolutos no ponderados. Prevalencias ponderadas.

Tipo de trastorno mental	Gravedad	Uso de servicios	
		No	Si
Cualquier trastorno mental (n=219)	Severo	24; 43.6% (32.8-54.3)	35; 56.4% (45.7-67.2)
	Moderado	21; 72.7% (58.4-87)	7; 27.3% (13-41.6)
	Leve	92; 73.7% (68.4-79.1)	40; 26.3% (20.9-31.6)
Cualquier trastorno del estado de ánimo (n=118)	Severo	20; 42.5% (31.4-53.7)	31; 57.5% (46.3-68.6)
	Moderado	6; 53% (20.5-85.4)	3; 47% (14.6-79.5)
	Leve	29; 49.9% (39.9-59.9)	29; 50.1% (40.1-60.1)
Cualquier trastorno de ansiedad (n=93)	Severo	11; 38.2% (24.2-52.2)	23; 61.8% (47.8-75.8)
	Moderado	13; 75.2% (57.8-92.7)	4; 24.8% (7.3-42.2)
	Leve	30; 79.2% (71.3-87.1)	12; 20.8% (12.9-28.7)
Cualquier trastorno de sustancias (n=43)	Severo	3; 61% (34.8-87.2)	2; 39% (12.8-65.2)
	Moderado	3; 66.5% (20.5-100)	1; 33.5% (0-79.5)
	Leve	34; 100% (100-100)	

Tabla 40: Análisis de gravedad de los problemas de salud mental en los últimos 12 meses, según utilización de servicios. Valores absolutos no ponderados. Prevalencias ponderadas. Muestra de hombres y mujeres.

Tipo de trastorno mental	Gravedad	Hombres		Mujeres	
		Uso de servicios		Uso de servicios	
		No	Si	No	Si
Cualquier trastorno mental (n=219)	Severo	6; 34.6% (21.4-47.8)	14; 65.4% (52.2-78.6)	18; 49.2% (35.1-63.4)	21; 50.8% (36.6-64.9)
	Moderado	5; 57.6% (36.3-78.8)	3; 42.4% (21.2-63.7)	16; 79.5% (61.5-97.6)	4; 20.5% (2.4-38.5)
	Leve	36; 79.8% (72.8-86.7)	11; 20.2% (13.3-27.2)	56; 69.3% (61.8-76.8)	29; 30.7% (23.2-38.2)
	Total	47; 66.9% (60.1-73.8)	28; 33.1% (26.2-39.9)	90; 65.4% (58.4-72.4)	54; 34.6% (27.6-41.6)
Cualquier trastorno del estado de ánimo (n=118)	Severo	4; 29.8% (15.2-44.4)	12; 70.2% (55.6-84.8)	16; 49.5% (35.5-63.5)	19; 50.5% (36.5-64.5)
	Moderado	1; 36.2% (0-81.9)	1; 63.8% (18.1-100)	5; 57.5% (15-100)	2; 42.5% (0-85)
	Leve	6; 41.8% (22.4-61.1)	8; 58.2% (38.9-77.6)	23; 53.1% (41.5-64.6)	21; 46.9% (35.4-58.5)
	Total	11; 35.7% (22.6-48.9)	21; 64.3% (51.1-77.4)	44; 51.9% (42-61.9)	42; 48.1% (38.1-58)
Cualquier trastorno de ansiedad (n=93)	Severo	2; 25.7% (16-35.5)	9; 74.3% (64.5-84)	9; 45.1% (25.9-64.4)	14; 54.9% (35.6-74.1)
	Moderado	2; 66.5% (54.7-78.3)	1; 33.5% (21.7-45.3)	11; 77.3% (55.6-99)	3; 22.7% (1-44.4)
	Leve	7; 80.6% (67.9-93.4)	3; 19.4% (6.6-32.1)	23; 78.5% (68.2-88.8)	9; 21.5% (11.2-31.8)
	Total	11; 57.2% (47.3-67)	13; 42.8% (33-52.7)	43; 67.4% (58.2-76.6)	26; 32.6% (23.4-41.8)
Cualquier trastorno de sustancias (n=43)	Severo	3; 61% (34.8-87.2)	2; 39% (12.8-65.2)	0	0
	Moderado	2; 58% (9.8-100)	1; 42% (0-90.2)	1; 100% (100-100)	0
	Leve	23; 100% (100-100)	0	11; 100% (100-100)	0
	Total	28; 90.5% (83.5-97.5)	3; 9.5% (2.5-16.5)	12; 100% (100-100)	0

Tabla 41: Relación entre las diferentes variables sociodemográficas y clínicas con uso de servicios.

	OR (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Género		
Hombres	1	1
Mujeres	1.56 (1.31 - 1.86)	1.35 (1.13 - 1.61)
Edad		
18-35 años	1	1
36-65 años	1.45 (1.18 - 1.79)	1.69 (1.22 - 2.32)
más de 65 años	1.28 (0.94 - 1.73)	1.5 (0.98 - 2.3)
Estado Civil		
Casado/Viviendo con alguien/Ns-NC	1	1
Previamente casado	1.71 (1.36 - 2.16)	1.2 (0.93 - 1.56)
Soltero/a	1.2 (0.94 - 1.55)	1.32 (0.93 - 1.86)
Zona geográfica		
Rural	1	1
Urbana	1.19 (0.94 - 1.5)	1.23 (0.95 - 1.6)
Territorio		
Costa	1	1
Interior	0.9 (0.72 - 1.12)	0.98 (0.77 - 1.24)
Cualquier trastorno del humor últimos 12 meses		
No	1	1
Si	16.41 (11.55 - 23.33)	12.18 (8.36 - 17.76)
Cualquier trastornos de ansiedad últimos 12 meses		
No	1	1
Si	7.08 (5.01 - 10)	3.05 (1.92 - 4.84)
Cualquier trastorno de consumo de sustancias últimos 12 meses		
No	1	1
Si	0.87 (0.38 - 1.97)	1.09 (0.45 - 2.66)

6.10 Análisis de la carga familiar asociada a problemas de salud graves en familiares de primer grado (tablas 42, 43, 44 y 45)

En la tabla 42 se recoge la información de las características socio-demográficas de los familiares que prestan cuidados a parientes de primer grado. De las 3,151 personas entrevistadas, 1,338 (42.1%) prestan cuidados informales a un familiar con algún tipo de enfermedad grave.

El número de cuidadores de familiares con un problema de salud física grave fue mayor (24.4%) que el de los cuidadores de familiares con un trastorno mental grave (9.6%).

De cada 10 cuidadores, 6 son mujeres.

El intervalo de edad más frecuente es el comprendido entre los 35 y 65 años, aunque hay que señalar los porcentajes elevados de cuidadores mayores de 65 años tanto en el caso de enfermedades mentales (20.7%) como en el grupo de cuidadores de enfermos físicos (24%).

En nuestra muestra, en torno al 90% de los cuidadores, independientemente del tipo de enfermedad del familiar, cuentan con una red familiar compuesta de tres o más familiares cercanos, con un porcentaje mayor los que viven en zonas urbanas que en zonas rurales. No obstante, destacar que el 40.8% de los cuidadores de enfermos mentales graves habitan en el medio rural.

La tabla 43 muestra los resultados de la carga objetiva desagregados por sexo. A pesar de que las estimaciones de la carga son conservadoras, dado que solo se han contemplado las enfermedades graves de un familiar de primer grado, la media de horas de dedicación semanal a los cuidados es considerable (21.5 h) siendo la media del número de horas de dedicación semanal mayor en mujeres que en hombres, independientemente de la naturaleza física o mental de la enfermedad.

Respecto a la pregunta sobre si los cuidados proporcionados le limitan su tiempo libre, 762 (57.0%) de los cuidadores contestan “mucho” o “regular”, siendo mayor el porcentaje de mujeres que de hombres las que responden “Mucho”, tanto cuando su familiar sufre un enfermedad mental, física o ambas. La única excepción a este patrón de la carga objetiva es la carga económica, donde los hombres muestran unos porcentajes más altos que las mujeres tanto relacionados con los cuidados de problemas de salud mental como física. El gasto medio mensual fue de 598.60 €, siendo mayor en el caso de las enfermedades físicas que en las mentales.

Respecto a las preguntas sobre la carga subjetiva, siguiendo la metodología del CIDI (tabla 44) las contestan solo aquellos cuidadores que respondieron que su tiempo libre estaba limitado “mucho o regular”. Más mujeres que hombres responden que su preocupación/depresión/ansiedad en relación a la enfermedad de su familiar es “mucho” (37.1 % - 41.8% en mujeres frente al 19.5%- 32.9% en hombres), siendo muy marcada la diferencia cuando se trata de una enfermedad mental.

En la tabla 45 se muestran los resultados de la carga objetiva y subjetiva de los trastornos mentales desagregados en tres categorías diagnósticas. Independientemente del diagnóstico psiquiátrico la carga es mayor en mujeres que en hombres; ellas prestan más apoyo y compañía a sus familiares enfermos y consideran que su vida social está muy limitada, mientras que los porcentajes de carga económica son algo más elevados en los hombres que en las mujeres.

Tabla 42: Características sociodemográficas de cuidadores de familiares con enfermedad mental, con problemas físicos crónicos y de familiares con ambos tipos de trastornos (n; % (IC95%))*

Características	Solo Tr. Mentales (n=294; 9.6%)	Solo Enf físicas crónicas (N=779; 24.4%)	Ambos (mental+físicas) (N=265; 8.1%)
<i>Sexo</i>			
Hombre	124; 45.5 (40.5-50.6)	320; 42.7 (39.9-45.5)	103; 43.3 (38.8-47.8)
Mujer	170; 54.5 (49.4-59.5)	459; 57.3 (54.5-60.1)	162; 56.7 (52.2-61.2)
<i>Edad</i>			
18-35	64; 23.7 (19.9-27.5)	117; 19.7 (17.9-21.6)	40; 18.7 (13.3-24.2)
36-65	157; 55.6 (51.1-60.1)	448; 56.3 (53.7-58.9)	175; 65.4 (60-70.7)
Más de 65	73; 20.7 (16.6-24.8)	214; 24 (21.6-26.3)	50; 15.9 (12.7-19.2)
<i>Estado civil</i>			
Casado/ pareja de hecho	193; 64.2 (59.3-69)	540; 67 (64.5-69.4)	198; 74.4 (70.8-77.9)
Sep/ div o viudo	36; 12 (8.5-15.5)	108; 12.9 (10.9-14.9)	26; 8.7 (6.8-10.5)
Soltero	65; 23.8 (19.8-27.8)	131; 20.2 (17.9-22.4)	41; 17 (13.3-20.6)
<i>Tamaño red familiar</i>			
Ninguna	-	-	-
Una	3; 1.1 (0.6-1.6)	14; 1.9 (1.2-2.5)	2; 0.6 (0-1.5)
Dos	20; 7.3 (5-9.6)	34; 5.5 (4.4-6.5)	17; 6.3 (3.4-9.2)
Tres o más	271; 91.6 (89.3-94)	731; 92.7 (91.5-93.9)	246; 93.1 (90.1-96.1)
<i>Zona de habitat</i>			
Rural	134; 40.8 (35.9-45.8)	316; 36.8 (33.7-40)	99; 34.1 (28.1-40.1)
Urbano	160; 59.2 (54.2-64.1)	463; 63.2 (60-66.3)	166; 65.9 (59.9-71.9)
<i>Territorio</i>			
Interior	145; 45.7 (3-39.7)	390; 47.3 (2.5-42.5)	118; 40.5 (4.2-32.1)
Costa	149; 54.3 (3-48.4)	389; 52.7 (2.5-47.8)	147; 59.5 (4.2-51.1)

*n: sin ponderar; % e IC95% ponderados

Tabla 43: Carga objetiva asociada a cuidados de familiares de primer grado con enfermedad mental, física y ambas (mental y física) graves

