

Original breve

# Evolución de la prevalencia de alto riesgo de trastornos mentales en población adulta española: 2006–2012



Virginia Basterra

Psiquiatría-sección B, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 23 de noviembre de 2016

Aceptado el 12 de enero de 2017

On-line el 22 de marzo de 2017

### Palabras clave:

Encuesta Nacional de Salud

Salud mental

Goldberg

Epidemiología

España

## R E S U M E N

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica en población adulta española y su cambio entre 2006 y 2012.

**Métodos:** Se incluyeron 47.905 participantes de las Encuestas Nacionales de Salud de 2006 y 2012. El estado de salud mental se calculó con la puntuación del *Cuestionario de salud general*. Se calcularon regresiones logísticas ajustadas.

**Resultados:** La prevalencia de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica fue del 20,5% en 2012 y del 21,3% en 2006. Usando 2006 como referencia, la *odds ratio* (OR) de estos problemas en 2012 fue de 0,84 (0,79–0,89) en las mujeres y de 1,10 (1,02–1,18) en los varones. En las mujeres descendió en todas las edades. En los varones, las OR fueron de 1,15 (1,04–1,27), 1,23 (1,08–1,40) y 0,81 (0,68–0,96), para los grupos de edad de 16–44, 45–64 y  $\geq 65$  años, respectivamente.

**Conclusiones:** La prevalencia de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica disminuyó, salvo en los varones <65 años, que son más vulnerables a la crisis económica.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Prevalence trends of high risk of mental disorders in the Spanish adult population: 2006–2012

### A B S T R A C T

**Objective:** To evaluate the prevalence of high risk of psychiatric morbidity in the Spanish adult population and its changes between 2006 and 2012.

**Methods:** Data from 47,905 participants obtained from the National Health Surveys in 2006 and 2012 were used. Mental health status was assessed with the *General Health Questionnaire* score. Adjusted logistic regression models were fitted.

**Results:** The prevalence of high risk of psychiatric morbidity was 20.5% in 2012 and 21.3% in 2006. Using 2006 as the reference, the odds ratio (OR) for these problems in 2012 was 0.84 (0.79–0.89) in women and 1.10 (1.02–1.18) in men. In women, it decreased for all ages. In men, these ORs were 1.15 (1.04–1.27) in the aged 16–44 group, 1.23 (1.08–1.40) in the aged 45–64 group and 0.81 (0.68–0.96) in the aged  $\geq 65$  group.

**Conclusions:** The prevalence of high risk of psychiatric morbidity decreased except in males <65 years of age, who are more sensitive to the economic crisis.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Keywords:

National Health Survey

Mental health

Goldberg

Epidemiology

Spain

## Introducción

La prevalencia mundial estimada de trastornos mentales comunes (TMC) es del 17,6%<sup>1</sup>. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los TMC están aumentando en el mundo, situándolos como segunda causa de incapacidad para 2020<sup>2</sup>. En España, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006, el 21,3% de la población adulta presentaba alto riesgo de TMC (ARTMC)<sup>3</sup>. Sin embargo, no hay datos de los años más recientes ni de la evolución temporal. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia y la

evolución del ARTMC en población adulta española entre 2006 y 2012.

## Métodos

Las ENS son estudios periódicos, transversales y representativos de la población española no institucionalizada. En este trabajo se utilizaron los datos de las ENS de 2006 y 2012, realizadas por el Instituto Nacional de Estadística. En la ENS de 2006 se encuestó a personas  $\geq 16$  años, y en la de 2012 a personas  $\geq 15$  años. En este estudio se han incluido únicamente participantes  $\geq 16$  años. Ambas ENS realizaron un muestreo trietápico estratificado (unidades de primera etapa: secciones censales; unidades de segunda etapa: viviendas familiares principales; unidades de tercera etapa:

Correo electrónico: [virginia.basterra.gortari@navarra.es](mailto:virginia.basterra.gortari@navarra.es)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.004>

