

TESIS DOCTORAL

**PREVALENCIA Y ATENCION A
LOS TRASTORNOS MENTALES
EN UNA COMUNIDAD RURAL**

CARLOS MARTIN PEREZ

INDICE

INTRODUCCION	5
1-El problema de la prevalencia de los trastornos mentales	6
2-El problema de la atención a los trastornos mentales.	16
3-El problema del estudio de las variables asociadas a la presencia de psicopatología.	19
4-El problema de la enfermedad física, la hiperfrecuentación de los servicios de salud y su relación con el trastorno psíquico.	27
OBJETIVOS	29
METODOLOGIA	31
1-Diseño del estudio.	32
2-Ámbito de estudio	32
3-Muestra	34
4-Mediciones	34
4.1-Primera fase	34
4.2-Segunda fase	39
5-Procedimiento en la recogida de datos	42
6-Consentimiento informado y confidencialidad de los datos	42
7-VARIABLES recogidas en la primera fase	42
8-VARIABLES recogidas en la segunda fase	44
9-Análisis estadístico	44
RESULTADOS	47
1-Inclusión y participación en el estudio	48
2-Descripción de la muestra	49
3-Resultados de la primera fase	53
3.1-Resultados de las respuestas al GHQ-28.	53
3.2-Resultados de las respuestas al cuestionario CAGE.	56
3.3-Resultados de las respuestas al cuestionario DUKE-UNC-11.	58
3.4-Resultados de las respuestas al cuestionario APGAR familiar.	64

3.5-Resultados de las respuestas a la escala de reajuste social	66
3.6-Salud autopercebida	67
3.7Frecuentación de las consultas de atención primaria	69
4-Resultados de la segunda fase	72
4.1-Individuos GHQ positivos sin diagnóstico previo	72
4.2-Individuos que obtienen 2 puntos o mas en el CAGE	75
4.3-Pacientes con diagnostico y tratamiento psiquiátrico previo	76
5-Prevalencia de trastornos mentales	80
6-Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de estudio	86
7-Atención a los trastornos mentales	90
8-Factores asociados a la presencia de trastorno mental	94
9-Factores asociados a la presencia de hiperfrecuentación de las consultas de Atención primaria.	112
DISCUSION	117
1-Sobre los resultados de prevalencia global de morbilidad psiquiátrica	118
2-Sobre las prevalencias por grupos diagnósticos	138
3-Sobre los factores asociados a la presencia de patología mental	143
4-Sobre la atención a los trastornos mentales	147
5-Sobre el fenómeno de hiperutilización de los Servicios de Salud	149
CONCLUSIONES	150
BIBLIOGRAFIA	153
ANEXOS	168

INTRODUCCION

El avance de la investigación epidemiológica en psiquiatría ha sido grande durante los últimos años, poniendo de manifiesto la amplitud e importancia de los problemas en salud mental.

Los estudios desarrollados en este campo, tratan de dar respuesta a las que, según Henderson, son algunas cuestiones fundamentales¹ de la epidemiología de los trastornos mentales:

-¿Que proporción de la población general tiene un trastorno psiquiátrico clínicamente significativo?

-¿Que proporción de esas personas consultar su medico general por este u otro motivo?

-¿Cuánta discapacidad tanto física como psíquica, o cuánta disfunción en el funcionamiento de los papeles sociales, puede ser atribuida estos trastornos psiquiátricos?

-¿Que proporción de los que padecen trastornos mentales clínicamente significativos son identificados por su medico general?

- ¿Qué factores se asocian a la presencia de trastornos mentales en la comunidad?

Se puede definir, por tanto, la epidemiología psiquiátrica como la disciplina que estudia la enfermedad mental en una población dada, incluyendo las variaciones en la distribución de los trastornos específicos, y los factores que se asocian a esta distribución.

1- EL PROBLEMA DE LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

La introducción de la epidemiología dentro de la psiquiatría fue relativamente tardía. Fue a mediados del siglo XIX cuando empezaron a realizarse las primeras investigaciones en epidemiológica psiquiátrica. Con posterioridad, se pueden distinguir hasta tres generaciones de estudios: una primera generación de estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de enfermedades psiquiátricas, que corresponde un periodo anterior la Segunda Guerra Mundial. La mayoría de estas investigaciones recogían y estudiaban exclusivamente casos ya diagnosticados y en tratamiento dentro del ambiente hospitalario, y utilizaban el estudio estadístico de carácter administrativo para analizar la relación de variables sociodemográficas con trastornos mentales específicos.

Una segunda generación de investigaciones siguió a la Segunda Guerra Mundial. En su mayoría se basaron en entrevistas personales con sujetos de poblaciones o muestras de poblaciones generales en diferentes situaciones y medios. Se utilizaron predominantemente estudios censales para estudiar síndromes generales, no prestando mucha atención a los trastornos mentales específicos.

Sin embargo, y en íntima relación con la creación y desarrollo de los instrumentos de evaluación psiquiátrica que tratan de medir la morbilidad de los trastornos mentales, y con los grandes cambios en los sistemas diagnósticos, no es hasta el final de los años 70 cuando los estudios epidemiológicos alcanzan un auge sin precedentes. En este periodo, se combinan las técnicas muestrales con un interés por los trastornos mentales específicos.

A lo largo de los años, y sobre la base de la delimitación de la población objeto de estudio, se han diferenciado tres grandes categorías de estudios epidemiológicos²:

1.1 Estudios basados en población tratada en los servicios psiquiátricos:

Se trata de estudios en los que la población objeto de investigación está definida por el hecho de encontrarse bajo tratamiento psiquiátrico en los servicios especializados.

Son estudios de diseño simple que a menudo se aplican para la obtención de datos administrativos referidos a la población en tratamiento.

En Andalucía, por ejemplo, se dispone de información sobre la utilización de los servicios de salud mental a través del sistema de información de salud mental Andalucía (SISMA). Basados en este registro se han realizado algunos trabajos sobre utilización de servicios en relación con presencia de patología mental³.

Una ventaja de estos estudios se basa en la alta obtención de casos psiquiátricos de la mayoría de los grupos diagnósticos existentes. Conviene, sin embargo, tener en cuenta los datos que aportan más que representar la morbilidad existente la comunidad, lo que hacen es reflejar la manera en que diversos factores inciden sobre proceso a través del cual el individuo enfermo establece contacto con los servicios psiquiátricos.

Otro inconveniente de este diseño es la más que probable variabilidad de registro existente entre diversos servicios o sistemas de salud. También puede carecer de la información que proceda de pacientes tratados en el sector privado.

Por ello esta metodología no es la más idónea para la obtención de datos sobre la morbilidad psiquiátrica existente la población general.

1.2 Estudios de poblaciones en contacto con los servicios de atención primaria de Salud:

En este caso, la población a investigar se define por el hecho de estar en contacto con los servicios de atención primaria. El criterio inclusión suele establecerse por el mero hecho de efectuarse un contacto médico.

Estos estudios aventajan a los realizados sobre poblaciones bajo control psiquiátrico en que permiten un conocimiento más real de la morbilidad psiquiátrica al producirse una mejor obtención de casos. Existe, así mismo, la oportunidad de estudiar la identificación de casos y su evolución, teniendo, por todo ello, una mayor relevancia para la salud pública.

Entre los inconvenientes estarían el que para su realización se requiere un mayor esfuerzo y el que el denominador puede ser poco seguro en el caso de que no se conozca exactamente el número de pacientes asignados a cada médico.

El estudio más relevante realizado en pacientes de atención primaria, es el publicado por la Organización Mundial de la Salud, llevado a cabo en 1995 en 15 países, utilizando un diseño en dos fases. En este estudio se cribaron 26,000 pacientes con edades comprendidas entre los 15 y los 65 años, de los cuales se entrevistaron 5438. La prevalencia obtenida fue el 24% siguiendo criterios CIE 10⁴.

En nuestro medio se han obtenido prevalencias del 38, 8% por parte de Chocrón Bentata en un centro de salud de Gerona (1995)⁵.

Vázquez Barquero obtiene en 1995 un 31,5% en cuatro centros urbanos de Cantabria⁶.

Fernández Logroño encontró en 1997 en un centro de salud de Granada, una prevalencia del 34,7%⁷.

Más recientemente (1998) Baca obtiene una prevalencia más baja de enfermedad mental en pacientes de atención primaria al encontrar un 26,4% de psicopatología⁸.

En la tabla 1 se recogen los estudios más importantes de morbilidad psiquiátrica entre pacientes atendidos en atención primaria realizados en los últimos 15 años.

Este tipo de diseño, indudablemente interesante para la planificación y ordenación de servicios en la Sanidad pública, tiende a obtener prevalencias elevadas debido fundamentalmente a que el hecho de consultar, está asociado, en no pocas ocasiones, a la presencia de malestar psíquico no expresado. Diversos estudios demuestran esta relación¹⁹⁻²⁷. Por tanto, tampoco esta metodología resulta idónea para acercarnos a la prevalencia real de psicopatología en la comunidad.

TABLA 1: PREVALENCIA DE TRASTORNO MENTAL EN ATENCION PRIMARIA ESTUDIOS EN DOS FASES

AUTOR	AÑO	LUGAR	INSTRUMENTOS	PREVALENCIA
GUREJE ⁹	1992	KENIA	GHQ12 - CIDI	35.1
ABIODUM ¹⁰	1993	NIGERIA	GHQ12 - PSE	21.3
MARTINEZ ¹¹	1993	BASAURI	GHQ28 - PSE	19
PEREZ ECHEVARRIA ¹²	1993	ZARAGOZA	GHQ28 - EPEP	27
ARAYA ¹³	1994	CHILE	GHQ28 - CIS	53
USTÜM (OMS) ⁴	1994	15 CENTROS	GHQ12 - CIDI	23.2
RENESES PRIETO ¹⁴	1995	MADRID	GHQ60 - PSE	29.6
RETOLAZA ¹⁵	1995	BASAURI	GHQ28 - PSE	21
CHOCRON ⁵	1995	GIRONA	GHQ28 - CIS	38.8
FINK ¹⁶	1996	ESCANDINAVIA	SCL25 - PSE	26
RUMBLE ¹⁷	1996	C. DEL CABO	SRQ - PSE9	27.1
AGÜERA ¹⁸	1996	MADRID	GHQ28 - PSE	29.6
F. LOGROÑO ⁷	1997	GRANADA	GHQ12 - CIDI	34.7
BACA ⁸	1998	MADRID	PRIMEMD - SCAN	26.4

1.3 Estudios comunitarios

Este tipo de estudios son los que realmente posibilitan una aproximación fidedigna a la prevalencia real de patología mental en la comunidad.

El diseño más ampliamente utilizado en los estudios que investigan la presencia de psicopatología en la comunidad, es el de un estudio transversal de una muestra representativa de la población a estudiar a la que se aplican instrumentos diagnósticos estandarizados.

Con esta metodología se puede obtener un conocimiento exacto de la morbilidad en un momento determinado, ya que reflejan la existencia de enfermedad mental libre de errores de selección identificando además a personas enfermas con un amplio rango de severidad.

La visión que este tipo de estudios ofrecen de la prevalencia, o bien es puntual, es decir miden la morbilidad psiquiátrica presente en un momento determinado (generalmente el último mes) o abarcan distintos periodos de tiempo: seis meses, un año o toda la vida.

Debido a las propias características que definen a estos trabajos, pueden resultar no adecuados para medir la incidencia o aspectos evolutivos de la enfermedad.

Otra desventaja de estos estudios puede ser el bajo aporte de casos que se obtiene para algunos trastornos concretos en los que la prevalencia es muy baja.

Sin duda, la mayor dificultad que presentan los estudios diseñados de esta forma, es la necesidad de obtener muestras poblacionales muy amplias a las que aplicar la entrevista diagnóstica utilizada. Para obviar este problema (necesidad de abarcar poblaciones amplias que permitan la generalización de resultados, y realizar análisis intensivos de ellos), se desarrollaron diseños de investigación de doble fase, que básicamente, implican la introducción de una primera fase de screening, con la que se pretende identificar probables casos psiquiátricos, que se sigue de una segunda fase confirmatoria del diagnóstico, con lo que se consigue aplicar el instrumento diagnóstico a un grupo menos numeroso de sujetos.

Primera fase o de screening

Los instrumentos utilizados para detectar casos psiquiátricos pueden ser generales, es decir, que pretenden detectar la patología psiquiátrica en general, o específicos, cuyo objetivo es detectar patologías psiquiátricas concretas.

Dentro de las escalas generales, el instrumento más utilizado y evaluado internacionalmente (está traducido a 16 idiomas) es el General Health Questionnaire de Goldberg (GHQ), diseñado para detectar la probabilidad de ser caso psiquiátrico. Se han desarrollado versiones de 60, 30, 28 y 12 ítems^{28,29}.

El SCL-90-R es un instrumento creado y desarrollado por Derogatis³⁰⁻³², que recoge varias dimensiones de psicopatología sin tratar de calibrar la probabilidad de ser caso (valora la presencia e intensidad de 90 síntomas psiquiátricos y psicósomáticos comunes). Puede utilizarse para detectar y seguir la evolución de la enfermedad mental.

Cuando se trata de recoger de forma sintética la presencia de patología mental junto con el funcionamiento global del paciente, se pueden utilizar las escalas de funcionamiento global GAS – GAF (global assessment scale y global assessment of functioning)³³ o las escalas HONOS (Health Of the Nation Outcome Scales), DAS2 (escala de discapacidad de la OMS) y LSP (Life Skills Profile), que vienen a medir la presencia de clínica significativa y de discapacidad en las distintas áreas del funcionamiento personal, familiar y social.

Sin embargo, hay que señalar que las medidas de fiabilidad han sido variables en diferentes estudios que han utilizado el GAF, y el resto de las escalas sólo han sido validadas en nuestro medio para ser utilizadas por psiquiatras o psicólogos clínicos.

Recientemente, y en el ámbito de la Atención primaria, se ha utilizado el cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)³⁴, que consta de dos secciones: Un cuestionario para el paciente que actúa como instrumento de cribado, y una guía de evaluación para el médico con la que se pretende establecer un diagnóstico.

Dentro de los instrumentos para evaluar morbilidad psiquiátrica específica, se han desarrollado escalas para detectar patologías diversas como depresión, ansiedad, ansiedad-depresión, demencia, psicosis, consumo perjudicial de alcohol o estrés del cuidador.

Segunda fase o de confirmación

En una segunda fase y mediante entrevista psiquiátrica estandarizada, los casos detectados mediante el instrumento de cribado, se confirmarán o bien quedará descartada la presencia de morbilidad psíquica.

Hay dos tipos de evaluaciones psiquiátricas estandarizadas: Las destinadas a ser utilizadas por evaluadores expertos, y las que pueden ser empleadas por evaluadores no cualificados. Dentro de las primeras podemos señalar el PSE y su sucesor el SCAN. En el otro grupo se incluyen las entrevistas CIS, DIS y CIDI.

El PSE (Present State Examination) fue la primera entrevista estructurada utilizada. Creada por Wing y colaboradores³⁵, su última versión, se ha utilizado en una amplia gama de estudios clínicos y epidemiológicos en todo el mundo.

El SCAN (Schelude for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)³⁶ surge de una revisión del PSE encargada por la Organización Mundial de la Salud. Consta de varias secciones que valoran distintos grupos diagnósticos como son ansiedad, trastornos afectivos, abuso de sustancias o psicosis.

La entrevista semiestructurada Clinical Interview Schelude (CIS)³⁷ fue elaborada por Goldberg en 1970 y ha sido ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos tanto en población general como en población asistida.

El DIS (Diagnostic Interview Schelude) fue desarrollado por Robins³⁸ para ser utilizado por entrevistadores no clínicos tras recibir un entrenamiento adecuado en el contexto de estudios comunitarios.

Utilizando preguntas del DIS, sus autores desarrollaron el Composite International Diagnostic Interview (CIDI)³⁹. A las preguntas procedentes del DIS se añadieron otras diseñadas para obtener información similar a la que se puede obtener con el PSE o el SCAN⁴⁰.

El primer estudio epidemiológico en una fase, a gran escala y en la comunidad, con criterios diagnósticos específicos, y con un instrumento diagnóstico estructurado, se realizó los Estados Unidos entre 1980 y 1984, por el National Institute of Mental Health: el Epidemiologic Catchment Area Program (ECA)⁴¹⁻⁴⁵.

Los objetivos del estudio eran estimar la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en la población general, estudiar las causas y las consecuencias de estos trastornos, y estimar el grado de utilización de los recursos sanitarios. Para ello utilizó un diseño en tres fases:

En una primera parte se entrevistó a una muestra de 20,291 personas, representativa de la población general mayor 18 años de los Estados Unidos (incluyendo las minorías afroamericana e hispana), utilizando Diagnostic Interview Schelude (DIS) como entrevista estandarizada. Este instrumento permite diagnosticar 14 trastornos, incluyendo trastornos relativos al uso de alcohol y drogas. En esta fase se administró también un cuestionario sociodemográfico y de utilización de los servicios de salud.

La segunda parte incluía una entrevista telefónica sobre servicios de salud, y en la tercera, al año, se repetía la evaluación inicial.

El estudio se desarrolló en cinco áreas diferentes de los Estados Unidos asociadas a cinco universidades. En cada lugar se entrevistaron alrededor de 3000 personas residentes la comunidad y 500 residentes en instituciones (hospitales, residencias de ancianos etc.). Los resultados mostraban que un 32,7% de los adultos entrevistados habían sufrido al menos un trastorno mental con entidad diagnóstica a lo largo de la vida y un 20% en el año anterior a la recogida de datos. La prevalencia puntual de trastornos mentales y abuso de sustancias fue del 15%.

En esta época, el ECA se convirtió en la principal fuente de datos sobre trastornos mentales en los EEUU y en todo el mundo.

El último estudio a gran escala sobre la prevalencia trastorno mental en Estados Unidos fue el National Comorbidity Survey (NCS), dirigido por Kessler⁴⁶. Se realizó entre 1990 y 1992 en una muestra representativa de la población entre los 15 y los 54 años de los Estados Unidos. En este estudio se utilizó el CIDI como entrevista diagnóstica estructurada y el sistema DSM-III-R para clasificar los diagnósticos obtenidos con el CIDI y generados por un algoritmo diagnóstico computarizado asociado.

Además de la prevalencia, en este estudio se abordó el problema de los factores de riesgo asociados a la presencia de psicopatología.

La prevalencia de trastorno mental a lo largo de la vida obtenida en este estudio fue del 48%, siendo la prevalencia en el último año del 29, 5%. Este estudio evidenció también un alto grado de comorbilidad con un 14% de la población presentando tres o más trastornos.

El primer estudio comunitario en España fue el realizado por Vázquez Barquero en población rural de Cantabria, utilizando un diseño de doble fase, utilizando el GHQ en la primera fase y el PSE Catego en la segunda⁴⁷. La prevalencia puntual obtenida fue del 14, 7%.

Posteriormente se realizaron estudios en otras regiones de España. Por ejemplo, Ortega y colaboradores encuentran una prevalencia puntual del 12, 37% en población general de la comunidad La Rioja, con un diseño a dos fases, utilizando el GHQ 28 como instrumento de cribado y la entrevista semiestructurada CIS como instrumento diagnóstico⁴⁸.

Roca y Gili encuentran en la isla de Formentera una prevalencia de trastorno mental en el mes anterior al estudio del 21, 8%. En este trabajo se utilizó el GHQ 28 y el SCAN en su versión española⁴⁹.

Rajmil obtiene una prevalencia trastornos mentales del 17, 42% para la población general de Cataluña⁵⁰. Este estudio se realizó utilizando los datos de la encuesta de salud de Cataluña, en la que se administró el GHQ 12 a una muestra representativa de la población catalana (12,245 personas). Utilizó para ello las probabilidades obtenidas en el estudio de tres cantos, Madrid, donde utilizando el GHQ 12 y el PSE Catego y mediante técnicas de regresión, se calculaba la probabilidad de obtener una determinada puntuación en el PSE, a partir de la puntuación obtenida con el GHQ-12.

Gornemann estudia en su tesis doctoral (2002) la prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía. Para ello estudia una muestra de 1600 personas, encontrando prevalencias de un 28.7% para un año, y de un 42 % para toda la vida.

A nivel Europeo se han desarrollado en los últimos años tres grandes estudios: el "The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain" una de cuyas ramas analiza la prevalencia de trastornos mentales en la comunidad, utilizando la versión revisada del CIS (CIS-R). En este proyecto, cuyos resultados preliminares se publican en 1997, se entrevistaron 10108 individuos, comunicando prevalencias puntuales (una semana) para los trastornos de ansiedad y depresión (prevalencia del 18,1%), y prevalencias en el último año para psicosis funcionales y para consumo de alcohol u otras sustancias con una cifra del 7,3%.

En 1998 se publican los resultados del Netherlands Mental Health Survey an incidente study (NEMESIS). En este estudio se entrevistaron un total de 7076 personas, utilizando el CIDI. La prevalencia puntual de trastornos mentales comunicada fue del 16,5%.

F. Jacobi y colaboradores desarrollan el German Health Interview and Examination Survey (GHS). Para ello entrevistan a 4181 alemanes adultos. El instrumento utilizado en esta ocasión fue el M-CIDI, obteniendo una prevalencia puntual del 20%

Por último hay que mencionar otro gran estudio realizado recientemente: el Australia's mental health, desarrollado por Scott Henderson y colaboradores. Utilizando el CIDI, se entrevistaron 10600 personas encontrando que un 17,7% de la muestra había presentado en el último año uno ó más trastornos mentales del grupo de trastornos de ansiedad, depresión, abuso de alcohol u otras sustancias y neurastenia. La prevalencia puntual para este grupo de trastornos fue del 13,9%.

En la tabla 2 se resume la prevalencia obtenida en estudios comunitarios realizados tanto en España como en diversos países.

TABLA 2 : PRINCIPALES ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN LA COMUNIDAD

Prevalencia puntual

AUTOR	AÑO	Nº FASES	LUGAR	N	INSTRUMENTOS	PREVALENCIA
Hodiamont ⁵¹	1987	2	Holanda	3232	GHQ 30 + PSE	7,3
McConnell ¹⁵⁸	2002	2	Irlanda Norte	1156	GHQ-28 + SCAN	7,5
Henderson ⁵²	1979	2	Canberra	756	GHQ 60 + PSE	9,1
Lehtinen ⁵³	1990	1	Finlandia	747	PSE CATEGO	10,1
Bebbington ⁵⁴	1981	2	Londres	310	PSE CATEGO	10,9
Lou ⁵⁵	1990	2	Zaragoza	380	GHQ-28 + CIS	11,0
Seva ⁵⁶	1992	2	Zaragoza	1185	GHQ-28 + CIS	11,8
Ortega ⁴⁸	1995	2	La Rioja	793	GHQ-28 + CIS	12,4
Henderson** ¹⁵⁹	2000	1	Australia	10600	CIDI	13,9
Herrera ⁵⁷	1990	1	Barcelona	832	PSE CATEGO	14,2
Vazquez Barquero ⁴⁷	1989	2	Cantabria	1223	GHQ 60 + PSE	14,7
Regier (ECA) ⁴³	1988	1	EEUU	18571	DIS	15,4
Carta ⁵⁸	1998	1	Italia	374	PSE CATEGO	15,4
Andrade ⁵⁹	2002	1	Brasil	1464	CIDI	15,4
Mavreas ⁶⁰	1986	1	Atenas	489	PSE CATEGO	15,6
Bijl ⁶¹	1998	1	Holanda	7076	CIDI	16,5
Villaverde ⁶²	1993	2	Tenerife	660	GHQ-28 + CIS	17,2
Rajmil* ⁵⁰	1997	2	Cataluña	12455	GHQ 12 + PSE*	17,4
Jenkins*** ¹⁶⁰	1997	1	Gran Bretaña	10108	CIS-R	18,5
Dilling ⁶³	1984	1	Alemania	1536	CIS	18,6
Jacobi ¹⁶¹	2004	1	Alemania	4181	CIDI	20,0
Roca ⁴⁹	1997	2	Formentera	697	GHQ-28 + SCAN	21,4
Gornemann ⁷¹	2002	2	Andalucía	1600	GHQ12 + PSE	22
Vazquez Barquero ⁶⁴	1981	2	Navarra	1156	GHQ 60 + CIS	23,8
Orley ⁶⁵	1979	1	Uganda	206	PSE CATEGO	25,2

* Puntuación probable de PSE basado en otros estudios

** Trastornos de ansiedad, depresión, abuso de alcohol o drogas y neurastenia

*** Trastornos de ansiedad, depresión y psicosis funcionales

Prevalencia 6 meses

AUTOR	AÑO	Nº FASES	LUGAR	N	INSTRUMENTOS	PREVALENCIA
Fichter ⁶⁷	1984	1	Alemania	1668	CIS	19,0
Regier (ECA) ⁴³	1988	1	EEUU	18571	DIS	19,1
Myers ⁶⁸	1984	1	EEUU	9543	DIS	19,5
Vicente ¹⁶²	2002	1	Chile	2978	CIDI	23,0
Clayer ⁶⁶	1995	1	Australia	1009	DIS	26,4

Prevalencia 1 año

AUTOR	AÑO	Nº FASES	LUGAR	N	INSTRUMENTOS	PREVALENCIA
McConnell ¹⁵⁸	2002	2	Irlanda Norte	1156	GHQ-28 + SCAN	12,2
Fournier ⁷⁰	1996	1	Canada	893	DIS	13,0
Demyttenaere(WHO) ⁷³	2004	1	14 Países	60463	CIDI	16,9
Henderson** ¹⁵⁹	2000	1	Australia	10600	CIDI	17,7
Gornemann ⁷¹	2002	2	Andalucía	1600	GHQ12 + PSE	28,7
Kessler ⁴⁶	1994	1	EEUU	8098	CIDI	29,5
Jacobi ¹⁶¹	2004	1	Alemania	4181	CIDI	31,0
Halldin ⁶⁹	1983	1	Suecia	1668	ICD8	47,0
Kringlen ¹⁶³	2001	1	Noruega	2066	CIDI	32,8

Prevalencia toda la vida

AUTOR	AÑO	Nº FASES	LUGAR	N	INSTRUMENTOS	PREVALENCIA
Regier (ECA) ⁴³	1988	1	EEUU	18571	DIS	32,2
Vicente ¹⁶²	2002	1	Chile	2978	CIDI	36,0
Fournier ⁷⁰	1996	1	Canada	893	DIS	40,0
Gornemann ⁷¹	2002	2	Andalucía	1600	GHQ12 + PSE	42,0
Jacobi ¹⁶¹	2004	1	Alemania	4181	CIDI	43,0
Kessler ⁴⁶	1994	1	EEUU	8098	CIDI	48,0
Kringlen ¹⁶³	2001	1	Noruega	2066	CIDI	52.4

Como puede observarse, existen diferencias notables entre las prevalencias obtenidas por los diferentes estudios. Se han señalado, por parte de distintos autores, varios factores que pueden influir en las prevalencias observadas^{62, 72}:

- *La metodología empleada*: Realización en una o dos fases.
- *El instrumento diagnóstico utilizado*. Es sabido, por ejemplo, que los criterios de definición de un caso psiquiátrico del CIS (Clinical Interview Schedule), son más laxos que los de otros instrumentos como el PSE o su sucesor, el SCAN. Este último instrumento es capaz de detectar patologías que escapan a otros (incluido el PSE) como son los trastornos cognitivos, el abuso de sustancias o los trastornos de la alimentación. Por otro lado hay que tener presente que algunos instrumentos diagnósticos deben ser administrados por personal especializado, mientras que otros pueden ser aplicados por no especialistas, lo que, según algunos autores, aumenta la cifra de falsos positivos.
En este sentido, Brugha y colaboradores han puesto recientemente de manifiesto cómo la administración de las entrevistas semiestructuradas CIDI y CIS-R muestran resultados con sustanciales discrepancias cuando se comparan con los obtenidos por la entrevista SCAN aplicada a la misma población^{164,165}.
- *Clasificaciones diagnósticas usadas*: Estudios que usaron el DSM III abarcan una gama más amplia de diagnósticos que aquellos estudios que usan la CIE-9, como es el caso del trastorno de pánico.
- *Inclusión o no de trastornos específicos* tales como consumo perjudicial de alcohol u otras drogas, demencias o trastornos de la personalidad.
- *Diferencias en las edades de la población de estudio*. Un grupo importante de trabajos, por ejemplo, no estudian a la población mayor de 65 años. Otros estudios toman muestras de población a partir de edades diferentes: 15, 17 ó 18 años.
- *Criterios temporales en la definición de caso*. Se pueden encontrar, como queda reflejado en la tabla 2, estudios que comunican la prevalencia puntual, en el último mes, en los 6 últimos meses, en el último año o a lo largo de toda la vida.

- *Diferencias culturales.* Se ha señalado, por ejemplo, que, eliminadas las diferencias metodológicas, las distintas prevalencias del trastorno mental en la comunidad halladas en países del norte de Europa en relación a las halladas en países mediterráneos, pueden deberse no solo a factores culturales, sino también a posibles cambios en la sensibilidad y especificidad con las que puede aplicarse un instrumento de origen anglosajón en la entrevista de poblaciones con otros códigos sociales y culturales.
- *Diferencias en el desarrollo económico de las comunidades.* Clásicamente se ha afirmado que las prevalencias de trastornos mentales tan altas encontradas en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, tiene que ver con la ausencia, en muchos casos, de tratamiento efectivo de los pacientes, lo que favorecería una tendencia a la cronicidad de determinadas patologías.
Un recientísimo estudio auspiciado por la OMS, realizado a partir de 60.463 entrevistas estructuradas aplicadas en 28 países, viene a confirmar este dato: hasta un 85% de enfermos mentales graves no es tratado en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, frente al 50% de enfermos en países desarrollados⁷³.

Otros factores invocados como relacionados con la variabilidad en las prevalencias de trastornos mentales comunicadas por los diversos autores, son los factores genéticos y los movimientos migratorios de las poblaciones. Así, se ha demostrado la dependencia genética de determinados trastornos mentales, lo que implicaría que poblaciones con mayor carga genética para esos trastornos, tenderían a presentar tasas de prevalencia más altas en esas enfermedades⁷⁴⁻⁸⁷.

Por otro lado, los estresores intensos provocados por las migraciones, se señalan como origen de enfermedad mental en individuos susceptibles, por lo que comunidades con presencia de este fenómeno aportarían, así mismo, prevalencias más altas⁷⁹⁻⁸².

2- EL PROBLEMA DE LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

Para entender los mecanismos que operan controlando los flujos de la demanda y la provisión de servicios en la atención a la salud mental, hay que recurrir, necesariamente, al modelo propuesto por Goldberg y Huxley, en su ya clásica monografía "Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care"⁸⁸. En ella, los autores nos proponen un modelo explicativo en el que, a partir de la conceptualización de cinco niveles escalonados de localización y manejo de la enfermedad mental, se establecen cuatro filtros que es preciso superar para acceder a ellos. Los diferentes escalones suponen la utilización de crecientes niveles de especialización atención psiquiátrica. En la figura 1 se representa este modelo.

Primer nivel:

El primer nivel representa la morbilidad psiquiátrica tal y como se presenta en la comunidad. Su prevalencia oscila en los diversos trabajos, entre el 10 y el 30%. Por lo publicado sobre el tema, sabemos que la patología psíquica en este nivel predomina en las mujeres y se asocia con la presencia de factores sociales de tipo negativo y, sobre todo con la enfermedad somática. Las demandas asistenciales son, en la mayoría de los casos, la expresión de la combinación de necesidades de índole física y psíquica, tendiendo con frecuencia a ser formuladas a través de síntomas y quejas somáticas.

Estas demandas son atendidas en gran medida en los servicios de atención primaria, generando tan sólo en un reducido número de casos su primer contacto con los servicios psiquiátricos especializados. Las necesidades y demandas están influidas por factores sociales y culturales, e incluso por la propia estructura y organización sanitaria⁸⁹.

El primer filtro del modelo lo constituiría el hecho de reconocerse como enfermo y plantearse la necesidad de buscar ayuda, contactando con los servicios médicos. Diversas variables intervienen en esa toma de decisiones que supone la adopción de un papel activo por parte del paciente.

Segundo nivel:

El segundo nivel hace referencia a los pacientes que son atendidos los servicios de atención primaria, independientemente de que la patología haya sido detectada o no por parte de los servicios sanitarios. Una vez establecido contacto asistencial con este nivel es, por tanto, el médico de cabecera el que habrá de certificar el papel enfermo del paciente. Ésta labor no ésta exenta de complejidad, en parte por el hecho de que, aunque la mayoría los pacientes con alteraciones psiquiátricas son conscientes de sus problemas psicológicos, la mayor parte de ellos tienen a expresarlo bajo la forma de síntomas físicos, pero también por la marcada interacción existente entre lo somático y lo psíquico.

Las cifras en este nivel están en torno a 200 – 250 por 1000 personas y año.

El segundo filtro representa la detección por parte de los servicios de Atención Primaria de la población con alteraciones psiquiátricas existentes en este nivel, y está asociada a la llamada morbilidad psiquiátrica oculta es decir aquellos pacientes con patología psíquica que no son identificados correctamente.

Mientras que el primer filtro dependía de las características de los pacientes, el segundo y los sucesivos, se ven condicionados por las características del personal facultativo.

Las cifras de detección no suelen superar el 50% de los casos.

Figura 1: Modelo de Goldberg y Huxley sobre distribución de la enfermedad mental entre los distintos niveles asistenciales.



Tercer nivel:

El tercer nivel está integrado por aquellos pacientes que hallándose en contacto con los servicios de atención primaria y padeciendo un trastorno mental, son correctamente identificados por el médico.

Dada la escasa “permeabilidad” del segundo filtro, los valores a este nivel bajan a cifras próximas a 100 por 1000 personas año.

Cuarto nivel:

El cuarto nivel representa aquellos pacientes que se encuentran en contacto con los servicios psiquiátricos.

En este nivel se encuentran cifras aproximadas de 40 por 1000 personas y año.

El acceso a estos servicios depende de la derivación de los pacientes a los servicios especializados por parte de los médicos de atención primaria, que es lo que constituye el tercer filtro. Este tamiz depende de otro tipo de variables además de las propias características del médico, como son la severidad de la patología, y la disponibilidad y accesibilidad de los servicios especializados.

Este hecho se ha evidenciado claramente el trabajo sobre rutas asistenciales realizado bajo los auspicios de la OMS en una amplia serie de países incluyendo nuestro. En ese trabajo se pone de manifiesto que para todas las patologías psiquiátricas, el médico general constituye la principal puerta de entrada al sistema sanitario, y que, para toda la patología psiquiátrica, el médico general es la principal fuente de referencia de los pacientes a los servicios psiquiátricos especializados.

Quinto nivel:

El quinto nivel está representado por aquellos pacientes que son finalmente ingresados en unidades de internamiento psiquiátrico, bien estén éstas situadas en el hospital psiquiátrico, bien en unidades psiquiátricas de un hospital general.

Para este nivel, se suelen describir valores aproximados de 5 por 1000 personas y año.

Es en el acceso a este nivel donde el psiquiatra asume por primera vez un claro protagonismo, constituyendo el cuarto filtro del modelo.

Las marcadas oscilaciones de los porcentajes de ingresos psiquiátricos existentes en los distintos países, muestra que el internamiento psiquiátrico depende no solo de las características psicopatológicas de los pacientes, sino también de otro tipo de condicionantes. Entre ellos hay que destacar los agentes socioculturales, e incluso los relacionados con la política asistencial adoptada (disponibilidad de camas hospitalarias, por ejemplo).

3- EL PROBLEMA DEL ESTUDIO DE LAS VARIABLES ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE PSICOPATOLOGIA.

La epidemiología psiquiátrica no solo analiza la extensión de la enfermedad mental, sino que además, trata de explorar cómo distintas variables se asocian a la morbilidad.

Si abordamos los mecanismos etiopatogénicos de las enfermedades psiquiátricas desde una perspectiva biopsicosocial, encontraremos tres grandes grupos de factores que se asocian a ellas⁹⁰

3.1- Aspectos biológicos

Dentro de este grupo podemos clasificar a los factores genéticos. Así se ha demostrado, por ejemplo, como, en estudios realizados con gemelos monocigóticos y dicigóticos, existe una predisposición genética para padecer esquizofrenia. Esta contribución genética al origen de la esquizofrenia no es admitida, sin embargo, como causa suficiente, debido a la frecuencia de casos sin antecedentes familiares y a la posibilidad de inicio en la edad adulta⁹¹. Lo mismo ocurre en descendientes de pacientes con trastornos bipolares, en los que existen datos que avalan una transmisión dominante del trastorno. Dentro de los trastornos de ansiedad, destacan por su mayor carga genética los trastornos por angustia y la agorafobia, en los que los familiares de primer grado tienen un riesgo cinco veces mayor de padecer la enfermedad⁹².

Los estudios neuropatológicos han puesto de manifiesto, entre otras, anormalidades en el desarrollo de ciertos territorios cerebrales en los esquizofrénicos⁹³ o disfunciones orbitofrontales, límbicas y de los ganglios basales en el trastorno obsesivo compulsivo. Conocidas son las características placas neuríticas y ovillos neurofibrilares que se encuentran en la enfermedad de Alzheimer⁹⁴.

El papel de los neurotransmisores en el desarrollo de patologías tales como esquizofrenia, depresión, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo o estrés postraumático ha sido ampliamente estudiado. Así, teorías como la dopaminérgica o la serotoninérgica, tratan de explicar el mecanismo neurobioquímico en el desarrollo de la esquizofrenia, o los estudios en pacientes depresivos buscan, solo con éxito parcial, anomalías bioquímicas que expliquen de forma consistente la etiología de estos trastornos.

3.2- Aspectos psicológicos

Los aspectos psicológicos pueden modificar la influencia de los factores biológicos y de los sociales. Determinados constructos psicológicos como los mecanismos de defensa, los patrones de reacción o las estrategias de afrontamiento, unidos a factores de la personalidad, son fundamentales en esta relación.

Tanto el psicoanálisis como las teorías cognitivo-conductuales han desarrollado diferentes hipótesis sobre el origen y el desarrollo de determinados trastornos. En el caso de la esquizofrenia, el psicoanálisis ha proporcionado varias hipótesis sobre su origen. Conceptos como el de la emoción expresada, destacan la influencia de los factores de interrelación familiar en el desarrollo de la enfermedad.

El psicoanálisis contempla las fobias como parte de de la resolución de los conflictos intrapsíquicos. El TOC se desarrolla cuando los mecanismos de defensa fracasan en la contención de la ansiedad de carácter obsesivo. La ansiedad es considerada como una señal de alarma que surge ante un peligro pulsional, inaceptable para el Yo y que debe ser reprimido.

Desde otro ángulo, las teorías cognitivo-conductuales, describen la indefensión aprendida como un modelo útil para entender la génesis de la depresión. El trastorno de pánico implicaría una respuesta fóbica condicionada ante síntomas aislados como respuesta aprendida ante determinadas sensaciones corporales. La ansiedad fóbica sería una respuesta condicionada adquirida a través de la asociación del objeto fóbico con una experiencia nociva.

3.3- Aspectos sociales

Los factores sociales considerados importantes en la génesis y evolución de los trastornos mentales, incluyen no solo aspectos sociodemográficos como el estado civil, la clase social o el nivel de urbanización, sino también otros más complejos como la estación de nacimiento, el orden en la familia, la edad de los padres, el desempleo, el apoyo social, el duelo, la dieta o el ruido.

A su vez, la interrelación de estos factores con rasgos de la personalidad, historia familiar y factores biológicos, ocupa a una gran área de investigación.

Son, precisamente, los factores sociodemográficos los que más interés han despertado, particularmente en los médicos de familia, tanto en el desarrollo de estudios que intentan demostrar la asociación de estos factores con la presencia de trastorno mental, como en la realización de propuestas de actividades preventivas.

Sin embargo, cabe decir que la mayoría de los datos de que disponemos sobre enfermedad mental en atención primaria, provienen de estudios transversales de prevalencia, por lo que no es posible establecer relaciones de causa - efecto entre los factores estudiados y la presencia de trastorno psíquico. Por tanto, lo que podemos encontrar en la literatura, por lo general, es información sobre frecuencia de enfermedad mental en distintas comunidades y descripciones de diversos factores médicos o sociales asociados a la misma, sin poder llegar a un conocimiento más profundo sobre los nexos de orden causal entre las variables sometidas a estudio⁹⁵.

3.4- *Los factores sociodemográficos* considerados más significativos en la relación que mantienen con la morbilidad psiquiátrica son:

3.4.1- SEXO:

La mayoría de los estudios encuentran un claro predominio de trastornos psiquiátricos en las mujeres. Se trata de un hallazgo constante en los estudios comunitarios de prevalencia, excepto en el de Roca et al en el que no encuentran diferencia significativa de prevalencia entre sexos. También es invariable el que esa diferencia, cuando existe, se sustente a base de los trastornos de ansiedad y depresivos salvo en el estudio de Henderson, desarrollado en Canberra, en el que encuentra más prevalencia en el sexo masculino para los trastornos de ansiedad, invirtiéndose esta tendencia para el consumo problemático de sustancias.

En los trastornos psicóticos y en los bipolares no se observan diferencias significativas entre sexos, mientras que se ha observado una mayor vulnerabilidad entre los hombres para padecer trastornos de la personalidad, consumo patológico de alcohol u otras sustancias, y demencias.

En la tabla 3 se recogen las prevalencias por sexos halladas por distintos autores en estudios comunitarios.

TABLA 3: PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES POR SEXOS

AUTOR	INSTRUMENTOS	PREVALENCIA		
		MUJER	HOMBRE	TOTAL
Hodiamont	GHQ 30 + PSE	7.5	7.2	7.3
Henderson	GHQ 60 + PSE	11.1	7.1	9.1
Lehtinen	PSE CATEGO	12.4	6.9	10.1
Bebbington	PSE CATEGO	14.9	6.1	10.9
Seva	GHQ-28 + CIS	14	8.8	11.8
Ortega	GHQ-28 + CIS	12.6	12.2	12.4
Herrera	PSE CATEGO	20.1	8.2	14.2
Vázquez Barquero	GHQ 60 + PSE	20.6	8.1	14.7
Regier	PSE CATEGO	16.6	14	15.3
Mavreas	PSE CATEGO	22.6	8.6	15.6
Villaverde	GHQ-28 + CIS	22	12.2	17.2
Dilling	CIS	21.3	15.1	18.6
Roca	GHQ-28 + SCAN	23.6	15.2	19.4
Vázquez Barquero	GHQ 60 + CIS	28.3	19.1	23.8
Orley	PSE CATEGO	29.1	19.4	25.2

Se han propuesto diversos modelos explicativos de las causas de la presencia de una mayor morbilidad psiquiátrica en el sexo femenino, poniendo de manifiesto la importancia de los factores socioculturales que entran en juego. Así, por ejemplo, Brown y Harris postulaban la existencia de cuatro factores de vulnerabilidad: pérdida de la madre antes de los 15 años, presencia de tres o más hijos menores de 14 años en el hogar, falta de intimidad conyugal y ausencia de trabajo fuera de casa⁹⁶. Sin embargo, ninguno de los modelos de vulnerabilidad propuestos ha podido ser replicado con éxito en todas las comunidades estudiadas de manera que Vázquez Barquero, por ejemplo, encuentra en Cantabria que el tener hijos menores de 14 años y el no trabajar fuera de casa actuaban en las mujeres como factores protectores^{47,97}.

Por último, hay que recordar que los trabajos que utilizar el PSE como entrevista estandarizada, encuentran que las cifras de prevalencia de psicopatología son más del doble para la mujer que para los varones. Esto es debido, al menos en parte, a que este instrumento se centra en síntomas psicóticos y neuróticos, sin tener en consideración los trastornos por abuso de sustancias o trastornos de la personalidad, que, como queda dicho más arriba, son más frecuentes en los hombres⁹⁸.

3.4.2- EDAD

En general, se puede afirmar que el riesgo global de patología mental aumenta con la edad.

Si hablamos de patologías concretas, encontramos que la prevalencia de trastornos depresivos es mayor en edades medias de la vida, la esquizofrenia tiene un claro predominio en el grupo de edad más joven, el consumo de alcohol es más frecuente entre varones de edades intermedias (25-35 años) y en el caso de la demencia, la prevalencia se duplica por cada incremento de cinco años en el grupo de edad entre los 60 y los 90 años^{98,99}.

En la tabla 4 se recogen las prevalencias de trastornos mentales clasificadas por grupos de edades según diversos autores, en estudios de prevalencia de base comunitaria.

TABLA 4: PREVALENCIA DE PATOLOGIA MENTAL EN % POR GRUPOS DE EDADES

AUTOR	GRUPOS DE EDADES							TOTAL
	18 -24	25 - 34	35 -44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 Ó MAS	
Henderson	14.95	8.45	9.55	9.65	10.85	9.5 (65 AÑOS Ó MAS)		9.1
Lehtinen*	ND	ND	8.9	10.2	9.8	9.7	12	10.1
Bebbington	3.6	17.3	17.35	20.85	10.6	ND	ND	10.9
Ortega	11.8	10.3 (25-44 AÑOS)		15.4% (45-64 AÑOS)		ND	ND	12.4
Mavreas	10.9	18.9	20.15	25	30.2	7.65	ND	15.6
Dilling	10	16.4	15.8	22.4	24.6	23.1 (65 AÑOS Ó MAS)		18.6
Roca	29.7 (15-35 AÑOS)		48.3 (36-55 AÑOS)		18.8 (55 AÑOS Ó MAS)			19.4
Regier (ECA)	16.9	17.3 (25-44 AÑOS)		13.3 (45-64 AÑOS)		12.3 (65 AÑOS Ó MAS)		15.4
Rajmil	16.5	15.8 (25-44 AÑOS)		16 (45-64 AÑOS)		14 (65 AÑOS Ó MAS)		17.4

* GRUPOS DE EDAD 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-80

ND: Datos no disponibles

3.4.3- NIVEL SOCIOECONOMICO. SITUACION LABORAL

Aunque se ha encontrado relación entre niveles educacionales inferiores, desempleo y nivel de ingresos bajo y el riesgo de padecer un trastorno mental, los hallazgos encontrados en relación con este factor no son uniformes. El ECA, por ejemplo, no encontró relación significativa entre nivel socioeconómico bajo y la presencia de morbilidad psiquiátrica.

Recientemente, Ferrie señala, en un estudio longitudinal, un aumento de patología mental entre los funcionarios cuyos departamentos fueron privatizados en el reino Unido, concluyendo que la inseguridad en el empleo, la privatización de empresas y el desempleo actúan como factores que aumentan la probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico menor¹⁰⁰.

En la tabla 5 se recogen los resultados de varios estudios comunitarios de dos fases nacionales e internacionales, en lo que respecta a la asociación entre presencia de trastorno mental y la situación socioeconómica, el tener un nivel

cultural bajo, situación de desempleo o de trabajo no remunerado, y clase social baja.

TABLA 5

AUTOR	LUGAR	NIVEL CULTURAL BAJO	NO TRABAJO REMUNERADO	CLASE SOCIAL BAJA
Herrera	Barcelona	ASOCIACION +	ASOCIACION +	ASOCIACION +/-
Vázquez Barquero	Cantabria	ASOCIACION +	ASOCIACION +	NO ASOCIACION
Lou	Zaragoza	ASOCIACION +	ASOCIACION +	NO ASOCIACION
Seva	Zaragoza	ASOCIACION +	ASOCIACION +	ASOCIACION +
Mavreas	Atenas	ASOCIACION +	ASOCIACION +	ASOCIACION +
Lehtinen	Finlandia	NO ASOCIACION	NO ASOCIACION	NO ASOCIACION
Bebbington	Londres	ASOCIACION +	ASOCIACION +	NO ASOCIACION

El estudio de los efectos del desempleo en la salud mental ha preocupado desde hace años a la comunidad científica. No en vano, el desempleo representa uno de los acontecimientos vitales más estresantes y frecuentes.

A pesar de las dificultades en la definición de desempleo (dentro de este concepto parece diferente, por ejemplo ser un desempleado de larga duración a haber accedido a esta situación recientemente) y del debate abierto sobre la inclusión en este apartado de situaciones equiparables al paro como la de ser ama de casa, jubilado o estar buscando empleo por primera vez, son muchos los estudios que abordan esta problemática.

