

ORIGINAL

MORBILIDAD PSÍQUICA, EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS. DIFERENCIAS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE 2006

Ignacio Ricci-Cabello (1,2), Isabel Ruiz-Pérez (1,2), Juncal Plazaola-Castaño (1,2) e Isabel Montero-Piñar (1,3)

- (1) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).
- (2) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- (3) Universidad de Valencia.

RESUMEN

Fundamentos: En España no existe ningún estudio en el que se hayan tomado muestras representativas por Comunidades Autónomas (CCAA) para estudiar la morbilidad psíquica. Los objetivos de este trabajo son describir su prevalencia, la presencia de diagnóstico, el consumo de psicofármacos, el apoyo social y la salud autopercebida y la relación entre la morbilidad psíquica y el resto de variables, tanto a nivel nacional como de CCAA.

Método: Estudio transversal. Fuente de información: Encuesta Nacional de Salud 2006, muestra 29.478 personas. Variables estudiadas: sociodemográficas, morbilidad psíquica (GHQ-12), estado de salud autopercebido, diagnóstico de trastorno mental, apoyo social funcional (Duke) y consumo y prescripción de psicofármacos. Para determinar la frecuencia se utilizó el porcentaje y los intervalos de confianza al 95%. Para estudiar la relación entre morbilidad psíquica y el resto de variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado, considerando la significación estadística con un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de morbilidad psíquica fue del 20,1%, siendo la CA más alta la de las Islas Canarias (28,2%) y La Rioja la más baja (12,2%). El 62,4% de las personas con morbilidad psíquica nunca había recibido un diagnóstico y el 71,6% no había consumido psicofármacos en los últimos 12 meses. La Rioja fue la CA con un mayor porcentaje de casos no diagnosticados (81,8%) y no tratados con psicofármacos (83,1%), mientras que en el Principado de Asturias estos porcentajes fueron los más bajos. El 8,1% de las personas con morbilidad psíquica tenían bajo apoyo social y el 63,8% afirmaban tener mala salud.

Conclusiones: La morbilidad psíquica es un fenómeno prevalente y más de la mitad de las personas que la sufren no reciben diagnóstico ni tratamiento farmacológico, existiendo importantes variaciones entre las CCAA.

Palabras clave: Salud mental. Encuestas de Atención de la Salud. Diagnóstico. Terapéutica. Accesibilidad a los servicios de salud. Prevalencia.

Correspondencia:

Ignacio Ricci Cabello
Escuela Andaluza de Salud Pública.
Cuesta del Observatorio nº4. Campus Universitario de Cartuja,
18080 Granada, España.
ignacio.ricci.easp@juntadeandalucia.es

ABSTRACT

Mental Disease, Existence of Diagnostic, Use of Psychotropic Medication. Differences by Autonomous Communities under the National Health Survey 2006

Background: Most of the studies on psychological distress in Spain have been conducted in small geographical areas or specific population groups. However, there are no studies that provide representative data for each Autonomous Community (AC). The objectives of this paper are to determine, both in Spain and in the AC, the prevalence of psychological distress, diagnosis, use of psychoactive medication, social support and self-perceived health, as well as to study the association between psychological distress and the rest of the variables.

Methods: Cross-sectional study, using data from the 2006 National Health Survey, that was completed by 29,478 persons. Variables studied: sociodemographics, psychological distress (GHQ-12), self-perceived health, mental disorder diagnosis, functional social support (Duke) and use and prescription of psychoactive medication.

Results: The prevalence of psychological distress in Spain was 20,1%; the highest prevalence was found in Canary Islands (28,2%) and the lowest in La Rioja (12,2%). Among those who presented psychological distress, 62,4% had never received a mental disorder diagnosis, and 71,6% had not used psychoactive medication in the last year. The highest prevalences of non-diagnosed cases (81,8%) and cases non-treated with psychoactive medication (83,1%) were found in La Rioja, whereas the lowest prevalences were found in Asturias. Eight percent of the persons who presented psychological distress had low social support and 63,8% reported bad self-perceived health.

Conclusions: Psychological distress is a prevalent phenomenon, and more than half of the persons who suffer it receive neither a diagnosis nor psychoactive medication. Moreover, there are considerable differences between the AC.

Keywords: Mental Health. Health Care Surveys. Diagnosis. Therapeutics. Health Services Accessibility. Prevalence. Small-Area Analysis.

INTRODUCCIÓN

En los años 80 comenzaron a realizarse numerosos estudios en diferentes países para estimar la prevalencia de trastornos mentales en población general, poniéndose de manifiesto que son frecuentes, constituyen una importante fuente de discapacidad, provocan una marcada disminución de la calidad de vida y causan elevados costes para los sistemas sanitarios¹⁻⁴.

El primer estudio a gran escala en población general y con criterios diagnósticos específicos se realizó en Estados Unidos entre los años 1980-1984, determinándose que una tercera parte de la población había recibido alguna vez un diagnóstico de trastorno mental, una de cada 5 personas en el último año⁵. Este mismo estudio fue replicado en el año 2007, observándose un notable aumento en las prevalencias de los trastornos psíquicos. Se estimó que la mitad de la población había sufrido algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida y una cuarta parte lo estaba sufriendo en el momento en el que se realizó el estudio⁶. A nivel europeo, cabe destacar un estudio llevado a cabo entre los años 2001-2002 llamado «European Study of the Epidemiology of Mental Disorders» (ESE-MeD)⁷ el cual, a través de entrevistas domiciliarias a 22.000 personas en 6 países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España), determinó la prevalencia de morbilidad psíquica y factores asociados. Este estudio puso de manifiesto que un 11,5% de la población había sido diagnosticada de algún trastorno mental en el último año y el 25,9% en algún momento de su vida.

