

**NECESIDAD, DEMANDA Y REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL TRASTORNO MENTAL
EN EL SUR DE LA REGIÓN DE MADRID (ESPAÑA)**

Manuel Desviat Muñoz
Manuel Delgado Criado
Carlos González Juárez
Mariano Hernández Monsalve

Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. C/ Luna,1. 28911 Leganés. Madrid.

Correspondencia a: D. Manuel Desviat Muñoz. Instituto Psiquiátrico José Germain. C/ Luna,1.
28911 Leganés. Madrid. Tf: 91 - 5866462. E-mail: mdesviat@ipsqgermain.es.

RESUMEN

Objetivo: medir la tasa de prevalencia de trastornos mentales en la población general, el uso de servicios de salud mental y las opiniones y actitudes de la población al respecto. *Método:* estudio transversal basado en el General Health Questionnaire (GHQ), en una muestra de 2319 sujetos de 18-65 años. Los datos asistenciales se extrajeron del registro de casos psiquiátricos. Por medio de un método cualitativo se obtuvieron las opiniones de la población. *Resultados:* el 23,8% de la población padece un trastorno compatible con una enfermedad mental. El riesgo es mayor en mujeres, separados o divorciados, sujetos sin estudios o inactivos laboralmente. La tasa de prevalencia tratada en los servicios de salud mental es de 0,9%; consultan más las mujeres, los casados, los sujetos de mayor edad y sin estudios. Se identificaron actitudes favorables de la población hacia los nuevos modelos asistenciales. *Conclusiones:* Existe una gran cantidad de potenciales pacientes psiquiátricos no atendidos en la atención primaria o especializada. Los sujetos más desfavorecidos presentan más riesgo de trastorno mental, y son atendidos más intensamente en los servicios especializados.

PALABRAS CLAVE

Morbilidad psiquiátrica. Uso de servicios de salud mental. Actitudes hacia la enfermedad mental.

INTRODUCCIÓN

Las necesidades de atención de salud pueden estimarse con dificultad a partir de la demanda de atención, ya que hay necesidades que no generan cuidados asistenciales (pueden llegar a ser más de la mitad¹) y asistencia sanitaria que no responde a necesidades (uso indebido de servicios, que se ha cifrado en porcentajes de hasta el 50%^{2,3}). El equilibrio entre necesidades, demandas y atención está determinado por una serie de factores que intentaremos conocer por medio del abordaje simultáneo de la morbilidad psiquiátrica en población general, la atención en los servicios psiquiátricos especializados y la opinión social sobre la enfermedad mental y su manejo.

En este artículo se describe la investigación realizada en dos municipios del sur metropolitano de Madrid, Leganés (172.790 hab.) y Pinto (24.363 hab.) con los siguientes objetivos: a) determinar la tasa de prevalencia de trastornos mentales en la población general adulta (18-65 años); b) caracterizar a la población atendida en los servicios de salud mental correspondientes; y c) explorar el imaginario social, es decir, la representación de la enfermedad mental en el discurso de las poblaciones estudiadas.

El conocimiento adquirido con este estudio sirve para orientar la toma de decisiones en el desarrollo de programas y servicios de salud mental.

Las dos localidades en las que se llevó a cabo el estudio presentan un perfil sociodemográfico similar típico del área metropolitana de una gran ciudad. Cuentan con servicios sanitarios que se caracterizan por la universalización de la asistencia y la integración de los recursos de salud mental. Los servicios de salud mental se colocan en segunda línea, de modo que reciben a los pacientes tras su paso por la atención primaria, que ejerce funciones de filtro. Se han desarrollado servicios y programas de atención ambulatoria, hospitalización parcial y completa, y rehabilitación psicosocial de modo similar en ambas localidades. Sin embargo existen las siguientes diferencias: Leganés es una población de tipo totalmente urbano, mientras que Pinto conserva algunas características rurales junto con las urbanas. En relación con la accesibilidad de los servicios de salud mental, mientras que en Leganés hay toda una red de recursos disponibles en la misma localidad, los habitantes de Pinto, por el contrario, han de desplazarse entre ocho y veinte Km., hasta otras localidades, para acceder a los distintos servicios de salud especializados (incluyendo los de salud mental). Los dos municipios cuentan con una red de atención primaria a la salud completamente desarrollada.

Por el posible impacto en las actitudes sociales conviene reseñar que Leganés ha contado con un manicomio de cobertura nacional desde 1851. Durante décadas, dicha institución ha sido la empresa con el mayor número de trabajadores de la localidad, mientras que la presencia de los internos paseando por las calles del lugar ha constituido una escena cotidiana. A partir de 1986, el proceso de reforma psiquiátrica en la Comunidad de Madrid ha tenido uno de sus epicentros en esta zona, culminando con el cierre del antiguo hospital psiquiátrico y la puesta en marcha de toda una red de servicios de salud mental en la comunidad.