0213-9111/© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Tabla 1**  
Características de los participantes en las Encuestas Nacionales de Salud de 2006 y 2012

	ENS 2006	ENS 2012
Total	27.329	20.576
Varones	13.385	10.052
Mujeres	13.944	10.524
Edad (años)		
16-44	14.373	10.107
45-64	7.773	6.347
≥65	5.183	4.122
Nivel académico <sup>a</sup>		
Analfabetos o sin estudios	3.274	2.771
Primarios	8.833	2.626
Secundarios	9.146	10.633
Universitarios	3.092	2.271
Clase social <sup>a</sup>		
Nivel I	2.365	1.927
Nivel II	2.476	2.150
Nivel III	6.265	5.550
Nivel IV	7.971	5.605
Nivel V	3.557	2.667
Nivel VI	4.157	2.256

ENS: Encuesta Nacional de Salud.

<sup>a</sup> La suma de participantes en los estratos de nivel académico y clase social no iguala al número total de participantes porque hay participantes en los que no figuran esos datos.

selección de un adulto). Cada participante tiene asignado un coeficiente de ponderación para asegurar la representatividad. El número de participantes ≥16 años en las ENS de 2006 y 2012 fue de 29.478 y 20.884, respectivamente<sup>4</sup>. Este estudio incluye a los/las 27.329 y 20.576 participantes que respondieron al *Cuestionario de Salud General-12 preguntas de Goldberg* (GHQ-12), siendo el método de administración similar en ambas ENS. El GHQ-12 está validado para población española y se utiliza para detectar la incapacidad de seguir realizando actividades habituales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico, como un primer instrumento de cribado<sup>5</sup>. En este último caso, se establece un punto de corte que permite determinar la probabilidad de desarrollar TMC. Las preguntas se responden mediante una escala Likert (0-1-2-3), que puede transformarse en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), cuya suma permite calcular la puntuación GHQ total. Las puntuaciones GHQ total ≥3 indican ARTMC<sup>6</sup>.

La estimación de la población adulta con ARTMC se presenta como porcentaje. Para evaluar la evolución temporal del ARTMC se calculó una regresión logística ajustada. La variable dependiente fue el ARTMC, y las independientes fueron la edad (tres categorías: 16-44, 45-64 y ≥65 años), el sexo, la clase social (seis niveles), el

nivel académico del cabeza de familia (cuatro categorías) y el año de la ENS. Los valores perdidos fueron tratados como otra categoría. Para valorar si la evolución temporal de la prevalencia de ARTMC dependía de la edad, se calculó un término de interacción del año de la ENS y la edad (continua) del participante, añadiendo esta nueva variable al modelo ajustado.

## Resultados

Según la ENS, la prevalencia de ARTMC en población adulta se situaba en 2012 en el 20,5%. La *tabla 1* recoge las características de los/las participantes en cada ENS. Se observó un descenso ajustado significativo en 2012 respecto a 2006 (*tabla 2*). Al estratificar por sexo, se confirmó un descenso en las mujeres de todas las edades. Sin embargo, en los hombres aumentó en los <65 años y disminuyó en los ≥65 años (p de interacción = 0,007) (*tabla 2*). El cambio de tendencia en los hombres se produjo a los 64 años de edad, según el modelo. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de ARTMC que los hombres en todos los estratos de edad y en ambas ENS (p < 0,001 en todas las comparaciones). No se encontró una asociación significativa entre el nivel académico, la clase social y el riesgo de padecer TMC.

## Discusión

Según la ENS de 2012, el 20,5% de la población adulta española se encontraba en situación de ARTMC. Se observa un descenso respecto al año 2006, excepto en los varones <65 años.