En España, los primeros estudios se realizaron en Navarra⁸, Cantabria⁹ y Baix Llobregat¹⁰. Entre los artículos publicados más recientemente cabe destacar el estudio ODIN, que analizó la prevalencia de depresión en Cantabria¹¹, y el de Vázquez y cols. sobre la prevalencia de morbilidad psíquica en personas sin hogar en Madrid¹². También Roca-Bennasar y cols. deteminaron la pre-

valencia de morbilidad psíquica en la población general de la isla de Formentera¹³. No obstante, una característica común a todos estos estudios es que se llevaron a cabo en áreas geográficas pequeñas o grupos poblacionales específicos y con criterios diagnósticos e instrumentos de medición diferentes, lo que explicaría el amplio rango de prevalencias detectadas (14,7-27,2%).

A diferencia de EEUU y otros países europeos, que a principios del 2000 ya disponían de datos nacionales de prevalencia sobre morbilidad psíquica, en España no se obtuvieron las primeras cifras hasta el año 2005. En esa fecha se publicaron los resultados correspondientes a España del estudio ESE-MeD¹⁴, estimándose la prevalencia de morbilidad a nivel nacional en torno al 8,5% en el último año y al 19,5% en algún momento de la vida. No obstante, en este estudio no se analizaron muestras representativas en todas las Comunidades Autónomas (CCAA).

Además, al importante problema que supone la elevada prevalencia de morbilidad psíquica hay que añadirle el hecho de que existe una alta proporción de personas que no recibe diagnóstico ni tratamiento. En este sentido, se estima que el 49% de las personas con morbilidad psíquica en Europa no son diagnosticadas y que el 20,7% de las que son diagnosticadas no reciben ningún tipo de tratamiento farmacológico¹⁵. En España, el porcentaje de personas con trastorno psiquiátrico que no consumen psicofármacos es del 58,8%, habiéndose puesto también de manifiesto que el consumo es mayor cuando existe comorbilidad y que los fármacos más utilizados son las benzodiazepinas seguidas por los antidepresivos¹⁶.

Tradicionalmente los estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales contemplan variables relacionadas con el apoyo social, ya que se considera que las redes sociales de apoyo están implicadas en la etiología y recuperación de enfermedades, tanto somáticas como psíquicas. Así, quie-

nes tienen vínculos sociales suelen tener tasas de morbi-mortalidad menores que quienes no los tienen¹⁷. De igual forma, la percepción del propio estado de salud también ha sido estudiada de forma reiterada, pues refleja tanto la salud física como la psíquica, y se ha comprobado que es un buen predictor de otros indicadores más objetivos como la esperanza de vida, mortalidad, uso de servicios sanitarios, etc.¹⁸.

No obstante, a pesar del importante impacto que supone la morbilidad psíquica, tanto para la salud de la población general como para el sistema sanitario, hasta la fecha no se ha publicado ningún estudio en el que se analice su prevalencia, la frecuencia de recibir un diagnóstico de trastorno mental y de consumir psicofármacos, ni a nivel nacional ni de CCAA.

Para la realización del presente estudio se ha decidido utilizar los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENS-06)¹⁹ debido a que se caracteriza por ser representativa a nivel nacional y de CCAA así como por presentar una serie de innovaciones en su contenido, de las cuales la más determinante es la incorporación de nuevas dimensiones relacionadas con la salud de las personas, como salud mental. Así, en la ENS-06 se incorpora por primera vez el General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)²⁰, un instrumento de cribado frecuentemente utilizado para determinar la prevalencia de morbilidad psíquica.

Este estudio tiene un doble objetivo:

- 1.º Describir la prevalencia de morbilidad psíquica y de diagnóstico, el consumo de psicofármacos, el nivel de apoyo social y la salud autopercebida en la población adulta española.
- 2.º Estudiar la relación de la morbilidad psíquica con la frecuencia de diagnóstico, el consumo de psicofármacos, el apoyo social y la salud autopercebida.

Todo ello tanto a nivel nacional como a nivel de CCAA, incluyendo las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

SUJETOS Y MÉTODOS

Fuentes de información y participantes. Los datos utilizados en este trabajo provienen del Cuestionario de Adultos (documento que recoge la información relativa a personas de 16 y más años sobre las dimensiones y determinantes de salud que son objeto de investigación) y del Cuestionario del Hogar (instrumento diseñado para recoger información sobre determinados aspectos relativos al hogar encuestado y sobre las características sociodemográficas de sus miembros) de la ENS-06.

Muestra y tipo de muestreo. El tipo de muestreo utilizado fue polietápico estratificado. Para cada Comunidad Autónoma se diseñó una muestra independiente, por ser uno de los objetivos de la encuesta facilitar datos con este nivel de desagregación. Las unidades de la primera etapa fueron las secciones censales y las de la segunda fueron las viviendas familiares principales. Dentro de cada vivienda se seleccionó aleatoriamente una persona adulta (16 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos. En total se seleccionó una muestra de aproximadamente 31.300 viviendas distribuidas en 2.236 secciones censales, entrevistándose a 29.478 personas.

Procedimiento. El método de recogida de información fue el de entrevista personal, complementada cuando fue necesario, en casos excepcionales, mediante entrevista telefónica.

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS: comunidad autónoma a la que pertenece la vivienda,

sexo, estado civil, número de hijos, nacionalidad y nivel de ingresos de la persona adulta seleccionada.

Variables relacionadas con salud mental: morbilidad psíquica; estado de salud autopercibida en los últimos 12 meses (bueno y malo); diagnóstico de trastorno mental a lo largo de la vida (sí, no); consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses (sí, no); tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir recetados en las últimas 2 semanas (sí, no); antidepresivos, estimulantes recetados en las últimas 2 semanas (sí, no). La variable «autoconsumo de antidepresivos, estimulantes» y «autoconsumo de tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir» fue calculada a partir de las últimas 4 variables mencionadas.