	Mental (n=294; 9.6%)		Física (N=779; 24.4%)		Ambas (mental+físicas)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ayuda en actividades básicas*						
Si	4; 5.6 (0.9-10.3)	14; 15.4 (10.2-20.6)	29; 21.3 (16.8-25.9)	72; 27.5 (23.5-31.5)	10; 13.4 (5.3-21.6)	32; 30.2 (22-38.3)
No	64; 94.4 (89.7-99.1)	95; 84.6 (79.4-89.8)	123; 78.7 (74.1-83.2)	187; 72.5 (68.5-76.5)	54; 86.6 (78.4-94.7)	78; 69.8 (61.7-78)
Ayuda en otras tareas*						
Si	20; 29.8 (21.5-38.2)	36; 34.7 (28.6-40.8)	68; 47.6 (41.2-53.9)	111; 42.5 (37.3-47.6)	29; 43.8 (32.9-54.8)	62; 56.6 (46.6-66.7)
No	48; 70.2 (61.8-78.5)	73; 65.3 (59.2-71.4)	84; 52.4 (46.1-58.8)	148; 57.5 (52.4-62.7)	35; 56.2 (45.2-67.1)	48; 43.4 (33.3-53.4)
Compañía y apoyo*						
Si	26; 35.2 (27.3-43)	58; 55.6 (47.8-63.4)	55; 39 (31.6-46.3)	120; 45.6 (41.1-50.1)	21; 32.5 (22.7-42.2)	63; 56.2 (47.3-65.1)
No	42; 64.8 (57-72.7)	51; 44.4 (36.6-52.2)	97; 61 (53.7-68.4)	138; 54 (49.1-58.9)	43; 67.5 (57.8-77.3)	47; 43.8 (34.9-52.7)
Horas semanales de dedicación (N=; Mean; SD)						
	(n=24; 9.8; 2.4)	(n=53; 21.6; 2.7)	(n=78; 16.4; 2.5)	(n=142; 21.9; 2.1)	(n=28; 26.3; 7)	(n=68; 30; 5.6)
Carga económica*						
Si	8; 10.9 (7.7-14)	9; 8.2 (3.5-13)	18; 10.9 (7.1-14.6)	22; 6.9 (4.7-9.2)	8; 11.4 (3.7-19.1)	14; 11.8 (7.5-16.2)
No	60; 89.1 (86-92.3)	100; 91.8 (87-96.5)	134; 89.1 (85.4-92.9)	237; 93.1 (90.8-95.3)	56; 88.6 (80.9-96.3)	95; 88.2 (83.8-92.5)
Costo promedio mensual (N=; Mean; SD)**						
	(n=7; 317.8; 116.3)	(n=7; 149.3; 30.6)	(n=12; 461.1; 104.2)	(n=14; 282.2; 41.6)	(n=4; 1037.1; 671.1)	(n=9; 1631; 1015.4)
Limitación de tiempo libre*						
Mucho	39; 28.4 (22.9-34)	66; 38.6 (33.1-44.1)	84; 24.4 (21.2-27.6)	177; 35.2 (31.1-39.4)	35; 33.7 (26.7-40.6)	76; 44.9 (37.7-52.1)
Regular	29; 23.3 (16.9-29.7)	43; 23 (17.6-28.4)	68; 20.9 (17.5-24.3)	82; 19.2 (16.5-22)	29; 30.2 (22.8-37.6)	34; 22.1 (15.1-29.2)
Poco	33; 29.1 (21.1-37.2)	32; 18.9 (14-23.8)	90; 28.7 (25.3-32.1)	127; 28.4 (25-31.8)	30; 29.3 (23.4-35.2)	43; 26.4 (21.3-31.5)
Nada	23; 19.2 (14.1-24.3)	29; 19.5 (13.7-25.3)	78; 26 (22-30.1)	73; 17.1 (13.7-20.5)	9; 6.8 (3.6-10)	9; 6.6 (4.3-8.9)

* Estas preguntas la contestan aquellos entrevistados que son "cuidadores" y cuya limitación de tiempo libre es "mucho" o "regular" (n=762). Cuidadores de trastornos mentales con limitación del tiempo mucho o regular, n=177; Cuidadores de trastornos físicos con limitación del tiempo mucho o regular, n=411; Cuidadores de trastornos mentales+físicos con limitación del tiempo mucho o regular, n=174.

** El costo promedio de los problemas familiares lo declaran aquellas personas que han considerado carga económica=SI. ***n: sin ponderar; % e IC95% ponderados

Tabla 44: Carga psicológica asociada a la prestación de cuidados a familiares de primer grado con enfermedades graves (mental. física o ambas) (n; % (IC95%))***

	Mentales (n=177; 60%)		Físicas (N=411; 53%)		Ambos (mental+físicas) (N=174; 66%)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Sentimiento de vergüenza/apuro¶						
Si	68; 51.7 (44.1-59.2)	109; 61.6 (55.7-67.5)	152; 45.2 (41.6-48.9)	259; 54.5 (50.3-58.7)	64; 63.9 (57.3-70.4)	109; 66.8 (61.4-72.3)
Mucho	2; 2.5 (0-5.9)	3; 2.1 (0-4.2)	1; 0.5 (0.4-0.5)	1; 0.4 (0-1.3)	1; 1.9 (0-5.5)	2; 1.9 (0.3-3.5)
Regular	2; 4.2 (0.8-7.6)	6; 5.1 (3.2-7.1)	3; 1.7 (0.1-3.2)	2; 1 (0.9-1.1)	4; 5.2 (1-9.5)	3; 2.6 (0-5.7)
Poco	5; 5.7 (2.4-9)	6; 5.9 (2.8-8.9)	11; 6.6 (4.8-8.5)	7; 3.4 (1.9-4.8)	4; 4.5 (0-9.1)	9; 8.8 (3.9-13.7)
Nada	59; 87.6 (82.3-92.9)	94; 86.9 (83.4-90.4)	137; 91.2 (88.8-93.7)	249; 95.2 (93.5-96.9)	55; 88.4 (81.5-95.3)	95; 86.7 (81.2-92.1)
Preocupación/ Depresión/ Ansiedad¶						
Si	68; 51.7 (44.1-59.2)	109; 61.6 (55.7-67.5)	151; 45.1 (41.5-48.7)	259; 54.5 (50.3-58.7)	64; 63.9 (57.3-70.4)	109; 66.8 (61.4-72.3)
Mucho	16; 19.5 (13.5-25.6)	44; 37.1 (29.2-45)	50; 31.6 (25.3-37.8)	101; 39 (33.5-44.4)	22; 32.9 (22.7-43)	49; 41.8 (30.9-52.7)
Regular	20; 32.3 (25.7-39)	34; 32.3 (26.3-38.2)	35; 25.3 (18.4-32.1)	64; 25.5 (20.4-30.6)	20; 35.8 (24.3-47.2)	27; 27.7 (18.1-37.4)
Poco	15; 21.4 (13.9-28.9)	17; 19.8 (13.2-26.4)	39; 25.5 (19.4-31.5)	47; 18.6 (15.5-21.7)	16; 23.3 (16.6-30.1)	21; 19.4 (12.7-26.1)
Nada	17; 26.8 (18.2-35.3)	14; 10.9 (6.6-15.2)	27; 17.7 (12.6-22.7)	47; 16.9 (13.3-20.6)	6; 8 (2-14.1)	11; 11.1 (7.1-15)
Estas preguntas la contestan aquellos entrevistados que son “cuidadores” y cuya limitación de tiempo libre es “mucho” o “regular”. Cuidadores de trastornos mentales con limitación del tiempo mucho o regular, n=177 (177/294=60%); Cuidadores de trastornos físicos con limitación del tiempo mucho o regular, n=411 (411/779=53%); Cuidadores de trastornos mentales+físicos con limitación del tiempo mucho o regular, n=174 (174/295=66%).						
***n: sin ponderar; % e IC95% ponderados						

Tabla 45: Carga y trastornos mentales según diagnóstico

	Depresión (n=384; 11.9%)		Ansiedad (n=186; 5.7%)		Esquizofrenia/Psicosis (n=41; 1.2%)	
	Hombre n=155; 43.4 %	Mujer n=229; 56.6 %	Hombre n=68; 40 %	Mujer n=118; 60 %	Hombre n=15; 40.1 %	Mujer n=26; 59.9 %
Ayuda en actividades básicas						
Si	10; 8.6 (3.7-13.6)	26; 19.7 (13.7-25.7)	5; 10.1 (2.9-17.2)	14; 19.4 (11.3-27.4)	4; 35.7 (10.1-61.2)	4; 21.7 (5.6-37.8)
No	86; 91.4 (86.4-96.3)	124; 80.3 (74.3-86.3)	37; 89.9 (82.8-97.1)	65; 80.6 (72.6-88.7)	7; 64.3 (38.8-89.9)	15; 78.3 (62.2-94.4)
Ayuda en otras tareas						
Si	33; 32.9 (26.2-39.6)	60; 41.1 (34-48.2)	22; 54.7(43.3-66.2)	34; 44.2 (34-54.4)	5; 44.6 (20.5-68.7)	9; 48.2 (30.9-65.5)
No	63; 67.1 (60.4-73.8)	90; 58.9 (51.8-66)	20; 45.3 (33.8-56.7)	45; 55.8 (45.6-66)	6; 55.4 (31.3-79.5)	10; 51.8 (34.5-69.1)
Compañía y apoyo						
Si	37; 36.8 (29.6-44)	81; 56.1 (48.9-63.4)	18; 38.4 (27.1-49.6)	50; 68.1 (61.2-75)	5; 49.5 (25.9-73.2)	9; 55.4 (37.7-73.1)
No	59; 63.2 (56-70.4)	69; 43.9 (36.6-51.1)	24; 61.6 (50.4-72.9)	29; 31.9 (25-38.8)	6; 50.5 (26.8-74.1)	10; 44.6 (26.9-62.3)
Horas semanales de dedicación (N=; Mean; SD)						
	(n=40; 20; 5.2)	(n=83; 21.6; 1.7)	(n=22; 30.5; 9.2)	(n=48; 29.2; 6.5)	(n=2; 9; 0)	(n=9; 55.7; 12.2)
Carga económica						
Si	13; 12.1 (7.7-16.5)	15; 10.4 (6.5-14.3)	7; 17.8 (9.2-26.4)	9; 11.8 (4.7-18.8)	2; 18.7 (0-37.9)	2; 8.3 (0-19)
No	83; 87.9 (83.5-92.3)	134; 89.1 (85.2-93.1)	35; 82.2 (73.6-90.8)	69; 87.4 (80.1-94.6)	9; 81.3 (62.1-100)	16; 87.8 (75.4-100)
Limitación de tiempo libre						
Mucho	55; 34.8 (29.3-40.3)	93; 38.5 (34-43.1)	26; 38.3 (29.8-46.8)	50; 42.5 (35.3-49.7)	8; 44.8 (28.3-61.3)	15; 58.9 (49.1-68.8)
Regular	41; 27.4 (21.3-33.6)	57; 25.8 (20.7-30.8)	16; 23.6 (14-33.2)	29; 22.8 (15.3-30.3)	3; 21 (14.7-27.3)	4; 13.3 (5.5-21.1)
Poco	39; 26.9 (21.2-32.6)	53; 23.3 (19.1-27.5)	19; 28 (20.2-35.9)	30; 26.4 (19.6-33.2)	4; 34.2 (24-44.4)	5; 21.1 (13.4-28.9)
Nada	20; 10.9 (7.4-14.4)	26; 12.4 (8.9-15.8)	7; 10.1 (4.7-15.5)	9; 8.3 (3-13.6)	-	2; 6.6 (5-8.3)

Tabla 45. Cont.**Sentimiento de vergüenza/apuro**

Si	96; 62.2 (56-68.4)	149; 64 (59.6-68.4)	42; 61.9 (53-70.8)	78; 64.7 (57.7-71.7)	11; 65.8 (55.6-76)	18; 69.4 (59.7-79)
Mucho	1; 1.3 (0-3.8)	1; 0.6 (0-1.7)	1; 2.9 (0-8.6)	-	1; 10.9 (0-30.7)	1; 6.7 (4.5-8.9)
Regular	3; 2.5 (0-5.1)	5; 2.8 (0.6-5)	2; 4.2 (0-9.5)	4; 4.9 (0.9-9)	2; 19.1 (0-40.7)	2; 7.2 (1.5-12.9)
Poco	8; 6.5 (2.6-10.4)	8; 5.9 (2.2-9.7)	3; 5 (0.9-9.1)	6; 7.9 (2.5-13.3)	2; 12.9 (2.4-23.5)	2; 12.7 (0-26.7)
Nada	84; 89.7 (84.8-94.7)	135; 90.2 (85.8-94.7)	36; 87.9 (79.4-96.3)	68; 86.3 (79.6-92.9)	6; 57.1 (33.6-80.6)	13; 69.5 (54.2-84.7)

