



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Díaz-Cruz, Francisco; Bethencourt Pérez, Juan M.; Peñate Castro, Wenceslao
Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, núm. 90, junio, 2004, pp. 21-39
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Francisco Díaz-Cruz, Juan M. Bethencourt Pérez, Wenceslao Peñate Castro

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA ISLA DE TENERIFE¹

THE PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS ON THE ISLAND OF TENERIFE

■ RESUMEN

Se pretende con este estudio llevar a cabo una estimación de la prevalencia de los trastornos mentales agrupados tanto en categorías generales como en categorías diagnósticas específicas. Se utilizó un diseño por conglomerados bietápico, llevando a cabo una selección aleatoria de la muestra en dos fases. La muestra en 1ª fase estuvo constituida por 800 personas, mayores de 18 años. En 2ª fase se trabajó con 114 personas. Como instrumentos de evaluación se administraron el GHQ-28 y la entrevista estructurada CIDI. Los resultados indican una prevalencia estimada del 18,42% para el total de la muestra. Se obtiene una mayor prevalencia de trastornos en las mujeres. Por categorías específicas, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, seguidos por los trastornos relacionados con sustancias y de los trastornos del estado de ánimo. Se destaca que los trastornos relacionados con el uso de sustancias ocupan un segundo lugar, desplazando a los trastornos del estado de ánimo, lo que concuerda con otros estudios realizados con metodología similar.

Palabras clave: estudio epidemiológico, salud mental, adultos.

■ SUMMARY

In this study it is described the results of an epidemiological community study on the prevalence of both general and specific mental disorders. A two stage design was use according a random sample distribution by conglomerates. In the first stage 800 adult persons was the final sample; second stage, 114 adults were assessed. The assessment instruments were GHQ-28 and the CIDI structured interview. The results indicate an estimated prevalence rate of 18,42% of general mental disorders. These rates are highest in women. According to specific disorders, the anxiety disorders was most prevalent disorder, followed by substance abuse and affective disorders. It is outlined that substance abuse disorders occupy the second position, displacing the affective disorders, which agrees with other studies realized with similar methodology.

Key words: epidemiological study, mental health, adults.

■ INTRODUCCIÓN

Hoy día existe ya un importante volumen y una cierta tradición en la elaboración de trabajos epidemiológicos en salud mental, proporcionando información sobre los cambios en las tasas y tipos de trastornos más frecuentes, tanto inter-generaciones como inter-culturas. Sin embargo, un importante número de personas con trastornos mentales pasa desapercibida en nuestra población, debido entre otras causas, a la identificación incorrecta de la sintomatología, a la resistencia a acudir en busca de ayuda psicológica, la ausencia de servicios comunitarios o a la falta de información respecto a estos servicios.

Estos aspectos hacen que todavía exista una cierta distancia entre la demanda de servicios en salud mental por parte de la población y la tasa real de problemas mentales en esa comunidad. En ese sentido, se hace necesario recurrir a los estudios epidemiológicos para intentar determinar las cifras concretas de prevalencia de estos trastornos, así como las patologías más comunes en el ámbito de la salud mental (1). Sin embargo, y pese al extenso número de investigaciones epidemiológicas, lo cierto es que la utilización de diferentes metodologías y distintos instrumentos de evaluación hacen cuanto menos difícil la comparación entre diferentes culturas.

La preocupación por el estudio de la morbilidad psiquiátrica entre culturas comienza aproximadamente a mediados de siglo (2). La primera investigación de esta clase en epidemiología psiquiátrica fue publicada por Lin (3). Desde entonces, este tipo de estudios se ha visto incrementado.

En nuestro trabajo tendremos en cuenta las investigaciones desarrolladas por el WHO-ICPE (4). Los datos de prevalencia recogidos en este informe son el resultado de la comparación de los estudios epidemiológicos realizados en 18 países de los cuales tendremos en cuenta 7 de ellos, de los que ya existen resultados, y que tienen en común el utilizar una metodología similar empleando la Composite International Diagnostic Interview como instrumento diagnóstico (4).

Se han recopilado en estos trabajos datos sobre prevalencia de trastornos mentales en población general, clasificando estos datos en tres grandes categorías: prevalencia de los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con el uso de sustancias, basándose en los criterios DSM-III-R y DSM-IV para el diagnóstico. En ningún caso se establecieron criterios jerárquicos.

En España, son muchos los estudios epidemiológicos que hacen referencia a la prevalencia de trastornos mentales en las diferentes Comunidades Autónomas. Sin embargo, y como ya comentamos anteriormente, no existe una metodología común que pueda sentar las bases para establecer comparaciones entre las diferentes comunidades, de manera que si queremos llevarlas a cabo debemos centrarnos en cuestiones comunes, tales como el diseño o el tipo de instrumentos utilizados. En nuestro caso, no existe ninguna referencia acerca de la utilización de la CIDI en ningún estudio con población general. El único estudio (5) encontrado que ha utilizado este

instrumento, centra su trabajo en población *sin hogar*. Esto hace que para establecer similitudes con otras investigaciones hayamos tomado como referencia aspectos comunes en el diseño. Entre los más representativos encontramos el realizado por Gili y cols. (6) en la isla de Formentera, el de Magallón (7) en Aragón, el de Muñoz (8) en Navarra, Ortega y cols. (9) en La Rioja, el de Vázquez-Barquero y cols. (10, 11) también en Navarra, Vázquez-Barquero y cols. (12) en Cantabria, el de Villaverde (13) en Tenerife; todos ellos con el denominador común de utilizar diseños en dos fases y como prueba de criba el GHQ-28 o GHQ-60 (ambos, con similares características psicométricas).

