



Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya

L. Rajmil* / R. Gisbert Magarolas** / M. Roset Gamisans* / P. E. Muñoz Rodríguez*** / A. Segura Benedicto* / Equipo de la Encuesta de Salud de Catalunya

*Institut de Salut Pública de Catalunya. **Institut d'Estudis de la Salut. ***Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

Correspondencia: L. Rajmil. Institut de Salut Pública de Catalunya. Universidad de Barcelona. Campus de Bellvitge. Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Tel. 93 402 42 50. Fax 93 402 42 58. E-mail: lrajmil@bellvitge.bvg.ub.es

Recibido: 10/2/97
Aceptado: 25/9/97

(Prevalence of mental disorders in the general population of Catalonia)

Resumen

Objetivo: Estimar la prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya.

Métodos: Los datos derivan de la Encuesta de salud de Catalunya 1994 (ESCA) y del estudio epidemiológico de Tres Cantos (Madrid). Contestaron el *General Health Questionnaire* (GHQ-12) los individuos mayores de 14 años de la ESCA (n: 12.245). Se calculó la prevalencia de casos psiquiátricos de acuerdo a la puntuación obtenida en el GHQ-12 y utilizando la tabla de probabilidades del estudio de Madrid. Éste estudio calculó la probabilidad de ser caso a partir de una regresión logística, con la entrevista psiquiátrica *Present State Examination* (PSE) como patrón de referencia. Para la comparación de prevalencias entre regiones sanitarias se utilizó el Índice Comparativo de Morbilidad (ICM) tomando como referencia la población de Catalunya.

Resultados: El 17,42% (IC 95%: 17,02-17,82) de la población mayor de 14 años de Catalunya presentó un probable trastorno mental, siendo del 18,66% (IC 95%: 18,07-19,25) en las mujeres y 15,77% (IC 95%: 15,26-16,28) en los hombres. La prevalencia fue mayor en las mujeres respecto a los hombres en todos los grupos de edad. El ICM fue menor en las regiones de *Lleida* y *Girona* y mayor en las regiones de *Tarragona* y *Tortosa*, en ambos géneros.

Conclusiones: La prevalencia de trastornos mentales en Catalunya según el GHQ-12 se sitúa en cifras intermedias respecto de los estudios poblacionales publicados en España y en países anglosajones y es menor comparada con las cifras que se obtienen población atendida en atención primaria de salud, tanto en España como en estudios internacionales.

Palabras clave: Trastorno mental. Prevalencia. GHQ-12.
Summary

Objective: The objective of the study is to estimate the prevalence of mental disorders in the general population of Catalonia.

Methods: Data comes from the Health Interview Survey of Catalonia (Encuesta de Salut de Catalunya, ESCA) and from an epidemiological study of Tres Cantos (Madrid). The *General Health Questionnaire* (GHQ-12) was administered to all the individuals older than 14 years (n: 12.455). The prevalence was estimated according to the GHQ score obtained and its correspondence to the probabilities score of the Madrid study. This study determined the probability of being a psychiatric case in a logistic regression using the *Present State Examination* (PSE) as gold standard. Morbidity Comparative Index (MCI) was used to compare the prevalences between health regions. The population of reference was the population of Catalonia.

Results: The 17.42% (CI 95%: 17.02-17.82) of the population of Catalonia older than 14 years suffered a probable mental disorder, the 18.66% (CI 95%: 18.07-19.25) in women and the 15.77% (CI 95%: 15.26-16.28) in men. The prevalence was higher in women with regard to men in all age groups. The MCI was lower in the Health Regions of *Lleida* and *Girona* and it was higher in the Health Regions of *Tarragona* and *Tortosa*, both in men and women.

Conclusions: The figures are at intermediate level with respect others Spanish and Anglo-Saxon published studies based on population data and lower than the obtained for primary care users in Spain and in other international settings.

Key words: Mental disorder. Prevalence. GHQ-12.

Introducción

Conocer cuántas personas presentan alteraciones en su estado de salud mental tiene una importancia fundamental para la planificación de los servicios de salud y para evaluar la cobertura y equidad del sistema asistencial. A falta de datos relativos a la situación en la población general,

para la elaboración de los planes de salud se emplean datos relativos a la utilización que la población hace de los servicios sanitarios. Sin embargo, esta aproximación produce una perspectiva sesgada de la situación del problema en la comunidad¹.