Hace 20 años se desarrollaron los principales estudios transversales, que, en este sentido, terminaron demostrando una clara asociación entre desempleo y sintomatología psíquica, principalmente ansiedad, trastornos depresivos, insomnio, irritabilidad, indiferencia y dificultades de concentración¹⁰¹⁻¹⁰³.

Estudios longitudinales de esta época muestran de forma inequívoca como el estar en paro se relaciona con padecer más trastornos mentales, demostrando además que los efectos psicológicos del desempleo no presentan una conducta lineal, sino que evoluciona de forma diferente según el periodo en el cual se registren, no siendo proporcionales al tiempo no trabajado, sino a la alternancia de diferentes reacciones individuales^{104,105}.

La posible relación entre desempleo y patología mental grave no ha sido suficientemente establecida, ya que los estudios que trataban de demostrar esta asociación, presentaban importantes sesgos metodológicos que impedían determinar relaciones causa –efecto entre enfermedad y factor de riesgo¹⁰⁶.

En nuestro medio, Garrido y colaboradores¹⁰⁷ (1994) encuentran una mayor morbilidad psíquica entre los empleados inestables y desempleados frente a trabajadores estables en la ciudad de Valencia. La presencia de morbilidad psíquica fue determinada con el GHQ-28.

En el ámbito de la Atención Primaria, Deniel y colaboradores¹⁰⁸ (1996) muestran la existencia de asociación entre la situación de paro y la presencia de problemas de salud mental, estudiando 1700 historias del área de salud de Manlleu (Barcelona).

3.4.4- ACONTECIMIENTOS VITALES

Según Lazaurus, los acontecimientos vitales se definirían como estados de conmoción interna, no manejables por el sujeto y que son susceptibles de concluir en perturbaciones psíquicas¹⁰⁹.

Sólo podría hablarse estrés cuando el sujeto que evaluara como amenazante un determinado elemento del medio. No se trata, pues, de un mero acontecimiento externo, sino de una manera de vivir un suceso.

Otros modelos teóricos consideran que el impacto de diversos estresores sobre la enfermedad no es genérico sino específico empezándose a hablar de tipo de estresores en función de su gravedad. En este caso se denominan agentes provocadores¹¹⁰.

Se han estudiado un amplio rango de factores relacionados con la vulnerabilidad de las personas para parecer trastorno psíquico. La presencia de estos factores, que pueden ser de diversa naturaleza, actuaría como desencadenante, haciendo más probable la aparición de un episodio de enfermedad. Este efecto es observado más claramente cuando ocurre un acontecimiento vital de gran impacto o muy amenazante para el que lo padece. En un sentido contrario, un adecuado soporte o apoyo social, actuaría como un amortiguador de los sucesos vitales, constituyendo un factor de protección ante la enfermedad mental.

Un listado aproximado de factores de vulnerabilidad estudiados en la literatura, incluiría los siguientes: factores fisiológicos sobre todo tipo genético; familiares, como pérdida parental, especialmente si es temprana o falta de cuidados y abusos en la infancia; de relación social, como la disfunción marital o un débil soporte social; de dificultad social como desempleo, las condiciones de vivienda y, factores de personalidad, como neuroticismo y baja autoestima.

Los acontecimientos vitales han sido ampliamente estudiados sobre todo relación con la depresión. Así, se ha demostrado que el riesgo de padecer un trastorno depresivo se multiplica por seis si se sufre un acontecimiento estresante, aunque menos de un 10% de los que lo sufren terminan desarrollando un cuadro depresivo. Pero, en absoluto deben ser considerados específicos de la misma, ni constituyen una causa necesaria y suficiente para que aparezca esta¹¹¹.

Diversos estudios han puesto de manifiesto la contribución de los acontecimientos vitales estresantes en la precipitación de brotes psicóticos. Así, Bebbington encuentra un exceso de acontecimientos vitales, especialmente en los tres meses previos a la aparición de un brote psicótico (esquizofrenia, manía, depresión psicótica) asociación que es evidente con la que se da en la población psiquiátricamente sana¹¹².

3.4.5- APOYO SOCIAL

El apoyo social constituye un constructo importante en la investigación de la salud mental, aunque su análisis se ha delimitado a la patología afectiva.

El concepto de apoyo social incluye elementos objetivos y subjetivos, pudiéndose distinguir, cuatro componentes:

La red social que sería el grupo de individuos disponibles para el sujeto.

Las relaciones sociales o lo que es lo mismo, la frecuencia de relaciones.

El apoyo social percibido que es la valoración subjetiva de la relación con la red social.

El apoyo instrumental que está constituido por los servicios concretos ofrecidos por la red social.

La carencia o el carácter disfuncional de los apoyos sociales aumentan la vulnerabilidad del sujeto hacia la enfermedad. Se ha encontrado que los sentimientos de soledad y falta de apoyo, junto con la desesperanza, empeoraban el pronóstico de la enfermedad mental.

Por el contrario, el apoyo social muestra un efecto tanto protector al comienzo de la depresión, como modificador de su curso y funcionamiento, así como del pronóstico¹¹³⁻¹¹⁴.

De esta manera, una mayor red social, pero sobre todo un mayor apoyo social percibido, hacen menos probable el desarrollo de una psicopatología y, en caso de aparecer esta, mejoran su curso y su pronóstico.

Un concepto próximo al de apoyo social es el de integración social, que incorpora los patrones de las conductas colectivas tendentes a asegurar la supervivencia y el bienestar de la comunidad. Así, algunos estudios, como el de Vázquez Barquero en Cantabria, muestran una influencia positiva de la integración socio religiosa y el empleo, que actuarían como amortiguadores del estrés y desajuste social.

Más recientemente se han introducido conceptos como el de “capital social” mostrando como la desorganización social y una disminución de la percepción de la cohesión con el medio se asocia a un aumento en el riesgo de padecer una enfermedad psiquiátrica¹¹⁵.

Como señalábamos arriba, la mayoría de los trabajos sobre acontecimientos vitales y soporte social, se han centrado en la depresión con mayor interés. El decidir si algunos de los resultados obtenidos pueden generalizarse a otros trastornos, supone un área de trabajo que exige más investigación.

3.4.6- FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Recogiendo las palabras de Fuentes¹²², podemos considerar a la familia como una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria, de forma que, mediante la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, todo el proceso que acontece desde que se reconoce una enfermedad hasta que se cura o desaparece, está influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar.

El impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre numerosas variables de resultado como pueden ser la mortalidad en personas viudas, el control de la presión arterial o la diabetes mellitus, los resultados obstétricos o la adherencia a tratamientos¹²³.

Existe consenso acerca de la naturaleza reactiva de la mayoría de los problemas de salud mental en Atención Primaria. Frecuentemente, son la manifestación de una dificultad de adaptación ante acontecimientos vitales estresantes en relación con etapas de transición en la vida de la persona^{124,125}.

Como quiera que, entre los recursos de apoyo social, la familia es el más importante, parece lógico pensar que alteraciones en la dinámica familiar pueda incrementar la probabilidad de presentar dificultades de adaptación en alguno de sus miembros^{126,127}.

Se define a la familia sana como aquella que es capaz de cumplir las funciones que se esperan de ella. Estas funciones son la equidad generacional, referida al adecuado juego de roles entre los distintos miembros de la familia, la transmisión cultural en el sentido de aprendizaje de la lengua, la higiene, costumbres y formas de relación, la socialización y el control social o compromiso para evitar la proliferación de conductas socialmente desviadas¹²⁸.

Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en la que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno¹²⁶.

Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede, como decíamos, producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia.

En el contexto de la atención primaria de salud, existen recomendaciones claras en el sentido de recoger información que, más allá de los síntomas individuales, sirva de apoyo para el conocimiento y la comprensión de las crisis familiares.

4- EL PROBLEMA DE LA ENFERMEDAD FISICA, LA HIPERFRECUENTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU RELACION CON EL TRASTORNO PSIQUICO

Habitualmente, la mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos, aunque sean claramente diagnosticables, cuando se ponen en contacto con los Servicios de atención primaria de salud, se presentan con quejas de tipo somático.

En el ya mencionado estudio multicéntrico auspiciado por la OMS desarrollado en centros de atención primaria de 15 países con diferentes situaciones de desarrollo social y económico, los problemas psicológicos de cualquier tipo, representaban solo el 5.3% de las presentaciones sintomáticas de los pacientes. La mayoría de los sujetos consultaban por otros problemas, entre las que el dolor y otras quejas de tipo físico representaban el 62% de las presentaciones sintomáticas.

Diversos trabajos han estudiado la relación entre enfermedad física y trastorno psiquiátrico, hallando, por ejemplo correspondencia entre enfermedad física y depresión en ancianos¹¹⁶. Existe también evidencia acumulada sobre la asociación de enfermedades crónicas y trastorno mental¹¹⁷. Otro hallazgo interesante en este sentido es el encontrado por varios estudios en el sentido de que las personas con discapacidad física presentan, de manera significativa, más problemas psicológicos que las no discapacitadas.

La compleja relación entre los problemas psicológicos, los síntomas físicos, y la utilización de los servicios de salud, tiene un gran interés, desde la perspectiva de las políticas de salud pública, en el sentido del potencial impacto que producen en los costes de la atención sanitaria, y en el beneficio que podría obtenerse de un mejor conocimiento de estos procesos en lo referido a una mejor distribución de los recursos para encontrar una provisión adecuada de cuidados.

El fenómeno de la hiperfrecuentación de los servicios de salud puede ser explicado en parte debido a que los pacientes con problemas psicológicos experimentan una mayor presencia de síntomas físicos (Von Korff, 1990)¹¹⁸. Goldberg ha demostrado que los pacientes con síntomas físicos asociados a trastorno mental, tienen pocas probabilidades de ser diagnosticados como enfermos psíquicos, en relación a aquellos que solo presentan síntomas psicológicos, lo que puede ser un motivo de reiteración de consultas.

Sea como fuere, las personas con problemas psíquicos, utilizan los servicios de salud en una proporción mucho más alta que las que no los tienen. En nuestro medio, Bellon y cols. (1999)¹⁹ encuentran una clara asociación entre hiperfrecuentación y problemas psicológicos. Para ello entrevista a 236 pacientes con alta frecuentación de los Servicios y a 420 usuarios con un patrón de utilización normal, administrándoles el GHQ-28 de Goldberg. Tras el análisis estadístico (regresión logística múltiple) se encuentra una asociación claramente significativa entre puntuar 7 ó más en el GHQ y ser hiperfrecuentador.

En Málaga, Mancera y cols. (2001) encuentran que los hiperconsultadores de su zona son mujeres de edad media, con problemas físicos de evolución crónica y con problemas de salud mental¹¹⁹.

Desde la Atención primaria se han realizado numerosos estudios, particularmente en los últimos 10 años, en los que se abunda en la idea de que

el paciente con alto consumo de servicios es un paciente multiproblemático, que presenta varias enfermedades crónicas, múltiples quejas somáticas y síntomas psicológicos en diversas combinaciones^{23-25,120,121}.

OBJETIVOS

1. Determinar la prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de edad de la zona básica de salud del Marquesado (Granada).
2. Comparar las prevalencias obtenidas con las halladas en estudios de diseño similar.
3. Conocer la distribución de pacientes con morbilidad psiquiátrica en los distintos niveles de atención a la salud mental, estudiando que tipo de patología es atendida por el medico de atención primaria, y cual termina derivando a los servicios de atención psiquiátrica tanto ambulatoria como hospitalaria.
4. Estudiar qué factores se asocian a la presencia de trastornos mentales en la comunidad objeto de estudio.

METODOLOGIA

1- Diseño del estudio.

Se trata de un estudio transversal de prevalencia de psicopatología en la población general, que se realiza en el Centro de Salud del Marquesado (Distrito Sanitario Guadix – Baza) de Granada. La recogida de datos se llevó a cabo durante el primer semestre de 2001.

La metodología empleada fue la de un diseño en dos fases, una primera de detección de posibles casos y la segunda de confirmación diagnóstica.

2- Ámbito de estudio

Como queda dicho, el trabajo se desarrolla en la comarca del Marquesado del Zenete, concretamente en las localidades cuya atención sanitaria depende del Centro de Salud del Marquesado, constituyendo la Zona Básica de Salud del mismo nombre (Aldeire, Alquife, Charches, Dólar, Hueneja, Ferreira, La Calahorra, La Huertezuela, Jeres del Marquesado y Lanteira). Figura 2

Se trata de una Comarca rural con 10 núcleos de población dispersa y con una población total de 6360 habitantes, de los que 3157 son varones y 3203 mujeres¹²⁹.

La principal actividad económica es la agricultura. Hasta hace unos años se mantenía activa una industria minera de hierro, (la más importante de España), pero, víctima de la crisis en el sector, terminó cerrando, lo que ocasionó un substancial declive económico en la zona además de la emigración de un nada desdeñable número de familias.

Figura 2: LOCALIZACION DE LA ZONA DE ESTUDIO



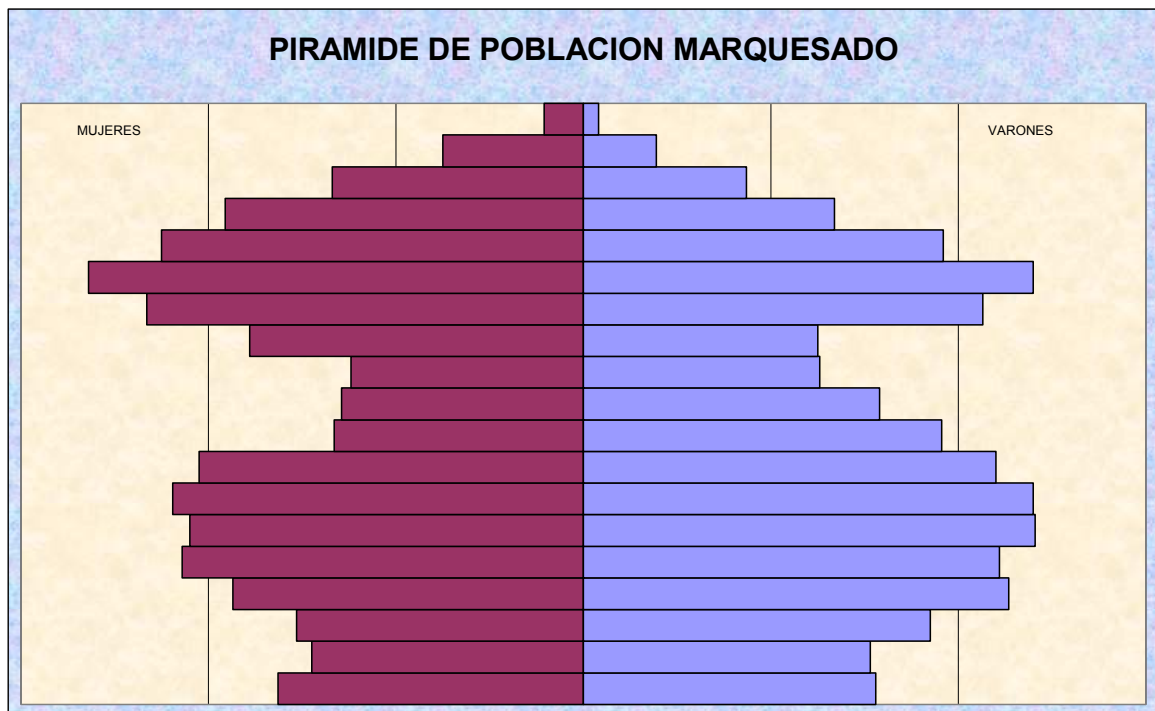
El nivel socioeconómico de la comarca es bajo. Sirva de ejemplo el nivel de renta media por habitante, que en la zona es de 1.437.093 Pts. frente a las

1.978.694 de la provincia (un 27.4% menos) o las 2.017.476 de Andalucía (un 28.8% menos). Nos encontramos, por tanto, ante una de las comarcas más deprimidas de Andalucía.

Por lo que respecta a la edad de la población, encontramos un porcentaje de habitantes con menos de 20 años del 18.7% frente al 26.6 provincial y autonómico. En el extremo contrario, el porcentaje de población mayor de 65 años es altísimo, con un 23%.

La pirámide de población muestra dos escotaduras: una en la base debida a la baja tasa de natalidad, y otra en grupo de edades medias, como reflejo de la importante emigración que se produjo en el área en los años 60 y 70 (figura 3)

Figura 3: Pirámide de población Marquesado



Tanto el crecimiento vegetativo como el saldo migratorio medio son claramente negativos en los últimos años.

Como resumen podemos afirmar, por tanto, que la población de estudio es una población rural en regresión, con bajo nivel socioeconómico y con un elevado porcentaje de población anciana.

3- Muestra

Tomando como fuente de datos el Censo electoral¹³⁰, se procedió mediante muestreo aleatorio simple a la selección de una muestra de población mayor de edad residentes en la Zona.

Para ello se *consideró* una prevalencia de trastornos mentales del 20%, que parecía razonable con los datos de que disponíamos en el instante del cálculo^{49, 64}.

Dado que la población mayor de 18 años ascendía a un total de 5990 personas la muestra inicial debía estar compuesta por no menos de 236 individuos siempre que se deseara un nivel de confianza del 95%, con un error en la estimación del 5%.

Es conocido que el Censo electoral está sujeto a una sobrerrepresentación del número de personas que viven en una determinada zona, fundamentalmente porque su actualización se dilata tanto en el tiempo que rara vez está completamente al día; esa sobrerrepresentación se debe fundamentalmente a dos causas: las personas que mueren no son eliminadas del mismo en un tiempo cercano a su óbito y los traslados de localidad se reflejan en los mismos términos en el mismo. Estos hechos nos obligaron a incrementar el tamaño de la muestra en un 20% con objeto de cubrir tales pérdidas que no eran imputables a nuestro muestreo sino a nuestra fuente, que, por otro lado, era la única disponible. Incrementado el tamaño de la muestra se eligió la misma por muestreo aleatorio simple, quedándonos finalmente con una muestra de 252 personas, superior a nuestro cálculo inicial en 16 personas, lo que, en todo caso, incrementa la precisión de nuestra estimación.

4- Mediciones

4.1- Primera fase

A la totalidad de los individuos incluidos en la muestra se les administró, como instrumento para detectar la presencia de malestar psíquico, el General Health Questionnaire de Goldberg (GHQ) en su versión de 28 ítems, una encuesta sociodemográfica de diseño propio que incluyó una pregunta sobre el número de consultas con los médicos de familia que los sujetos seleccionados realizaron por cualquier motivo durante el trimestre anterior, y el test CAGE para la detección de consumo patológico de alcohol.

Como instrumento para determinar el apoyo social percibido se utilizó el DUKE-UNC que es un cuestionario modificado y validado por Broadhead¹³².

Para comprobar la presencia de disfunción familiar se utilizó el APGAR familiar desarrollado por Smilkstein¹³³.

Se administró también la escala de reajuste social de Holmes y Rahe¹³⁴ modificada por González de Rivera¹³⁵, que consta de 43 ítems que recogen posibles acontecimientos vitales estresantes (AVE) ocurridos en el último año.

El GHQ, desarrollado por Goldberg y Blackwell en 1970¹³⁶, está considerado, junto al desarrollado por Wing en 1967, como el instrumento más elaborado dentro de las técnicas de identificación de casos para estudios epidemiológicos psiquiátricos.

Ha demostrado ser un instrumento válido para detectar patología, sobre todo de carácter menor y se ha utilizado en ambientes tanto médicos como comunitarios, y en distintas culturas.

El cuestionario se presenta con cuatro posibles respuestas graduadas de menos a más formando cuatro columnas, en las que el sujeto debe rodear la respuesta con un círculo. Cualquier individuo de cultura media puede rellenarlo por sí mismo, pero en caso de dificultad para comprenderlo, que puede ser extrema en analfabetos, se les puede ayudar a completarlo, procurando no influir en sus respuestas.

A lo largo de todo el cuestionario se hace siempre referencia a síntomas presentes en las últimas semanas. Las respuestas a cada pregunta se señalan en una escala de cuatro ítems, estando diseñado el cuestionario de forma que se evita al máximo los fenómenos de contaminación y perseveración en las correcciones.

Existen tres métodos de corrección según el valor que se le de a cada una de las respuestas. Estas diversas formas de puntuación ⁷⁴ son las siguientes:

Puntuación	0-0-1-1
“Likert” simple	0-1-2-3
“Likert” modificado	0-0-1-2

De las tres, la más utilizada y la que nosotros hemos empleado es la señalada en primer lugar.

El sujeto entrevistado debe contestar todas las preguntas subrayándolas o redondeándolas con un círculo. La interpretación es sencilla; en cada una de las subescalas se cuentan el número de respuestas en cualquiera de las dos columnas de la derecha, desechando las dos de la izquierda, y se suman para dar una puntuación total.

En su versión más larga, el GHQ constaba de 140 ítems. A partir de ella, y mediante técnicas de análisis factorial, se fueron desarrollando versiones más cortas (de 60, 30, 28, 20 y 12 ítems).

Lobo y col. (1981, 1986)^{137,138} adaptaron para nuestro medio la versión de 28 ítems, que es la que hemos utilizado nosotros.

En el estudio de validación se determina que, conservando similares índices de validez y poder discriminativo, su administración era bastante más corta, que la de versiones anteriores, reduciéndose el tiempo de 10 a 3 minutos.

Además de una información global, el GHQ-28 aporta cuatro subescalas que proporcionaban información adicional:

- A. Síntomas somáticos de origen psicológico
- B. Angustia/ansiedad
- C. Disfunción social (en las actividades cotidianas)
- D. Depresión

Se introduce así la tendencia a aprovechar más los datos del GHQ descomponiéndolo en un determinado número de factores cuyo estudio puede aportar información útil además del simple grado de severidad que se deduce de la puntuación, de manera que puede mejorarse la detección de casos si se examina el perfil de las diferentes subescalas.

El GHQ de 28 ítems tiene valores muy buenos de sensibilidad y especificidad (que varían según el punto de corte en la distinción caso/no caso), así como un

bajo índice de mal clasificados. Además, las subescalas del método obtuvieron buenos coeficientes de correlación con la evaluación clínica, a cargo de un psiquiatra experimentado que usaba el *Clinical Interview Schedule* (CIS). Las conclusiones de esta validación mostraron los siguientes resultados en lo referido a sensibilidad y especificidad:

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Mal clasificados
4/5	88%	84,2%	14,5%
5/6	80%	88,8%	14,2%

Pero existen factores que pueden alterar estas cifras de validez del instrumento. Así, pueden obtenerse falsos positivos en diversas situaciones: dolor agudo y persistente, problemas somáticos graves, acontecimientos vitales recientes, problemática social (todos ellos crean malestar, reflejado sobre todo en las subescalas A y C), los simuladores o las personas que tienden a exagerar su sintomatología también pueden dar falsos positivos, así como los trastornos que impliquen un deterioro del nivel de conciencia o intelectual, que influyen en la correcta interpretación del cuestionario. Problemas crónicos (alcoholismo y otras drogodependencias, trastornos de personalidad y psicopatología crónica) pueden hacer que el paciente se haya acostumbrado a su alteración, dando con ello falsos negativos.¹³⁶⁻¹⁴⁰

Basándonos en los estudios de validación referidos, seleccionamos el punto de corte 4/5 por considerar, que ofrece una adecuada sensibilidad, como corresponde a un instrumento de screening.

Por tanto, el criterio de probable caso psíquico estaría definido sobre la base de una puntuación igual o superior a 4 puntos en este cuestionario.

La encuesta sociodemográfica recoge información sobre edad, sexo, estado civil, nivel cultural, ocupación y situación laboral. Los tres últimos apartados se plantean con las mismas opciones de respuesta que la Encuesta Nacional de Salud¹³¹.

Así para determinar el nivel cultural, se clasificó a los participantes en el estudio según los siguientes ítems: Analfabeto, sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, COU/FP2 terminado, diplomado, licenciado.

Para establecer la situación laboral los apartados que se investigan son si el sujeto se encuentra trabajando, buscando una primera ocupación, parado, si es pensionista, si vive de rentas, es ama de casa, estudiante, o se encuentra en otra situación.

Se interrogó a los sujetos seleccionados sobre su estado de salud actual (salud autopercibida), de manera que cada individuo seleccionaba una de las cuatro respuestas posibles: muy mala, mala, regular, buena y muy buena.

Se constató, en su caso, la existencia de enfermedad orgánica crónica.

Como quiera que el sistema de acceso a las diferentes consultas de Atención primaria no eran uniformes en el momento de la realización del estudio, se solicitó de la dirección del Centro de Salud que clasificase en cuatro grupos distintos a los diferentes consultorios en función de la facilidad / dificultad de acceso de los usuarios al médico de familia.

Por último, se interrogó al encuestado sobre el número de veces que había acudido por motivos propios a la consulta de su médico de familia, en el transcurso de los tres últimos meses.

El cuestionario CAGE toma su nombre de las iniciales de las preguntas que lo componen (*Cutting- Down drinking, Annoyance and others concern about drinking, feeling Guilty about drinking, using alcohol as an Eye-opener in the morning*).

Fue presentado por primera vez por Ewing en la Conferencia Internacional de Alcoholismo que tuvo lugar en Australia en 1970¹⁴¹; fue validado posteriormente por Mayfield en una población de alcohólicos de 2 centros de rehabilitación en Estados Unidos (1974)¹⁴², y más tarde en España por Rodríguez Martos (1986)¹⁴³.

Muy probablemente, es el instrumento de screening de alcoholismo más conocido y utilizado en nuestro medio.

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 4 preguntas.

Las preguntas del cuestionario CAGE se responden sí o no. Se considera que presenta consumo patológico de alcohol cuando se contesta afirmativamente a dos o más cuestiones; con una respuesta positiva se considera sospechoso.

Se recomienda que los ítems que componen el cuestionario se integren en una encuesta más extensa, pues el tipo de preguntas puede inducir al encuestado a no responder o a cambiar las respuestas. En nuestro caso, las preguntas del CAGE se intercalaron con la del cuestionario APGAR familiar, que será utilizado en otros apartados del presente estudio.

El CAGE es un instrumento que se ha demostrado eficaz a la hora de establecer un diagnóstico de presunción de alcoholismo relacionándose los ítems contenidos en el mismo con la presencia de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Posee una elevada sensibilidad (65 – 100%) y especificidad (88-100%), así como un elevado valor predictivo positivo. Díez Martínez en Zaragoza¹⁴⁴ encuentra una sensibilidad del 75%, una especificidad del 96%, con un valor predictivo positivo del 73%. Hearne en Dublín y en ambiente hospitalario, encuentra cifras parecidas (sensibilidad del 77% y especificidad del 99%).¹⁴⁵

Cabe decir, por último, que presenta una serie de ventajas que lo hacen muy recomendable para ser aplicado sobre todo en Atención Primaria, como bajo coste, rapidez de realización, no necesitar de personal cualificado para su aplicación, y el hecho de estar ampliamente difundido en todo el mundo como cribado de problemas relacionados con el alcohol.

El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC es un instrumento que fue diseñado en 1982 en la Universidad de Duke en Carolina del Norte. Posteriormente fue, modificado por Broadhead¹³².

Evalúa el apoyo social percibido (no el real) midiendo de forma cualitativa distintas dimensiones del apoyo social y es lo suficientemente reducido como para que pueda emplearse en la consulta del médico de familia.

Fue validado en nuestro país por De la Revilla y Bailón¹⁴⁶. Posteriormente, Bellón y colaboradores vuelven a validarlo en otra población, analizando su reproducibilidad y estabilidad en el tiempo¹⁴⁷.

Dentro de los instrumentos que se han propuesto para medir el apoyo social funcional, éste destaca por su sencillez y brevedad.

Según su autor, la calidad del apoyo social es mejor predictora de la salud que el apoyo estructural, justificando así su uso.

Tras la validación, las tres dimensiones que inicialmente incluía el cuestionario, quedaron reducidas a dos: El apoyo confidencial y el apoyo afectivo.

Se recomienda que antes de que el paciente lea el cuestionario el médico de familia le explique el motivo que justifica la evaluación del apoyo social, relacionándolo con el problema individual o familiar que motivó la consulta y le animará a expresar cuantas dudas se susciten en relación con las preguntas.

El cuestionario consta de 11 ítems, que recogen valores referidos al apoyo confidencial y al afectivo. Las respuestas se miden por una escala de Likert puntuando de 1 a 5.

Las preguntas que miden el apoyo afectivo son las 2,3,5,9 y 11. Los ítems que identifican el apoyo confidencial son el 1,4,6,7,8 y 10. La escala nos da tres valores: el apoyo total percibido por el encuestado, el afectivo y el confidencial.

Al realizar la suma total de puntos de las preguntas la puntuación máxima que se puede obtener es de 55, y la mínima de 11, la media de 33. Se considera que el sujeto estudiado tiene un apoyo social bajo cuando el resultado está por debajo del valor medio.

Los valores del apoyo afectivo se encuentran entre 25 de máximo y 5 de mínimo, con una media de apoyo de 15; cifras inferiores indican bajos recursos afectivos.

El apoyo confidencial tiene un máximo de 30 y un mínimo de 6 puntos y de media 18. Todos los valores por debajo de 18 expresan bajo apoyo confidencial.

El APGAR familiar de Smilkstein es un test de funcionalismo familiar que consta de cinco preguntas. Cada una de ellas se corresponde con un área diferente de la función familiar: Apoyo, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

Se trata de una técnica rápida y sencilla, motivo por el que, pese a las reservas manifestadas por algunos autores respecto a su sensibilidad y utilidad práctica^{148, 149}, ha venido recomendándose para la consulta del médico de familia como instrumento para el abordaje de los problemas familiares.

El cuestionario ha sido validado en nuestro medio por Bellón y colaboradores¹⁵⁰.

Las respuestas se miden mediante una escala Likert. Cada pregunta tiene tres posibles respuestas (puntuaciones 0,1 y 2).

Los individuos se clasifican en normofuncionales cuando alcanzan puntuaciones entre 7 y 10 puntos, que es la máxima puntuación posible.

Los individuos que puntúan entre 0 y 6 se consideran disfuncionales.

Para el estudio del acontecimiento vital estresante se han desarrollado una serie de técnicas con el propósito de conocer y medir la magnitud de los cambios vitales. De entre todos los instrumentos desarrollados para la investigación del estrés social es la escala de reajuste social, elaborada por Holmes y Rahe la que mayor difusión ha alcanzado. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 43 ítems organizados de mayor a menor en función de su capacidad para inducir cambios en el sujeto que los experimenta. Los encuestados

responden señalando los sucesos que ellos han experimentado en el pasado reciente (seis meses o un año previo).

El reajuste fue definido por sus autores como “la cantidad y duración del cambio en el patrón de vida del individuo”. Cada uno de los eventos tiene una puntuación asignada que se denomina “unidades de cambio vital” (UCV), que va de 100 para el acontecimiento más grave (“la muerte del cónyuge”) a 11 en el menos relevante (“leves transgresiones de la ley”).

Los autores, para determinar el peso específico de cada evento, emplearon una muestra voluminosa de personas, distribuidas por grupos para cada uno de los 43 ítems con respecto al reajuste social que los diferentes acontecimientos requerían. El ítem “matrimonio” fue usado como patrón de referencia para realizar las tasaciones, y a partir de este dato se calcularon los valores medios para cada uno de los ítems. Estos valores medios se emplearon para representar el promedio de reajuste social requerido por el acontecimiento.

Los valores de unidades de cambio vital (UCV), sumados, nos proporcionan el valor total del cambio. Cuando la suma sea de 150 UCV o superior, consideramos que estos AVE pueden afectar a la familia o al estado de salud de alguno de sus miembros. Si la suma total es superior a 250 se puede tener la certeza de que la acumulación de estresores puede producir problemas psicosociales, enfermedades orgánicas o psíquicas, agravar patologías crónicas y alterar la función familiar.

Se critica de esta escala que los acontecimientos pueden tener distinta valoración en relación con diferencias socioculturales y socioeconómicas en incluso en relación con la situación geográfica, urbana o rural, de los encuestados. Algunos autores han sustituido algunos elementos de la Escala de Holmes-Rahe para adecuarlos a personas de clase baja o media-baja.

Del mismo modo se cuestiona el hecho de que algunos ítems pueden tener diferente valoración según su grado de deseabilidad por parte del encuestado (vg. para algunos “la muerte del cónyuge” puede tener connotaciones positivas y para otros todo lo contrario). El mezclar acontecimientos deseables y no deseables en una misma suma para algunos autores constituye un grave inconveniente que pone en entredicho la validez del cuestionario. Arguyen que los acontecimientos indeseables pueden tener efectos mucho más devastadores en el individuo que los acontecimientos positivos. Parece lógico asumir que el estrés vital comprende esencialmente a los sucesos que impactan negativamente sobre el sujeto.

De la Revilla propone el uso de este instrumento utilizando la versión adaptada por él para nuestro medio¹²⁶.

4.2- Segunda fase

A todos los participantes en el estudio que obtuvieron 5 puntos o más en el GHQ-28 se les consideró como casos psiquiátricos probables y se les ofreció participar en una segunda fase.

Dentro de los individuos que puntuaron 5 o más en el GHQ se distinguieron dos categorías distintas:

- 1- Sujetos probables casos que no poseían un diagnóstico psiquiátrico previo a la realización del estudio.

- 2- Casos psiquiátricos conocidos que poseían un diagnóstico y/o estaban en tratamiento en el momento de la primera entrevista.

A los participantes del primer grupo se les ofreció, al objeto de obtener una confirmación diagnóstica, la realización de una entrevista psiquiátrica por parte de un psiquiatra del Equipo de Salud Mental (ESM) de referencia, localizado en Guadix. Esta entrevista se realizó, en caso de ser aceptada por el paciente, dentro de la semana siguiente a la aplicación del GHQ.

El instrumento diagnóstico estandarizado que se utilizó para la confirmación diagnóstica fue el Clinical Interview Schedule (CIS).

Se trata de una entrevista psiquiátrica semiestructurada, diseñada por Goldberg y colaboradores, precisamente para la validación del GHQ en Inglaterra³⁷. Estos autores elaboraron una entrevista clínica, enfocada desde el principio para ser utilizada en la comunidad, considerando como requisitos indispensables los siguientes:

a) la evaluación psíquica debe ser realizada por personal entrenado y en el marco de una entrevista clínica.

b) la entrevista debe ser aceptable, tanto para los sujetos normales como para los que no se ven a sí mismos como trastornados psíquicamente.

c) el contenido de la entrevista debe ser apropiado para los tipos de disturbios psíquicos más frecuentes en la comunidad.

d) la entrevista debe aportar información sobre los signos y síntomas individuales de la enfermedad, así como de la evaluación diagnóstica.

e) debe discriminar claramente tanto los trastornos mentales como los sujetos sanos y, entre los pacientes, los diferentes grados de trastorno.

f) debería ser relativamente económica en cuanto al tiempo, para poder incluir el máximo número de sujetos.

g) la evaluación clínica y psiquiátrica debería ser fiable en el sentido de ser reproducible por diferentes observadores entrenados.

Esta entrevista alcanza un alto coeficiente de fidelidad entre los diversos posibles entrevistadores (0,92), tanto en su versión inglesa como en la española, y es aceptada con facilidad por sujetos que no se consideran a sí mismos como pacientes psiquiátricos¹⁵¹. La versión en castellano ha sido validada en nuestro país por Lobo et al. en 1984¹⁵².

La entrevista consta de dos secciones semiestructuradas, una para valorar los síntomas subjetivos y otra para la valoración objetiva¹⁵³.

La primera es la parte subjetiva, en la que se indaga sobre los síntomas psiquiátricos o psicológicos que el paciente haya experimentado en la semana precedente. Los síntomas están agrupados en diez subsecciones.

La segunda es la sección objetiva, que constituye la valoración que realiza el entrevistador sobre los síntomas del paciente, de cara a la realización de un diagnóstico. Incluye, a su vez doce subsecciones.

Las puntuaciones de los ítems se mueven en un baremo que va de 0 a 4, según la presencia, la frecuencia y la intensidad de los síntomas, permitiendo clasificar a los entrevistados en diferentes grupos que comprenden desde no enfermo psiquiátrico con enfermedad física o sin ella hasta enfermo psiquiátrico grave con síntomas de intensidad grave:

- 0: No enfermo psiquiátrico.
- 1: No enfermo psiquiátrico.
- 2: Enfermo psiquiátrico leve.
- 3: Enfermo psiquiátrico moderado.
- 4: Enfermo psiquiátrico grave

Goldberg et al. encuentran útil considerar como caso al sujeto que puntúa 2 o más en cualquier ítem de la sección objetiva. Las puntuaciones aisladas de la parte subjetiva, aunque sean altas, no implican que el paciente sea un caso. Por tanto, todos aquellos sujetos que obtuvieron 2 puntos o más en la sección objetiva del CIS fueron considerados como casos psiquiátricos, y todos ellos obtuvieron un diagnóstico CIE-10.

La confirmación diagnóstica para aquellos casos que ya poseían un diagnóstico psiquiátrico y estaban en tratamiento en el momento de iniciar el estudio, se realizó mediante un doble camino:

1- Estudiando las historias clínicas de los pacientes tanto en atención primaria como en el Equipo de Salud Mental de referencia, aplicando el algoritmo diagnóstico y listado de síntomas que propone la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, obteniéndose así una confirmación, primero, de presencia de trastorno mental, consiguiendo como consecuencia un diagnóstico, según las definiciones de trastornos mentales de la CIE -10^{154,155}.

2- Aplicando la lista de síntomas de criterios operacionales (OPCRIT) elaborada por McGuffin, Williams y Farmer, en su versión 3.4.

Se trata de una lista de 90 preguntas que incluyen cuestiones sobre el origen de los datos que se recogen, datos sociodemográficos, forma de comienzo y duración de la enfermedad, ajuste social y laboral premórbido, antecedentes personales y familiares, evidencia de factores psicosociales estresantes, un listado de síntomas (70 ítems), preguntas sobre consumo de sustancias, sobre discapacidad y relaciones sociales, sobre respuesta a neurolépticos y, por último, sobre curso y evolución del trastorno.

Es un instrumento diseñado para proporcionar una orientación polidiagnóstica a los trastornos mentales, particularmente a los trastornos psicóticos y afectivos.

La versión que hemos manejado (3.4) permite la clasificación de los sujetos de acuerdo con las categorías de los trastornos afectivos y psicosis funcional, según 12 sistemas de clasificación nosológica, entre los que se incluyen el DSM-IV, DSM-III, DSM-III-R y criterios de investigación de la ICE-10^{156,157}.

Las puntuaciones de la checklist OPCRIT, pueden estar basados, como es nuestro caso, en las historias clínicas de los sujetos. También puede basarse en informes, u obtenerse mediante una entrevista personal.

Nosotros hemos utilizado el paquete informático asociado a la encuesta, que genera de forma automática diagnósticos según los diferentes sistemas de clasificación mencionados más arriba.

5- Procedimiento en la recogida de datos

La recogida de datos en la primera fase se realizó en los consultorios locales de cada núcleo de población.

Para ello se citó a los individuos seleccionados mediante notificación telefónica o escrita.

En aquellos casos en los que el individuo seleccionado presentaba dificultades de cualquier tipo que le impidían acudir al consultorio, se procedió a entrevistarle en su domicilio.

En la primera fase las entrevistas fueron realizadas por el médico de familia del sujeto seleccionado o, en su caso por un residente de tercer año de medicina de familia. Participaron un total de 11 entrevistadores (7 médicos de familia y 4 residentes) que fueron entrenados para ello. En varias sesiones se les especificaron los objetivos del estudio y se les entregaron los cuestionarios con sus correspondientes manuales de instrucciones.

Las entrevistas fueron autoadministradas, salvo en el caso de que el paciente seleccionado tuviera dificultades para leer los textos.

Las entrevistas de la segunda fase fueron realizadas por un psiquiatra del Equipo de Salud Mental de referencia, que también se entrenó en el uso del instrumento diagnóstico. Sólo en el caso de que el paciente no pudiese desplazarse a Guadix, donde se ubica el dispositivo de salud mental, la entrevista semiestructurada fue realizada por el autor del presente trabajo.

La revisión de las historias de los pacientes que ya poseían un diagnóstico psiquiátrico al comienzo del estudio también fueron realizadas por el autor del estudio.

6- Consentimiento informado y confidencialidad de los datos

La participación en el estudio ha sido, en todo momento, voluntaria y la recogida de datos ha sido estrictamente confidencial.

Antes de iniciar la primera fase se obtuvo el consentimiento informado de los individuos seleccionados. En el caso de que pasasen a la segunda fase, se les informó y se solicitó de nuevo su conformidad.

Todos los cuestionarios y entrevistas fueron codificados, eliminando de las bases de datos las reseñas que pudiesen identificar a los sujetos de estudio.

En cualquier caso los datos que pudiesen relacionar resultados de las entrevistas con referencias personales quedaron bajo custodia del entrevistador principal.

7- Variables recogidas en la primera fase

7.1- Variables socio demográficas

- Nombre y apellidos.
- Número de Historia en Atención Primaria.
- Localidad de residencia.
- Número de identificación.

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil. Se distinguen cuatro ítems: Solteros, casados / con pareja, viudos y separados / divorciados.
- Nivel cultural con siete posibilidades de elección: Analfabeto, sin estudios, con estudios primarios, con estudios secundarios, con COU o FP2 terminados, Diplomados y licenciados.
 - Del resultado de diferenciar entre aquellos individuos que no poseen ningún tipo de estudios (niveles uno y dos de la variable anterior) de aquellos que han cumplido algún periodo de estudio, se obtiene una nueva variable que recogería a los primeros.
- Situación laboral con ocho ítems: Está trabajando en la actualidad, busca ocupación por primera vez, está en situación de paro, pensionista, vive de rentas, es ama de casa, estudiante y otras situaciones.
 - Los participantes que no tienen ocupación definida se agruparon en una nueva variable.
- Frecuentación de consulta en atención primaria: Número de visitas a demanda del paciente en los últimos tres meses.
 - Del resultado de establecer un punto de corte en el percentil 90 de la distribución de frecuencias de la variable anterior, se obtiene una nueva variable que recoge a aquellos pacientes con alta frecuentación en las consultas de atención primaria.
- Salud autopercebida. El paciente debía escoger una de las cuatro opciones que se le ofrecían al preguntarle sobre cómo considera que es su estado de salud en este momento.
 - Aquí también se crea una nueva variable, agrupando a aquellos individuos que manifiestan que su salud es mala o muy mala.
- Presencia de enfermedad crónica, recogiendo este dato de las historias clínicas de los pacientes.
- Accesibilidad a las consultas de Atención Primaria, según valoración de la dirección del Centro de Salud.

7.2- Instrumentos de cribado

- GHQ-28
Se recoge la puntuación obtenida (de 0 a 28 puntos), considerando casos probables a aquellos individuos que puntúan 5 puntos o más.
- CAGE
Al objeto de localizar individuos con probable abuso o dependencia de alcohol, se consideran como casos probables a aquellos individuos que obtienen dos puntos o más en este cuestionario.
- DUKE-UNC 11.
Se recoge la puntuación obtenida tanto en el apartado global como en las subsecciones de apoyo afectivo y apoyo confidencial. Consideramos que el individuo percibe un apoyo social deficitario si puntúa por debajo de 33 puntos.
- APGAR FAMILIAR
Se considera que existe un apoyo familiar deficitario si el sujeto obtiene una puntuación por debajo de siete puntos.
- ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL

En este apartado recogemos la puntuación global obtenida en la escala de Colmes y Rahe modificada por De la Revilla.

8- Variables recogidas en la segunda fase

8.1- Presencia / ausencia de trastorno mental

A todos los casos probables se les administró el CIS, registrándose la puntuación obtenida. En función de los resultados del CIS se clasifican de forma definitiva en casos o no casos psiquiátricos.

Aquellos individuos que puntuaron 2 ó más puntos en el cuestionario CAGE fueron estudiados para confirmar o descartar consumo problemático de alcohol. Para ello se estudiaron las historias clínicas de los pacientes y se entrevistó a su medico de familia de referencia, quien, de ser necesario, entrevistó al sujeto. De esta manera se obtuvo, en su caso, confirmación del diagnóstico.

Por último, se revisaron las historias clínicas, tanto de Atención primaria como de Salud Mental, de aquellos pacientes de la muestra que ya poseían un diagnóstico psiquiátrico y estaban en tratamiento bien por su medico de familia, bien por parte del Equipo de Salud Mental. Para ello se utilizó el instrumento OPCRIT y el algoritmo y lista de síntomas incluido en la CIE-10, obteniendo un diagnóstico en el supuesto de ser confirmados como casos psiquiátricos.

8.2- Diagnostico CIE-10

Todos los participantes en el estudio que fueron considerados casos psiquiátricos, obtuvieron uno o más diagnósticos CIE-10.

9- Análisis estadístico

9.1- PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES

Con objeto de atender a los objetivos del estudio, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de las variables recogidas, centrándonos en la distribución de frecuencias y en las medidas básicas de resumen como media, desviación típica, mediana etc., en los casos en los que fue necesario.

Se calculó la prevalencia global de trastornos mentales, así como las prevalencias específicas para cada grupo diagnóstico y para cada entidad diagnóstica de la CIE-10. Para cada prevalencia obtenida se calculó el intervalo de confianza exacto.

Con objeto de determinar la prevalencia global derivada de los diferentes estudios de los que se disponía se llevó a cabo una estimación conjunta de ella ponderando por los tamaños muestrales de dichos estudios, estimación que fue valorada en función de las diferencias significativas, y muy importantes, entre estudios, como poco valiosa para representar al conjunto de trabajos disponibles.

Para llevar a cabo el estudio acumulativo de los diferentes estudios observacionales sobre la prevalencia de la enfermedad mental se llevó a cabo un meta-análisis^{197,198} con los siguientes pasos:

1º) Con objeto de ver si podíamos construir una estimación conjunta de la prevalencia de enfermedad mental se llevó a cabo un test para ver si todos los estudios eran homogéneos (con el estadístico Q) y si esto era así, conjugarlos para dar una estimación conjunta empleando en este caso el método de DerSimonian y Laird, que no se dejaba afectar fuertemente por la heterogeneidad entre estudios.

2º) Dado que el test de homogeneidad de prevalencias entre estudios fue claramente significativo, se paso a hacer un estudio de cómo afectaban diferentes factores de cada uno de los estudios a la prevalencia de la enfermedad mental. La técnica empleada fue la meta-regresión (técnica que tiene en cuenta los efectos aleatorios, esenciales en todo metaanálisis). Teniendo en cuenta los efectos aleatorios, la estimación de la varianza entre estudios se hizo mediante el método REML; se empleó la modificación de Knapp & Hartung (2003), para la estimación de los coeficientes y el uso de la t de Student para los tests de significación de los mismos.

El error estándar de la prevalencia de cada estudio (pieza imprescindible para todo metaanálisis) fue el que reportaba el estudio, si es que este lo proporcionaba directamente, o el calculado a partir del intervalo de confianza de la prevalencia, si es que lo daba el artículo; cuando no fue posible obtenerlo del artículo, se empleó como error estándar de la prevalencia el obtenido para ella suponiendo que el muestreo era aleatorio simple y multiplicando este por dos si el muestreo era por conglomerados lo que lógicamente provocaría un mayor error estándar. Esta aproximación (multiplicar el error estándar correspondiente a una muestra aleatoria simple por 2 cuando la muestra era por conglomerados) fue sometido a diferentes pruebas desde un factor 1,5 a 3 no observándose diferencias importantes en los niveles de significación de los tests empleados (en ningún caso se cambió el sentido de la significación) y observados diferencias menores que el error estándar conjunto para las estimaciones que se hicieron.

Todos los análisis se llevaron a cabo empleando el paquete estadístico STATA 8.1, y dentro de él los programas meta, metan y metareg.

9.2- FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE TRASTORNO MENTAL

En este apartado, se llevó a cabo un análisis estadístico que resumiremos en los siguientes pasos:

1°) Para el conjunto de la muestra de pacientes se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para cada una de las variables recogidas, centrándonos en la distribución de frecuencias y en medidas básicas de resumen (media, desviación típica, mediana) en los casos en que fue necesario.