La tasa de prevalencia de trastorno mental en la población general en España oscila del 13,4% al 26,4% según el instrumento empleado⁴⁻⁶, cifras similares a las encontradas en otros países^{1, 7-12}. El riesgo es mayor en mujeres, y en personas de mayor edad y de bajo nivel cultural y económico o en paro y en aquellos que viven solos, son solteros o han sufrido una ruptura matrimonial^{4, 11-14}. La tasa de morbilidad del trastorno mental en las consultas de atención primaria oscila del 16% al 33%^{15, 16}. Por otro lado, los sujetos con trastorno mental consultan más por otros motivos¹³, mientras que en la atención primaria apenas se diagnostica la mitad de la patología psiquiátrica que llega a su consulta¹⁶. La prevalencia administrativa anual en la atención especializada tiene valores del 1% al 3% en nuestro sistema sanitario^{17, 18}. La atención en los servicios especializados es más rápida para los jóvenes y los sujetos con riesgo suicida¹⁹ y varía en función del grupo étnico²⁰. Los sujetos que más usan los servicios psiquiátricos especializados son los de bajo nivel socioeconómico, los que han

METODOLOGÍA

1) Morbilidad en población general

Muestra: el estudio se basó en una muestra aleatoria y estratificada por edad y sexo de personas entre 18 y 65 años de edad, censadas en el momento del estudio (febrero y marzo de 1993). Tamaño muestral: se supuso una prevalencia de 0,20, con un error alfa tolerable de 0,05 y una precisión deseada del 2,5%, resultando adecuado un número entre 1000 y 1350 individuos en cada población. Para evitar un excesivo impacto de los casos de individuos no localizables o que rehusasen encuestarse, se extrajeron de forma aleatoria suficientes sujetos para efectuar la sustitución en estos casos por individuos de los mismos estratos de sexo y edad.

Instrumentos: Se empleó el General Health Questionnaire (GHQ), en su versión validada para población española ²². Se empleó el punto de corte en 11/12 (donde los probables casos son aquellos sujetos que puntuaron 12 ó más). En la versión española, y para el punto de corte utilizado en el estudio, el GHQ posee una sensibilidad del 87 % y una especificidad del 66 % para una prevalencia esperada del 19% ²³. Se utilizó además una encuesta diseñada para recoger datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, composición familiar, actividad laboral), uso de servicios sanitarios y acontecimientos vitales en el último año.

Entrevistas: los individuos incluidos en la muestra fueron visitados en sus domicilios por entrevistadores legos, que esperaron a que los encuestados completaran el GHQ, que es autoadministrable, y realizaron a continuación la encuesta.

2) Sujetos atendidos en los servicios de salud mental

Muestra: se extrajo la información sociodemográfica y clínica del Registro de Casos Psiquiátricos de la Comunidad de Madrid de los sujetos atendidos entre el 1 de febrero y el 2 de marzo de 1993. La escasa presencia de la práctica psiquiátrica privada en la zona hace que estas muestras sean aproximadamente equiparables a la totalidad de los sujetos atendidos en servicios sanitarios especializados.

3) El estudio de opiniones

Para explorarlas se constituyeron cuatro grupos de discusión (uno de hombres y otro de mujeres en cada localidad) con personas de 35 a 50 años obreros, pequeños comerciantes y amas de casa. El investigador registraba la respuesta a un conjunto de preguntas sin formularlas explícitamente: a) Sobre la enfermedad mental: concepto, tipos y diferencias, formas de asistencia, orígenes, convivencia social: peligrosidad, integración social y laboral; y b) Opinión sobre los servicios de salud mental: oferta y demanda, uso y satisfacción, medicinas alternativas, medicina pública y privada.

Análisis estadístico

Se estima la prevalencia con su intervalo de confianza al 95% para el total de la muestra y para cada una de las categorías de sexo, edad, estado civil, nivel educativo y situación laboral.

Para analizar las asociaciones se utilizó un modelo de regresión logística que incluyó sexo, edad, estado civil, nivel educativo y situación laboral. Se empleó la odds ratio con el intervalo de confianza del 95% para estimar la asociación.

Para poder predecir qué casos según el GHQ fueron atendidos en los servicios especializados se empleó un modelo de regresión logística, siendo la variable dependiente la pertenencia al grupo de

los casos o a la muestra de sujetos atendidos en los SSM. Se empleó la odds ratio con el intervalo de confianza del 95% para estimar la asociación.