Preocupación/ depresión/ ansiedad

Si	96; 62.2 (56-68.4)	148; 63.6 (59.2-68)	42; 61.9 (53-70.8)	78; 64.7 (57.7-71.7)	11; 65.8 (55.6-76)	18; 69.4 (59.7-79)
Mucho	26; 23.9 (17.3-30.4)	59; 35.1 (28.7-41.6)	11; 24.4 (14.2-34.5)	30; 33.1 (23.4-42.9)	5; 40.2 (18.3-62.1)	7; 35.7 (22.7-48.6)
Regular	30; 37.8 (29.6-46)	42; 30 (24-36)	15; 34.6 (23.9-45.3)	20; 23.7 (15-32.3)	3; 23.3 (0-47.2)	5; 23.8 (7.9-39.8)
Poco	25; 24.7 (18.4-30.9)	29; 22.5 (16.5-28.6)	13; 31 (21.1-41)	17; 29.2 (19.9-38.5)	2; 18.2 (0-37.3)	6; 36.6 (19.3-53.8)
Nada	15; 13.7 (9.2-18.2)	18; 11.2 (7.4-15.1)	3; 10 (0-22.1)	11; 13.1 (8.1-18.1)	1; 18.3 (10-26.7)	-

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

7.1. Prevalencia de trastornos mentales en Galicia

Según los datos obtenidos en el presente estudio, el 21.6% de la población adulta de Galicia ha presentado a lo largo de su vida un trastorno mental (incluyendo un trastorno afectivo, ansioso o de uso de sustancias), siendo la prevalencia en el último año de 7.4%. En el estudio ESEMeD se obtuvieron cifras ligeramente superiores. La prevalencia vida fue de 19.4% y 8.5% para prevalencia año (4). La metodología utilizada en dicho estudio fue la misma que la usada en el estudio de Galicia, por lo que los datos son comparables.

En cuanto a los trastornos específicos, en la muestra de Galicia se ha obtenido una prevalencia vida de 9.9% de trastornos afectivos, 5.7% de trastornos de ansiedad, y 10.5% de uso de sustancias. En el estudio ESEMeD, estas cifras fueron ligeramente superiores: 11.5% para los trastornos del estado de ánimo, 9.4% para los de ansiedad y 3.6% para el trastorno por consumo de alcohol.

En conjunto el presente estudio arroja unas prevalencias de trastornos mentales en Galicia ligeramente inferiores al conjunto de ESEMeD España, con una importante excepción; en Galicia es mayor la prevalencia de trastornos relacionados con el consumo de alcohol: tanto para abuso de alcohol (PV 9.5% versus 3.55%, PA 1.60% versus 0.69%), como para dependencia de alcohol (PV 0.8% vs 0.57%, PA 0.2% vs 0.10%).

Tal como se ha demostrado ampliamente en la literatura⁴ existen diferencias de género en cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales.

4

http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf

Las mujeres tienen más riesgo de sufrir un trastorno afectivo o de ansiedad, mientras que en los hombres son más frecuentes los trastornos de abuso de sustancias. Resultados similares se obtuvieron en el estudio ESEMeD (5). Estas diferencias podrían deberse a la combinación de varios factores biológicos, genéticos y psicosociales. Por ejemplo, en mujeres se ha especulado sobre el rol hormonal que podría incrementar la susceptibilidad a la depresión o a la mayor exposición a eventos estresantes o traumáticos⁵.

En cuanto al consumo de sustancias, se piensa que los hombres tienen más oportunidades de consumir drogas que las mujeres, si bien tanto los hombres como las mujeres que se inician en el consumo tienen la misma probabilidad de progresar hacia la adicción. Parece que las mujeres tienen más riesgo de presentar adicción a medicación para tratar la ansiedad o el insomnio, mientras que los hombres presentan más trastornos relacionados con el consumo de alcohol y marihuana (22).

En cuanto a la edad, se observa que los trastornos por uso de sustancias son más comunes entre los jóvenes, mientras que la prevalencia disminuye a medida que aumenta la edad, siendo muy baja entre las personas mayores de 65 años. En cambio, la prevalencia de los trastornos afectivos se mantiene estable, con una mayor proporción en edades intermedias (grupo de 36 a 65 años). Esto coincide con los estudios que indican que la edad de aparición del primer episodio depresivo se sitúa en torno a los 32 años⁶. Sin embargo, la prevalencia tanto en adultos jóvenes como en personas mayores no es nada despreciable, teniendo en cuenta además la discapacidad asociada a ella (23). La depresión en personas mayores, por ejemplo, se asocia a mayores niveles de discapacidad, mayor uso de servicios, mayores tasas de hospitalización y a mayor riesgo de desarrollar posteriormente una demencia (24).

⁵http://www2.nami.org/Content/NavigationMenu/Mental_Illnesses/Women_and_Depression/womenanddepression.pdf

⁶<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

7.2. Comorbilidad en población con patología mental

Comorbilidad entre haber padecido un trastorno mental y haber padecido un trastorno por consumo de sustancias

Los resultados del presente estudio demuestran una prevalencia de trastorno por consumo de sustancias entre aquellas personas que han padecido un trastorno del estado de ánimo del 15.2% y 11.9% en personas que han presentado un trastorno de ansiedad. En la muestra total, la fobia social fue el trastorno mental con una prevalencia más alta de trastorno por consumo de sustancias (19.6%), seguido de la agorafobia (16.4%).

Tanto en hombres como en mujeres, la mayor comorbilidad del trastorno por consumo de sustancias se encuentra en la fobia social. La comorbilidad es mayor también en el grupo de personas jóvenes con trastornos mentales, disminuyendo en el resto de grupos (36-65 y más de 65 años).

La comorbilidad de los TMC con trastorno por uso de sustancias ha sido ampliamente analizada en multitud de estudios poblacionales realizados en diversos países. La revisión confirma la elevada prevalencia de trastornos por consumo de sustancias entre las personas que han padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida. Así, en los dos grandes estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, el *Epidemiologic Catchment Area Study* y el *National Comorbidity Study*, así como en el *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* se encuentran prevalencias de 56%, 46% y 54% respectivamente (25), similares a las halladas en el presente estudio. En el marco del *International Consortium in Psychiatric Epidemiology* se ha confirmado también la asociación significativa entre los trastornos mentales comunes y los trastornos por consumo de sustancias en las poblaciones generales de Estados Unidos, México, Alemania, Holanda y Canadá (26). Esta asociación se mantiene tanto para los trastornos del humor como de ansiedad.

Sin embargo, mientras que en términos generales se puede afirmar que esta asociación se ha replicado en diversos estudios y países, cuando se trata

de analizar la relación específica entre cada uno de los diagnósticos incluidos en la categoría de trastornos mentales comunes con cada uno de los trastornos por uso de sustancias, la variedad de combinaciones es tan grande que difícilmente se puede encontrar estudios replicados. Por una parte está la depresión mayor, la distimia, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, la agorafobia y el trastorno de angustia; por otra parte los trastornos por consumo de alcohol, cannabis y otras drogas con sus diferentes grados de uso, abuso y dependencia, y a su vez según la prevalencia vida y la prevalencia de 12 meses y finalmente si el trastorno base para el cálculo de la comorbilidad es el TMC o el trastorno por consumo de sustancias. A este panorama atomizado se añade la gran diversidad de instrumentos y de criterios de diagnóstico empleados. Todo ello constituye un panorama de investigación con multitud de hallazgos no replicados y también algunas lagunas. Para esta revisión nos vamos a centrar en estudios poblacionales de ámbito nacional en los que el diagnóstico haya sido establecido mediante entrevista diagnóstica siguiendo criterios internacionales, preferiblemente la CIDI, y tomando como trastorno índice o base el TMC, en la medida de lo posible.

Es importante aclarar que las drogas objeto de consumo son muy variadas y de consecuencias en la salud pública muy diferentes y sin embargo casi todos los estudios poblacionales sobre drogas se centran exclusivamente en el consumo de cannabis, ignorando el resto de sustancias, ya que su bajísima prevalencia requeriría tamaños de muestra muy grandes para poder detectar una asociación significativa con intervalos de confianza razonables. Por lo tanto aquí nos referiremos casi solamente a la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis.

La revisión bibliográfica indica que la asociación del trastorno por consumo de cannabis con los trastornos de ansiedad es estadísticamente significativa pero por lo general la prevalencia es algo menor que la encontrada en el presente estudio, tal como lo confirma el único meta-análisis recientemente publicado sobre este tema (27).

La revisión bibliográfica confirma la asociación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de drogas, especialmente en el caso de

la fobia social, pero la intensidad de las asociaciones con otros trastornos específicos de ansiedad varía de unos estudios a otros. Así, mientras que los hallazgos obtenidos en el *National Comorbidity Survey Replication* muestran una asociación entre moderada y fuerte de todos y cada uno de los trastornos de ansiedad y el abuso/dependencia de drogas, especialmente con la fobia social (28), en el *Oregon Adolescent Depression Project* se comprobó que aunque las prevalencias del consumo de cannabis eran elevadas en todos los trastornos de ansiedad, la asociación solamente alcanzó nivel de significación estadística en el caso de la fobia social (29) y en el *Mental Health General Population Survey* los trastornos por consumo de sustancias se asociaron significativamente a todos los diagnósticos específicos de ansiedad, particularmente al trastorno por estrés postraumático, que no ha sido objeto de este estudio, y al trastorno de pánico (30). Finalmente, en el *National Comorbidity Study* la prevalencia vida de trastorno por consumo de cannabis entre las personas que habían padecido un trastorno mental fue muy elevada en los trastornos de ansiedad, especialmente en el caso de la fobia social, alcanzando el 29% pero no en el caso del trastorno por ansiedad generalizada, lo que se corresponde solamente en parte con los resultados del presente estudio (31). Por otra parte, la asociación repetidamente demostrada en estudios previos entre el trastorno por consumo de cannabis y el trastorno de pánico (32) también se confirma, en el presente estudio, si bien con una tasa muy baja.

En los primeros estudios sobre la prevalencia de trastorno por consumo de alcohol a lo largo de la vida en personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia o trastorno de angustia se encontraron tasas próximas a las tasas de prevalencia en la población general (33). Sin embargo posteriormente se ha constatado repetidas veces la existencia de una prevalencia mucho mayor (34–36), si bien la distribución de las tasas entre los distintos diagnósticos específicos del trastorno de ansiedad varía notablemente de unos estudios a otros tal como hemos visto que ocurre también en el caso de las drogas.

En el *Mental Health in General Population survey*, ejecutado en la población general de siete países, se encontró una prevalencia elevada de trastorno por dependencia del alcohol en la fobia social, en el trastorno de pánico y en la agorafobia, especialmente en este último caso, pero no en el trastorno por ansiedad generalizada (30). Sin embargo en el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* la mitad de las personas con el diagnóstico de fobia social a lo largo de la vida cumplieron criterios para el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol (37) y en otro análisis del mismo estudio se encontró que el trastorno por ansiedad generalizada no se asoció al abuso del alcohol pero si a la dependencia (38). En el *Oregon Adolescent Depression Project* la asociación fue estadísticamente significativa en la fobia social y el trastorno de pánico (29), en un estudio poblacional en Ontario (39) y en el *National Comorbidity Survey Replication* todos los diagnósticos de ansiedad presentaron una elevada comorbilidad con el abuso y la dependencia del alcohol, incluyendo el trastorno por ansiedad generalizada. aunque en menor grado (28).