2°) Para comparar las diferentes variables con la presencia de enfermedad mental, se emplearon las correspondientes tablas de contingencia, si es que las variables eran cualitativas, y se empleó el test exacto para ellas (generalización del test exacto de Fisher para tablas rxs), procediéndose a la partición de la tabla cuando esta dio significativa.

3°) Con objeto de predecir los factores que estaban asociados de manera independiente con la presencia de enfermedad mental, se realizó un ajuste empleando la regresión logística exacta. Con ella se estimaron las razones del producto cruzado (odds ratio) para cada uno de los factores y los intervalos de confianza (al 95%) para cada uno de ellos. La construcción final del modelo que contiene a las variables que se asocian de manera independiente con la enfermedad mental, se hizo siguiendo un camino en tres pasos: en el primer paso se hicieron ajustes de cada una de las variables, por separado, con la presencia o ausencia de enfermedad mental (Modelo O).

Con las que dieron claramente significativas, se ajustó un nuevo modelo en el que se medía el efecto conjunto de ellas. A partir de este modelo se determinó las variables que eran eliminables del mismo sin pérdida de información y hecho esto se ajustó el modelo definitivo al que hemos denominado el modelo I o modelo final ajustado, que es el que finalmente se comentó. Todos los modelos ajustados fueron sometidos a la verificación de residuos para la detección tanto de datos influyentes como de datos extremos y en ellos se llevó a cabo el cálculo del test de bondad de ajuste de Hosmer_Lemeshow que nunca dio significativo.

9.3- FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERFRECUENTACION

Considerando a la hiperfrecuentación en la consulta de Atención Primaria como variable de resultado, se repitió el mismo tipo de análisis descrito en el apartado anterior, obteniendo, finalmente un modelo de regresión logística que predice los factores que se asocian a ella de forma independiente.

Para todos los análisis, los paquetes estadísticos empleados, además del Stata 8.1, fueron SPSS 12.1 y LogXact 3.0.

Para el cálculo de los intervalos de confianza exactos, se utilizó el paquete estadístico G-stat.

RESULTADOS

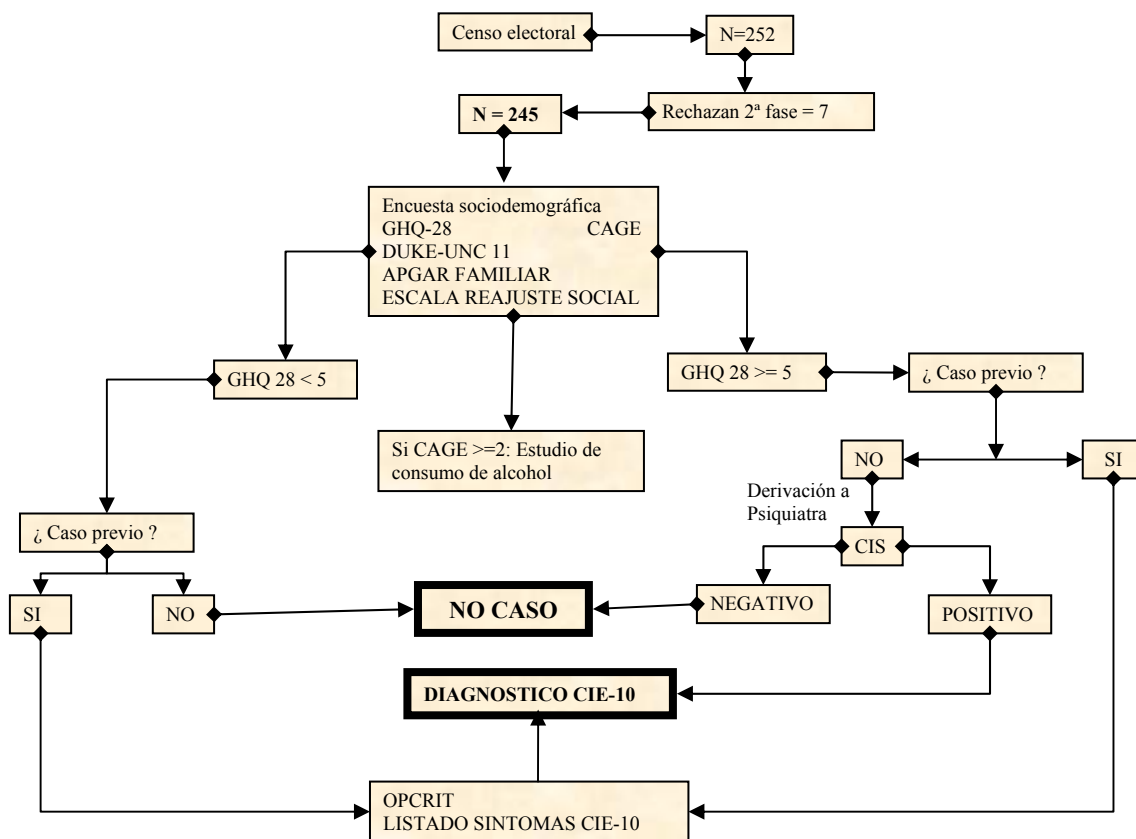
1- Inclusión y participación en el estudio

A los 252 individuos seleccionados inicialmente, su médico de familia les propuso participar en el estudio, aceptando la totalidad de ellos. A todos se les administró, tal y como queda recogido en el apartado de metodología, la encuesta socio demográfica, el GHQ-28, el CAGE el cuestionario APGAR familiar, el DUKE-UNC_11, y la escala de reajuste social.

Sin embargo, 7 individuos rechazaron participar en una segunda fase, por lo que fueron excluidos, quedando la muestra reducida a 245 personas.

En la figura 4 se representa el diagrama de flujo del desarrollo del trabajo.

FIGURA 4



2- Descripción de la muestra

De los 245 sujetos finalmente seleccionados, 125 (51%) eran mujeres, y 120 (49%) varones. La edad media de la muestra fue de 52.9 años con una desviación típica de 19.8, la edad mínima fue 18 y la máxima 89.

Como cabía esperar, dadas las características de la población general, el grupo de edad con mayor porcentaje es el de mayores de 65 años alcanzando un 36,7% del total (36,7% en hombres y 42,4% en mujeres).

En la tabla 3 se refleja la distribución por edad y sexo, tomando cuatro grupos de edades: de 18 a 34 años, de 35 a 49, de 50 a 64 y 65 años o más.

Tabla 3

Grupo de edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
18-34	30	24,0	29	24,2	59	24,1
35-49	25	20,0	27	22,5	52	21,2
50-64	17	13,6	20	16,7	37	15,1
65 ó más	53	42,4	44	36,7	97	36,7

Si atendemos al estado civil, encontramos que casi una cuarta parte de las mujeres seleccionadas son viudas, frente al 7.5% de los hombres. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.0001$).

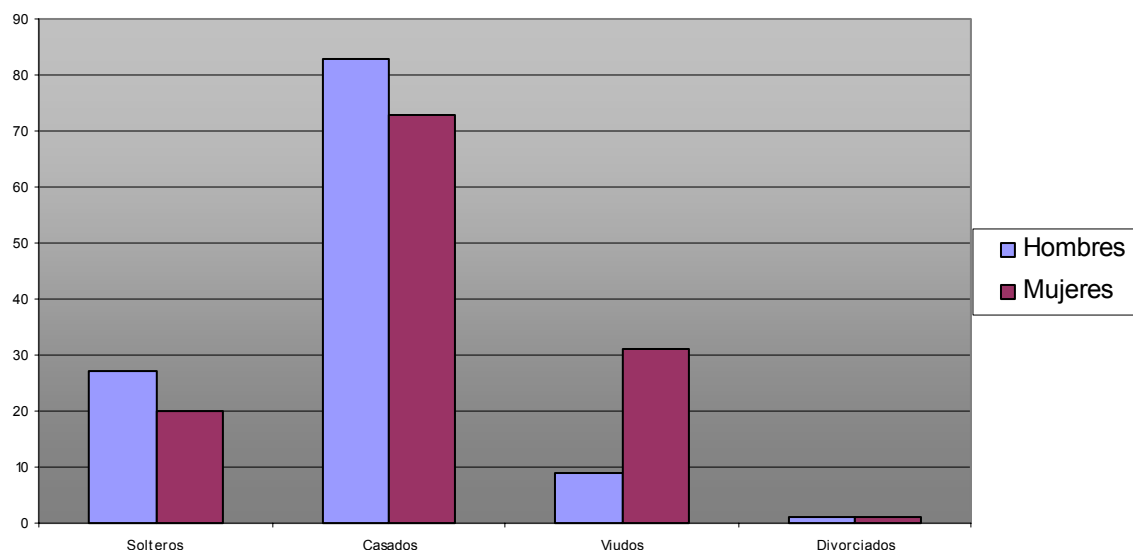
El grupo más numeroso, sin embargo es el de los casados o que conviven con su pareja, representando a un 63,7% del total de la muestra.

En la tabla 4 y en el grafico 1 se recoge la distribución por estado civil y sexo

Tabla 4

Estado civil	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Solteros	27	22,5	20	16,0	47	19,2
Casados	83	69,2	73	58,4	156	63,7
Viudos	9	7,5	31	24,8	40	16,3
Divorciados	1	0,8	1	0,8	2	0,8

ESTADO CIVIL POR SEXO



En la tabla A1 del anexo I se recoge la distribución de la variable estado civil, agrupada por edad y sexo

En cuanto al nivel cultural, destaca el porcentaje de sujetos que son analfabetos o que no tienen ningún tipo de estudios.

En el extremo contrario, sólo un 5,3% de los participantes en el estudio había terminado estudios superiores.

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre sexos. (Tabla 5)

Tabla 5

Nivel cultural	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Analfabeto	9	7,5	9	7,2	18	7,3
Sin estudios	32	26,7	42	33,6	74	30,2
Primarios	33	27,5	37	29,6	70	28,6
Secundarios	25	20,8	20	16,0	45	18,4
COU/FP2	13	10,8	12	9,6	25	10,2
Diplomados	5	4,2	0	0,0	5	2,0
Licenciados	3	2,5	5	4,0	8	3,3

En la tabla A2 del anexo I se recoge la distribución de la variable nivel cultural, agrupada por edad y sexo

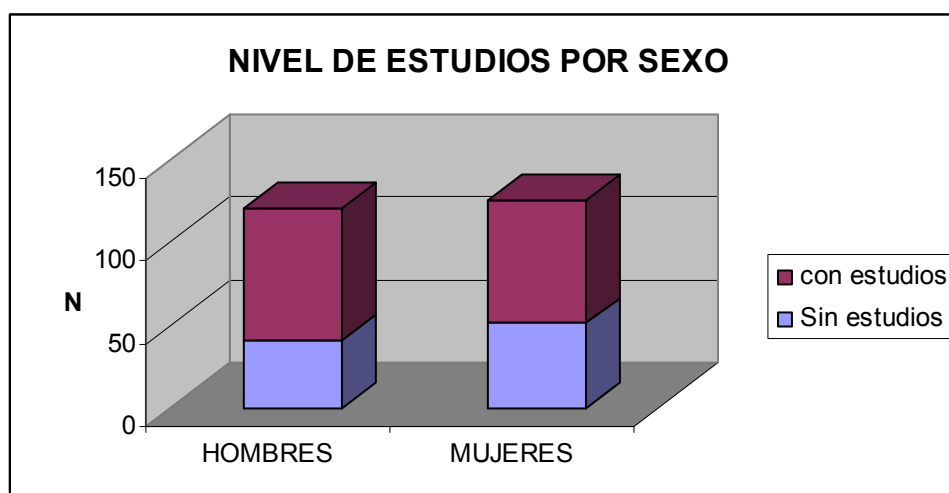
Agrupando a los sujetos que no tienen estudios o son analfabetos, obtenemos una variable dicotómica (sin estudios o con algún tipo de estudios) cuya distribución de frecuencias se muestra en la tabla 6.

En el gráfico 2 se representa esta distribución por sexos.

Tabla 6

Nivel de estudios	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sin estudios	41	34,16	51	40,80	92	37,55
con estudios	79	65,83	74	59,20	153	62,45
TOTAL	120	100	125	100	245	100

GRAFICO 2



En la tabla A3 del anexo I se recoge la distribución de la variable no tener estudios, agrupada por edad y sexo

El análisis de la situación laboral de los individuos seleccionados pone de manifiesto un elevado porcentaje de pensionistas, lo que es congruente con la estructura de la población general que muestra un alto número de ancianos. Un porcentaje muy elevado de mujeres tiene como actividad principal las tareas de casa.

En la tabla 7 se recoge la variable ocupación distribuida por sexos.

Tabla 7

Situación Laboral	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Trabajando	12	9,6	49	40,8	61	24,9
Busca 1ª ocupación	1	0,8	0	0,0	1	0,4
Parado	4	3,2	10	8,3	14	5,7
Pensionista	40	32,0	55	45,8	95	38,8
Vive de rentas	1	0,8	0	0,0	1	0,4
Ama de casa	57	45,6	0	0,0	57	23,3
Estudia	9	7,2	6	5,0	15	6,1
Otras	1	0,8	0	0,0	1	0,4

En la tabla A4 del anexo I se recoge la distribución de la variable ocupación, agrupada por edad y sexo

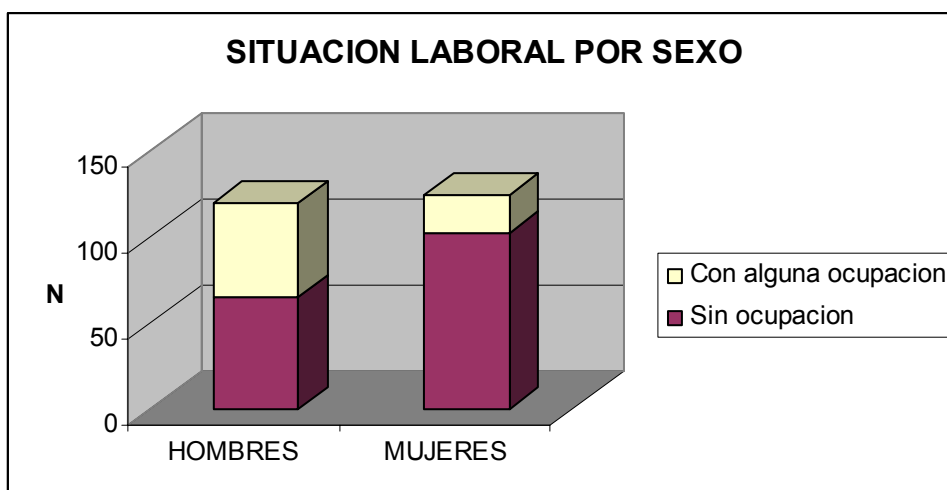
Una nueva variable dicotómica se obtiene de agrupar a los individuos que no tienen ninguna ocupación en el momento de ser entrevistados frente a los que manifiestan realizar cualquier actividad laboral (remunerada o no).

En la tabla 8 y en el gráfico 3 se recoge la distribución de esta variable.

Tabla 8

OCUPACION	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sin ocupación	65	54,16	102	81,60	167	68,16
Con alguna ocupación	55	45,83	23	18,40	78	31,83
TOTAL	120	100	125	100	245	100

GRAFICO 3



En la tabla A5 del anexo I se recoge la distribución de la variable no tener ocupación, agrupada por edad y sexo

3- Resultados de la primera fase

3.1- RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS AL GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE DE GOLDBERG (GHQ-28).

La puntuación media obtenida por los 245 sujetos seleccionados es de 3.51 puntos, con un error típico de la media de 0.33.

La desviación estándar es de 5.15 y los valores máximo y mínimo son de 25 y cero puntos respectivamente.

Tabla 9

	Hombres	Mujeres	Total
Media	2.38	4.59	3.51
Error típ. de la media	0.40	0.50	0.33
Mediana	1	2	1
Moda	0	0	0
Desviación típica	4.36	5.62	5.15
Varianza	19.03	31.57	26.55
Mínimo	0	0	0
Máximo	24	25	25

En la tabla 10 se detalla la distribución de frecuencias en la puntuación del GHQ según sexo.

En el gráfico 2 se representan estas distribuciones.

GRAFICO 4

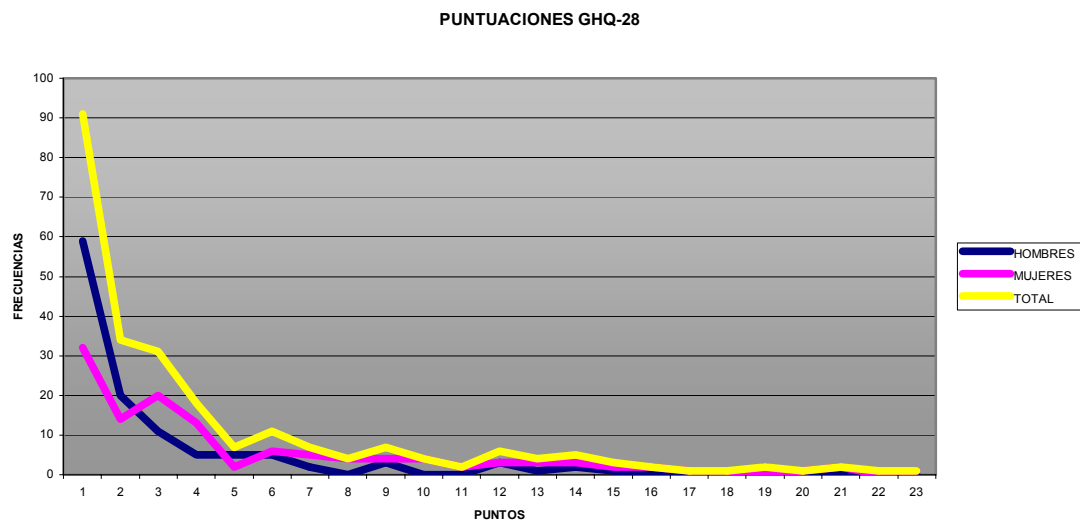


Tabla 10

Puntuacion	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0	59	49,2	32	25,6	91	37,1
1	20	16,7	14	11,2	34	13,9
2	11	9,2	20	16,0	31	12,7
3	5	4,2	13	10,4	18	7,3
4	5	4,2	2	1,6	7	2,9
5	5	4,2	6	4,8	11	4,5
6	2	1,7	5	4,0	7	2,9
7	0	0,0	4	3,2	4	1,6
8	3	2,5	4	3,2	7	2,9
9	0	0,0	4	3,2	4	1,6
10	0	0,0	2	1,6	2	0,8
11	3	2,5	3	2,4	6	2,4
12	1	0,8	3	2,4	4	1,6
13	2	1,7	3	2,4	5	2,0
15	1	0,8	2	1,6	3	1,2
16	0	0,0	2	1,6	2	0,8
17	0	0,0	1	0,8	1	0,4
18	0	0,0	1	0,8	1	0,4
19	2	1,7	0	0,0	2	0,8
21	0	0,0	1	0,8	1	0,4
23	0	0,0	2	1,6	2	0,8
24	1	0,8	0	0,0	1	0,4
25	0	0,0	1	0,8	1	0,4
Total	120	100,0	125	100,0	245	100,0

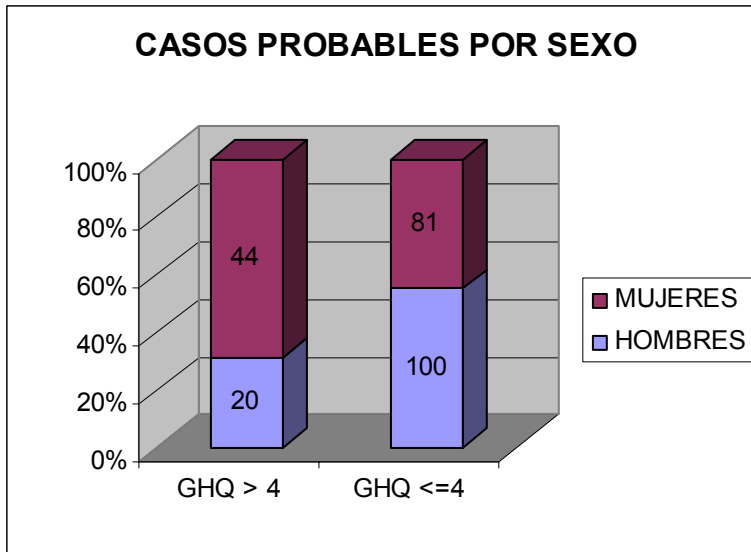
Las puntuaciones obtenidas se recodificaron en una variable dicotómica (probable caso psiquiátrico o no probable caso psiquiátrico) en función de que los encuestados obtuviesen, respectivamente, más de cuatro puntos o cuatro puntos o menos.

En la tabla 11 y en el gráfico 5, se recoge la distribución de esta nueva variable, según sexos.

TABLA 11

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
GHQ > 4	20	16,67	44	35,20	64	26,12
GHQ <=4	100	83,33	81	64,80	181	73,88
TOTAL	120		125		245	

GRAFICO 5



En la tabla A6 del anexo I se recoge la distribución de la variable probable caso psiquiátrico, agrupada por edad y sexo.

3.2- RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO CAGE

Un total de 15 personas obtuvieron 2 puntos o más en el cuestionario CAGE. En las tablas 12 y 13 se muestran la distribución de puntuaciones y los estadísticos descriptivos de esta variable.

En la tabla A7 del anexo I se recoge la distribución de la variable caso probable de consumo problemático de alcohol, agrupada por edad y sexo.

Del resultado de establecer el punto de corte para ser considerado como probable caso de abuso o dependencia del alcohol en 2 puntos del test, se obtiene una nueva variable (probable o no probable caso), cuya distribución se muestra en la tabla 14.

TABLA 12

CAGE	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0	97	80,8	119	95,2	216	88,2
1	10	8,3	4	3,2	14	5,7
2	7	5,8	1	0,8	8	3,3
3	3	2,5	0	0,0	3	1,2
4	3	2,5	1	0,8	4	1,6

TABLA 14

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
CAGE >1	13	10,80	2	1,60	15	6,11
CAGE <=1	108	89,20	123	98,40	231	93,99
TOTAL	120		125		245	

GRAFICO 4

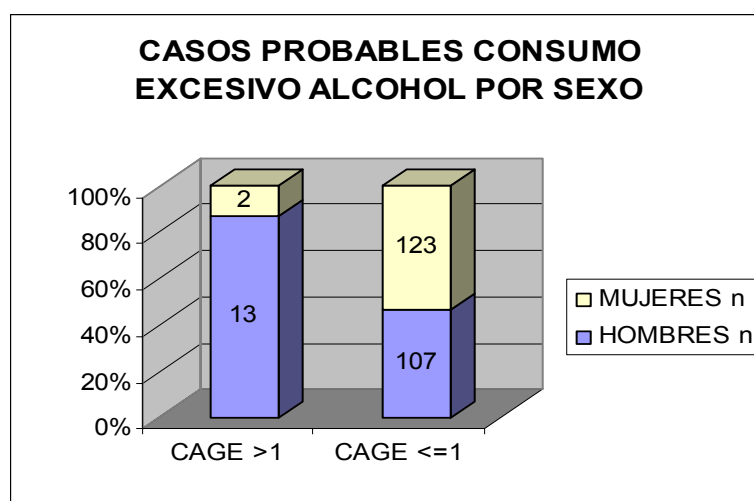


TABLA 13

CAGE	
Media	0,22
Mediana	0
Moda	0
Desv. típ.	0,71
Varianza	0,51
Mínimo	0
Máximo	4

En la tabla A8 del anexo I se recoge la distribución de la variable caso probable de consumo problemático de alcohol, agrupada por edad y sexo.

3.3- RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO DUKE-UNC-11.

En las tablas 15 y 16 se muestran los resultados obtenidos por los participantes, diferenciando resultados por sexo y los estadísticos descriptivos de esta variable. El gráfico 7 representa estos resultados.

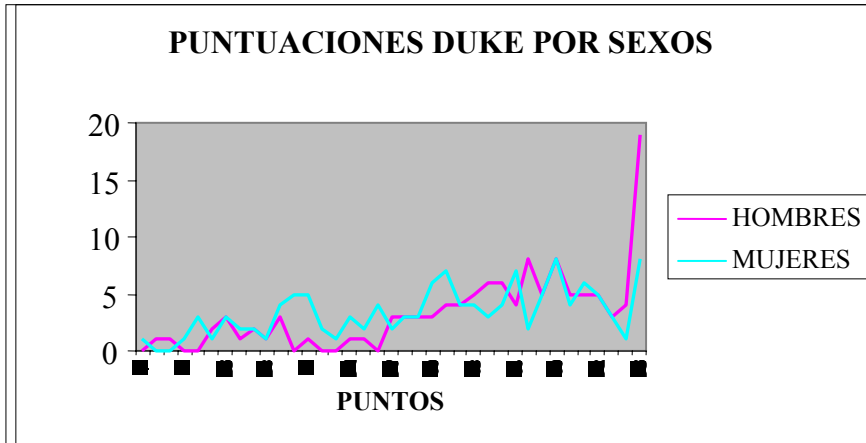
Tabla 15

Puntuacion	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
14	-	-	1	0,8	1	0,41
15	1	0,83	-	-	1	0,4
18	1	0,83	-	-	1	0,4
19	-	-	1	0,8	1	0,4
21	-	-	3	2,4	3	1,2
23	2	1,67	1	0,8	3	1,2
25	3	2,50	3	2,4	6	2,4
26	1	0,83	2	1,6	3	1,2
27	2	1,67	2	1,6	4	1,6
28	1	0,83	1	0,8	2	0,8
29	3	2,50	4	3,2	7	2,9
30	-	-	5	4,0	5	2,0
31	1	0,83	5	4,0	6	2,4
32	-	-	2	1,6	2	0,8
33	-	-	1	0,8	1	0,4
34	1	0,83	3	2,4	4	1,6
35	1	0,83	2	1,6	3	1,2
36	-	-	4	3,2	4	1,6
37	3	2,50	2	1,6	5	2,0
38	3	2,50	3	2,4	6	2,4
39	3	2,50	3	2,4	6	2,4
40	3	2,50	6	4,8	9	3,7
41	4	3,33	7	5,6	11	4,5
42	4	3,33	4	3,2	8	3,3
43	5	4,17	4	3,2	9	3,7
44	6	5,00	3	2,4	9	3,7
45	6	5,00	4	3,2	10	4,1
46	4	3,33	7	5,6	11	4,5
47	8	6,67	2	1,6	10	4,1
48	5	4,17	5	4,0	10	4,1
49	8	6,67	8	6,4	16	6,5
50	5	4,17	4	3,2	9	3,7
51	5	4,17	6	4,8	11	4,5
52	5	4,17	5	4,0	10	4,1
53	3	2,50	3	2,4	6	2,4
54	4	3,33	1	0,8	5	2,0
55	19	15,83	8	6,4	27	11,02
TOTAL	120	100	125	100	245	100

Tabla 16

	Hombres	Mujeres	Total
Media	44,70	40,90	42,78
Desv. típ.	9,21	9,68	9,62
Mínimo	15	14	14
Máximo	55	55	55

GRAFICO 7

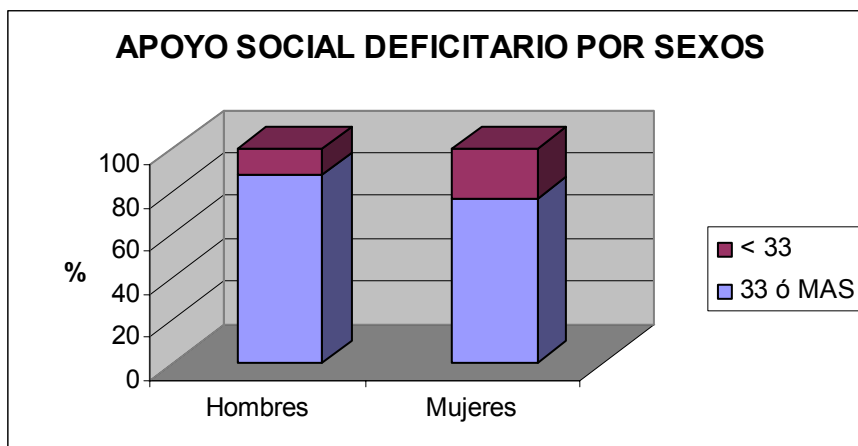


Considerando como punto de corte para categorizar como apoyo social deficitario los 33 puntos, se obtiene una nueva variable, cuya distribución de frecuencias se muestra en la tabla 17 y en el gráfico 8.

Tabla 17

Puntuación DUKE	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
33 ó MAS	105	87,5	96	76,8	201	82,0
< 33	15	12,5	29	23,2	44	18,0
Total	120	100	125	100	245	100

GRAFICO 8



En la tabla A9 del anexo I se recoge la distribución de la variable Duke bajo, agrupada por edad y sexo.

3.3.1- Resultados para el Apoyo afectivo.

En las tablas 15a y 16a, se recogen los resultados para la variable apoyo afectivo (subescala del DUKE-11). Hay que tener en cuenta que, en esta ocasión, el valor máximo posible es de 25, y el mínimo de 5 puntos.

Tabla 15a

Puntuacion	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
6	1	0,83			1	0,41
7			1	0,80	1	0,41
9	1	0,83			1	0,41
10			2	1,60	2	0,82
11	3	2,50	3	2,40	6	2,45
12	3	2,50	7	5,60	10	4,08
13	2	1,67	5	4,00	7	2,86
14	3	2,50	6	4,80	9	3,67
15	5	4,17	7	5,60	12	4,90
16	2	1,67	5	4,00	7	2,86
17	4	3,33	14	11,20	18	7,35
18	3	2,50	7	5,60	10	4,08
19	12	10,00	11	8,80	23	9,39
20	8	6,67	12	9,60	20	8,16
21	14	11,67	14	11,20	28	11,43
22	10	8,33	6	4,80	16	6,53
23	16	13,33	9	7,20	25	10,20
24	6	5,00	5	4,00	11	4,49
25	27	22,49	11	8,80	38	15,40
TOTAL	120	100	125	100	245	100

Tabla 16a

	Hombres	Mujeres	Total
Media	20,60	18,60	19,60
Desv. típ.	4,20	4,20	4,30
Mínimo	6	7	6
Máximo	25	25	28

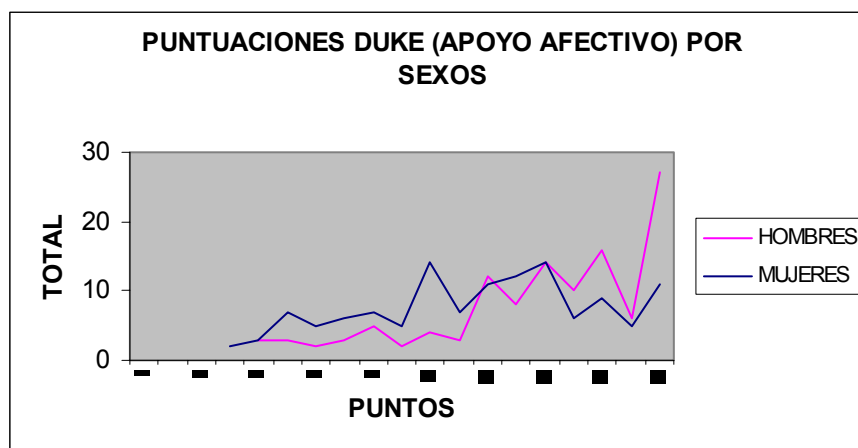


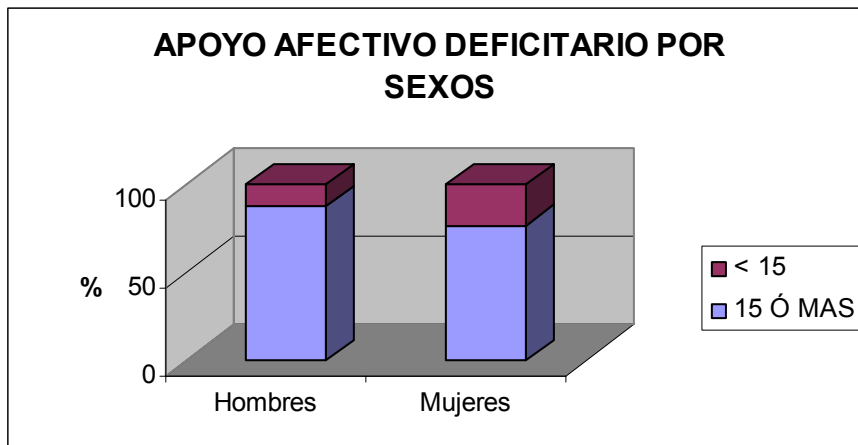
GRAFICO 7a

Considerando como punto de corte para categorizar como apoyo afectivo deficitario los 15 puntos, se obtiene una nueva variable, cuya distribución de frecuencias se muestra en la tabla 17a y en el gráfico 8a.

Tabla 17a

Puntuacion DUKE AFECT	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
15 Ó MAS	107	89,2	100	80	207	84,5
< 15	13	10,8	25	20	38	15,5
Total	120	100	125	100	245	100

GRAFICO 8a



En la tabla A16 del anexo I se recoge la distribución de la variable Duke bajo, para la subescala de apoyo afectivo agrupada por edad y sexo.

3.3.2- Resultados para el Apoyo confidencial.

En las tablas 15b y 16b, se recogen los resultados para la variable apoyo confidencial (la otra subescala del DUKE-11). En este caso el valor máximo posible es de 30, y el mínimo de 6 puntos.

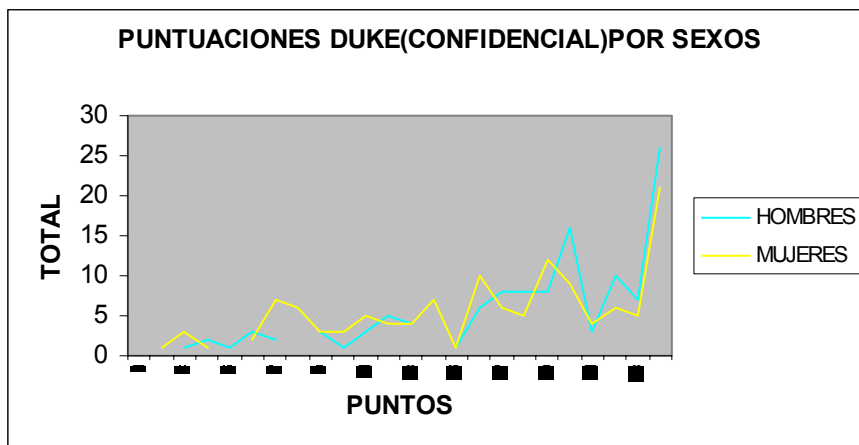
Tabla 15b

Puntuacion	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
6	2	1,7			2	0,80
7			1	0,8	1	0,4
9	1	0,83	3	2,4	4	1,6
10	2	1,7	1	0,8	3	1,2
11	1	0,8			1	0,4
12	3	2,50	2	1,6	5	2,0
13	2	1,67	7	5,6	9	3,7
14			6	4,8	6	2,4
15	3	2,50	3	2,4	6	2,4
16	1	0,83	3	2,4	4	1,6
17	3	2,50	5	4,0	8	3,3
18	5	4,2	4	3,2	9	3,7
19	4	3,33	4	3,2	8	3,3
20			7	5,6	7	2,9
21	1	0,8	1	0,8	2	0,8
22	6	5,00	10	8,0	16	6,5
23	8	6,67	6	4,8	14	5,7
24	8	6,7	5	4,0	13	5,3
25	8	6,67	12	9,6	20	8,2
26	16	13,33	9	7,2	25	10,2
27	3	2,50	4	3,2	7	2,9
28	10	8,33	6	4,8	16	6,5
29	7	5,83	5	4,0	12	4,9
30	26	21,67	21	16,8	47	19,2
TOTAL	120	100	125	100	245	100

Tabla 16b

	Hombres	Mujeres	Total
Media	23,97	22,38	23,16
Desv. típ.	6,08	6,22	6,19
Mínimo	6	7	6
Máximo	30	30	30

GRAFICO 7b



Considerando como punto de corte para categorizar como apoyo afectivo deficitario los 18 puntos, se obtiene una nueva variable, cuya distribución de frecuencias se muestra en la tabla 17b y en el gráfico 8b.

Tabla 17b

Puntuación DUKE	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
18 Ó MAS	104	86,7	96	76,8	200	81,6
< 18	16	13,3	29	23,2	45	18,4
Total	120	100	125	100	245	100

GRAFICO 8b



En la tabla A17 del anexo I se recoge la distribución de la variable Duke bajo, para la subescala de apoyo confidencial agrupada por edad y sexo.

3.4- RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Las puntuaciones obtenidas en el test APGAR FAMILIAR se muestran en la tabla 18. Estas puntuaciones están diferenciadas por sexos.

En la tabla 19 se recogen los estadísticos descriptivos de esta variable y en el gráfico 9 se representan las puntuaciones desagregadas por sexos.

Considerando disfuncional a aquella familia que en el cuestionario obtiene menos de siete puntos, un total de 31 participantes en el estudio se encontrarían en esa situación, lo que representaría al 12,6% de todos los participantes.

En la tabla 20 se muestra la distribución de frecuencias de esta nueva variable, y el gráfico 10 representa esa distribución por sexos.

Tabla 18

Puntuacion	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0	1	0,83	1	0,80	2	0,8
2	-	-	4	3,20	4	1,6
3	1	0,83	1	0,80	2	0,8
4	2	1,67	4	3,20	6	2,4
5	1	0,83	7	5,60	8	3,3
6	3	2,50	6	4,80	9	3,7
7	8	6,67	14	11,20	22	9,0
8	10	8,33	12	9,60	22	9,0
9	25	20,83	31	24,80	56	22,9
10	69	57,50	45	36,00	114	46,5
TOTAL	120	100	125	100	245	100

Tabla 19

	Hombres	Mujeres	Total
Media	9,04	8,17	8,60
Desv. típ.	1,64	2,21	2,00
Mínimo	0	0	0
Máximo	10	10	10

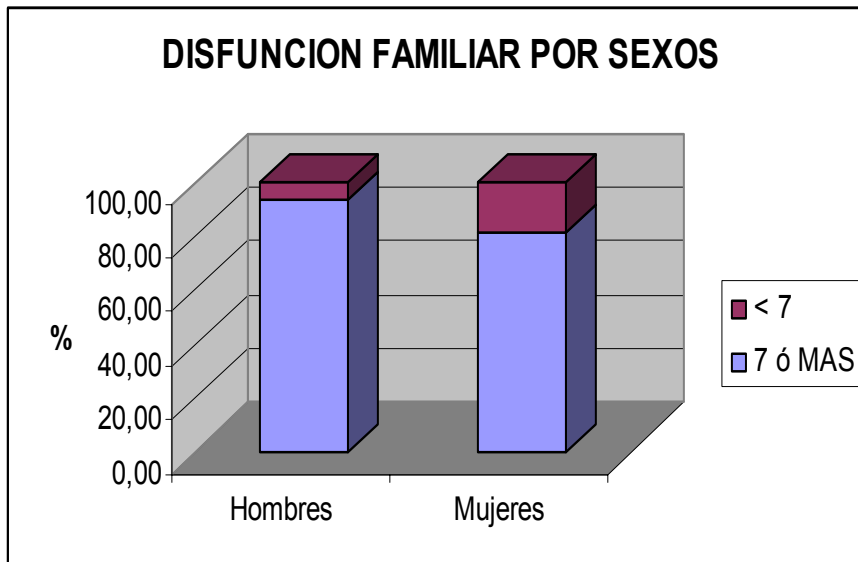
GRAFICO 9



Tabla 20

Puntuacion APGAR	Hom bres	%	Muje res	%	Total	%
7 ó MAS	112	93,33	102	81,6	214	87,35
< 7	8	6,67	23	18,4	31	12,65
Total	120	100	125	100	245	100

GRAFICO 10



En la tabla A10 del anexo I se recoge la distribución de la variable Apgar familiar bajo, agrupada por edad y sexo.

3.5- RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS A LA ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL

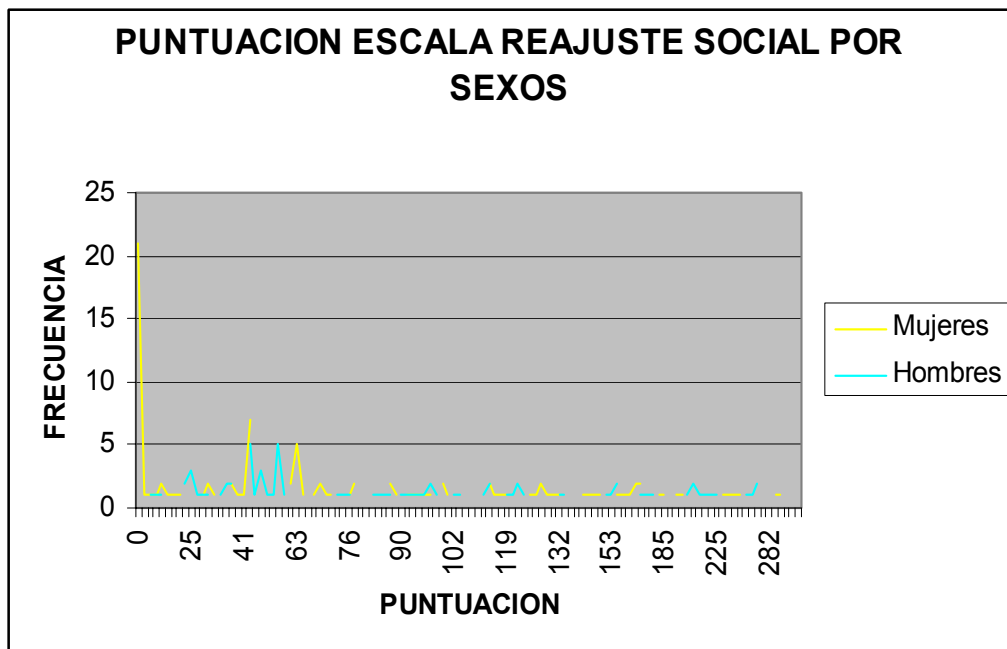
En la tabla 21 se muestran los estadísticos descriptivos de las puntuaciones en esta escala.

En el gráfico 11 se representa la distribución de las puntuaciones por sexos.

Tabla 21

	Hombres	Mujeres	Total
Media	84,73	81,70	83,18
Desv. típ.	79,03	71,65	75,22
Mínimo	0	0	0
Máximo	319	309	319

GRAFICO 11



En la tabla A11 del anexo I se recoge la distribución de la variable Duke bajo, agrupada por edad y sexo.

3.6- SALUD AUTOPERCIBIDA

Los resultados de las respuestas a la pregunta sobre cual es el estado de salud de los participantes en el estudio en el momento de realizar la encuesta se recogen en la tabla 22 y se representan en el gráfico 12.

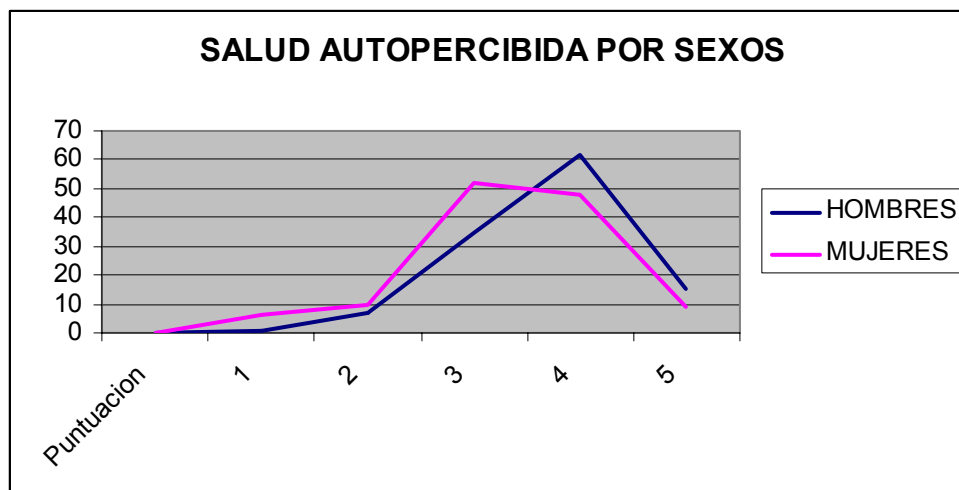
Los datos se muestran desagregados por sexo.

La mayoría de los pacientes (54,7%) responde que su salud es buena o muy buena. Un 35,5% considera que su salud es regular, y, por último, un pequeño porcentaje de sujetos, declaraban tener una salud mala o muy mala (9,8%).

Tabla 22

Puntuacion	Rotulo	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
1	Muy mala	1	0,83	6	4,80	7	2,86
2	Mala	7	5,83	10	8,00	17	6,94
3	Regular	35	29,17	52	41,60	87	35,51
4	Buena	62	51,67	48	38,40	110	44,90
5	Muy Buena	15	12,50	9	7,20	24	9,80
TOTAL		120	100	125	100	245	100

GRAFICO 12



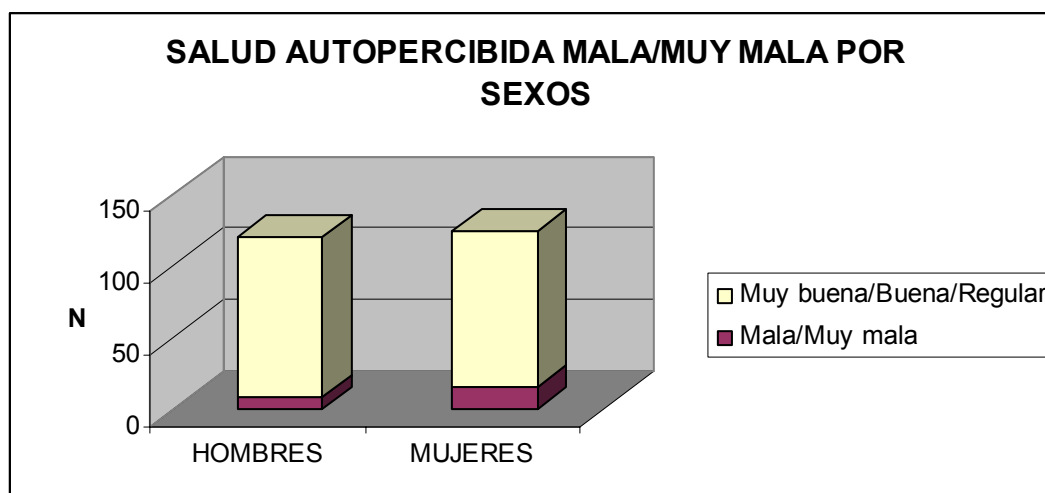
En la tabla A12 del anexo I se recoge la distribución de la variable salud autopercebida, agrupada por edad y sexo.

Como resultado de agrupar a los pacientes con salud autopercebida mala o muy mala, se genera una nueva variable cuyos resultados, desagregados por sexo se muestran en la tabla 23 y en el gráfico 13.

Tabla 23

Salud autopercebida	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Mala/Muy mala	8	6,67	16	12,80	24	9,80
Muy buena/Buena/Regular	112	93,33	109	87,20	221	90,20
TOTAL	120	100	125	100	245	100

GRAFICO 13



En la tabla A13 del anexo I se recoge la distribución de la variable Salud autopercebida mala o muy mala, agrupada por edad y sexo.

3.7- FRECUENTACION DE LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA

Cuando se interrogó a los individuos seleccionados sobre el número de veces que habían acudido a la consulta de su médico de familia por motivos propios durante el último trimestre, la mayoría (un 40,4%), respondió que no habían consultado en ninguna ocasión.

En el otro extremo, 12 personas habían acudido a la consulta en 10 ó más ocasiones en ese periodo de tiempo.

En la tabla 24 se muestran los estadísticos descriptivos de esta variable, y en la tabla 25 recogemos las frecuencias y porcentajes de ella desagregados por sexo.

El gráfico 14 representa esta distribución de frecuencias.