Tomamos como referencia a la hora de establecer comparaciones entre categorías diagnósticas los trabajos de Gili y cols. (6), Ortega y cols. (9) y Villaverde (13).

En la comunidad canaria, junto al ya mencionado trabajo de Villaverde y cols. (13) limitado a una población urbana, tenemos escasos estudios epidemiológicos y no siempre realizados con la profundidad requerida. Así, el trabajo de Vicente (14), aporta datos de carácter general de la Comunidad Autónoma de Canarias. Sin embargo, y a pesar de la importancia del trabajo, éste no profundiza en la descripción de la sintomatología concreta. Otros trabajos que sí lo hacen, por ejemplo De la Fuente (15) son estudios parciales sobre algún cuadro psicopatológico concreto.

Así las cosas, el escaso material disponible hace referencia a datos incidentales sobre la demanda de los servicios de ayuda (personas que acuden a centros de salud con sintomatología diversa y que no son evaluados por personal especializado) o a datos basados en el análisis cualitativo de expertos. Esto significa que no tenemos el nivel de prevalencia real de los problemas psicológicos y que no conocemos la necesidad de ayuda existente que para esos problemas tienen las personas.

En este trabajo se aportan datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife Agrupando estos trastornos en grandes síndromes (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por el uso de sustancias, trastornos somatomorfos y trastornos de la conducta alimentaria) y dentro de estas categorías se detallan los datos de prevalencia de los trastornos específicos siguiendo los criterios del DSM-IV.

Después de este breve repaso de los estudios epidemiológicos comunitarios que consideramos más relevantes para nuestra investigación, parece conveniente comenzar a describir los aspectos relacionados con la metodología en nuestro trabajo.

■ MÉTODO

1. Sujetos

La población objeto de estudio está compuesta por los habitantes de la isla de Tenerife mayores de 18 años (rango de edad entre 18 y 87 años), 665.611 habitantes según los datos de la encuesta de población de Canarias, realizada en 1996 por el

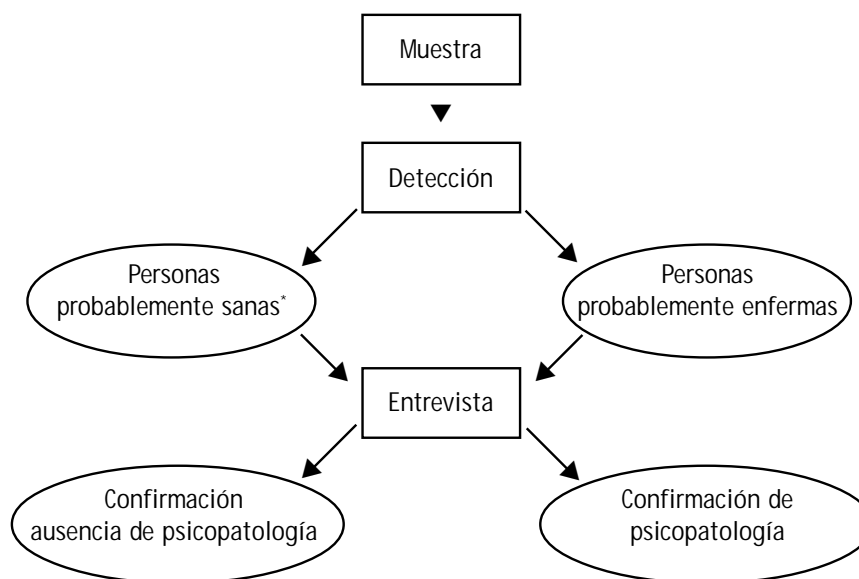
Instituto Canario de Estadística. La muestra se obtuvo a través de un diseño por conglomerados bietápico, resultando en la primera fase un total de 800 personas (400 mujeres y 400 hombres) trabajando con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 0,02. Del total de la muestra, un 22,12% no respondió atendiendo a diversas razones, por lo que fueron reemplazadas siguiendo las normas de sustitución del método de itinerarios (16). En segunda fase 70 personas aparecen como probables casos, de éstas un 8,7% rechaza continuar en 2ª fase y no son sustituidos.

2. Diseño

Se optó por utilizar un diseño por conglomerados bietápico. La decisión sobre la utilización de este diseño se tomó porque permitía prescindir de los censos, en la mayoría de los casos anticuados, con los inconvenientes que eso supone a la hora de localizar a los sujetos seleccionados. En un primer momento se establecieron los conglomerados (barrios) de la isla de Tenerife, para posteriormente llevar a cabo una selección aleatoria de los mismos (8 en total, distribuidos por toda la isla). La selección de éstos se llevó cabo partiendo de un estudio piloto previo.

La selección de la muestra se hizo en dos fases (ver figura 1). En una primera fase se pasó el GHQ-28 a un total de 800 personas pertenecientes como ya se ha dicho a diferentes municipios de la isla de Tenerife (se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 1,5%). La selección de este primer grupo fue aleatoria tomando como criterios los establecidos en el método de itinerarios (16). Aquellas personas con una puntuación mayor o igual a 6 fueron seleccionadas para una segunda fase para, a través de la entrevista estructurada, confirmar la presencia de psicopatología y establecer el diagnóstico correspondiente. Se seleccionó un número similar de personas con puntuaciones inferiores a 6 en el GHQ-28 para determinar las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación y facilitar el cálculo las estimaciones muestrales.