La medida de la salud mental desde una perspectiva poblacional no está exenta de dificultades. Como en el ámbito de la salud física, la inexistencia de una

definición clara y operativa del concepto que se pretende medir (salud mental, trastorno mental, caso psiquiátrico o diagnósticos psiquiátricos) es el primer escollo²⁻⁶. Esta dificultad tiene una repercusión inmediata sobre los resultados de un estudio epidemiológico⁷. Una definición cuyo modelo conceptual de la salud-enfermedad mental sea amplio derivará en la estimación de unas cifras de prevalencia más elevadas que las que se obtendrían con una definición más restrictiva⁷. Cuando se interpretan los resultados de estudios epidemiológicos en la comunidad o se hacen comparaciones entre ellos, hay que tener siempre presente cual es el modelo conceptual de la salud-enfermedad particular en el que se han basado.

Numerosas investigaciones realizadas con base poblacional muestran que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es muy variable⁸⁻¹⁹, aunque parte de las diferencias pueden deberse a cuestiones metodológicas^{20,21}. Buena parte de estos estudios constan de dos fases, donde se aplica primero un instrumento de cribaje para determinar posibles casos en una muestra de la población y posteriormente una entrevista estructurada a un grupo más reducido de la misma muestra para confirmar los casos^{22,23}. Esta segunda fase permite calibrar la escala utilizada en el cribaje estableciendo un punto de corte en la puntuación obtenida a partir del cual clasificar a las personas encuestadas como probables casos o sanos, con una determinada sensibilidad y especificidad²⁴. La realización de estudios en dos fases es compleja y costosa de manera que en general se han restringido a grupos pequeños de población y en los últimos años se han realizado estudios con un único instrumento diagnóstico²⁵. El estudio de poblaciones amplias para estimar la prevalencia de trastornos se hace con diseños transversales (encuestas) que utilizan escalas de evaluación más sencillas de aplicar, algunas de las cuales se usan también en la primera fase de los estudios citados anteriormente.

El objetivo del presente estudio es medir la prevalencia de problemas de salud mental entre las personas mayores de 14 años en *Catalunya* y las ocho regiones sanitarias a partir de una encuesta de salud en población general realizada en 1994.

Metodología

Los datos utilizados en este estudio proceden de la Encuesta de Salud de *Catalunya* (ESCA)²⁶ y del estudio epidemiológico de Tres Cantos (Madrid)¹².

La ESCA del Servei Català de la Salut (SCS), realizada en 1994, es un estudio en población general con muestreo bietápico, cuyas unidades básicas vienen definidas por el tamaño del hábitat en la primera fase, y los individuos en la segunda. Es representativo para

cada una de las ocho regiones sanitarias y, aplicando la ponderación correspondiente, para toda *Catalunya*.

Se administró el apartado de salud mental de la encuesta a todas las personas entrevistadas que podían responder por sí mismas, quedando excluidos los menores de 15 años y los incapacitados para responder. De esta manera el número total de entrevistas en las que se basan los resultados de nuestro estudio es de 12.245.

El instrumento utilizado para estudiar los problemas de salud mental es el *General Health Questionnaire* (GHQ) de Goldberg, en la versión de 12 ítems (GHQ-12)^{27,28} y administrado por entrevistador. El GHQ detecta fundamentalmente dos tipos de trastornos, la incapacidad para seguir desarrollando con normalidad las actividades de un individuo «sano» y los fenómenos de nueva aparición de naturaleza ansiógena (distress). Asimismo capta las alteraciones presentes en el momento de la entrevista (problemas recientes). El sumatorio de la puntuación obtenida en cada ítem según el método de Goldberg (0-0-1-1) establece la puntuación final. Ésta indica la posibilidad de ser caso psiquiátrico a partir de determinados valores, establecidos mediante un estudio en dos fases. A más puntuación más posibilidad de ser caso, sin determinar la gravedad ni especificar el tipo de trastorno. La adaptación española del cuestionario se realizó en las versiones GHQ-60^{29,30}, GHQ-28³¹ y simultáneamente en las versiones GHQ-60, GHQ-30 y GHQ-12¹². Los estudios internacionales de validez de esta última versión dieron como resultado una sensibilidad de 87%, especificidad de 91% y porcentaje de mala clasificación del 10% en el estudio de Australia³², 85%, 79% y 18% en el de Brasil³³, y 76%, 80% y 20% respectivamente en el estudio español.