Tabla 24

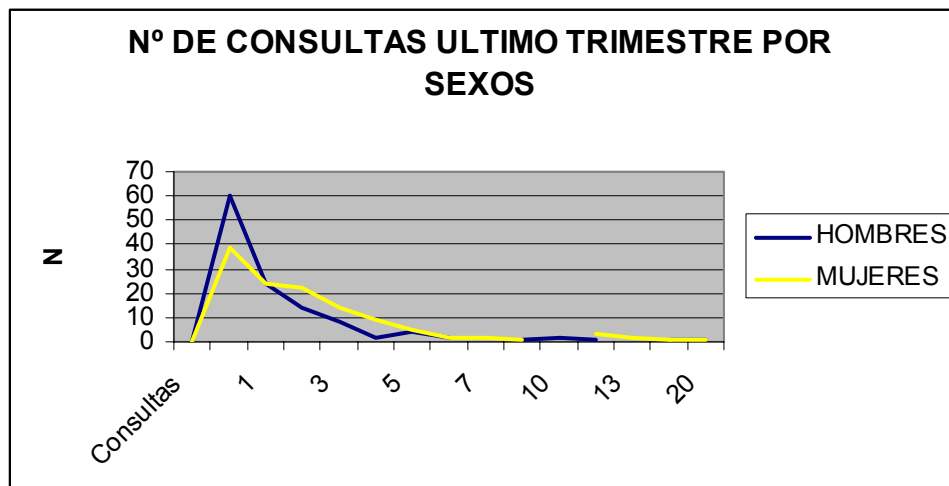
	Hombres	Mujeres	Total
Media	1,62	2,45	2,04
Desv. típ.	3,16	3,48	3,35
Mínimo	0	0	0
Máximo	20	20	20

Tabla 25

Consultas	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0	60	50,0	39	31,2	99	40,41
1	24	20,0	24	19,2	48	19,6
2	14	11,7	22	17,6	36	14,7
3	8	6,7	14	11,2	22	9,0
4	2	1,7	9	7,2	11	4,5
5	4	3,3	5	4,0	9	3,7
6	2	1,7	2	1,6	4	1,6
7		0,0	2	1,6	2	0,8
9	1	0,8	1	0,8	2	0,8
10	2	1,7		0,0	2	0,8
12	1	0,8	3	2,4	4	1,6
13		0,0	2	1,6	2	0,8
18	1	0,8	1	0,8	2	0,8
20	1	0,8	1	0,8	2	0,8
TOTAL	120	100	125	100	245	100

En la tabla A14 del anexo I se recoge la distribución de la variable Frecuentación de la consulta de atención primaria, agrupada por edad y sexo.

GRAFICO 14



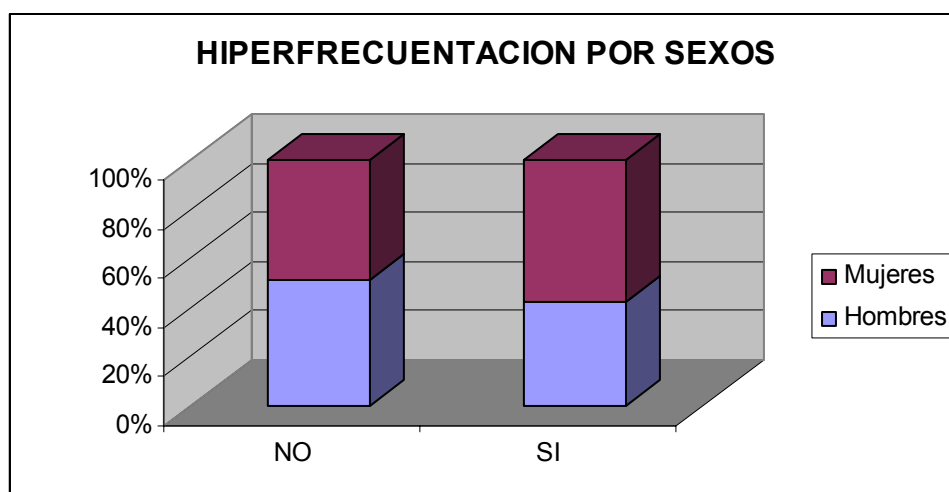
Definimos como hiperfrecuentador a aquel paciente que ha demandado de su médico de familia cinco consultas o más a lo largo del último trimestre, o lo que es lo mismo, aquel que se sitúa en el percentil 90 de la distribución del número de consultas de la totalidad de la muestra.

Considerando esta nueva variable, se aprecia como un 11,8% de la muestra puede ser considerado como hiperfrecuentador. En la tabla 26 se resumen las frecuencias distribuidas por sexos para esta variable.

Tabla 26

Hiperfrecuentacion	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
NO	108	90	108	86,4	216	88,2
SI	12	10	17	13,6	44	11,8
Total	120	100	125	100	245	100

GRAFICO 15



En la tabla A15 del anexo I se recoge la distribución de la variable Hiperfrecuentador, agrupada por edad y sexo

4- Resultados de la segunda fase

4.1- INDIVIDUOS QUE OBTIENEN 5 PUNTOS Ó MAS EN EL GHQ-28 Y QUE NO POSEIAN NINGUN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL ESTUDIO.

A todos los encuestados en esta situación, que eran un total de 36 personas, se les administró el CIS por parte del psiquiatra del Equipo de Salud Mental.

Como resultado de la entrevista, 28 personas fueron catalogados como casos, asignándoseles un diagnostico CIE-10.

El resto (8 personas), no fueron considerados casos.

En Las tablas 22 y 23 se recogen los resultados en las secciones objetiva y subjetiva del CIS

TABLA 22

CIS SECCION SUBJETIVA

Puntuación	Frecuencia	%
0	1	2,8
7	1	2,8
8	3	8,3
10	2	5,6
13	1	2,8
14	1	2,8
17	1	2,8
18	2	5,6
19	1	2,8
20	1	2,8
21	2	5,6
26	3	8,3
28	2	5,6
29	2	5,6
30	1	2,8
31	2	5,6
32	1	2,8
33	1	2,8
34	2	5,6
35	1	2,8
37	2	5,6
40	2	5,6
52	1	2,8
Total	36	100

Estadísticos	CIS
Media	24,17
Mediana	26
Moda	8
Desv. típ.	11,65
Mínimo	0
Máximo	52

TABLA 23

CIS SECCION OBJETIVA

Puntuación	Frecuencia	%
0	3	8,3
1	5	13,9
2	24	66,7
3	4	11,1
Total	36	100

	Frecuencia	%
NO CASO	8	22,2
CASO	28	77,8

Como consecuencia de ser clasificados como casos, a los pacientes en esta situación, se les asignó un diagnóstico.

En las tablas siguientes (24,25 y 26), se especifican esos diagnósticos tanto de forma desagregada como por grupos.

Es preciso señalar que el grupo diagnóstico con más casos es, con diferencia, el de trastornos de ansiedad, seguido del grupo de trastornos afectivos.

Un 39.3% de los casos detectados con el CIS obtuvieron un segundo diagnóstico CIE-10 o una situación psicosocial que influía en el estado de salud mental del individuo.

El diagnóstico individual más frecuente es el de trastorno mixto ansiedad – depresión que se detecta en el 21.4% de los casos, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada que lo padecen un 14.3% de los pacientes.

TABLA 24 DIAGNOSTICOS PRINCIPALES

DIAGNOSTICO CIE-10		Frecuencia	%
F03	Demencia	1	3,6
F32.1	Episodio depresivo moderado	2	7,1
F33.0	Trastorno depresivo recurrente	1	3,6
F34.1	Distimia	2	7,1
F40.1	Fobia social	1	3,6
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	4	14,3
F41.2	Trastorno mixto ansiedad depresión	5	17,9
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificar	3	10,7
F43.21	Trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada	2	7,1
F43.23	Trastorno adaptativo con alteración de otras emociones	2	7,1
F43.28	Trastorno adaptativo con otros síntomas	1	3,6
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo	1	3,6
F51.4	Terrores nocturnos	1	3,6
F60.5	Trastorno anancástico de la personalidad	1	3,6
F60.8	Otros trastornos de la personalidad	1	3,6
Total		28	100

TABLA 25 DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS
DIAGNOSTICO CIE-10

	Frecuencia	%
F06.7 Trastorno cognoscitivo leve	1	3,6
F40.1 Fobia social	1	3,6
F41.2 Trastorno mixto ansiedad depresión	1	3,6
F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificar	1	3,6
F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa	1	3,6
F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificar	1	3,6
Z63.6 Familiar dependiente necesitado de cuidados	3	10,7
Z56 Problemas relacionados con el empleo	1	3,6
Z63.0 Problemas de relación entre esposos o en la pareja	1	3,6
Total	11	39,3

TABLA 26

GRUPOS DIAGNOSTICOS	Principal	%	Secundario	%	Total	%
Trastornos mentales orgánicos	1	3,6	1	9,1	2	5,1
Trastornos afectivos	5	17,9	0	0,0	5	12,8
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	19	67,9	4	36,4	23	59,0
Trastornos asociados a factores somáticos	1	3,6	0	0,0	1	2,6
Trastornos de la personalidad	2	7,1	1	9,1	3	7,7
Factores psicosociales	0	0,0	5	45,5	5	12,8
Total	28	100	11	100	39	100

4.2- INDIVIDUOS QUE OBTIENEN 2 PUNTOS O MAS EN EL CUESTIONARIO CAGE, INDEPENDIEMENTE DE LA PUNTUACION OBTENIDA EN EL GHQ-28.

Un total de 15 individuos (6.1% de la muestra) fueron considerados, en función de la puntuación obtenida en el CAGE, como presuntos casos de consumo problemático de alcohol.

De estos 15 sujetos, sólo dos puntuaron 5 ó más en el GHQ, por lo que el resto no hubiese sido considerado probable caso psiquiátrico de no haberse aplicado el test.

Los dos pacientes que, tras administrar el GHQ, fueron considerados probables casos psiquiátricos, puntuaron cero en el CIS, por lo que también hubiesen sido rechazados como casos de no haberse considerado la puntuación en el CAGE.

Del resultado de la revisión de historias clínicas realizadas por los médicos de familia que atendían a los pacientes con dos puntos o más en el CAGE, y, en su caso como consecuencia de la entrevista con estos pacientes, se concluyó que 14 de los 15 probables casos presentaban patología en relación con el consumo de alcohol. Siete de ellos obtuvieron un diagnóstico de consumo perjudicial de alcohol (F10.1 de la CIE-10), y los otros siete fueron diagnosticados de dependencia al alcohol (F10.2). En 12 de los casos, se trataba del diagnóstico principal del paciente, mientras que en los dos restantes, se trataba de trastornos comórbidos con otras patologías psiquiátricas.

Todos los casos de consumo problemático del alcohol estaban diagnosticados y recogidos como tales en las historias clínicas de atención primaria con anterioridad a la realización del estudio.

4.3- PACIENTES PERTENECIENTES A LA MUESTRA CON DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PSIQUIATRICO CON ANTERIORIDAD A LA REALIZACION DEL ESTUDIO.

Un total de treinta individuos pertenecientes a la muestra del estudio, estaban diagnosticados de alguna patología psiquiátrica en el momento de ser seleccionados.

Tras un primer análisis de los diagnósticos que figuraban en las historias clínicas de estos pacientes, tanto en Atención primaria como en Salud Mental, se obtienen las tablas 27 y 28 (diagnósticos individuales y agrupados respectivamente)

TABLA 27

DIAGNOSTICO		Frecuencia	
		a	%
F03	Demencia	1	3,3
F19.1	Consumo perjudicial de múltiples drogas	1	3,3
F20.0	Esquizofrenia	3	10,0
F31.6	Trastorno bipolar episodio actual mixto	1	3,3
F32.1	Episodio depresivo moderado	1	3,3
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	1	3,3
F32.9	Episodio depresivo sin especificación	3	10,0
F34.1	Distimia	7	23,3
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	1	3,3
F41.2	Trastorno mixto ansioso depresivo	1	3,3
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificar	4	13,3
F42.8	Otros trastornos obsesivos compulsivos	1	3,3
F43.20	Trastorno adaptativo reacción depresiva breve	3	10,0
F43.22	Trastorno adaptativo reacción mixta ansiedad depresión	1	3,3
F70.9	Retraso mental sin especificar	1	3,3
Total		30	100

TABLA 28

GRUPOS DIAGNOSTICOS	Frecuencia	%
Trastornos mentales orgánicos	1	3,3
Trastornos debidos al consumo de drogas	1	3,3
Esquizofrenia y trastornos afines	3	10,0
Trastornos afectivos	13	43,3
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	11	36,7
Retraso mental	1	3,3
Total	30	100,0

Estas Historias Clínicas fueron revisadas, tal y como se especifica en el apartado de metodología, aplicando el algoritmo diagnóstico y la lista de síntomas de la CIE 10.

De esta manera, se confirmaron como diagnósticos psiquiátricos los treinta casos. Sin embargo, un total de ocho entidades diagnósticas fueron revisadas y sustituidas por otras:

- Dos casos clasificados en principio como trastornos de ansiedad sin especificar, fueron catalogados como trastornos adaptativos.
- Un caso de Trastorno mixto ansiedad depresión, fue clasificado finalmente como episodio depresivo moderado.
- Una reacción depresiva breve fue revisada, concluyéndose que se trataba en realidad de un cuadro de distimia.
- Un paciente estaba diagnosticado de otros trastornos obsesivos compulsivos, cuando, en realidad, se debía clasificar como un trastorno de ansiedad generalizada.
- Un caso que inicialmente fue clasificado como de esquizofrenia o trastornos afines, se incluyó, finalmente, como un retraso mental con alteraciones del comportamiento.
- Una demencia tenía como diagnóstico previo, que fue sustituido, un episodio depresivo sin especificar.
- Por último, un diagnóstico inicial de episodio depresivo grave, fue catalogado, tras su revisión, como trastorno depresivo recurrente.

En la tablas 29 y 30, se recogen los diagnósticos resultantes de estas modificaciones.

TABLA 29

DIAGNOSTICO		Frecuencia	%
F03	Demencia	1	3,3
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve	1	3,3
F19.1	Consumo perjudicial de múltiples drogas	1	3,3
F20.0	Esquizofrenia	2	6,7
F31.6	Trastorno bipolar episodio actual mixto	1	3,3
F32.1	Episodio depresivo moderado	2	6,7
F32.9	Episodio depresivo sin especificación	2	6,7
F33.0	Trastorno depresivo recurrente	1	3,3
F34.1	Distimia	8	26,7
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	2	6,7
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificar	2	6,7
F43.2	Trastorno adaptativo	1	3,3
F43.20	Trastorno adaptativo reacción depresiva breve	2	6,7
F43.22	Trastorno adaptativo reacción mixta ansiedad depresión	1	3,3
F43.28	Trastorno adaptativo con otros síntomas asociados	1	3,3
F70.1	Retraso mental leve con alteraciones de la conducta	1	3,3
F70.9	Retraso mental sin especificar	1	3,3
Total		30	100

TABLA 30

GRUPOS DIAGNOSTICOS	Frecuencia	%
Trastornos mentales orgánicos	2	6,7
Trastornos debidos al consumo de drogas	1	3,3
Esquizofrenia y trastornos afines	2	6,7
Trastornos afectivos	14	46,7
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	10	33,3
Retraso mental	1	3,3
Total	30	100,0

La lista de síntomas OPCRIT se aplicó a los treinta pacientes.

En principio, hay que señalar que el instrumento fue creado para identificar como casos, solamente a aquellos pacientes que padecen un cuadro con síntomas psicóticos o afectivos.

Todos los pacientes con diagnósticos susceptibles de ser identificados con este instrumento (n=16) lo fueron, pero más allá de la identificación como caso psiquiátrico, y por lo que respecta a la aproximación diagnóstica concreta, encontramos que:

- Se identifican dos casos de esquizofrenia y un caso de psicosis no orgánica. Este último diagnóstico se refiere al caso identificado como retraso mental con alteraciones graves de la conducta mediante el algoritmo diagnóstico CIE-10. Ante la discrepancia en la clasificación del paciente, se revisó exhaustivamente la historia psiquiátrica del paciente, obteniendo evidencias (tests psicométricos, reiteradas entrevistas clínicas, respuesta a tratamiento) de la realidad del diagnóstico de retraso mental, aceptando este como definitivo. Esta revisión se llevó a cabo de forma conjunta por el psiquiatra y el autor del trabajo.
- Se diagnostica un caso de trastorno bipolar, coincidente con la clasificación del caso obtenida con anterioridad.
- La mayoría de los trastornos depresivos (n=9), son clasificados por el programa informático como trastornos depresivos leves, estando por tanto de acuerdo en el grupo diagnóstico en el que se habían situado los casos previamente, pero sin alcanzar ningún grado de concordancia en la especificación del diagnóstico concreto ni de la situación clínica del paciente.
- Se identifica como trastorno depresivo moderado un caso con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente según el algoritmo diagnóstico y la lista de síntomas CIE-10.
- Este sistema diagnóstico deja sin identificar un caso de episodio depresivo moderado, aunque la aplicación informática si lo identifica como trastorno depresivo mayor utilizando criterios DSM-IV.
- Por último, se incluye como un trastorno depresivo el caso de un paciente con diagnóstico de trastorno adaptativo con síntomas depresivos. La idoneidad de este último diagnóstico se corroboró también estudiando la historia clínica del paciente.

Para determinar la concordancia entre los diagnósticos hallados en la primera revisión y los encontrados tras la aplicación de los listados de síntomas y la revisión de Historias Clínicas, se calculó el índice Kappa, obteniéndose un valor de 0.758 con un intervalo de confianza entre 0.568 y 0.948 para una $p < 0.001$.

5- Prevalencia de trastornos mentales

Como consecuencia de la triple vía de confirmación diagnóstica utilizada en la segunda fase, se identificaron un total de 70 casos psiquiátricos.

La prevalencia de psicopatología, por tanto, es del 28.6%, con un intervalo de confianza exacto entre 23.17% y 34.46%.

Del grupo de casos, el 61.4% son mujeres frente al 38.6% varones. La prevalencia para mujeres es del 34.5% y para varones 22.6%. (Tabla 31)

TABLA 31

	TOTAL MUESTRA		CASOS		NO CASOS	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SEXO						
Hombres	120	51	27	38,6	93	53,1
Mujeres	125	49	43	61,4	82	46,9

La media de edad es de 55.81 años, la desviación estándar es de 18.6, con una edad mínima de 19 y una máxima de 86 años.

En la tabla 32 se recogen los estadísticos descriptivos de la variable edad.

TABLA 32

	TOTAL MUESTRA (N=245)				CASOS (N= 70)				NO CASOS (N= 175)			
	Min	Max	Media	D.S.	Min	Max	Media	D.S.	Min	Max	Media	D.S.
EDAD	18	89	53,0	19,9	19	86	55,8	18,6	18	89	51,8	20,3

TABLA 33

GRUPOS DE EDAD

	CASOS		NO CASOS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
18-34	10	14,3	49	28,0	59	24,1
35-49	17	24,3	35	20,0	52	21,2
50-64	14	20,0	23	13,1	37	15,1
65 ó más	29	41,4	68	38,9	97	39,6
	70	100	175	100	245	100

En la tabla 34 se recogen las distribuciones de las variables, nivel cultural, situación laboral y estado civil, tanto en los sujetos considerados casos, como e los no casos.

TABLA 34

	TOTAL MUESTRA		CASOS		NO CASOS	
	n	%	n	%	n	%
ESTADO CIVIL						
Solteros	47	19,2	13	18,6	34	19,4
Casados	156	63,7	42	60	114	65,1
Viudos	40	16,3	13	18,6	27	15,4
Divorciados	2	0,8	2	2,9	0	0
CULTURA						
Analfabeto	18	7,3	7	10	11	6,3
Sin estudios	74	30,2	27	38,6	47	26,9
Primarios	70	28,6	19	27,1	51	29,1
Secundarios	45	18,4	8	11,4	37	21,1
COU/FP2	25	10,2	5	7,1	20	11,4
Diplomado	5	2	2	2,9	3	1,7
Licenciado	8	3,3	2	2,9	6	3,4
SITUACION LABORAL						
Trabajando	61	24,9	12	17,1	49	28
Busca 1ª ocupación	1	0,4	1	1,4	0	0
Parado	14	5,7	6	8,6	8	4,6
Pensionista	95	38,8	30	42,9	65	37,1
Rentas	1	0,4	0	0	1	0,6
Ama de casa	57	23,3	18	25,7	39	22,3
Estudia	15	6,1	3	4,3	12	6,9
Otras	1	0,4	0	0	1	0,6

En la tabla 35 se muestran los diagnósticos psiquiátricos principales, según clasificación CIE-10 para cada uno de los 70 casos detectados.

TABLA 35 FRECUENCIAS DIAGNOSTICOS PRINCIPALES

DIAGNOSTICO		Frecuencia	%
F03	Demencia	2	2,9
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve	1	1,4
F10.1	Consumo perjudicial de alcohol	6	8,6
F10.2	Dependencia del alcohol	6	8,6
F19.1	Consumo perjudicial de múltiples drogas	1	1,4
F20.0	Esquizofrenia	2	2,9
F31.6	Trastorno bipolar, episodio actual mixto	1	1,4
F32.1	Episodio depresivo moderado	4	5,7
F32.9	Episodio depresivo moderado	2	2,9
F33.0	Trastorno depresivo sin especificar	2	2,9
F34.1	Distimia	10	14,3
F40.1	Fobia social	1	1,4
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	6	8,6
F41.2	Trastorno mixto ansiedad depresión	5	7,1
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificar	5	7,1
F43.2	Trastorno adaptativo	1	1,4
F43.20	Trastorno adaptativo reacción depresiva breve	2	2,9
F43.21	Trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada	2	2,9
F43.22	Trastorno adaptativo con reacción mixta ansiedad depresión	1	1,4
F43.23	Trastorno adaptativo con alteración de otras emociones	2	2,9
F43.28	Trastorno adaptativo con otros síntomas	2	2,9
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo	1	1,4
F51.4	Terrores nocturnos	1	1,4
F60.5	Trastorno anancastico de la personalidad	1	1,4
F60.8	Otros trastornos de la personalidad	1	1,4
F70.1	Retraso mental con alteraciones del comportamiento	1	1,4
F70.9	Retraso mental sin referencia a alteraciones del comportamiento	1	1,4
Total		70	100,0

GRUPOS DIAGNOSTICOS	Frecuencia	%
Trastornos mentales orgánicos	3	4,3
Consumo de sustancias	13	18,6
Esquizofrenia	2	2,9
Trastornos afectivos	19	27,1
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	28	40,0
Trastornos asociados a factores somáticos	1	1,4
Trastornos de la personalidad	2	2,9
Retraso mental	2	2,9
Total	70	100,0

Un total de 15 pacientes recibieron un segundo diagnostico CIE-10, lo que supone un 21.4% del total de casos.

En un 8.6% de los casos (n=6) se detectó la presencia de un factor psicosocial que influía en el estado de salud de los pacientes.

Un paciente obtuvo un tercer diagnóstico

En las tablas 36 y 37 se muestran las frecuencias de los segundos y terceros diagnósticos.

TABLA 36 SEGUNDOS DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO		Frecuencia	%
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve	3	14,3
F10.1	Consumo perjudicial de alcohol	1	4,8
F10.2	Dependencia del alcohol	1	4,8
F32.9	Episodio depresivo moderado	1	4,8
F40.1	Fobia social	1	4,8
F41.2	Trastorno mixto ansiedad depresión	1	4,8
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificar	1	4,8
F45.3	Disfunción vegetativa somatomorfa	1	4,8
F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	1	4,8
F60.5	Trastorno anancastico de la personalidad	1	4,8
F60.9	Trastorno de la personalidad sin especificar	2	9,5
F61.0	Trastorno mixto de la personalidad	1	4,8
Z66.6	Familiar dependiente necesitado de cuidados	3	14,3
Z56	Problemas relacionados con el empleo	1	4,8
Z63.0	Problemas de relación entre esposos o en la pareja	2	9,5
Total		21	100,0

TABLA 37 TERCEROS DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO		Frecuencia	%
F32.9	Episodio depresivo moderado	1	100,0

Encontramos, por tanto, un total de 86 diagnósticos psiquiátricos y seis trastornos psicosociales.

En las tablas siguientes (38 y 39) y en el gráfico 12, se mostrarán las frecuencias globales para cada trastorno y por grupos nosológicos según la CIE-10.

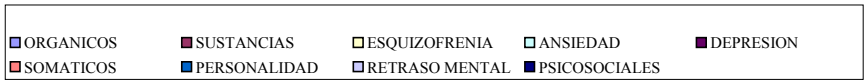
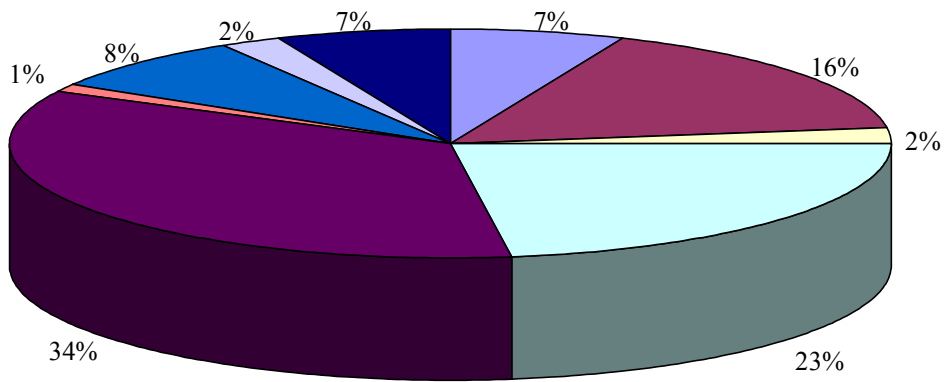
TABLA 38 FRECUENCIAS TOTAL DE DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO		Frecuencia	%
F03	Demencia	2	2,2
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve	4	4,3
F10.1	Consumo perjudicial de alcohol	7	7,6
F10.2	Dependencia del alcohol	7	7,6
F19.1	Consumo perjudicial de múltiples drogas	1	1,1
F20.0	Esquizofrenia	2	2,2
F31.6	Trastorno bipolar, episodio actual mixto	1	1,1
F32.1	Episodio depresivo moderado	4	4,3
F32.9	Episodio depresivo moderado	4	4,3
F33.0	Trastorno depresivo sin especificar	2	2,2
F34.1	Distimia	10	10,9
F40.1	Fobia social	2	2,2
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	6	6,5
F41.2	Trastorno mixto ansiedad depresión	6	6,5
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificar	6	6,5
F43.2	Trastorno adaptativo	1	1,1
F43.20	Trastorno adaptativo reacción depresiva breve	2	2,2
F43.21	Trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada	2	2,2
F43.22	Trastorno adaptativo con reacción mixta ansiedad depresión	1	1,1
F43.23	Trastorno adaptativo con alteración de otras emociones	2	2,2
F43.28	Trastorno adaptativo con otros síntomas	2	2,2
F45.3	Disfunción vegetativa somatomorfa	1	1,1
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo	1	1,1
F51.4	Terrores nocturnos	1	1,1
F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	1	1,1
F60.5	Trastorno anancastico de la personalidad	2	2,2
F60.8	Otros trastornos de la personalidad	1	1,1
F60.9	Trastorno de la personalidad sin especificar	2	2,2
F61.0	Trastorno mixto de la personalidad	1	1,1
F70.1	Retraso mental con alteraciones del comportamiento	1	1,1
F70.9	Retraso mental sin referencia a alteraciones del comportamiento	1	1,1
Z66.6	Familiar dependiente necesitado de cuidados	3	3,3
Z56	Problemas relacionados con el empleo	1	1,1
Z63.0	Problemas de relación entre esposos o en la pareja	2	2,2
Total		92	100,0

TABLA 39

GRUPOS DIAGNOSTICOS	Frecuencia	%
Trastornos mentales orgánicos	6	6,5
Consumo de sustancias	15	16,3
Esquizofrenia	2	2,2
Trastornos afectivos	21	22,8
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	32	34,8
Trastornos asociados a factores somáticos	1	1,1
Trastornos de la personalidad	7	7,6
Retraso mental	2	2,2
Factores psicosociales	6	6,5
Total	92	100,0

GRAFICO 12



6- Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de estudio

En las tablas siguientes, se mostrarán las prevalencias halladas para cada diagnóstico individual y para cada grupo de diagnósticos. Para cada prevalencia se indica el intervalo de confianza exacto. Así mismo se exponen las mismas prevalencias distribuidas por sexo y por grupos de edad.

TABLA 40

DIAGNOSTICO		n	PREVALENCIA	IC (95%)	
				LIM INF	LIM SUP
F03	Demencia	2	0,82	0.10	2.92
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve	4	1,63	0.45	4.13
F10.1	Consumo perjudicial de alcohol	7	2,86	1.16	5.80
F10.2	Dependencia del alcohol	7	2,86	1.16	5.80
F19.1	Consumo perjudicial de múltiples drogas	1	0,41	0.01	2.25
F20.0	Esquizofrenia	2	0,82	0.10	2.92
F31.6	Trastorno bipolar, episodio actual mixto	1	0,41	0.01	2.25
F32.1	Episodio depresivo moderado	4	1,63	0.45	4.13
F32.9	Episodio depresivo moderado	4	1,63	0.45	4.13
F33.0	Trastorno depresivo sin especificar	2	0,82	0.10	2.92
F34.1	Distimia	10	4,08	1.97	7.38
F40.1	Fobia social	2	0,82	0.10	2.92
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	6	2,45	0.90	5.25
F41.2	Trastorno mixto ansiedad depresión	6	2,45	0.90	5.25
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificar	6	2,45	0.90	5.25
F43.2	Trastorno adaptativo	1	0,41	0.01	2.25
F43.20	Trastorno adaptativo reacción depresiva breve	2	0,82	0.10	2.92
F43.21	Trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada	2	0,82	0.10	2.92
F43.22	Trastorno adaptativo con reacción mixta ansiedad depresión	1	0,41	0.01	2.25
F43.23	Trastorno adaptativo con alteración de otras emociones	2	0,82	0.10	2.92
F43.28	Trastorno adaptativo con otros síntomas	2	0,82	0.10	2.92
F45.3	Disfunción vegetativa somatomorfa	1	0,41	0.01	2.25
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo	1	0,41	0.01	2.25
F51.4	Terrores nocturnos	1	0,41	0.01	2.25
F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	1	0,41	0.01	2.25
F60.5	Trastorno anancástico de la personalidad	2	0,82	0.10	2.92
F60.8	Otros trastornos de la personalidad	1	0,41	0.01	2.25
F60.9	Trastorno de la personalidad sin especificar	2	0,82	0.10	2.92
F61.0	Trastorno mixto de la personalidad	1	0,41	0.01	2.25
F70.1	Retraso mental con alteraciones del comportamiento	1	0,41	0.01	2.25
F70.9	Retraso mental sin referencia a alteraciones del comportamiento	1	0,41	0.01	2.25
Z66.6	Familiar dependiente necesitado de cuidados	3	1,22	0.25	3.54
Z56	Problemas relacionados con el empleo	1	0,41	0.01	2.25
Z63.0	Problemas de relación entre esposos o en la pareja	2	0,82	0.10	2.92

TABLA 41

GRUPOS DIAGNOSTICOS	n	PREVALENCIA	IC (95%)	
			LIM INF	LIM SUP
Trastornos mentales orgánicos	6	2,45	0.90	5.25
Consumo de sustancias	15	6,12	3.47	9.90
Esquizofrenia	2	0,82	0.10	2.92
Trastornos afectivos	21	8,57	5.38	12.80
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	32	13,06	9.11	17.94
Trastornos asociados a factores somáticos	1	0,41	0.01	2.25
Trastornos de la personalidad	7	2,86	1.16	5.80
Retraso mental	2	0,82	0.10	2.92
Factores psicosociales	6	2,45	0.90	5.25

Del análisis de las dos tablas anteriores, se deduce que el trastorno aislado más frecuente es la distimia con una prevalencia del 4%, representando prácticamente el 11% del total de trastornos presentes.

Se encuentra una alta frecuencia diagnóstica de los trastornos asociados al consumo problemático de alcohol (15% del total de trastornos diagnosticados). Los trastornos de ansiedad generalizada, el trastorno mixto ansiedad – depresión y el trastorno de ansiedad no especificado, alcanzan prevalencias del 2.45%, colocándose en el tercer lugar de prevalencias de diagnósticos aislados.

Si atendemos a la prevalencia por grupos diagnósticos CIE-10, se observa que los trastornos de ansiedad son, con mucho, los más prevalentes, seguidos de los trastornos afectivos y de los trastornos por consumo de sustancias, a expensas este último de los trastornos de abuso y dependencia del alcohol.

TABLA 42 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES POR SEXO

GRUPOS DIAGNOSTICOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	PREVALENCIA	n	PREVALENCIA	n	PREVALENCIA
Trastornos mentales orgánicos	2	1,67	4	3,20	6	2,45
Consumo de sustancias	13	10,83	2	1,60	15	6,12
Esquizofrenia	1	0,83	1	0,80	2	0,82
Trastornos afectivos	4	3,33	17	13,60	21	8,57
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	8	6,67	24	19,20	32	13,06
Trastornos asociados a factores somáticos	0	0,00	1	0,80	1	0,41
Trastornos de la personalidad	3	2,50	4	3,20	7	2,86
Retraso mental	1	0,83	1	0,80	2	0,82
Factores psicosociales	2	1,67	4	3,20	6	2,45

GRAFICO 13

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES POR SEXO

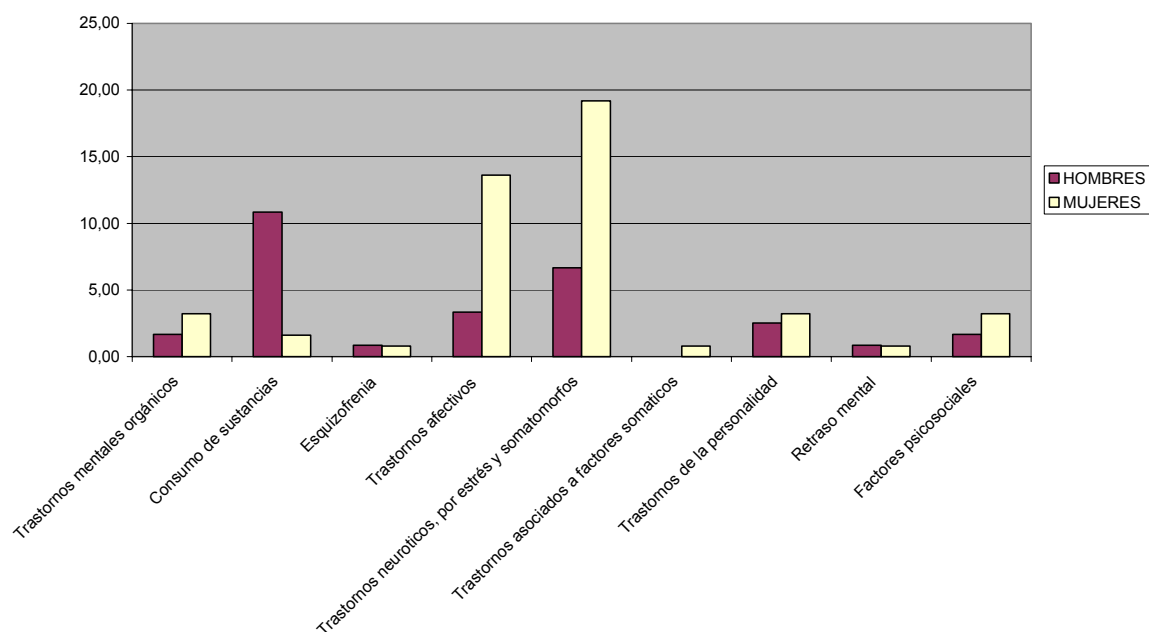


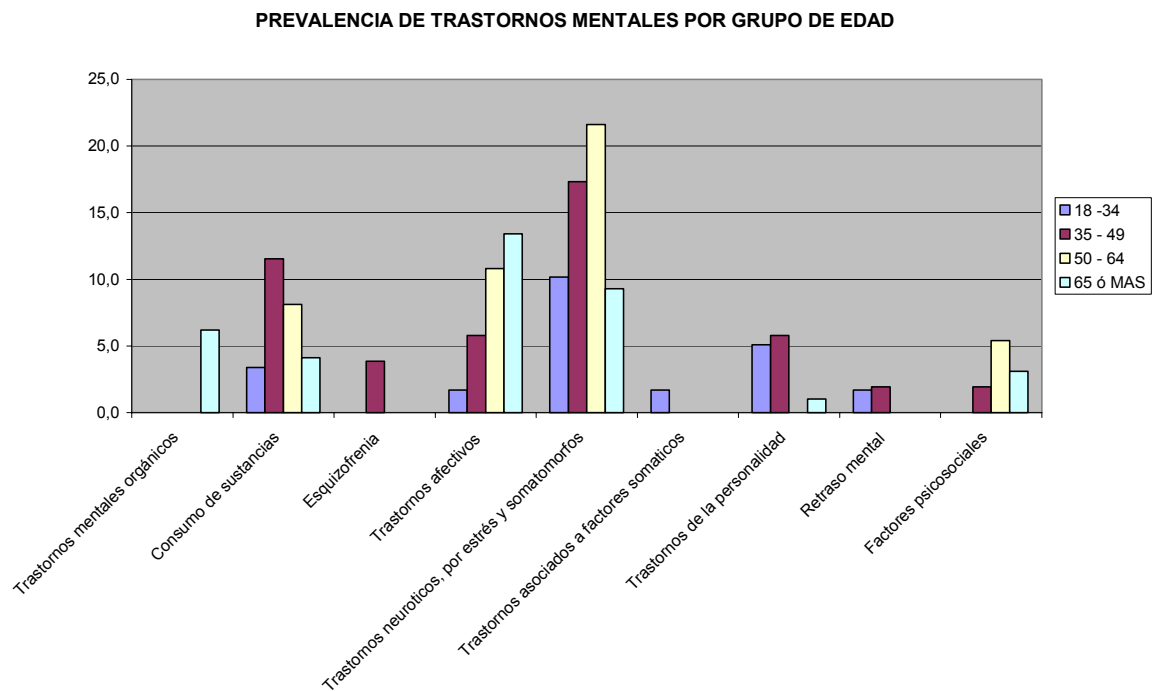
TABLA 43 FRECUENCIA DE TRASTORNOS MENTALES POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DIAGNOSTICOS	GRUPOS DE EDAD			
	18 -34	35 - 49	50 - 64	65 ó MAS
Trastornos mentales orgánicos	-	-	-	6
Consumo de sustancias	2	6	3	4
Esquizofrenia	-	2	-	-
Trastornos afectivos	1	3	4	13
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	6	9	8	9
Trastornos asociados a factores somáticos	1	-	-	-
Trastornos de la personalidad	3	3	-	1
Retraso mental	1	1	-	-
Factores psicosociales	-	1	2	3

TABLA 44 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DIAGNOSTICOS	GRUPOS DE EDAD			
	18 -34	35 - 49	50 - 64	65 ó MAS
Trastornos mentales orgánicos	-	-	-	6,2
Consumo de sustancias	3,4	11,5	8,1	4,1
Esquizofrenia	-	3,8	-	-
Trastornos afectivos	1,7	5,8	10,8	13,4
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	10,2	17,3	21,6	9,3
Trastornos asociados a factores somáticos	1,7	-	-	-
Trastornos de la personalidad	5,1	5,8	-	1,0
Retraso mental	1,7	1,9	-	-
Factores psicosociales	-	1,9	5,4	3,1

GRAFICO 14



7- Atención a los trastornos mentales

Del total de pacientes con trastornos mentales diagnosticados en el estudio (n=70), habían sido detectados por su médico de familia un total de 42 casos.

Por tanto, la morbilidad oculta, es decir los casos que, presentando patología mental no habían sido diagnosticados hasta la realización del estudio suponen un porcentaje del 40% del total de diagnósticos, o, lo que es lo mismo, el 11.42% de la población mayor de edad (IC entre 7.88% y 15.88%).

Un porcentaje elevado de los pacientes con enfermedad mental (72.9%) habían acudido a la consulta de su médico de familia en una ocasión al menos durante el trimestre anterior. Los pacientes que no habían obtenido un diagnóstico con anterioridad, frecuentaron más la consulta de atención primaria: Un 85.7% de ellos había consultado en los tres meses anteriores frente al 64.3% entre los pacientes que ya tenían un diagnóstico psiquiátrico al comenzar el estudio y al 54.3% de los sujetos sin patología mental).

De los pacientes con diagnóstico psiquiátrico conocido, un 38% habían sido atendidos en el equipo de salud mental de referencia, lo que supone un 6.53% de la muestra estudiada (IC entre 3.91% y 10.17%).

En el momento del estudio ningún sujeto de los seleccionados se encontraba ingresado por causa de trastornos mentales. No obstante, cabe decir que seis individuos de la muestra habían sufrido, a lo largo de su vida, al menos un ingreso hospitalario por causa de su patología mental, lo que supone que el 14.2% de los pacientes con patología conocida al comienzo del estudio habían sido ingresados en alguna ocasión (2.4% de la población con un IC entre 0.99% y 5.2%).

La mitad de los pacientes que habían sido ingresados en alguna ocasión eran esquizofrénicos. El otro 50% lo constituyen un caso de trastorno bipolar, un episodio depresivo y un caso de consumo patológico de varias sustancias asociado a un trastorno de la personalidad.

Los médicos de atención primaria asumen, por tanto, el tratamiento y seguimiento del 62% de la patología mental que detectan, derivando a la unidad de salud mental el 38% restante. Se han tratado exclusivamente en atención primaria las demencias y otros deterioros cognitivos, así como el consumo problemático de alcohol. Los médicos de familia asumen también el 60% de los trastornos adaptativos, el 58% de los trastornos depresivos y el 33% de los trastornos de ansiedad.

En la figura 2 se representan los datos referidos según el modelo de Golberg y Huxley.

En las tablas 45 y 46 se muestran las frecuencias y porcentajes de pacientes diagnosticados, detectados en atención primaria y derivados a salud mental.

Resultados según modelo de Goldberg y Huxley

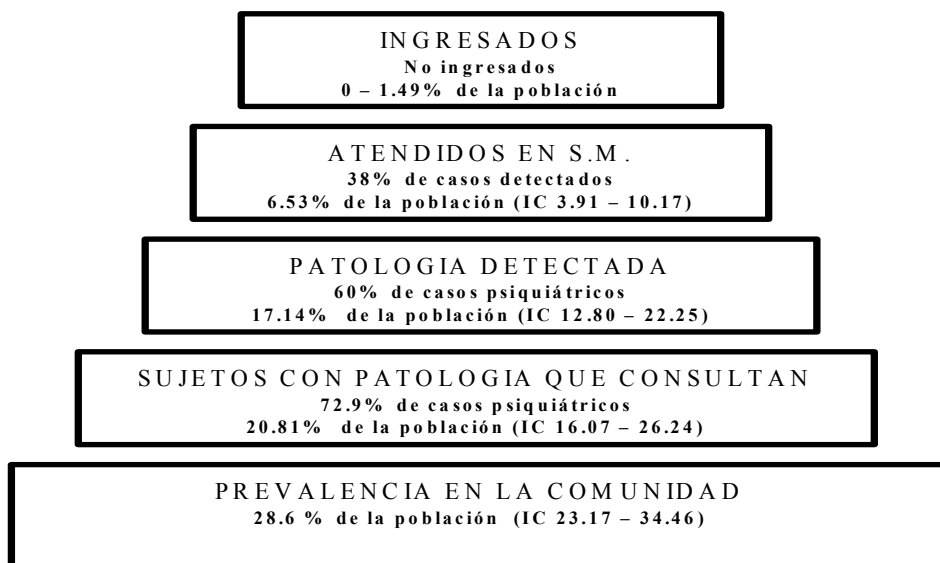


TABLA 45 PATOLOGIA DETECTADA Y DERIVADA

GRUPOS DIAGNOSTICOS	Frecuencia	Detectados AP		n	Derivados SM	
		n	%		% total	% detectados
Trastornos mentales orgánicos	3	2	66,7	0	0,0	0,0
Consumo de sustancias	13	13	100,0	1	7,7	7,7
Esquizofrenia	2	2	100,0	2	100,0	100,0
Trastornos afectivos	19	14	73,7	6	31,6	42,9
Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	28	9	32,1	6	21,4	66,7
Trastornos asociados a factores somáticos	1	0	0,0	0	0,0	0,0
Trastornos de la personalidad	2	0	0,0	0	0,0	0,0
Retraso mental	2	2	100,0	1	50,0	50,0
	70	42	60,0	16	22,9	38,1

GRAFICO 15

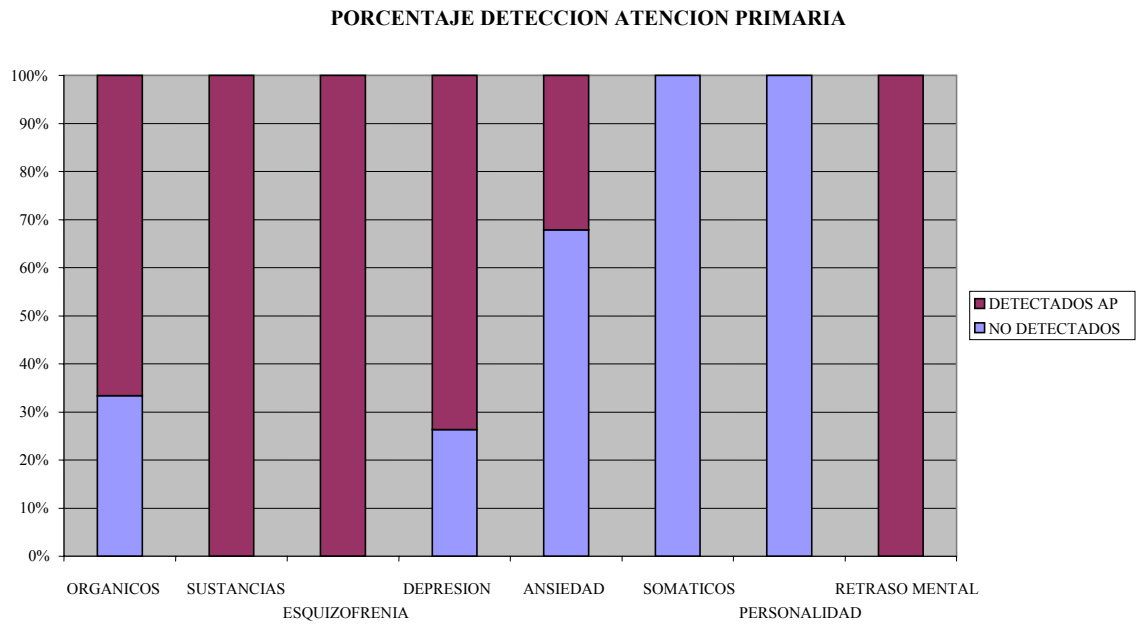


GRAFICO 16

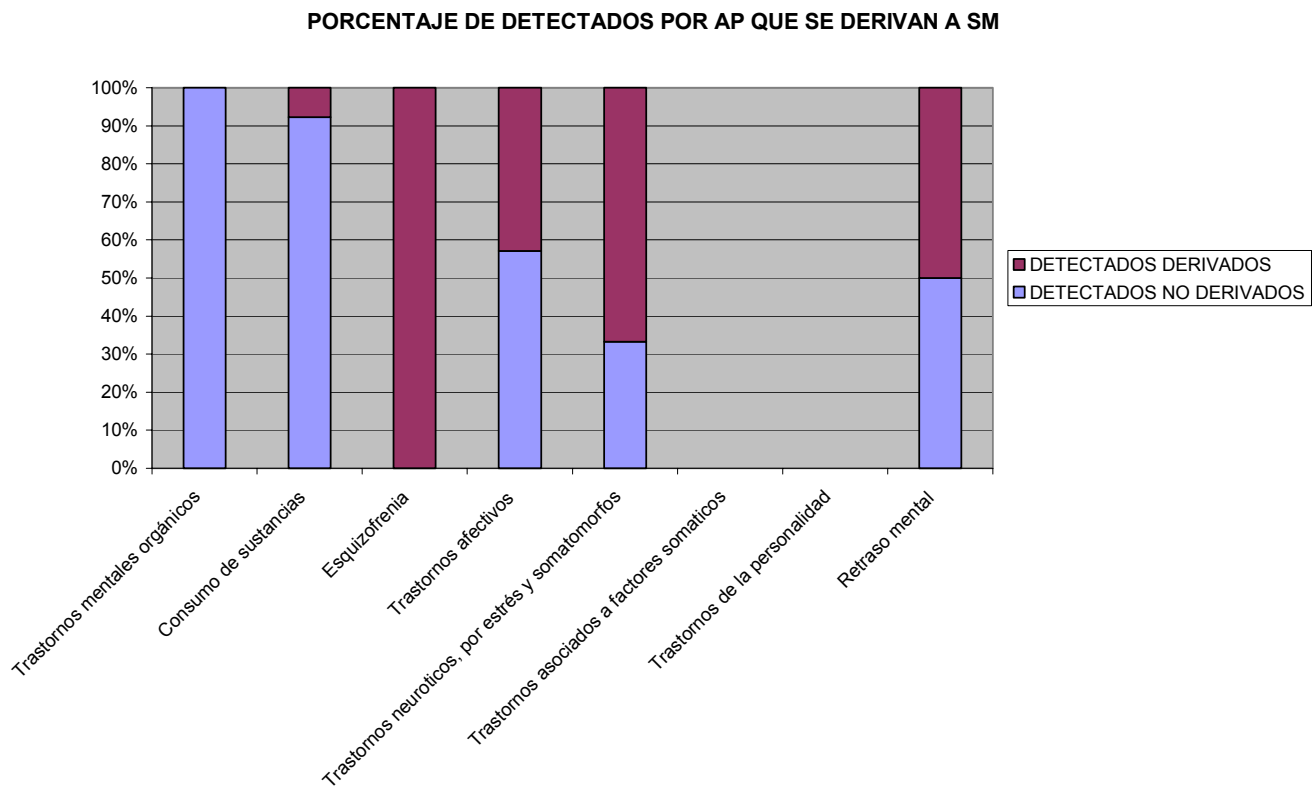


TABLA 46 DIAGNOSTICOS DETECTADOS Y DERIVADOS

DIAGNOSTICO		Frecuencia	Detectados AP		Derivados SM		
			n	%	n	% total	% detectados
F03	Demencia	2	1	50,0	0	0,0	0,0
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve	1	1	100,0	0	0,0	0,0
F10.1	Consumo perjudicial de alcohol	6	6	100,0	0	0,0	0,0
F10.2	Dependencia del alcohol	6	6	100,0	0	0,0	0,0
F19.1	Consumo perjudicial de múltiples drogas	1	1	100,0	1	100,0	100,0
F20.0	Esquizofrenia	2	2	100,0	2	100,0	100,0
F31.6	Trastorno bipolar, episodio actual mixto	1	1	100,0	1	100,0	100,0
F32.1	Episodio depresivo moderado	4	2	50,0	0	0,0	0,0
F32.9	Episodio depresivo sin especificación	2	2	100,0	0	0,0	0,0
F33.0	Trastorno depresivo sin especificar	2	1	50,0	1	50,0	100,0
F34.1	Distimia	10	8	80,0	4	40,0	50,0
F40.1	Fobia social	1	0	0,0	0	0,0	0,0
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	6	2	33,3	2	33,3	100,0
F41.2	Trastorno mixto ansiedad depresión	5	0	0,0	0	0,0	0,0
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificar	5	2	40,0	1	20,0	50,0
F43.2	Trastorno adaptativo	1	1	100,0	1	100,0	100,0
F43.20	Trastorno adaptativo reacción depresiva breve	2	2	100,0	1	50,0	50,0
F43.21	Trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada	2	0	0,0	0	0,0	0,0
F43.22	Trastorno adaptativo con reacción mixta ansiedad depresión	1	1	100,0	1	100,0	100,0
F43.23	Trastorno adaptativo con alteración de otras emociones	2	0	0,0	0	0,0	0,0
F43.28	Trastorno adaptativo con otros síntomas	2	1	50,0	0	0,0	0,0
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo	1	0	0,0	0	0,0	0,0
F51.4	Terrores nocturnos	1	0	0,0	0	0,0	0,0
F60.5	Trastorno anancastico de la personalidad	1	0	0,0	0	0,0	0,0
F60.8	Otros trastornos de la personalidad	1	0	0,0	0	0,0	0,0
F70.1	Retraso mental con alteraciones del comportamiento	1	1	100,0	1	100,0	100,0
F70.9	Retraso mental sin referencia a alteraciones del comportamiento	1	1	100,0	0	0,0	0,0
Total		70	42	60,0	16	22,9	38,1

8- Factores asociados a la presencia de trastorno mental

8.1- Resultados de la regresión logística múltiple de los modelos ajustados para sufrir enfermedad mental (cualquier trastorno):

Los resultados de los modelos de regresión logística figuran en la tabla 47 en la que, como se ha dicho en el apartado de metodología, empleamos el modelo 0 como análisis univariante y el modelo I como modelo multivariante.