Figura 1. Desarrollo del estudio transversal en dos fases.



* Seleccionamos un grupo de personas probablemente sanas, de igual tamaño que el de probablemente enfermos, a las que pasaremos la entrevista en la segunda fase.

3. Instrumentos

Para la evaluación hemos utilizado tres instrumentos: un protocolo de variables sociodemográficas, el cuestionario GHQ-28 de Goldberg y la La Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versión 21). Pasamos a describir cada uno de ellos:

3.1. Protocolo de variables sociodemográficas

En este trabajo se ha querido describir a la muestra objeto de esta investigación partiendo de las tres variables y que hacen referencia a la persona, lugar y tiempo.

Para ello hemos generado un protocolo inicial que recoge, fundamentalmente, marcadores de riesgo referidos a las personas y que con frecuencia se estudian en epidemiología. Así, junto a la edad y el género, se han explorado otros marcadores como son el nivel de estudios, la ocupación laboral, el estado civil, el nivel de ingresos y, finalmente, algunos marcadores de salud que hacen referencia a hábitos como fumar, beber y la práctica de deportes. Las categorizaciones aparecen recogidas en la tabla 1.

Tabla 1. Categorizaciones y codificaciones de las diferentes variables demográficas.

Variables	Categorización
Tipo de población	Rural Urbano
Género	Masculino Femenino
Edad	18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 +65
Estado civil	Soltero Casado Viudo Separado Divorciado Convive
Nivel cultural	Analfabeto Leer y escribir Estudios Básicos BUP ó Equivalente Diplomado Universitario Licenciado Universitario
Nivel profesional	Profesional ejecutivo, director, cuadro superior, empresa por cuenta ajena. Técnico de grado medio, profesiones intermedias y negocios independientes. Obrero cualificado (administrativo, electricista, aux. de clínica,...) pequeño propietario del campo. Obrero no cualificado (peones, mozos de hotel, braceros del campo y de la mar,...). Ama de casa. Estudiante. Jubilado. En paro. Baja laboral.
Nivel económico	Menos de 50.000. Entre 51000 y 100000. Entre 101000 y 150000. Entre 151000 y 200000. Entre 201000 y 250000. Entre 251000 y 300000. Entre 301000 y 350000. Entre 351000 y 400000. Entre más de 400.000.
Enfermedad	Sí No
Toma medicación	Sí No
Fuma	Sí No
Toma bebidas alcohólicas	Sí No
Practica algún deporte	Sí, Nº de horas semanales. No

3.2. El Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) versión española de Lobo y cols. (17).

Es un cuestionario de 28 ítems-síntomas que son contestados en una escala de cuatro intervalos, sobre la presencias de dichos síntomas en las semanas precedentes. Es un instrumento ampliamente trabajado y utilizado en estudios de epidemiología psiquiátrica y se han realizado muchos trabajos al respecto (18), (19), (6), (20), (21), (22), (17), (7), (23), (24), (25), (26), (13), (14).

El cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ), originalmente fue diseñado para utilizarse en consultas médicas como cuestionario de criba o detección, centrándose en las rupturas de la función normal más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida. El cuestionario está estructurado en cuatro subescalas: Síntomas somáticos, Ansiedad, Disfunción social y Depresión severa. El sumatorio de estas permite obtener un índice general de funcionamiento psicológico.

El punto de corte se establece, en función de los objetivos que pretenda el proyecto, en una puntuación global de 5-6 o bien de 6-7. La experiencia de estudios previos (13) realizados en Canarias, en los que se ha obtenido un alto porcentaje de falsos positivos (35,83% con un punto de corte 5-6), nos ha llevado a elegir el punto de corte 6-7 con objeto de eliminar un porcentaje importante de personas con malestar psicológico, pero que no cumplen los criterios de enfermos mentales. Ejemplos de trabajos que han optado por un punto de corte de 6/7 son los realizados por Lobo y cols., (17) y Muñoz y cols., (27).

3.3. La Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versión 21).

La CIDI-2.1 se elaboró en 1997 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de una entrevista estructurada capaz de clasificar a las personas enfermas en las categorías de grandes síndromes basados en los criterios de clasificación del DSM-IV y CIE-10. Esta entrevista recoge una proporción importante de los trastornos mentales. La entrevista está estructurada de la siguiente forma:

- Sección A: Datos demográficos.
- Sección B: Trastornos debidos al consumo de tabaco.
- Sección C: Trastornos somatomorfos y disociativos (de conversión).
- Sección D: Trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad.
- Sección E: Trastornos depresivos y trastorno distímico.
- Sección F: Episodio maniaco y trastorno afectivo bipolar.
- Sección G: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Sección H: Trastornos de la conducta alimentaria.
- Sección J: Trastornos debidos al consumo de alcohol.
- Sección K: Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés post-traumático.
- Sección L: Trastornos debido al consumo de sustancias psicotropas.
- Sección M: Demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos.



- Sección P: Observaciones del entrevistador.
- Sección X: Evaluación del entrevistador.

La CIDI ha sido diseñada para su uso en distintas culturas y entornos lo que ha posibilitado que la versión original esté disponible en 16 idiomas (28). Si bien inicialmente estaba dirigida a estudios epidemiológicos de trastornos mentales también se utiliza para propósitos clínicos y de investigación.