Con el estudio de opiniones se realizó un análisis cualitativo, estructural del contenido por un equipo especializado de consultores.

RESULTADOS

Los individuos no localizados supusieron el 23%. De los localizados, el 74% aceptaron participar en el estudio. Tras la sustitución por sujetos del mismo sexo y estrato de edad, la muestra obtenida constó de 2319 individuos. Comparando los no localizados con la muestra antes de la sustitución, hay diferencias en sexo ($\chi^2 = 23,4$; $Gl = 1$; $p < 0,001$) pero no en edad ($\chi^2 = 7,59$; $Gl = 3$; $p > 0,05$). Entre los rechazos y la muestra hay diferencias en sexo ($\chi^2 = 4,03$; $Gl = 1$; $p = 0,046$) pero tampoco en edad ($\chi^2 = 3,58$; $Gl = 3$; $p > 0,30$).

La población entrevistada

Fueron entrevistados con el cuestionario GHQ 2319 sujetos con las siguientes características sociodemográficas: sexo: 52% varones; edad media 36,6 años ($DE=13,1$ años); estado civil: 25% solteros y 71% casados; nivel educativo: 16% sin estudios; y actividad laboral: 54% activos, 9% parados y 24% amas de casa (tabla 1).

Respecto a su situación de salud el 30% de la muestra la percibió como regular o mala (37% en las mujeres). El 51% de la muestra consultó a los servicios sanitarios alguna vez en los últimos tres meses y un 6% lo hizo en los últimos seis meses por problemas mentales. El 16% de los sujetos refirió haber padecido de "nervios" en algún momento de su vida. El consumo de psicofármacos es reconocido como habitual por el 7% de los sujetos entrevistados, siendo mayor entre las mujeres (10%) (tabla 2).

Morbilidad psiquiátrica

Con un 11/12 como punto de corte para la definición de 'caso' en el cuestionario GHQ, se identificaron 552 positivos (tasa del 23,8% ($IC\ 95\% = 22,1 - 25,5$)). La tasa fue más alta entre las mujeres (30%), en los mayores de 40 años (28%), los separados (38%) y los sujetos sin estudios (31%) (tabla 3). Entre los 'casos' hay una mayor proporción de sujetos con peor autopercepción del estado de salud (20% frente a 7%), mayor número de consultas a servicios sanitarios (68% frente a 51%) y mayor consumo de psicofármacos que en la población general (20% frente a 7%) (tabla 2).

Ajustando un modelo de regresión logística por sexo, edad, estado civil, actividad laboral y nivel educativo, se obtuvieron los resultados registrados en la tabla 3. Se aprecia el mayor riesgo de trastorno mental en las mujeres ($OR = 1,65$), los separados ($OR = 2,21$), los no activos ($OR = 1,51$) y los sujetos sin estudios ($OR = 1,54$). Con la edad no se producen diferencias significativas de riesgo, una vez ajustado el modelo por las demás variables.

Se debe reseñar una interacción, aunque no alcanza el umbral de la significación ($p=0,06$) y no se ha incluido en el modelo: el riesgo de padecer trastorno mental según la actividad laboral sería distinto para cada sexo: $OR = 1,91$ para los hombres y $OR = 1,25$ para las mujeres. Es decir, en los hombres la falta de actividad laboral casi duplica el riesgo de trastorno mental, mientras que en las mujeres sólo lo aumenta un 25%.

Comparación entre morbilidad psiquiátrica en población general y los pacientes atendidos en los SSM

La muestra de pacientes de los SSM estuvo constituida por un total de 1168 sujetos (prevalencia tratada: 0,9% para personas de 18 a 65 años de edad). Sus características aparecen en la tabla 1.

Comparando las tasas de morbilidad en población general obtenido por la encuesta domiciliaria, y el de la prevalencia tratada en los servicios de salud mental, se obtuvo un cociente que indica el porcentaje de prevalencia real que es atendida en los servicios especializados, y que resulta ser del 3,7%.

Se ha calculado un modelo de regresión logística ajustado por sexo, edad, estado civil, nivel educativo y situación laboral, para predecir el riesgo de ser atendido en los SSM si se es 'caso' en la población general. Los resultados aparecen en la tabla 4, donde se destaca el mayor riesgo para ser paciente de los servicios de salud mental en los sujetos que ya padecen un trastorno mental, de las mujeres (OR = 1,38), los no solteros (OR = 1,97), los sujetos sin estudios (OR = 5,22) y los de mayor edad (OR = 4,34 para 51-65 años).