8.1.1- Dentro del Modelo 0 se puede resaltar:

- a) Aunque se roza la significación, no podemos afirmar que exista una asociación significativa del sexo con sufrir enfermedad mental, siendo $\hat{O} = 1.81$, $\hat{O} \in (0.99; 3.32)$. Sin embargo, parece que las mujeres tienen más riesgo de sufrir enfermedad mental que los hombres; concretamente que entre las mujeres, la fracción de enfermos mentales frente a no enfermos es 1.81 veces mayor que entre los hombres. A pesar de no alcanzar significación estadística, se considerará en futuros análisis multivariantes.
- b) Hay una asociación clara y significativa de la edad con el sufrir enfermedad mental, $\hat{O}=2.46$, en el sentido de que parece que las personas con más de 55 años tienen más riesgo de sufrir enfermedad mental que las que tienen 55 años o menos; este punto de corte se obtuvo cortando la edad de manera que nos diera un punto de máxima asociación con la presencia de enfermedad mental. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- c) Con el estado civil no hemos encontrado asociación ninguna, $P= 0.2348$. Luego parece que en esta población el estado civil no muestra una asociación con la presencia de enfermedad mental. No se considerará en futuros análisis multivariantes.
- d) Enfrentando a los individuos con estudios contra aquellos que no tienen estudios encontramos una asociación clara entre el nivel de estudios y la presencia de enfermedad mental, $\hat{O}= 1.90$, en el sentido de que parece que los pacientes sin estudios tienen más riesgo de sufrir enfermedad mental que los que tienen estudios. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- e) Enfrentando a los individuos con ocupación (trabajo o estudio) contra aquellos que no tienen ocupación encontramos una asociación clara entre la situación laboral y más riesgo de sufrir enfermedad mental, $\hat{O}=2.06$, en el sentido de que parece que los pacientes sin ocupación tienen más riesgo de sufrir enfermedad mental que los que tienen ocupación. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- f) La salud percibida es una variable que muestra una asociación muy fuerte con la presencia de enfermedad mental; aquí se ha categorizado en los que afirman que su salud es muy buena o buena, los que la

perciben regular y los que las perciben mala o muy mala, respondiendo tal categorización al deseo de formar grupos de riesgo con un número de pacientes suficiente y distintos; los pacientes que perciben su salud como regular tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedad mental que los pacientes que la perciben buena, $\hat{O}=2.67$, mientras que los pacientes que la perciben mala o muy mala tienen un riesgo mucho mayor de sufrir enfermedad mental, $\hat{O}=14.89$. Se considerará en futuros análisis multivariantes.

- g) Presentar un valor anormal en la escala DUCKE-UNC condiciona claramente la presencia de enfermedad mental, de manera que los individuos que presentan valores bajos tanto en la subescala de apoyo afectivo como en la de apoyo confidencial, tienen más riesgo de sufrir enfermedad mental que los que no lo presentan, con unas \hat{O} de 5.95 y 4.27 respectivamente. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- h) Presentar un valor anormal en la escala APGAR familiar condiciona claramente la presencia de enfermedad mental, $\hat{O}=5.91$, lo que nos dice que los que presentan tal valor anormal tienen más riesgo de sufrir enfermedad mental que los que no lo presentan. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- i) Obtener puntuaciones elevadas en la escala de reajuste social, no está claramente relacionado con la presencia de enfermedad mental, $\hat{O}=1.92$, $\hat{O} \in (0.90; 4.04)$. Se considerará en futuros análisis multivariantes.

TABLA 47: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

CUALQUIER TRASTORNO		Modelo 0			Modelo I		
		\hat{O}	I de C (95%)		\hat{O}	I de C (95%)	
Variables (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo		Lim. Inf	Lim. Sup.		Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	1,80	0,99	3,32	1,23	0,63	2,38
Edad ($\leq 55a$)	>55a	2,46	1,13	5,82	0,78	0,37	1,65
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	1,04	0,46	2,26			
	Viudo	1,50	0,67	3,27			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	1,90	1,04	3,48			
Sit. Laboral (ocupado)	No ocupado	2,06	1,04	4,25			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	2,67	1,35	5,33	2,04	0,96	4,32
	Malo+ Muy malo	14,89	4,98	51,26	12,73	4,13	39,27
Afectmal (no)	Sí	5,95	2,71	13,53	2,57	1,04	6,35
Cofidmal (no)	Sí	4,27	2,07	8,95			
Apgarmal (no)	Sí	5,91	2,50	14,66	3,67	1,39	9,67
Avemal (no)	Sí	1,92	0,90	4,04	2,29	0,99	5,33

8.1.2 – Modelo Multivariante

Presentado el Modelo 0, es decir el modelo univariante, se pasó a un ajuste multivariante con objeto de delimitar si las asociaciones encontradas eran asociaciones verdaderas o eran meras asociaciones espurias; es decir se trataba de ver si controlando por otras variables las variables anteriores seguían mostrando el mismo efecto.

El Modelo I (Modelo final ajustado) resume una información medida en forma de $-2\log L = 234.09$, que difiere significativamente del Modelo I, $\chi^2_{\text{exp}} = 2.43$, 2 g.l., $P = 0.2967$, lo que indica que el modelo sin las variables del nivel de estudios y sin situación laboral resume la misma cantidad de información que con ellas. Por tanto, una primera conclusión que se deriva del modelo es que esas dos variables no parecen mostrar un efecto independiente sobre la presencia de enfermedad mental del que presentan las demás variables. Atendiendo a las variables que han permanecido en el modelo, se puede decir:

- a) La presencia de APGAR familiar anormal muestra un efecto claro y significativo en el sentido de incrementar la probabilidad de sufrir enfermedad mental, $\hat{O} = 3.67$, $\hat{O} \in (1.39; 9.67)$. Por tanto el presentar un APGAR familiar anormal es un predictor independiente de la presencia de enfermedad mental.
- b) Obtener puntuación anormal en el DUCKE-UNC, concretamente en la subescala de apoyo afectivo, muestra un efecto claro y significativo en el sentido de incrementar la probabilidad de presentar psicopatología, $\hat{O} = 2.57$, $\hat{O} \in (1.04; 6.35)$. Por tanto el tener un DUCKE anormal es un predictor independiente de la presencia de psicopatología.
- c) La salud autopercebida también resulta un predictor independiente y significativo de la presencia de enfermedad mental; si los pacientes perciben su salud como regular, tienen ya un riesgo mayor, y casi significativo de sufrir enfermedad mental, $\hat{O} = 2.04$, $\hat{O} \in (0.96; 4.32)$; pero cuando el efecto es muy fuerte es cuando los pacientes perciben su salud como mala o muy mala, en ese caso el riesgo de sufrir enfermedad mental se hace más elevado, $\hat{O} = 12.73$, $\hat{O} \in (4.13; 39.27)$. Por tanto la salud autopercebida es un predictor independiente de la presencia de enfermedad mental.
- d) En el modelo multivariante, el padecer un acontecimiento vital estresante intenso, incrementa su efecto sobre padecer un trastorno mental, rozando la significación estadística $\hat{O} = 2.29$, $\hat{O} \in (0.99; 5.33)$ por lo que podría considerarse como un factor de riesgo para presentar morbilidad psiquiátrica.
- e) Tanto el sexo como la edad han bajado drásticamente su efecto sobre la presencia de enfermedad mental, seguramente por la relación que tienen con las variables presentes en el modelo; no obstante se han mantenido en el mismo con objeto de producir valores ajustados por

edad y sexo en las otras variables.

El test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow para el Modelo II da: $\chi^2_{\text{exp}}=5.20$, 7 g.l., $P=0.6360$, es claramente no significativo, lo que indica que el modelo logístico, con las variables presentes en él, ajusta bien los datos de la muestra.

8.2 - Resultados de la regresión logística múltiple de los modelos ajustados para sufrir un trastorno neurótico, secundarios a situaciones estresantes o somatomorfo.

Los resultados de los modelos de regresión logística figuran en la tabla 48.

8.2.1- Dentro del Modelo 0 se puede resaltar:

- a) Existe una asociación clara y significativa del sexo con sufrir enfermedad mental, siendo $\hat{O} = 3.14$, $\hat{O} \in (1.29; 8.50)$. Parece, por tanto, que las mujeres tienen más riesgo de sufrir un trastorno de ansiedad que los hombres; concretamente que entre las mujeres, la fracción de trastornos ansiosos frente a no enfermos es 3.14 veces mayor que entre los hombres. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- b) No existe asociación significativa de la edad con el sufrir trastorno de ansiedad $\hat{O}=1.44$, a pesar de lo cual se considerará en futuros análisis multivariantes.
- c) Con el estado civil tampoco hemos encontrado asociación ninguna, luego parece que en esta población el estado civil no muestra una asociación con la presencia trastornos ansiosos. No se considerará en futuros análisis multivariantes.
- d) Enfrentando a los individuos con estudios contra aquellos que no tienen estudios no encontramos una asociación clara entre el nivel de estudios y la presencia de ansiedad, $\hat{O}= 1.06$. No se considerará en futuros análisis multivariantes.
- e) Enfrentando a los individuos con ocupación (trabajo o estudio) contra aquellos que no tienen ocupación, tampoco encontramos una asociación entre la situación laboral y más riesgo de sufrir trastornos de ansiedad, $\hat{O}=0.98$. No se considerará en futuros análisis multivariantes.
- f) La salud percibida vuelve a mostrar una asociación fuerte con la presencia de trastornos neuróticos; los pacientes que perciben su salud como regular tienen un mayor riesgo de sufrir estos trastornos que los pacientes que la perciben buena, $\hat{O}=4.08$, mientras que los pacientes que la perciben mala o muy mala tienen un riesgo mucho mayor de sufrir patología de este tipo, $\hat{O}=4.09$. Se considerará en futuros análisis

- multivariantes.
- g) Presentar un valor anormal en la escala DUCKE-UNC no se asocia de forma significativa con la presencia de trastornos de ansiedad. No obstante, la subescala de apoyo afectivo muestra una \hat{O} de 2.60 $\hat{O} \in (0.96; 6.60)$, acercándose a la significación, en el sentido de que los individuos con puntuaciones más bajas en esta subescala padecerían más trastornos neuróticos. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- h) Presentar un valor anormal en la escala APGAR familiar condiciona claramente la presencia de trastornos de ansiedad, $\hat{O}=3.54$, lo que nos dice que los que presentan tal valor anormal tienen más riesgo de sufrir estos trastornos que los que no lo presentan. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- i) Obtener puntuaciones elevadas en la escala de reajuste social, no está relacionado con la presencia de este grupo de trastornos, $\hat{O}=0.92$, $\hat{O} \in (0.26; 2.66)$. No obstante, se considerará en futuros análisis multivariantes.

TABLA 48: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

Trastornos Ansiedad		Modelo 0			Modelo I		
		\hat{O}	I de C (95%)		\hat{O}	I de C (95%)	
Variables (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo		Lim. Inf	Lim. Sup.		Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	3,14	1,29	8,50	2,34	0,91	6,57
Edad ($\leq 55a$)	>55a	1,44	0,54	4,52	0,33	0,11	0,91
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	0,81	0,22	2,41			
	Viudo	1,13	0,35	3,21			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	1,06	0,44	2,44			
Sit. Laboral (ocupado)	No ocupado	0,98	0,41	2,46			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	4,08	1,59	11,44	5,74	1,87	19,43
	Malo+ Muy malo	4,09	0,95	16,02	6,03	1,13	31,90
Afectmal (no)	Sí	2,60	0,96	6,60			
Cofidmal (no)	Sí	1,08	0,34	2,93			
Apgarmal (no)	Sí	3,54	1,27	9,31	2,33	0,78	6,55
Avemal (no)	Sí	0,92	0,26	2,66			

8.2.2 – Modelo Multivariante

El modelo final ajustado nos muestra que tanto el sexo como la edad han bajado drásticamente su efecto sobre la presencia de un trastorno neurótico, de manera que la asociación que se presenta entre ser mujer y padecer un trastorno de ansiedad pierde la significación estadística $\hat{O}=2.34, \hat{O} \in (0.91; 6.57)$, aunque se mantiene cercana a ella.

Presentar un valor anormal en la escala DUCKE-UNC no es un factor independiente que se asocie de forma significativa con la presencia de trastornos de ansiedad, ya que los coeficientes muestran una importante pérdida de efecto.

Algo parecido ocurre con el hecho de obtener una puntuación baja en el APGAR familiar $\hat{O}=2.33, \hat{O} \in (0.78; 6.55)$, por lo que tampoco puede ser considerado como un factor predictor independiente de la presencia de un trastorno neurótico.

La salud autopercebida es la única variable que mantiene una asociación clara y significativa con padecer un trastorno de ansiedad, de manera que los sujetos que manifiestan poseer una salud regular, mala o muy mala presentan un riesgo elevado de padecer un trastorno neurótico, siendo este efecto independiente del resto de las variables incluidas en el modelo: $\hat{O}=6.03, \hat{O} \in (1.13; 31.90)$ para salud mala o muy mala y $\hat{O}=5.74, \hat{O} \in (1.87; 19.43)$ para salud autopercebida como regular.

8.3 - Resultados de la regresión logística múltiple de los modelos ajustados para sufrir un trastorno afectivo.

Los resultados de los modelos de regresión logística figuran en la tabla 49.

8.3.1- Dentro del Modelo 0 se puede resaltar:

- a) Existe una asociación clara y significativa del sexo con sufrir un trastorno afectivo, siendo $\hat{O} = 4.54, \hat{O} \in (1.42; 19.3)$. Parece, por tanto, que las mujeres tienen más riesgo de sufrir un trastorno afectivo que los hombres; concretamente que entre las mujeres, la fracción de trastornos afectivos frente a no enfermos es 4.54 veces mayor que entre los hombres. Se considerará en futuros análisis multivariantes.

- b) Hay una asociación clara y significativa de la edad con el sufrir un trastorno afectivo, $\hat{O}=3.48$, en el sentido de que parece que las personas con más de 55 años tienen más riesgo de sufrir estos trastornos que las que tienen 55 años o menos. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- c) Con el estado civil tampoco hemos encontrado asociación ninguna, luego parece que en esta población el estado civil no muestra una asociación con la presencia trastornos depresivos. No se considerará en futuros análisis multivariantes.
- d) Enfrentando a los individuos con estudios contra aquellos que no tienen estudios se encuentra una asociación clara y significativa entre el nivel de estudios y la presencia de trastornos afectivos, $\hat{O}= 3.72$. De esta manera, los individuos sin estudios presentarían un riesgo más elevado que los sujetos con estudios para presentar un trastorno afectivo. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- e) Enfrentando a los individuos con ocupación (trabajo o estudio) contra aquellos que no tienen ocupación, encontramos una asociación entre la situación laboral y más riesgo de sufrir trastornos afectivos, $\hat{O}=10.42$, en el sentido de que los individuos sin empleo remunerado presentan un riesgo más elevado de padecer trastornos depresivos que aquellos sujetos que tienen una ocupación. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- f) La salud autopercebida muestra una asociación fuerte con la presencia de trastornos afectivos; los pacientes que perciben su salud como regular tienen un mayor riesgo de sufrir estos trastornos que los pacientes que la perciben buena, $\hat{O}=5.00$, mientras que los pacientes que perciben su propia salud como mala o muy mala tienen un riesgo mucho mayor de sufrir patología de este tipo, $\hat{O}=25.15$. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- g) Presentar un valor anormal en la escala DUCKE-UNC se asocia también de forma significativa con la presencia de trastornos afectivos. La subescala de apoyo afectivo muestra una \hat{O} de 6.29 y la de apoyo confidencial una \hat{O} de 9.61. Por tanto, los individuos con puntuaciones más bajas en el DUKE padecerían más trastornos afectivos. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- h) Presentar un valor anormal en la escala APGAR familiar condiciona claramente la presencia de trastornos afectivos, $\hat{O}=4.13$, lo que nos dice que los que presentan tal valor anormal tienen más riesgo de sufrir estos trastornos que los que no lo presentan. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- i) Obtener puntuaciones elevadas en la escala de reajuste social, no está

relacionado con la presencia de este grupo de trastornos, $\hat{O}=2.69$, $\hat{O}\in(0.85; 7.75)$. No obstante, se considerará en futuros análisis multivariantes.

TABLA 49:Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

Trastornos afectivos		Modelo 0			Modelo I		
		\hat{O}	I de C (95%)		\hat{O}	I de C (95%)	
Variables (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo		Lim. Inf	Lim. Sup.		Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	4,54	1,42	19,13	3,02	0,82	14,20
Edad ($\leq 55a$)	>55a	3,48	1,17	12,58			
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	0,53	0,06	2,54			
	Viudo	2,39	0,74	7,16			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	3,72	1,34	11,37			
Sit. Laboral (ocupado)	No ocupado	10,42	1,60	439,77			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	5,00	1,20	29,58	3,98	0,90	24,95
	Malo+ Muy malo	25,15	5,54	160,13	21,54	4,12	156,14
Afectmal (no)	Sí	6,29	2,18	18,05			
Cofidmal (no)	Sí	9,61	3,39	29,06	6,79	2,13	23,44
Apgarmal (no)	Sí	4,13	1,28	12,31			
Avemal (no)	Sí	2,69	0,85	7,75	2,72	0,72	10,05

8.3.2 – Modelo Multivariante

El modelo final ajustado nos muestra que el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de educación, la situación laboral y la salud autopercebida como regular han bajado de forma importante su efecto sobre la presencia de un trastorno afectivo, de manera que la asociación que se presenta entre estas variables y padecer un trastorno afectivo pierde la significación estadística. Las variables que quedan cerca de la significación son las de salud autopercebida regular $\hat{O}\in(0.90; 24.95)$ y la del sexo, en el sentido de que las mujeres presentarían más riesgo de padecer estos trastornos $\hat{O}\in(0.82; 14.20)$.

La salud autopercebida como mala o muy mala mantiene una asociación clara y significativa con padecer un trastorno afectivo, de manera que los sujetos que

manifiestan poseer una salud mala o muy mala presentan un riesgo elevado de padecer un trastorno afectivo, frente a los que refieren tener una salud buena o muy buena, siendo este efecto independiente del resto de las variables incluidas en el modelo: $\hat{O}=21.54$, $\hat{O}\in(4.12; 156.14)$.

También el poseer una puntuación baja en el DUKE mantiene una asociación clara y significativa con presentar un trastorno depresivo. Particularmente se da esta asociación en la subescala de apoyo confidencial $\hat{O}=6.79$, mientras que el efecto del apoyo afectivo pierde significación para este grupo de trastornos. Por tanto, tener una puntuación baja en la subescala de apoyo confidencial del DUKE, está asociado de forma significativa e independiente del resto de variables incluidas en el modelo, con padecer un trastorno afectivo.

Por último, el obtener puntuaciones elevadas en la escala de reajuste social, parece no estar relacionado con la presencia de este grupo de trastornos, $\hat{O}=2.72$, $\hat{O}\in(0.72; 10.5)$. Lo mismo ocurre el APGAR familiar cuyo efecto sobre padecer trastornos afectivos pierde la significación.

8.4 - Resultados de la regresión logística múltiple de los modelos ajustados para sufrir un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados de los modelos de regresión logística figuran en la tabla 50.

8.4.1- Dentro del Modelo 0 se puede resaltar:

- a) Existe una asociación clara y significativa del sexo con sufrir un trastorno afectivo, siendo $\hat{O} = 0.135$, $\hat{O}\in(0.014; 0.616)$ considerando como categoría de riesgo el ser mujer. Parece, por tanto, que los hombres tienen más riesgo de sufrir un trastorno por consumo de sustancias que las mujeres. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- b) No hay una asociación de la edad con sufrir un trastorno por consumo de sustancias, $\hat{O}=0.476$. A pesar de ello se considerará en futuros análisis multivariantes.
- c) Con el estado civil tampoco hemos encontrado asociación ninguna. No se considerará en futuros análisis multivariantes.
- d) Enfrentando a los individuos con estudios contra aquellos que no tienen estudios, no se encuentra una asociación entre el nivel de estudios y la presencia de trastornos por consumo de sustancias, $\hat{O}= 1.981$. A pesar

de ello, y dado que es de los factores que presentan una razón del producto cruzado más alta, se considerará en futuros análisis multivariantes.

- e) Si enfrentamos a los individuos con ocupación (trabajo o estudio) a aquellos que no tienen ocupación, tampoco encontramos una asociación entre la situación laboral y más riesgo de sufrir trastornos por consumo de sustancias, $\hat{O}=1.303$. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- f) En esta ocasión, la salud autopercebida no muestra asociación con la presencia de trastornos por consumo de sustancias, por lo que no se considerará en futuros análisis multivariantes.
- g) Presentar un valor anormal en la escala DUCKE-UNC no se asocia de forma significativa con la presencia de trastornos por consumo de sustancias. La subescala de apoyo afectivo muestra una \hat{O} de 2.96 y la de apoyo confidencial una \hat{O} de 3.24. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- h) Presentar un valor anormal en la escala APGAR familiar no se asocia con la presencia de trastornos por consumo de sustancias, $\hat{O}=1.798$. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- i) Obtener puntuaciones elevadas en la escala de reajuste social, está relacionado con la presencia de este grupo de trastornos, $\hat{O}=3.567$, rozándose la significación estadística $\hat{O} \in (0.982; 12.041)$. Se considerará en futuros análisis multivariantes.

TABLA 50: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

T. consumo sustancias		Modelo 0			Modelo I		
			I de C (95%)			I de C (95%)	
Variables (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	0,135	0,014	0,616	0,056	0,005	0,325
Edad (≤55a)	>55a	0,476	0,124	1,586	0,024	0,001	0,242
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	2,192	0,535	8,077			
	Viudo	0,925	0,092	4,896			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	1,981	0,604	6,665	11,515	1,388	166,752
Sit. Laboral (ocupado)	No ocupado	1,303	0,370	5,800	3,742	0,516	28,023
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	0,401	0,070	1,579			
	Malo+ Muy malo	0,488	0,011	3,669			
Afectmal (no)	Sí	2,967	0,747	10,282			
Cofidmal (no)	Sí	3,244	0,896	10,903	4,361	0,878	23,150
Apgarmal (no)	Sí	1,798	0,307	7,254			
Avemal (no)	Sí	3,567	0,982	12,041	2,965	0,698	12,525

8.4.2 – Modelo Multivariante

El modelo final ajustado nos muestra como el sexo es un factor predictor independiente para padecer un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en el sentido de que los hombres presentan más riesgo de padecer este tipo de patología $\hat{O} = 0.056$, $\hat{O} \in (0.005; 0.325)$.

Igualmente la edad se muestra como un factor independiente asociado a la presencia del consumo problemático de sustancias en el sentido de que las personas menores de 55 años presentan más riesgo de padecer estos trastornos que aquellas mayores de esta edad. $\hat{O} = 0.024$, $\hat{O} \in (0.001; 0.242)$, considerando a los mayores de 55 años como categoría de riesgo.

El nivel de estudios se asocia de forma clara y significativa con padecer un trastorno por consumo de sustancias en el sentido de que las personas sin estudios presentan un riesgo más elevado de padecer un trastorno de este tipo que aquellos individuos con un nivel educacional más alto.

Tanto el apoyo social como el apoyo familiar y el presentar acontecimientos vitales estresantes durante el último año, no se asocian de forma significativa con presentar un trastorno por consumo de sustancias.

8.5 - Resultados de la regresión logística múltiple de los modelos ajustados para sufrir un trastorno mental orgánico.

Los resultados de los modelos de regresión logística figuran en la tabla 51.

8.5.1 Análisis univariante

Las únicas variables que muestran una asociación significativa con padecer un trastorno mental orgánico son la edad, en el sentido de que los mayores de 55 años presentan más riesgo de padecer un trastorno de este grupo ($\hat{O} = 8.40$) y el percibir la propia salud como mala o muy mala en cuyo caso también aumenta el riesgo ($\hat{O} = 23.19$) de padecer un trastorno mental orgánico.

Las personas que presentan disfunción familiar parece que presentan un mayor riesgo para padecer estos trastornos, ($\hat{O} = 7.43$) pero este hallazgo no alcanza significación $\hat{O} \in (0.95; 58.20)$.

El resto de las variables no parecen mostrar asociación alguna con presentar un trastorno mental orgánico.

TABLA 51: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

Trastornos mentales orgánicos		Modelo 0			Modelo I		
		\hat{O}	I de C (95%)		\hat{O}	I de C (95%)	
Variables (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo		Lim. Inf	Lim. Sup.		Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	1,95	0,27	21,89			
Edad ($\leq 55a$)	>55a	8,40	1,19	inf			
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	0,62	inf	5,06			
	Viudo	1,89	0,17	13,75			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	3,41	0,48	38,46			
Sit. Laboral (ocupado)	No ocupado	3,91	0,55	inf			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	6,04	0,64	inf	4,61	0,48	inf
	Malo+ Muy malo	23,19	2,43	inf	17,26	1,74	inf
Afectmal (no)	Sí	1,09	0,02	10,16			
Cofidmal (no)	Sí	2,27	0,20	16,42			
Apgarmal (no)	Sí	7,43	0,95	58,20	4,62	0,56	38,01
Avemal (no)	Sí	0,58	inf	4,14			

8.5.2 Análisis multivariante

Tanto la edad como la puntuación obtenida en el APGAR han bajado drásticamente su efecto sobre la presencia de trastorno mental orgánico de manera que no puede afirmarse que esas variables sean factores que se asocien de forma significativa e independiente con padecer este trastorno.

Aunque también se produce una modificación importante en los coeficientes de la variable que recoge a los pacientes con salud autopercebida mala o muy mala, ésta si mantiene la significación estadística, quedando en el modelo final ajustado como la única variable relacionada de forma independiente con padecer un trastorno mental orgánico $\hat{O} = 17.26$, $\hat{O} \in (1.74; \text{inf.})$.

Hay que señalar que los resultados de la regresión logística múltiple se ven afectados, en este grupo de diagnósticos en los que se expondrán a continuación, por el escaso número de pacientes que nutren las diferentes categorías diagnosticas, siendo imposible en ocasiones encontrar asociaciones entre los factores de estudio y la variable de resultado.

8.6 - Resultados de la regresión logística múltiple de los modelos ajustados para sufrir esquizofrenia.

Los resultados de los modelos de regresión logística figuran en la tabla 52.

8.6.1 Análisis univariante

El modelo 0 muestra como ni la edad, ni el sexo ni el nivel cultural, ni la situación laboral ni la salud autopercebida o el haber sufrido acontecimientos estresantes en el año previo muestran asociación alguna con padecer esquizofrenia.

Sin embargo, presentar un apoyo social afectivo bajo o un apoyo familiar deficitario si muestran asociación significativa con padecer este trastorno $\hat{O}=13.445$, $\hat{O} \in (1.037; \text{inf.})$ para apoyo afectivo y $\hat{O}=17.128$, $\hat{O} \in (1.319; \text{inf.})$ para apoyo familiar deficitario.

8.6.2 Análisis multivariante

El modelo final ajustado muestra cómo el apoyo familiar deficitario es la única variable que se mantiene en el modelo.

De esta forma se puede afirmar que la percepción de un apoyo familiar deficitario es un factor que se asocia de forma independiente con la presencia de trastorno esquizofrénico.

TABLA 52: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

Esquizofrenia		Modelo 0			Modelo I		
			I de C (95%)			I de C (95%)	
Variables (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	0,960	0,012	75,954			
Edad (≤55a)	>55a	0,409	inf	5,274			
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	8,154	0,630	inf			
	Viudo	DEGEN	?	?			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	1,667	0,021	131,959			
Sit. Laboral (ocupado)	No ocupado	1,131	0,088	inf			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	1,540	inf	60,068			
	Malo+ Muy malo	5,682	0,071	457,191			
Afectmal (no)	Sí	13,445	1,037	inf			
Cofidmal (no)	Sí	10,930	0,844	inf			
Apgarmal (no)	Sí	17,128	1,319	inf	17,128	1,319	inf
Avemal (no)	Sí	2,001	inf	25,924			

8.7 - Resultados de la regresión logística múltiple de los modelos ajustados para sufrir un trastorno de la personalidad.

Los resultados de los modelos de regresión logística figuran en la tabla 53

Tanto en el modelo univariante como en el modelo final ajustado, la única variable que muestra una asociación clara y significativa con padecer un trastorno de la personalidad, es la de haber obtenido una puntuación superior a 233 puntos en la escala de reajuste social, que mide la existencia de acontecimientos vitales estresantes durante el año anterior.

TABLA 53: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística							
Trastornos de la personalidad		Modelo 0			Modelo I		
			I de C (95%)			I de C (95%)	
Variables (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo	\hat{O}	Lim. Inf	Lim. Sup.	\hat{O}	Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	1,288	0,213	8,981			
Edad ($\leq 55a$)	>55a	0,159	0,003	1,345			
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	2,576	0,364	15,855			
	Viudo	0,6942	inf	5,673			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	0,270	0,006	2,284			
	No ocupado	0,615	0,101	4,302			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	3,164	0,442	35,702			
	Malo+ Muy malo	2,843	0,047	56,724			
Afectmal (no)	Sí	0,906	0,019	7,806			
Cofidmal (no)	Sí	3,476	0,491	21,380			
Apgarmal (no)	Sí	2,865	0,262	18,514			
Avemal (no)	Sí	6,932	1,125	49,236	6,932	1,125	49,236

8.8 - Resultados de la regresión logística múltiple de los modelos ajustados para sufrir trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, retraso mental y factores psicosociales.

Los resultados de los modelos de regresión logística figuran en las tablas 54 a 56.

La regresión logística para estos tres grupos diagnósticos nos muestra como ninguna de las variables analizadas se asocia con la presencia de los trastornos incluidos en este apartado. Esto ocurre tanto en el análisis univariante como en el multivariante. Posiblemente, la poca cantidad de pacientes adscritos a cada grupo esté detrás de esta ausencia de asociación.

TABLA 54: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

Disfunciones fisiologicas		Modelo 0			Modelo I		
			I de C (95%)			I de C (95%)	
Variabes (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	0,960	0,025	inf			
Edad (≤55a)	>55a	0,992	inf	38,682			
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	3,319	0,085	inf			
	Viudo	DEGEN	?	?			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	1,663	inf	64,859			
Sit. Laboral (ocupado)	No ocupado	0,467	inf	18,216			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	1,540	0,040	inf			
	Malo+ Muy malo	DEGEN	?	?			
Afectmal (no)	Sí	5,447	inf	212,449			
Cofidmal (no)	Sí	4,444	inf	173,337			
Apgarmal (no)	Sí	6,903	inf	269,222			
Avemal (no)	Sí	4,833	inf	188,494			

TABLA 55: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

Retraso mental		Modelo 0			Modelo I		
			I de C (95%)			I de C (95%)	
Variabes (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	0,960	0,012	75,954			
Edad (≤55a)	>55a	0,409	inf	5,274			
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	8,154	0,630	inf			
	Viudo	DEGEN	?	?			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	1,667	0,021	131,959			
Sit. Laboral (ocupado)	No ocupado	1,131	0,088	inf			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	1,540	inf	60,068			
	Malo+ Muy malo	5,682	0,071	457,191			
Afectmal (no)	Sí	5,507	0,069	439,064			
Cofidmal (no)	Sí	4,483	0,056	356,742			
Apgarmal (no)	Sí	7,001	0,088	559,821			
Avemal (no)	Sí	2,001	inf	25,924			

TABLA 56: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

Factores psicosociales		Modelo 0			Modelo I		
			I de C (95%)			I de C (95%)	
Variables (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.	Ô	Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	1,449	0,163	17,632			
Edad (≤55a)	>55a	4,047	0,393	201,923			
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	0,484	inf	3,634			
	Viudo	0,542	inf	4,078			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	1,111	0,091	9,888			
	No ocupado	1,885	0,183	94,247			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	0,768	0,013	14,969			
	Malo+ Muy malo	5,893	0,408	85,225			
Afectmal (no)	Sí	3,748	0,303	33,928			
Cofidmal (no)	Sí	3,036	0,247	27,347			
Apgarmal (no)	Sí	4,800	0,386	43,767			
Avemal (no)	Sí	0,710	inf	5,330			

En las tablas 57 y 58 se resume la información aportada por las diferentes regresiones logísticas múltiples.

TABLA 57

MODELO 0

GRUPOS DIAGNOSTICOS

CATEG. RIESGO	GRUPOS DIAGNOSTICOS									
	TODOS	T. ANSIEDAD	DEPRESION	C. SUSTANCIAS	ESQUIZOFRENIA	T. MENTALES ORGANICOS	DISFUNCIONES FISIOLOGICAS....	T. PERSONALIDAD	RETRASO M.	T. PSICOSOCIAL
MUJER	Roza	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Asociación significativa. FACTOR PROTECTOR						
MAS DE 55 AÑOS			Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO			Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO				
SOLTERO/DIVOR										
VIUDO										
SIN ESTUDIOS	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO		Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO							
NO OCUPADO	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO		Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO							
SALUD REGULAR	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO							
SALUD MAL/MUY MAL	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Roza	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO			Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO				
DUKE MAL (AFECT)	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Roza	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO		Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO					
DUKE MAL (CONFID)	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO		Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO		Roza					
APGAR MAL	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO		Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Roza				
AVE MAS DE 233	Roza			Roza				Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO		

Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO
 Asociación significativa. FACTOR PROTECTOR
 Roza significación

TABLA 58

MODELO I

GRUPOS DIAGNOSTICOS

CATEG. RIESGO	GRUPOS DIAGNOSTICOS									
	TODOS	T. ANSIEDAD	DEPRESION	C. SUSTANCIAS	ESQUIZOFRENIA	T. MENTALES ORGANICOS	DISFUNCIONES FISIOLOGICAS....	T. PERSONALIDAD	RETRASO M.	T. PSICOSOCIAL
MUJER		Roza significación		Asociación significativa. FACTOR PROTECTOR						
MAS DE 55 AÑOS				Asociación significativa. FACTOR PROTECTOR						
SOLTERO/DIVOR										
VIUDO										
SIN ESTUDIOS										
NO OCUPADO										
SALUD REGULAR	Roza significación	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO								
SALUD MAL/MUY MAL	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO			Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO				
DUKE MAL (AFECT)	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO									
DUKE MAL (CONFID)			Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO							
APGAR MAL	Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO				Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO					
AVE MAS DE 233	Roza significación							Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO		

Asociación significativa. FACTOR DE RIESGO
 Asociación significativa. FACTOR PROTECTOR
 Roza significación

9- Factores asociados a la presencia de hiperfrecuentación de las consultas de Atención primaria.

9.1- Resultados de la regresión logística múltiple de los modelos ajustados para ser hiperfrecuentador

Los resultados de los modelos de regresión logística figuran en la tabla 59 en la que, como se ha dicho en el apartado de metodología, empleamos el modelo 0 como análisis univariante y el modelo I como modelo multivariante.

9.1.1- Dentro del Modelo 0 se puede destacar:

- a) No encontramos una asociación clara y significativa del sexo con realizar una hiperutilización de los servicios sanitarios, pues aún siendo la $\hat{O}=1.41$, el Intervalo de confianza es: $\hat{O}\in(0,60; 3,41)$. Aun así se considerará en futuros análisis multivariantes.
- b) Hay una asociación clara y significativa de la edad con el sufrir enfermedad mental, $\hat{O}=2.92$, en el sentido de que parece que las personas con más de 55 años tienen mayor probabilidad de hiperutilización de los servicios sanitarios que las que tienen 55 años o menos; este punto de corte se obtuvo cortando la edad de manera que nos diera un punto de máxima asociación con la presencia de hiperfrecuentación. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- c) Con el estado civil no hemos encontrado asociación ninguna, $P=0.47$. Luego parece que en esta población el estado civil no muestra una asociación con hiperutilización de los servicios sanitarios. No se considerará en futuros análisis multivariantes.
- d) Enfrentando a los individuos con estudios contra aquellos que no tienen estudios, parece que los pacientes sin estudios realizan una mayor utilización de los servicios sanitarios que los que tienen estudios ya que, aunque la asociación no alcanza significación estadística, se queda cerca de ella $\hat{O}=2.26$, y el intervalo de confianza es: $\hat{O}\in(0.96; 5.40)$. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- e) Enfrentando a los individuos con ocupación (trabajo o estudio) contra aquellos que no tienen ocupación, no encontramos una asociación clara entre la situación laboral y la hiperutilización de los servicios sanitarios, $\hat{O}=2.44$. No se considerará en futuros análisis multivariantes.
- f) La salud percibida es una variable que muestra una asociación muy fuerte con la hiperutilización de los servicios sanitarios; los pacientes que perciben su salud como regular realizan un mayor uso de los servicios sanitarios que los pacientes que la perciben buena, $\hat{O}=5.77$, mientras

que los pacientes que la perciben mala o muy mala utilizan aun más los servicios sanitarios, $\hat{O}=12.53$. Se considerará en futuros análisis multivariantes.

- g) Presentar un valor anormal en la subescala de apoyo afectivo del DUKE condiciona claramente la presencia de hiperfrecuentación, $\hat{O}=2.89$, lo que nos dice que los que presentan tal valor anormal realizan una mayor frecuentación de lo servicios sanitarios que los que no lo presentan. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- h) Presentar un valor anormal en la subescala de apoyo confidencial del DUKE condiciona claramente la hiperutilización de los servicios sanitarios, $\hat{O}=3.25$, lo que nos dice que los que presentan tal valor anormal realizan una mayor frecuentación de los servicios sanitarios que los que no lo presentan. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- i) Presentar un valor anormal en la variable APGAR condiciona claramente la hiperutilización de los servicios sanitarios, $\hat{O}=3.18$, lo que nos dice que los que presentan tal valor anormal realizan una mayor frecuentación de los servicios sanitarios que los que no lo presentan. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- j) Los resultados en la escala de reajuste social no parecen presentar ningún tipo de asociación con la hiperutilización de los servicios de salud. No se considerará en futuros análisis multivariantes.
- k) Enfrentando a los individuos diagnosticados de una enfermedad crónica contra aquellos que no la padecen encontramos una asociación clara entre padecer enfermedad crónica y la hiperutilización de los servicios sanitarios, $\hat{O}=4,50$, el intervalo de confianza es: $\hat{O} \in (1.70; 14.07)$ en el sentido de que parece que los pacientes con enfermedad crónica realizan una mayor utilización de los servicios sanitarios que los que no la tienen. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- l) Tener una accesibilidad a los servicios sanitarios sin limitaciones importantes presenta una asociación muy fuerte con la hiperfrecuentación, $\hat{O}=4.04$, $\hat{O} \in (1.65; 9.97)$, en el sentido de que tener una muy fácil accesibilidad aumenta considerablemente la frecuentación a los servicios de salud. Se considerará en futuros análisis multivariantes.
- m) La existencia de enfermedad mental es una variable que muestra una asociación muy fuerte con la hiperutilización de los servicios sanitarios; aquí se ha categorizado en los casos previamente diagnosticados y en los nuevos diagnósticos detectados y confirmados a raíz del estudio, respondiendo tal categorización al deseo de formar grupos de riesgo con un número de pacientes suficiente y distintos; los pacientes ya diagnosticados de enfermedad mental realizan un mayor uso de los servicios sanitarios que los pacientes sin enfermedad mental, $\hat{O}=4.61$,

mientras que los nuevos casos de pacientes con enfermedad mental la probabilidad de hiperfrecuentación de los servicios de salud es aun mayor, $\hat{O}=5.88$. Se considerará en futuros análisis multivariantes.

TABLA 59: Resultados del ajuste de los diferentes modelos de regresión logística

Hiperfrecuentación		Modelo 0			Modelo I		
			I de C (95%)			I de C (95%)	
Variabes (Cat. Referencia)	Cat. Riesgo	\hat{O}	Lim. Inf	Lim. Sup.	\hat{O}	Lim. Inf	Lim. Sup.
Sexo (hombre)	mujer	1,41	0,60	3,41			
Edad ($\leq 55a$)	>55a	2,92	1,18	7,97			
Estado Civil (casado)	Soltero+Div.	0,47	0,08	1,68			
	Viudo	1,13	0,35	3,21			
Nivel Ed.(Con estudios)	Sin estudios	2,26	0,96	5,40			
	No ocupado	2,44	0,87	8,54			
Salud (Muy bueno+bueno)	Regular	5,77	1,92	20,99	4,25	1,18	15,36
	Malo+ Muy malo	12,53	3,18	55,09	5,13	0,99	26,60
Afectmal (no)	Sí	2,89	1,05	7,44			
Cofidmal (no)	Sí	3,25	1,27	8,05	2,83	0,91	8,76
Apgarmal (no)	Sí	3,18	1,09	8,58			
Avemal (no)	Sí	1,30	0,40	3,61			
Crónico(no)	Sí	4,50	1,70	14,07	8,54	1,80	40,46
Acceso (2,3,4)	1	4,04	1,65	9,97	6,46	2,31	18,06
Caso psiquiatrico (no)	previo	4,61	1,61	13,13	2,85	0,83	9,76
	nuevo	5,88	1,83	18,38	4,76	1,38	16,46

9.1.2- Análisis multivariante

Presentado el Modelo 0, es decir el modelo univariante, se pasó a un ajuste multivariante con objeto de delimitar si las asociaciones encontradas eran asociaciones verdaderas o eran meras asociaciones espurias; es decir se trataba de ver si controlando por otras variables las variables anteriores seguían mostrando el mismo efecto.

Atendiendo a lo dicho se ajustó el Modelo I, con todas las variables anteriores salvo la de estado civil que era claramente no significativa. Se pudo apreciar de esta manera que la gran mayoría de las variables acercaban su razón del producto cruzado a 1, lo que indica que se acercan a la ausencia de asociación. No obstante el modelo muestra que unas bajan más que otras por

lo que se probó con diferentes modelos en los que se eliminaban variables condicionando siempre a que el nuevo modelo resumiera la información del modelo anterior ya que no hubiera fuertes movimientos en los coeficientes del mismo. Así se obtuvo el Modelo Final Ajustado que comentaremos a continuación.

En este modelo se han obligado a entrar, para controlar por ellas, a las variables: sexo, edad, accesibilidad y padecer enfermedad crónica; con las demás se ha probado, quedándonos con aquella que resume la información de las demás que es la de ser caso psiquiátrico. Además se puede observar que el ser caso nuevo (no estar diagnosticado anteriormente) incrementa el riesgo de hiperutilización.

