

Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España



Josep M. Haro^a, Concepció Palacín^a, Gemma Vilagut^b, Montse Martínez^b, Mariola Bernal^a, Inma Luque^a, Miquel Codony^b, Montse Dolz^a, Jordi Alonso^b y el Grupo ESEMeD-España*

^aUnidad de Investigación y Desarrollo. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

^bUnidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Instituto Municipal de Investigación Médica. Barcelona. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: El proyecto ESEMeD-España es un estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en nuestro país. Se presentan la prevalencia-año y prevalencia-vida de los principales trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de alcohol, así como la influencia de los factores de riesgo sociodemográficos en su presencia y la edad de inicio de los trastornos.

SUJETOS Y MÉTODO: Encuesta personal domiciliaria realizada a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años de 5.473 individuos. El instrumento utilizado fue la versión del Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) desarrollada para la iniciativa Encuestas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO World Mental Health Surveys). La tasa de respuesta fue del 78,6%. Los resultados se presentan ponderados a la población española.

RESULTADOS: Un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia. Los factores asociados a padecer un trastorno mental son el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad. La fobia social, la agorafobia y la fobia específica aparecen a edades más tempranas. Los trastornos del estado de ánimo (episodio de depresión mayor y distimia), junto con el trastorno de angustia, muestran una aparición más tardía.

CONCLUSIONES: El estudio ESEMeD-España puede proporcionar resultados necesarios para conocer el impacto de los trastornos mentales en España.

Palabras clave: Epidemiología. Trastornos mentales. Europa. Edad de inicio. Trastornos depresivos. Trastornos de ansiedad.

Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The ESEMeD-Spain project is an epidemiological study about mental disorders in Spain. We present 12 month-prevalence and lifetime-prevalence of the main mood, anxiety and alcohol use disorders; the influence of sociodemographic factors on its presence and age of onset of the disorders.

SUBJECTS AND METHOD: Cross-sectional household survey of a representative sample of the population of Spain 18 years or older. Sample size was 5.473 individuals. The WHO World Mental Health Survey Initiative version of the Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) was used. Response rate was 78.6%. Results have been weighted to represent the population of Spain.

RESULTS: 19.5% of the individuals presented a mental disorder sometime in their lifetime (lifetime-prevalence) and 8.4% in the last 12 months (12 month-prevalence). The most frequent mental disorder was major depressive episode, with a 12-month prevalence of 3.9% and a lifetime-prevalence of 10.5%. The other most lifetime prevalent disorders were specific phobia, alcohol abuse disorder, and dysthymia. Factors associated to presenting a mental disorder were being female, being separated, divorced or widowed, and being unemployed, on sick leave or incapacitated. Social phobia, agoraphobia and specific phobia appear at younger ages, while mood disorders and panic disorder appears later in life.

CONCLUSIONS: The ESEMeD-Spain study can provide careful outcomes to understand the impact of mental disorders in Spain.

Key words: Epidemiology. Mental disorders. Europe. Age of onset. Depressive disorders. Anxiety disorders.

*Grupo ESEMeD-España: Jordi Alonso, Jaume Autonell, Mariola Bernal, Miquel Codony, Montse Dolz, Antonia Domingo, Montse Ferrer, Josep Maria Haro, Inma Luque, Manel Márquez, Pedro Enrique Muñoz, Concepció Palacín, Josep Ramos, Blanca Reneses, Berta Romera, Judit Usall, Gemma Vilagut.

Proyecto financiado por: Comisión Europea (QLG5-CT-1999-01042), Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0028-01), Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF-2000-158-CE), Cat Salut-Servei Català de la Salut y por una beca sin restricciones de GlaxoSmithKline.

Correspondencia: Dr. J.M. Haro.
Unidad de Investigación y Desarrollo. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.
Dr. Antoni Pujades, 42. 08830 Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España.
Correo electrónico: jmharo@sjd-ssm.com

Recibido el 2-6-2005; aceptado para su publicación el 22-11-2005.

Durante las últimas 2 décadas se han realizado numerosos estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general. Estos estudios han venido a mostrar que los trastornos mentales son frecuentes¹⁻¹¹ y causan una alta discapacidad¹². En los países occidentales donde se han realizado estos estudios, aproximadamente una de cada 4 personas cumplía criterios diagnósticos de un trastorno mental en el último año y alrededor de un 40% llegaba a presentar un trastorno en algún momento de la vida.

Los avances en epidemiología psiquiátrica se aceleran cuando, a finales de la década de los setenta y durante la de los ochenta, se incorpora la determinación del diagnóstico psiquiátrico en los estudios poblacionales. En Europa esto es posible gracias a los estudios de doble fase, en los cuales se administra un cuestionario de cribado a una muestra de la población para detectar posibles casos de trastorno mental y, posteriormente, un entrevistador clínico evalúa a una proporción de esta muestra mediante una entrevista semiestructurada. En España los primeros estudios realizados con este método se llevaron a cabo en Navarra¹³, Cantabria¹⁴ y Baix Llobregat¹⁵, y mostraron unas cifras de prevalencia dispares: se llegó a encontrar hasta casi 10 puntos porcentuales de diferencia en la prevalencia de trastornos mentales entre el estudio de Vázquez-Barquero et al¹³ realizado en Cantabria y el estudio del Valle de Baztán, en Navarra (el 9,3 frente al 19,2% en varones y el 19,6 frente al 28,3% en mujeres, respectivamente).

Han sido escasos los estudios realizados desde entonces, centrados todos ellos en áreas geográficas pequeñas o poblaciones determinadas. Entre los artículos publicados en los últimos años, cabe remarcar algunos como el proyecto ODIN, que evaluó la prevalencia de depresión en Cantabria⁹, y el de Vázquez et al¹⁶ sobre la prevalencia de trastornos mentales en las personas sin hogar en Madrid. En Zaragoza, Lobo y el grupo EURODEM^{17,18} han realizado varios trabajos de seguimiento sobre incidencia y prevalencia de la demencia y la depresión en población mayor de 65 años. Además, Roca-Benassar et al¹⁹ han evaluado la prevalencia de trastornos mentales en la población

general en la isla de Formentera, y Mateos et al han realizado un estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega²⁰ y otro estudio sobre prevalencia de trastornos mentales en población mayor de 60 años²¹ en esa misma comunidad. Sin embargo, estos proyectos se han llevado a cabo con muestras relativamente pequeñas y/o no representativas de la población del Estado²². A diferencia de EE.UU. y muchos países europeos que disponen de datos sobre prevalencia de ámbito estatal, en España los datos epidemiológicos son incompletos y tienen una utilidad muy limitada para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población general.

El proyecto ESEMeD-España²³, realizado dentro de un proyecto Europeo^{24,25} y coordinado con la iniciativa de la World Mental Health Surveys de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene como objetivo principal obtener datos sobre la epidemiología de los trastornos mentales en España. En el presente artículo se hace una descripción general de los primeros resultados del proyecto en lo que se refiere a las tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida de los principales trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de alcohol, la influencia de los factores de riesgo sociodemográficos en su presencia y la edad de inicio de los trastornos.