El estudio de Tres Cantos (Madrid) es un estudio en dos fases para la validación de las distintas versiones del GHQ en población general. Se realizó en una muestra aleatoria de 654 personas de 18 a 65 años en una población urbana, cercana a la ciudad de Madrid, de nivel socioeconómico medio y no envejecida. Utilizó la entrevista psiquiátrica estructurada *Present State Examination* (PSE) como patrón de referencia, una semana después del cribaje, sobre un 34,4% de la muestra inicial (n: 225). El punto de corte 2/3 es el que presentó el porcentaje más bajo de mal clasificados. En este trabajo se calculó la probabilidad de ser caso psiquiátrico para cada valor de GHQ-12 a partir de una regresión logística^{13,34} donde la variable dependiente era el resultado de la entrevista psiquiátrica PSE (caso/no caso) y la variable independiente la puntuación obtenida en el GHQ-12. Las probabilidades de ser caso para cada puntuación de GHQ-12 derivadas de este trabajo han sido aplicadas a nuestros datos.

La prevalencia de trastornos en la población de *Catalunya* se calculó, en primer lugar, obteniendo la puntuación del GHQ-12 para cada individuo de la

muestra de la ESCA a partir del sumatorio de los puntos obtenidos en los 12 ítems de la escala (según el sistema de puntuación Goldberg). Seguidamente se asignó a cada individuo la probabilidad de ser caso en función de la puntuación obtenida en el GHQ-12 y de acuerdo a las probabilidades estimadas en el estudio de Tres Cantos. Asumimos que la probabilidad de ser caso para cada individuo en la población de *Catalunya* es la probabilidad media de ser caso para la misma puntuación de GHQ que en la población del estudio de Madrid. Finalmente se calculó la prevalencia agregando las probabilidades individuales por edad y género de todos los individuos de la muestra de la ESCA.

En el cálculo de los resultados se utilizó la edad agrupada en cuatro intervalos (de 15 a 24 años, de 25 a 44 años, de 45 a 64 años y más de 64 años), el género y la región sanitaria de acuerdo a la división territorial del SCS (en ocho regiones): *Lleida, Tarragona, Tortosa, Girona, Costa de Ponent, Barcelonés Nord-Maresme, Centre y Barcelona ciutat*.

Para la comparación de prevalencias entre regiones sanitarias se estandarizaron los datos por edad según el método directo en intervalos de 10 años en referencia a la población censal de *Catalunya* del año 1991, y se calculó el Índice Comparativo de Morbilidad (ICM)³⁵ de cada región respecto de la media de *Catalunya*. Cuando el ICM es superior a uno indica mayor morbilidad y cuando es inferior a uno indica menor morbilidad res-

pecto de *Catalunya*, si el intervalo de confianza del 95%³⁵ no incluye la unidad. Se consideraron niveles iguales o menores a 0,05 de la probabilidad de rechazar la hipótesis nula en la significación de los resultados. En el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS para Windows³⁶ utilizando la ponderación derivada de la ESCA, que incorpora el efecto de la estratificación del diseño muestral.

Resultados

La prevalencia de trastornos mentales, entendida como la probabilidad de padecer problemas de salud mental, para la población mayor de 14 años de *Catalunya* fue de 17,42% (IC 95%: 17,02-17,82), siendo de 18,66% (IC 95%: 18,07-19,25) en las mujeres y de 15,77% (IC 95%: 15,26-16,28) en los hombres. La prevalencia por grupos de edad, género y región sanitaria se puede observar en las [tablas 1 y 2](#). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por género con prevalencias más altas en las mujeres en todos los grupos de edad. Comparando los grupos de edad, las prevalencias varían según el género. En las mujeres la prevalencia es mayor en las edades extremas respecto de las mujeres de mediana edad. La prevalencia es más baja en los hombres mayores de 65 años respecto de los más jóvenes.

Tabla 1. Prevalencia de problemas de salud mental según el GHQ-12 en hombres por región sanitaria*.