Otras variables: apoyo social funcional.

Instrumentos de medición. General Health Questionnaire (GHQ-12). Este cuestionario fue desarrollado para estimar la frecuencia de morbilidad psíquica en pacientes no psiquiátricos y en población general y ha sido validado en diferentes ámbitos y contextos. La versión de 12 ítems ha sido adaptada y validada en España²⁰. La puntuación del cuestionario oscila entre 0 y 12, siendo el punto de corte 2/3 para la población general; las personas que obtienen una puntuación superior o igual a tres se consideran probables casos psiquiátricos.

– Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11. Es un cuestionario autoadministrado que ha sido validado y adaptado en nuestro medio²¹. Consta de 11 ítems que evalúan el apoyo social funcional o cualitativo percibido, en dos dimensiones: la confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y la afectiva (demostraciones de amor, cariño y empatía). Cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia desde 1 a 5. La puntuación total oscila entre 11 y 55, estableciéndose el punto de corte 32/33, de forma que

se definen como personas con apoyo social aquellas que obtienen puntuaciones superiores a 32.

Análisis estadístico. Debido al complejo diseño de muestreo, y con el objeto de ajustar las características de la muestra (proporción de mujeres y hombres, número de personas de cada CCAA, proporción de personas con morbilidad psíquica en cada CCAA, etc.) a las características reales de la población española en el momento en el que se realizó la encuesta, así como de evitar un posible sesgo de participación, se utilizó una variable de ponderación ya incluida en la ENS para ser utilizada con dicho propósito¹⁹. Para determinar la frecuencia de morbilidad psíquica y del resto de variables se utilizó el porcentaje y los intervalos de confianza al 95%. Para estudiar la relación entre morbilidad psíquica y el resto de variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado, considerando la significación estadística con un valor de $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron con el software estadístico SPSSv15.

RESULTADOS

Del total de 29.478 personas entrevistadas 17.833 (60,5%) fueron mujeres, con una edad media de 51,6 años y 1.1645 varones (39,5%), con edad media de 49,1 años. El 59,4% de las personas entrevistadas estaban casadas, el 25,4% solteras y el 12,5% viudas. En cuanto al número de hijos el 70,6% no tenía, el 15,9% tenía uno y el 13,5% tenía más de uno. El 93,6% de la muestra era española y el nivel de ingresos de la persona adulta seleccionada fue superior a 1.200 € en el 50,8% de los casos.

Como se puede observar en la tabla 1, la prevalencia puntual de morbilidad psíquica a nivel nacional fue del 20,1%. El 14,0% de las personas encuestadas afirmaron haber recibido a lo largo de su vida un diagnóstico de trastorno mental. El 9,8% había consumido psicofármacos en los últimos 12 meses; al

Tabla 1
Prevalencia de morbilidad psíquica, diagnóstico y consumo de psicofármacos a nivel nacional y por comunidades autónomas

Comunidad Autónoma	Morbilidad Psíquica			Diagnóstico a lo largo de la vida			Consumos de psicofármacos por trastornos mentales en los últimos 12 meses			Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir recetados en las últimas 2 semanas			Antidepresivos, estimulantes recetados en las últimas 2 semanas		
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)
Andalucía	469	18,9	17,4-20,5	367	14,8	13,4-16,2	272	11,0	9,8-12,2	254	10,3	9,1-11,5	148	6,0	5,1-6,9
Aragón	475	17,6	16,2-19,0	288	10,7	9,5-11,8	210	7,8	6,8-8,8	223	8,3	7,2-9,3	136	5,0	4,2-5,8
Canarias	316	28,2	25,5-30,8	145	12,9	10,9-14,9	104	9,3	7,6-11,0	170	15,1	13,0-17,2	107	9,5	7,8-11,2
Cantabria	213	12,5	10,9-14,1	183	10,7	9,3-12,2	139	8,2	6,9-9,5	162	9,5	8,1-10,9	67	3,9	3,0-4,8
Castilla la Mancha	182	16,8	14,6-19,1	136	12,5	10,6-14,5	85	7,9	6,3-9,5	100	9,3	7,5-11,0	54	4,4	3,3-6,3
Castilla León	187	14,2	12,3-16,1	140	10,7	9,0-12,3	86	6,6	5,2-7,9	103	7,8	6,4-9,3	57	4,4	3,3-5,5
Cataluña	433	17,6	16,1-19,1	320	13,0	11,7-14,4	223	9,1	8,0-10,3	223	9,5	8,3-10,6	128	5,4	4,5-6,3
Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla	123	23,4	19,8-27,0	60	11,5	8,8-14,3	44	8,3	5,9-10,7	39	7,4	5,2-9,7	21	3,9	2,2-5,6
Comunidad de Madrid	498	23,7	21,8-25,5	248	11,8	10,4-13,2	154	7,3	6,2-8,5	193	9,2	8,0-10,4	106	5,0	4,1-6,0
Comunidad Foral de Navarra	417	25,5	23,4-27,6	225	13,7	12,1-15,4	160	9,8	8,3-11,2	205	12,5	10,9-14,1	104	6,4	5,2-7,5
Comunitat Valenciana	414	24,1	22,1-26,1	229	13,3	11,7-14,9	164	9,5	8,1-10,9	191	11,1	9,6-12,6	77	4,5	3,5-5,4
Extremadura	166	18,7	16,1-21,2	131	14,7	12,4-17,0	103	11,6	9,5-13,7	77	8,6	6,8-10,5	57	6,4	4,7-8,0
Galicia	741	22,3	20,9-23,7	666	20,0	18,7-21,4	461	13,9	12,7-15,0	449	13,5	12,4-14,7	259	7,8	6,9-8,7
Illes Balears	426	25,1	23,0-27,2	303	17,9	16,0-19,7	197	11,6	10,1-13,1	196	11,6	10,0-13,1	112	6,6	5,4-7,8
La Rioja	89	12,2	9,8-14,6	32	4,4	2,9-5,9	29	4,0	2,6-5,5	35	4,8	3,2-6,3	17	2,4	1,3-3,5
País Vasco	167	15,1	13,0-17,2	141	12,7	10,7-14,7	90	8,1	6,5-9,7	120	10,9	9,0-12,7	66	5,9	4,5-7,3
Principado de Asturias	222	23,5	20,8-26,2	206	21,9	19,2-24,5	148	15,7	13,3-18,0	151	16,0	13,7-18,4	101	10,7	8,7-12,6
Región de Murcia	397	20,4	18,6-22,2	297	15,3	13,7-16,9	205	10,5	9,2-11,9	168	8,7	7,4-9,9	94	4,8	3,9-5,8
España	5935	20,1	19,7-20,6	4116	14,0	13,6-14,4	2874	9,8	9,4-10,1	3059	10,4	10,1-10,8	1708	5,8	5,6-6,0