Por tanto, una primera conclusión que se deriva del modelo es que las variables: Estado Civil, Nivel de Estudios, Situación Laboral, Dinámica Familiar (Apgar), Red de Apoyo Social (Duke), y acontecimientos vitales estresantes, no parecen mostrar un efecto independiente sobre la presencia de hiperfrecuentación del que presentan las demás variables. Atendiendo a las variables que han permanecido en el modelo se puede decir:

- a) La presencia de enfermedad crónica muestra un efecto claro y significativo en el sentido de incrementar la probabilidad de hiperfrecuentación, $\hat{\Omega}=8.54$, $\hat{\Omega} \in (1.80; 40.46)$. Por tanto el sufrir una enfermedad crónica es un predictor independiente de la presencia de hiperutilización de los servicios de salud.
- b) La accesibilidad también muestra un efecto claro y significativo en el sentido de incrementar la probabilidad de hiperfrecuentación, $\hat{\Omega}=6.46$, $\hat{\Omega} \in (2.31; 18.06)$. Por tanto el tener una gran facilidad para el acceso a los servicios de salud es un predictor independiente de la presencia de hiperutilización de los servicios de salud.
- c) La Enfermedad Mental también resulta un predictor independiente y significativo de la presencia de hiperfrecuentación; los pacientes diagnosticados de enfermedad mental tienen ya un riesgo mayor, de hiperfrecuentación, $\hat{\Omega}=2.85$, $\hat{\Omega} \in (0.83; 9.76)$; pero cuando el efecto es muy fuerte es cuando los pacientes son casos nuevos de enfermedad mental, es decir, no estaban diagnosticados previamente. En ese caso el riesgo de hiperutilización de los servicios de salud se hace más elevado, $\hat{\Omega}=4.76$, $\hat{\Omega} \in (1.38; 16.46)$. Por tanto la enfermedad mental es un predictor independiente de la presencia de hiperfrecuentación.
- d) La salud autopercebida es un predictor independiente de la utilización excesiva de los servicios de salud, en el sentido de que los pacientes que refieren tener una salud regular o mala tienen más riesgo de ser hiperutilizadores que los que refieren tener una salud buena $\hat{\Omega}=4.25$ y $\hat{\Omega}=5.13$ respectivamente.

- e) Tanto el sexo como la edad han bajado drásticamente su efecto sobre la presencia de hiperfrecuentación, seguramente por la relación que tienen con las variables presentes en el modelo; no obstante se han mantenido en el mismo con objeto de producir valores ajustados por edad y sexo en las otras variables.

El test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow para el Modelo final ajustado es claramente no significativo, lo que indica que el modelo logístico, con las variables presentes en él, ajusta bien los datos de la muestra.

DISCUSSION

1- Sobre los resultados de prevalencia global de morbilidad psiquiátrica

La prevalencia de trastornos mentales, obtenida por nosotros, es la más alta de las publicadas hasta la fecha para estudios comunitarios que midan tasas de prevalencia puntual.

Así, tal como queda reflejado en la tabla 2, los estudios realizados en España que obtienen unas tasas de prevalencia más elevadas, son los realizados por Roca y cols. en Formentera y por Vázquez Barquero y cols. en el valle de Baztán en Navarra (21.4 y 23.8% respectivamente).

Los estudios internacionales con prevalencias puntuales más elevadas son los realizados por Orley y Wing en Uganda, con una prevalencia del 25.2%, y por Dilling y Jacobi en Alemania, que obtienen unas tasas del 18.6% y del 20% respectivamente.

La tasa obtenida en nuestro estudio, de un 28,6%, está 3,4 puntos por encima de la comunicada por Orley, y es 4.8 puntos más alta que la hallada por Vázquez Barquero.

Sin embargo, se debe ser prudente a la hora de comparar resultados de estudios que se han realizado no solo en comunidades diferentes, sino también en épocas distintas y, lo que es más importante, con metodologías que presentan diferencias en absoluto despreciables.

Ya Golberg y Huxley, en 1980, advertían de la enorme importancia de los aspectos metodológicos cuando analizaban y trataban de comparar las prevalencias de trastornos mentales obtenidas hasta esa fecha por diversos autores⁸⁸. De esta manera, concluían que las diferencias en las tasas obtenidas entre distintas poblaciones podían deberse, no solo a la presencia de factores sociales, ambientales o genéticos, a la existencia de migraciones selectivas, o distintas sensibilidades para los instrumentos diagnósticos empleados, sino a las diferentes formas en las que se llevaron a cabo los estudios.

Aunque la aparición de instrumentos estandarizados, tanto para el cribaje como para la confirmación diagnóstica de los trastornos mentales eliminaba, teóricamente, uno de los sesgos más importantes en los estudios epidemiológicos: el producido por la definición de caso, es un hecho cierto la existencia de una enorme variabilidad en las prevalencias de trastorno mental halladas en los diferentes estudios.

El gráfico 17 recoge, ordenadas de menor a mayor, las prevalencias de la tabla número 2.

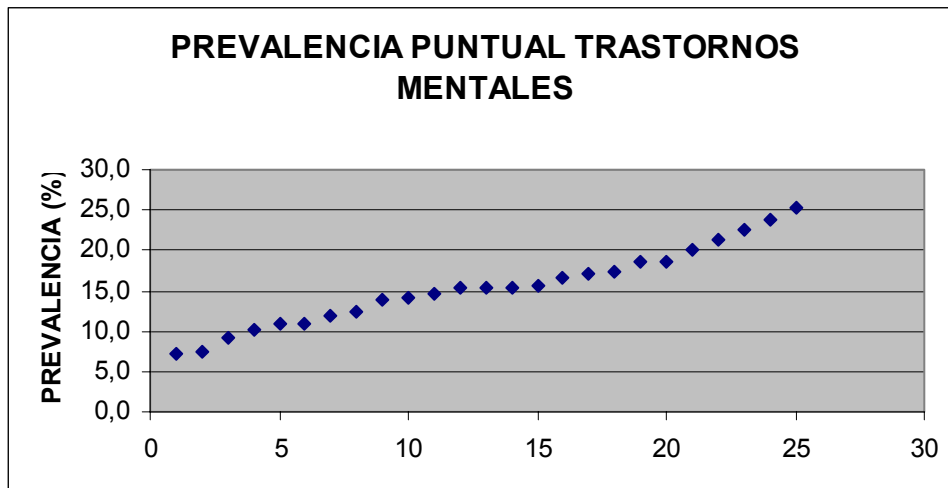


GRAFICO 17

En las siguientes líneas trataremos de analizar los aspectos que consideramos determinantes a la hora de explicar esa variabilidad.

1.1 - En primer lugar, hay que considerar como posible el hecho de que las diferentes tasas de prevalencia obtenidas en poblaciones heterogéneas, se deban a que realmente existe una morbilidad psiquiátrica diferente entre ellas. Esta hipótesis se vería apoyada por distintos hechos:

- **La influencia de determinados factores genéticos en la presencia de patología mental.** A lo largo del siglo pasado quedó demostrado, por ejemplo, como, en estudios realizados con gemelos monocigóticos y dicigóticos, existía una predisposición genética para padecer esquizofrenia. Esta contribución genética al origen de la esquizofrenia no es admitida, sin embargo, como causa suficiente, debido a la frecuencia de casos sin antecedentes familiares y a la posibilidad de inicio en la edad adulta⁹¹.

Más recientemente, múltiples líneas de investigación, confirman la relación de varios genes con la presencia de las enfermedades relacionadas con la esquizofrenia.^{166,167}

Lo mismo ocurre en descendientes de pacientes con trastornos bipolares, en los que existen datos que avalan una transmisión dominante del trastorno.

En un reciente estudio, se pone de manifiesto la elevada prevalencia de trastorno bipolar en comunidades aisladas geográficamente, lo que vendría a confirmar la relevancia del factor genético en la etiología de la enfermedad.¹⁶⁸

Dentro de los trastornos de ansiedad, destacan por su mayor carga genética los trastornos por angustia y la agorafobia, en los que los familiares de primer grado tienen un riesgo cinco veces mayor de padecer la enfermedad¹⁶⁹.

Parece lógico aceptar, por consiguiente, que aquellas poblaciones con una mayor presencia de individuos “susceptibles” en el sentido

arriba expresado, y con una mayor agregación familiar, tenderían a presentar una mayor prevalencia para estos trastornos mentales.

- **La existencia de migraciones selectivas en determinadas comunidades.** Se han generado en los últimos tiempos un número creciente de pruebas que muestran un aumento de las psicosis y de los trastornos depresivos entre los inmigrantes en países desarrollados.

D. Bhugra, realiza en 2004 una revisión sobre la información existente en lo referente a la relación entre tener el estatus de inmigrante y la presencia de trastornos mentales. En ese trabajo, encuentra que la emigración supone, en general, un fenómeno intenso de estrés inducido, que puede estar relacionado con la mayor prevalencia en este grupo de población, aunque también se concluye que el desarrollo de un trastorno mental en estos grupos de población, depende de características individuales¹⁷⁰ y de factores psicosociales que influyen en la adaptación de los sujetos.

Sea como fuere, un número elevado de estudios muestran la existencia de unas tasas de prevalencia de trastornos mentales más altas entre la población inmigrante, a expensas, fundamentalmente de trastornos depresivos. Esta situación se da en todos los grupos de edad¹⁷¹⁻¹⁷³.

Comunidades con presencia significativa de población inmigrante (incluso segundas generaciones de trabajadores)¹⁷⁴ tenderán, por tanto, a presentar una prevalencia de psicopatología más elevada.

Se ha descrito también que aquellos emigrantes que enferman fuera de su domicilio habitual tienden a retornar a su ambiente natural. En el caso de la enfermedad mental, esta situación favorecería la presencia de tasas más altas de patología, particularmente en aquellos cuadros con baja prevalencia, como en la esquizofrenia¹⁷⁵.

- Determinados autores asumen que las diferencias de morbilidad psiquiátrica encontrada en estudios que utilizan el mismo **instrumento diagnóstico**, pueden deberse a variaciones reales de prevalencia entre diferentes comunidades. Argumentan estos autores, que las diferencias metodológicas quedan reducidas al mínimo al utilizar una misma entrevista diagnóstica.

Con este razonamiento, se concluye, por ejemplo, que existe un "gradiente" entre las tasas de prevalencia halladas en los países anglosajones y las encontradas en los países del sur de Europa. Factores culturales y sociales se asociarían con esta diferente de morbilidad¹⁷⁶.

- Se ha invocado el **nivel de desarrollo** de las comunidades de estudio como un factor decisivo a la hora de presentar tasas de prevalencia de trastornos mentales más altas. Así, tratando de explicar la elevada morbilidad encontrada en los estudios que se desarrollan en África^{17,65}, se atribuye a la ausencia de tratamiento de los enfermos mentales la cronificación de determinados trastornos que, en los países desarrollados, tenderían a la curación. La

presencia de un porcentaje elevado de pacientes crónicos, explicaría, al menos en parte, las tasas tan altas que se encuentran en estos estudios de prevalencia.

El estudio auspiciado por la OMS que ya se mencionó en la introducción,⁷³ estimaba la prevalencia anual de para los trastornos mentales recogidos en el DSM-IV, entrevistando para ello a 60.463 adultos de 14 países, de los cuales 6 eran países desarrollados económicamente, y los 8 restantes pueden considerarse subdesarrollados o en vías de desarrollo. Paralelamente, se estudiaban la gravedad y la atención que recibían los distintos enfermos.

Los resultados muestran que los pacientes con trastornos mentales en los países desarrollados reciben tratamiento en un porcentaje más elevado que en los países no desarrollados, y esto ocurre independientemente de la gravedad del diagnóstico.

1.2- Un segundo aspecto que se debe analizar, tiene que ver con el incremento que se aprecia desde el plano asistencial, de los trastornos mentales que atienden los profesionales tanto de Atención Primaria como de Salud Mental, particularmente en lo referido a trastornos depresivos, de ansiedad y somatizaciones. Este incremento en la demanda asistencial se asocia a un debilitamiento progresivo de los sistemas no formales de contención y elaboración del sufrimiento mental.

La percepción de una demanda de atención en aumento puede explicarse por los cambios sociales acontecidos en las últimas décadas que llevan aparejados una disminución importante en el umbral para consultar dentro del sistema sanitario¹⁷⁷.

Pero es inevitable plantearse si este incremento en la demanda asistencial y, como consecuencia, en la atención a determinados trastornos, es también debido a un aumento real de las tasas de prevalencia de los trastornos mentales.

En la literatura científica pueden encontrarse trabajos que sugieren fuertemente la idea de que, en los últimos años, se ha producido un incremento en las tasas de prevalencia de depresión y ansiedad, particularmente entre población adolescente y en ancianos¹⁷⁷, resultados que son discutidos por otros estudios que señalan problemas metodológicos de fondo. En estos trabajos, las tendencias al alza en estos trastornos mentales, si existen, son muy moderadas^{178,179}.

En un intento de estudiar la tendencia que presentan las tasas de prevalencia puntual de psicopatología en la comunidad a lo largo del tiempo, hemos recogido los 21 estudios publicados en los últimos 20 años (de 1984 a 2004) que comunican este tipo de tasa.

Considerado, por tanto, el año del estudio como una variable que pudiera influir sobre la prevalencia detectada, se llevó a cabo un análisis de meta-regresión para determinar si existía una evolución temporal de la prevalencia de la enfermedad mental según el año en que se llevaba a cabo el estudio. Tal técnica se ha aplicado empleando el método de cálculo de la varianza entre estudios REML.

Los cálculos fueron hechos con el paquete STATA 8.1 empleando el programa metareg.

ESTUDIOS QUE COMUNICAN PREVALENCIAS PUNTUALES DE TRASTORNOS MENTALES EN LA COMUNIDAD (1984 -2004)

TABLA 48

AUTOR	LUGAR	AÑO	PREVALENCIA	FASES	INSTRUMENTOS
Dilling ¹⁴	ALEMANIA	1984	18,6	1	CIS
Mavreas ¹⁵	GRECIA	1986	15,6	1	PSE
Hodiamont ¹⁶	HOLANDA	1987	7,3	2	GHQ 30 + PSE
Regier (ECA) ¹⁷	EEUU	1988	15,4	1	DIS
Vazquez Barquero ¹⁸	ESPAÑA	1989	14,7	2	GHQ 60 + PSE
Lehtinen ¹⁹	FINLANDIA	1990	10,1	1	PSE
Lou ²⁰	ESPAÑA	1990	11	2	GHQ-28 + CIS
Herrera ²¹	ESPAÑA	1990	14,2	2	GHQ 60 + PSE
Seva ²²	ESPAÑA	1992	11,8	2	GHQ-28 + CIS
Villaverde ²³	ESPAÑA	1993	17,2	2	GHQ-28 + CIS
Ortega ²⁴	ESPAÑA	1995	12,4	2	GHQ-28 + CIS
Jenkins ²⁵	UK	1997	18,5	1	CIS-R
Rajmil ²⁶	ESPAÑA	1997	17,4	2	GHQ-12 + PSE
Roca ²⁷	ESPAÑA	1997	19,4	2	GHQ-28 + SCAN
Carta ²⁸	ITALIA	1998	15,4	1	PSE
Bijl ²⁹	HOLANDA	1998	16,5	1	CIDI
Henderson ³⁰	AUSTRALIA	2000	13,9	1	CIDI
Gornemann ³¹	ESPAÑA	2000	22,05	2	GHQ-12 + CIDI
Martin ³²	ESPAÑA	2001	28,3	2	GHQ-28 + CIS
Andrade ³³	BRASIL	2002	15,4	1	CIDI
Jacobi ³⁴	ALEMANIA	2004	20	1	CIDI

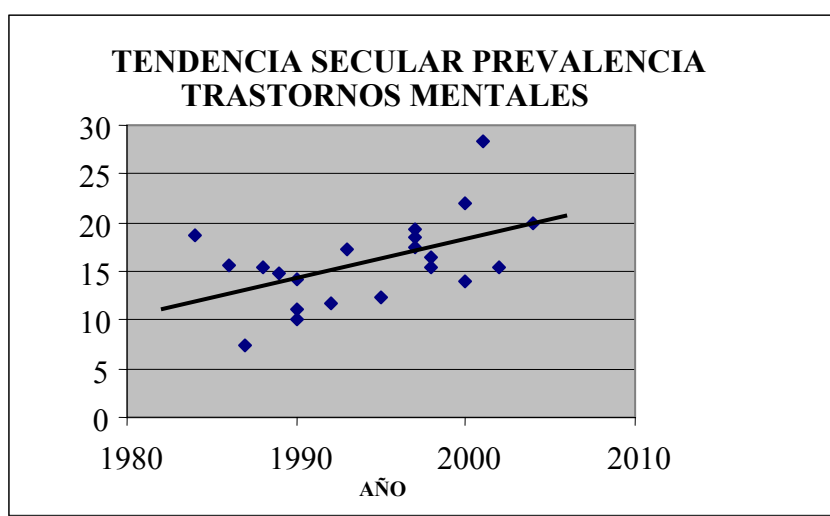


GRAFICO 18

Realizado el análisis de meta-regresión, se encuentra que el valor de la varianza entre estudios es 11,14 y los resultados de la ecuación ajustada están en la tabla 49.

TABLA 49

	Coef.	Std. Err	z	P> z	95% Conf. Interval	
año	0,2929655	0,1318104	2,22	0,026	0,0346219	0,551309
cons	-568,8772	262,8033	-2,16	0,03	-1083,962	-53,79229

Como se ve la ecuación sería:

$$\text{Prev} = -568,872 + 0,293 * \text{año}$$

Lo que indicaría que, en promedio, por cada año que pasa desde el 1982 al 2004 la prevalencia detectada aumentaría en un 0.3%, eso nos diría que en 20 años un 6%; el intervalo de confianza para ese coeficiente iría desde 0,035 a 0,551, lo que nos dice que, en el peor de los casos, el aumento por año sería de un 0,5%, lo que llevaría en 10 años a un 20% de aumento.

La cuestión clave que debe abordarse en este punto es analizar si el efecto encontrado del año de realización del estudio sobre las prevalencias estimadas por los diferentes autores, es un efecto independiente, o, por el contrario, depende de otros factores. Este aspecto es considerado de manera amplia en el punto siguiente.

1.3- En efecto, las diferencias metodológicas, en ocasiones muy importantes, que se observan entre los diferentes estudios de prevalencia deberían explicar parte de la variabilidad en los resultados que éstos comunican.

Como queda dicho en párrafos anteriores, Goldberg y Huxley señalaban la importancia de este asunto, remarcando que, sólo si se comparan cosas *suficientemente parecidas*, se puede hablar de diferencias de morbilidad entre las diferentes poblaciones estudiadas. De esta manera querían expresar la necesidad de comparar exclusivamente estudios que hubiesen utilizado test de detección de casos y entrevistas diagnósticas estandarizados, y que midiesen el mismo tipo de prevalencia (puntual, anual o para toda la vida).

Pero más allá de este aspecto, sin duda fundamental, existen otras diferencias en el modo de realizar los estudios de prevalencia, que pueden ayudarnos a comprender el porqué de las diferentes tasas encontradas.

Nosotros hemos analizado, además del año en el que se publicó el estudio, hasta ocho factores o aspectos metodológicos que pueden influir en el resultado final de los estudios y, por tanto, en su capacidad de cotejo con otros trabajos:

- Número de fases en los que se realiza el estudio (1 ó 2 fases). Hasta el año 2002, hemos localizado un total de 19 trabajos que estimen prevalencia puntual de morbilidad psiquiátrica. Ocho de ellos se realizaron en una fase^{43,53,58-61,63,65}, mientras que el resto (11) se realizó en dos fases^{47,48,49,51,52,54-57,62,64}.

- Tipo de muestreo que se aplica: La mayoría de los estudios (8) realizan muestreos aleatorios estratificados por edad y sexo de la población de estudio. Algunos realizan, además, estratificación por lugar de residencia^{47-49,55,56,58,62,64}. Es muy empleado también el método de muestreo por Cluster (7 estudios)^{43,51,53,54,59-61}. Tres estudios de los analizados se refieren a aleatorización de la muestra sin dar más explicaciones sobre el método empleado^{52,57,63}, y un estudio utiliza una forma de muestreo no aleatoria⁶⁵.
- Tamaño inicial de la muestra. El tamaño muestral varía enormemente de forma que el rango está entre los 18.571 sujetos entrevistados en el ECA⁴³, hasta los 206 individuos seleccionados por Orley en dos poblaciones rurales de Uganda.⁶⁵
- Cuestionario de screening utilizado en la primera fase, en el caso de estudios con dos fases. La mayoría de los trabajos utilizan el GHQ en sus distintas versiones de 60, 30 ó 28 ítems. Sólo un estudio utilizó una versión reducida del PSE como instrumento de detección de casos⁵⁴.
- Por lo que respecta a las entrevistas diagnósticas estandarizadas que se utilizan, podemos distinguir entre las que emplean el PSE o el SCAN (10 trabajos)^{47,49,51-54,57,58,60,65}, frente a los que utilizan otros instrumentos que no precisan ser administrados por psiquiatras o psicólogos (CIS, CIDI o DIS). Un total de 9 estudios utilizaron estas entrevistas^{43,48,55,56,59,61-64}.
- Los grupos de edad estudiados constituyen otro elemento diferenciador de estos estudios. Un total de 10 trabajos cortan la edad mínima de inclusión en los 18 años^{43,51,52,54,57-61,65}. Seis lo hacen en los 15 años^{48,49,55,56,62,63}, dos cortan en los 17^{44,47}, y por último, un estudio incluye sujetos a partir de los 30 años⁵³. En cuanto al límite superior de edad, cuatro trabajos no incluyen a ancianos, limitando la edad de inclusión en 64 ó 65 años^{48,51,54,61}. Un estudio excluye a los mayores de 74 años⁶⁰. El resto de publicaciones no marca límite superior de edad como criterio de inclusión de individuos a estudiar.
- El número de pacientes que rechaza participar en el estudio constituye otro aspecto metodológico que hay que tener en cuenta. Las pérdidas comunicadas en la primera fase muestran cifras muy dispares, que oscilan entre el 1,2% comunicado por Seva⁵⁶ y cifras en torno al 30% publicadas por Bijl en los Países Bajos⁶¹ y Regier en alguna de las zonas incluidas en el ECA. En dos artículos no consta el dato de número de rechazos a participar en el estudio^{57,64}. El rechazo a participar en este tipo de estudios, se ha considerado un factor importante relacionado con la prevalencia estimada de trastornos mentales. Para algunos autores, los individuos con problemas mentales tienden a no participar en este tipo de estudios y mantienen una actitud defensiva¹¹⁵.
- La mayoría de los estudios en dos fases realizan estimaciones de la prevalencia mediante técnicas estadísticas. Esto es debido al propio diseño de estos estudios, que, en general, toman submuestras tanto de los pacientes que han resultado posibles casos tras la aplicación del instrumento de screening, como de aquellos sujetos considerados

posibles sanos, estimando la prevalencia en función de esos resultados. Esta técnica genera estimaciones de la prevalencia con unos intervalos de confianza muy amplios

Sin embargo, sólo tres estudios (independientemente del número de fases en los que se realizan) publican los intervalos de confianza para la prevalencia estimada^{51,57,61}. En otros casos se hace referencia a la desviación estándar^{45,59,61,159-161}, pero en la mayoría de las ocasiones se muestra exclusivamente el punto de prevalencia obtenido.

Abordaremos en primer lugar la última cuestión, en lo que se refiere al cálculo de los intervalos de confianza.

Con objeto de disponer de un intervalo de confianza para cada estimación de prevalencia obtenida, y en el caso de que los autores no los comuniquen, hemos calculado el intervalo de confianza exacto binomial (nivel de confianza del 95%) utilizando para ello el programa estadístico Epiinfo 6.

Asumimos de esta manera un error en el sentido de que los estudios en dos fases que hacen estimaciones de la prevalencia, probablemente hubiesen obtenido intervalos mucho más amplios que los que aquí se expresan.

En el caso de que los autores comunicasen el error estándar de la prevalencia, se multiplicó ésta por dos, obteniéndose de esta forma el intervalo de confianza correspondiente.

Observando el gráfico 11 (que representa los mismos valores del gráfico 10, pero con los IC calculados), se constata como, en una mayoría de trabajos, los intervalos de confianza se solapan entre sí, de manera que se puede concluir que las diferencias observadas en la prevalencia pueden no tener significación desde el punto de vista estadístico.

Se pueden distinguir, desde esta perspectiva, tres “zonas”: una primera que aportaría las prevalencias más bajas, con 5- 6 estudios con IC “solapados”, una segunda, central, con prevalencias dispersas alrededor del 15.4% obtenido en el ECA, y una tercera que muestra las prevalencias más altas, pero también con intervalos de confianza que se superponen claramente al menos en los cinco últimos estudios.

Por tanto, podemos concluir que cuando se comparan prevalencias puntuales de trastornos mentales teniendo en cuenta los intervalos de confianza, las diferencias entre estudios, desde el punto de vista estadístico, se reducen de forma notable.

PREVALENCIA PUNTUAL DE T. MENTALES CON INTERVALOS DE CONFIANZA

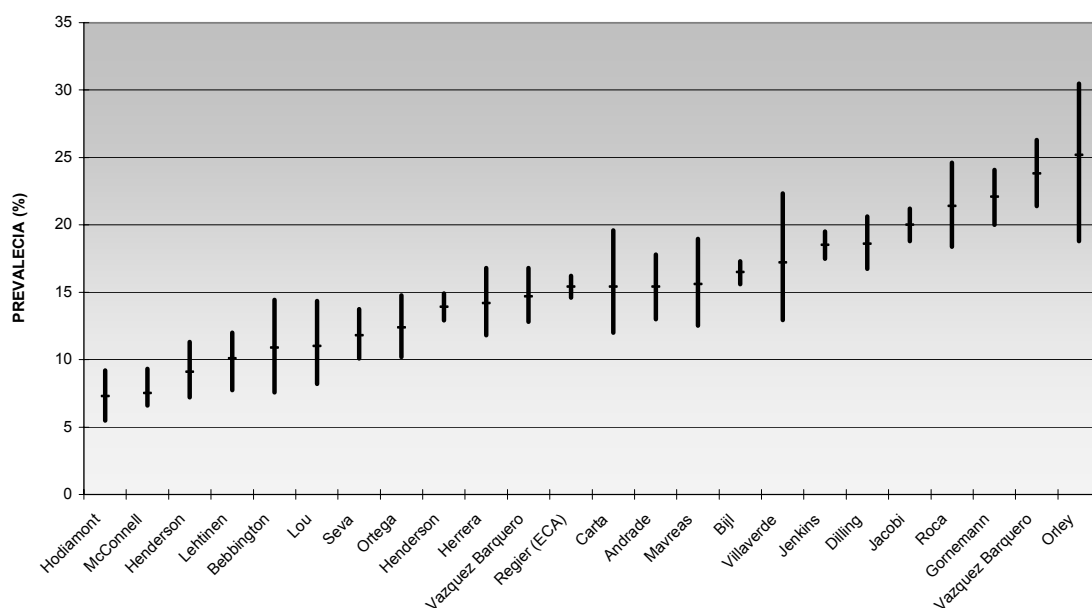


GRAFICO 11

1.4- Resultados del metaanálisis

Como se ha dicho en el apartado método estadístico, en primer lugar se midió la heterogeneidad de la prevalencia en los diferentes estudios y tras ello, aún aceptándola, se dio una estimación conjunta de la prevalencia. A esta primera parte está dedicada la siguiente sección. Como los estudios eran fuertemente heterogéneos, se llevó a cabo un estudio de los posibles factores que podían estar asociados con dicha heterogeneidad, mediante meta-regresión a lo que está dedicado el apartado 1.2.

1.4.1. Los estudios considerados, la heterogeneidad entre ellos y una estimación conjunta.

El conjunto de todos los estudios empleado figura en la Tabla 50, en la que aparecen diferentes características de los mismos que luego serán empleados en la meta-regresión. En total se disponía de 23 estudios. Considerada la prevalencia de cada uno de ellos y el error estándar respectivo el test de homogeneidad entre estudios nos dio una $Q_{exp}=155.15$, 22g.l., $P<0,001$, lo que indica que hay una fuerte discrepancia entre las prevalencias de los diferentes artículos lo que nos pone de manifiesto que deben representar realidades diferentes (por lo menos con respecto a la prevalencia de la enfermedad mental); aún así, dando una estimación conjunta de la prevalencia por el método de DerSimonian y Laird nos encontramos que la prevalencia

conjunta sería de un 15,5% con un intervalo de confianza al 95% que iría desde una prevalencia del 14,1% a una prevalencia del 16,8%.

Si consideramos sólo los estudios que hay posteriores a 1981, dónde parece que las metodologías estaban más asentadas, nos encontramos que sigue habiendo una heterogeneidad significativa entre estudios, $Q_{exp}=130,07$, 18 g.l., $P<0,001$, y dando una estimación conjunta de la prevalencia de 15,5% con un intervalo exactamente igual que el de antes, lo que nos permite decir que los resultados obtenidos son bastantes estables y ello debido a que los cuatro estudios eliminados tenían tamaños de muestra pequeños.

Concluyendo esta primera fase la heterogeneidad entre estudios es muy fuerte lo que obligaría a considerar la necesidad del estudio de las causas de esa heterogeneidad, como se hará más adelante y pone en entredicho la estimación conjunta obtenida que está en el entorno de un 15%. Estudiemos entonces los factores asociados con la prevalencia de los diferentes estudios, es decir los factores que expliquen la heterogeneidad encontrada entre ellos.

TABLA 50

AUTOR	FASES	N1	INSTR 1	N2	INSTR 2	PREV	G. EDAD	FASE 1	FASE 2	EE	MUESTREO
Hodiamont	2	3232	GHQ 30	486	PSE	7,3	18 -64	25		0,01888	cluster
Henderson	2	756	GHQ 60	157	PSE	9,1	18 ó mas	13	7,6	0,02092	na
Lehtinen	1	747	PSE CATEGO			10,1	30 ó mas	11		0,02205	cluster
Bebbington	2	310	PSE 40	310	PSE 140	10,9	18 - 64	20,9	12,4	0,03540	cluster
Lou	2	380	GHQ-28	51	CIS	11	15 ó mas	5	0	0,03210	ae
Seva	2	1185	GHQ-28	187	CIS	11,8	15 ó mas	1,2	11,2	0,01874	ae
Ortega	2	793	GHQ-28	90	CIS	12,4	15 - 65	6,5	10	0,02341	ae
Herrera	2	832	GHQ 60	131	PSE	14,2	18 ó mas		30	0,02561	ae
Vazquez Barquero	2	1223	GHQ 60	425	PSE	14,7	17 ó mas	8		0,02025	ae
Andrade	1	1464	CIDI			15,4	18 ó mas	23,7		0,01200	cluster
Carta	1	374	PSE CATEGO			15,4	18 ó mas	3,3		0,03733	ae
Regier (ECA)	1	18571	DIS			15,4	18 ó mas	21-32		0,00400	cluster
Bijl	1	7076	CIDI			16,5	18 -64	30,3		0,00400	cluster
Mavreas	1	489	PSE CATEGO			15,6	18 - 74	13,6		0,03282	cluster
Villaverde	2	660	GHQ-28	245	CIS	17,2	15 ó mas	7,2	4	0,02938	ae
Dilling	1	1536	CIS			18,6	15 ó mas	6,8		0,01986	ae
Roca	2	697	GHQ-28	242	SCAN	19,4	15 ó mas	12	16,6	0,02996	ae
Vazquez Barquero	2	1156	GHQ 60	415	CIS	23,8	17 ó mas			0,02505	ae
Orley	1	206	PSE CATEGO			25,2	18 ó mas	6		0,06050	na
Henderson	1	10641	CIDI			13,9	18 ó mas	22		0,00500	cluster
Jacobi	1	4181	CIDI			20	18-65	12,4		0,00600	cluster
Jenkins	1	13000	CIS-R			18,5	16-65	20,6		0,00681	cluster
Gornemann	2	1600	GHQ12	443	CIS	22,05	18 ó más	18,7	25,7	0,02077	cluster

1.4.2. Factores asociados con la variabilidad de la prevalencia de los estudios, meta-regresión.

A partir de ahora presentaremos los resultados de la meta-regresión para los diferentes factores que se estudiaron, teniendo en cuenta que esa meta-regresión se llevó a cabo sólo con los estudios que había a partir de 1982, y ello porque a partir de entonces la metodología era más estable y porque los resultados, salvo para el año de publicación del artículo, eran absolutamente homogéneos considerando los estudios previos a 1982 como los de 1982 o posteriores. Quedamos por tanto restringidos a 19 estudios de los 23 originales que teníamos.

Los factores de los que se vio si estaban asociados con la prevalencia fueron los siguientes:

- 1) Año de publicación; desde 1982 al 2002.
- 2) Fases en que fue hecho el estudio; 1 ó 2 fases.
- 3) Tamaño de la muestra inicial ya sea el estudio en una o dos fases.
- 4) Porcentaje de datos perdidos en la primera muestra ya sea en una o dos fases.
- 5) Muestreo que se ha llevado a cabo en el estudio; aleatorio (aleatorio estratificado) o por conglomerados.
- 6) Límites inferiores en la edad de los individuos seleccionados para la muestra, 14, 15, 17, 18 y 30 años.
- 7) Si existía, o no, un límite superior para la edad en los individuos tomados para la muestra-.

Los resultados de cada uno de los análisis individuales están reflejados en la Tabla 51, que figura a continuación, en ella se presenta la pendiente, estimada mediante la regresión, para cada una de las variables, un intervalo de confianza para dicha pendiente y el contraste de hipótesis hecho para ver si esa pendiente podía considerarse significativamente distinta de cero, es decir, para ver si existía asociación entre la prevalencia de los estudios y el factor estudiado.

Tabla 51. Resultados de la meta-regresión para cada uno de los factores considerados individualmente						
Variables	Coef.	Std.err.	z	P	IC(95%)	
año	0,2854	0,12736	2,24	0,039	0,0167	0,55411
Numero de fases	-1,83663	1,70152	-1,08	0,295	-5,42652	1,75325
Tamaño muestral	0,00009	0,00016	0,54	0,596	-0,00025	0,00043
fase_1	0,0333	0,11671	0,29	0,779	-0,21547	0,28207
muestreo	0,74488	1,77688	0,42	0,68	-3,00401	4,49377
edad_inf	-0,29476	0,27652	-1,07	0,301	-0,87816	0,28863
edad_sup	-0,22874	1,8434	-0,12	0,903	-4,11797	3,66049

1.4.2.1. Análisis para el año de publicación.

Como se ve el coeficiente de regresión estimado para el año es de 0,285 que es significativamente distinto de cero, $P=0,039$, lo que indica que existe una asociación significativa entre la prevalencia y el año de publicación; como el coeficiente es positivo, ello indica que conforme aumenta el año de publicación aumenta la prevalencia de la enfermedad mental; atendiendo a la estimación puntual podríamos decir que por cada año que aumenta el año de publicación, aumenta la prevalencia de la enfermedad mental en un 0,29% lo que nos daría al cabo de 10 años un aumento de un 2,9% y al cabo de 20 años un 5,8%; atendiendo al intervalo de confianza y empleando su extremo superior podemos decir, que en el peor de los casos al cabo de 10 años la prevalencia habría aumentado en un 5,5%, y al cabo de 20 años un 11%. De lo dicho hasta ahora parece que el año de publicación parece tener una asociación importante con la prevalencia; usando la ecuación que ajusta las diferentes prevalencias en función del año de publicación, $\hat{p}_{prev} = -553,8 + 0,285 * \text{año}$ hemos fabricado la Tabla 52 que aparece en la siguiente hoja donde figuran las prevalencias obtenidas para cada estudio y las predichas por el modelo teniendo en cuenta los efectos aleatorios con los que se ajustó el mismo. Como se ve de la tabla los valores predichos se parecen fuertemente a los valores reales lo que nos habla de que el modelo ajusta suficientemente bien y refleja bien la realidad de los datos.

Tabla 52. Prevalencias reales y predichas, para su año de publicación por el modelo de efectos aleatorios.			
autor	año	prev	pred
Hodiamont	1987	0,073	0,092
Lehtinen	1990	0,101	0,117
Lou	1990	0,11	0,128
Seva	1992	0,118	0,127
Ortega	1995	0,124	0,137
Herrera	1990	0,142	0,142
Vazquez Barquero	1989	0,147	0,144
Andrade	2002	0,154	0,158
Carta	1998	0,154	0,161
Regier (ECA)	1988	0,154	0,154
Bijl	1998	0,165	0,165
Mavreas	1986	0,156	0,141
Villaverde	1993	0,172	0,16
Dilling	1984	0,186	0,165
Roca	1997	0,194	0,176
Henderson	2000	0,139	0,14
Jacobi	2004	0,2	0,199
Jenkins	1997	0,185	0,184
Gornemann	2002	0,221	0,204

1.4.2.2. Análisis para el número de fases del estudio.

Para el número de fases del estudio no se una asociación significativa, como se puede ver en la Tabla 2, $P=0,295$; no obstante no poder decir que el coeficiente de correlación es significativamente distinto de cero hemos predicho la prevalencia para los estudios en una y dos fases, con su error estándar y el intervalo de confianza para la predicción, obteniéndose la siguiente tabla:

fases	\hat{p}_{prev}	$ee(\hat{p}_{prev})$	\hat{p}_{prev}_{inf}	\hat{p}_{prev}_{sup}
1	0,16135	0,01093	0,13830	0,18440
2	0,14298	0,01305	0,11546	0,17051

En la tabla se observa que las estimaciones puntuales iría en el sentido de que los estudios en 1 fase tenderían a dar prevalencia mayores que los estudios en 2 fases , sin embargo, como hemos dicho, tal hecho está lejos de ser significativo, por lo que no podemos concluirlo. Para ver si controlando por año de publicación el efecto del número de fases del estudio cambiaba se realizó una metaregresión con las dos variables en la que el número de fases siguió dando no significativo, $P=0,494$, mientras que el año de publicación bajó algo su nivel de significación, $P=0,063$.

1.4.2.3. Análisis para el número de pacientes en la primera muestra, ya sea en estudios en una fase o en dos fases.

Como se ve en la Tabla 2, no podemos decir que ese tamaño esté asociado con la prevalencia de la enfermedad, $P=0,596$; cortado el número en su mediana (alrededor de 1200) tampoco resultó en una asociación significativa, $P=0,196$; sin embargo al haberse acercado a los niveles de significación, empleando ese modelo, se predijo la prevalencia para los estudios de tamaño inicial de muestra hasta 1200 y de más de 1200 así como su error estándar y el intervalo de confianza para la predicción, obteniendo la siguiente tabla:

N1	\hat{p}_{prev}	$ee(\hat{p}_{prev})$	\hat{p}_{prev}_{inf}	\hat{p}_{prev}_{sup}
≤ 1200	0,1384	0,0135	0,1099	0,1669
> 1200	0,1628	0,0102	0,1411	0,1844

De ella, parece deducirse que los estudios con mayor muestra inicial darían lugar a resultados con una mayor prevalencia, cosa, que no podemos afirmar taxativamente puesto que no hemos encontrado significación. Repetido el estudio pero controlando por el año de publicación, el nivel de significación para el tamaño de la muestra inicial cortada en 1200, se sitúa más lejos de la significación, $P=0,341$, mientras que el año da un nivel de significación de $P=0,075$ que sigue estando muy cerca de la significación.

1.4.2.4. Análisis para el porcentaje de casos perdidos en la primera muestra.

Como se ve en la Tabla 2 no podemos decir que exista asociación entre el porcentaje de valores perdidos en la primera muestra y la prevalencia de la enfermedad mental, $P=0,779$; tampoco se obtiene significación si se controla por el año de publicación, $P=0,576$, quedando, en este caso, un resultado significativo para el año de publicación, $P=0,043$.

1.4.2.5. Análisis para el tipo de muestreo.

En este caso, según la Tabla 2, tampoco encontramos diferencias significativas entre el muestreo aleatorio o aleatorio estratificado y el muestreo por conglomerados, $P=0,680$; controlando por el año de publicación tampoco encontramos diferencias significativas, $P=0,724$, dando el año de publicación en este caso, claramente significativo, $P=0,046$.

1.4.2.6. Análisis para el límite inferior de la edad de los individuos elegidos para la muestra.

Tampoco encontramos diferencias significativas según que se empiece antes o después con la edad de la muestra, $P=0,301$; controlando por el año de publicación, tampoco se alcanza la significación: $P=0,260$, dando, en este caso, claramente significativo el año de publicación, $P=0,038$.

1.4.2.7. Análisis para la existencia o no del límite superior de la edad de los individuos elegidos para la muestra.

Tampoco encontramos diferencias significativas según que haya, o no, límite superior en la edad de la muestra, $P=0,903$; controlando por el año de publicación, tampoco se alcanza la significación: $P=0,857$, dando, en este caso, claramente significativo el año de publicación, $P=0,046$.

1.4.2.8. Análisis para el instrumento de evaluación empleado en los estudios en una fase.

Quedándonos con los estudios en una fase (sólo 10) hemos visto si había diferencias significativas en las prevalencias de los estudios que empleaban PSE o CIDI-CIS en la evaluación de los individuos de la muestra en un estudio en una fase. Los resultados aparecen en la siguiente tabla, y aunque no llegan a dar significativos si que se aproximan a ella, $P=0,127$.

Variables	Coef.	Std.err.	z	P	IC(95%)	
Instrumento_1 fase	0,03848	0,02263	1,700	0,127	-0,01370	0,09065

Empleando ese modelo, se predijo la prevalencia para los estudios que emplearon el pse frente a los que emplearon el cidi-cis así como su error

estándar y el intervalo de confianza para la predicción, obteniendo la siguiente tabla:

Instrumento para el estudio en una fase	\hat{p}_{prev}	$ee(\hat{p}_{prev})$	$\hat{p}_{prev_{inf}}$	$\hat{p}_{prev_{sup}}$
PSE	0,129535	0,020934	0,081261	0,177809
CIDI-CIS	0,168012	0,008585	0,148216	0,187808

Sin alcanzar la significación, parece desprenderse de los datos que los estudios que emplearon el PSE tienen una menor prevalencia que los que emplearon otros instrumentos; desde luego que no podemos afirmar esto de manera muy patente pero hay indicios claros de significación. Si se controla por el año de publicación, aunque ya nos quedan muy pocos estudios, no se alcanza significación, $P=0,183$, aunque el coeficiente tiene, prácticamente, el mismo valor.

1.4.2.9. Análisis para el instrumento de evaluación empleado en la primera fase en los estudios en dos fases.

Quedándonos con los 9 estudios en dos fases que nos quedan podemos hacer un análisis para los instrumentos en la primera y en la segunda fase. Para el instrumento empleado para la primera fase de un estudio en dos fases, no hemos encontrado diferencias significativas entre el GHQ-28 y el GHQ-60, $P=0,975$.

Variables	Coef.	Std.err.	z	P	IC(95%)	
Instrumento1_2fases	0,0013181	0,0398471	0,03	0,975	-0,0929053	0,0955414

1.4.2.10. Análisis para el instrumento de evaluación empleado en la segunda fase en los estudios en dos fases.

Para el instrumento empleado para la segunda fase de un estudio en dos fases, no hemos encontrado diferencias significativas entre el PSE y el resto de instrumentos, $P=0,282$.

Variables	Coef.	Std.err.	z	P	IC(95%)	
Instrumento2_2fases	0,0372397	0,0319663	1,16	0,282	-0,0383487	0,1128281

Empleando ese modelo, aunque no se obtuviera significación, se predijo la prevalencia para los estudios que emplearon el PSE frente a los que emplearon otros instrumentos así como su error estándar y el intervalo de confianza para la predicción, obteniendo la siguiente tabla:

Instrumento para el estudio en una fase	\hat{p}_{prev}	$ee(\hat{p}_{prev})$	$\hat{p}_{prev_{inf}}$	$\hat{p}_{prev_{sup}}$
PSE	0,119368	0,025690	0,058620	0,180115
CIDI-SCAN	0,156607	0,019023	0,111626	0,201589

Sin alcanzar la significación, parece desprenderse de los datos que los estudios que emplearon el PSE tienen una menor prevalencia que los que emplearon otros instrumentos; desde luego que no podemos afirmar esto de manera muy patente pero hay indicios claros de significación, como ocurría en los estudios de una fase. Si se controla por el año de publicación, aunque ya nos quedan muy pocos estudios, no se alcanza significación, $P=0,303$, aunque el coeficiente tiene, prácticamente, el mismo valor.

Resumiendo el año de publicación parece estar en la base de la heterogeneidad de las prevalencias de los estudios de Salud Mental; aunque hemos encontrado algunas variables como los instrumentos empleados en cada caso, que parecen estar debajo de una parte importante de esas discrepancias.

Estos hallazgos vendrían a apoyar, por un lado, las conclusiones de aquellos autores que defienden la existencia de una tendencia al alza en la prevalencia de determinados trastornos mentales en la comunidad^{178,189-193}. Particularmente se han descrito incrementos en las tasas de prevalencia de depresión, ansiedad y consumo patológico de alcohol y otras sustancias. Como quiera que se trata de cuadros clínicos muy frecuentes, probablemente el incremento global encontrado por nosotros, se base en el aumento de las prevalencias en estas patologías que son las que con más frecuencia se presentan en la población general.

El descubrimiento de una tendencia secular al alza para los trastornos mentales considerados globalmente, teniendo en cuenta que el año de estudio se asocia de forma independiente a la prevalencia, añadiría nuevos argumentos a la discusión planteada por diversos autores, que sugieren que los incrementos encontrados a lo largo del tiempo en las prevalencias para determinados trastornos mentales, se deben, al menos en parte, a la influencia de determinados aspectos metodológicos que alterarían los resultados finales^{179,195,196}.

Por lo que concierne a la importancia de los instrumentos diagnósticos utilizados con respecto a la diversidad de resultados que obtienen los distintos autores, lo que nuestro estudio sugiere (no se alcanza significación estadística) en el sentido de que los estudios que han utilizado el PSE / SCAN obtendrían prevalencias menores que los estudios que utilizaron otras entrevistas, vendría a apoyar lo ya comunicado por otros autores en este sentido.

Así TS Brugha y colaboradores, en sendos artículos publicados en los años 1999 y 2001 comparan los resultados en términos de prevalencia de trastornos mentales, tras aplicar a una misma población los instrumentos CIDI y la versión revisada del CIS (CIS-R), frente a la entrevista semiestructurada SCAN^{199,200}.

Los resultados muestran que, en el caso del CIDI, el ajuste en las tasas de prevalencia tras pasar el SCAN implicaría una reducción de un 9% a un 6.2% para trastornos depresivos y de ansiedad.

Cuando se utilizó el CIS-R, los niveles de concordancia diagnóstica con el SCAN fueron bajos (Kappa de 0.23 para los trastornos depresivos y del 0.25 para los trastornos neuróticos).

La conclusión de estos autores es clara en el sentido de recomendar precaución en la interpretación de los datos publicados hasta la fecha sobre

prevalencia en la comunidad, sugiriendo la necesidad de reinterpretar los datos de estudios previos a la luz de lo comunicado por ellos.

Como contrapunto (parcial) a estos resultados, V Jordanova y colaboradores (2004) realizan una comparación similar a la de Brugha, pero en atención primaria²⁰¹. En este caso, la concordancia hallada para el CIS-R se encontró en el intervalo 0.10 - 0.65, mientras que el CIDI obtuvo valores de concordancia entre el 0.58 y 0.97.

Los autores concluyen, en este caso, que el CIDI sería un instrumento muy válido para el diagnóstico de trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria, mientras que el CIS-R, sólo sería “moderadamente válido” recomendando que el punto de corte utilizado usualmente, se baje drásticamente para poder aumentar la sensibilidad del instrumento.

Los resultados de la meta-regresión que han quedado expuestos, están sujetos a algunas limitaciones que conviene recordar:

- En primer lugar, los meta-análisis son técnicas que deben emplearse con precaución cuando lo que se analizan son estudios observacionales, ya que su utilidad fundamental es analizar resultados de ensayos clínicos.
- Un problema común en este tipo de técnicas es el limitado número de estudios que se pueden localizar para su comparación. Este problema se incrementa cuando, como ocurre en nuestro caso, deben hacerse subclases (estudios en una o dos fases, por ejemplo) lo que restringe las posibilidades de determinados análisis, al quedarnos finalmente con un número muy bajo de estudios para algunas categorías de determinados factores
- Por último, es posible que existan factores determinantes para explicar la variabilidad en los resultados de prevalencia que no se hayan tenido en cuenta en nuestra meta-regresión. Este podría ser el caso, por ejemplo, de la sensibilidad y especificidad de los instrumentos utilizados en la primera fase, factor este que, a la postre, se ha demostrado como de trascendental importancia a la hora de estimar tanto la prevalencia como el error estándar en los estudios a dos fases²⁰²⁻²⁰³.

1.5- Particularidades metodológicas de nuestro estudio.

Presenta nuestro trabajo algunas peculiaridades metodológicas que vienen a explicar, conjuntamente con las variables analizadas en párrafos anteriores, la elevada prevalencia de morbilidad psiquiátrica hallada en la comunidad de estudio.