Región	Edad				Total
	15-24 años	25-44 años	45-64 años	≥ 65 años	
Lleida	12,56 (±2,29) n=65	14,05 (±2,40) n=103	13,65 (±2,11) n=110	10,98 (±1,35) n=79	12,93(±1,07) n=357
Tarragona	18,15 (±3,66) n=98	16,75 (±2,83) n=131	16 (±3,06) n=110	15,67 (±3,79) n=75	16,02(±1,53) n=414
Tortosa	14,07 (±3,05) n=20	20,18 (±3,85) n=35	18,02 (±3,64) n=33	14,43 (±3,50) n=20	17,18 (±1,86) n=108
Girona	14,92 (±2,94) n=90	13,41 (±2,00) n=142	13,49 (±1,93) n=136	11,15 (±1,45) n=95	13,25 (±1,05) n=463
Costa de Ponent	17,29 (±3,09) n=249	15,89 (±2,67) n=331	16,7 (±2,96) n=327	17,19 (±4,79) n=128	16,67 (±1,59) n=1035
Barc. N. Maresme	17,27 (±3,24) n=160	16,14 (±2,86) n=171	17,32 (±3,08) n=206	15,57 (±4,63) n=79	16,73 (±1,16) n=616
Centre	16,42 (±3,19) n=250	16,5 (±2,64) n=353	16,75 (±2,92) n=328	13,57 (±2,78) n=171	15,99 (±1,46) n=1102
Barcelona ciutat	16,59 (±3,18) n=296	15,88 (±2,35) n=501	15,56 (±2,46) n=428	13,84 (±2,56) n=285	15,54 (±1,31) n=1510
Catalunya	16,53 (±1,14) n=1229	15,88 (±0,92) n=1766	16,01 (±0,97) n=1679	14,04 (±1,06) n=931	15,77 (±0,51) n=5605

* Resultados expresados en proporción y su precisión ($\pm 1,96 \sqrt{\frac{p_0 q_0}{n}}$)

No consta información del GHQ en dos casos en la región de *Lleida*, dos casos en *Tarragona*, dos casos en *Tortosa*, seis casos en *Girona*, cinco casos en *Costa de Ponent*, cinco casos en *Barcelonés Nord-Maresme*, 11 casos en la región *Centre* y tres casos en *Barcelona ciutat*.

Tabla 2. Prevalencia de problemas de salud mental según el GHQ-12 en mujeres por región sanitaria*.

Región	Edad				Total
	15-24 años	25-44 años	45-64 años	≥ 65 años	
Lleida	15,94 (±3,72) n=57	13,99 (±2,05) n=101	15,58 (±2,6) n=109	17,19 (±3,54) n=88	15,54 (±1,44) n=355
Tarragona	20,34 (±4,54) n=76	19,12 (±3,16) n=145	22,08 (±4,20) n=117	25,82 (±5,91) n=89	21,58 (±2,16) n=427
Tortosa	24,86 (±5,83) n=20	21,08 (±3,97) n=36	22,34 (±4,19) n=38	20,68 (±4,41) n=29	21,99 (±2,24) n=123
Girona	17,68 (±3,8) n=89	15,21 (±2,23) n=161	14,79 (±2,25) n=150	15,43 (±2,70) n=134	15,62 (±1,32) n=534
Costa de Ponent	20,74 (±4,37) n=230	17,93 (±2,65) n=408	21,76 (±3,84) n=349	21,99 (±4,98) n=199	20,29 (±1,88) n=1186
Barc. N. Maresme	20,54 (±3,89) n=169	19,21 (±3,21) n=230	18,06 (±3,05) n=218	19,00 (±4,36) n=113	19,15 (±1,76) n=730
Centre	18,19 (±3,21) n=276	18,96 (±3,05) n=386	21,06 (±3,52) n=376	21,58 (±4,66) n=247	19,77 (±1,77) n=1285
Barcelona ciutat	21,08 (±3,92) n=330	18,15 (±2,73) n=574	16,81 (±2,95) n=564	17,69 (±2,91) n=441	18,26 (±1,45) n=1909
Catalunya	19,84 (±1,44) n=1248	18,06 (±1,03) n=2040	18,88 (±1,13) n=1922	19,5 (±1,40) n=1339	18,66 (0,59) n=6549

* Resultados expresados en proporción y su precisión ($\pm 1,96 \sqrt{\frac{pq_0}{n}}$)