10,4% le habían recetado en las últimas dos semanas tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir y al 5,8% antidepresivos o estimulantes. También se observó que los porcentajes de automedicación para dichos fármacos (entendidos como consumo sin prescripción médica) fueron del 3,4% y el 1,0% respectivamente.

La comunidad donde se detectó una mayor prevalencia fue Canarias (28,2%) seguida por la Comunidad Foral de Navarra (25,5%) y por las Islas Baleares (25,1%) y la que tuvo menor prevalencia fue La Rioja (12,2%) seguida por Cantabria (12,5%) y Castilla y León (14,2%). El Principado de Asturias es la CA con un mayor porcentaje de personas que han recibido un diagnóstico de trastorno mental (21,9%), que han consumido psicofármacos en los últimos 12 meses (15,7%) y que han recibido prescripción de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir (16,0%) y antidepresivos y estimu-

lantes en las últimas 2 semanas (10,7%). Por el contrario, La Rioja fue la CA en la que se observó una menor frecuencia de diagnóstico (4,4%), menor frecuencia de consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses (4,0%) y de prescripción tanto de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir como antidepresivos y estimulantes en las últimas 2 semanas (4,8 y 2,4%).

En cuanto a la salud autopercebida y al nivel de apoyo social, se observó que el 33,6% de las personas encuestadas afirmaron tener una mala salud, mientras que el 3,0% contestó tener poco apoyo. A nivel de CCAA el porcentaje más alto de personas con un mal estado de salud autopercebida se observó en Galicia (45,4%), y en La Rioja el más bajo (23,9%). Por último, en la Comunidad Valenciana fue donde se recogió la mayor frecuencia de personas con bajo apoyo social (5,1%) mientras que en Extremadura la menor (0,6%) (figura 1).

Figura 1

Estado de salud auto percibida y apoyo social funcional

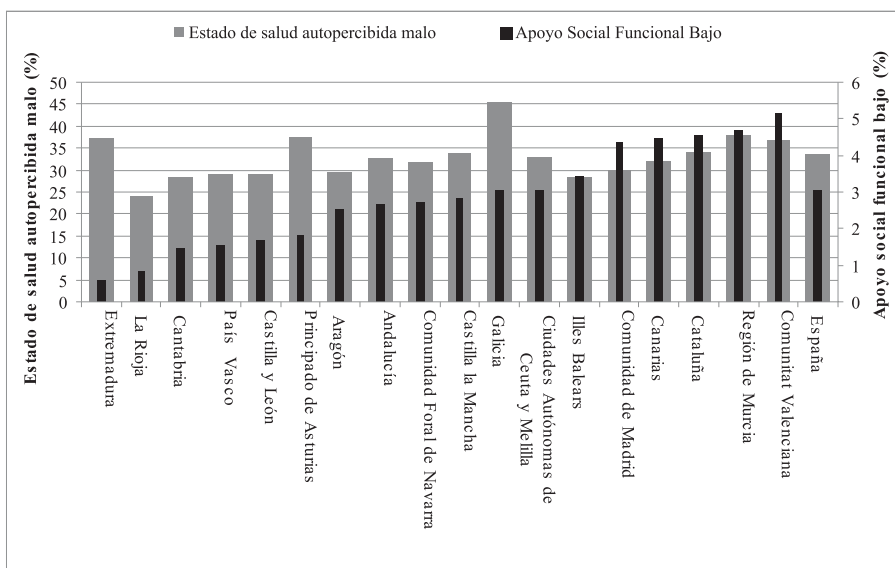


Tabla 2

Frecuencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos en relación con la morbilidad psíquica