El estudio de opiniones

En el análisis de lo hablado en los grupos aparece de forma importante el peso que el proceso de reforma psiquiátrica (desmantelamiento del manicomio de Leganés y creación de una red de estructuras alternativas), ha dejado en el discurso social. Persiste el temor y la ignorancia a la enfermedad mental ('eso de enfermedad mental ... yo siento una inquietud ... es que desconocemos todo este tema'), aunque aparece con fuerza la nueva posición hacia la misma ('creo que el término locura pasó a la historia, ahora las enfermedades', 'ya las llamamos cada una por su nombre ... aunque no sepas lo que significa').

El concepto de enfermedad mental se relaciona con dificultades en el mantenimiento del vínculo social. Del que no sigue las normas decimos que está 'loco' ('no rigen como los demás', 'actúa de distinta manera que los demás'). Sería nuestra sociedad la que genera la anormalidad, causando conflictos psicológicos en los individuos y favoreciendo la aparición de la enfermedad mental ('la sociedad de consumo lleva a ser insolidario, a aislarse ... te has encerrado en un mundo propio y luego ya no sabes salir'). Pero también es necesaria la predisposición individual.

Dependiendo de la gravedad, el enfermo es o no susceptible de cura. En los trastornos leves se puede hablar de curación. En los graves la curación no se alcanza nunca, quedan secuelas como en los trastornos somáticos, y siempre puede aparecer una recaída.

Hay ambigüedad del discurso al precisar su posición frente a los hospitales psiquiátricos, en relación con tres aspectos: la garantía de atención frente al riesgo de exclusión que estos suponen, la necesidad de que el enfermo mental esté socialmente atendido y la posibilidad de rehabilitación. Si el enfermo mental es rehabilitable, el aislamiento no tiene justificación clínica. Sólo debe restringirse a aquellos socialmente peligrosos o en los casos en que la familia no pueda acogerlos y participar en su rehabilitación.

Con respecto al tipo de tratamiento que debe aplicarse a los enfermos mentales, los grupos sostuvieron que la terapia farmacológica debe utilizarse, pero sólo en los casos necesarios, durante un tiempo limitado y como ayuda subsidiaria al abordaje psicoterapéutico ('hay mucha gente que se pone bien con hablar ... pero hay personas que necesitan fármacos y ayuda').

Todavía hay familiares quienes, por vergüenza, ocultan a sus enfermos o se desentienden del trastorno que éstos puedan padecer. Pero esta vergüenza se está perdiendo cada vez más en la medida en que avanza la concepción actual de la enfermedad mental. No hay vacilación en el grupo para admitir que la familia puede y debe ayudar al enfermo a iniciar un tratamiento especializado.

Se repite la demanda de más información dirigida a la familia y a la sociedad en general, que les ayude a superar la vergüenza y la condena social que les supone tener algún miembro de la familia diagnosticado de algún tipo de enfermedad mental, y que les estimule a tomar un papel activo en el proceso rehabilitador. Se pide que la administración imparta mayor información y que se concrete en campañas de publicidad.

DISCUSIÓN

Esta encuesta de morbilidad no está exenta de algunas limitaciones:

El porcentaje de no localizados más rechazos supera al que es deseable, aunque la sustitución por sujetos del mismo sexo y estrato de edad ayudaría a limitar en parte posibles sesgos. Los no entrevistados por una u otra causa se diferencian del total de la muestra en el predominio de varones, lo que puede estar relacionado con la actividad laboral, que produciría mayores dificultades para encontrarlos en su domicilio o concertar una cita. No se dispone de datos de actividad laboral u otras variables de los sujetos no entrevistados, por razones obvias, por lo que no es posible confirmar esta hipótesis.

Al elaborarse la muestra a partir del censo, quedan fuera los recién llegados a la localidad y los individuos marginales, mientras que se incluyen aquellas personas institucionalizadas que aleatoriamente fueron seleccionadas; otros estudios excluyen a este último grupo de población⁹.

La morbilidad obtenida con GHQ es del 23,8%. Esta cifra se encuentra dentro del rango de valores que se obtienen en otros estudios similares, aunque existen grandes variaciones en función de los instrumentos utilizados y la población en la que se realizan^{1, 4, 5, 7-12, 24-28}.

Se confirmó como factor de riesgo el pertenecer al sexo femenino, estar separado o divorciado, el bajo nivel educativo y inactividad laboral^{4, 9, 11, 12, 29, 30}. Esta última asociación constituye un factor de riesgo en ambos sexos; no obstante lo es mucho más en los varones. Probablemente hombre en paro tiene menos recursos y más presión social que una mujer no activa que mantiene las tareas domésticas, sufriendo menos problemas de autoestima.