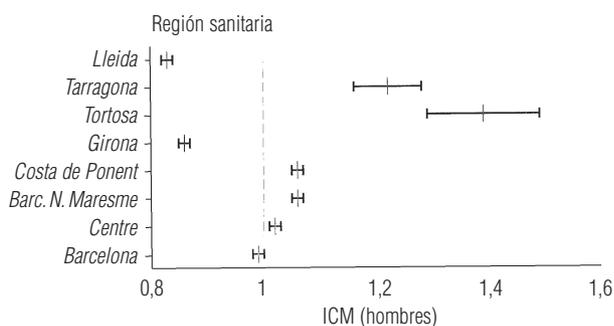
No consta información del GHQ en seis casos en la región de *Lleida*, tres casos en *Tarragona*, 13 casos en *Girona*, 13 casos en *Costa de Ponent*, ocho casos en *Barcelona Nord-Maresme*, 10 casos en la región *Centre* y dos casos en *Barcelona ciutat*.

El Índice Comparativo de Morbilidad psiquiátrica por regiones sanitarias y género se observa en las **figuras 1 y 2**. Las regiones de *Tarragona* y *Tortosa* presentan prevalencias mayores que la media de *Catalunya*, mientras que *Lleida* y *Girona* presentan prevalencias más bajas en los dos géneros. Las regiones *Costa de Ponent* y *Centre* en las mujeres y *Costa de Ponent* y *Barcelona Nord-Maresme* en los hombres, presentan pequeñas diferencias, en el límite de la significación estadística. El resto de regiones no presentan diferencias sustanciales respecto de la media de *Catalunya*.

Discusión

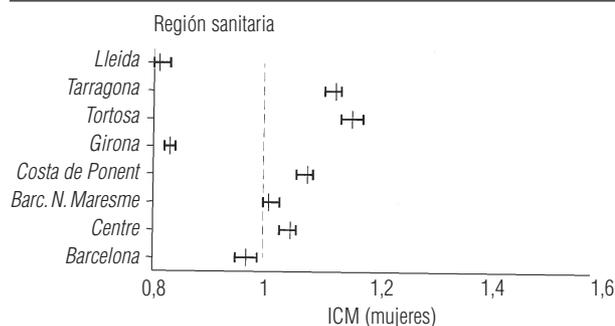
En el presente estudio se ha estimado la prevalencia de trastornos mentales en la población de *Catalunya* utilizando como instrumento el GHQ-12, que asume una definición amplia de este concepto. De acuerdo con nuestros resultados, de las 4.900.000 personas mayores de 14 años de *Catalunya*, unas 850.000 presenta una elevada probabilidad de padecer trastornos de salud mental.

Figura 1. Índice comparativo de morbilidad psiquiátrica (ICM e intervalo de confianza del 95%) según el GHQ-12 por región sanitaria, en hombres



Datos estandarizados por edad según la población censal de *Catalunya* 1991

Figura 2. Índice comparativo de morbilidad psiquiátrica (ICM e intervalo de confianza del 95%) según el GHQ-12 por región sanitaria, en mujeres



Datos estandarizados por edad según la población censal de *Catalunya* 1991

Los resultados de estudios en población general y con aspectos de la metodología similares a la nuestra muestran un amplio rango de prevalencias (de 6,1% a 23,6% en los hombres y de 11,0% a 30,8% en las mujeres) (tabla 3), dentro de las cuales las nuestras se situarían en una posición intermedia. Parte de las diferencias pueden explicarse por la metodología y los distintos instrumentos utilizados. En la primera fase la mayoría de estudios utiliza el GHQ como método de cribaje inicial. El GHQ genera cifras de morbilidad muy similares en todos los estudios. Éstas cifras, en general, son distintas que las obtenidas en los estudios basados en una sola fase de entrevista psiquiátrica (PSE, Diagnostic Interview Schedule-DIS). Además, el PSE es más restrictivo en la definición de patología que el DIS, dado que no diagnostica adicción a drogas, trastorno de personalidad antisocial ni demencia, que sí recoge el DIS. Por otra parte los estudios transversales probablemente subestiman la prevalencia de depresión respecto a los diseños longitudinales dado que recogen sintomatología reciente respecto del momento de la entrevista³⁷.