Respecto a la fiabilidad de la CIDI, Walter y cols. (29) llevaron a cabo un estudio a largo plazo de la fiabilidad test-retest obteniendo como resultado una fiabilidad en el diagnóstico del DSM-III-R e ICD-10 de aceptable a buena con coeficientes Kappa /Yule bastante por encima de .5. En cuanto a la validez, los ensayos de campo realizados por Janca y cols., (30) para diagnósticos del DSM-III-R, dieron como resultado un buen promedio de correlación diagnóstica entre los juicios clínicos y los diagnósticos CIDI (trastornos depresivos $K=.84$, trastornos de ansiedad y fóbicos $K=.76$, trastorno por uso de sustancias $K=.83$). Con la misma muestra de 20 asistentes de atención primaria y pacientes externos, también se confirmó una buena correlación para los diagnósticos ICD-10 con valores Kappa que oscilaron entre .73 y .83. Wittchen y cols. (31) encontraron índices similares para los diagnósticos ICD-10 en 38 pacientes de una clínica especializada en trastornos psicosomáticos. Estos estudios muestran buenos coeficientes de correlación entre los diagnósticos CIDI frente a diagnósticos clínicos.

Esta entrevista está diseñada para adultos (mayores de 18 años), de manera que pueda ser comprendida por personas de diferente nivel educativo. Es bastante simple de responder y sólo requiere de las habilidades en lecto-escritura en los ítems correspondientes a la valoración cognitiva (Sección M).

Su administración se hace por medio de entrevistadores entrenados en su manejo. La fase de entrenamiento duró aproximadamente 2 meses. En este tiempo y durante 8 horas semanales, licenciados y alumnos de último curso de Psicología (un total de 7) se adiestraron en el uso de la entrevista.

4. Procedimiento y muestreo

En este apartado se describirán las distintas fases seguidas en esta investigación.

4.1. Fase de entrenamiento en el uso de la CIDI

Esta fase duró aproximadamente 2 meses. Durante este tiempo y, durante 8 horas semanales, se procedió al entrenamiento de los entrevistadores (licenciados y alumnos de último curso de psicología) hasta un total de 7.

El entrenamiento constó de varias fases que intentaremos resumir a continuación:

- a. Fase introductoria: en la que se explicaba el origen, contenidos y finalidad de la CIDI-2.1.

- b. Fase de toma de contacto con la entrevista: ya en esta fase se instruía a los colaboradores en el contenido específico de cada módulo, así como en el manejo del esquema de sondeo de la entrevista.
- c. Fase de trabajo con la entrevista: aquí se llevaron a cabo sesiones de *role playing*, con objeto de estudiar y solucionar los problemas que pudieran ir surgiendo en los diferentes módulos, así como en los diferentes tipos de respuesta. En esta fase, los colaboradores representaban al menos en siete ocasiones el papel de entrevistador y otras siete el papel de entrevistados.
- d. Fase de consolidación: en esta última fase se pasaba la entrevista a personas ajenas al grupo de trabajo (familiares, amigos, vecinos). Se pretendía con ello optimizar el rendimiento en situación de entrevista real, analizando los distintos problemas que pudieran surgir a lo largo de la misma.

Los criterios para la selección final de los entrevistadores fueron:

- a. El haber pasado un mínimo de 12 entrevistas en las distintas fases del entrenamiento.
- b. La fluidez y «naturalidad» en la situación de entrevista que mostraba el entrevistado.

El cumplimiento de los dos criterios anteriores nos garantizaba que la duración de la entrevista con personas normales (no casos) no superara los 75 minutos. La fluidez y naturalidad nos permitía minimizar el número de abandonos.

Además, se llevó a cabo un estudio de la fiabilidad inter-jueces obteniéndose un Kappa de .87

4.2. El estudio piloto

La necesidad del estudio piloto estaba justificada por dos razones fundamentales:

- a. Establecer la conveniencia de utilizar el GHQ-28, estudiando las dificultades del pase de pruebas.
- b. Aproximar los valores de las varianzas y determinar el tamaño muestral, a través, de los resultados obtenidos con el GHQ-28. Así, la proporción de casos frente a los no casos la establecíamos tomando como punto de corte una puntuación igual o superior a seis.

Para el estudio piloto se llevó a cabo una selección aleatoria de 5 entidades o barrios correspondientes a los 31 municipios de la isla. Para este estudio piloto se fijó, arbitrariamente, en 25 el número de personas a entrevistar.

Después de haber establecido el tamaño muestral necesario para que el estudio fuera representativo, se procedió una vez más a seleccionar aleatoriamente (siguiendo los pasos de la fase anterior) los conglomerados en los que se iba a trabajar definitivamente.

4.3. Fase de administración del cuestionario y recogida de dato

Fijados los conglomerados objeto de estudio y estimando en 100 el número de persona a estudiar por conglomerado, se procedió a la selección de la muestra.

La franja horaria de cumplimentación de pruebas oscilaba de las 10 de la mañana a las 10 de la noche.

En el momento de la entrevista, se explicaba a la persona seleccionada el objeto del estudio y, por supuesto, se le aseguraba el anonimato y confidencialidad de los datos, aspectos éstos recogidos en un documento de consentimiento informado.

Una vez localizada la persona a entrevistar se procedía a la cumplimentación del GHQ-28, en caso de resultar positivo ($\text{GHQ} \geq 6$), se procedía a fijar una segunda cita en un intervalo de tiempo no superior a las dos semanas. En esta segunda cita se procedía a entrevistar a través de la CIDI 2.1 al «probable caso».