Comunidad Autónoma	MP	Diagnóstico a lo largo de la vida		Consumos de psicofármacos por trastornos mentales en los últimos 12 meses	
		No	Si	No	Si
Andalucía	No	1839 (91,6%)	168 (8,4%)	1896 (94,5%)	111 (5,5%)
	Sí	270 (57,6%)	199 (42,4%)	308 (65,7%)	161 (34,3%)
Aragón	No	2090 (93,9%)	135 (6,1%)	2134 (95,9%)	91 (4,1%)
	Sí	322 (67,6%)	154 (32,4%)	356 (74,9%)	119 (25,1%)
Canarias	No	765 (94,9%)	41 (5,1%)	784 (97,1%)	23 (2,9%)
	Sí	213 (67,4%)	103 (32,6%)	235 (74,1%)	82 (25,9%)
Cantabria	No	1395 (93,6%)	95 (6,4%)	1423 (95,4%)	68 (4,6%)
	Sí	125 (59,0%)	87 (41,0%)	141 (66,2%)	72 (33,8%)
Castilla la Mancha	No	824 (91,5%)	77 (8,5%)	855 (95,0%)	45 (5,0%)
	Sí	123 (67,6%)	59 (32,4%)	143 (78,1%)	40 (21,9%)
Castilla León	No	1052 (93,5%)	73 (6,5%)	1087 (96,5%)	39 (3,5%)
	Sí	120 (64,5%)	66 (35,5%)	139 (74,7%)	47 (25,3%)
Cataluña	No	1845 (91,2%)	177 (8,8%)	1902 (94,3%)	116 (5,7%)
	Sí	289 (67,1%)	142 (32,9%)	323 (74,9%)	108 (25,1%)
Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla	No	382 (95,3%)	19 (4,7%)	388 (96,8%)	13 (3,2%)
	Sí	81 (66,4%)	41 (33,6%)	92 (75,4%)	30 (24,6%)
Comunidad de Madrid	No	1514 (94,5%)	88 (5,5%)	1552 (96,9%)	49 (3,1%)
	Sí	336 (67,7%)	160 (32,3%)	389 (78,7%)	105 (21,3%)
Comunidad Foral de Navarra	No	1144 (93,9%)	74 (6,1%)	1175 (96,5%)	43 (3,5%)
	Sí	266 (63,9%)	150 (36,1%)	300 (72,1%)	116 (27,9%)
Comunitat Valenciana	No	1216 (93,1%)	90 (6,9%)	1242 (95,2%)	63 (4,8%)
	Sí	275 (66,4%)	139 (33,6%)	314 (75,8%)	100 (24,2%)
Extremadura	No	660 (91,0%)	65 (9,0%)	676 (93,1%)	50 (6,9%)
	Sí	101 (60,8%)	65 (39,2%)	113 (67,7%)	54 (32,3%)
Galicia	No	2250 (87,0%)	336 (13,0%)	2373 (91,8%)	212 (8,2%)
	Sí	409 (55,3%)	331 (44,7%)	491 (66,4%)	249 (33,6%)
Illes Balears	No	1155 (90,9%)	115 (9,1%)	1207 (95,0%)	63 (5,0%)
	Sí	238 (55,9%)	188 (44,1%)	292 (68,5%)	134 (31,5%)
La Rioja	No	622 (97,5%)	16 (2,5%)	623 (97,6%)	15 (2,4%)
	Sí	72 (81,8%)	16 (18,2%)	74 (83,1%)	15 (16,9%)
País Vasco	No	862 (91,7%)	78 (8,3%)	897 (95,5%)	42 (4,5%)
	Sí	105 (62,5%)	63 (37,5%)	120 (71,4%)	48 (28,6%)
Principado de Asturias	No	629 (87,2%)	92 (12,8%)	668 (92,6%)	53 (7,4%)
	Sí	107 (48,4%)	114 (51,6%)	127 (57,5%)	94 (42,5%)
Región de Murcia	No	1401 (90,5%)	147 (9,5%)	1452 (93,8%)	96 (6,2%)
	Sí	247 (62,2%)	150 (37,8%)	288 (72,5%)	109 (27,5%)
España	No	21646 (92,0%)	1887 (8,0%)	22335 (94,9%)	1192 (5,1%)
	Sí	3702 (62,4%)	2229 (37,6%)	4245 (71,6%)	1682 (28,4%)

Abreviaturas: MP, morbilidad psíquica. * Todas las variables son estadísticamente significativas con un valor de $p < 0,001$

Tabla 3

Apoyo social y salud autopercebida en relación con la morbilidad psíquica

Comunidad Autónoma		Apoyo social		Salud autopercebida en los últimos 12 meses	
	MP	Bajo	Alto	Malo	Bueno
Andalucía	No	24 (1,3%)	1876 (98,7%)	513 (25,6%)	1494 (74,4%)
	Sí	39 (8,5%)	422 (91,5%)	298 (63,5%)	171 (36,5%)
Aragón	No	36 (1,6%)	2150 (98,4%)	520 (23,4%)	1704 (76,6%)
	Sí	32 (6,8%)	436 (93,2%)	278 (58,5%)	197 (41,5%)
Canarias	No	17 (2,1%)	789(97,9%)	158 (19,6%)	648 (80,4%)
	Sí	33 (10,4%)	283 (89,6%)	201 (63,6%)	115 (36,4%)
Cantabria	No	12 (0,8%)	1420 (99,2%)	343 (23,0%)	1147 (77,0%)
	Sí	12 (5,7%)	198 (94,3%)	141 (66,2%)	72 (33,8%)
Castilla la Mancha	No	17 (1,9%)	877 (98,1%)	251 (27,9%)	650 (72,1%)
	Sí	13 (7,3%)	165 (92,7%)	115 (63,2%)	67 (36,8%)
Castilla León	No	13 (1,2%)	1108 (98,8%)	272 (24,2%)	854 (75,8%)
	Sí	10 (5,4%)	176 (94,6%)	109 (58,3%)	78 (41,7%)
Cataluña	No	37 (2,9%)	1256 (97,1%)	557 (27,5%)	1471 (72,5%)
	Sí	37 (10,9%)	301 (89,1%)	282 (65,1%)	151 (34,9%)
Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla	No	7 (1,7%)	395 (98,3%)	90 (22,4%)	311 (77,6%)
	Sí	9 (7,3%)	114 (92,7%)	82 (66,7%)	41 (33,3%)
Comunidad de Madrid	No	35 (2,3%)	1490 (97,7%)	347 (21,6%)	1260 (78,4%)
	Sí	52 (11,0%)	421 (89,0%)	281 (56,4%)	217 (43,6%)
Comunidad Foral de Navarra	No	17 (1,4%)	1189 (98,6%)	264 (21,7%)	954 (78,3%)
	Sí	27 (6,5%)	387 (93,5%)	252 (60,4%)	165 (39,6%)
Comunitat Valenciana	No	43 (3,3%)	1256 (96,7%)	361 (27,6%)	945 (72,4%)
	Sí	45 (10,9%)	367 (89,1%)	273 (65,9%)	141 (34,1%)
Extremadura	No	1 (0,1%)	703 (99,9%)	223 (30,7%)	503 (69,3%)
	Sí	4 (2,5%)	159 (97,5%)	110 (65,9%)	57 (34,1%)
Galicia	No	45 (1,8%)	2499 (98,2%)	975 (37,7%)	161 (62,3%)
	Sí	53 (7,3%)	678 (92,7%)	535 (72,2%)	206 (27,8%)
Illes Balears	No	23 (1,8%)	1244 (98,2%)	261 (20,6%)	1009 (79,4%)
	Sí	35 (8,2%)	391 (91,8%)	220 (51,6%)	206 (48,4%)
La Rioja	No	2 (0,3%)	636 (99,7%)	118 (18,5%)	520 (81,5%)
	Sí	4 (4,5%)	85 (95,5%)	56 (62,9%)	33 (37,1%)
País Vasco	No	9 (1,1%)	828(98,9%)	217 (23,1%)	723 (76,9%)
	Sí	6 (4,1%)	140 (95,9%)	102 (61,1%)	65 (38,9%)
Principado de Asturias	No	7 (1,0%)	712 (99,0%)	193 (26,8%)	528 (73,2%)
	Sí	10 (4,6%)	209 (95,4%)	160 (72,1%)	62 (27,9%)
Región de Murcia	No	44 (2,9%)	1489 (97,1%)	446 (28,8%)	1102 (71,2%)
	Sí	46 (11,6%)	349 (88,4%)	292 (73,6%)	105 (26,4%)
España	No	388 (1,7%)	21918 (98,3%)	6109 (25,9%)	17434 (74,1%)
	Sí	466 (8,1%)	5280 (91,9%)	3787 (63,8%)	2148 (36,2%)