La diferencia encontrada según género, con una prevalencia mayor en las mujeres respecto a los hombres, es similar a la encontrada por la mayoría de autores^{8, 18} aunque inversa a la publicada en algún trabajo¹⁹. La mayor prevalencia en mujeres podría ser debida en parte a que el GHQ subestima las drogodependencias y el alcoholismo, trastornos más frecuentes entre los hombres. Cuando ambos problemas se tienen en cuenta específicamente, como sucede al utilizar el DIS como instrumento único de medida, la prevalencia entre hombres y mujeres se aproxima¹⁷. Otro factor a tener en

cuenta es el hecho de que las mujeres podrían tener mayor facilidad para expresar diferencias en su estado anímico, hecho socialmente aceptado y que se traduciría en una mayor sensibilidad selectiva de este tipo de instrumentos. Sería interesante estudiar también la importancia de los factores sociales, ya que las diferencias encontradas por género desaparecen, en algunos estudios, cuando las circunstancias sociales son similares, como por ejemplo entre maestros³⁸ o entre militares²⁸.

La edad es un factor que influye la prevalencia de trastornos mentales y se han descrito efectos diferentes de esta variable respecto a los problemas de salud mental. En el estudio presentado, la prevalencia es diferente según la edad en hombres y en mujeres. La presencia de problemas somáticos y algunos factores sociales (más mujeres solas que hombres solos a partir de cierta edad) podrían explicar estas diferencias. De todas formas la edad es uno de los factores que más varía en los diferentes estudios publicados. En general parece claro que los problemas de salud mental son más frecuentes entre los adultos jóvenes, menores entre los 50-60 años y variables (o muy elevados o muy bajos) en los más viejos²⁸.

En nuestro estudio casi todas las regiones donde el predominio de población es rural la prevalencia es más baja. Este hecho es similar al encontrado por otros autores en España⁸. La excepción de la región de *Tortosa*, que presenta cifras más elevadas que las esperadas hace pensar en la influencia de algún otro factor no incluido en este estudio o la influencia del tamaño de la muestra en esta región sanitaria.

Tabla 3. Prevalencia trastornos psiquiátricos en diferentes estudios comunitarios realizados en España y otros países según género

País y área (año de publicación)	n (muestra)	Edad	Tipo de estudio	Instrumento	Prevalencia (%)	
					Hombres	Mujeres
España						
Navarra ⁸ (1982)	1156	≥15	2 fases	GHQ/CIS	19,2	28,3
Navarra ⁹ (1987)	1041	>15	2 fases	GHQ/PSE	11,64	23,62
Cantabria ¹⁰ (1987)	1232	≥17	2 fases	GHQ/PSE	8,1	20,6
Barcelona ¹¹ (1987)	811	≥16	2 fases	GHQ/PSE	15,9	30,8
Madrid ¹² (1993)	654	18/65	2 fases	GHQ/PSE	8,32	24,07
Otros países						
Australia ¹³ (1979)	756	>18	2 fases	GHQ/PSE	7,0	11,0
Uganda ¹⁴ (1979)	206	≥18	1 fase	PSE	23,6	27,0
Londres ¹⁵ (1981)	800	18/64	2 fases	PSE/PSE	6,1	14,9
Atenas ¹⁶ (1986)	489	18/74	1 fase	PSE	8,6	22,6
ECA, EUA ¹⁷ (1988)	18571	≥18	1 fase	DIS	14,0	16,6
Finlandia ¹⁸ (1990)	742	NC	1 fase	PSE	6,9	12,4
Hong Kong ¹⁹ (1993)	12000	18/64	2 fases	SRQ/DIS	19,51	18,29

NC: no constan datos; CIS: *Clinical Interview Schedule*; PSE: *Present State Examination*; GHQ-30: *General Health Questionnaire*; DIS: *Diagnostic Interview Schedule*; ECA: *Epidemiologic Catchment Area*; EUA: Estados Unidos de América; SRQ: *Self Reporting Questionnaire*.

Al interpretar los resultados obtenidos en nuestro estudio hay que tener muy presentes las particularidades que derivan de su metodología, como son el concepto de trastorno mental en un sentido amplio, la escala utilizada (GHQ-12) que no facilita diagnósticos psiquiátricos sino la probabilidad de padecer trastornos mentales y las derivadas del diseño y análisis de la ESCA.

Para la ESCA se escogió la versión de 12 ítems del GHQ fundamentalmente por dos razones, su importante difusión que facilita enormemente las posibilidades de comparar con otros estudios realizados en poblaciones similares y la facilidad de administración dada su inclusión en una encuesta de salud general. Aunque en contrapartida su validez fuera inferior a la de versiones más extensas.