La mitad de la población ha consultado un servicio sanitario en los últimos tres meses, número que aumenta al 68% entre los GHQ positivos. La Encuesta Nacional de Salud de España de 1995 (ENSE 1995)³¹ encuentra que el 24% de la población había consultado al médico en los últimos 15 días. Los resultados del 'Epidemiologic Catchment Area Program' de los EEUU muestran porcentajes de consulta a servicios médicos en torno al 58% en los seis meses previos³². Comparándolo con el porcentaje de GHQ positivos que han consultado por problemas psiquiátricos (14%) se puede suponer que se produce una tendencia a realizar demandas sanitarias relacionadas con problemas somáticos entre los sujetos con trastorno mental³³. En relación con esto, vemos que sólo un 30% de la muestra percibe su salud como 'no buena' (similar a la ENSE 1995), mientras que consulta a servicios sanitarios un 51%, por lo que puede suponerse que dicha consulta está relacionada con la satisfacción de necesidades que van más allá de las estrictamente sanitarias o con una ocultación del estado real de salud. Estas diferencias se acortan en el caso de los GHQ positivos, es decir, se aproximan más la autopercepción del estado de salud y la consulta a servicios sanitarios cuando aumenta la certeza de que el sujeto padece algún trastorno. Desde la perspectiva de posibles necesidades no satisfechas encontramos que un 32% de casos según GHQ no han realizado ninguna consulta sanitaria en los últimos tres meses.

El consumo declarado de psicofármacos (habitual en el 7% de la muestra), aparentemente bajo, concuerda con los resultados de la ENSE 1995 (toman tranquilizantes o antidepresivos el 6% de la población), y es, lógicamente, mayor entre los GHQ positivos (consumo habitual en el 20%). Esto hace pensar en la existencia de una amplia franja de población con trastorno mental no tratada

psicofarmacológicamente^{9, 34-36}.

Analizamos a continuación los resultados de la comparación de los casos GHQ y los pacientes atendidos en consulta especializada.

El modelo sanitario de la Comunidad de Madrid, que sitúa la atención psiquiátrica en el segundo escalón asistencial, explica en parte que las cifras de prevalencia atendida en consulta especializada relativamente bajas, dada la asunción de responsabilidades terapéuticas por parte de la atención primaria y la posible existencia de necesidades no percibidas por el paciente o no cubiertas por el sistema de atención. La proporción de trastorno mental atendido en los servicios especializados (3,7%) se encuentra en la parte baja del rango de otros estudios (1,6% al 20,3%)³⁷⁻⁴¹.

Las mujeres presentan más trastornos mentales y además hacen un mayor uso de servicios psiquiátricos especializados, hecho habitual algunos estudios^{21, 42}. Esta diferencia puede ser debida en parte a que el GHQ mide desmoralización, que es más frecuente en mujeres, y no trastornos por uso de sustancias, más frecuente en hombres. Goldberg, revisando distintos estudios encontró una menor tendencia a consultar en mujeres que en hombres³³.

Respecto a las diferencias encontradas con relación a la edad, destaca una mayor presencia en la consulta conforme aumenta la edad, independientemente del sexo, la actividad laboral y el nivel educativo. Por otro lado es mucho mayor en consulta el número de sujetos de bajo nivel educativo y aquellos no solteros.

Se conforma así una tipología de usuarios excesivos respecto a la presencia esperada de trastorno mental: se trataría de mujeres, sujetos de mayor edad y bajo nivel cultural y no solteros

Se puede suponer que este grupo emplea la consulta como un modo de satisfacer necesidades de apoyo que su grupo familiar y social no están en condiciones de aportar. En el caso de padecer un trastorno mental, demandan más atención sanitaria o tienden a permanecer más tiempo en tratamiento especializado, quizá por la ausencia de una red de apoyo familiar y social^{3, 9, 29, 30, 35, 43}. El mayor uso de servicios por el eslabón más débil de la cadena social concuerda con lo encontrado por Badawi²¹, mayor uso de servicios en sujetos que viven solos o en familias encabezadas por mujeres.

En resumen, podemos suponer que, frente a la presencia de un trastorno mental, la demanda de atención por servicios especializados aumenta en los sujetos a los que su entorno no les proporciona apoyos suficientes. También es una posible explicación el considerar que la falta de apoyos aumenta la autopercepción de sufrimiento psíquico, o bien que hace que las demandas a atención primaria se planteen de modo que aumente la probabilidad de su derivación a los SSM, o, por último, una vez en consulta especializada, sus tratamientos son más largos, por la razón que sea (mayor necesidad de tratamiento, menos abandonos o ambas cosas).