En todas las CCAA se observan diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p < 0,05$

Por otro lado, observamos que en España el 62,4% de las personas con morbilidad psíquica no han recibido nunca un diagnóstico de trastorno mental y el 71,6% no han consumido psicofármacos en los últimos 12 meses. A nivel de CCAA, La Rioja es la que presenta un mayor porcentaje de casos no diagnosticados (81,8%). Además, las personas con morbilidad psíquica pertenecientes a esta CA son las que consumen menos psicofármacos (los consumen el 16,9% de quienes tienen morbilidad). Por el contrario, en el Principado de Asturias es donde se observa un mayor porcentaje de casos diagnosticados (51,6%) y de consumo de psicofármacos (42,5%) entre las personas con morbilidad psíquica. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de personas con morbilidad y sin morbilidad psíquica tanto en el diagnóstico como en el consumo de psicofármacos ($p < 0,001$) a nivel nacional y en todas las CCAA (tabla 2).

Por último, la falta de apoyo social fue más frecuente entre aquellas personas con morbilidad psiquiátrica (8,1%) que en aquellas donde no se detectó morbilidad (1,7%) (tabla 3), destacando la Región de Murcia, donde se detectaron los mayores porcentajes de bajo apoyo social (11,6%), mientras que en Extremadura los porcentajes fueron los menores (2,5%). Los porcentajes más elevados de mala salud percibida entre personas con morbilidad psiquiátrica fueron obtenidos igualmente en Murcia (73,6%) y en Galicia (72,2%), mientras que Illes Balears y la Comunidad de Madrid fueron las CCAA donde se observó una frecuencia menor (51,6 y 56,4%). Destacar que tanto las diferencias en apoyo social como en salud autorpercibida entre personas con y sin morbilidad psíquica fueron estadísticamente significativas tanto a nivel nacional como en todas las CCAA ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sitúan la prevalencia puntual de morbilidad psíquica

en España en el 20,1% y muestran que el 62,4% de las personas con morbilidad psíquica nunca han recibido un diagnóstico y que el 71,6% no ha consumido psicofármacos en los últimos 12 meses. También se pone de manifiesto la existencia de importantes diferencias entre las CCAA en las cuestiones estudiadas. Hasta donde los autores y autoras conocen, este estudio es el primero que ha determinado la prevalencia de morbilidad psíquica tanto a nivel nacional como a nivel de CCAA, aunque podrían existir ciertas limitaciones que a continuación se mencionan.

En primer lugar, como señala Montero²², aunque el GHQ genera unas cifras más uniformes, estas son generalmente más elevadas que las detectadas mediante entrevistas psiquiátricas, ya que incluyen manifestaciones subclínicas. No obstante, tal vez ello se vea contrarrestado por el hecho de que este instrumento no está diseñado para efectuar un cribado de toda la patología psiquiátrica, sino que se restringe a los casos con posibles diagnósticos «no psicóticos»²³. La tasa de respuesta obtenida en el presente estudio fue del 96%, aunque para ello tuvieron que recurrir a la utilización de hogares de reserva, por lo que es posible que se haya incurrido en un sesgo de selección. En este sentido, parece ser que la falta de respuesta podría estar relacionada con una mayor prevalencia de morbilidad psíquica²⁴. De todas formas, en este caso, el sesgo estaría infraestimando la magnitud del problema. Por otro lado, el diseño transversal del estudio dificulta la posibilidad de realizar inferencias sobre la causalidad o el mecanismo de asociación entre la morbilidad psíquica y el resto de variables estudiadas.