A pesar de la disminución del riesgo global, este es elevado. La prevalencia hallada en este estudio es inferior al 26% encontrado en el Reino Unido<sup>7</sup>, y es superior a la prevalencia media mundial de TMC (17,6%)<sup>1</sup> hallada en un metaanálisis en el que se estableció el diagnóstico de TMC según criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE). Estas diferencias pueden explicarse porque el criterio GHQ ≥3 sobreestima la prevalencia de TMC respecto a los criterios DSM y CIE. Al estratificar por sexo, la prevalencia de ARTMC fue mayor en las mujeres, observación previamente descrita<sup>8,9</sup>.

Son pocas las publicaciones de otros países sobre dicho cambio temporal basadas en el GHQ-12<sup>9</sup>. En líneas generales, en todas ellas se mantiene una evolución temporal estable, salvo en una, en la que se observa un incremento en las personas >75 años, aunque en esos trabajos se evaluaban años previos a los de este estudio<sup>9</sup>. Es probable que las estrategias sociosanitarias utilizadas en España para mejorar la salud mental hayan contribuido al descenso objetivado en la ENS<sup>10</sup>. De hecho, el aumento de la dotación económica destinada a salud mental ha incrementado los recursos

**Tabla 2**

Prevalencia cruda (%) y *odds ratios*, ajustadas por estratos de edad, sexo, nivel educativo y clase social, de alto riesgo de trastorno mental común (GHQ ≥3 puntos) en población adulta española, e intervalos de confianza del 95%

	Prevalencia cruda (IC95%)		ORa <sup>a</sup>
	ENS 2006	ENS 2012	
Total participantes <sup>b</sup>	21,3% (20,8-21,8)	20,5% (19,9-21,0)	0,94 (0,90-0,99)
Hombres <sup>b</sup>	15,5% (14,9-16,2)	16,9% (16,1-17,6)	1,10 (1,02-1,18)
16-44 años <sup>c</sup>	14,2% (13,4-15,0)	16,1% (15,0-17,1)	1,15 (1,04-1,27)
45-64 años <sup>c</sup>	15,5% (14,3-16,6)	18,2% (16,9-19,6)	1,23 (1,08-1,40)
≥65 años <sup>c</sup>	20,2% (18,5-21,9)	16,8% (15,1-18,6)	0,81 (0,68-0,96)
Mujeres <sup>b</sup>	26,8% (26,1-27,6)	23,9% (23,1-24,7)	0,84 (0,79-0,89)
16-44 años <sup>c</sup>	22,4% (21,4-23,4)	20,2% (19,1-21,4)	0,88 (0,80-0,97)
45-64 años <sup>c</sup>	28,1% (26,7-29,5)	26,3% (24,8-27,8)	0,90 (0,81-1,01)
≥65 años <sup>c</sup>	35,7% (34,0-37,4)	28,5% (26,7-30,3)	0,73 (0,65-0,83)

ENS: Encuesta Nacional de Salud; IC95%: intervalo de confianza del 95%; ORa: *odds ratio* ajustada.

<sup>a</sup> Categoría de referencia: ENS 2006.

<sup>b</sup> Regresión logística ajustada por estratos de edad, sexo, nivel educativo y clase social.

<sup>c</sup> Regresión logística ajustada por nivel educativo y clase social.

sociosanitarios, implementando abordajes multidisciplinarios en la asistencia de la patología de salud mental<sup>11</sup>. Además, se han realizado diversas intervenciones en la promoción y la prevención de la salud mental, y no solo en el abordaje asistencial de los trastornos mentales ya establecidos<sup>11</sup>.

Estos hallazgos se contraponen a la predicción realizada por la OMS sobre el incremento de los TMC<sup>3</sup>. Sin embargo, esta predicción se realiza para todo el mundo, incluyendo países con más factores de riesgo y menos estrategias de prevención o promoción de la salud mental.

El incremento del riesgo encontrado en los hombres <65 años puede explicarse, al menos parcialmente, por el efecto de la crisis económica entre los años 2006 y 2012. Un estudio reciente realizado en España ha observado que los hombres jóvenes son emocionalmente más sensibles a los efectos de la crisis económica<sup>12</sup>, debido a factores socioculturales (distintos roles y posición social atribuidos según género).