El estudio cualitativo muestra un cambio positivo en la imagen social de la enfermedad mental y de los servicios de atención. Es difícil comparar estos resultados con los de los escasos estudios encontrados⁴⁴⁻⁴⁷, que, por otra parte, utilizan métodos diferentes. Los cambios hallados en el discurso social reflejaron un proceso que se ha producido en paralelo a los cambios producidos por la reforma psiquiátrica de la zona en los últimos diez años. Importa destacar la modificación positiva de las opiniones sobre peligrosidad y necesidad de instituciones manicomiales.

CONCLUSIONES

Del total de la población que probablemente padece trastorno mental (23,8%), sólo consultan a la atención primaria por problemas psíquicos el 14 % de ellos, y son atendidos en los servicios de salud mental algo menos del 4%. Estos datos nos hablan de la existencia de una gran bolsa de necesidades de tratamiento no satisfechas por el sistema sanitario. Por otra parte, la colaboración con la atención primaria para la detección, tratamiento o derivación a la atención especializada de los pacientes psiquiátricos tiene unas amplias posibilidades de desarrollo.

Los sujetos en situaciones más desfavorecidas (sin estudios, sin trabajo), los separados o

divorciados y las mujeres son los que presentan más riesgo de padecer trastorno mental. Los servicios de salud mental ejercen una discriminación positiva pues tienden a atender más aún de lo esperado a los pacientes de estas características (excepto a los no activos).

Este trabajo se ha financiado con una beca del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 92/0514).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bebbington PE, Marsden L, Brewin CR. The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell Needs for Care Survey. *Psychol Med* 1997;27(4):821-34.
2. Lin E, Goering PN, Lesage A, et al. Epidemiologic assessment of overmet need in mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32(6):355-62.
3. Lin E, Goering P, Offord DR, et al. The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. *Can J Psychiatry* 1996;41(9):572-7.
4. Lou Arnal S, Magallon Botaya R, Orozco Gonzalez F, et al. An epidemiological study on mental health in a health area. *Aten Primaria* 1990;7(5):338-44.
5. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17: 227-241.
6. Santiago A, Vázquez-Barquero JL, Díez JF. El rol femenino como determinante de la salud mental de las mujeres de la población general de Cantabria. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1994; 22(5):218-229.
7. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:977-986.
8. Almeida N, Jesus J, Coutinho E, et al. Estudio Multicêntrico de morbilidad psiquiátrica em áreas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-PAL* 1992; 14 (3): 93-104.
9. Kessler RC, McGonagle KA, Zao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
10. Cooper J, Sartorius N. *Mental Disorders in China*. Gaskell, London 1996.
11. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P et al. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – initial findings from the Household Survey. *Psychol Med* 1997; 25: 775-789.
12. Fink P, Jensen J, Borgquist L et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a Nordic multicentre investigation. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 409-418.
13. Lopez-Torres Hidalgo J, Escobar F, Fernandez C, et al. Mental disorders and the utilization of the general medicine consultation. *Aten Primaria* 1992;10(3):665-70.
14. Deniel Rosanas J, Bosch Molas M, Culi Borrás N, et al. The influence of unemployment on mental health problems. *Aten Primaria* 1996;18(7):379-82.
15. Vazquez-Barquero JL, Wilkinson G, Williams P, et al. Mental health and medical consultation in primary care settings. *Psychol Med* 1990;20(3):681-94.
16. Vazquez-Barquero JL, Garcia J, Simon JA, et al. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry* 1997;170:529-35:529-35.
17. de Pablo Alcazar F, Albacete Belmonte A, Merono Mendez A, et al. Annual treated psychopathological morbidity. Demographic and diagnostic features. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1992;20(1):1-10.
18. Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. *Memoria* 1996. Madrid 1997: p 14.
19. Harrison J, Kisely SR, Jones JA, et al. Access to psychiatric care; the results of the Pathways to Care study in Preston. *J Public Health Med* 1997;19(1):69-75.
20. Commander MJ, Dharan SP, Odell SM, et al. Access to mental health care in an inner-city health district. II: Association with demographic factors. *Br J Psychiatry* 1997;170:317-20:317-20.
21. Badawi M, Kramer M, Eaton W. Use of mental health services by households in the United States. *Psychiatr Serv* 1996;47(4):376-80.
22. Muñoz PE, Vazquez JL, Rodríguez F, Pastrana E, et al. Adaptación española del General Health