El único estudio existente hasta el momento que haya estimado la prevalencia de morbilidad psíquica en una muestra representativa de la población española, el ESEMeD, situó la prevalencia-año en un 8,4% y la prevalencia-vida en un 19,4%, cifras claramente inferiores a la prevalencia

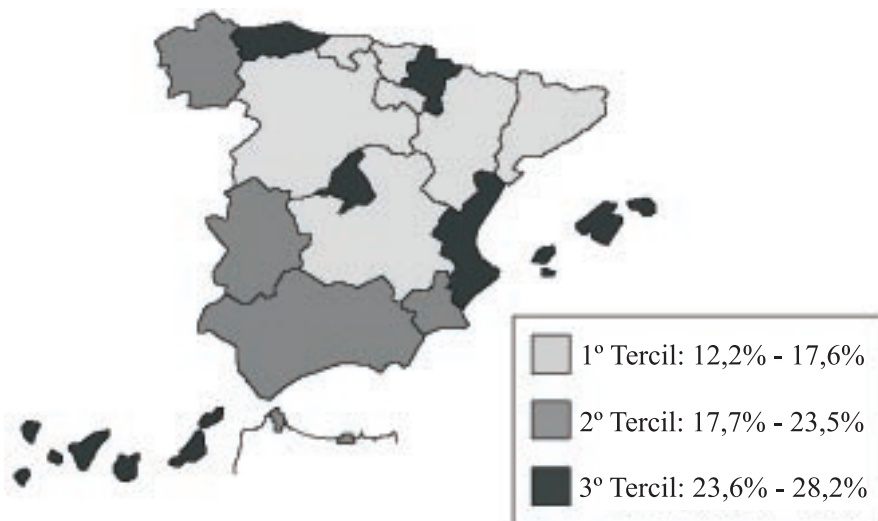
puntual observada en este trabajo. Ello podría ser debido a las diferencias tanto metodológicas como en el tipo de instrumento de exploración psicopatológico utilizado, ya que mientras que el GHQ-12 es un instrumento de cribado, el CIDI (utilizado en el ESEMeD) es un instrumento que aporta datos según los criterios diagnósticos CIE-10 y/o DSM-IV y con una menor proporción de falsos positivos. Así, los estudios en los que se ha estimado la prevalencia puntual a través del GHQ, como los llevados a cabo en Galicia²⁵, Cataluña²⁶, Formentera²⁷ o Cantabria⁹ arrojan unas cifras de prevalencia de morbilidad psíquica similares al presente estudio, con un rango comprendido entre el 14,7 y el 27,2%. También se han observado prevalencias similares a las encontradas en el presente trabajo en estudios internacionales en los que se ha utilizado el GHQ^{28,29}. Por otro lado, los estudios internacionales que han estimado la prevalencia de morbilidad psíquica en países como EEUU², Australia³⁰, Holanda³ y Noruega³¹, y que para ello han utilizado el CIDI, arrojan cifras de pre-

valencia-año comprendidas en un rango de entre el 17% y el 33%, evidenciando la existencia de una importante variabilidad en los diferentes países.

En cuanto a la prevalencia de morbilidad psíquica en cada una de las CCAA llama la atención la existencia de cierto patrón geográfico, de forma que los dos archipiélagos presentan una elevada prevalencia, seguidos de las CCAA situadas en el sur de la península, y por último, las situadas en el norte son las que experimentan una menor prevalencia (figura 2). Las explicaciones a este patrón podrían ser múltiples y encontrarse en diferentes niveles: individual, comunitario, social, político, climatológico etcétera. Así, un trabajo que abordó la relación entre urgencias psiquiátricas y condiciones meteorológicas en la isla de Tenerife puso de manifiesto la influencia de las altas temperaturas y episodios de Sirocco (viento mediterráneo procedente del Sáhara) en las tentativas de suicidio y el síndrome de agitación psicomotriz³².

Figura 2

Prevalencia de morbilidad psíquica en las CCAA



El consumo de psicofármacos en España (9,8%) es inferior al observado en el ESE-MeD-España (16%)¹⁶. Además, el hecho de que la prescripción de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir sea significativamente mayor que la de antidepresivos y estimulantes cobra sentido, ya que el primer grupo de psicofármacos es de uso generalizado, mientras que la prescripción del segundo tipo está más restringida a la presencia de patologías concretas. Es por ello que nuestro resultado coincide en gran medida con lo observado previamente tanto en España¹⁶ como en otros países³³.

Al relacionar la frecuencia del diagnóstico con la morbilidad psíquica se observa que, a excepción del Principado de Asturias, en todas las CCAA más de la mitad de las personas con morbilidad psíquica no son diagnosticadas. Este dato, no obstante, coincide en gran medida con lo observado previamente en el estudio de Alonso y cols.¹⁵, en el que se situó esta cifra en torno al 50%. Ello podría ser al menos parcialmente explicado por la conducta de enfermedad, ya que si estas personas no buscan ayuda médica no pueden ser diagnosticadas. Por una parte, la estigmatización social relacionada con el padecimiento de problemas psiquiátricos podría repercutir en una infrutilización de los servicios sanitarios³⁴. Ello, junto a que una parte de los trastornos detectados por el GHQ-12 son considerados casos subclínicos y a que la ventana temporal de dicho instrumento es de dos semanas (lo que puede provocar que la persona afectada no haya tenido tiempo de recibir un diagnóstico) podría también explicar en parte estas elevadas cifras de personas no diagnosticadas. Por otro lado, el que se hayan identificado personas que han recibido un diagnóstico a lo largo de su vida pero que no cumplen criterios de posible caso podría explicarse porque en el momento de la realización de la encuesta estas personas ya se habían recuperado.

Al igual que en el caso del diagnóstico, una elevada proporción de las personas con

morbilidad psíquica no consumen psicofármacos, lo cual está en consonancia tanto con lo observado en España (58,8%) como en diferentes países Europeos (67,4%)³³. Muy probablemente las causas de ello sean las mismas que las de la baja proporción de personas diagnosticadas, ya que en España el consumo de psicofármacos está estrechamente relacionado con la prescripción médica, lo cual también explicaría los bajos porcentajes de automedicación observados. Además, quizás estas personas están recibiendo otro tipo de tratamiento no farmacológico, como por ejemplo psicoterapia.