En el *International Consortium in Psychiatric Epidemiology* se constató una asociación significativa de intensidad moderada del trastorno por dependencia de sustancias entre los trastornos del humor, en todos los países en los que se realizó la encuesta (26). En el estudio *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, uno de los pocos en los que se especifica la relación entre trastornos por consumo de diversas sustancias (tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos y cannabinoides) con la depresión mayor y la distimia por separado, se encontró una prevalencia de trastornos por uso de sustancias elevada entre los trastornos de ansiedad y del humor, pero ligeramente más elevada en el segundo caso y más en la depresión mayor que en la distimia (40), coincidiendo con los resultados de este estudio. Sin embargo, en un estudio de seguimiento de una cohorte poblacional de 2,000 adolescentes y adultos jóvenes seguidos a lo largo de 5 años no se encontró asociación significativa con la depresión, aunque si con los trastornos de ansiedad (41).

En una revisión sistemática se encontró una asociación leve pero significativa entre los trastornos del humor y el trastorno por consumo de marihuana, tomando como patología índice cualquiera de los dos trastornos (42). En el *International Consortium In Psychiatric Epidemiology* las tasas de comorbilidad del trastorno por consumo de sustancias con los trastornos del humor fue tan elevada como con los trastornos de ansiedad en los siete países en los que se efectuó la encuesta (26). Recientemente en el estudio realizado en África con la CIDI también se ha confirmado esta asociación (43).

La elevada prevalencia del trastorno por abuso/dependencia del alcohol entre las personas que han padecido un trastorno del humor a lo largo de la vida ha sido confirmada en los estudios norteamericanos *Epidemiologic Catchment Area survey* (44) y *National Comorbidity Survey* (45) y en el *Epidemiologic Study* de Puerto Rico (46). La fuerza de la asociación varía de intensidad en diferentes estudios, pero casi siempre se sitúa entre ligera y moderada (35). En un meta-análisis de 35 estudios se encontró que una de cada tres personas diagnosticadas de depresión mayor habían padecido a lo largo de su vida un trastorno por consumo de alcohol (47).

Encontramos que las tasas de prevalencia de los trastornos por sustancias entre los TMC superan de 10 a 15 veces sus tasas en la población general, tanto en general como en la distribución por sexo y por intervalos de edad. Esta mayor prevalencia ha sido constatada en estudios poblacionales en España utilizando la misma metodología que en el presente estudio (48,49).

En resumen: 1) los trastornos por consumo de sustancias presentan unas tasas de prevalencia vida y de prevalencia año de entre los TMC varias veces superiores a las de la población general; 2) la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol es muy superior a la prevalencia de trastornos por consumo de drogas y en ambos casos también superior a la tasa en población general; 3) Las prevalencias más altas de trastornos por consumo de alcohol se dan en la fobia social y en la agorafobia y las más altas de trastorno por consumo de drogas, en el trastorno por ansiedad generalizada; 4) los hombres presentan comorbilidad con trastorno de sustancias más frecuentemente que las mujeres; 5) el trastorno por consumo de drogas se da más entre los jóvenes

y el trastorno por consumo de alcohol en la edad media de la vida; 6) con algunas excepciones, estos resultados son compatibles con los hallazgos de estudios previos.

Comorbilidad entre haber sufrido un trastorno mental y patología somática crónica

Las tasas de prevalencia de trastornos somáticos tanto en la prevalencia vida como en la prevalencia año son ligeramente más elevadas en la población con patología mental que en la población sana; las personas que presentan o han presentado un trastorno depresivo, trastorno por consumo de sustancias o (especialmente) un trastorno de ansiedad, presentan una mayor prevalencia de molestias o trastornos somáticos (dolores de cabeza y de otro tipo, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades cardíaca, asma...). Esta asociación se mantiene al mismo nivel en el caso de co-ocurrencia de tres o más trastornos somáticos. La tuberculosis y la enfermedad pulmonar crónica presentan una frecuencia mayor en los trastornos por consumo de sustancias y los tumores malignos en los trastornos del humor.

Estos hallazgos nos recuerdan la interacción constante entre los dos extremos del binomio psique-soma, y tienen implicaciones asistenciales, especialmente en el nivel primario de salud y en la llamada medicina psicosomática de hospital.

No es fácil encontrar en estas tablas un patrón de relación claro y comprensible en la distribución de prevalencias de los problemas somáticos en los TMC. Posiblemente el sexo, y sobre todo la edad, juegan un papel de factores de confusión que convendría controlar mediante un análisis multivariante.

La revisión de la literatura confirma de forma abrumadora que la comorbilidad entre trastornos mentales comunes y somáticos es la regla más que la excepción. En el *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) cerca del 70% de las personas diagnosticadas de TMC padecían uno o más trastornos somáticos⁷, cifra superior pero en el rango de la encontrada en el

⁷ http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2011/rwjf69438/subassets/rwjf69438_1

presente estudio. En la encuesta *World Mental Health Survey* realizada con la CIDI en 17 países se constata que la prevalencia de todos y cada uno de los trastornos somáticos crónicos en población afecta de TMC es mayor que en la población general independientemente de la afiliación étnica o cultural de las muestras estudiadas (50). Otros estudios poblacionales han confirmado la relación significativa e independiente de una gran variedad de trastornos somáticos con los trastornos mentales comunes (51–53). Esta relación se ha constatado tanto con los trastornos de ansiedad (40,54,55) y con los trastornos depresivos (50,56).

Tomados en conjunto los trastornos somáticos son más frecuentes en las personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad, algo menos en el caso de los trastornos del humor y todavía menos en los trastornos por consumo de sustancias. Hasta hace poco una buena parte de la bibliografía sobre la frecuencia de las enfermedades somáticas en los trastornos mentales comunes se centraba casi exclusivamente en la comorbilidad de los trastornos del humor con los trastornos cardiovasculares (56,57). Sin embargo, estudios epidemiológicos más recientes han mostrado que los trastornos de ansiedad presentan comorbilidad somática con igual o mayor frecuencia que los trastornos del humor, particularmente con los trastornos que se acompañan de dolor (54,58) y más con el trastorno de ansiedad generalizada que con otros trastornos de ansiedad (59).

Por grupos de patología los problemas asociados al dolor (dolor cervical, de espalda o de cabeza) destacan por su mayor prevalencia con los trastornos de ansiedad. La prevalencia de grupos de trastornos somáticos asociados al dolor crónico tales como la migraña, la artrosis y el dolor de espalda presenta una tasa significativamente más alta entre las personas que han sido diagnosticadas de un TMC que en la población general según se ha comprobado repetidas veces en distintos países (58,60,61).

Las tasas más altas individuales de prevalencia corresponden a los problemas cervicales o de espalda, los dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes, la presión alta y las alergias estacionales, tanto en población sana como en población con patología mental. Ningún trastorno somático individual

destaca por presentar una asociación positiva o negativa destacada con algún trastorno mental concreto, excepto el dolor de cabeza que aparece más frecuentemente en los trastornos del humor y de ansiedad.

La prevalencia de grupos de trastornos somáticos asociados al dolor crónico tales como la migraña, la artrosis y el dolor de espalda presenta una tasa significativamente más alta entre las personas que han sido diagnosticadas de un TMC que en la población general según se ha comprobado repetidas veces en distintos países (58,61,62). En un análisis del estudio ESEMED-España se encontró una asociación entre el dolor dorsal y cervical crónico con los trastornos de ansiedad y del humor (63).

Aparte de la comorbilidad del grupo de trastornos somáticos asociados al dolor con los trastornos comunes, otros trastornos somáticos individuales han sido también objeto de atención, si bien la mayoría han sido estudiados en muestras clínicas. No obstante no faltan los estudios poblacionales que hayan constatado esta asociación. Así el asma se ha encontrado asociada con la depresión, particularmente los síntomas matutinos, el despertar con una crisis y la disnea (64–66); la migraña se ha asociado a varios trastornos psiquiátricos (67), entre otros la depresión mayor (68), y a cada uno de los trastornos de ansiedad (69); el insomnio se ha encontrado asociado significativamente a la depresión mayor y a los trastornos de ansiedad; la hipertensión se encontró asociada a los trastornos de ansiedad en un estudio poblacional en Sudáfrica (70); los trastornos cardiovasculares, particularmente la isquemia coronaria con la depresión (71); en una revisión sistemática se encontró una relación casi de solapamiento entre los trastornos del humor, de ansiedad y somatoformes y el colon irritable (72).

En resumen: 1) los problemas somáticos crónicos se presentan en las personas diagnosticadas de TMC con más frecuencia que en la población general, aunque menos que se ha encontrado en estudios previos; 2) Su prevalencia no aumenta linealmente con el número de trastornos comórbidos tal como se ha descrito en otros estudios; 3) La prevalencia es mayor en los trastornos de ansiedad, menor en los trastornos del humor y todavía menor en los trastornos por consumo de sustancias, pero no es posible describir un patrón claro de relación.

7.3. Trastornos subumbrales en depresión y ansiedad generalizada

Se detecta una elevada prevalencia de trastornos subumbrales de tipo depresivo (6.3%) y ansioso (4%) frente a la prevalencia de los casos que cumplen los respectivos criterios diagnósticos (9.4% y 2.4%, respectivamente). Las prevalencias del trastorno subumbral de la depresión y la ansiedad generalizada son mayores en el grupo de jóvenes, y se observan tanto en hombres como en mujeres.

Este fenómeno es común, y así lo demuestran estudios previos. Por ejemplo, se encontró que tres cuartas partes de los adultos que necesitan tratamiento debido a preocupaciones excesivas cumplían todos los criterios para diagnóstico DSM-IV de ansiedad generalizada excepto uno, recibiendo el diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado (73). Otros estudios que han valorado la aplicación de criterios menos restrictivos para el diagnóstico de ansiedad generalizada, como por ejemplo bajar la duración de 6 meses a 3 meses o un mes (74–76), u omitiendo el criterio de ansiedad excesiva o la dificultad para controlar las preocupaciones (76), han tenido poco impacto en cuanto a las características demográficas y clínicas de los casos. Todo ello indica que la aplicación estricta de los criterios diagnósticos de ansiedad generalizada y de depresión podría dejar fuera a una parte importante de la población que presente también deterioro funcional y que sea fenotípicamente similar a aquellas personas que cumplen todos los criterios.

Estos datos ponen de manifiesto la naturaleza dimensional de los trastornos mentales y cuestionan la utilidad de puntos de corte usados por los sistemas categoriales actuales.

Se necesita más investigación epidemiológica, clínica y de campo para dilucidar el fenómeno y sus implicaciones asistenciales.

7.4. Ideación, plan e intento suicida

El 4.3% de la población ha tenido alguna vez ideas suicidas, el 1.3% ha realizado un plan suicida y el 1.2% ha llevado a cabo algún intento de suicidio. Estos datos resultan comparables con los obtenidos en el estudio ESEMeD-España donde la prevalencia vida de ideas suicidas, planes e intentos de suicidio fue del 4.4%, 1.4% y 1.5%, respectivamente (77). Otros estudios locales en España ha reportado una prevalencia de ideación suicida en las últimas dos semanas del 2.3% (78), mientras que un estudio en la isla de Formentera indicó una proporción de 6.5% para ideación suicida en las últimas semanas (79). Estudios más recientes, como el estudio COURAGE, llevado a cabo en una muestra representativa de personas adultas no institucionalizadas, han encontrado prevalencias ligeramente inferiores de ideación suicida con una prevalencia vida de 3.7% y 0.9% para la prevalencia 12 meses (80).

Una de las variables sociodemográficas que más consistentemente se asocia con la ideación suicida, los planes de suicidio y el intento de suicidio es el estado civil de la persona. Estar soltero, frente a estar casado, aumenta el riesgo de ideación, plan e intentos suicidas. Otros estudios previos han encontrado que las personas que no están casadas o conviviendo en pareja tienen más riesgo de experimentar algún evento suicida, sobre todo en mujeres jóvenes (81). Este mayor riesgo en personas solteras o sin pareja podría deberse al sentimiento de soledad. Estudios previos han demostrado que el estar soltero o tener pocos amigos, así como el sentimiento de soledad, son predictores de ideación suicida e intentos de suicidio (82).

La zona geográfica influye en el riesgo de ideación suicida; las personas que bien en el interior tienen más riesgo que las que viven en la costa, así como las personas que viven en medio urbano. Ser mayor aumenta el riesgo de haber tenido un intento de suicidio, en comparación con las personas jóvenes. Se ha observado con anterioridad que las personas mayores tienen más riesgo de morir por cometer suicidio⁸, que podría deberse al hecho de que

⁸ Instituto Nacional de Estadística, 2011. Defunciones según la causa de muerte 2011.

puedan tener una mayor intención suicida cuando cometen el suicidio (83,84) y usar métodos más letales (85,86). También podría deberse al hecho de presentar mayor fragilidad, lo que haría más difícil sobrevivir a los intentos de suicidio (87).