Se estableció un grupo control que nos permitiera determinar las propiedades psicométricas del GHQ-28, a través de los resultados obtenidos en la CIDI 2.1. Así, en función del número de «casos» se seleccionaban posibles «no casos» procurando que éstos se ajustaran a los marcadores de edad, género y zona de residencia del «caso».

■ RESULTADOS

En un primer momento expondremos los resultados generales obtenidos en nuestro trabajo, para después contrastar nuestros datos con los de estudios precedentes.

1. Resultados generales sobre la prevalencia de trastornos mentales.

Los resultados (tabla 2), arrojan una prevalencia de trastorno en la muestra estudiada del 6,88%. Sin embargo, se ha tenido en cuenta el tipo de estratificación de la población en 2ª fase, de manera que se ha utilizado la *técnica de pesado* (weighting technique) descrita por Diamond y Lilienfield (32), Buck y Gart (33), Rogan y Glanden (34) y Goldberg (35), para obtener coeficientes de prevalencia aplicables a la muestra en primera fase o prevalencia estimada.

Tabla 2. Prevalencia detectada y prevalencia estimada en las dos fases del estudio epidemiológicos.

	Primera Fase	Segunda Fase	Número de casos	Prevalencia detectada %	Prevalencia estimada %
Hombres	400	37	17	4,25	14,89
Mujeres	400	77	38	9,50	21,15
TOTAL	800	114	55	6,88	18,42

Una vez aplicada la fórmula² obtenemos que los porcentajes de prevalencia estimada para el total de la muestra pasa a ser del 18,42%. Respecto a la prevalencia por género, en el caso de las mujeres se pasa del 9,5% al 21,15% y en el caso de los hombres del 4,25% al 14,89%.

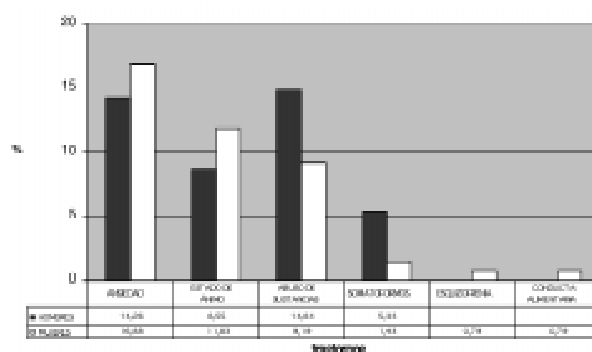
Para la descripción, de la prevalencia estimada, de los diferentes síndromes clínicos (según criterios DSM-IV) no se ha seguido un criterio jerárquico. En la tabla 3 aparecen detalladas las prevalencias estimadas obtenidas.

Tabla 3. Prevalencia estimada de los Grandes Síndromes (N=800).

	GHQ +	GHQ-	TOTAL	% (55)	% (800)	Prevalencia Estimada %
Trastornos de ansiedad	27	6	33	60,00	4,12	14,52
Trastornos del estado de ánimo	22	2	24	43,64	3,00	7,51
Trastornos relacionados con sustancias	18	3	21	38,18	2,63	8,66
Trastornos somatomorfos	2	1	3	5,45	0,38	2,44
Esquizofrenia y trastornos psicóticos	1	-	1	1,81	0,13	0,31
T. de la ingestión y cond. alimentaria	1	-	1	1,81	0,13	0,31

Los resultados nos indican que los trastornos que con mayor frecuencia se registran en la población son: los trastornos de ansiedad (14,52%), trastornos relacionados con sustancias (8,66%), trastorno del estado de ánimo (7,51%) y trastornos somatomorfos (2,44%). Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria, la esquizofrenia y trastornos psicóticos obtienen una prevalencia estimada del 0,31%.

Se presenta a continuación la distribución de los diagnósticos específicos por género. En la figura 2 se resumen estos datos.



La distribución refleja diferencias no sólo en las tasas de prevalencia de los trastornos; sino, dependiendo del género, también en el tipo de trastorno. Así, mien-

tras que en las mujeres el trastorno más prevalente es el de origen ansioso (16,88%), seguido por los de carácter depresivo (11,83%) y en tercer lugar, los trastornos derivados por el abuso de sustancias (9,19%); en el caso de los hombres los más prevalentes son los relacionados con el abuso de sustancias (14,84%), siendo ligeramente superior a los trastornos de ansiedad (14,26%), quedando en tercer lugar los trastornos por el estado de ánimo (8,55%). La tasa de prevalencia de los trastornos somatomorfos en los hombres se sitúa en torno al 5% frente al 1,43% de las mujeres. Respecto a los trastornos psicóticos y trastorno de la ingestión, las tasas de prevalencia en las mujeres se sitúan alrededor del 1%; mientras que en los hombres no se detectaron casos,

2. Resultados comparativos con otros estudios epidemiológicos en salud mental

Comparando los patrones epidemiológicos de prevalencia de trastornos mentales, nuestros resultados se mantienen dentro del rango encontrado en el resto de las comunidades autónomas: Baleares (21,8%), Cantabria (14,7%), La Rioja (12,36%), Navarra (11,8%). Nos encontramos, por tanto, dentro del rango de otros estudios que han utilizado un muestreo de doble fase en el que el instrumento de criba ha sido el GHQ, ya fuera en su versión de 28 o 60 ítems. Podemos observar, asimismo, como nuestros resultados son muy similares a los de Villaverde (13) que obtuvo en población urbana de Tenerife una prevalencia del 17,3%, frente al 18,4% de nuestro estudio.