Al utilizar una tabla de probabilidades procedente de una población diferente de la población objeto de estudio, hemos asumido que ambas poblaciones son comparables. Además, aunque la probabilidad de ser caso psiquiátrico según cada puntuación del GHQ-12 es posiblemente diferente para cada género, se ha utilizado una tabla de equivalencias entre estas puntuaciones elaborada con datos de ambos géneros juntos. De esta manera mejora la estabilidad de las estimaciones pero se podría estar subestimando la prevalencia en mujeres y sobreestimando la prevalencia en hombres.

La metodología empleada parte de la probabilidad de ser caso para cada puntuación del GHQ^{13,14}, en lugar de utilizar el punto de corte que presente mejor rendimiento (es decir, menor tasa de mal clasificados). Dicha metodología novedosa aporta una determinación más precisa y realista puesto que la probabilidad de ser caso es distinta para cada puntuación del GHQ y aumenta a medida que lo hace la puntuación. En cambio mediante el punto de corte la probabilidad es igual para los que están a cada lado del punto establecido.

Una posible fuente de subestimación de los resultados es debida a que sólo han respondido el GHQ-12 los entrevistados que estaban en condiciones de hacerlo. No obstante, la incapacidad para responder sólo se dio en 322 entrevistas (el 2,5% del total) y sólo en una parte de ellas el motivo de la incapacidad puede haber sido un trastorno mental.

Si se comparan nuestros resultados con los obtenidos a partir de muestras de individuos atendidos en asistencia primaria^{39,40} se observa una prevalencia más baja con respecto a éstos últimos. Estas diferencias de prevalencia entre población atendida y población general seguramente se deben a que realmente existe una mayor demanda de asistencia general por parte de las personas que sufren trastornos mentales y a que se evidencia la existencia de una relación entre el sufrimiento por trastornos físicos y mentales. Por otra parte pone de manifiesto que los indicadores de salud mental derivados de la población que utiliza los servicios dan una estimación sesgada de la situación real de salud de la población general.

Aunque es hasta cierto punto complejo obtener una medida de salud mental en población general, es importante conocer estos hechos para que la planificación de los servicios sea más acorde con las necesidades. Conocer el número y las características de las personas probablemente afectadas por trastornos en su salud mental debería facilitar la coordinación entre los niveles de atención y mejorar el reconocimiento y el manejo de este tipo de problemas. Siguiendo la teoría desarrollada por Goldberg^{41,42} un porcentaje importante de aquellos individuos con probables trastornos mentales sería tributaria de tratamiento en la asistencia primaria y un porcentaje menor necesitaría atención especializada. La monitorización de esta medida del estado de salud mental y la inclusión de instrumentos que permitan estudiar categorías específicas de problemas mentales, aportarían una información de utilidad en la práctica clínica y en la planificación de los servicios sanitarios.

Agradecimientos

Los autores agradecen al *Servei Català de la Salut* que facilitó los datos de la Encuesta de salud de *Catalunya*, a los profesores S. Shapiro y E. Skinner (Universidad de Johns Hopkins, Baltimore) y a los Dres. V. Barenblit (Instituto IPSI, Barcelona), A. Artemán y P. Roure (Programa de Salud Mental, *Servei Català de la Salut*) por su ayuda en las diferentes fases del presente trabajo.

Bibliografía

1. Gispert R, Lesage A, Boyer R. Los sistemas de información en Salud Mental: una puesta al día. *Informaciones psiquiátricas* 1991;123:59-70.
2. Tizón JL. Introducción a la epistemología de la psicopatología y psiquiatría. Barcelona: Ariel, 1978.
3. Muñoz PE. Epidemiología y asistencia psiquiátrica: la identificación de necesidades. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1981; 9:283-302.
4. Williams P, Tarnopolsky A, Hand D. Case definition and case identification in psychiatric epidemiology. *Psychol Med* 1980;10:101-14.
5. Wing JK. Methodological issues in psychiatric-case identification. *Psychol Med* 1980;10:5-10.
6. Wing JK, Mann SA, Leff JT, Nixon JN. The concept of a case in population studies. *Psychol Med* 1978;8:203-19.
7. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Domenéch J, Martín S. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas* 1987;107:11-40.

8. Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Madoz Jáuregui V. The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr Scand* 1982;65:161-70.
9. Muñoz PE. Estudio de la distribución de los trastornos psiquiátricos y de los niveles de salud mental en una población rural: aplicación de un método standard al conocimiento de la morbilidad psiquiátrica [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma, 1987.
10. Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango J, y cols. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987;17:227-41.
11. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). 2ª fase. *Informaciones Psiquiátricas* 1990;120:111-30.
12. Muñoz Rodríguez PE. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905). *Anales del Fondo de Investigación Sanitaria* 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1993: 221.
13. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R, Adcock S. Psychiatric disorders in Canberra: a standardized study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand* 1979;60:335-74.
14. Orley J, Wing JK. Psychiatric disorders in two African villages. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:513-20.
15. Bebbington PE, Hurry J, Tennant C, Sturt E, Wing JK. The epidemiologic of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med* 1981;11:561-80.
16. Mavreas VG, Beis A, Mouyas A, Rigoni F, Lyketsos G. Prevalence of psychiatric disorders in Athens: a community study. *Soc Psychiatry* 1986;21:172-81.
17. Regier DA, Boyd JH, Burke JD. One month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-86.
18. Lehtinen V, Lindholm T, Veijola J, Vaisanen E. The prevalence of PSE-CATEGO disorders in a Finnish adult population cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:187-92.
19. Char-Nie Chen, Wong J, Lee N, Chan-Ho MW, Tak-Fai Lau J, Fung M. The Shatin community mental health survey in Hong Kong. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:125-33.
20. Dohrenwend BP. Sociocultural and socio-psychological factors in the genesis of mental disorders. *J Health Human Behavior* 1975;16:365-92.
21. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *Am J Psychiatry* 1982;72:1271-9.
22. Deming WW. An assay on screening or on two phase sampling applied to surveys of a community. *Int Stat Review* 1977;45:29-37.
23. Dohrenwend BP, Shrout PE. Toward the development of a two-stage procedure for a case identification and classification in psychiatric epidemiology. En Simmons RG (ed). *Research in community and mental health*. Greenwich: Jai Press, 1981.
24. Diamond EL, Lilienfeld AM. Effects of errors in classification and diagnosis in various types of epidemiological studies. *Am J Public Health* 1962;52:1137-44.
25. Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA, y cols. One year prevalence of psychiatric disorders in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996;41(9):559-63.
26. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document tècnic de l'Enquesta de Salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social (en prensa).
27. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972 (Maudsley Monograph nº 21).
28. Goldberg DP, Williams P. A User's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson, 1988.
29. Muñoz PE, Vázquez JL, Pastrana E, Rodríguez F, Oneca C. Study of the validity of Goldberg's 60 items in its Spanish version. *Soc Psychiatry* 1978;13:99-104.
30. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez Insausti F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de DP Goldberg (un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad). *Archivos Neurobiol* 1979;42:139-58.
31. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-40.
32. Tennant C. «The General Health Questionnaire: a valid index of psychological impairments in Australian populations». *Med J Australia* 1977;2:392-94.
33. Mari JJ, Williams P. The comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaire in Brazil using ROC analysis. *Psychol Med* 1985;15:651-59.
34. Duncan-Jones P, Henderson S. The use of two-stage design in a prevalence study. *Soc Psychiatry* 1978;13:231-37.
35. Rué M, Borrell C. Los métodos de estandarización de tasas. *Revisión en Salud Pública* 1993;3:263-95.
36. Norussis MJ. SPSS Advanced Statistics 6.1. Chicago: SPSS Inc, 1994.
37. Simon GE, VonKorff M, Ustun TB, Gater R, Gureje O, Sartorius N. Is the lifetime risk of depression actually increasing? *J Clin Epidemiol* 1995;48:1109-18.
38. Finlay-Jones R. Factors in teaching environment associated with severe psychological distress among school teachers. *Australian and New Zealand J Psychiatry* 1986;20:304-13.
39. Sartorius N, Üstün B, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, y cols. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'psychological problems in general health care'. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:819-24.
40. García Boro S, Vara González LA, Otero Puyme A. Identificación y cuantificación de los trastornos psiquiátricos en atención primaria. *Aten Primaria* 1985;4:213-18.
41. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock Publications, 1980.
42. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care setting. *Epidemiol Rev* 1995;17:182-90.