Los trastornos mentales que aumentan el riesgo de ideación suicida son: depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de angustia y abuso de drogas. Las personas que han padecido agorafobia, un trastorno de angustia, dependencia de alcohol o abuso de drogas tienen mayor riesgo de haber tenido un intento de suicidio. La agorafobia, dependencia de alcohol y abuso de droga son los trastornos con mayor riesgo asociado a intentos de suicidio. Estos datos coinciden con la literatura previa (88), que indica que los factores que más se asocian con la ideación suicida y los intentos en todos los grupos de edad son la depresión y los trastornos de ansiedad. El abuso de alcohol, en cambio, se asocia a ideación suicida principalmente en personas jóvenes (80).

7.5 Cribado de deterioro cognoscitivo en mayores de 65 años

Utilizando un punto de corte de 23/24 para establecer un diagnóstico probable de deterioro cognitivo se obtiene una prevalencia de 42.99% en la muestra total de más de 65 años usando el MMSE, 16% según el MEC30 y 32% si se tiene en cuenta el MEC35. Se observa también que, independientemente de la versión del Mini-Mental, la prevalencia de deterioro es mayor en las mujeres que en los hombres.

Utilizando un punto de corte de 23/24 en el MMSE en una muestra representativa de personas mayores de 75 en Reino Unido, la prevalencia de deterioro cognitivo fue de 18.3 % (89). Los mismo autores encontraron que las mujeres tenían más riesgo que los hombres de presentar deterioro cognitivo.

El cribado de deterioro cognoscitivo en población de edad avanzada ha arrojado valores similares a estudios epidemiológicos previos realizados en Galicia (19), por lo que la estima provisional del deterioro cognoscitivo severo se mantendría en torno al 8% de dichos estudios, pendiente de la realización de un estudio específico del grado de discapacidad y de las características sociodemográficas de estos sujetos.

7.6 Cribado de psicosis

Aplicando en este estudio los criterios utilizados en el estudio ESEMeD España, un 8.2% de la población se considera “probable caso” de presentar algún trastorno psicótico.

Para determinar la prevalencia de psicosis con criterios clínicos sería preciso realizar una entrevista clínica diagnóstica a los sujetos seleccionados en el cribado, la segunda fase del estudio epidemiológico que estaba previsto llevarse a cabo en el diseño original del estudio. A falta de la realización de la mencionada segunda fase del estudio, cabe comentar que en el estudio ESEMeD-Cataluña se utilizó la entrevista SCID-I mediante entrevista telefónica (90). El resultado fue que a partir de una prevalencia del 11.8% de posible caso (CIDI) se estimó la prevalencia de algún trastorno psicótico entre 0.85 y 2.37%, y específicamente la prevalencia de esquizofrenia, entre 0.48% y 1.58%.

7.7 Factores de riesgo sociodemográficos de padecer un trastorno mental

El sexo y el estado civil son las variables sociodemográficas que de forma más consistente se asocian al riesgo de padecer una enfermedad mental, tanto si se considera la prevalencia vida como los últimos doce meses.

El riesgo de padecer un trastorno mental a lo largo de la vida resulta ser ligeramente superior en el varón, y ligeramente superior en la mujer si se consideran los últimos doce meses.

Las **mujeres** tienen un mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, a lo largo de la vida y en los últimos doce meses, mientras que los **varones** tienen un mayor riesgo de padecer trastornos relacionados con el uso de sustancias.

También de forma absolutamente consistente las personas **solteras o que han estado casadas** (que incluiría personas divorciadas, solteras o viudas) presentan un mayor riesgo de padecer un trastorno mental a lo largo de la vida y durante el último año.

La **edad** tiene una influencia en el riesgo más matizada. En principio las personas mayores tienen un menor riesgo de padecer algún tipo de trastorno mental, ya sea a lo largo de la vida o durante el último año. Al diferenciar los tres síndromes psiquiátricos, se mantiene la tendencia para los síndromes de Ansiedad y, especialmente, para los trastornos por el uso de sustancias; pero desaparece para los trastornos del humor.

Ni el tamaño del municipio ni la demarcación geográfica costa-interior influyen en el riesgo de presentar un trastorno mental.

Las referidas influencias del sexo y el estado civil sobre en el riesgo de padecer una enfermedad mental son hallazgos clásicos de los estudios epidemiológicos de campo.

La influencia de la edad requiere una particular cautela. El factor “protector” de la edad para padecer un trastorno mental, especialmente para el grupo de mayor edad, coincide con las investigaciones epidemiológicas inauguradas en el estudio ECA con el instrumento DIS, precursor de la CIDI. Es preciso un breve comentario metodológico. Se ha criticado que resulta paradójico en el caso de la esperanza vida, ya que las personas que han vivido muchos más años refieren haber padecido menos enfermedades mentales que los que han vivido menos años. Esto obligaría a invocar un desmesurado efecto cohorte para explicar una menor prevalencia de trastornos mentales en la edad avanzada. En el caso de la esperanza año, es preciso señalar que se ha cuestionado hasta qué punto puede estar influido por un sistema de clasificación de enfermedades y diagnóstico epidemiológica que hasta la fecha no ha tenido en cuenta las características del modo de enfermar de la población de edad avanzada (91). El efecto del olvido de situaciones vitales estresante muy alejadas en el tiempo, y los propios procesos de deterioro cognitivo de las personas mayores podrían contribuir a enmascarar episodios de enfermedad acaecidos mucho tiempo atrás. A ello contribuirían también el menor grado de concienciación social sobre la enfermedad mental y la menor disponibilidad de servicios sanitarios en épocas pretéritas.

A mayor abundamiento, en el presente estudio no se ha incluido en la definición de caso psiquiátrico el síndrome deterioro cognoscitivo – demencia, que habría engrosado el número de casos entre las personas mayores. Y si consideramos el síndrome más frecuente en la edad avanzada, observamos que en el presente estudio no permite afirmar que las personas mayores presentan un menor riesgo de presentar trastornos del humor.

Si analizamos la polémica desde la perspectiva de las necesidades de servicios, no pueden utilizarse estudios epidemiológicos con esta metodología de definición de caso para negar las necesidades de atención psicogeriatrica específicas y creciente en una sociedad cada vez más envejecida.

Las necesidades asistenciales no solo vienen determinadas por la prevalencia sino por otros muchos factores, entre ellos la complejidad y gravedad de los trastornos (véase el capítulo de análisis de la gravedad que describe una mayor gravedad asociada a la edad).

7.8 Gravedad de los trastornos de salud mental

La gravedad de los trastornos mentales se valúa en este estudio a través de la psicopatología y la discapacidad que ocasiona.

Del total de sujetos que presentaron un trastorno mental en los últimos doce meses, uno de cada cuatro casos era grave, un 11% eran casos moderados y casi un 64% fueron casos leves.

La gravedad afecta por igual a hombres y mujeres. pero aumenta progresivamente con la edad. Una de cada tres **personas mayores** presenta un trastorno mental grave; la mitad de los casos son graves o moderados. Este hallazgo epidemiológico resulta coherente con la habitual mayor complejidad de los trastornos psicogerítricos tratados en el contexto clínico asistencial.

En el WMH survey, usando los mismos criterios para clasificar los casos como leves, moderados o severos, se reportaron prevalencias similares en los diferentes países a las halladas en el presente estudio. Las proporciones de trastornos mentales graves variaron entre el 0.4% en Nigera y el 7.7% en USA, entre el 0.5% en Nigera y 9.4% en USA para trastornos moderados, y entre el 1.8% (Shangai) y 9.7% (Francia) para casos leves (92). En el mismo estudio se encontró que la severidad del trastorno mental se asociaba de manera significativa en todos los países con el hecho de recibir tratamiento; se encontró que del 35.5% al 50.3% de casos graves en países desarrollados y del 76.3% al 85.4% en países en vías de desarrollo no habían recibido tratamiento en los 12 meses previos a la entrevista.

7.9 Uso de servicios sanitarios

En España la sanidad está descentralizada y transferida a las comunidades autónomas, por lo que el número y calidad de los servicios de salud no son homogéneos en nuestro país. Un primer paso para poder rediseñar los sistemas de atención en salud mental y para mejorar la asignación de recursos es contar con documentación sobre los servicios utilizados así como de la extensión y naturaleza de las necesidades de tratamiento no cubiertas de la población específica a la que va dirigida.

En general los resultados del presente estudio indican que entre la población gallega entrevistada que refiere un trastorno mental en el último año, aproximadamente uno de cada tres personas (34%) utiliza los servicios de salud. Esta proporción es mayor en los trastornos afectivos que en los trastornos de ansiedad. Casi la mitad de las personas (42%) con un trastorno psiquiátrico grave y 3 de cada cuatro de gravedad moderada, no han utilizado ningún servicio sanitario, ni especializado ni de atención primaria, durante el último año.

Entre los usuarios de servicios, los profesionales de primaria son en general más consultados que los psiquiatras.

Estos patrones de uso son consistentes con los observados en el proyecto ESEMeD (93). No obstante existen diferencias entre las estimaciones detectadas que pueden ser explicadas por una serie de factores que determinan el acceso, entre ellos, la disponibilidad de servicios de salud mental pero también factores culturales y el grado de coordinación entre atención primaria y especializada (94).

7.10 Carga familiar asociada a problemas de salud graves en familiares de primer grado

La mayor esperanza de vida y la mayor supervivencia en condiciones de discapacidad a lo largo de los años, incrementan la demanda de cuidados informales, recayendo en su mayoría en la familia, sin ningún tipo de compensación. La limitación en el recambio de cuidadores informales por las tendencias socio-demográficas (embarazos en edades más tardías, familias más reducidas, divorcios, mayor número de mujeres en el mercado laboral y menos convivencia inter- generacional) (95,96) así como los cambios en las políticas sanitarias (reducción de camas hospitalarias para problemas físicos crónicos, la desinstitucionalización psiquiátrica y la escalada del gasto sanitario), son factores que incrementan la demanda de cuidados informales (97).

La literatura científica define como carga familiar los efectos y consecuencias de prestar cuidados a un familiar que sufre un trastorno físico o mental crónico, considerando un conjunto de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y financieros, que se plantean a los miembros de una familia que deben cuidar a un familiar que sufre una enfermedad grave. La mayoría de las publicaciones disponibles que abordan el análisis de la carga familiar se centran en determinados problemas de salud, como la demencia, los ictus cerebrales o la esquizofrenia, por lo que en esta memoria utilizaremos como referencia el reciente estudio de la OMS (98) al tratarse de un estudio epidemiológico que utiliza el mismo instrumento de medida que el utilizado en este proyecto, describe la prevalencia de los cuidados familiares a parientes cercanos con enfermedades físicas o mentales y analiza la carga familiar en un amplio espectro de problemas de salud física y mental.

El 42.1% de las personas entrevistadas en nuestro estudio prestan cuidados informales a un familiar con algún tipo de enfermedad grave. Los resultados del estudio de la OMS (98), realizado con muestras representativas de 19 países, entre ellos España, la prevalencia estimada para los cuidadores

de familiares de primer grado con problemas de salud graves se asocian de forma inversa a la capacidad productiva de los países, oscilando entre del 18.9 y el 40.3%, lo que supone una media inferior a la estimada en la población gallega (98).

El número de cuidadores de familiares con un problema de salud física grave fue mayor (24.4%) que el de los cuidadores de familiares con un trastorno mental grave (9.6%), lo que es coherente con los resultados del estudio de la OMS, estimado entre el 15.2% - 30.6% para los problemas de salud físicos y entre el 6.3% al 19% para los problemas mentales en función del nivel de desarrollo económico del país (98). Teniendo en cuenta que las enfermedades físicas, en su conjunto, son más frecuentes que las enfermedades mentales, parece lógico que la prevalencia de familiares cuidadores de personas con un trastorno mental sea menor que en el caso de las físicas, lo que no quiere decir que sean de menor importancia en sus efectos individuales. Al haber contabilizado de forma independiente los 265 (8.1%) que responden prestar cuidados a familiares con las dos categorías de problemas graves de salud (física y mental) se colige que la prevalencia estimada de cuidadores de personas con algún trastorno mental es mayor que la arriba mencionada.