- **Se ha utilizado un instrumento de screening de alcoholismo con una alta sensibilidad y especificidad (CAGE).** Es conocido que el instrumento de screening utilizado (GHQ) no detecta bien los casos de alcoholismo, por lo que se decidió utilizar el CAGE para detectar estos casos.

Solo 1 de los 12 casos que finalmente obtuvieron como primer diagnóstico un F10x, puntuó 5 ó más en el GHQ, por lo que, al menos, se hubiesen perdido 11 casos confirmados.

- Al objeto de obtener la máxima sensibilidad posible, como corresponde a un buen instrumento de cribado, se **ha establecido un punto de corte bajo en el GHQ-28 (4/5)**, lo que implica una sensibilidad del instrumento del 88% frente al 80% que hubiese alcanzado si el punto de corte hubiese sido 5/6. La mayoría de los estudios que utilizan el GHQ_28 utilizan como punto de corte el valor 5/6.

Un total de 11 individuos puntuaron 5 en la primera fase, de los que 8 fueron confirmados como casos en la segunda fase. Como 2 eran casos que ya poseían un diagnóstico psiquiátrico al comienzo del estudio, se hubiesen perdido 6 individuos que presentaban patología diagnosticable, en el caso de utilizar un punto de corte superior.

- **Se han incluido como casos (previa confirmación diagnóstica) a aquellos sujetos que tenían, con anterioridad a la realización del estudio, un diagnóstico psiquiátrico.** Esta decisión se toma en función de evitar los posibles falsos negativos del instrumento de cribado. Ortega y cols. incluyen también a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo directamente en la segunda fase. La misma técnica es empleada por Seva y cols en su estudio de Zaragoza.

En nuestro caso, de no haber actuado de esta manera, se hubieran perdido 2 casos confirmados ya que puntuaron menos de 5 en el GHQ-28.

El total de *pérdidas teóricas* sería, por tanto, de 19 casos, por lo que la prevalencia obtenida descendería de un 28,57% a un **20,81%** (IC 15,9 – 26,4) en el caso de que no se hubiesen aplicado estas medidas.

En el gráfico 12 se muestran las prevalencias obtenidas por todos los estudios analizados, incluyendo nuestros resultados. En el gráfico 13 se muestra la simulación que representa a nuestro estudio con los datos que se hubiesen obtenido de no aplicar las tres medidas arriba mencionadas.

GRAFICO 12

PREVALENCIAS DE TRASTORNOS MENTALES INCLUYENDO MARQUESADO

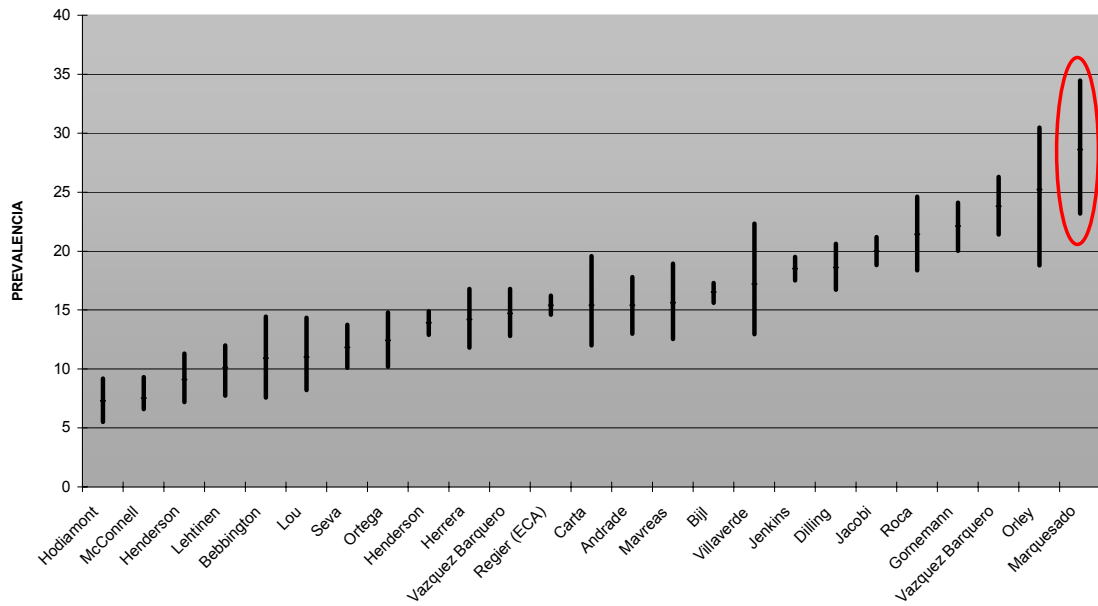
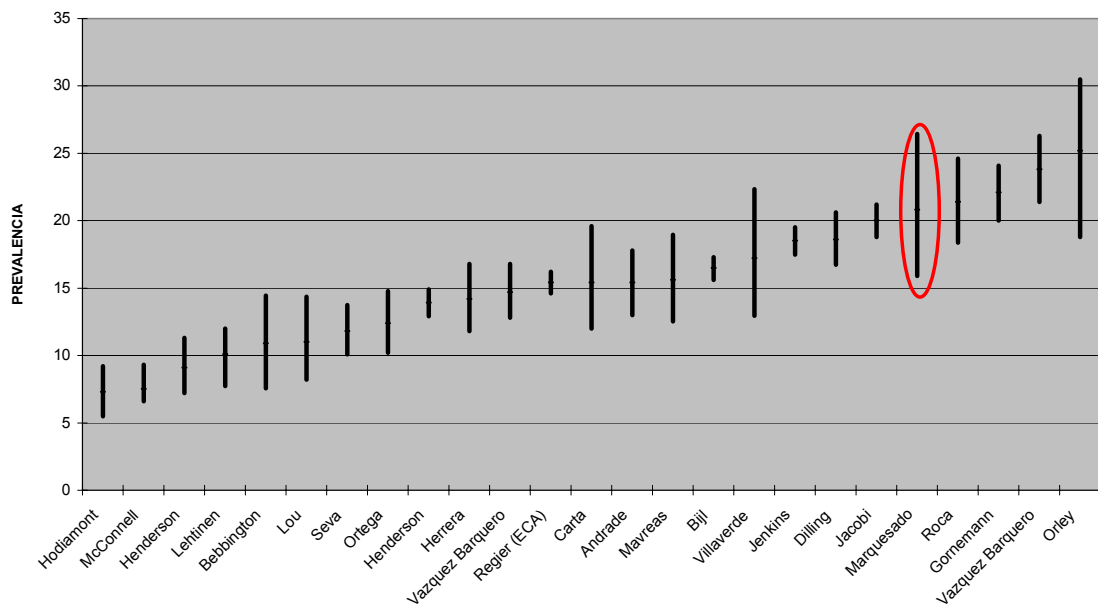


GRAFICO 13

ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN LA COMUNIDAD. MARQUESADO CORREGIDO



Pero más allá de tratar de justificar la prevalencia de trastornos mentales tan elevada encontrada en nuestro estudio, las peculiaridades metodológicas aplicadas por nosotros, no hacen sino poner encima de la mesa una vieja cuestión en lo referente a las diferentes metodologías aplicadas en los estudios epidemiológicos en salud mental, particularmente en los estudios en dos fases. Es sabido que este tipo de estudios nacen por razones de carácter operativo y en función de una mejor economía de los recursos. La elección de un adecuado punto de corte en el instrumento de screening se convierte en una cuestión de suma importancia, ya que si se escoge un punto de corte demasiado bajo, se comprometen los aspectos económicos del diseño, pero si el punto es demasiado alto el riesgo de obtener un número muy elevado de falsos negativos puede hacerse inasumible⁵⁷.

Nosotros hemos optado por aumentar la sensibilidad del instrumento escogiendo un punto de corte muy bajo en el GHQ-28.

Pensamos que esta es la actitud razonable en una fase de cribado, pero, evidentemente, las razones operativas son, como indicábamos, las que aconsejan, en última instancia la decisión a tomar, y las que, probablemente, han resuelto al resto de los autores que han utilizado el mismo instrumento que nosotros, a utilizar puntos de corte más altos, a pesar de las implicaciones que sobre la estimación de la prevalencia y sobre el error estándar (y , por consiguiente, sobre la determinación de los intervalos de confianza) conlleva esta medida²⁰²⁻²⁰⁴.

La decisión de utilizar en la primera fase del estudio estrategias para obtener un porcentaje bajo de falsos negativos, está detrás de la medida de incluir como casos probables a aquellas personas que en el momento de realizarse el estudio están en tratamiento psiquiátrico.

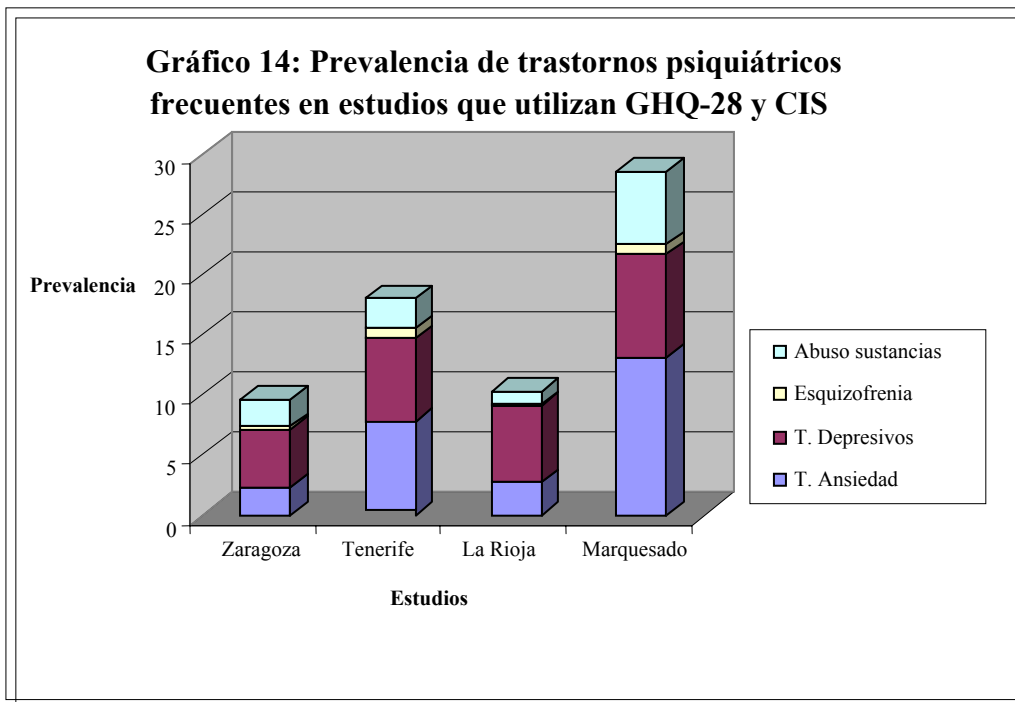
Ortega en La Rioja y Seva en Zaragoza^{48,56} han utilizado, como nosotros, esta estrategia, incluyendo a estos enfermos en la segunda fase, independientemente de la puntuación obtenida en el instrumento de cribado.

La utilización de un instrumento de detección de alcoholismo se hace, desde nuestro punto de vista, imprescindible, si, como ocurre en la mayoría de estudios, el instrumento de screening utilizado en la primera fase es el GHQ, ya que, como es sabido, éste no detecta bien esa patología.

2- Sobre las prevalencias por grupos diagnósticos

Los trastornos de ansiedad representan los diagnósticos con más alta prevalencia en nuestro medio, seguidos por los trastornos depresivos y por el consumo patológico de alcohol.

Si, al objeto de eliminar sesgos metodológicos, comparamos estos resultados con los de aquellos estudios españoles que utilizan el mismo instrumento de screening y la misma entrevista diagnóstica, observamos que se confirma la mayor frecuencia de estos trastornos en la comunidad, pero no siempre en el orden encontrado por nosotros. Así, para Herrera y colaboradores y para Ortega y colaboradores, son más frecuentes los trastornos depresivos, mientras que en los estudios de Tenerife lo son los trastornos de ansiedad. En el gráfico 12 se recogen los datos para estas tres patologías y para la esquizofrenia hallados en los estudios que utilizan como instrumentos diagnósticos el GHQ-28 y el CIS. En el gráfico se incluye nuestro estudio con el epígrafe “Marquesado”.



Son los trastornos por ansiedad y los producidos por abuso de sustancias (particularmente consumo problemático de alcohol) las que marcan las diferencias de prevalencia entre nuestro estudio y el resto, en el sentido de encontrar tasas de prevalencia más elevadas para estos trastornos.

Para verificar si las diferencias pueden ser significativas desde el punto de vista estadístico, calculamos los intervalos de confianza exactos para cada una de las prevalencias obtenidas. Los resultados se muestran en los gráficos 15 al 18 y en la tabla correspondiente (39)

Se concluye tras su revisión, que son los trastornos de ansiedad y el consumo problemático de sustancias, precisamente los que muestran diferencias significativas con respecto a los estudios de Zaragoza y La Rioja (no así con el

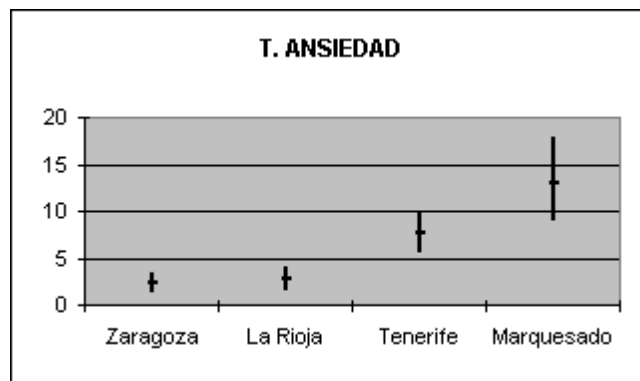
estudio de Tenerife), ya que en el resto de grupos diagnósticos, los intervalos de confianza calculados se solapan entre si.

TABLA 39

T. Ansiedad

	n	lim sup	prev	lim inf
Zaragoza	1200	3,35	2,3	1,55
La Rioja	793	4,01	2,7	1,64
Tenerife	660	10,03	7,75	5,8
Marquesado	245	17,93	13,06	9,1

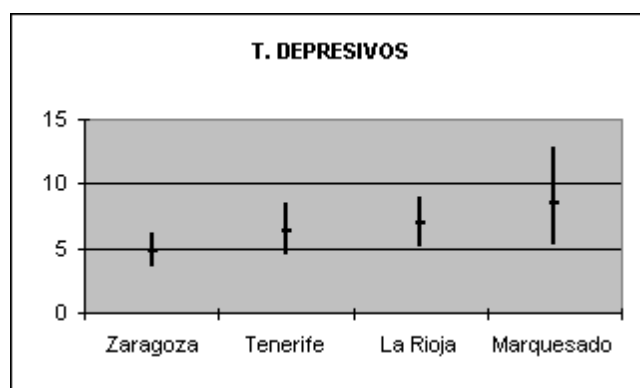
Gráfico 15



T. Depresivos

	n	lim sup	prev	lim inf
Zaragoza	1200	6,2	4,8	3,69
Tenerife	660	8,5	6,4	4,62
La Rioja	793	8,93	6,95	5,26
Marquesado	245	12,8	8,57	5,38

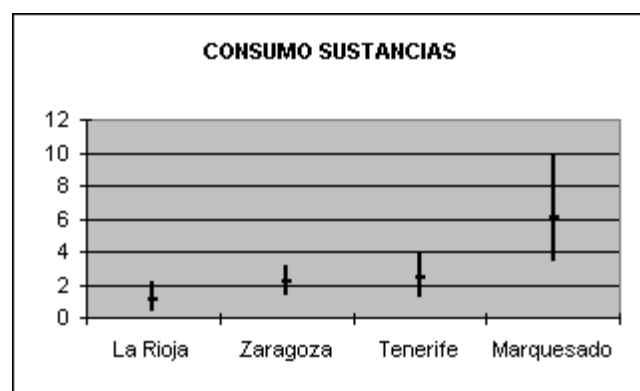
Gráfico 16



Consumo sustancias

	n	lim sup	prev	lim inf
La Rioja	793	2,14	1,1	0,52
Zaragoza	1200	3,15	2,2	1,42
Tenerife	660	3,9	2,45	1,39
Marquesado	245	9,89	6,12	3,46

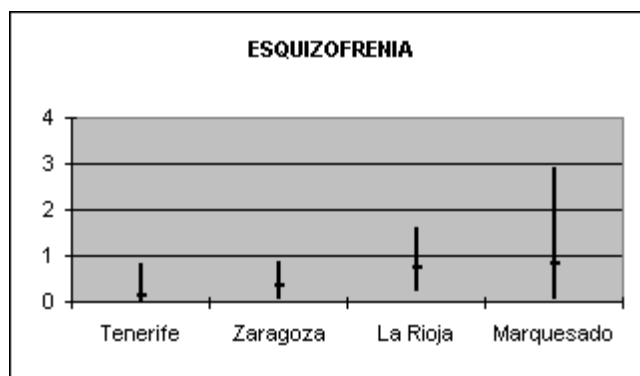
Gráfico 17



Esquizofrenia

	n	lim sup	prev	lim inf
Tenerife	660	0,84	0,15	0
Zaragoza	1200	0,85	0,33	0,09
La Rioja	793	1,63	0,76	0,27
Marquesado	245	2,91	0,81	0,09

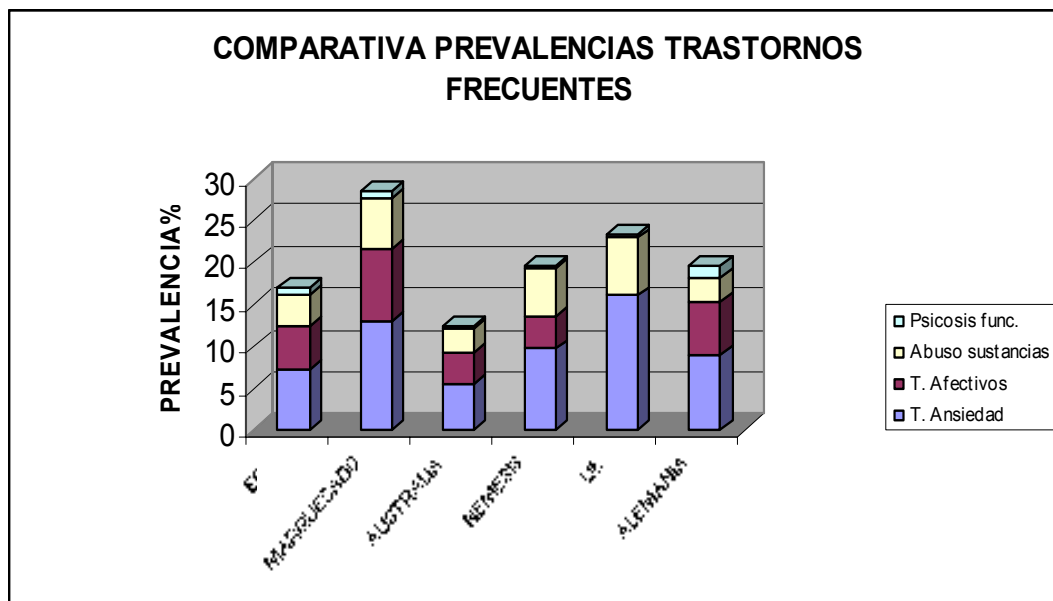
Gráfico 18



Los cinco estudios epidemiológicos más ambiciosos desde el punto de vista de número de sujetos incluidos, son el ya mencionado ECA desarrollado en EEUU en 1984, que incluyó a 18571 individuos, el NEMESIS que incluyó en el estudio a 7076 individuos y se desarrolló en los Países Bajos en 1998, el estudio sobre salud mental en Australia (2000) dirigido por Scott Henderson donde se entrevistaron 10691 individuos, el estudio nacional de morbilidad psiquiátrica realizado en el Reino Unido por Jenkins y colaboradores en 1997, donde se entrevistaron 10108 adultos entre 16 y 65 años, y, por último, el GHS (German Health Interview and Examination Survey, donde se seleccionaron para ser entrevistadas a 4181 personas (2004).

Si comparamos los resultados de nuestro trabajo con estos estudios, comprobaremos cómo todos ellos comunican, como nosotros, que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes, seguidos de los trastornos afectivos y del consumo patológico de sustancias adictivas. Sólo en el estudio NEMESIS los trastornos por abuso de sustancias alcanzan mayores prevalencias que los trastornos afectivos.

Gráfico 19



En la tabla 40, y en los gráficos del 20 al 23 se muestran estas tasas de prevalencia con sus intervalos de confianza:

Se concluye, a la vista de los resultados, que existen diferencias significativas entre las tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad, encontradas en nuestro estudio, en relación a las encontradas en el ECA y en el estudio australiano. Las diferencias halladas con los otros tres estudios no serían significativas.

Lo mismo ocurre para los trastornos afectivos: Existen diferencias significativas entre nuestros resultados y los encontrados en el ECA, estudio australiano y el NEMESIS. El resto de las diferencias no serían significativas.

TABLA 40

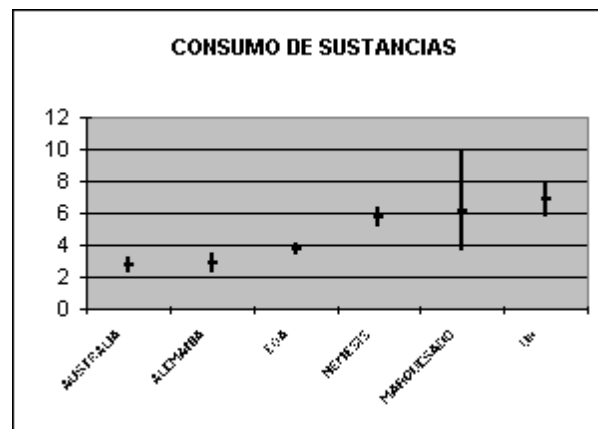
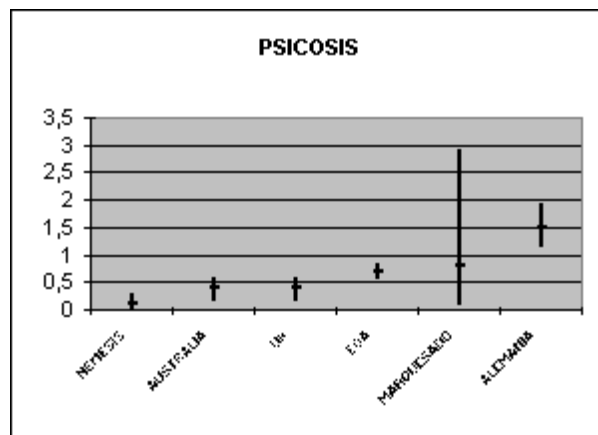
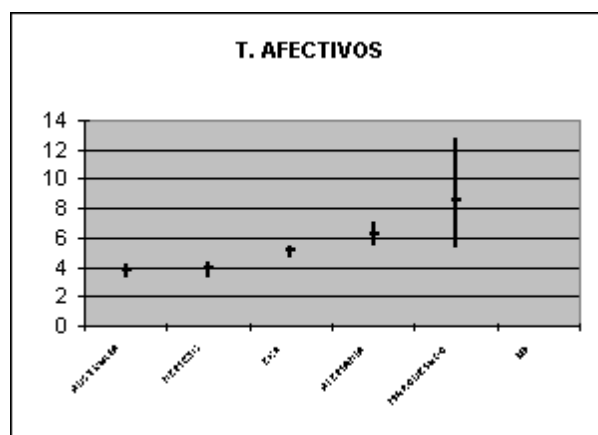
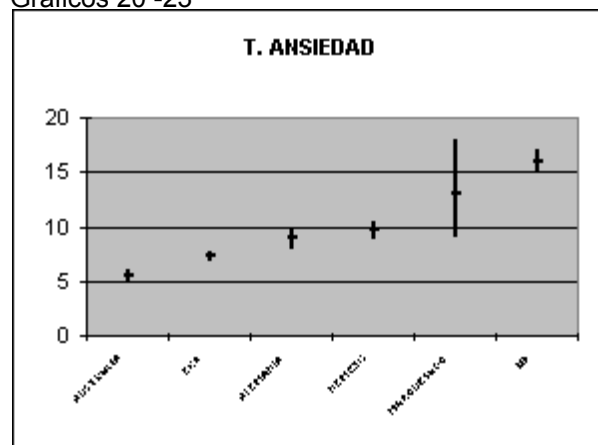
T. Ansiedad	Lim. Sup	Prevalencia	Lim. Inf.
AUSTRALIA	6,1	5,5	4,9
ECA	7,68	7,3	6,93
GHS	9,89	9	8,14
NEMESIS	10,4	9,7	9,01
MARQUESADO	17,94	13,06	9,11
UK	17	16	15

T. Afectivos	Lim. Sup	Prevalencia	Lim. Inf.
AUSTRALIA	4,2	3,8	3,4
NEMESIS	4,37	3,9	3,46
ECA	5,42	5,1	4,78
GHS	7,06	6,3	5,56
MARQUESADO	12,8	8,57	5,38
UK			

Abuso sustancias	Lim. Sup	Prevalencia	Lim. Inf.
AUSTRALIA	3,2	2,8	2,4
GHS	3,44	2,9	2,4
ECA	4,08	3,8	3,53
NEMESIS	6,36	5,8	5,26
MARQUESADO	9,9	6,12	3,8
UK	7,9	6,9	5,9

Psicosis funcionales	Lim. Sup	Prevalencia	Lim. Inf.
NEMESIS	0,3	0,1	0
AUSTRALIA	0,6	0,4	0,2
UK	0,2	0,4	0,6
ECA	0,58	0,7	0,83
MARQUESADO	2,92	0,82	0,1
GHS	1,92	1,5	1,15

Gráficos 20 -23



No se encuentran tampoco diferencias significativas desde el punto de vista estadístico para los trastornos por consumo de sustancias entre nuestro estudio y el ECA, NEMESIS y el estudio Británico. Las tasas de prevalencia para estos trastornos son más altas en nuestro estudio que las comunicadas por los estudios alemán y australiano.

Por lo que respecta a los trastornos psicóticos, no se puede afirmar que las diferencias comunicadas por los diferentes estudios alcancen significación estadística.

3- Sobre los factores asociados a la presencia de patología mental

La diferencia de prevalencia hallada entre sexos, siempre en el sentido de encontrar tasas más altas entre las mujeres, es un hallazgo constante en los estudios de prevalencia de trastornos mentales, excepto en el de Roca et al en el que no encuentran diferencia significativa entre sexos.

También es un hecho frecuente el que esa diferencia se sustente en base a los trastornos de ansiedad y depresivos salvo en el estudio de Henderson, desarrollado en Canberra, donde encuentra más prevalencia en el sexo masculino para los trastornos de ansiedad.

En la mayoría de los estudios publicados, al igual que en el nuestro, se encuentra un predominio masculino, particularmente, en el consumo problemático de sustancias y en los trastornos de personalidad.

Pero no sólo se encuentran diferencias en la prevalencia morbilidad psiquiátrica entre hombres y mujeres, sino que, paralelamente, se han mostrado claras diferencias en el patrón de conducta enferma entre ambos sexos.

Así, en el caso de la depresión, los investigadores comunican cómo existen notables diferencias en la constelación de síntomas que presentan hombres y mujeres. Mientras los hombres tienden a presentar síntomas tales como aumento de la agresividad en las actividades cotidianas como conducir, cólera, Abuso de alcohol o malestar laboral, las mujeres tienden a presentar, además de los síntomas depresivos clásicos, depresión estacional, hipersomnia, incremento de peso, ansiedad o insomnio de conciliación. En mujeres ancianas se ha constatado que presentar depresión implica un aumento del riesgo de sufrir caídas.

Las mujeres con depresión tienen más probabilidad que los hombres de consultar con su médico de cabecera y de hablar con él sobre su malestar psíquico²⁰⁵.

También existen diferencias notables entre hombres y mujeres en la forma de expresión de los trastornos esquizofrénicos.

En la mayoría de los estudios de prevalencia atendida de psicosis funcionales (ya sea con pacientes hospitalizados o en enfermos tratados en la comunidad), se encuentra una prevalencia más alta entre los hombres²⁰⁶.

La constatación de este hecho ha suscitado en la literatura científica un número importante de interrogantes que pueden resumirse en los siguientes:

¿Es la esquizofrenia menos prevalente en las mujeres o es que demandan menos asistencia?

¿Existe alguna característica del trastorno en las mujeres que haga que sean derivadas con menos frecuencia a los dispositivos de salud mental o son los propios servicios los que sesgan los diagnósticos?

¿Es distinta la esquizofrenia en hombres y en mujeres o se encuentra la diferencia en los distintos roles sociales que cada uno cumple?

La búsqueda de respuestas a estas cuestiones ha generado y sigue generando en la actualidad una gran cantidad de publicaciones en la literatura científica especializada.

Por lo que respecta a la prevalencia, en la actualidad se admite a nivel mundial que no hay diferencias entre sexos.

Por otro lado, de una revisión de los artículos más recientemente publicados debe destacarse el meta análisis publicado por Roy en 2001, en el que analiza 23 estudios concluyendo que, independientemente de la metodología empleada en el muestreo, en los métodos diagnósticos, y en las formas de medir duración de enfermedad y discapacidad, existe una asociación entre disfunción personal y social y género, ya que ésta es mayor en los hombres con esquizofrenia²⁰⁷. Varios estudios recientes apoyan total o parcialmente estas conclusiones²⁰⁸⁻²¹⁰.

En España, se ha descrito cómo las mujeres esquizofrénicas necesitan menos apoyo para el cuidado personal y menos supervisión para realizar las actividades de la vida diaria, que la que precisan los hombres. También pueden vivir en más ocasiones que los hombres de forma independiente y, aunque no muestran diferencias importantes en los síntomas de la enfermedad, alcanzan mejores niveles de funcionamiento que los hombres. Cuando se estudia la progresión de la enfermedad a lo largo de dos años, se aprecia que los varones sufren más hospitalizaciones, y precisan de estancias hospitalarias más largas que las mujeres²¹¹⁻²¹³.

La existencia de unas habilidades sociales, familiares y personales mejores en mujeres esquizofrénicas si se comparan con enfermos varones, podría explicar al menos en parte, el no diagnóstico de las formas más leves o menos disruptivas de psicosis, lo que repercutiría en el hallazgo de una menor prevalencia atendida entre las mujeres.

Los factores sociales y culturales parecen tener, por tanto, un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad mental. Esta influencia se manifestaría de forma diferente en hombres y mujeres, en función de los roles que cada uno de ellos desempeña en las distintas sociedades.

Frente a esta teoría “ambientalista”, se invocan factores genéticos, neurofisiológicos constitucionales y hormonales como explicación a las diferencias de morbilidad halladas, pero la mayoría de los estudios realizados se muestran insuficientes para dar una respuesta explicativa de este fenómeno²¹⁴.

Tras el análisis multivariante, nuestros resultados muestran que, globalmente, la presencia de trastorno mental no se asocia de forma significativa con el sexo, encontrándose una asociación clara con la propia percepción de la salud y con la dinámica familiar y el apoyo social. Este hallazgo estaría en la línea de las teorías más ambientalistas, de manera que los factores sociales y familiares serían determinantes para explicar la presencia de morbilidad psiquiátrica.

Solamente en el caso de los trastornos neuróticos, el sexo se muestra como un factor asociado independiente (roza la significación estadística) en el sentido de que las mujeres tendrían más riesgo de padecer estos trastornos, lo que está de acuerdo con lo comunicado por la mayoría de los autores. Este hallazgo estaría también en la línea de apoyar la existencia de diferencias en la forma de enfermar entre hombres y mujeres, en función de los roles familiares y sociales que cada uno juega.

Sin embargo, esta asociación no existe en los trastornos depresivos, en los que el apoyo social es el único factor que se asocia de forma independiente con la presencia de patología.

También es congruente con lo comunicado por la mayoría de los autores el hallazgo de la asociación entre ser varón y presentar más riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

A pesar de los cambios sociales que han provocado un incremento de la tasa de mujeres que presentan esta patología, las diferencias de género se sigue manteniendo, incluso en los estudios más recientes^{160, 161,215}.

En estos mismos trabajos se muestra una clara relación entre las edades más jóvenes y la presencia de trastornos por consumo de sustancias. En nuestro caso, se repite esta circunstancia. De hecho, es la única patología que muestra una relación independiente con la edad, en el sentido descrito más arriba.

En nuestro estudio, por tanto, tener un Apgar familiar anormal, una percepción negativa del apoyo social y de la propia salud, y presentar acontecimientos vitales importantes, son variables que se asocian de forma significativa e independiente con la presencia de enfermedad mental.

Estas conclusiones apoyan la idea, sostenida por algunos autores, de que existen unas relaciones triangulares y bidireccionales entre salud mental, apoyo social y función familiar.

Así, ya se había demostrado una correlación negativa y significativa entre el Duke-UNC y las puntuaciones obtenidas con el GHQ-28. Nuestro estudio confirma esa relación pero con patología mental confirmada. Lo mismo ocurre con la función familiar estudiada usando el APGAR.

El diseño del estudio no permite determinar la dirección de las asociaciones descritas, pero a la vista de los resultados de los pocos estudios prospectivos existentes, en los que la alteración de determinados aspectos sociales tienen una repercusión clara sobre la salud mental del individuo, se puede apoyar la idea de que el apoyo social y una adecuada función familiar actúan como modificadores, atenuando el efecto de los estresores, que en nuestro caso son los acontecimientos vitales estresantes.

Para otros autores, la presencia de dinámica familiar alterada y de un apoyo social deficitario, supondrían incluso, en si mismo, un estresor que influiría negativamente sobre la salud mental del individuo.

Una aportación, a nuestro juicio importante, que realiza nuestro trabajo, es estudiar la relación de la dinámica familiar y del apoyo social con la presencia de morbilidad psiquiátrica, utilizando instrumentos validados en nuestro medio, y ampliamente utilizados en el ámbito de la Atención Primaria, pero que no habían sido utilizados en estudios epidemiológicos de este tipo.

Un predictor importante de la presencia de trastornos mentales es la salud autopercibida. En efecto, esta variable ha demostrado estar fuertemente asociada tanto a la existencia de patología mental considerada globalmente, como al diagnóstico de los cuadros más frecuentes.

Evidentemente, la salud autopercibida como regular o mala es un hallazgo muy inespecífico y, muy probablemente, estará presente en un amplio rango de situaciones de malestar y/o enfermedad orgánica, pero lo simple de la pregunta y el nulo coste que representa, debe hacernos reflexionar sobre su utilidad

como un dato más a la hora de aproximarnos a un diagnóstico individual teniendo en cuenta las expectativas y vivencias del paciente.

La salud autopercibida manifestaría la visión que el paciente tiene de su estado de salud actual y es una variable que se asocia con la frecuentación de las consultas y con la presencia de enfermedad orgánica. En este caso, su efecto sería comparable al de diferentes variables utilizadas por otros autores, como Jacobi en el estudio GHS (Alemania 2004)¹⁶¹. En este estudio recogen como variable el “estado de salud somática” encontrando una fuerte asociación entre ésta y la presencia de los trastornos mentales más frecuentes: trastornos del humor, ansiedad, somatoformes, abuso de sustancias y psicosis.

Llama la atención la no asociación independiente del resto de los factores sociodemográficos estudiados con la presencia de los trastornos mentales.

Efectivamente, tanto en los estudios nacionales como en los internacionales, estos factores muestran asociaciones de diverso tipo. Así, Ortega encuentra una asociación entre estar jubilado por enfermedad y mayor prevalencia de trastornos mentales. Seva encuentra esta asociación con el nivel de educación bajo y Herrera comunica mayor riesgo de trastornos mentales entre los parados y las personas de nivel educacional bajo.

A nivel internacional, se encuentran fuertes asociaciones entre desempleo, clase social baja y divorcio, con la presencia de patología mental.

La respuesta a la pregunta de por que no encontramos asociación con estas variables se puede encontrar, por una parte en el hecho de que el peso que pueda tener la situación familiar en lo que respecta al estado civil, estaría recogido por otras variables incluidas en el modelo logístico, como pueden ser el APGAR familiar y la escala de apoyo social. Por otra parte la uniformidad de la muestra en lo que respecta a un nivel sociocultural bajo, anularía la posibilidad de mostrar relaciones entre estas situaciones y tener un trastorno psiquiátrico.

Un aspecto de singular importancia es el referido al desempleo como factor de riesgo para padecer un trastorno mental.

Como queda reflejado en el apartado de introducción, el desempleo se ha considerado por la mayoría de los autores un estresor severo, y, por tanto, un factor de riesgo importante para padecer un amplio rango de trastornos mentales.

En nuestro medio, y salvo situaciones personales concretas, el desempleo más que un estresor se ha convertido en una aspiración social, en el sentido de que las familias, dedicadas durante muchos años a una actividad en declive como es la agricultura, ven el subsidio de desempleo una forma de asegurar unos ingresos económicos, que les permiten mantener su nivel socio-económico y, a la vez, evitar la necesidad de emigrar en busca de trabajo.

Esta situación puede explicar de forma razonable la ausencia de asociación entre no tener ocupación y presentar morbilidad psíquica.

4- Sobre la atención a los trastornos mentales

Si observamos detenidamente los resultados expuestos, concluiremos que las cifras obtenidas por nosotros para cuatro de los cinco escalones del modelo de Goldberg y Huxley, son más elevadas que las indicadas por los autores como probables para cada nivel.

Ya se ha analizado suficientemente la elevada prevalencia de trastornos mentales que encontramos en nuestra comunidad, comparándola con el resto de estudios que comunican las el mismo tipo de tasa.

Pero al mismo tiempo encontramos que también es muy elevado el porcentaje de sujetos que presentan trastornos mentales y que acuden a la consulta del medico de familia.

Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la presencia de malestar psíquico y una excesiva utilización de la consulta a demanda en centros de salud. Nosotros hemos aportado recientemente hallazgos que confirman esta asociación, estudiando la frecuentación en las consultas de pacientes con patología mental confirmada¹⁸².

Por otro lado, la decisión de consultar está condicionada por variables que tienen que ver tanto con las propias características del paciente y de su entorno familiar, como con las de la propia enfermedad como patología concreta que se padece o severidad del proceso, por ejemplo¹⁸³. En nuestro caso, un 85% de los trastornos depresivos habían acudido a la consulta de atención primaria por motivos propios y por cualquier causa. En el otro extremo, solo un 46.7% de los pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol o de otras sustancias habían demandado asistencia sanitaria.

No menos importantes son aspectos como la accesibilidad de los servicios y la posibilidad de acceso a recursos alternativos fuera del sistema nacional de salud¹⁸⁴.

En una zona como la nuestra, en la que existe una máxima accesibilidad a las consultas de atención primaria, y un nivel socioeconómico bajo, lo que imposibilita a un gran porcentaje de la población para utilizar recursos no financiados por el estado, es lógico que la utilización de los servicios de salud sea muy alta en general, y particularmente alta cuando se trata de la atención a trastornos mentales.

Un buen número de estudios epidemiológicos han demostrado que entre el 10 y el 50% de los pacientes que presentan enfermedad psiquiátrica clínicamente relevante, no son diagnosticados por su medico^{185,186}. En nuestro trabajo, sin embargo, se han detectado el 60 % de los casos existentes. Una explicación posible a este alto porcentaje de detección viene dada por la propia elevada prevalencia de psicopatología. Efectivamente en una encuesta previa al desarrollo del trabajo realizada entre los médicos del Centro de salud y los residentes de familia de tercer año, se puso de manifiesto que, para los encuestados, los problemas de salud mental eran muy prevalentes en sus consultas, originando alrededor de un 30% del total de la demanda. Ante esta situación, es natural que haya existido una especial preocupación por la formación interna en esta área, y a consecuencia de ello se mantiene, a nuestro juicio, una adecuada actitud hacia el diagnostico y manejo de los trastornos psiquiátricos. Como quiera que la toma de conciencia sobre los problemas psicológicos, junto con el nivel de entrenamiento en psicopatología y en técnicas de entrevista clínica, son factores dependientes del medico que se

asocian con la correcta identificación de la enfermedad mental¹⁸⁷, es lógico que la detección de psicopatología sea alta en la zona.

A pesar de todo, un 40% de los trastornos mentales existentes en la población adulta no son diagnosticados. Ello supone un importante problema y pensamos que sería del máximo interés estudiar los factores que contribuyen a que un grupo tan significativo de la comunidad (11.5%) permanezca sin diagnóstico y tratamiento adecuados, más aun cuando conocemos que la patología mental no diagnosticada presenta un peor pronóstico que la que es detectada adecuadamente.

Siguiendo a Goldberg, podríamos clasificar los trastornos mentales en dos grandes grupos: los que se podrían denominar como “comunes” tales como algunos cuadros depresivos, trastornos ansioso-depresivos, fobias, o problemas con el consumo de alcohol, por ejemplo, y los “graves” como la esquizofrenia, trastornos bipolares y algunas demencias. El primer grupo suele ser tratado en gran parte en el ámbito de la atención primaria, mientras que el segundo grupo requiere la intervención de un servicio psiquiátrico especializado. En líneas generales es lo que sucede en nuestro trabajo: se derivan todos los casos de esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo y consumo perjudicial de varias sustancias asociado a trastorno de la personalidad, así como la mayoría de los trastornos de ansiedad. La mayor parte del resto de patologías se tratan en el ámbito de la atención primaria.

Un dato que nos parece relevante es que el 6.53% de la población adulta de la zona es atendida en la unidad de salud mental del distrito. Cifras tan elevadas de derivación se pueden explicar en base a que el Equipo de Salud Mental de referencia en nuestro estudio cumple gran parte de los requerimientos que, según Strathdee¹⁸⁸, el médico general espera de la actuación de los servicios psiquiátricos especializados, es decir: Escaso intervalo de espera tras la indicación de derivación, que existan posibilidades de comunicación entre los niveles asistenciales, normas claras con respecto al manejo de los pacientes, revisión de los pacientes crónicos por parte del psiquiatra al menos cada seis meses y especificación de los objetivos así como de las posible respuesta al tratamiento o la aparición de efectos secundarios. El cumplir estos requisitos implicaría una mayor facilidad para la interconsulta y, por consiguiente, una mayor derivación de psicopatología al nivel especializado.

Por otro lado, una prevalencia muy elevada de trastornos mentales, seguida de una detección alta en atención primaria, implicaría, lógicamente, el que un alto porcentaje de la población general, sea atendido en el nivel psiquiátrico especializado.

En el momento de la realización de nuestro estudio, ningún individuo de los seleccionados se encontraba ingresado en el hospital debido a una enfermedad mental. El intervalo de confianza al 95% incluye la estimación que Goldberg y Huxley hacían sobre el porcentaje de población general que es ingresada en servicios psiquiátricos hospitalarios (0,5%). Por tanto en este escalón asistencial no se aprecian diferencias entre lo propuesto por estos autores y nuestro trabajo.

5- Sobre el fenómeno de hiperutilización de los Servicios de Salud

La hiperfrecuentación de las consultas de Atención Primaria es un fenómeno complejo que, como queda dicho en el apartado de introducción, tiene una explicación multifactorial: depende de características del propio paciente (presencia de enfermedad orgánica, malestar psíquico, capacidad de introspección, dificultades sociales, inadecuada dinámica familiar, carga cultural, problemas legales etc.), del médico (habilidades en comunicación, formación específica, capacidad de resolución de determinados problemas) y del entorno (limitación y ordenación de la demanda, accesibilidad, tiempo, problemas administrativos etc.)

Los hallazgos de nuestro trabajo no hacen sino confirmar la existencia de determinados factores que se asocian a la utilización excesiva de las consultas de primaria.

Así, la presencia de enfermedad crónica o la percepción de la propia salud como mala o muy mala son factores que, tanto en nuestro caso, como en lo publicado en la literatura científica, se asocian fuertemente con una alta utilización de las consultas de atención primaria¹⁹.

Algo parecido ocurre con la accesibilidad a los servicios, aunque esta variable puede presentar en nuestro estudio un sesgo importante, en el sentido de que, al ser la dirección de centro la que clasifica a los distintos consultorios en función de la facilidad de acceso de los pacientes, y disponer, paralelamente de información exhaustiva sobre frecuentación en esas consultas, ha podido darse la circunstancia de asociar ambos datos otorgando a los consultorios con más frecuentación de pacientes un criterio de más facilidad de acceso y viceversa.

Sin embargo, el factor de más interés para nosotros es, sin duda el que muestra la presencia de un trastorno mental y su asociación con la hiperfrecuentación de las consultas.

Ya se había relacionado con anterioridad la presencia de malestar psíquico con la hiperfrecuentación, concretamente con obtener puntuaciones altas en el GHQ-28 y con la presencia de síntomas depresivos, utilizando el Beck Depresión Inventory²¹⁶.

Nuestro estudio lo que muestra es una asociación significativa e independiente entre padecer un trastorno mental diagnosticado e hiperutilización de las consultas de Atención Primaria, y, lo que es más interesante, que son los pacientes que, padeciendo un trastorno psiquiátrico, no son diagnosticados por su médico de familia, los que más riesgo presentan de hacer un uso excesivo de los servicios de salud.

La implicación de este hallazgo es clara, en el sentido de señalar a los médicos de familia la necesidad de realizar un abordaje psicosocial, particularmente en pacientes con problemas de hiperutilización de las consultas en el ámbito de la Atención Primaria.

CONCLUSIONES

- 1- La prevalencia puntual de trastorno mental obtenida en nuestro estudio, es la más alta de las publicadas hasta la fecha, con una cifra del 28.6%.
- 2- Los trastornos mentales más frecuentes en la población de estudio son los trastornos de ansiedad con una prevalencia del 13.6%, seguidos de los trastornos afectivos con un 8.57% y del consumo problemático de alcohol con cifras de prevalencia del 6.12%.
- 3- El diagnóstico aislado más frecuente es el de distimia, que afecta a un 4.08% de la población.
- 4- Existe una enorme variabilidad en las cifras de prevalencia puntual de psicopatología comunicadas por los diversos autores a lo largo de los últimos 20 años. Una parte importante de esa variabilidad puede ser explicada por las diferencias metodológicas existentes entre los diversos estudios, particularmente en lo concerniente al año de realización del estudio y al instrumento diagnóstico utilizado.
- 5- Existe una tendencia secular al alza en las tasas de prevalencia puntual de trastornos mentales en la comunidad. Concretamente, por cada año que pasa, la prevalencia sube, en promedio, un 0,29%.
- 6- Nuestro estudio presenta diferencias metodológicas (uso de un instrumento de screening de alcoholismo, inclusión como casos probables a aquellos pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo a la realización del estudio independientemente de la puntuación obtenida en el instrumento de cribado y uso de un punto de corte bajo en el GHQ-28) que explican la alta prevalencia obtenida en relación con el resto de trabajos.
- 7- Los médicos de Familia habían detectado el 60% de la patología mental existente en la comunidad, y derivaron al Equipo de Salud Mental de referencia al 38% de los casos detectados.
- 8- Un elevado porcentaje de pacientes con trastorno mental no diagnosticado (85.7%) habían consultado con su médico de familia durante los tres meses anteriores, frente al 54.3% de los sujetos sin trastorno mental.
- 9- Presentar una dinámica familiar inadecuada o un apoyo social bajo, junto con una auto percepción de la salud como mala o muy mala, son factores que se asocian de forma significativa e independiente con presentar un trastorno mental. También se asocia con la presencia de trastornos psiquiátricos el haber padecido acontecimientos vitales estresantes en el año anterior.
- 10- Salvo en el caso de los trastornos neuróticos en el que hay un predominio significativo de mujeres y en el de consumo de sustancias en el que predominan los hombres con una edad por debajo de los 55 años, las variables, sexo, edad, nivel cultural, situación laboral y estado civil,

no se asocian de forma independiente con las presencia de morbilidad psiquiátrica.

11- Un 11,8% de la muestra manifestaba una alta frecuentación de las consultas de atención primaria. Concretamente, se trataba de un 10 % de los hombres y de un 13.6% de las mujeres.