La fortaleza de este trabajo es el uso de datos representativos de la población española con una metodología uniforme de evaluación, que permite conocer la prevalencia del ARTMC en el conjunto de la población y establecer comparaciones entre 2006 y 2012 (datos no disponibles en ENS previas). Una limitación del estudio es que el GHQ no permite realizar diagnósticos clínicos concretos. Así, los TMC engloban trastornos mentales<sup>1</sup> del espectro depresivo, ansioso y relacionado con el consumo de sustancias, cuya edad de inicio, distribución por sexos y tendencia temporal de su prevalencia pueden ser heterogéneas. Esto podría explicar en parte las diferencias observadas en los diferentes estratos de edad y sexo entre 2006 y 2012. Otra limitación es que el GHQ detecta el cambio en la intensidad de un síntoma concreto en el último mes, y por tanto no es útil para valorar trastornos crónicos, lo que puede infravalorar la verdadera prevalencia del ARTMC. Sin embargo, no hay argumentos para pensar que este efecto sea diferente entre las ENS de 2006 y 2012. Además, el ARTMC según las puntuaciones GHQ en la ENS se asocia con medidas de carga de enfermedad, como la demanda asistencial<sup>13</sup> y la hospitalización<sup>14</sup>. En conclusión, según las ENS, la prevalencia del ARTMC era del 20,5% en 2012 y disminuyó entre 2006 y 2012 en las mujeres y en los hombres >65 años, pero aumentó en los hombres <65 años. Estos datos resultan de interés para establecer programas de promoción y prevención en salud mental.

#### ¿Qué se sabe sobre el tema?

Un 25% de las personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida. Las patologías mentales suponen la primera causa de años vividos con discapacidad. Una situación socioeconómica desfavorable incrementa la morbilidad mental, sobre todo en los varones. Las medidas de promoción y prevención de la salud mental son efectivas.

#### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

En 2012, el 20,5% de los adultos españoles presentaba alto riesgo de padecer trastornos psiquiátricos. De 2006 a 2012 la prevalencia disminuyó en las mujeres y en los hombres mayores de 65 años, pero aumentó en los hombres menores de 65 años.

#### Editora responsable del artículo

María del Mar García-Calvente.

#### Declaración de transparencia

La autora (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a Gaceta Sanitaria, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

#### Contribuciones de autoría

V. Basterra es la única autora.

#### Financiación

Ninguna.

#### Conflicto de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43:476–93.
2. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. (Consultado el 26/12/2016.) Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
3. Basterra V. Riesgo de problemas de salud mental en España y distribución por regiones. *Med Clin (Barc)*. 2013;141:181–2.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. (Consultado el 21/11/2016.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
5. Lobo A, Muñoz PE. Cuestionario de Salud General GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones en lengua española validadas. Barcelona: Masson; 1996.
6. 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. p. 221.
7. Jokela M, Batty GD, Vahtera J, et al. Ageing and the prevalence and treatment of mental health problems. *Psychol Med*. 2013;43:2037–45.
8. Treserras-Gaju R, Medina-Bustos A, Mompert-Penina A, et al. Riesgo individual y poblacional en salud mental en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2011;137:16–21.
9. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, et al. Challenging the myth of an epidemic of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*. 2014;31:506–16.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. (Consultado el 28/12/2016.) Disponible en [https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL.SNS.PAG.WEB.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL.SNS.PAG.WEB.pdf)
11. European Commission Mental health systems in the European Union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health. Brussels. 2013. (Consultado el 28/12/2016.) Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/europopp\\_full\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf)
12. Gili M, López-Navarro E, Castro A, et al. Gender differences in mental health during the economic crisis. *Psicothem*. 2016;28:407–13.
13. Basterra V. Demanda asistencial en atención primaria y especializada según la salud mental de población adulta española. *Gac Sanit*. 2016;30:236–7.
14. Basterra V. Probabilidad de hospitalización según la salud mental de la población adulta española. *Gac Sanit*. 2017;31:72–3.