- Questionnaire (G.H.Q.) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología* 1979; 42: 139-158.
23. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, et al. Two stage design in a community survey. *Br J Psychiatry*. 1986; 149:88-97.
 24. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, et al. Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60: 355-374.
 25. Bebington P, Hurry J, Tennant C, et al. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine* 1981; 11: 561-579.
 26. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, et al. Prevalence of Psychiatric disorders in Athens. A community Study. *Soc Psychiatry* 1986; 21: 172-181.
 27. Hodiament P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*, 1987; 17: 495-505.
 28. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, et al. Estudio epidemiológico en Salud Mental de la comarca del Baix Llobregat. *Informaciones Psiquiátricas* 1987; 107: 11-40.
 29. Fernández Liria A et al. Cronicidad en un dispositivo de atención ambulatoria a la salud mental (Leganés). En Espinosa J, eds. *Cronicidad en Psiquiatría*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1986.
 30. Viinamäki H, Kontula O, Niskanen L, et al. The association between economic and social factors and mental health in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:208-213.
 31. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Sanidad* 1995. Madrid 1996.
 32. Shapiro S et al. Utilization of Health and Mental health Services. *Arch Gen Psychiatry*. 1984; 41: 971-978.
 33. Goldberg D, Huxley P. *Enfermedad Mental en la Comunidad*. Ed. Nieva, Madrid 1990.
 34. Harvey CA. The Camden schizophrenia surveys: I. The psychiatric, behavioural and social characteristics of the severely mentally ill in an inner London Health District. *Br J Psychiatry* 1996; 168:410-417.
 35. Cameron L, Leventhal EA, Leventhal H. Seeking medical care in response to symptoms and life stress. *Psychosomatic Medicine* 1995; 57:37-47.
 36. Ormel J, Koeter MWJ, van den Brink W, et al. The extent of nonrecognition of mental health problems in primary care and its effects on management and outcome. En Goldberg D, Tantam D eds. *The public health impact of mental disorders*. Hogrefe & Huber, Toronto 1990; 154-165.
 37. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. Routledge, London 1992.
 38. Giel R, Koeter MWJ, Ormel J. Detection and referral of primary-care patients with mental health problems: the second and third filter. En: Goldberg D, Tantam D, eds. *The public health impact of mental disorders*. Hogrefe & Huber, Toronto 1990.
 39. Tansella M, Williams P. The spectrum of psychiatric morbidity in a defined geographical area. *Psychological Medicine* 1989; 19:765-770.
 40. Berg N van den, Limbeek J van, Geerlings P, et al. Psychische morbiditeit en zorgconsumptie. En: van Limbeek J, van den Berg CEA, Sergeant JA, et al, eds. *Patiënt, stoornis en zorg: een onderzoek naar de prevalentie, het ziektebeloop en de herkenning van psychische stoornissen in Amsterdam Oost en Zuidoost*. Academische Pers Amsterdam, Amsterdam 1994; 17-44.
 41. Hansson L, Öiesvold T, Göstas G, et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry. I. treated point prevalence and characteristics of the psychiatric services. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 41-47.
 42. Vinding HR, Hansson L, Zandren T, et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry. Part IV. The influence of patient social characteristics on treated incidence. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93(5): 339-344.
 43. Cui X, Vaillant GE. Antecedents and Consequences of Negative Life Events in Adulthood: A Longitudinal Study. *Am J Psychiatry* 1996; 152: 21-26.

44. Rössler W et al. Does community-based care have an effect on public attitudes toward the mentally ill?. *Eur Psychiatry* 1995; 10: 282-289.
45. Barker D et al. Patients' Views Towards Care Received From Psychiatrists. *Br J Psychiatry* 1996; 168:641-646.
46. Wolff G et al. Community Knowledge of Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People. *Br J Psychiatry* 1996; 168:191-198.
47. Wolff G et al. Community Attitudes to Mental Illness. *Br J Psychiatry* 1996; 168:183-190.

Tabla 1.- CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS ENTREVISTADOS Y DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL				
	Sujetos entrevistados		Pacientes SSM	
Total	2319		1168	
	n	%	n	%
Sexo				
Varones	1212	52,3	427	36,6
Mujeres	1107	47,7	741	63,4
Edad				
18-30	651	29,1	243	20,8
31-40	533	23,8	224	19,2
41-50	559	24,9	364	31,2
51-65	498	22,2	337	28,8
Estado civil				
Soltero	569	25,3	293	25,6
Casado	1594	70,9	779	68,1
Otro	86	3,8	73	6,4
Nivel educativo				
Sin estudios	365	16,3	213	18,8
Primarios	1185	53	420	37,1
Secundarios	527	23,6	409	36,1
Superiores	160	7,1	91	8,0
Situación laboral				
Activo	1221	54,4	382	35,1
Pensionista	111	4,9	76	7,1
Parado	176	8,6	103	9,4
Ama de casa	531	23,7	451	41,4
Otros	16	0,7	79	7,2