Igual que se ha constatado previamente³⁵, en este estudio se pone de manifiesto que las personas con bajo apoyo social y con peor salud autopercebida padecen con mayor frecuencia morbilidad psíquica. Dado que la salud autopercebida engloba tanto a la salud mental como a la física, no es discordante que tanto personas con y sin morbilidad psíquica perciban su salud como mala, aunque el porcentaje observado es mayor en los primeros. Cabe destacar que las frecuencias más elevadas de mala salud autopercebida entre los sujetos con morbilidad se observan en las CCAA menos pobladas, como la Región de Murcia, Galicia, Cantabria o el Principado de Asturias.

Además se constata que las personas con morbilidad psíquica tienen menor apoyo social que aquellas sin morbilidad. Al ser el diseño transversal, desconocemos si el aislamiento social es causa o consecuencia de la morbilidad psíquica. En cualquier caso, potenciar las redes de apoyo parece una intervención necesaria.

En conclusión, en este trabajo se ha puesto de manifiesto que la morbilidad psíquica es frecuente, que más de la mitad de las personas con morbilidad no han recibido un diagnóstico ni consumen psicofármacos y que todo ello varía de forma significativa entre las diferentes CCAA. No obstante, al ser este un estudio puramente descriptivo,

nos es imposible analizar las causas subyacentes a estos hallazgos. Por ello consideramos que estos datos podrían suponer un punto de partida para la realización de futuros estudios para determinar los factores que condicionan tanto la aparición de morbilidad psíquica como las diferencias existentes entre las CCAA en la atención sanitaria a este problema de salud. Además, los resultados aquí presentados podrían ser una información útil para los gestores de salud en la realización de una planificación de los servicios relacionados con la atención sanitaria más ajustada a las necesidades y realidad de cada una de las CCAA.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 2000; 78:413-26.
2. 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.
3. 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 Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33:587-95.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003; 289:3095-105.
5. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990; 264:2511-8.
6. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med.* 2008; 38:365-74.
7. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand. Suppl* 2004; 420:21-7.
8. Vazquez Barquero JL, Munox PE, Madoz J, V. The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr Scand.* 1982; 65:161-70.
9. Vazquez Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Almada J, Saramiego C. A community mental health survey in Cantabria, a general description of morbidity. *Psychol Med.* 1987; 17:227-41.
10. Herrera R, Gispert R, Spagnolo E, Autonell J. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *InformPsiquiatr.* 1990; 120:111-31.
11. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry.* 2001; 179:308-16.
12. Vazquez C, Munoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CID. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 95:523-30.
13. Roca-Bennasar M, Gili-Planas M, Ferrer-Perez V, Bernardo-Arroyo M. Mental disorders and medical conditions. A community study in a small island in Spain. *J Psychosom Res.* 2001; 50:39-44.
14. Haro J, Palacina C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc).* 2006; 126:445-51.
15. Alonso J, Angermeyer M.C, Brugha T.S, Bryson H, Girolamo G, Graaf R. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 109:47-54.
16. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A et al. Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007; 35:29-36.
17. Llor B, Abad MA, García M, Nieto J. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Factores psicosociales en las enfermedades crónicas. 1ª ed. Córdoba:Universidad de Córdoba,1998.

18. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med.* 1997; 44:773-87.
19. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud [archivo electrónico] 2006 [consultado 15-01-2010]: Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
20. Lobo A, Muñoz PE. Versiones en lengua española validadas. En: Goldberg D., Williams P., editors. Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson, 1996.
21. Bellón JA, Lardelli P, Delgado A, de Dios J. Validez y fiabilidad del cuestionario de Apoyo Social funcional de Duke-UNC-11. *Aten Primaria.* 1996; 18:153-63.
22. Montero I, Aparicio D, Gomez-Beneyto M, Moreno-Kustner B, Reneses B, Usall J et al. Género y salud mental en un mundo cambiante *Gac Sanit.* 2004; 18:175-81.
23. Brugha TS, Bebbington PE, Jenkins R, Meltzer H, Taub NA, Janas M et al. Cross validation of a general population survey diagnostic interview: a comparison of CIS-R with SCAN ICD-10 diagnostic categories *Psychol Med.* 1999; 29:1029-42.
24. Kessler RC, Little RJ, Groves RM. Advances in strategies for minimizing and adjusting for survey nonresponse. *Epidemiol Rev.* 1995; 17:192-204.
25. Mateos R, Rodríguez-López A. Epidemiología de las Demencias: Perspectivas metodológicas y datos de prevalencia. *Jano.* 1989; 3:21-8.
26. Rajmil L, Gispert MR, Roset GM, Muñoz Rodríguez PE, Segura BA. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña. *Gac Sanit.* 1998; 12:153-9.
27. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ et al. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999; 34:410-5.
28. Fones CS, Kua EH, Ng TP, Ko SM. Studying the mental health of a nation: a preliminary report on a population survey in Singapore. *Singapore Med J.* 1998; 39:251-5.
29. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry.* 2004; 184:70-3.
30. Henderson S, Andrews G, Hall W. Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000; 34:197-205.
31. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:1091-8.
32. San Gil Martín J. Urgencias Psiquiátricas y Condiciones Meteorológicas en la Isla de Tenerife [tesis doctoral]. Tenerife (ES): Universidad La Laguna.: 1986.
33. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; 420:55-64.
34. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004; 59:614-25.
35. Leskela U, Rytala H, Komulainen E, Melartin T, Sokero P, Lestela-Mielonen P et al. The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms. *Psychol Med.* 2006; 36:779-88