Las mujeres tienden a cuidar más a su familiar enfermo que los hombres, independientemente de si se trata de una enfermedad mental, física o de ambas. Este aspecto es frecuente en culturas donde la mujer tradicionalmente ha sido la responsable del cuidado de niños, ancianos, enfermos y discapacitados, por lo que se desprende que el tema de los cuidados tiene importantes aspectos de género. Es recomendable que los diseños de nuevos estudios sobre la carga de cuidados informales no solo se centre en la familia, sino que se contemplen aspectos de género en todos los análisis así como también en los programas y políticas sanitarias.

La edad de los cuidadores se sitúa en la mayoría de los casos entre los 35 y 65 años, pero también con un porcentaje importante de cuidadores mayores de 65 años. Teniendo en cuenta las tendencias socio-demográficas y de las políticas sanitarias, es esperable que la carga de los cuidados crónicos

vaya creciendo, recayendo en estos cuidadores, que ellos mismos van envejeciendo, muy vulnerables a la carga del cuidado y muy restringidos económicamente (99).

La casi totalidad de los cuidadores cuentan con una red familiar de tres o más miembros. Debe subrayarse el hecho que casi la mitad de los cuidadores de enfermos mentales graves vive en el medio rural, lo cual supone un desafío para la provisión de servicios y alivio de la carga de estos cuidadores.

A pesar de la metodología conservadora a la hora de evaluar la carga del cuidador, este dedica por término medio 21.5 horas a la semana, cifra de nuevo muy superior al estimado en el estudio de la OMS (13.9 h) (98).

Las mujeres dedican más horas por semana al cuidado de estos pacientes, y refieren una mayor sobrecarga que los hombres; estos en cambio refieren una mayor carga económica. Según los resultados del mencionado estudio reciente, los gastos familiares o ingresos perdidos, invertidos en los cuidados informales están relacionados con el nivel de desarrollo económico de la zona, es decir, cuanto menor es su desarrollo, mayor es la carga económica familiar. La carga económica detectada en este estudio, por gastos relacionados con el cuidado o por una reducción de ingresos para dedicarse al cuidado sugiere que con los recursos y las ayudas públicas no siempre quedan cubiertos (98).

El mayor impacto de la carga subjetiva en mujeres que en hombres ya se había detectado en estudios previos con muestras específicas, lo que tradicionalmente se ha atribuido al mayor número de horas dedicadas al cuidado. Pero también es posible que otros aspectos como la falta de equidad de género (menor tasa de empleo, mayor probabilidades de ganar menos con los mismos trabajos, diferente distribución de tareas, crianza de hijos) (100) pueda explicar estas diferencias tan marcadas en el malestar psicológico relacionado con el cuidado.

Llama la atención el alto porcentaje de cuidadores que responde “nada” a la pregunta en relación a si “la enfermedad de su familiar le causa algún sentimientos de apuro o vergüenza”, tanto en el caso de enfermedades físicas

como en mentales, así como cuando éstas últimas están desagregadas por diagnóstico como cuando están colapsados en una sola categoría. No obstante, la magnitud en el grado de apuro/vergüenza no solo está condicionado por la naturaleza de la enfermedad y de los síntomas que conlleva, sino que también está condicionado por la cultura local, donde en determinadas zonas la respuesta social esperada hacia la persona con un trastorno mental es que éste/a debe ser capaz de controlar sus síntomas y sin ayuda (101,102). Teniendo en cuenta que un 41% de los cuidadores de familiares de enfermos mentales graves habitan en el medio rural y que en un pasado reciente, la población rural campesina gallega era la que presentaba actitudes más conservadoras y represivas respecto de la enfermedad mental y su tratamiento (103), sería posible que estos cuidadores no quieran desvelar abiertamente los sentimientos negativos que le genera la enfermedad de su familiar.

Nuestros resultados deben de interpretarse en el contexto de algunas limitaciones. Las personas con la mayor carga pueden haber tenido una menor probabilidad de participar en el estudio dado la mayor demanda de su tiempo, en cuyo caso nuestros resultados serían conservadores. Teniendo en cuenta que hemos restringido la muestra a familiares de pacientes de primer grado con un problema grave de salud, hemos dejado fuera a un número de cuidadores indeterminado al analizar la carga global de cuidados. Finalmente, dado que este aspecto forma parte de un proyecto más amplio cuyo objetivo es estimar la prevalencia de trastornos mentales, no nos ha permitido explorar otros aspectos significativos de la carga asociada al cuidado como el impacto en la calidad de vida de la persona que ejerce como cuidador principal, ni tampoco el papel del apoyo social como amortiguador del estrés.

Mientras que la reorientación de los servicios hacia modelos de cuidados comunitarios tiene un valor positivo desde la perspectiva de la integración social y de la económica (ahorro en profesionales y recursos económicos), en cambio existen consecuencias negativas que hay que considerar, ya que pueden alterar de forma muy significativa el funcionamiento diario de los propios cuidadores, lo que implicaría un peor pronóstico y un mayor coste

institucional, como se viene sugiriendo en algunos estudios (104). En época de crisis económica donde los recortes en sanidad, en recursos socio-sanitarios y en las ayudas a la dependencia se han reducido drásticamente en España, el sistema puede resultar insostenible en un futuro. Para poder mantener un sistema de cuidados informales, donde la familia es un pilar fundamental para el sostenimiento del sistema sanitario, se precisa del desarrollo de recursos para cubrir las necesidades de las personas con problemas de salud graves y sus familias y desarrollar intervenciones eficaces capaces de reducir el efecto de la carga relacionados con los cuidados familiares y que esta carga sea más equitativa entre mujeres y hombres.

8. RESUMEN EJECUTIVO

1. El 21.6% de los adultos gallegos que viven en sus domicilios han experimentado algún trastorno mental a lo largo de su vida y el 7.4% durante el último año.
2. La frecuencia de los grandes grupos de trastornos psiquiátricos (que son los más comunes) son:
 - 2.1. Prevalencia vida (PV): en primer lugar los trastornos relacionados con el uso de sustancias (10.5%), seguidos de los trastornos del estado de ánimo (9.9%) y a considerable distancia los trastornos de ansiedad (5.7%).
 - 2.2. Prevalencia año (PA): los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad tienen unas prevalencias similares (3.7% y 3.1%) mientras que los trastornos relacionados con sustancias presentan una prevalencia menor (1.7%).
 - 2.3. Si se consideran los trastornos específicos cabe subrayar por su magnitud y relevancia clínica el episodio depresivo mayor (PV 9.4%. PA 3.6%) y el abuso de alcohol (PV 9.5% y PA 1.6%).
3. La prevalencia-vida es algo mayor en **hombres** que en **mujeres** (23.1 vs 20.2%); mientras que en la prevalencia año es superior en las mujeres (6.3% vs 8.4%).
 - 3.1. Pero si se observan los grandes síndromes y los trastornos concretos, vemos que solamente los trastornos relacionados con el uso de sustancias predominan en los varones, y son estos trastornos, muy particularmente el abuso de alcohol, los que inclinan la balanza hacia el sexo masculino en la prevalencia vida.

- 3.2. Por el contrario, todos los demás trastornos psiquiátricos predominan en el sexo femenino, ya se considere la prevalencia vida o año.
4. Para la mayoría de los trastornos, especialmente los relacionados con el consumo de sustancias, la prevalencia alcanza el máximo en el grupo juvenil y desciende con la **edad**.
 - 4.1. Un importante grupo de trastornos depresivos, la distimia, sigue la tendencia contraria, alcanzando el máximo en la edad avanzada.
5. Las personas que han presentado algún trastorno mental a lo largo de la vida también han presentado en mucho mayor grado un trastorno por consumo de sustancias (**comorbilidad**).
6. Existe una discreta tendencia a que las personas con patología mental durante el último año presenten mayor prevalencia de patología **somática**.
7. Existe una importante prevalencia de trastornos **subumbrales** de depresión y ansiedad que no alcanzan los criterios diagnósticos investigadores pero que pueden cursar con malestar subjetivo y necesidad de atención sanitaria.
8. Los tres componentes de la **conducta suicida**, intentos, planes y pensamientos relacionadas con el suicidio, presentan el siguiente gradiente de prevalencia vida: 4.3% han “pensado alguna vez seriamente en suicidarse”, 1.3% han “realizado alguna vez un plan para suicidarse” y el 1.2% han “intentado alguna vez suicidarse”.
 - 8.1. Pensamientos, planes e intentos suicidas son más frecuentes en las mujeres.
 - 8.2. Los intentos suicidas predominan en la edad juvenil y en la edad avanzada.
 - 8.3. Las personas solteras y las que ya estuvieron casadas son las que llevaron a cabo más intentos suicidas.
 - 8.4. Las personas del medio rural han realizado más intentos suicidas.

- 8.5. El factor de riesgo más importante de intento de suicidio es haber padecido alguna enfermedad mental, especialmente para dependencia al alcohol, agorafobia y abuso de drogas.
9. Uno de cada 4 casos con trastorno mental son graves; dos de cada tres son graves o moderados, similar para hombres y mujeres.
 - 9.1. La gravedad varía con el tipo de trastorno, predominan en los trastornos del estado de ánimo (42.2%).
 - 9.2. La gravedad aumenta con la edad, excepto para los trastornos por consumo de sustancias.
10. Una de cada cuatro personas que habían sufrido un algún trastorno mental en los últimos 12 meses **contactó con algún servicio sanitario** durante dicho periodo.
 - 10.1. Los grupos de trastornos que han demandado más ayuda fueron los trastornos depresivos y los que presentaban más de un trastorno psiquiátrico; en ambos casos, más del 50% de los afectados.
 - 10.2. Los participantes afectados de un trastorno por cualquier uso de sustancias fueron los que hicieron menor uso de servicios, 7.2%.
 - 10.3. Los hombres utilizan más los servicios cuando la patología es grave y las mujeres cuando es leve o moderada.
 - 10.4. Porcentajes elevados de personas con un trastorno psiquiátrico grave o moderado no han utilizado ningún servicio sanitario, ni atención primaria ni especializada, durante el último año (43.6% y 72.7%, respectivamente). El porcentaje se eleva aún más para los trastornos por uso de sustancias.

9. COMENTARIOS FINALES

Los trastornos neuropsiquiátricos son la principal causa de discapacidad en todo el mundo, ocasionando el 37% de los años saludables perdidos por enfermedades, y dentro de ellos, los trastornos depresivos ocupan el primer lugar de discapacidad (105).

En una primera lectura de los resultados el presente estudio confirma los datos de prevalencia del estudio ESEMeD en España, aportando una mayor potencia estadística para nuevos análisis en la Comunidad gallega.

Desde una perspectiva de gestión sanitaria, los resultados de mayor aplicación directa probablemente son los relativos al uso de servicios.

Al respecto resulta preocupante que el 43.6% de trastornos mentales graves, sobre todo depresivos (42.5%), no acudan a ningún servicio sanitario en el último año. Este porcentaje de no uso es mayor que el detectado en población española del proyecto ESEMeD para el estudio del uso de servicios en depresiones mayores (30.8%) (106). Lamentablemente no podemos identificar factores específicos que expliquen estas diferencias. No obstante, la literatura recoge diferentes factores relacionados con el uso de servicios, entre los que se incluyen factores que predisponen a la búsqueda de ayuda, factores relacionados con el tipo y cantidad de servicios disponibles y accesibles en el sistema sanitario y factores relacionados con la atención de los profesionales y su habilidad para proveer de una adecuada respuesta a la necesidad de tratamiento (107,108). La falta de reconocimiento y de ausencia de tratamiento de los trastornos depresivos es frecuente, a pesar de ser reconocida como una prioridad de salud pública, dada su alta prevalencia y ser la primera causa de discapacidad (109).

Estos resultados confirman la percepción de los profesionales de la salud mental de nuestra comunidad de que son necesarios esfuerzos de planificación para destinar más recursos en salud mental así como ampliar la

capacitación de los profesionales de atención primaria para que identifiquen y manejen mejor los trastornos depresivos y en general el resto de trastornos mentales.