Tabla 2.- ESTADO DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN POBLACIÓN GENERAL Y EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL					
	Población general			Casos psiquiátricos	
	n	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Autopercepción estado de salud					
Mala	151	6,8	5,7 – 7,9	19,7	16,3 – 23,1
Regular	513	23,1	21,3 – 24,9	38,4	34,3 – 42,5
Buena	1460	70,1	68,2 – 72,0	41,9	37,7 – 46,1
Total	2124				
Ha padecido de nervios en algún momento de su vida	358	16,2	14,9 – 17,5	32,0	28,0 – 36,0
Total	2209				
Consultó en los últimos 3 meses a algún servicio sanitario	1127	50,7	48,6 – 52,8	68,3	64,5 – 72,1
Total	2222				
Consultó en los últimos 6 meses por algún problema nervioso a algún servicio sanitario	133	6,1	6,1 – 7,1	14,2	11,3 – 17,1
Total	2194				
Hospitalizado en el último año	160	7,2	6,1 – 8,3	10,5	7,9 – 13,1
Total	2222				
Consumo de psicofármacos					
Nunca	2013	91,2	90,0 – 92,4	76,5	73,0 – 80,0
Menos de 1 vez al mes	48	2,2	1,6 – 2,8	3,8	2,2 – 4,4
Habitualmente	146	6,6	5,6 – 7,6	19,8	16,4 – 23,2
Total	2207				

Tabla 3.- FACTORES DE RIESGO DE POSIBLE TRASTORNO MENTAL				
	N	Casos	Prevalencia (IC 95 %)	OR ajustado*(IC 95%)
Total	2319	552	0,24 (0,22 – 0,26)	
Sexo				
Varones	1212	215	0,18 (0,17 – 0,19)	1
Mujeres	1107	337	0,30 (0,28 – 0,32)	1,65 (1,32 – 2,06)**
Estado civil				
Soltero	569	121	0,21 (0,20 – 0,23)	1
Casado	1594	388	0,24 (0,22 – 0,26)	1,01 (0,71 – 1,43)
Viudo	46	18	0,39 (0,25 – 0,53)	1,30 (0,64 – 2,67)
Separado	40	15	0,38 (0,23 – 0,53)	2,21 (1,07 – 4,55)**
Edad				
18-30	651	144	0,22 (0,20 – 0,24)	1
31-40	533	101	0,19 (0,17 – 0,21)	0,80 (0,55 – 1,16)
41-50	559	146	0,26 (0,24 – 0,28)	1,01 (0,69 – 1,48)
51-65	498	150	0,30 (0,28 – 0,32)	1,02 (0,67 – 1,54)
Nivel educativo				
Con estudios	1427	288	0,20 (0,19 – 0,22)	1
Sin estudios	810	252	0,31 (0,29 – 0,33)	1,56 (1,21 – 2,01)**
Situación laboral				
Activo	1221	221	0,18 (0,17 – 0,20)	1
No activo	1022	319	0,31 (0,29 – 0,33)	1,51 (1,21 – 1,88)**

* Odds ratio ajustadas por sexo, estado civil, grupo de edad, nivel educativo y situación laboral.

** Odds ratio significativas con $p < 0,05$.

Tabla 4.- COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES ATENDIDOS EN LOS SSM Y MORBILIDAD EN POBLACIÓN GENERAL		
	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada *(IC 95%)
Sexo		
Varones	1	1
Mujeres	1,18 (0,96 – 1,44)	1,38 (1,10 – 1,75)**
Estado civil		
Soltero	1	1
Casado alguna vez	1,27 (1,00 – 1,61)	1,97 (1,38 – 2,83)**
Edad		
18-30	1	1
31-40	0,78 (0,59 – 1,03)	2,33 (1,57 – 3,46)**
41-50	1,00 (0,74 – 1,34)	3,81 (2,56 – 5,68)**
51-65	1,17 (0,90 – 1,53)	4,34 (2,86 – 6,59)**
Nivel educativo		
Con estudios	1	1
Sin estudios	3,44 (2,76 – 4,28)	5,22 (4,02 – 6,79)**
Situación laboral		
Activo	1	1
No activo	0,97 (0,79 – 1,20)	1,16 (0,92 – 1,47)

* Odds ratio ajustadas por sexo, estado civil, grupo de edad, nivel educativo y situación laboral.

** Odds ratio significativas con $p < 0,05$.