Estas comparaciones son más dispares si nos atenemos a los del estudio internacional llevado a cabo por The International Consortium in Psychiatric Epidemiology (WHO-ICPE) (11). En este caso observamos cómo las tasas de prevalencia en países como Brasil (36,3%), Canadá (37,5%), Alemania (38,4%), Holanda (40,9%) y Estados Unidos (48,6%) son muy superiores a las obtenidas en nuestro trabajo, aproximándonos más a las obtenidas en Méjico (20,2%) y Turquía (12,2%).

Se comparan (tabla 4) las tasas de prevalencias según los distintos trastornos mentales de aquellos estudios llevados a cabo en otras comunidades autónoma.

Tabla 4. Prevalencia estimada por trastornos específicos en varios estudios epidemiológicos llevados a cabo en el estado español.

Diagnósticos	Prevalencia de trastornos en %			
	Gili y cols. (2000)	Ortega (1995)	Villaverde (1991)	Este trabajo
T. de ansiedad	5,7	2,7	6,2	14,5
T. del estado de ánimo	3,4	3,9	5,5	7,5
T. relacionados con sustancias	6,1	1	2,4	8,7
T. somatomorfos	-	0,9	-	2,4
Esquizofrenia y t. psicóticos	0,5	0,1	0,8	0,3
T. De la conducta alimentaria	1,9	0,3	-	0,3

En cuanto a la prevalencia de trastornos de ansiedad obtenida en nuestro trabajo (14,52%), casi triplica a la obtenida por Gili y cols. (6) en la isla de Formentera (5,7%), y es cinco veces mayor que la prevalencia obtenida por Ortega y cols. (9) en La Rioja (2,65%). Los datos de los trastornos del estado de ánimo mantienen esta misma línea, ya que nuestros resultados (7,51%) duplican a los obtenidos tanto en Formentera (3,4%), como a los obtenidos en la Rioja (3,9%). Más próxima a nuestro resultado (8,66%), es la cifra de prevalencia de los trastornos por el uso de sustancias obtenida en la isla de Formentera (6,1%). Sin embargo, en la Rioja la prevalencia de este tipo de trastorno es, aproximadamente, 8 veces menor (1,01%). También es superior la prevalencia de trastornos somatomorfos, obtenida en nuestro estudio (2,44%), respecto a la obtenida en la Rioja (0,88%). Los datos de prevalencia en cuanto a trastornos psicóticos y esquizofrenia, y los trastornos de la ingestión y conducta alimentaria son similares a los de nuestro estudio superando el 1% (excepto en el caso de los trastornos de la alimentación del estudio de Formentera, que alcanza casi un 2%).

Cuando tomamos como referencia el trabajo de Villaverde (13), nuestros resultados reflejan unos porcentajes superiores a los obtenidos por esta autora. Destacan las diferencias en las cifras de prevalencia de los trastornos de ansiedad y trastornos por el uso de sustancias. En el primero de los casos, estas cifras duplican con creces los datos obtenidos por Villaverde (14,35% frente al 6,15%); en los trastornos relacionados con el uso de sustancias nuestros datos casi cuadruplican los obtenidos por esta autora (8,30% frente al 2,42%). La excepción la constituye la categoría de esquizofrenia y trastornos psicóticos en la que el porcentaje obtenido en el trabajo de referencia duplica los obtenidos en nuestro trabajo (0,81 frente 0,31).

Al comparar nuestros resultados con los del WHO-ICPE (4) (tabla 5), nos centramos en las tres grandes categorías recogidas en sus trabajos que son los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con el uso de sustancias.

Tabla 5. Prevalencia estimada por trastornos específicos en estudios internacionales.

País	Año	N	Prevalencia de trastornos			
			Trastornos mentales	T. ansiedad	T. del estado de ánimo	T. relacionado con sustancias
Brasil	1994-96	1464	36,3%	17,4%	15,5%	16,1%
Canadá	1990-91	6261	37,5%	21,3%	10,2%	19,7%
Alemania	1995	1626	38,4%	9,8%	17,1%	21,5%
Méjico	1995	1734	20,2%	5,6%	9,2%	9,6%
Holanda	1996	7076	40,9%	20,1%	18,9%	18,7%
Turquía	-	6095	12,2%	7,4%	7,3%	0,0%
Estados Unidos	1990-92	5388	48,6%	25,0%	19,4%	28,2%
Nuestro trabajo	1998-99	800	18,4%	14,5%	7,5%	8,7%

En lo que se refiere a los trastornos de ansiedad, nuestro porcentaje de prevalencia (14,35%) es similar al obtenido en Brasil (17,4%); situándonos por encima de países como Alemania (9,8%), México (5,6%) y Turquía (7,4%). Sin embargo, está muy por debajo de países como Canadá (21,3%), Holanda (20,1%) y Estados Unidos (25,0%).

La prevalencia de trastornos del estado de ánimo sitúa nuestro estudio en niveles similares a países como Canadá (10,2%), México (9,2%) y Turquía (7,3%). Sin embargo, nos superan países como Brasil (15,5%), Alemania (17,1%), Holanda (18,9%) y Estados Unidos (19,4%) con cifras que duplican y, en algún caso, casi triplican el porcentaje de prevalencia obtenido en nuestro trabajo (7,20%).

En cuanto a los trastornos relacionados con el uso de sustancias, nuestro porcentaje de prevalencia (8,3%) es similar al obtenido en el estudio mejicano (9,6%). Llama la atención el resultado obtenido en Turquía donde no se da este tipo de trastorno (0%). En el resto de países la prevalencia se sitúa muy por encima de la nuestro estudio; así, en el resto de países las prevalencias oscilan entre el 28,2% de Estados Unidos y el 16,1% de Brasil.