12-Los factores que se asocian de forma significativa e independiente con una utilización excesiva de los servicios de salud en el ámbito de la atención primaria son padecer una enfermedad crónica, tener una percepción de la propia salud como mala o muy mala, tener un fácil acceso a las consultas y presentar un trastorno mental diagnosticable, particularmente si este trastorno no es detectado por el médico de familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Henderson S. Epidemiología de la enfermedad mental: aspectos conceptuales. En Vázquez-Barquero JL , editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p.17-33.
2. Vázquez-Barquero JL ,García J. Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En: González de la Rivera JL et al (eds): *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona, Masson-Salvat, 1993.
3. Ruiz Doblado S, Pérez Cano A, Vicente Cruz A. Trastornos psiquiátricos en una zona rural: estudio descriptivo de 2016 casos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1997; 25(1): 23-33.
4. Üstun TB, Sartorius N. The background and rationale of the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. In :*Mental illness in General Health Care, an international study*, T.B. Ustun and N Sartorius eds. Chichester, UK, John Wiley and Sons, 1995.
5. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 586-593.
6. Vázquez-Barquero JL, Garcia J, Artal Simón J, Iglesias C, Montejo J, Herran A, Dunn G. Mental Health in primare care. An epidemiological study of morbidity and use of Health. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 529-535.
7. Fernández Logroño J. Morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria. Tesis doctoral. Granada. Universidad de Granada. 1997.
8. Baca Baldomero E, Saiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández Liria A, Ramos Brieva JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999; 23: 275-279.
9. Gurege O, Obikoya B, Ikuesan BA. Prevalence of specific psychiatric disorders in a urban primary care setting. *East African Medical J* 1992; 69 (5): 282-287.
10. Abiodun OA. A study of mental morbidity among primary care patients in Nigeria. *Compr Psy* 1993; 34, (1): 10-13.
11. Martínez Álvarez JM, Marijuan Arcocha L, Retolaza Balsategui A, Duque Valencia A, Cascan Martín JM. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el Centro de Salud de Basauri. *Aten Primaria* 1993; 11 (3): 127-132.
12. Pérez-Echevarria MJ y el GEMPPZ (AP). Evaluación multiaxial de pacientes en atención primaria: el estudio epidemiológico de Zaragoza. XXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Zaragoza. 1993.
13. Araya RI, Wynn R, Leonard R, Lewis G. Psychiatric morbidity in primary Health care in Santiago, Chile. Preliminary findings. *Br J Psychiatry* 1994; 165 (4): 530-533.
14. Reneses Prieto B, Agüera Ortiz LF. Prevalencia de patología mental en atención primaria. Comunicación póster. Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Sevilla. 1993.
15. Retolaza A, Márquez I, Ballesteros J. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995;

- 15 (55): 593-608.
16. Fink P, Jensen J, Borgquist L, Brevik JL, Dalgard OS, Sandanger I, et al. Psychiatric morbidity in primary public Health care: a Nordic multicentre investigation. Part I: method and prevalence of psychiatric morbidity. *Act Psy Scan* 1995; 92 (6): 409-418.
 17. Rumble S, Swartz L, Parry C, Zwarenstein M. Prevalence of psychiatric morbidity in the adult population of a rural South African village. *Psicol. Med* 1996; 26 (5): 997-1007.
 18. Agüera Ortiz LF, Reneses B, Muñoz PE. Enfermedad mental en Atención primaria. Madrid: Flas, 1996.
 19. Bellon JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol med* 1999; 29: 1347-1357.
 20. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilisation. *Medical care* 1986;24: 548-560.
 21. Berkarovic E, Hurwicz ML. Psychological distress and the decision to seek medical care among a Medicare population. *Medical care* 1989; 27: 1058-1075.
 22. Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tieney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *Journal of American geriatrics society* 1994; 42: 838-848.
 23. García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS, Muñoz Baragaño P, Blanco Suárez AM. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 18: 484-489.
 24. Rubio Montañés ML, Adalid Villar C, Cordon Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellá D, Fernández Punset D et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998; 22: 627-630.
 25. Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durantez J, García Tirado MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 562-569.
 26. Smith G, Manson RA, Ray DC. Patient with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health, and health care utilisation. *Archives of internal medicine* 1986; 146: 69-72.
 27. Stefansson CG, Svensson C. Identified and unidentified mental illness in primary health care – social characteristics, medical measures and total care utilisation during one year. *Scandinavian Journal of primary health care* 1994; 12: 24-31
 28. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by Questionnaire. Maudsley monograph. Londres: Oxford University Press 1972.
 29. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psicol. Med* 1979; 9: 139-145.
 30. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. A preliminary report. *PsychoPharmacol Bull* 1973; 9: 13-27.

31. Derogatis LR. SCL-90-R. Administration scoring and procedures manual. Towson: Clinical psychometric Research 1983.
32. Derogatis LR. The SCL-90-R. Clinical psychometric Research. Baltimore 1975.
33. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale, a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 766-771.
34. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, De Gruy FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-1756.
35. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. Nueva York: Cambridge University Press 1974.
36. Wing JK, Babor T, Brugha T. SCAN. Schedules for Clinical assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 589-593.
37. Goldberg DP, Cooper B, Easwood M, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric Interview for use in community surveys. *Br J Prevent Soc Med* 1970; 24: 18-23.
38. Robins LN, Helzer JE, Croughan J. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 381-388.
39. Robins LN, Wing J, Wittchen H-Ü. The Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1069-1077.
40. Wittchen H-Ü. Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *J Psychiatr Res* 1994; 28: 57-84.
41. Klerman GL. The National Institute of Mental Health-Epidemiologic Catchment Area (NIMH-ECA) program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1986; 21: 159-166.
42. Escobar JI, Karno M, Burnam A, Hough RL, Golding J. Distribution of major mental disorders in a US metropolis. *Acta Psych Scand* 1988; 344: 45-53.
43. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-986.
44. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264 (19): 2511-2518
45. Regier DA, Kaelber CT. The Epidemiologic Catchment Area (ECA) program: Studying the prevalence and incidence of psychopathology. Textbook in Psychiatric Epidemiology. Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, Eds., New York, Willey and sons, 1995.
46. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National

- Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
47. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, Aldana J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango J, et al. A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. Psychol Med 1987; 17: 227-241.
 48. Ortega MA, Seva A, Pérez A. Morbilidad psíquica diagnóstica en la población general de La Rioja. An Psiquiatría 1995; 11: 320-326.
 49. Roca M, Gili M, Ferrer V. Trastornos mentales en la isla de Formentera: Estudio de prevalencia en población general evaluada mediante el Scheludes for clinical assessments in neuropsychiatry (SCAN). Soc Psychiat Psychiat Epidem 1999; 34(8): 410-15.
 50. Rajmil L, Gispert Magarolas R, Roset Gamisans M, Muñoz Rodríguez PE, Segura Benedicto A, Equipo de la encuesta de salud de Cataluña. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña. Gaceta Sanitaria 1988; 12 (4): 153-159.
 51. Hodiament P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. Psychol Med 1987 May; 17(2):495-505.
 52. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG. Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. Acta Psychiatr Scand 1979; 60: 355-374.
 53. Lehtinen V, Lindholm T, Veijola J, Väisänen E: The prevalence of PSE-Catego disorders in a Finish adult population cohort. Soc Psychiat Psychiat Epidem 1990; 25: 187-192.
 54. Bebbington PE, Hurry J, Tennant C. The epidemiology of mental disorders in Camberwell. Psychol Med 1981; 11: 561-580.
 55. Lou Arnal S, Magallon Botalla R, Orozco González F, Arto Serrano A, Pons Pons L, Betorz Latorre JJ, et al. Estudio epidemiológico en salud mental en una zona de salud. Aten Primaria 1990; 7: 338-344.
 56. Seva A, Magallon R, Sarasola A, Merino JA. Investigación epidemiológica psiquiátrica en dos fases en la ciudad de Zaragoza (El proyecto SAMAR-89). An Psiquiatría 1992; 8: 45-55.
 57. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). Informaciones Psiquiátricas 1990; 120: 111-130.
 58. Carta MG, Carpiniello B, Morosini PL, Rudas N. Prevalence of mental disorders in Sardinia: a community study in an inland mining district. Psychol Med 1991; 21: 1061-1071.
 59. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37: 316-325.
 60. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos GC. Prevalence of Psychiatric disorders in Athens: A community study. Soc Psychiat Psychiat Epidem 1986; 4:172- 181.
 61. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands

- Mental Health Survey and incidence study (NEMESIS). *Soc Psychiat Psychiat Epidem* 1998; 33:587-595.
62. Villaverde ML, Gracia R, de la Fuente J, González de Rivera JL, Rodríguez-Pulido F. Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. En: González de la Rivera JL et al (eds): *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona, Masson-Salvat, 1993. Pags 187-214.
 63. Dilling H, Weyerer S. Prevalence of mental disorders in the small-town--rural region of Traunstein (Upper Bavaria). *Acta Psychiatr Scand* 1984; 69(1):60-79.
 64. Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Madoz V. The influence to of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 65: 161-170.
 65. Orley J, Wing JK. Psychiatric disorders in two African villages. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 513-520.
 66. Clayer JR, McFarlane AC, Bookless CL, Air T, Wright G, Czechowicz AS. Prevalence of psychiatric disorders in rural South Australia. *Med J Aust* 1995 7;163(3):124-5, 128-9.
 67. Fichter MM, Narrow WE, Roper MT, Rehm J, Elton M, Rae DS, Locke BZ, Regier DA. Prevalence of mental illness in Germany and the United States. Comparison of the Upper Bavarian Study and the Epidemiologic Catchment Area Program. *J Nerv Ment Dis* 1996 Oct;184(10):598-606.
 68. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE 3rd, Leaf PJ, Orvaschel H, Anthony JC, Boyd JH, Burke JD Jr, Kramer M, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry* 1984 Oct;41(10):959-67.
 69. Halldin J. Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1984 Jun; 69(6):503-18.
 70. Fournier L, Lesage AD, Toupin J, Cyr M. Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: A Montreal Catchment area study. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 737-743.
 71. Gornemann I. Prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía. Tesis doctoral. Granada. Universidad de Granada. 2002.
 72. De Santiago A, Herran A, Vázquez Barquero JL. Epidemiología de la enfermedad mental en a comunidad. En Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p35-51.
 73. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I et al. Prevalence, severity, an unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581 – 2590.
 74. Crow TJ. The search for the psychosis. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 611-614.
 75. Emamian ES, Hall D, Birnbaum MJ, Karayiorgou M, Gogos JA. Convergent evidence for impaired AKT1-GSK3 signaling in schizophrenia. *Nature* 2004 ENE.

76. Nigel M, Williamsa NM, Preecea A, Gillian Spurlocka G, Nadine Nortona N, Williamsa HJ, et al. Support for RGS4 as a susceptibility gene for schizophrenia. *Biological psychiatry*. 2004 ENE;55(2).
77. Fekadu A, Shibre T, Alem A, Kebede D, Kebreab S, Negash A and OwenMJ. Bipolar disorder among an isolated island community in Ethiopia. *Journal of affective disorders* 2004; 80(1): 1-10.
78. Hopper JL, Judd FK, Derrick PL, et al. A family study of panic disorder. *Genet Epidemiol* 1987; 4: 33-41.
79. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(4): 243-258.
80. Mui AC, Kang SY, Chen LM, Domanski MD. Reliability of the Geriatric Depression Scale for use among elderly asian immigrants in the USA. *Int Psychogeriatr* 2003; 15(3): 253-271.
81. Wilmoth JM, Chen PC. Immigrant status, living arrangements, and depressive symptoms among middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003; 58(5): 305-313.
82. Oppedal B, Roysamb E. Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol* 2004; 45(2): 131-144.
83. Fossion P, Ledoux Y, Valente F et al. Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: An age and gender controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *European Psychiatry* 2002; 17(8): 443-450.
84. Warner R, Girolamo G. Esquizofrenia. *Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales*. 1995. Ginebra: Meditor.
85. Documento Trabajar juntos. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría y Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. XXII Jornadas de Salud Mental de la AAN y I Jornadas de salud mental de la SAMFyC; 2003 Noviembre; Málaga.
86. Fichter MM, Xepapadakis F, Quadflieng N, Georgopoulou E, Fthenakis WE. A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and in Greece in 1980 and 1998 – 18 years apart. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2004; 254: 27-35.
87. Simon GE, Vonkorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol*. 1992; 135(12): 1411-1422.
88. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. Londres/Routledge, 1980.
89. Vázquez-Barquero JL, Herran A, Vázquez-Bourgon ME. La enfermedad mental en atención primaria: una perspectiva general. En Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 3-16.
90. Seva A, Martínez, M. Mecanismos etiopatogénicos de las enfermedades psiquiátricas. *Medicine Enero* 1999; 49:42-51.
91. Crow TJ. The search for the psychosis. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 611-614.

92. Hopper JL, Judd FK, Derrick PL, et al. A family study of panic disorder. *Genet Epidemiol* 1987; 4: 33-41.
93. Roberts GW. Schizophrenia: A neuropathological perspective. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 8-17.
94. Selkof DJ. Clinical genetics III: Alzheimer's disease: from genes to pathogenesis. *Am J Psychiatry* 1997; 154.
95. Retolaza A. Epidemiología de los trastornos mentales en Atención Primaria. En Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 55 -72.
96. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. London, Tavistock, 1978.
97. De Santiago A, Vázquez-Barquero JL, Diez Manrique JF. La enfermedad mental en la mujer. *An Psiquiatría* 1987; 3: 191-200.
98. Herran A, Sierra D, Vázquez-Barquero JL. La enfermedad psiquiátrica: Concepto, clasificación, epidemiología. *Medicine* Enero 1999; 49:36-41.
99. De Santiago A, Herran A, Vázquez-Barquero JL. Epidemiología de la enfermedad mental en la comunidad. En Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 35 -53.
100. Ferrie JE, Martikainen P, Shipley MJ, Marmot MG, Stanfeld SA, Smith GD. Employment status and health after privatization in white collar civil servants: prospective cohort study. *BMJ* 2001;322: 1-7.
101. Warr PB, Payne RL. Experiences of strain and pleasure among British adults. *Soc Sci Med* 1982; 16: 1691-1697.
102. Fryer DM, Warr PB. Unemployment and cognitive difficulties. *Br J Clin Psychol* 1984; 23: 67-68.
103. Colledge M, Bartholomew R. A study of the long term unemployed. Londres: Manpower Services Commission 1980.
104. Warr PB, Jackson P. Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and reemployment. *Psychol Med* 1985; 15: 795- 807.
105. Kirchler E. Jobs loss and mood. Special Issue: unemployment. *J Econ Psychol* 1985; 6: 9-25.
106. Crepet P. Estudio de los efectos del desempleo en la salud mental. En: González de la Rivera JL et al (eds): *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona, Masson-Salvat, 1993. Pags 319-343.
107. Garrido P, Castillo I, Benavides F, Ruiz I. Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal. *Gac Sanit* 1994; 8: 128-132.
108. Deniel J, Bosch M, Culí N, Olmeda C. Influencia del paro en los problemas de salud mental. *Aten Primaria* 1996; 18: 379-382.
109. Lazaurus RS. *Psychological stress and the doping process*. N.Y. McGraw-Hill 1966.
110. Brow GW, Harris T. *Life events and illness*. London. Unwinn and Hyman. 1989.
111. Ayuso JL. Aspectos psicosociales de la depression. *Psiquis* 1985; 6: 26-32.

112. Bebbington PE, Wilkins S, Jones P et al. Live events and psychosis: Initials results from Camberwell Colaborative Psychosis Study. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 72-79.
113. Dalgard OS, Bjork S, Tams K. Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 29-34.
114. George LK, Blazer DG, Hughes DC, Fowler N. Social support and the outcome of mayor depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 478-485.
115. McCulloch A. Social environments and health: cross sectional national survey. *BMJ* 2001; 323: 208-209.
116. Van Hemert A, Hengeveld MW, Bolk JH et al. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychol Med* 1993; 23: 167-173
117. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorders in a sample of a general population with and without chronic medical condition. *Am Journal of Psych* 1988; 145: 976-981.
118. Von Korff M, Katon W, Lin E. Psychological distress, physical symptoms, utilization and the cost-offset effects. En: Sartorius N, Goldberg D, de Girolamo G et al. (eds). *Psychological disorders in general medical settings*. Toronto/ Lewinston/ NY/ Bern/ Göttingen/ Stuttgart, Hogrefe & Huber publishers, 1990: 159-169.
119. Mancera Romero J, Muñoz Cobos F, Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C, Fernández Tapia ML, Blanca Barba FJ. Problemas de salud y determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un Centro de Salud. *Aten Primaria* 2001; 27: 658-662.
120. Lorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P. Perfil del hiperfrecuentador de un Centro de Salud. *Aten Primaria* 1996; 17: 100-106.
121. Poveda Monge F, Royo Garrido A, Aldemunde Pérez C, Fuentes Cuenca R, Montesinos de Astorza C, Juan Ten C, et al. Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes. *Aten Primaria* 2000; 26: 446-452.
122. Fuentes Biggi J. El sistema, la comunicación y la familia. En Suarez T; Rogero GF. *Paradigma sistémico y terapia de familia*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1983.
123. Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Systems Med* 1986;4: 135-200.
124. Craig TK, Boardman AP. ABC of mental health. Common mental heath problems in primary care. *BMJ* 1997;314: 1609-1612.
125. Callahan EJ, Jaen CR, Crabtree BJ, Zyzansky SJ, Goodwin MA, Stange KC. The impact of recent emotional distress and diagnosis of depression or anxiety on the physician-patient encounter in family practice. *J Fam Pract* 1998;46: 410-418.
126. De la Revilla L. La disfunción familiar. *Aten primaria* 1992;10: 582-583.
127. Rodríguez E, Gea A, Gomez A, Gracia JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Primaria* 1996; 17:

338-341.

128. Perez Adan J. Salud social y función familiar. *Humana* 1997;1:19-26.
129. Sistema de información multiterritorial de Andalucía. Instituto de Estadística de Andalucía. Conserjería de Economía y Hacienda. Junta de Andalucía.
130. Censo electoral 1999. Instituto Nacional de Estadística.
131. Encuesta Nacional de Salud 1997. Ministerio de Sanidad y consumo.
132. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. Duke-UNC functional support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988;26: 709-723.
133. Smilkstein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;6: 1231-1239.
134. Holmes TG, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosomatic Res* 1967;11: 213-218.
135. González de Rivera JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis* 1983;4: 7-11.
136. Goldberg D, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *Brit Med J* 1970; 2: 439-443.
137. Lobo A, et al. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986; 16: 135 -140.
138. Lobo A. Screening de trastornos psíquicos en la práctica médica. GHQ/"Mini examen", 1986. Universidad de Zaragoza.
139. Goodchild M, Duncan-Jones. Chronocity and the General Health Questionnaire. *Br J Psychiatry* 1985;146: 55-61.
140. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez Insausti F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Arch Neuropsicol* 1979; 42: 139 – 158.
141. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984 Oct 12; 252(14):1905-7.
142. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*. 1974 Oct;131(10):1121-3.
143. Rodríguez Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera.. Barcelona: Salvat 1989.
144. Diez Martinez S, Martin Moros JM, Altisent Trota R, Aznar Tejero P, Cebrian Martin C, Imaz Perez FJ, del Castillo Pardo M. Brief questionnaires for the early detection of alcoholism in primary health care. *Aten Primaria* 1994; 13(2): 93-94.
145. Hearne R, Connolly A, Sheehan J. Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *J R Soc Med* 2002 Feb; 95 (2):84 - 7.
146. De la Revilla L, Bailon E, Luna JD, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten primaria* 1991;8: 688-692

147. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996;18:153-163.
148. Marcas A, Mariscal E, Muñoz MA, Olid F, Pardo MJ, Rubio E, Ruiz A. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación?. *Aten Primaria* 2000; 26 (7): 453-458.
149. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, Hartsell M, Orzano AJ. Does the family APGAR effectively measure family functioning?. *J Fam Pract.* 2001 Jan;50(1):19-25.
150. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Aten Primaria* 1996;18: 289-296.
151. Goldberg DP, Rickels K, Downing R, Hesbacher P. A comparison of two psychiatric screening test. *Br J Psychiatry* 1976;129: 61-67.
152. Lobo A. Estudio de la entrevista psiquiátrica estructurada CIS en pacientes españoles. *Com Psiquiatr* 1984; 11: 43-60.
153. Rodríguez Pulido F, Montes de Oca D. Instrumentos para la detección de casos en psiquiatría: cuestionarios y entrevistas. En González de Rivera J.L., Rodríguez Pulido F, Sierra López A. *El método epidemiológico en salud mental.* Masson- Salvat Medicina: 125- 144.
154. OMS: CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de evaluación en atención primaria. Madrid, Meditor, 1996.
155. OMS: CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. . Madrid, Meditor, 1992.
156. McGuffin P, Farmer A E, Harvey I. A polydiagnosis application of Operational Criteria in studies of psychotic illness: Development and reliability of the OPCRIT system. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 764-770.
157. Williams J, Farmer A E, Ackenheil M, Kaufmann C A, McGuffin P. A multicentre reliability study of the OPCRIT computerized diagnostic system. *Psychol Med* 1996; 26: 775-783.
158. McConnell P, Bebbington P, McClelland R, Gillespie K, Houghton S. Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. Population study in the District of Derry. *Br J Psychiatry.* 2002; 181: 214-219.
159. Henderson S, Andrews G, Hall W. Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000; 34(2): 197-205.
160. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – Initial findings from the Household Survey. *Psychol Med* 1997;27: 775- 789.
161. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med.*

- 2004; 34(4): 597-611.
162. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Chilean study on the prevalence of psychiatric disorders (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Med Chil.* 2002 May;130(5):527-36.
 163. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry.* 2001 Jul;158(7):1091-8.
 164. Brugha TS, Bebbington PE, Jenkins R, Meltzer H, Taub NA, Janas M, Neron J. Cross validation of a general population survey diagnostics interview: a comparison of CIS-R with SCAN ICD-10 diagnostics categories. *Psychol Med.* 1999 Sep; 29(5): 1029 – 1042.
 165. Brugha TS, Jenkins R, Taub NA, Meltzer H, Bebbington PE. A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment Neuropsychiatry (SCAN). *Psychol Med.* 2001 Aug;3(6): 1001-1013.
 166. Emamian ES, Hall D, Birnbaum MJ, Karayiorgou M, Gogos JA. Convergent evidence for impaired AKT1-GSK3 signaling in schizophrenia. *Nature* 2004 ENE.
 167. Nigel M, Williamsa NM, Preecea A, Gillian Spurlocka G, Nadine Nortona N, Williamsa HJ, et al. Support for RGS4 as a susceptibility gene for schizophrenia. *Biological psychiatry.* 2004 ENE;55(2).
 168. Fekadu A, Shibre T, Alem A, Kebede D, Kebreab S, Negash A and OwenMJ Bipolar disorder among an isolated island community in Ethiopia. *Journal of affective disorders* 2004; 80(1): 1-10.
 169. Hopper JL, Judd FK, Derrick PL, et al. A family study of panic disorder. *Genet Epidemiol* 1987; 4: 33-41.
 170. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(4): 243-258.
 171. Mui AC, Kang SY, Chen LM, Domanski MD. Reliability of the Geriatric Depression Scale for use among elderly asian immigrants in the USA. *Int Psychogeriatr* 2003; 15(3): 253-271.
 172. Wilmoth JM, Chen PC. Immigrant status, living arrangements, and depressive symptoms among middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003; 58(5): 305-313.
 173. Oppedal B, Roysamb E. Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol* 2004; 45(2): 131-144.
 174. Fossion P, Ledoux Y, Valente F et al. Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: An age and gender controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *European Psychiatry* 2002; 17(8): 443-450.
 175. Warner R, Girolamo G. Esquizofrenia. *Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales.* 1995. Ginebra: Meditor.
 176. De Santiago A, Herran A, Vázquez Barquero JL. Epidemiología de la enfermedad mental en a comunidad. En Vázquez-Barquero

- JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p35-51.
177. Documento Trabajar juntos. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría y Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. XXII Jornadas de Salud Mental de la AAN y I Jornadas de salud mental de la SAMFyC; 2003 Noviembre; Málaga.
 178. Fichter MM, Xepapadakos F, Quadflieng N, Georgopoulou E, Fthenakis WE. A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and in Greece in 1980 and 1998 – 18 years apart. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2004; 254: 27-35.
 179. Simon GE, Vonkorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol*. 1992; 135(12): 1411-1422.
 180. Wittchen HU, Knauper B, Kessler RC. Lifetime risk of depression. *Br J Psychiatry Suppl*. 1994 Dec ;26: 16-22.
 181. Martín Pérez C, Pedrosa R, Herrero J, Luna JD, Ramírez P, Sáez JM. Prevalencia de psicopatología en un centro de salud rural. *Aten Primaria*. 2003;31 (1): 39-46.
 182. Pedrosa R, Martín C, Luna JD, Sáez JM, Ahmed L, Pulido JI. Factores psicosociales y de salud asociados a la hiperfrecuentación en una Zona Básica de Salud. Comunicación en el XXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. San Sebastián, 14-17 nov 2001. *Atención Primaria*. Doyma editor; Nov 2001. Vol. 28. Supl. I. p. 125.
 183. Muñoz PE, Crespo MD. Análisis de los determinantes de la demanda de asistencia psiquiátrica en una muestra de población general. *Actas Luso Esp neurol psiquitr cien afines* 1981; 9: 189-212.
 184. Retolaza Balsategui A. Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria. En Vázquez-Barquero JL , editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 55-72.
 185. Coyne JC, Schwenck TL, Fechner-Bates S. Non detection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17:3-12.
 186. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996; 153:636-644.
 187. Pini S, Tansella M. Detección y manejo de la enfermedad mental en los centros de atención primaria. En Vázquez-Barquero JL , editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 73-87.
 188. Strathdee G. Liaison between Primary and Secondary Care Teams Towards Early Intervention. En: Jenkins R, Newton J, Young R (eds.): *The Prevention of Depression and Anxiety: The role of the primary care team*. London, HMSO, 1992.
 189. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Mar;57(3):209-15.

190. Stassen HH, Ragaz M, Reich T. Age-of-onset or age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression?. *Psychiatr Genet.* 1997 Spring;7(1):27-34.
191. Warshaw MG, Klerman GL, Lavori PW. Are secular trends in major depression an artifact of recall? *J Psychiatr Res.* 1991;25(3):141-51.
192. North CS, Eyrich KM, Pollio DE, Spitznagel EL. Are rates of psychiatric disorders in the homeless population changing? *Am J Public Health.* 2004 Jan;94(1):103-8.
193. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;248(1):14-21.
194. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol.* 1992 Jun 15;135(12):1411-22.
195. Simon GE, VonKorff M, Ustun TB, Gater R, Gureje O, Sartorius N. Is the lifetime risk of depression actually increasing? *J Clin Epidemiol.* 1995 Sep;48(9):1109-18.
196. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004 Nov;45(8):1350-62.
197. Hardy, R.J., Thompson, D.G. A likelihood approach to meta-analysis with random effects. *Statistics in Medicine* 1996; 15: 619-629.
198. Thompson, S.G., Sharp, S.J. Explaining heterogeneity in meta-analysis: a comparison of methods. *Statistics in Medicine* 1999; 18: 2693-2708.
199. Brugha TS, Bebbington PE, Jenkins R, Meltzer H, Taub NA, Janas M, Vernon J. Cross validation of a general population survey diagnostic interview: a comparison of CIS-R with SCANICD-10 diagnostic categories. *Psychol Med.* 1999 Sep;29(5): 1029-42.
200. Brugha TS, Jenkins R, Taub NA, Meltzer H, Bebbington PE. A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment Neuropsychiatry (SCAN). *Psychol Med.* 2001 Aug;31(6): 1001-13.
201. Jordanova V, Wickramasinghe C, Gerada C, Prince M. Validation of two diagnostic interviews among primary care attendees: a comparison of CIS-R and CIDI with SCAN ICD-10 diagnostic categories. *Psychol Med.* 2004 Aug;34(6): 1013-24.
202. McNamee R. Efficiency of two-phase designs for prevalence estimation. *Int J Epidemiol.* 2003 Dec;32(6): 1072-78.
203. Prince M. Commentary: Two phase surveys. A death is announced; no flowers please. *Int J Epidemiol.* 2003 Dec;32(6): 1078-80.
204. Dunn G, Pickles A, Tansella M, Vazquez-Barquero JL. Two phase epidemiological surveys in psychiatric research. *Br J Psychiatry.* 1999 Feb; 174:95-100.
205. Voelker R. Women and depression. A special challenge in primary care. *JAMA* 2001 Mar; 285(11):1432
206. Mas J, Tesoro A, Rodriguez JL, Marín A, Martos C, Peñin E, Famoso P. Diferencias de género en las esquizofrenias. *En*

- Josefina Mas Hesse y Amalia Tesoro Amate. Mujer en salud mental. Mitos y realidades. Asociación española de Neuropsiquiatría; 1993: 391- 432.
207. Roy MA, Maziade M, Labbe A, Merette C. Male gender is associated with deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2001 Mar 1;47(2-3):141-7.
 208. Sibitz I, Amering M, Kramer B, Griengl H, Katschnig H. The course of illness and problems of schizophrenic women and men from the relatives' perspective. *Psychiatr Prax.* 2002 Apr;29(3):148-53.
 209. Lindamer LA, Bailey A, Hawthorne W, Folsom DP, Gilmer TP, Garcia P, Hough RL, Jeste DV. Gender differences in characteristics and service use of public mental health patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2003 Oct;54(10):1407-9.
 210. Thornicroft G, Leese M, Tansella M, Howard L, Toulmin H, Herran A, Schene A. Gender differences in living with schizophrenia. A cross-sectional European multi-site study. *Schizophr Res.* 2002 Oct 1;57(2-3):191-200.
 211. Ochoa S, Usall J, Haro JM, Araya S, Autonell J, Busquets E, Gost A; Grupo Nedes. Comparative study of the needs of patients with schizophrenia by gender. : *Actas ESP Psiquiatr.* 2001 May-Jun;29(3):165-71.
 212. Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Marquez M; Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry.* 2001 Jul-Aug;42(4):301-5.
 213. Usall J, Ochoa S, Araya S, Marquez M. Gender differences and outcome in schizophrenia: a 2-year follow-up study in a large community sample. *Eur Psychiatry.* 2003 Oct;18(6):282-4.
 214. Montero I, Aparicio A, Gomez-Beneyto M, Moreno-Kutsner B, Reneses B, Usall J, Vazquez-Barquero JL. Genero y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria* 2004;18: 175-181.
 215. Hall W, Tesón M, Lynskey, Degenhart L. The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Addiction,* 1999 Oct;94(10): 1541-1550
 216. Dowrick CF, Bellon JA, Gomez MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract.* 2000 May;50(454): 361-365.

ANEXOS

Tabla A1: ESTADO CIVIL POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL					
		Casados	Divorciados	Solteros	Viudos	Total	
18-34	M	n	13		16	1	30
		%	43,3		53,3	3,3	100
	V	n	10		19		29
		%	34,5		65,5		100
	Total	n	23		35	1	59
		%	39,0		59,3	1,7	100
35-49	M	n	23		1	1	25
		%	92		4	4	100
	V	n	18	1	7	1	27
		%	66,7	3,7	25,9	3,7	100
	Total	n	41	1	8	2	52
		%	78,8	1,9	15,4	3,8	100
50-64	M	n	12	1	1	3	17
		%	70,6	5,9	5,9	17,6	100
	V	n	20				20
		%	100				100
	Total	n	32	1	1	3	37
		%	86,5	2,7	2,7	8,1	100
65 Ó MAS	M	n	25		2	26	53
		%	47,2		3,8	49,1	100
	V	n	35		1	8	44
		%	79,5		2,3	18,2	100
	Total	n	60		3	34	97
		%	61,9		3,1	35,1	100

Tabla A2: NIVEL DE ESTUDIOS POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	NIVEL DE ESTUDIOS							Total	
		1	2	3	4	5	6	7		
18-34	M	n			7	10	9		4	30
		%			23,3	33,3	30,0		13,3	100
	V	n			6	12	5	3	3	29
		%			20,7	41,4	17,2	10,3	10,3	100
	Total	n			13	22	14	3	7	59
		%			22,0	37,3	23,7	5,1	11,9	100
35-49	M	n	1	2	11	7	3		1	25
		%	4	8	44	28	12		4	100
	V	n		1	9	12	4	1		27
		%		3,7	33,3	44,4	14,8	3,7		100
	Total	n	1	3	20	19	7	1	1	52
		%	1,9	5,8	38,5	36,5	13,5	1,9	1,9	100
50-64	M	n		7	8	2				17
		%		41,2	47,1	11,8				100
	V	n		9	7		3	1		20
		%		45	35		15	5		100
	Total	n		16	15	2	3	1		37
		%		43,2	40,5	5,4	8,1	2,7		100
65 Ó MAS	M	n	8	33	11	1				53
		%	15,1	62,3	20,8	1,9				100
	V	n	9	22	11	1	1			44
		%	20,5	50,0	25,0	2,3	2,3			100
	Total	n	17	55	22	2	1			97
		%	17,5	56,7	22,7	2,1	1,0			100

- 1 Analfabeto
- 2 Sin estudios
- 3 Primarios
- 4 Secundarios
- 5 COU/FP2
- 6 Diplomados
- 7 Licenciados

Tabla A3: SUJETOS SIN ESTUDIOS POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	ESTUDIOS			
		SI	NO	Total	
18-34	M	n	30	30	
		%	100,0	100	
	V	n	29	29	
		%	100,0	100	
	Total	n	59	59	
		%	100,0	100	
35-49	M	n	22	3	25
		%	88	12	100
	V	n	26	1	27
		%	96,3	3,7	100
	Total	n	48	4	52
		%	92,3	7,7	100
50-64	M	n	10	7	17
		%	58,8	41,2	100
	V	n	11	9	20
		%	55	45	100
	Total	n	21	16	37
		%	56,8	43,2	100
65 Ó MAS	M	n	12	41	53
		%	22,6	77,4	100
	V	n	13	31	44
		%	29,5	70,5	100
	Total	n	25	72	97
		%	25,8	74,2	100

Tabla A4: SITUACION LABORAL POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	SITUACION LABORAL								Total	
		2	3	4	5	6	7	8	9		
18-34	M	n	8	1			1	11	9		30
		%	26,7	3,3			3,3	36,7	30,0		100
	V	n	22		1				6		29
		%	75,9		3,4				20,7		100
	Total	n	30	1	1		1	11	15		59
		%	50,8	1,7	1,7		1,7	18,6	25,4		100
35-49	M	n	4		3	2		16			25
		%	16		12	8		64			100
	V	n	18		5	4					27
		%	66,7		18,5	14,8					100
	Total	n	22		8	6		16			52
		%	42,3		15,4	11,5		30,8			100
50-64	M	n			1	7		8		1	17
		%			5,9	41,2		47,1		5,9	100
	V	n	9		4	7					20
		%	45		20	35					100
	Total	n	9		5	14		8		1	37
		%	24,3		13,5	37,8		21,6		2,7	100
65 Ó MAS	M	n				31		22			53
		%				58,5		41,5			100
	V	n				44					44
		%				100,0					100
	Total	n				75		22			97
		%				77,3		22,7			100

- 2 Trabajando
- 3 Busca 1ª ocupacion
- 4 Parado
- 5 Pensionista
- 6 Vive de rentas
- 7 Ama de casa
- 8 Estudia
- 9 Otras

Tabla A5: SUJETOS SIN OCUPACIÓN O JUBILADOS POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	NO OCUPADOS			
		NO	SI	Total	
18-34	M	n	18	12	30
		%	60,0	40,0	100
	V	n	28	1	29
		%	96,6	3,4	100
	Total	n	46	13	59
		%	78,0	22,0	100
35-49	M	n	4	21	25
		%	16	84	100
	V	n	18	9	27
		%	66,7	33,3	100
	Total	n	22	30	52
		%	42,3	57,7	100
50-64	M	n	1	16	17
		%	5,9	94,1	100
	V	n	9	11	20
		%	45	55	100
	Total	n	10	27	37
		%	27,0	73,0	100
65 Ó MAS	M	n		53	53
		%		100,0	100
	V	n		44	44
		%		100,0	100
	Total	n		97	97
		%		100,0	100

Tabla A6: PROBABLES CASOS POR EDAD Y SEXO
GHQ

EDAD	SEXO		5 ó MAS	<5	Total
18-34	M	n	8	30	30
		%	26,7	100,0	100
	V	n	2	29	29
		%	6,9	100,0	100
	Total	n	10	59	59
		%	16,9	100,0	100
35-49	M	n	8	25	25
		%	32	100	100
	V	n	6	27	27
		%	22,2	100,0	100
	Total	n	14	52	52
		%	26,9	100,0	100
50-64	M	n	7	17	17
		%	41,2	100,0	100
	V	n	5	20	20
		%	25	100	100
	Total	n	12	37	37
		%	32,4	100,0	100
65 Ó MAS	M	n	21	53	53
		%	39,6	100,0	100
	V	n	7	44	44
		%	15,9	100,0	100
	Total	n	28	97	97
		%	28,9	100,0	100

Tabla A7: PROBABLES CASOS CONSUMO PROBLEMÁTICO ALCOHOL
PUNTUACION CAGE

EDAD	SEXO		0	1	2	3	4	Total
18-34	M	n	28	2				30
		%	93,3	6,7				100
	V	n	22	4	2	1		29
		%	75,9	13,8	6,9	3,4		100
	Total	n	50	6	2	1		59
		%	84,7	10,2	3,4	1,7		100
35-49	M	n	23		1		1	25
		%	92		4		4	100
	V	n	21	3	3			27
		%	77,8	11,1	11,1			100
	Total	n	44	3	4		1	52
		%	84,6	5,8	7,7		1,9	100
50-64	M	n	16	1				17
		%	94,1	5,9				100
	V	n	16	1	2	1		20
		%	80	5	10	5		100
	Total	n	32	2	2	1		37
		%	86,5	5,4	5,4	2,7		100
65 Ó MAS	M	n	52	1				53
		%	98,1	1,9				100
	V	n	38	2		1	3	44
		%	86,4	4,5		2,3	6,8	100
	Total	n	90	3		1	3	97
		%	92,8	3,1		1,0	3,1	100

Tabla A8: PROBABLES CASOS POR EDAD Y SEXO
CAGE

EDAD	SEXO	CAGE		Total	
		<2	2 ó MAS		
18-34	M	n	30	30	
		%	100,0	100	
	V	n	27	2	29
		%	93,1	6,9	100
	Total	n	57	2	59
		%	96,6	3,4	100
35-49	M	n	23	2	25
		%	92	8	100
	V	n	24	3	27
		%	88,9	11,1	100
	Total	n	47	5	52
		%	90,4	9,6	100
50-64	M	n	17	17	
		%	100,0	100	
	V	n	17	3	20
		%	85	15	100
	Total	n	34	3	37
		%	91,9	8,1	100
65 Ó MAS	M	n	53	53	
		%	100,0	100	
	V	n	40	4	44
		%	90,9	9,1	100
	Total	n	93	4	97
		%	95,9	4,1	100

Tabla A9: APOYO SOCIAL DEFICITARIO POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	DUKE-UNC			
		BIEN	<33	Total	
18-34	M	n	25	5	30
		%	83,3	16,7	100
	V	n	28	1	29
		%	96,6	3,4	100
	Total	n	53	6	59
		%	89,8	10,2	100
35-49	M	n	21	4	25
		%	84	16	100
	V	n	25	2	27
		%	92,6	7,4	100
	Total	n	46	6	52
		%	88,5	11,5	100
50-64	M	n	13	4	17
		%	76,5	23,5	100
	V	n	17	3	20
		%	85	15	100
	Total	n	30	7	37
		%	81,1	18,9	100
65 Ó MAS	M	n	37	16	53
		%	69,8	30,2	100
	V	n	35	9	44
		%	79,5	20,5	100
	Total	n	72	25	97
		%	74,2	25,8	100

Tabla A10: APOYO FAMILIAR DEFICITARIO POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	APGAR		Total	
		BIEN	<7		
18-34	M	n	26	4	30
		%	86,7	13,3	100
	V	n	28	1	29
		%	96,6	3,4	100
	Total	n	54	5	59
		%	91,5	8,5	100
35-49	M	n	22	3	25
		%	88	12	100
	V	n	24	3	27
		%	88,9	11,1	100
	Total	n	46	6	52
		%	88,5	11,5	100
50-64	M	n	16	1	17
		%	94,1	5,9	100
	V	n	20		20
		%	100		100
	Total	n	36	1	37
		%	97,3	2,7	100
65 Ó MAS	M	n	38	15	53
		%	71,7	28,3	100
	V	n	40	4	44
		%	90,9	9,1	100
	Total	n	78	19	97
		%	80,4	19,6	100

Tabla A11: PRESENCIA DE AVE INTENSO POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	AVE		Total	
		NO	SI		
18-34	M	n	8	30	30
		%	26,7	100,0	100
	V	n	7	29	29
		%	24,1	100,0	100
	Total	n	15	59	59
		%	25,4	100,0	100
35-49	M	n	2	25	25
		%	8	100	100
	V	n	3	27	27
		%	11,1	100,0	100
	Total	n	5	52	52
		%	9,6	100,0	100
50-64	M	n	1	17	17
		%	5,9	100,0	100
	V	n	3	20	20
		%	15	100	100
	Total	n	4	37	37
		%	10,8	100,0	100
65 Ó MAS	M	n	9	53	53
		%	17,0	100,0	100
	V	n	9	44	44
		%	20,5	100,0	100
	Total	n	18	97	97
		%	18,6	100,0	100

Tabla A12: SALUD AUTOPERCIBIDA POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	SALUD AUTOPERCIBIDA					Total	
		1	2	3	4	5		
18-34	M	n	2	3	22	3	30	
		%	6,7	10,0	73,3	10,0	100	
	V	n		3	17	9	29	
		%		10,3	58,6	31,0	100	
	Total	n	2	6	39	12	59	
		%	3,4	10,2	66,1	20,3	100	
35-49	M	n	1	6	13	5	25	
		%	4		24	52	20	100
	V	n		6	19	2	27	
		%		22,2	70,4	7,4	100	
	Total	n	1	12	32	7	52	
		%	1,9	23,1	61,5	13,5	100	
50-64	M	n	3	2	8	4	17	
		%	17,6	11,8	47,1	23,5	100	
	V	n		1	8	9	2	20
		%		5	40	45	10	100
	Total	n	3	3	16	13	2	37
		%	8,1	8,1	43,2	35,1	5,4	100
65 Ó MAS	M	n	2	6	35	9	1	53
		%	3,8	11,3	66,0	17,0	1,9	100
	V	n	1	6	18	17	2	44
		%	2,3	13,6	40,9	38,6	4,5	100
	Total	n	3	12	53	26	3	97
		%	3,1	12,4	54,6	26,8	3,1	100

- 1 Muy mala
- 2 Mala
- 3 Regular
- 4 Buena
- 5 Muy buena

Tabla A13: SALUD AUTOPERCIBIDA MALA O MUY MALA POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	SALUD MALA			Total
		NO	SI		
18-34	M	n	28	2	30
		%	93,3	6,7	100
	V	n	29		29
		%	100,0		100
	Total	n	57	2	59
		%	96,6	3,4	100
35-49	M	n	24	1	25
		%	96	4	100
	V	n	27		27
		%	100,0		100
	Total	n	51	1	52
		%	98,1	1,9	100
50-64	M	n	12	5	17
		%	70,6	29,4	100
	V	n	19	1	20
		%	95	5	100
	Total	n	31	6	37
		%	83,8	16,2	100
65 Ó MAS	M	n	45	8	53
		%	84,9	15,1	100
	V	n	37	7	44
		%	84,1	15,9	100
	Total	n	82	15	97
		%	84,5	15,5	100

Tabla A14: NUMERO DE CONSULTAS ULTIMO TRIMESTRE POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	NUMERO DE CONSULTAS														Total		
		0	1	2	3	4	5	6	7	9	10	12	13	18	20			
18-34	M	n	15	8	2	1	1	1		1								30
		%	50,0	26,7	6,7	3,3	3,3	3,3		3,3								100
	V	n	21	7							1							29
		%	72,4	24,1							3,4							100
	Total	n	36	15	2	1	1	1		1	1		1					59
		%	61,0	25,4	3,4	1,7	1,7	1,7		1,7	1,7		1,7					100
35-49	M	n	9	6	5	4										1		25
		%	36	24	20	16										4		100
	V	n	19	4	2			1				1						27
		%	70,4	14,8	7,4			3,7				3,7						100
	Total	n	28	10	7	4		1				1	1					52
		%	53,8	19,2	13,5	7,7		1,9				1,9	1,9					100
50-64	M	n	7	1	4	2		1								2		17
		%	41,2	5,9	23,5	11,8		5,9								11,8		100
	V	n	10	4	3		1					1	1					20
		%	50	20	15		5					5	5					100
	Total	n	17	5	7	2	1	1				1	1	2				37
		%	45,9	13,5	18,9	5,4	2,7	2,7				2,7	2,7	5,4				100
65 Ó MAS	M	n	8	9	11	7	8	3	2	1	1		1			1	1	53
		%	15,1	17,0	20,8	13,2	15,1	5,7	3,8	1,9	1,9		1,9			1,9	1,9	100
	V	n	10	9	9	8	1	3	2							1	1	44
		%	22,7	20,5	20,5	18,2	2,3	6,8	4,5							2,3	2,3	100
	Total	n	18	18	20	15	9	6	4	1	1		1			2	2	97
		%	18,6	18,6	20,6	15,5	9,3	6,2	4,1	1,0	1,0		1,0			2,1	2,1	100

Tabla A15: HIPERCONSULTADORES POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	HIPERCONSULTAN			
		NO	SI	Total	
18-34	M	n	27	3	30
		%	90,0	10,0	100
	V	n	28	1	29
		%	96,6	3,4	100
	Total	n	55	4	59
		%	93,2	6,8	100
35-49	M	n	24	1	25
		%	96	4	100
	V	n	25	2	27
		%	92,6	7,4	100
	Total	n	49	3	52
		%	94,2	5,8	100
50-64	M	n	14	3	17
		%	82,4	17,6	100
	V	n	18	2	20
		%	90	10	100
	Total	n	32	5	37
		%	86,5	13,5	100
65 Ó MAS	M	n	43	10	53
		%	81,1	18,9	100
	V	n	37	7	44
		%	84,1	15,9	100
	Total	n	80	17	97
		%	82,5	17,5	100

Tabla A16: APOYO AFECTIVO DEFICITARIO POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	DUKE-AFECT			
		BIEN	MAL	Total	
18-34	M	n	28	2	30
		%	93,3	6,7	100
	V	n	29	0	29
		%	100,0	0,0	100
	Total	n	57	2	59
		%	96,61	3,39	100
35-49	M	n	19	6	25
		%	76	24	100
	V	n	24	3	27
		%	88,9	11,1	100
	Total	n	43	9	52
		%	82,69	17,31	100
50-64	M	n	13	4	17
		%	76,5	23,5	100
	V	n	18	2	20
		%	90	10	100
	Total	n	31	6	37
		%	83,78	16,22	100
65 Ó MAS	M	n	13	4	17
		%	76,5	23,5	100
	V	n	36	8	44
		%	81,8	18,2	100
	Total	n	76	21	97
		%	78,4	21,6	100

Tabla A17: APOYO CONFIDENCIAL DEFICITARIO
POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO	DUKE- CONFID		Total	
		BIEN	<18		
18-34	M	n	24	6	30
		%	80,0	20,0	100
	V	n	28	1	29
		%	96,6	3,4	100
	Total	n	52	7	59
		%	88,1	11,9	100
35-49	M	n	22	3	25
		%	88	12	100
	V	n	25	2	27
		%	92,6	7,4	100
	Total	n	47	5	52
		%	90,4	9,6	100
50-64	M	n	13	4	17
		%	76,5	23,5	100
	V	n	17	3	20
		%	85	15	100
	Total	n	30	7	37
		%	81,1	18,9	100
65 Ó MAS	M	n	37	16	53
		%	69,8	30,2	100
	V	n	34	10	44
		%	77,3	22,7	100
	Total	n	71	26	97
		%	73,2	26,8	100