El presente estudio se inscribe en una línea de investigación en epidemiología psiquiátrica consolidada, liderada por el departamento de psiquiatría de la Universidad de Santiago, con tres décadas de presencia en la Comunidad gallega. El estudio de salud mental en personas mayores supuso en los años 90 un salto cualitativo incorporando la metodología de las entrevistas diagnóstica DIS, recién desarrollada para el estudio ECA, traducido y adaptado a la realidad gallega. El presente estudio supone un nuevo salto cualitativo, al utilizar la versión más actual de dicha línea de instrumentos, la CIDI y toda la metodología de los estudios del consorcio World Mental Health Surveys (WMHS). Esto permite de entrada la comparación con los resultados publicados españoles y europeos del reciente proyecto ESEMeD y con los demás estudios llevados a cabo en todo el mundo, obviando las diferencias metodológicas que frecuentemente empañan la comparación de estudios epidemiológicos.

Pero además, aún si cabe más interesante es que abre las puertas a la colaboración directa en la explotación de resultados con el grupo de la Universidad de Harvard que lidera el proyecto mediante el correspondiente convenio de investigación con dicho grupo, lo que potenciará enormemente la capacidad de explotación de resultados y la visibilidad de los mismos.

Santiago de Compostela, Julio 2015

10.BIBLIOGRAFÍA

10.1 REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Informe sobre la salud en el mundo 2001 salud mental: Nuevos conocimientos. Nuevas esperanzas. Geneva; 2001.
2. Susser E, S S, Morabia A, Bromet E. Psychiatric epidemiology: searching for the causes of mental disorders. Oxford: Oxford University Press; 2006.
3. Kessler RC, Ustün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. 2004 Jan [cited 2014 Dec 11];13(2):93–121. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15297906>
4. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc) [Internet]. Elsevier; 2006 Apr 1 [cited 2015 Jul 28];126(12):445–51. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324>
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl [Internet]. 2004 Jan [cited 2015 May 27];(420):21–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128384>
6. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1981 Apr [cited 2015 Jul 28];38(4):381–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6260053>
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2001.

8. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
9. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2006 Jan [cited 2015 Jan 23];15(4):167–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17266013>
10. WHO. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. 2014. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
11. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
12. Reijneveld SA, Stronks K. The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2001 Dec [cited 2015 Jul 28];30(6):1407–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11821355>
13. Reijneveld SA. The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2000 Mar 1 [cited 2015 Jul 28];53(3):267–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10760636>
14. Fan VS, Au D, Heagerty P, Deyo RA, McDonnell MB, Fihn SD. Validation of case-mix measures derived from self-reports of diagnoses and health. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2002 Apr [cited 2015 Jul 28];55(4):371–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11927205>
15. Evaluation of National Health Interview Survey diagnostic reporting. *Vital Health Stat 2* [Internet]. 1994 Feb [cited 2015 Jul 28];(120):1–116. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8135024>
16. Lenderink AF, Zoer I, van der Molen HF, Spreeuwers D, Frings-Dresen MHW, van Dijk FJH. Review on the validity of self-report to assess work-related diseases. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Jul 28];85(3):229–51. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3299958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J*

- Psychiatr Res [Internet]. 1975 Nov [cited 2014 Jul 9];12(3):189–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>
18. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la C  mara C, Ventura T, et al. [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. Med Clin (Barc) [Internet]. 1999 Jun 5 [cited 2015 Jul 28];112(20):767–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10422057>
 19. Sheehan D. The Anxiety Disease. New York: Charles Scribner and Sons; 1983.
 20. NIDA NOTES - Gender Differences in Drug Abuse Risks and Treatment [Internet]. [cited 2015 Jul 30]. Available from: http://archives.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol15N4/Tearoff.html
 21. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS Med [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Jul 14];10(11):e1001547. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3818162&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 22. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet [Internet]. Elsevier; 2005 Jan 6 [cited 2015 Feb 2];365(9475):1961–70. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673605666652/fulltext>
 23. De Graaf R, Bijl R V, Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Am J Psychiatry [Internet]. 2002 Apr [cited 2015 Jul 30];159(4):620–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11925301>
 24. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addict Behav [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 30];23(6):893–907. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9801724>
 25. Kedzior KK, Laeber LT. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population--a meta-analysis of 31 studies. BMC Psychiatry [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Jul 30];14:136. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4032500&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

26. Marmorstein NR. Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Jun 19];26(1):88–94. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3254857&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
27. Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small JW, Schlauch RC, Lewinsohn PM. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2008 Feb [cited 2015 Jul 1];42(3):230–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2254175&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
28. Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the “Mental Health in General Population” survey (MHGP). *Eur Psychiatry* [Internet]. 2011 Sep [cited 2015 Jul 30];26(6):339–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20430592>
29. Agosti V, Nunes E, Levin F. Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2002 Nov [cited 2015 Jul 30];28(4):643–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12492261>
30. Zvolensky MJ, Lewinsohn P, Bernstein A, Schmidt NB, Buckner JD, Seeley J, et al. Prospective associations between cannabis use, abuse, and dependence and panic attacks and disorder. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2008 Oct [cited 2015 Jul 30];42(12):1017–23. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2600535&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
31. Schuckit MA, Hesselbrock V. Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *Am J Psychiatry* [Internet]. 1994 Dec [cited 2015 Jul 30];151(12):1723–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7977877>
32. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1994 May [cited 2015 Jun 29];51(5):355–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8179459>
33. Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry* [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 30];39(4):176–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9675501>

34. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman ATF, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* [Internet]. 2011 Jun [cited 2015 Jun 19];131(1-3):233–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21247636>
35. Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, Heimberg RG, Liu S-M, Grant BF, et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* [Internet]. 2010 Jun [cited 2015 Jul 30];40(6):977–88. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2917264&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Grant BF, Hasin DS, Blanco C, Stinson FS, Chou SP, Goldstein RB, et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2005 Nov [cited 2015 Jul 30];66(11):1351–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16420070>
37. Gratzner D, Levitan RD, Sheldon T, Toneatto T, Rector NA, Goering P. Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or co-morbid depression/anxiety: a community survey of Ontario. *J Affect Disord* [Internet]. 2004 Apr [cited 2015 Jun 19];79(1-3):209–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15023496>
38. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2006 Mar [cited 2015 Jul 30];67(2):247–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16566620>
39. Degenhardt L, Coffey C, Romaniuk H, Swift W, Carlin JB, Hall WD, et al. The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Jul 30];108(1):124–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22775447>
40. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction* [Internet]. 2003 Nov [cited 2015 Mar 20];98(11):1493–504. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14616175>
41. Saban A, Flisher AJ, Grimsrud A, Morojele N, London L, Williams DR, et al. The association between substance use and common mental disorders in young adults: results from the South African Stress and

- Health (SASH) Survey. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Jul 30];17 Suppl 1:11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3946226&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
42. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* [Internet]. 1990 Nov 21 [cited 2015 Jul 30];264(19):2511–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232018>
43. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1997 Apr [cited 2015 Jul 30];54(4):313–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9107147>
44. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1987 Aug [cited 2015 Jul 30];44(8):727–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3498456>
45. Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *Am J Med* [Internet]. 2005 Apr [cited 2015 May 15];118(4):330–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808128>
46. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [Internet]. 2004 Jan [cited 2015 Jul 30];(420):28–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128385>
47. Autonell J, Vila F, Pinto-Meza A, Vilagut G, Codony M, Almansa J, et al. [One year prevalence of mental disorders comorbidity and associated socio-demographic risk factors in the general population of Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas españolas Psiquiatr* [Internet]. 2007 Sep [cited 2015 Jul 30];35 Suppl 2:4–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264864>
48. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, Ormel J, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord* [Internet]. 2007 Nov [cited 2015 Jul 30];103(1-3):113–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17292480>

-
49. Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Kotowicz MA, Berk M, Girardi P, et al. Physical comorbidities in men with mood and anxiety disorders: a population-based study. *BMC Med* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Jul 30];11:110. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3648485&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
50. Coelho FM da C, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PV da S, Garcias CMM, Silva CV da. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Jul 30];25(1):59–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19180287>
51. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WAM, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2005 Jun [cited 2015 Jul 30];111(6):436–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15877710>
52. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJG, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. Elsevier; 2008 Jan 5 [cited 2015 Jul 30];30(3):208–25. Available from: <http://www.ghpjournal.com/article/S0163834307002599/fulltext>
53. Härter MC, Conway KP, Merikangas KR. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2003 Dec [cited 2015 Jul 30];253(6):313–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14714121>
54. Evans DL, Charney DS. Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2003 Aug 1 [cited 2015 Jul 30];54(3):177–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893090>
55. Manica ALL, Leães CGS, Frey BN, Jurueña MF. The role of depression in coronary artery disease. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. Arquivos Brasileiros de Cardiologia; 1999 Aug [cited 2015 Jul 30];73(2):237–50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1999000800012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
56. McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain* [Internet]. 2004 Sep [cited 2015 Jul 30];111(1-2):77–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15327811>
57. Beesdo K, Hoyer J, Jacobi F, Low NCP, Höfler M, Wittchen H-U. Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: evidence for diagnostic specificity. *J Anxiety Disord* [Internet].

- 2009 Jun [cited 2015 Jul 30];23(5):684–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19278819>
58. Andrews G, Slade T, Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2002 Oct [cited 2015 Jul 30];181:306–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12356657>
59. Gureje O, Von Korff M, Kola L, Demyttenaere K, He Y, Posada-Villa J, et al. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* [Internet]. 2008 Mar [cited 2015 Jul 30];135(1-2):82–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17570586>
60. Ligthart L, Visscher CM, van Houtem CMHH, Geels LM, Vink JM, de Jongh A, et al. Comorbidity among multiple pain symptoms and anxious depression in a Dutch population sample. *J Pain* [Internet]. 2014 Sep [cited 2015 Jul 30];15(9):945–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24981129>
61. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Codony M, Reneses B, von Korff M, Haro JM, et al. [Prevalence and physical-mental comorbidity of chronic back and neck pain in Spain: results from the ESEMeD Study]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2006 Sep 9 [cited 2015 Jul 30];127(9):325–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16987451>
62. Goldney RD, Ruffin R, Fisher LJ, Wilson DH. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *Med J Aust* [Internet]. 2003 May 5 [cited 2015 Jul 30];178(9):437–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12720509>
63. Von Behren J, Kreutzer R, Hernandez A. Self-reported asthma prevalence in adults in California. *J Asthma* [Internet]. 2002 Aug [cited 2015 Jul 30];39(5):429–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12214897>
64. Rimington LD, Davies DH, Lowe D, Pearson MG. Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax* [Internet]. 2001 Apr [cited 2015 Jul 30];56(4):266–71. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1746028&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
65. Wang S-J, Chen P-K, Fuh J-L. Comorbidities of migraine. *Front Neurol* [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Jun 15];1:16. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3008936&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

-
66. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KMA. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* [Internet]. 2003 Apr 22 [cited 2015 Jul 5];60(8):1308–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12707434>
67. Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1990 Sep [cited 2015 Jul 30];47(9):849–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2393343>
68. Grimsrud A, Stein DJ, Seedat S, Williams D, Myer L. The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. *PLoS One* [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Jul 30];4(5):e5552. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2678252&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
69. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2003 Aug 1 [cited 2015 Jul 30];54(3):227–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893099>
70. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* [Internet]. 2002 Apr [cited 2015 Jul 8];122(4):1140–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11910364>
71. Lawrence AE, Brown TA. Differentiating generalized anxiety disorder from anxiety disorder not otherwise specified. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2009 Dec [cited 2015 Jul 30];197(12):879–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20010022>
72. Hoyer J, Becker ES, Margraf J. Generalized anxiety disorder and clinical worry episodes in young women. *Psychol Med* [Internet]. 2002 Oct [cited 2015 Jul 30];32(7):1227–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12420892>
73. Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, Roy-Byrne P, Stang PD, Stein DJ, et al. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* [Internet]. 2005 Jul [cited 2015 May 26];35(7):1073–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045073>
74. Andrews G, Hobbs MJ. The effect of the draft DSM-5 criteria for GAD on prevalence and severity. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2010 Sep [cited