■ DISCUSIÓN

Los resultados aquí presentados nos muestran unas tasas sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife que, a grandes rasgos, reproducen unos datos comparables con otros tipos de estudios, pero con una serie de particularidades, que pueden ser destacadas.

La tasa general encontrada se sitúa alrededor del 20%. Este es un dato ya encontrado en otros estudios estatales y es muy parecido al encontrado hace unos diez años en otro estudio en nuestra isla (13). Sin embargo, cuando comparamos estos datos con los encontrados con una metodología comparable a la nuestra (utilización de la entrevista CIDI), los resultados muestran tasas muchos más bajas en nuestro estudio.

Es posible pensar en una mayor «sensibilización» en otros países y culturas con respecto a la identificación de los problemas mentales. Que países como Canadá, USA, Holanda o Alemania obtengan tasas de más del doble de las nuestras puede estar indicando una mayor facilidad de la población general para identificar los síntomas de los problemas mentales, producto posiblemente de una mayor divulgación y de la presencia de unos servicios de atención a la salud mental más cercanos y más versátiles, convirtiéndose esos servicios en desmitificadores de la enfermedad mental y en mecanismos sensibilizadores en la identificación de esas patologías.

Por otro lado, con respecto, a trastornos concretos, la comunidad evaluada muestra una mayor frecuencia y un aumento considerable de los trastornos debidos a los problemas derivados de la ansiedad y el uso de sustancias y, en menor medida, los debidos a los estados depresivos.

El cambio es epistemológicamente importante porque hasta ahora los estudios en el estado español indicaban una mayor incidencia y prevalencia de los problemas afectivo-emocionales (ansiedad-depresión). Ahora aparecen «compitiendo» con ellos los derivados del uso de sustancias. Este dato no es una novedad sociológica, en la medida en que viene a constatar los testimonios sobre el creciente problema de uso de drogas toleradas y no toleradas. Lo llamativo es que nos acerca a los datos encontrados en estudios internacionales, donde este problema ha pasado al primer lugar (casos como los de Méjico, Alemania o USA), convirtiéndose en un problema de salud de primer orden. El carácter creciente de este dato en nuestra comunidad puede ser tenido en cuenta en la medida en que podría significar el establecimiento de otras políticas en la prevención en el abuso sustancias y dimensionalización y formación de los recursos que toman a cargo este tipo de patologías.

Un último comentario tiene que ver con las diferencias encontradas por géneros. Más allá de las precauciones que deben tomarse a la hora de hablar de elementos de vulnerabilidad por género, hay que destacar que, en el caso de las mujeres, los trastornos por uso de sustancias no adquieren las dimensiones que alcanza en los hombres, por lo que son los datos encontrados en los hombres los que hacen que la tasa de ocurrencia de esos trastornos sea tan elevada.

En definitiva, los resultados de nuestro estudio muestran una tasa de prevalencia de los trastornos mentales superiores al 17%, que esta tasa es superior en la mujeres y que los trastornos más prevalentes siguen siendo los ansiosos y depresivos, pero seguidos muy de cerca por los de uso de sustancias (que en el caso de los hombres es especialmente destacable).

■ NOTAS

1. Este estudio ha sido subvencionado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud «FUNCIS» (PI 4/99).
2. La fórmula para la obtención de la prevalencia estimada es: $(VPP \cdot PHS) + (1 - VPN) \cdot PLS$, donde:
VPP= Valor predictivo positivo.
PHS= Proporción de quienes puntúan alto.
VPN= Valor predictivo negativo.
PLS= Proporción de quienes puntúan bajo.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Gaja, R. «Salud mental: beneficios y conveniencia de una atención sanitaria integral». *Revista de Psicología Universitas Tarraconenses*, 1993, XV, pp. 167-177.
2. Odegard, O. «Emigration and insanity: A study of mental disease among Norwegian-born population of Minnesota». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1932, 41, pp. 20-26.
3. Lin, T. «A study of the incidence of mental disorder in Chinese and other culture». *Psychiatry*, 1953, 16, pp. 313-336.
4. Leighton, D.C. y otros. *The character of danger. Psychiatric symptoms in selected communities*. New York, Basic Books, 1963.
5. Regier, D.A. y otros. «The NIMH epidemiological catchment area program». *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41, pp. 934-941.
6. Kessler, R.C. y otros. «Lifetime and 12-month prevalence of D.S.M.-III-R psychiatric disorders in the United States: Result from National Comorbidity Survey». *Archives General of Psychiatry*, 1994, 51, pp. 8-19.
7. Masson, P. y Wilkinson, G. «The prevalence of psychiatric morbidity. OPCS survey of psychiatric morbidity in Great Britain». *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168, pp. 1-3.
8. World Health Organization. *International pilot study of schizophrenia. Vol I*. WHO, Ginebra, 1973.
9. World Health Organization. *Schizophrenia: An international follow-up study*. Wiley, New York, 1979.
10. Leff, J. y otros. «The international pilot study of schizophrenia: Five year follow up findings». *Psychological Medicine*, 1992, 22, 131-145.
11. Who International Consortium In Psychiatric Epidemiology (ICPE). «Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders». *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (4), 413-426.
12. Vázquez, C., Muñoz, M. y Sanz, J. «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A European study using CID1». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997, 95, 523-530.
13. Gili, M. y otros. «Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario». *Psicothema*, 2000, 12 (1), 131-135.
14. Magallón, M.R. *Diseño epidemiológico para el estudio de la Salud mental en una comunidad urbana*. Tesis doctoral, Zaragoza, 1988.
15. Muñoz, P.E. «Adaptación española del GHQ de D. P. Goldberg: Un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad». *Archiv. Neurobiol.*, 1979, 42 (2), 139-158.
16. Ortega, M.A. y otros. «Morbilidad psíquica diagnóstica en la población general de La Rioja». *Anales de Psiquiatría*, 1995, 11 (9), 320-326.
17. Vázquez-Barquero, J.L.; Muñoz, P.E., y Madoz, V. «The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1982, 65, 161-170.

18. Vázquez-Barquero, J.L.; Muñoz, P.E. y Madoz, V. «The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community». *British Journal of Psychiatry*, 1981, 139, 328-335.
19. Vázquez-Barquero, J.L. y otros. «A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity». *Psychological Medicine*, 1987, 17, 227-241.
20. Villaverde, M.L. *Estudio de morbilidad psiquiátrica en población urbana de Tenerife*. Tesis doctoral, Universidad de La Laguna, 1991.
21. Vicente, I. *Psicopatología: un análisis de la realidad Canaria*. Tesis doctoral, La Laguna, 1995.
22. Fuente, J.A. de la. *Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas legales en población urbana de la isla de Tenerife*. Tesis doctoral, La Laguna, 1992.
23. Ortega, E. *Manual de Investigación Comercial*. Pirámide, Madrid, 1990.
24. Lobo, A.; Pérez-Echevarría, M.J. y Artal, J. «Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population». *Psychological Medicine*, 1986, 16, 135-140.
25. Banks, M.H. «Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample». *Psychological Medicine*, 1983, 13, 349-354.
26. Bridges, K.W. y Goldberg, D.P. «The validation of the GHQ-28 and the use of the M.M.S.E. in neurological in-patients». *British Journal of Psychiatry*, 1986, 148, 548-553.
27. Gold, I.; Haughey, L. y Baraff, L.J. «Psychiatric screening in the emergency department: Validation of the General Health Questionnaire». *American Journal of Emergency Medicine*, 1985, 3 (5), 419-422.
28. Goldberg, D.P. y Bridges, K.W. «Screening for psychiatric illness in general practice: The general practioner versus the screening questionnaire». *Journal of the Preventive Social Medicine*, 1987, 24, 18-26.
29. Lindsay, C. «Validity of the General Health Questionnaire in detecting psychiatric disturbance in amputees». *Journal of Psychosomatic Research*, 1986, 30, 277-281.
30. Mann, A.H. y otros. «Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls». *Psychological Medicine*, 1983, 13, 573-580.
31. Medina-Mora, M.E. y otros. «The factor structure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in Mexico». *Psychological Medicine*, 1983, 13, 355-362.
32. Rabins, P.V. y Brooks, B.R. «Emotional disturbance in multiple sclerosis patients: Validity of the General Health Questionnaire». *Psychological Medicine*, 1981, 11, 425-427.
33. Seva-Díaz, A. y otros. «GHQ-28 Validation in a Spanish General Urban Population (SAMAR-89 Project)». *European Journal of Psychiatry*, 1992, 6 (3), 147-153.
34. Muñoz, P.E.; Tejerina-Allen, M. y Cañas, F. *Estudio de la validación predictiva del GHQ en población general urbana*. 1995. Beca FIS 93/0905. Sin publicar.

35. Wittchen, H.U. y otros. «Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Results of the multicenter WHO/ADAMHA. Field Trials (wave I)». *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159, 645-653.
36. Walker, H.R. y otros. «Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)». *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1992, 2 (2), 91-100.
37. Janca, A. y otros. «Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). An analysis of the CIDI field trials-wave II at the St. Louis». *British Journal of Psychiatry*, 1992, 160, 815-818.
38. Wittchen, H.U. y otros. «Assessment of somatoform disorders and comorbidity pattern with the CIDI-findings in psychosomatic inpatients». *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1993, 3 (2), 87-100.
39. Diamond, E.L. y Lilienfeld, A.M. «Effects of errors in classification and diagnosis in various types of epidemiological studies». *American Journal of Public Health*, 1962, 52, 1137-1144.
40. Buck, A.A. y Gart, J.J. «Comparison of a screening test and a referee test in epidemiologic studies». *American Journal of Epidemiology*, 1966, 83, 586-592.
41. Rogan, W. y Glanden, B. «Estimating prevalence from the results of a screening test». *American Journal of Epidemiology*, 1978, 107, 71-76.
42. Goldberg, D.P. «Estimating the prevalence of a disorder from the results of a screening test». En Wing, J.K.; Bebbington, P. y Robins, L. *What is a Case?*. Grant Mc Intyre, London, 1981.
43. Williams, P. y McDonald, A. «The effect of non-response bias on the results of two-stage screening surveys of psychiatric disorder». *Social Psychiatry*, 1986, 21, 1-5.

Dr. D. Francisco Díaz-Cruz

Profesor Asociado del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna.

Dr. D. Juan M. Bethencourt Pérez

Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna.

Dr. D. Wenceslao Peñate Castro

Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna.

Correspondencia:

Dr. D. Francisco Díaz Cruz

Email: fmcruz@ull.es

Tel./fax: 922317281

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. Campus de Guajara.

38071 La Laguna - S/C de Tenerife

Islas Canarias (ESPAÑA)