Sujetos y método

El estudio ESEMeD-España es una encuesta personal domiciliaria realizada a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años. Se excluyó de la población de estudio a las personas institucionalizadas (individuos que residían en prisiones, hospitales, hoteles u otras instituciones) y a las que no hablaban español. El estudio es transversal y el trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002.

Con el fin de asegurar la representatividad de cada una de las comunidades autónomas y de tamaños de población, la selección de la muestra se realizó de manera estratificada por comunidad autónoma y tipo de municipio (menos de 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 250.000 y mayores de 250.000 habitantes). Dentro de cada estrato se seleccionó un número de secciones censales proporcional al tamaño del estrato. De manera aleatoria se seleccionaron 9 hogares por sección censal. Con el fin de liberar la muestra necesaria, los entrevistadores se pusieron en contacto con 6 hogares y pidieron su colaboración. Se requirieron 10 contactos por hogar antes de considerar que éste se negaba a participar. En esos casos, el entrevistador podía establecer contacto con un nuevo hogar hasta los 9 seleccionados inicialmente. El entrevistador creó un listado con todas las personas que residían en cada uno de los domicilios participantes. Esta lista se introdujo en un programa informático y se seleccionó aleatoriamente una de ellas, entre las mayores de 18 años. Con el fin de estudiar la comorbilidad entre los miembros de una pareja, se seleccionó también informáticamente una muestra aleatoria de las parejas de las personas entrevistadas. En ningún caso se permitió la sustitución de aquellos que no respondieron.

Gracias a una financiación adicional, se realizó un sobremuestreo de la población de Cataluña de 886 entrevistas, de modo que se obtuvo un total de 1.645 entrevistas de esta comunidad autónoma. Los resultados presentados ponderan los individuos de Cataluña para restaurar su representatividad. Hacia el final

del trabajo de campo, con el fin de minimizar la ausencia de respuesta, se identificó a los hogares con los que no se había podido establecer contacto o que rechazaron participar. Se seleccionó una muestra aleatoria de esos hogares y se volvió a establecer contacto para pedir de nuevo su participación. Las entrevistas seleccionadas por este método se ponderaron de nuevo con un peso inversamente proporcional a la probabilidad de su selección, con el fin de restaurar su representatividad en la muestra inicial. Los individuos participantes dieron su consentimiento por escrito y recibieron un incentivo económico de 12 €. La muestra final del estudio está compuesta por 5.473 individuos, de los cuales 327 son parejas. La tasa de respuesta ponderada fue de un 78,6%. Todos los individuos dieron su consentimiento para participar en el estudio. Los métodos se presentan de una manera más detallada en otros artículos^{23,24}.

El cuestionario utilizado es la versión de la Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI), desarrollada para la iniciativa de la OMS Encuestas de Salud Mental (WHO World Mental Health Surveys)²⁵. La WMH-CIDI se estructura en 38 secciones e incluye una versión revisada de la Composite International Diagnostic Interview^{27,28} (CIDI), junto con información sobre la discapacidad y calidad de vida, uso de servicios, tratamientos psicofarmacológicos y factores de riesgo. La CIDI está diseñada para su administración por entrevistadores legos en psiquiatría y para obtener, mediante la aplicación de algoritmos, los diagnósticos de los trastornos mentales siguiendo las clasificaciones internacionales ICD-10 (International Classification of Diseases)²⁹ y DSM-IV (cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)³⁰. Versiones anteriores de la CIDI se ha evaluado y considerado fiables y válidas^{31,32}.

Para facilitar su administración y disminuir el tiempo total de administración de la entrevista, la WMH-CIDI se informatizó con el programa informático Blaise³³. Además, la entrevista se divide en 2 partes. La primera de ellas incluye las secciones diagnósticas sobre los principales trastornos mentales y se pasó a todos los entrevistados. La segunda, que incluye secciones con información adicional sobre calidad de vida, utilización de servicios y factores de riesgo, se administró solamente a las personas con un riesgo alto de presentar trastornos mentales (estimado a partir de la respuesta afirmativa a alguna de las preguntas de cribado de tener un trastorno mental) y a un 25% del resto de los sujetos.

La WMH-CIDI se creó en inglés, por lo que, con el fin de conseguir una versión equiparable tanto conceptual como transculturalmente, se siguieron de manera estricta las recomendaciones realizadas por la OMS para la traducción y adaptación de instrumentos (traducción directa e inversa, revisión por panel de expertos, pretest a fin de comprobar la comprensión conceptual).

El trabajo de campo lo realizó una empresa comercial de encuestas poblacionales (Ipsos Ecoconsulting) siguiendo las directrices del equipo investigador. Los supervisores del estudio fueron entrenados por personal del Data Collection Coordination Center (DCCC) de la OMS. El personal del DCCC preparó los documentos utilizados para el entrenamiento de los entrevistadores. Antes de ser aptos para realizar el trabajo de campo, todos los entrevistadores recibieron un certificado de idoneidad después de asistir a un curso de 3 días de duración impartido por el personal entrenado por personal acreditado por la OMS. En este curso los entrevistadores se familiarizaron con el instrumento y los procedimientos establecidos en el trabajo de campo. Unos 80 entrevistadores participaron en el estudio.

Para asegurar la calidad y fiabilidad de los datos, se implementó un estricto control del trabajo de campo que incluyó: supervisión de la muestra liberada y de las rutas de campo, para asegurar la correcta selección aleatoria de los domicilios; revisión de las hojas de ruta para confirmar que se intentaron al menos 10 contactos en persona con el domicilio antes de establecer un rechazo; contacto telefónico con el 10% de los entrevistados para estudiar la fiabilidad de las respuestas y comprobar que la entrevista se realizó según los procedimientos establecidos; revisión informática de las respuestas para la detección de posibles incoherencias; revisión de los cuestionarios por un clínico (interpretación de las preguntas abiertas y notas introducidas por los entrevistadores),

y análisis de las entrevistas para detectar posibles datos incompletos o incongruencias, que se corrigieron estableciendo contacto con el entrevistado.

Unas semanas después de la entrevista inicial, se llevó a cabo un estudio de reevaluación clínica sobre una muestra de las personas entrevistadas. Un psiquiatra o psicólogo clínico volvió a entrevistar a una submuestra de los sujetos encuestados mediante la utilización de la Structured Clinical Interview del DSM-IV (SCID)³⁴ y diversos cuestionarios de gravedad clínica (Montgomery Asberg Depression Rating Scale³⁵, Panic Disorder Severity Scale³⁶ y Marks Fear Questionnaire³⁷, entre otros). El objetivo fue evaluar la concordancia de los diagnósticos de la WMH-CIDI con una entrevista clínica, estudiar las razones de las discrepancias cuando éstas existían y, finalmente, evaluar la gravedad clínica de los trastornos diagnosticados en la entrevista domiciliaria. La reentrevista clínica se realizó en la provincia de Barcelona y la Comunidad Autónoma de Madrid, donde se seleccionó a todas las personas con alguno de los trastornos psiquiátricos evaluados y a una muestra de personas sin diagnóstico. Los entrevistadores siguieron un curso de entrenamiento de 3 días impartido por personal cualificado por los autores originales de la entrevista.

Análisis estadístico

Los trastornos evaluados en el presente artículo son los trastornos del estado de ánimo (episodio depresivo mayor y distimia), los trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático) y los trastornos relacionados con alcohol (dependencia y abuso).

En los análisis se ponderaron los individuos de la base de datos con el fin de proporcionar estimaciones extrapolables a la población española. Los pesos que se aplicaron tuvieron en cuenta la diferente probabilidad de las personas de ser seleccionadas en función del número de personas que vivían en el domicilio, la menor probabilidad de ser elegidas de las personas entrevistadas en la parte final del trabajo de campo con sobremuestreo de las personas difíciles de entrevistar, la proporción de edad y sexo de la población española a la que se pretende extrapolar los resultados y, finalmente, la existencia de 2 partes en la entrevista WMH-CIDI: la primera, diagnóstica, y la segunda, administrada a todos los sujetos que habían contestado afirmativamente a alguna de las preguntas de cribado de tener un trastorno mental y a un 25% del resto.

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SAS[®], versión 8 para Windows, y SUDAAN, un paquete estadístico utilizado para analizar bases de datos de encuestas con diseños complejos de selección de casos. Se presentan las prevalencias de trastornos mentales y sus intervalos de confianza (IC). Las *odds ratio* (OR) de presentar un trastorno mental respecto a las variables sociodemográficas se calcularon mediante un modelo de regresión logística. En las OR brutas se incluyó solamente la variable a estudiar en el modelo, mientras que en las ajustadas se incluyeron además las otras variables sociodemográficas. Los errores estándar y otros estadísticos se calcularon teniendo en cuenta el diseño del muestreo de los individuos, por el método de linealización por series de Taylor implementado en SUDAAN, versión 8.01. Para comparar la edad de inicio de los diferentes trastornos mentales se realizó un gráfico de incidencia acumulada de cada uno de los trastornos en función de la edad del sujeto en el momento de su aparición³⁸. Sólo se incluyó a los sujetos que habían presentado ese trastorno mental, por lo que cada una de las curvas del gráfico terminará en 100%.

Resultados

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de las personas entrevistadas, comparadas con la población española (datos del censo de 2001)³⁹. Aunque la representatividad de la muestra no ponderada es alta, en ella existe una ligera mayor proporción de mujeres que en la población española, un sesgo de partici-

pación frecuente en estudios poblacionales. Los datos ponderados muestran unos valores muy cercanos a los de la población española del censo de 2001.

La edad media (desviación estándar) de la muestra es de 45,64 (18,60) años. Existen 2 grupos de edad mayoritarios: el de 65 años o mayores, y el de 35-49 años. Respecto al estado civil, es claramente mayoritario el porcentaje de personas casadas en el momento de la entrevista (66,6%), seguido por aquellas que no han estado nunca casadas, casi uno de cada 5. Un 43,8% de los entrevistados contaba con un empleo remunerado y prácticamente uno de cada 4 estaba jubilado.

En la tabla 2 se muestran la prevalencia-año y prevalencia-vida de los trastornos mentales según el DSM-IV. Casi un 20% de los sujetos presentaron algún trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida), y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica (4,52%), la distimia (3,65%) y el trastorno por abuso de alcohol (3,55%). Como grupo de trastornos, los de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los depresivos según los datos de prevalencia-año (un 6,2 frente a un 4,3%), aunque esta relación se invierte en la prevalencia-vida (un 9,3 frente al 11,4%), donde los trastornos del estado de ánimo son mayoritarios.

La prevalencia en mujeres de la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresivos es más del doble que la de los varones, excepto en el caso de la fobia social, donde las diferencias son menores. En cambio, los varones presentan con mucha mayor frecuencia (un 6,3 frente al 0,9%) trastornos por abuso o dependencia de alcohol. Este mayor riesgo se observa en los valores de las OR que comparan la prevalencia-vida de los trastornos mentales en varones frente a las mujeres (tabla 3). Así, la OR ajustada de presentar un trastorno depresivo en las mujeres respecto a los varones es de 2,8 (IC del 95%, 1,9-4,1) y un trastorno de ansiedad, de 2,8 (IC del 95%, 1,9-4,1), mientras que para los trastornos relacionados con el alcohol es solamente de 0,05 (IC del 95%, 0,0-0,2).

En la tabla 3 se muestra la relación existente entre los otros factores sociodemográficos y el hecho de presentar un trastorno mental en el último año, medida a partir de las OR. Respecto a los trastornos afectivos, los principales factores de riesgo están relacionados con la ocupación: las personas en baja por enfermedad o maternal, los desempleados y quienes presentan una discapacidad tienen, res-

pectivamente, unas OR ajustadas de 3,4 (IC del 95%, 1,6-7,4), 2,2 (IC del 95%, 1,3-3,8) y 6,7 (IC del 95%, 3,6-12,4) respecto a las personas con empleo remunerado. Factores de riesgo que resultan marginalmente significativos son haber estado previamente casado frente a estar soltero (OR = 1,6; IC del 95%, 1,0-2,4) y vivir en un municipio de más de 500.000 habitantes frente a residir en un municipio con menos de 10.000 habitantes (OR = 1,5; IC del 95%, 0,9-2,4).

El principal factor asociado a presentar un trastorno de ansiedad también es la ocupación. Las OR ajustadas de presentar un trastorno de ansiedad en las personas en baja por enfermedad, en baja maternal o desempleadas respecto a las que están trabajando son 6,7 (IC del 95%, 3,6-12,4), 3,4 (IC del 95%, 1,6-7,4) y 2,2 (IC del 95%, 1,3-3,8), respectivamente. Otros factores marginalmente asociados, significativos en el análisis univariante pero no en el multivariante, son tener más de 65 años (OR ajustada = 0,5; IC del 95%, 0,2-1,2) y haber estado casado en el pasado frente a estar casado (OR ajustada = 1,6; IC del 95%, 1,0-2,4).

Respecto a los trastornos por uso o de-

pendencia del alcohol, aparte del sexo, mencionado anteriormente, el otro factor asociado es el hecho de estar soltero frente a estar casado (OR ajustada = 3,8; IC del 95%, 1,6-9,0). Aunque existe una clara tendencia a que la prevalencia de estos trastornos disminuya con la edad, el bajo número de sujetos determina que las diferencias no sean estadísticamente significativas.

En la figura 1 se muestra la edad de inicio de cada uno de los trastornos mentales mediante un gráfico de incidencia acumulada. Cada línea representa la proporción de sujetos que, entre todos los diagnosticados de ese trastorno en la entrevista, habían presentado el primer episodio en cada una de las edades. Se observan diferencias respecto a las edades de inicio de los diferentes trastornos mentales estudiados. De esta manera, vemos que los trastornos de fobia social, agorafobia y fobia específica aparecen a edades más tempranas. Por otra parte, los trastornos del estado de ánimo (episodio de depresión mayor y distimia), junto con el trastorno de angustia, muestran una aparición más tardía; su mediana de edad de inicio se sitúa a partir de los 40 años.

TABLA 1

Características sociodemográficas de los sujetos entrevistados (datos sin ponderar), características de la muestra final después de la ponderación y valores de la población española según el censo de 2001

	Sujetos entrevistados (datos sin ponderar)		Sujetos entrevistados (datos ponderados)		INE. Censo 2001	
	N	%	N	%	N	%
Total	5.473	100,00	5.473	100,0	40.847.371	100,0
Sexo						
Varón	2.421	44,24	2.618,77	47,85	20.021.850	49,0
Mujer	3.052	55,76	2.854,23	52,15	20.825.521	51,0
Edad (años)						
18-24	568	10,38	817,62	14,94	4.240.700	12,6
25-34	999	18,25	1.058,02	19,33	6.875.075	20,5
35-49	1.431	26,15	1.406,76	25,70	8.929.100	26,6
50-64	1.024	18,71	1.062,13	19,41	6.496.942	19,4
≥ 65	1.451	26,51	1.128,48	20,62	6.964.267	20,8
Estado civil						
Casado	3.645	66,60	3.556,80	64,99	-	-
Anteriormente casado	753	13,76	510,97	9,34	-	-
Nunca casado	1.075	19,64	1.405,24	25,68	-	-
Educación (años)						
0-4	845	15,45	739,05	13,52	-	-
5-8	1.456	26,62	1.427,88	26,11	-	-
9-12	1.302	23,80	1.276,51	23,34	-	-
≥ 13	1.867	34,13	2.024,82	37,03	-	-
Datos perdidos	3	0,00	4,75	0,00	-	-
Trabajo						
Empleo remunerado	2.402	43,89	2.335,69	46,33	-	-
Desempleo	354	6,47	421,94	7,71	-	-
Jubilado/a	1.316	24,05	1.052,01	19,22	-	-
Amo/a de casa	909	16,61	876,49	16,01	-	-
Estudiante	212	3,87	320,70	5,86	-	-
Baja maternal	19	0,35	13,37	0,24	-	-
Baja por enfermedad	67	1,22	82,74	1,51	-	-
Discapacitado	135	2,47	118,94	2,17	-	-
Otros	22	0,40	19,18	0,35	-	-
NS/NC	37	0,68	31,94	0,58	-	-
Tamaño del municipio (habitantes)						
≤ 10.000	1.411	25,78	1.399,62	25,57	9.651.411	23,6
10.001-50.000	1.377	25,16	1.348,57	24,64	10.513.191	25,7
50.001-500.000	1.732	31,65	1.793,10	32,76	13.677.769	33,5
> 500.000	953	17,41	931,72	17,02	7.005.000	17,1

INE: Instituto Nacional de Estadística; NS/NC: no sabe/no contesta.

TABLA 2

Prevalencia-vida y prevalencia-año de los principales trastornos mentales siguiendo los criterios de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Datos ponderados a la población española

	Prevalencia-año						Prevalencia-vida					
	Varón		Mujer		Total		Varón		Mujer		Total	
	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%
Trastornos del estado de ánimo												
Episodio depresivo mayor	2,15	1,45-2,86	5,62	4,66-6,59	3,96	3,34-4,59	6,29	5,10-7,48	14,47	13,03-15,90	10,55	9,57-11,54
Distimia	0,52	0,22-0,81	2,38	1,69-3,07	1,49	1,10-1,88	1,85	1,22-2,48	5,29	4,32-6,27	3,65	3,06-4,24
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,33	1,61-3,04	6,25	5,20-7,30	4,37	3,71-5,04	6,71	5,49-7,93	15,85	14,34-17,36	11,47	10,45-12,49
Trastornos de ansiedad												
Trastorno de ansiedad generalizada	0,44	0,11-0,78	1,18	0,81-1,56	0,50	0,30-0,70	1,15	0,64-1,66	2,57	1,99-3,16	1,89	1,49-2,29
Fobia social	0,57	0,13-1,00	0,64	0,32-0,95	0,60	0,33-0,87	1,06	0,51-1,61	1,28	0,83-1,73	1,17	0,81-1,54
Fobia específica	1,19	0,68-1,70	4,20	3,23-5,16	3,60	2,82-4,38	2,32	1,60-3,05	6,54	5,38-7,69	4,52	3,82-5,23
Trastorno de estrés postraumático	0,25	0,02-0,48	0,94	0,50-1,39	0,50	0,30-0,70	1,06	0,00-2,2	2,79	1,71-3,87	1,95	1,18-2,73
Agorafobia	0,15	0,02-0,29	0,60	0,26-0,95	0,30	0,10-0,50	0,47	0,08-0,86	0,76	0,39-1,14	0,62	0,36-0,89
Trastorno de angustia	0,38	0,14-0,63	0,98	0,60-1,36	0,60	0,40-0,80	0,95	0,53-1,37	2,39	1,76-3,02	1,70	1,32-2,09
Cualquier trastorno de ansiedad	2,53	1,74-3,31	7,61	6,41-8,80	6,20	4,63-7,77	5,71	4,57-6,85	12,76	11,24-14,29	9,39	8,41-10,37
Trastorno de alcohol	1,38	0,78-1,99	0,05	0,00-0,13	0,69	0,40-0,98	6,38	5,16-7,61	0,95	0,51-1,39	3,55	2,91-4,19
Trastorno por dependencia	0,18	0,00-0,45	0,02	0,00-0,07	0,10	0,00-0,23	1,01	0,47-1,54	0,17	0,03-0,30	0,57	0,30-0,84
Trastorno por abuso de alcohol												
Cualquier trastorno por consumo de alcohol	1,38	0,78-1,99	0,05	0,00-0,12	0,69	0,40-0,98	6,47	5,23-7,71	0,96	0,52-1,40	3,60	2,95-4,25
Cualquier trastorno mental	5,25	4,17-6,33	11,44	10,02-12,86	8,48	7,53-9,42	15,67	13,86-17,48	22,93	21,09-24,78	19,46	18,09-20,82

IC: intervalo de confianza

Otra de las diferencias notables que se observan en la figura 1 es el hecho de que, en contra de lo que ocurre en los demás trastornos, el trastorno por dependencia y/o abuso de alcohol suele apare-

cer a edades algo más tardías –coincidiendo con la adolescencia–, pero su incidencia es mucho mayor en los años posteriores, con lo que la mayoría (88%) de estos trastornos se presentan antes de

los 40 años. Un patrón similar presenta la fobia social, aunque en este caso su pronunciada incidencia desciende considerablemente a partir de los 50 años. La incidencia de la agorafobia también decrece a partir de esa edad.

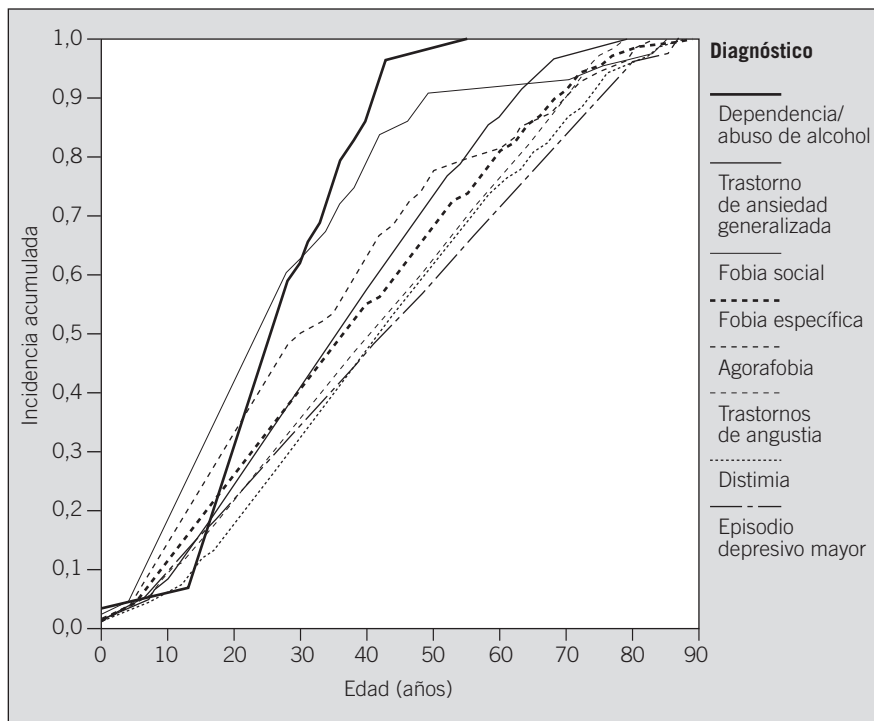


Fig. 1. Edad de inicio de los diferentes trastornos mentales.

Discusión

El estudio ESEMeD-España es el primer proyecto que ha evaluado la epidemiología de los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta. Sus resultados muestran que los trastornos mentales son frecuentes en España. Aproximadamente una de cada 5 personas entrevistadas presentó un trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos más frecuentes son el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol, con una prevalencia-vida que oscila entre el 10,5 y el 3,5%. En cuanto a la prevalencia-año, casi un 8,5% de la población ha presentado algún trastorno mental en el último año; de nuevo, la depresión mayor y la fobia específica son los más frecuentes.

La comparación de nuestros resultados con los de estudios anteriores realizados en España está limitada porque ninguno de ellos evaluaba los trastornos mentales en muestras representativas de la población general y, además, por los cambios en los sistemas diagnósticos existentes. A

TABLA 3

Prevalencia-año y odds ratio (OR) bruta y ajustada de padecer un trastorno mental según factores sociodemográficos

	Cualquier trastorno del estado de ánimo (12 meses)			Cualquier trastorno de ansiedad (12 meses)			Cualquier trastorno por consumo de sustancias (12 meses)			Cualquier trastorno (12 meses)		
	Prevalencia (IC del 95%)	OR (IC del 95%)	OR multivariante (IC del 95%)	Prevalencia (IC del 95%)	OR (IC del 95%)	OR multivariante (IC del 95%)	Prevalencia (IC del 95%)	OR (IC del 95%)	OR multivariante (IC del 95%)	Prevalencia (IC del 95%)	OR (IC del 95%)	OR multivariante (IC del 95%)
Sexo												
Varón	2,3 (1,6-3,0)	1,0	1,0	2,5 (1,7-3,2)	1,0	1,0	1,4 (0,8-2,1)	1,0	1,0	5,2 (4,1-6,3)	1,0	1,0
Mujer	6,2 (5,2-7,3)	2,9 (2,0-4,1)	2,8 (1,9-4,1)	7,6 (6,4-8,8)	3,3 (2,3-4,6)	2,8 (1,9-4,1)	0,1 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,2)	11,4 (10-12,8)	2,3 (1,8-3,0)	2,4 (1,8-3,1)
Edad (años)												
18-24	3,8 (2,2-5,3)	1,0	1,0	7,8 (5,3-10,4)	1,0	1,0	0,8 (0,1-1,6)	1,0	1,0	10,1 (7,3-12,9)	1,0	8,5
25-34	3,4 (2,2-4,7)	0,9 (0,5-1,6)	0,9 (0,5-1,7)	4,2 (2,9-5,6)	0,5 (0,3-0,9)	0,9 (0,5-1,7)	1,7 (0,3-3,1)	2,0 (0,6-7,0)	2,4 (0,5-11,5)	8,5 (6,3-10,8)	0,8 (0,5-1,3)	0,7 (0,4-1,2)
35-49	4,5 (3,1-5,9)	1,2 (0,7-2,0)	1,0 (0,5-2,0)	4,5 (3,2-5,8)	0,6 (0,4-0,9)	1,0 (0,5-2,0)	0,8 (0,3-1,3)	0,9 (0,3-2,8)	2,3 (0,5-10,5)	8,4 (6,6-10,2)	0,8 (0,6-1,2)	0,7 (0,4-1,1)
50-64	5,4 (3,8-7,0)	1,5 (0,9-2,5)	1,0 (0,5-2,0)	6,0 (4,3-7,7)	0,8 (0,5-1,2)	1,0 (0,5-2,0)	0,2 (-0,1-0,5) ^a	0,2 (0,0-1,2) ^a	1,0 (0,2-5,0) ^a	9,1 (6,8-11,3)	0,9 (0,6-1,3)	0,6 (0,4-1,0)
> 65	4,4 (3,1-5,7)	1,2 (0,7-2,0)	0,5 (0,2-1,2)	3,9 (2,8-5,0)	0,5 (0,3-0,8)	0,5 (0,2-1,2)	-	-	-	6,6 (5,1-8,1)	0,6 (0,4-0,9)	0,3 (0,2-0,7)
Estado civil												
Casado o en pareja	4,2 (3,4-5,0)	1,0	1,0	5,0 (4,1-5,8)	1,0	1,0	0,4 (0,1-0,6)	1,0	1,0	7,7 (6,6-8,8)	1,0	1,0
Previamente casado	8,1 (5,7-10,4)	2,0 (1,4-2,9)	1,6 (1,0-2,4)	7,1 (4,5-9,7)	1,5 (1,0-2,3)	1,6 (1,0-2,4)	0,2 (-0,1-0,5)	0,5 (0,1-2,7)	1,9 (0,4-10,3)	12,9 (9,8-16,0)	1,8 (1,3-2,5)	1,7 (1,2-2,4)
Nunca casado	3,3 (2,2-4,5)	0,8 (0,5-1,2)	0,8 (0,5-1,2)	4,8 (3,3-6,3)	1,0 (0,7-1,4)	0,8 (0,5-1,2)	1,8 (0,7-3,0)	5,0 (2,0-12,4)	3,8 (1,6-9,0)	8,8 (6,8-10,8)	1,2 (0,9-1,6)	1,0 (0,7-1,4)
Educación (años)												
0-4	6,1 (4,3-7,9)	1,0	1,0	5,8 (3,9-7,6)	1,0	1,0	0,4 (-0,4-1,2)	1,0	1,0	9,1 (6,7-11,6)	1,0	1,0
5-8	4,2 (3,1-5,3)	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,5-1,1)	5,7 (4,2-7,2)	1,0 (0,6-1,5)	0,7 (0,5-1,1)	0,4 (0,0-0,8)	1,1 (0,1-9,4)	0,3 (0,0-2,2)	8,5 (6,7-10,2)	0,9 (0,6-1,3)	0,8 (0,6-1,2)
9-12	3,7 (2,5-4,8)	0,6 (0,4-0,9)	0,7 (0,4-1,1)	5,0 (3,6-6,4)	0,9 (0,6-1,3)	0,7 (0,4-1,1)	1,0 (-0,1-2,1)	2,6 (0,3-24,1)	0,4 (0,1-2,7)	8,5 (6,5-10,4)	0,9 (0,6-1,3)	0,8 (0,5-1,2)
≥ 13	4,2 (3,1-5,3)	0,7 (0,4-1,0)	0,9 (0,5-1,4)	4,7 (3,5-5,9)	0,8 (0,5-1,2)	0,9 (0,5-1,4)	0,9 (0,4-1,4)	2,3 (0,3-17,5)	0,3 (0,0-2,0)	8,2 (6,7-9,8)	0,9 (0,6-1,3)	0,8 (0,5-1,2)
Tamaño de municipio (habitantes)												
< 10.000	3,8 (2,6-5,0)	1,0	1,0	5,2 (3,7-6,6)	1,0	1,0	1,0 (0,0-2,0)	1,0	1,0	7,9 (6,1-9,7)	1,0	1,0
10.000-50.000	4,2 (2,9-5,6)	1,1 (0,7-1,8)	1,1 (0,7-1,7)	5,2 (3,7-6,8)	1,0 (0,7-1,6)	1,1 (0,7-1,7)	0,2 (-0,1-0,5)	0,2 (0,0-1,1)	0,2 (0,0-1,1)	8,4 (6,5-10,3)	1,1 (0,8-1,5)	1,0 (0,7-1,4)
50.000-500.000	4,1 (3,0-5,2)	1,1 (0,7-1,7)	1,0 (0,7-1,6)	5,0 (3,8-6,2)	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (0,7-1,6)	0,7 (0,3-1,2)	0,7 (0,2-2,5)	0,8 (0,3-2,4)	8,0 (6,5-9,6)	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (0,7-1,3)
> 500.000	5,7 (3,9-7,6)	1,5 (1,0-2,5)	1,5 (0,9-2,4)	5,1 (3,4-6,9)	1,0 (0,6-1,6)	1,5 (0,9-2,4)	1,1 (0,3-1,9)	1,1 (0,3-4,0)	1,3 (0,4-4,4)	10,1 (7,5-12,7)	1,3 (0,9-1,9)	1,2 (0,8-1,8)
Empleo												
Empleo remunerado	2,9 (2,1-3,7)	1,0	1,0	4,5 (3,4-5,5)	1,0	1,0	7,4 (6,1-8,7)	1,0	1,0	7,4 (6,1-8,7)	1,0	1,0
Desempleado	6,6 (3,8-9,4)	2,4 (1,4-4,0)	2,2 (1,3-3,8)	7,8 (4,7-10,9)	1,8 (1,1-2,9)	2,2 (1,3-3,8)	14,7 (10,0-19,4)	2,0 (0,4-9,2)	1,8 (0,4-8,6)	14,7 (10,0-19,4)	2,2 (1,4-3,3)	1,8 (1,2-2,9)
Jubilado	4,2 (2,9-5,5)	1,5 (0,9-2,3)	2,0 (1,0-3,9)	3,9 (2,7-5,1)	0,9 (0,6-1,3)	2,0 (1,0-3,9)	2,0			6,2 (4,7-7,7)	0,8 (0,6-1,1)	1,2 (0,7-2,0)
Ama/o de casa	5,3 (3,5-7,0)	1,9 (1,2-2,9)	1,2 (0,8-1,9)	6,6 (4,5-8,6)	1,5 (1,0-2,3)	1,2 (0,8-1,9)				9,7 (7,3-12,1)	1,4 (1,0-1,9)	1,0 (0,7-1,5)
Estudiante	4,0 (1,1-6,9)	1,4 (0,6-3,2)	1,5 (0,6-3,7)	4,5 (1,7-7,3)	1,0 (0,5-2,0)	1,5 (0,6-3,7)	7,3 (3,7-10,9)	0,5 (0,1-2,1)	0,6 (0,1-4,2)	7,3 (3,7-10,9)	1,0 (0,6-1,7)	0,7 (0,4-1,5)
Baja maternal	10,2 (3,6-16,9) ^b	3,8 (1,7-8,3) ^b	3,4 (1,6-7,4) ^b	7,3 (-6,4-21,1)	1,7 (0,2-13,0)	3,4 (1,6-7,4)				7,3 (-6,4-21,1)	1,0 (0,1-7,6)	0,6 (0,1-4,9)
Baja por enfermedad				10,3 (3,7-17,0)	2,4 (1,2-5,2)	6,7 (3,6-12,4)				15,4 (6,9-23,9)	2,3 (1,2-4,5)	2,4 (1,2-4,8)
Discapacitado	15,8 (9,3-22,3)	6,3 (3,5-11,1)	6,7 (3,6-12,4)	9,0 (4,3-13,6)	2,1 (1,1-3,8)	4,4 (0,8-25,0)				19,4 (12,2-26,6)	3,0 (1,8-5,0)	3,4 (2,0-5,8)
Otros	12,9 (-4,1-29,9)	4,9 (1,1-23,0)	4,4 (0,8-25,0)	6,7 (-6,0-19,4)	1,5 (0,2-12,0)	0,9 (0,2-4,1)	8,7 (7,4-10,0) ^c	0,05 (0,0-0,1) ^c	0,0 (0,0-0,5) ^c	12,9 (-4,1-29,9)	1,9 (0,4-8,6)	1,7 (0,3-8,7)
NS/NC	2,8 (-1,4-7,1)	1,0 (0,2-4,7)	0,9 (0,2-4,1)	0						2,8 (-1,4-7,1)	0,4 (0,1-1,7)	0,3 (0,1-1,5)

IC: intervalo de confianza; NS/NC: no sabe/no contesta. ^aLas categorías de edad mayor de 50 años se han agrupado debido al pequeño número de casos. ^bLas categorías de baja maternal y de enfermedad se han agrupado debido al pequeño número de casos. ^cLas categorías de baja maternal y de enfermedad, jubilados, ama de casa y discapacidad se han agrupado en «Otros» debido al pequeño número de casos.

pesar de ello, podemos destacar el estudio llevado a cabo por Gaminde et al⁴⁰ en 1993, sobre población de 18 a 65 años, que obtiene unos resultados de prevalencia-vida de depresión (un 20,6% en varones y un 36,7% en mujeres) muy superiores a los de nuestro estudio. Asimismo,

el estudio llevado a cabo por Vázquez-Barquero et al⁴¹ en 1987 obtiene unos resultados de prevalencia puntual de depresión que podríamos considerar altos (un 4,3% en varones y un 7,8% en mujeres), al igual que los alcanzados en la prevalencia del trastorno de ansiedad (un

8,1% en varones y un 20,6% en mujeres). Finalmente, podemos señalar aquí el estudio de Roca et al⁴² realizado en 1999 sobre una muestra de la población mayor de 15 años, que estima una prevalencia puntual de trastornos mentales de un 21,4%, mientras que nuestro estu-

dio cifra la prevalencia-año en un 8,4% y la prevalencia-vida en un 19,4%. No obstante, hemos de tener en cuenta que, además de las limitaciones mencionadas anteriormente, estos estudios han utilizado instrumentos (PSE y SCAN) distintos y se han basado en sistemas diagnósticos (CATEGO, DSM-III y CIE-10) diferentes.

En cambio, sí es posible la comparación con estudios epidemiológicos realizados en otros países. La prevalencia de los trastornos mentales obtenida en nuestro estudio es inferior a la de otros estudios en países occidentales. Así, el National Comorbidity Survey (NCS)¹, el NCS Replication³ y el estudio NEMESIS⁵ dan cifras de prevalencia-vida de depresión mayor superiores al 10% en varones y al 20% en mujeres, mientras que en nuestro estudio las cifras son del 6,2 y el 14,4%, respectivamente. Las diferencias son similares en la prevalencia-año de depresión, puesto que las cifras de los mismos estudios están entre el 5 y el 8% en varones y entre el 10 y el 13% en mujeres (en nuestro estudio, son exactamente del 2,1% en varones y del 5,6% en mujeres). Las frecuencias de los trastornos de ansiedad muestran diferencias similares. Por ejemplo, en el trastorno por angustia, la prevalencia-vida en el NCS es del 2% en varones y del 5% en mujeres, y la del estudio NEMESIS del 1,9 y el 5,7%, respectivamente. Sin embargo, en España las cifras que obtenemos son del 0,9 y el 2,3%. Estas prevalencias inferiores podrían estar relacionadas con la utilización de una nueva versión de la CIDI, que puede haber disminuido la cantidad de falsos positivos³. Sin embargo, las diferencias entre los resultados del NCS¹ y del NCS Replication³, que usa la nueva versión de la CIDI, son pequeñas comparadas con las que se observan entre los estudios anteriores y el nuestro. Por otra parte, el estudio ESEMeD-ITALIA⁴³ muestra unas prevalencias menores que las de los países del norte de Europa en ESEMeD, por lo que podríamos hipotetizar que las prevalencias de los trastornos mentales en los países mediterráneos son inferiores a las de los países del norte de Europa.

Sorprende, por baja, la prevalencia anual de abuso de alcohol (0,6%), muy inferior además de la prevalencia-vida. Esto puede deberse en parte a que nuestro trabajo utiliza los criterios diagnósticos del DSM-IV, que, al basarse en criterios empíricos, son más restrictivos que los anteriores criterios del DSM⁴⁴ y no basan la definición de abuso sólo en la cantidad consumida. Sin embargo, no podemos descartar la existencia de un sesgo de información (los individuos participantes con consumo elevado de alcohol podían haber negado parte del consumo) o de selección (individuos con abuso o dependencia del alcohol podrían no haber participado en la encuesta por carecer de

hogar o no estar en él habitualmente, o podrían haber rechazado la entrevista). La falta de respuesta se ha relacionado en estudios anteriores con una mayor prevalencia de trastornos mentales, aunque los hallazgos no han sido siempre coherentes^{45,46}. Los estudios realizados sobre la validez del instrumento utilizado en el presente trabajo (CIDI) han resaltado su efectividad para medir una variedad de trastornos de dependencia, entre ellos, el trastorno por dependencia de alcohol⁴⁷.

La relación entre prevalencia-vida y prevalencia-año es un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno. Los resultados han mostrado que, como grupo de trastornos, los de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los depresivos, según los datos de prevalencia-año, mientras que esta relación se invierte cuando nos referimos a la prevalencia-vida. Esto indica una mayor cronicidad de los trastornos de ansiedad (relación entre prevalencia-año y prevalencia-vida) frente a los depresivos, que pueden tener un curso más episódico.

Respecto a los factores asociados a los trastornos mentales, coinciden con los apuntados en anteriores estudios comunitarios. Las mujeres, las personas separadas y viudas y algunos grupos de edad presentan una mayor frecuencia de trastornos mentales^{1,5,7}. Las mujeres presentan más trastornos de ansiedad y depresivos, y los varones, más trastornos de abuso de alcohol. Haber estado casado se asocia a un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y de ansiedad. Es destacable que la prevalencia de trastornos depresivos disminuye con los años de educación formal, lo que coincide con lo observado en otros trabajos^{5,7}. La prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol en nuestro estudio aumenta con los años de educación, lo cual contradice el resultado de trabajos anteriores⁴⁸. Sin embargo, algunos trabajos han asociado un mayor consumo de alcohol con mayores niveles de educación⁴⁹. El tipo de población de residencia parece estar asociado al riesgo de trastorno mental: el riesgo de trastornos depresivos es mayor en las personas que viven en grandes ciudades. Uno de los aspectos destacables del estudio es la alta tasa de respuesta obtenida, lo que puede relacionarse con el apoyo de instituciones públicas al proyecto, la experiencia y profesionalidad de la empresa responsable del trabajo de campo y el ofrecimiento de un pequeño incentivo económico a los entrevistados. La tasa del 78,6% es equiparable a la de los estudios epidemiológicos más importantes, como el NCS (82,6%)¹, el estudio NEMESIS de Holanda (69,7%)⁵, el Australian National Mental Health Survey (78,1%)⁵⁰ y el reciente NCS Replication (73%)³.

Las limitaciones de nuestro estudio requieren una discusión de estos hallazgos. En primer lugar, se trata de un estudio transversal, concretamente, el primero que se lleva a cabo en España sobre una muestra representativa de la población general. Como todas las encuestas, existe una proporción de falta de respuesta y, aunque las estrategias de finalización del trabajo de campo (*end game*) redujeron esa falta de respuesta, no podemos descartar que las personas que no contestaron tuvieran diferencias en la frecuencia de trastornos mentales respecto a las que sí lo hicieron. En segundo lugar, un aspecto a tener en cuenta en la valoración de los resultados es que los diagnósticos realizados según el DSM-IV se valoraron mediante la entrevista WMH-CIDI, administrada por entrevistadores legos. A pesar de la aceptada validez y fiabilidad del instrumento utilizado³², es importante no olvidar que las tasas de prevalencia obtenidas con la CIDI no se han correspondido exactamente con las entrevistas clínicas. El enfoque inflexible de la entrevista estructurada estandarizada puede llevarnos a una limitada validez de diagnóstico, especialmente en el caso de diagnósticos específicos⁵¹. Por ello, el presente trabajo se ha limitado a recoger información sobre los trastornos en los que la CIDI ha mostrado una alta validez.

Este artículo presenta un resumen de los primeros resultados del estudio ESEMeD-España, que constituye una fuente de información científica sobre la epidemiología de los trastornos mentales en la población general española sin precedentes en este país. La prevalencia-vida de los trastornos mentales en España, incluyendo los trastornos depresivos, de ansiedad y por uso de alcohol, se ha estimado en el 20% de la población adulta. Las mujeres, las personas jóvenes, los que tienen menos educación y los desempleados son grupos poblacionales con mayor riesgo y que precisan una mayor atención sanitaria.

Agradecimiento

Al comité asesor del proyecto ESEMeD-España, formado por: Prof. Juan José López Ibor (presidente), Prof. Enrique Baca Baldomero, Dr. Antonio Bulbena, Dra. Antonia Domingo, Prof. José Giner Ubago, Prof. Carmen Leal Cercós, Dr. Marcelino López, Dr. Luis Rajmil, Dr. Josep Ramos, Prof. Julio Vallejo Ruiloba y Prof. José Luis Vázquez-Barquero.

A los investigadores que participan en el estudio de la reentrevista clínica: Dra. C. Antón, Dra. O. Córdoba, Dra. B. Gamo, Dra. S. González, Dr. J.A. Pérez y Dr. I. Vázquez.

El Estudio ESEMeD-España se ha realizado en coordinación con la iniciativa de la OMS Encuestas de Salud Mental (WHO World Mental Health Survey Initiative; <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). Agradecemos a los miembros del equipo de coordinación de WMH su ayuda en el uso de los instrumentos y en el di-

seño de los procedimientos de campo. Esas actividades han contado con el apoyo de John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, la Pfizer Foundation, el US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, y R01 DA016558), el Fogarty International Center (FIRCA R01-TW006481), la Organización Panamericana de Salud, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmith Kline y Bristol-Myers Squibb. Una lista completa de las publicaciones se puede encontrar en <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
- 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.
- 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.
- Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*. 1997;12:19-29.
- Bijl R, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:587-95.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1091-8.
- WHO International Consortium In Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Org*. 2000;78:413-26.
- Lindeman S, Hamalainen J, Isometsa E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, et al. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:178-84.
- Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al, and the ODIN group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001;179:308-16.
- Baca Baldomero E, Saiz Ruiz J, Porras Chavarino A. Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:504-9.
- Wittchen HU, Muller N, Pfister H, Winter S, Schmidt-Kunz B. Affective, somatoform and anxiety disorders in Germany – initial results of an additional federal survey of psychiatric disorders. *Gesundheitswesen*. 1999;61:S216-S22.
- Murray CJ, López AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bull World Health Organ*. 1994;72:495-509.
- Vázquez Barquero JL, Muñoz PE, Madoz Jauregui V. The influence of the process of urbanisation on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr Scand*. 1982;65:161-70.
- Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Quintanal RG, Labrador López M. Two stage design in a community survey. *Br J Psychiatry*. 1986;149:88-97.
- Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Inform Psiquiatr*. 1990;120:111-31.
- Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:523-30.
- Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, Fuhrer R, Kivela SL, Lawlor BA, et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *Br J Psychiatry*. 1999;174:339-45.
- Andersen K, Launer LJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR, et al. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies. *EURODEM Incidence Research Group*. *Neurology*. 1999;53:1992-7.
- Roca-Bennasar M, Gili-Planas M, Ferrer-Pérez 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.
- Mateos R, Paramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse*. 2002;37:1957-76.
- Mateos R, González F, Páramo M, García MC, Carollo MC, Rodríguez-López A. The Galicia Study of Mental Health of the Elderly I: general description of methodology. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2000;9:165-73.
- Haro JM, Autonell J. Epidemiología psiquiátrica. En: Bobes J, editor. *Nuevas fronteras de psiquiatría*. Barcelona: Doyma; 2001.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut GM, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMED-España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003;31:182-91.
- The ESEMED-MHEDEA investigators. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2002;11:55-67.
- The ESEMED/MHEDEA 2000 investigators. Sample and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109 Suppl:8-20.
- Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13:93-121.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1069-77.
- Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:80-8.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO – Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res*. 1994;28:57-84.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials*. *Br J Psychiatry*. 1991;159:645-53 [fe de errores: *Br J Psychiatry*. 1992;160:136].
- Statistics Netherlands. Blaise developer's guide. Herleen: Department of Statistical Informatics; 1999.
- First MB, Spitzer RL, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV*. Research Version. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
- Shear MK, Rucci P, Williams J, Frank E, Grocholski V, Vander Bilt J, et al. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *J Psychiatr Res*. 2001;35:293-6.
- Marks IM, Mathews AM. Brief standard self-rating for phobic patients. *Behav Res Ther*. 1979;17:263-7.
- Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc*. 1958;53:457-81.
- Disponibile en: www.ine.es
- Gaminde I, Uribe M, Padro D, Querejeta I, Ozamiz A. Depression in three populations in the Basque country – a comparison with Britain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993;28:243-51.
- Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña Martín C, Lequerica Puente J, Artal Simón JA, Liano Rincón A, et al. Depression and anxiety: differential sociodemographic profiles in the general population. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1987;15:95-109.
- 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.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the world Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *JAMA*. 2004;291:2581-90.
- First MB. DSM-IV and psychiatric epidemiology. En: Tsuang MT, Tohen M, editors. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley; 2002. p. 333-62.
- Kessler RC, Little RJ, Groves RM. Advances in strategies for minimizing and adjusting for survey nonresponse. *Epidemiol Rev*. 1995;17:192-204.
- De Graaf R, Bijl RV, Smit F, Ravelli A, Vollebergh WA. Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study: the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Am J Epidemiol*. 2000;152:1039-47.
- Compton WM, Cottler LB, Dorsey KB, Spitznagel EL, Mager DE. Comparing assessments of DSM-IV substance dependence disorders using CIDI-SAM and SCAN. *Drug Alcohol Depend*. 1996;41:179-87.
- Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*. 2003;98:799-804.
- Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2004;38:45-54.
- Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*. 2001;178:145-53.
- Brugha TS, Bebbington BE, Jenkins R, Meltzer H, Taub N, 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.