- 2015 Jul 30];44(9):784–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20815664>
75. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. [Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2007 Oct 13 [cited 2015 Jul 30];129(13):494–500. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17980118>
 76. Casey P, Dunn G, Kelly BD, Lehtinen V, Dalgard OS, Dowrick C, et al. The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2008 Apr [cited 2015 Jul 30];43(4):299–304. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264810>
 77. Gili-Planas M, Roca-Bennasar M, Ferrer-Perez V, Bernardo-Arroyo M. Suicidal ideation, psychiatric disorder, and medical illness in a community epidemiological study. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2001 Jan [cited 2015 Jul 30];31(2):207–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11459253>
 78. Miret M, Caballero FF, Huerta-Ramírez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord* [Internet]. 2014 Jul [cited 2015 Jul 30];163:1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24836081>
 79. Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ, Salim A, Rodgers B. Baseline factors predictive of serious suicidality at follow-up: findings focussing on age and gender from a community-based study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Jul 30];10:41. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2897780&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 80. Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2001 Jan [cited 2015 Jul 30];31(1):32–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11326767>
 81. Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2005 Jan [cited 2015 Jul 30];186:60–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15630125>

-
82. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2010 Sep [cited 2015 Jul 30];18(9):839–47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20220600>
 83. Frierson RL. Suicide attempts by the old and the very old. *Arch Intern Med* [Internet]. 1991 Jan [cited 2015 Jul 30];151(1):141–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1985589>
 84. Schmidtke A, Sell R, Löhr C. [Epidemiology of suicide in older persons]. *Z Gerontol Geriatr* [Internet]. 2008 Feb [cited 2015 Jun 12];41(1):3–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286322>
 85. Eddleston M, Dissanayake M, Sheriff MHR, Warrell DA, Gunnell D. Physical vulnerability and fatal self-harm in the elderly. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2006 Sep [cited 2015 Jul 30];189:278–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1564435&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 86. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* [Internet]. 2007 Aug [cited 2015 Jul 30];101(1-3):27–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17074395>
 87. Rait G, Fletcher A, Smeeth L, Brayne C, Stirling S, Nunes M, et al. Prevalence of cognitive impairment: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Age Ageing* [Internet]. 2005 May [cited 2015 Jul 30];34(3):242–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863409>
 88. Mateos R, González F, Páramo M, García MC, Carollo MC, Rodríguez-López A. The Galicia study of mental health of the Elderly I: general description of methodology. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2000 Nov [cited 2015 Jul 30];9(4):165–73. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/mpr.90>
 89. Ochoa S, Haro JM, Torres JV, Pinto-Meza A, Palacín C, Bernal M, et al. What is the relative importance of self reported psychotic symptoms in epidemiological studies? Results from the ESEMeD--Catalonia Study. *Schizophr Res* [Internet]. 2008 Jul [cited 2015 Jun 27];102(1-3):261–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18495432>
 90. Tweed D, Blazer D, Ciarlo J. Psychiatric epidemiology in elderly populations. In: Wallace R, Woolson R, editors. *The epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 213–33.

-
91. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* [Internet]. 2004 Jun 2 [cited 2015 Apr 14];291(21):2581. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173149>
 92. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [Internet]. 2004 Jan [cited 2015 Jul 30];(420):47–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128387>
 93. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2007 Sep 8 [cited 2015 Jul 20];370(9590):841–50. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2847360&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 94. Bolin K, Lindgren B, Lundborg P. Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe. *J Health Econ* [Internet]. 2008 May [cited 2015 Jul 4];27(3):718–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18207265>
 95. Lamura G, Mnich E, Nolan M, Wojszel B, Krevers B, Mestheneos L, et al. Family carers' experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EUROFAMCARE study. *Gerontologist* [Internet]. 2008 Dec [cited 2015 Jul 2];48(6):752–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19139249>
 96. Levine C, Halper D, Peist A, Gould DA. Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Aff* (Millwood) [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 31];29(1):116–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20048369>
 97. Viana MC, Gruber MJ, Shahly V, Alhamzawi A, Alonso J, Andrade LH, et al. Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 31];35(2):115–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23904015>
 98. Hickenbottom SL, Fendrick AM, Kutcher JS, Kabeto MU, Katz SJ, Langa KM. A national study of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with stroke. *Neurology* [Internet]. 2002 Jul 25 [cited 2015 Jul 31];58(12):1754–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084872>

99. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2006 Jan [cited 2015 Jul 2];61(1):P33–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16399940>
100. Ahmedani BK, Kubiak SP, Kessler RC, de Graaf R, Alonso J, Bruffaerts R, et al. Embarrassment when illness strikes a close relative: a World Mental Health Survey Consortium Multi-Site Study. *Psychol Med* [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 Jul 31];43(10):2191–202. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4013530&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
101. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2003 Jul [cited 2015 Jul 31];44(2):162–79. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866388>
102. Rodríguez López A, Mateos Álvarez R, Rodríguez Vázquez M, Franco Martínez G. “Actitudes hacia la enfermedad mental y la psiquiatría en Galicia” [Internet]. Documentación social. Caritas Española; 1982 [cited 2015 Jul 31]. p. 139–53. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2729454>
103. Lauber C, Keller C, Eichenberger A, Rössler W. Family burden during exacerbation of schizophrenia: quantification and determinants of additional costs. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2005 Oct [cited 2015 Jul 31];51(3):259–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16252793>
104. Lopez A, Colin D, Ezzatti M, Jamison D, Murray C. Global Burden of Disease and Risk Factors. New York: Oxford University Press and The World Bank; 2006.
105. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Jul 31];62(2):152–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285093>
106. Dezzetter A, Briffault X, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, de Girolamo G, et al. Factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist providers by ESEMeD respondents in six European countries. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Jul 31];62(2):143–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285092>
107. Ten Have M, de Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service

use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2010 Mar [cited 2015 Jul 31];45(2):153–63. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2820660&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

108. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2004.

10.2 Publicaciones de estudios de epidemiología psiquiátrica llevados a cabo en la Comunidad gallega

1. Mateos R, Rodríguez A. Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en la Comunidad Gallega. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1989. ISBN 84-453-0065-2.
2. Rodríguez López A, Mateos R, Mateos MC. Envejecimiento y trastornos cognoscitivos en la Tercera Edad. En: Actas de la XI Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (Oviedo, Noviembre. 1985). Gijón: Ed. Arcano; 1986. p.135-143.
3. Mateos R, Páramo M, Rodríguez A. Epidemiología de los cuadros depresivos de la Tercera Edad en Galicia. En: P.T.D. España: Las Depresiones en el Anciano. Barcelona: Ed. Espaxs; 1990. p. 21-30.
4. Mateos R, Páramo M, Balbás C, Mazaira J, Rodríguez A. Validación de las subescalas de Depresión del GHQ-60 en la Tercera Edad. En: P.T.D. España: Las Depresiones en el Anciano. Barcelona: Ed. Espaxs; 1990. p. 355-361.
5. Mateos R, Rodríguez A. El Alcoholismo en Galicia desde la perspectiva epidemiológico-comunitaria. I Xornadas sobre Alcohol y Alcoholismo en Galicia (Junio, 1989). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1991. p. 37-43.
6. Rodríguez López A, Mateos R, Mazaira J. Consumo de alcohol y conducta de enfermedad en la población gallega de la tercera edad. En: Actas de la II Reunión Nacional de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría. Madrid: Editorial ELA; 1991. p. 221-230.
7. Rodríguez López A, Domínguez MD, Mateos R, Ferreiro MD, Mazaira JA. Suicidio e Saúde Mental. En: Violencia e Saúde Mental. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1992. p. 231-292.

8. Mateos R. Epidemiología Psicogeriátrica: Situación actual en Galicia. En: Salud Mental y Envejecimiento. Actas de las Jornadas Geriátricas sobre Salud Mental. Santiago de Compostela; 1993 (ISBN 84-604-5412-6).
9. Mateos R, Gamborino E, García MC, Carrera I, Páramo M, Rodríguez A. Variables sociodemográficas de riesgo en el consumo del tabaco. En: F. Pulido y A. Sierra (coords.). "La investigación Epidemiológica de las Drogodependencias". Canarias: ICEPSS Eds. S.L.; 1995. p. 143-157.
10. Mateos R, Páramo M, García MC, Carrera I, Rodríguez A. Estudio epidemiológico comunitario del consumo de alcohol y alcoholismo En: F. Pulido y A. Sierra (coords.). "La investigación Epidemiológica de las Drogodependencias". Canarias: ICEPSS Eds. S.L.; 1995. p. 101-111.
11. Mateos R, García MC, Camba MT, Gómez R, Sánchez P, Páramo M, Rodríguez A. Epidemiological, Clinical and Treatment implications of the Demential Syndromes in Galicia (Spain). Cadernos do IPUB (Brasil). 1997;10:133-55.
12. Mateos R, Páramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol Consumption in a Southern European Region (Galicia, Spain). Subst Use Misuse. 2002; 37(14): 1957 - 76.
13. Ferreiro MD, Rodríguez A, Domínguez MD. Adolescentes Gallegos. Indicadores de risco dos comportamentos disociais. Santiago de Compostela: SERGAS. Xunta de Galicia; 1996.
14. Torres A, Domínguez MD, Ferreiro MD, Rodríguez A. Consumo de alcohol y antecedentes psiquiátricos en una muestra de adolescentes. Rev Psiqu Inf Juv. 1992; 2-8.
15. Domínguez Santos MD. Adolescencia e Saúde Mental. Maremagnum: (Publicación galega sobre o trastorno do espectro autista. 2002; 6:53-9.
16. Rodríguez A, Domínguez MD, Mateos R, Ferreiro MD, Mazaira J. Suicidio e Saúde Mental. En: Violencia e Saúde mental. Santiago de Compostela: Xutna de Galicia; 1993. p. 231-292.
17. Gómez-Reino I, Ferreiro MD, Domínguez MD, Rodríguez A. Consumo de alcohol en adolescentes. Relación con los niveles de adaptación social y familiar. Psiquis. 1995;16(4):11-20.
18. Rodríguez A, Domínguez MD, Mateos R. Los instrumentos de investigación epidemiológica en salud mental infantojuvenil. Libro de Ponencias del II Congreso Nacional de Psiquiatría. Ed. Doyma; 1998. p. 110-19.
19. Ferreiro MD, Domínguez MD, Rodríguez A. Delincuencia Juvenil: factores psicosociales. Comunicación Psiquiátrica 92. Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría;1993. p. 163-91.
20. Gómez-Reino Rodríguez I, Domínguez Santos MD. Adaptación de adolescentes y clima familiar. Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2001; 4:17-26.

21. Torres AJ, Domínguez MD, Ferreiro MD, Rodríguez A. Consumo de alcohol y antecedentes psiquiátricos en una muestra comunitaria de adolescentes. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1992; 1:12-18.
22. Mazaira JA, Domínguez MD, Rodríguez A. Pautas de consumo de alcohol y relación con patología psiquiátrica menor en población adolescente de Galicia. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1993; 12: 35-41.
23. Ferrer E, Rodríguez A. Estudio descriptivo de la patología depresiva en la atención primaria gallega. *An Psiq*. 1999; 15(2):68-75.
24. González AI. *Conducta de Enfermedade e Psiquiatría en Atención Primaria*. Santiago de Compostela: SERGAS. Xunta de Galicia; 2000.
25. Mateos R, Droux A, Páramo M, González F, Carrera I, Mazaira J, Guntin L, González P, García MC, Rodríguez-López A. The Galicia Study of Mental Health of the Elderly II: The use of the Galician DIS. *Inter J Methods Psych Research*. 2000;9(4): 174-83. DOI: 10.1002/mpr.91.
26. Mateos R, Ybarzábal M, García MJ, Amboage MT, Fraguera I. The Spanish CANE. Validation Study and Utility in Epidemiological Surveys. In: Orrell M. Hancock G. *Needs assessment in older people: the Camberwell Assessment of Need for the Elderly*. London: Gaskell; 2004. p. 21-8.
27. Mateos R, Páramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol Consumption in a Southern European Region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse*. 2002; 37(14): 1957 - 76.



Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria