

Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España

Kátia Bones Rocha, Katherine Pérez*, Maica Rodríguez-Sanz*, Carme Borrell* y Jordi E. Obiols
Universitat Autònoma de Barcelona y * CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Agència de Salut Pública de Barcelona

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de personas con problemas de salud mental en España y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud. Se trata de un estudio transversal con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006) en el que participaron 29.476 personas (16 y 64 años). El instrumento de cribado de problemas de salud mental utilizado es el General Health Questionnaire (GHQ-12). Se realizaron análisis descriptivos y de regresión logística para verificar la asociación entre la prevalencia de problemas de salud mental y las variables independientes. La prevalencia de problemas de salud mental es mayor en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%). Las variables más asociadas a una mayor prevalencia de problemas de salud mental son estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, tener peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social (hombres OR 3,6; mujeres OR 3,3), estar desempleado o en baja laboral, tener enfermedades crónicas, estar limitado/a en la realización de actividades cotidianas en función de un problema de salud (hombres OR 7,5; mujeres OR 7,1). Estos resultados permiten la identificación de grupos de la población más vulnerables y pueden ser de utilidad para diseñar intervenciones.

Prevalence of mental health problems and their association with socioeconomic, work and health variables: Findings from the Spain National Health Survey. The aim of this study is to determine the prevalence of people with mental health problems in Spain and their association with socioeconomic, health and work variables. This is a cross-sectional study with data from the National Health Survey of Spain including 29,476 non-institutionalized people between 16 and 64 years of age. The screening instrument of mental health problems used is the General Health Questionnaire (GHQ-12). Descriptive analyses were performed, and logistic regression was used to verify the association between the prevalence of mental health problems and independent variables, by calculating odds ratios (OR) and the confidence interval. The prevalence of mental health problems is higher in women (24.6%) than in men (14.7%). The variables associated with an increased prevalence of mental health problems are being separated or divorced, being an immigrant from a developing country (men OR 1.3; women OR 1.5), having little social support (men OR 3.6; women OR 3.3), being unemployed or on sick leave, having chronic diseases, and being restricted or severely restricted in one's daily activities because of a health problem (men OR 7.5; women OR 7.1). These results allow the identification of the most vulnerable population groups and may be useful to design interventions.

La salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a su comunidad. Cabe destacar que los trastornos mentales son enfermedades muy prevalentes y constituyen un problema de salud pública con un gran impacto en términos de dependencia, discapacidad, costes económicos y sanitarios (OMS, 2003). Aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades

a nivel mundial puede ser atribuida a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría debidos a enfermedades de naturaleza crónica como por ejemplo la depresión (Prince et al., 2007). Entre las enfermedades no fatales, la depresión es la mayor causa de años vividos con discapacidad (Ustün, Ayuso-Mateos, Catterrji, Mathers y Murria, 2004).

En España se han desarrollado estudios para evaluar la prevalencia de trastornos mentales entre la población (Ayuso-Mateos et al., 2001; Díaz-Cruz, Bethencourt Pérez y Peñate Castro, 2004; Gili, Ferrer, Roca y Bernardo, 2000; Rajmil, Gispert, Roset, Muñoz y Segura, 1998). El estudio más reciente de carácter diagnóstico es el ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales), que describe que el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres en España presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental, y 5,2 y 11,4%, respectivamente, en los últimos 12 meses (Haro et al., 2006).

En relación a los factores asociados a una mayor prevalencia de problemas de salud mental están ser del sexo femenino (Alonso y Lepine, 2007; Artazcoz, Borrell y Benach, 2001; Haro et al., 2006), estar separado/a o divorciado/a (Haro et al., 2006), tener enfermedades crónicas (Alonso y Lepine, 2007; Gispert, Rajmil, Schiaffino y Herdman, 2003; Prince et al., 2003), estar desempleado/a (Alonso y Lepine, 2007; Artazcoz, Borrell, Benach, Cortes y Rohlf, 2004; Fryers, Melzer y Jenkins, 2003; Haro et al., 2006; Harrison, Barrow, Gask y Creed, 1999) o en baja laboral (Haro et al., 2006), tener poco apoyo social (Harrison et al., 1999; Joutsenniemi, Martelin, Pirkola y Koskinen, 2006; Myer, Stein, Grimsrud, Seedat y Williams, 2008) y tener una posición socioeconómica desventajada, medida por indicadores tales como el nivel educativo, la clase social ocupacional o el nivel de ingresos (Artazcoz, Borrell, Benach, Cortes y Rohlf, 2004; Fryers et al., 2003; Gispert et al., 2006; Myer et al., 2008). Por ejemplo, el estrés postraumático y otros acontecimientos vitales estresantes están asociados con una mayor prevalencia de trastornos mentales y tienden a ser más frecuentes entre las personas de nivel socioeconómico bajo y entre minorías raciales/étnicas (Hatch y Dohrenwend, 2007).

El instrumento de cribado de problemas de salud mental *General Health Questionnaire* (GHQ-12) fue incluido por primera vez en la Encuesta Nacional de Salud de España 2006/2007 (ENS-06), lo que permite tener datos representativos a nivel del Estado español de este indicador de salud mental. En este contexto, este estudio tiene como objetivo conocer la prevalencia de personas con problemas de salud mental en España, y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud, de forma separada para hombres y mujeres.

Método

Participantes

Se trata de un estudio transversal en el que participaron 29.476 personas con edades entre 16 y 64 años, no institucionalizadas, que representaban la población española residente en viviendas familiares principales, que contestaron a la Encuesta Nacional de Salud de España (ENS-2006).

Instrumento y variables

El *General Health Questionnaire* (GHQ-12) es un instrumento de cribado de salud mental que identifica posibles casos de trastorno mental en la población y está formado por 12 ítems que son contestados a partir de una escala Likert de 4 puntos. El GHQ-12 evalúa el estado de salud mental subjetivo de las personas e identifica estrés psicológico actual (psychological distress) y es más sensible a trastornos de depresión y ansiedad. La variable dependiente de este estudio son las personas que puntuaron 3 o más puntos en la puntuación GHQ-12, que son positivas en el cribado, lo que significa que pueden tener un trastorno mental.

Las variables explicativas o independientes del estudio son:

Estado civil: soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a o divorciado/a.

Clase social ocupacional: se obtiene la clase social del individuo que trabaja o ha trabajado y del sustentador principal y se escoge la más privilegiada de estas dos, agrupando en las clases sociales I y II (más privilegiadas), III, IV y V (menos privilegiadas) de acuerdo con la adaptación española de la clasificación del British Registrar General (Domingo-Salvany, Regidor, Alonso y Alvarez-Dardet, 2000).

Nivel de estudios: sin estudios o primarios, secundarios y universitarios.

País de origen: según el país de nacimiento se agrupan los individuos en: 1) España, Unión Europea y demás países desarrollados, y 2) países considerados en vías de desarrollo (países con el índice de desarrollo humano menor que 0.9) (United Nations Development Programme).

Zonas rurales y urbanas: los individuos fueron divididos entre vivir en municipios con menos de 10.000 habitantes «rurales» o con más de 10.001 habitantes «urbanos», según criterio del Instituto Nacional de Estadística.

Apoyo social: analizado a partir del cuestionario de apoyo social de Duke que recoge dos dimensiones: el apoyo confidencial y el apoyo afectivo. La suma de los puntos de la escala se ha agrupado en cuartiles.

Situación laboral: trabajando, en baja laboral, desempleado/a, jubilado/a o pensionista, estudiando, dedicado a las actividades del hogar. Entre las personas que estaban trabajando fueron analizadas dos variables más:

Tipo de contrato laboral: funcionario/a o contrato de trabajo con duración indefinida; trabajo por cuenta propia; contrato temporal o sin contrato.

Nivel de estrés del trabajo: la persona debe indicar en una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante) su nivel de estrés en el trabajo.

Trastornos crónicos: fue analizada la presencia o ausencia de trastornos y el número de trastornos crónicos. Esta variable fue construida a partir de un listado con 28 enfermedades crónicas de la ENS-2006.

Limitación de las actividades cotidianas: grado de limitación debido a un problema de salud para realizar las actividades cotidianas (nada limitado/a, limitado/a, gravemente limitado/a). En las personas que presentaron limitación además se estudió el tipo de problema de salud (física, mental o ambos) que causó estas limitaciones.

Procedimiento

La población de estudio de la ENS-2006 fue seleccionada mediante un muestreo polietápico estratificado. Fueron seleccionadas cerca de 31.000 viviendas extendidas por todo el territorio español, representativas de las 17 comunidades autónomas. El 96% de la muestra teórica fue entrevistada, sin embargo para completar este porcentaje algunas viviendas fueron sustituidas por otras (31%). La información fue recogida entre junio de 2006 y junio de 2007. Las entrevistas fueron realizadas en la casa de los entrevistados por entrevistadores entrenados.

Análisis de los datos

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de la prevalencia de problemas de salud mental, según las variables independientes (socioeconómicas, de trabajo y salud). Para analizar la asociación entre la variable dependiente y las variables independientes se ha realizado un análisis bivariado, ajustado por edad, a partir del cálculo de Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza (IC 95%) obtenidos a partir de una regresión logística. Posteriormente, se ha realizado un análisis multivariado y pruebas para verificar la colinealidad entre las variables y la bondad de ajuste del modelo a través del test de Hosmer-Lemeshow. Todos los análisis se han

realizado por separado para hombres y mujeres, ponderado por los pesos derivados de una muestra de diseño complejo.

Resultados

Los resultados muestran una mayor prevalencia de problemas de salud mental en las mujeres (24,6%) que en los hombres (14,7%). Se observa que las personas con peores condiciones socioeconómicas presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental (sin estudios o primarios: 16,7% hombres, 29,1% mujeres). En ambos sexos las personas separadas legalmente y divorciadas presentan mayor prevalencia. En relación a la zona de residencia, los hombres que viven en áreas rurales presentan menor prevalencia de problemas de salud mental (12,2%). Además, las personas con menor apoyo social son las que tienen mayor prevalencia de problemas de salud mental (tabla 1).

En cuanto a las variables relacionadas con la vida laboral, se observa mayor prevalencia de problemas de salud mental en las personas con baja laboral (43,3% hombres y 47% mujeres), desempleadas (27,9% hombres y 30,2% mujeres) y jubilados/as o pensionistas. Entre las personas que trabajaban, presentan mayor prevalencia de problemas de salud mental los que tienen contratos laborales precarios (temporales o sin contrato) y las personas que

tienen mayor nivel de estrés relacionado al trabajo (21,7% hombres y 30,6% mujeres). Se observa también que la prevalencia de problemas de salud es mayor entre las personas que tienen trastornos crónicos, y en las personas que afirmaron estar limitadas o gravemente limitadas en la realización de sus actividades cotidianas (gravemente limitadas: 61,1% hombres y 70,7% mujeres). En las personas que afirmaron estar limitadas, la mayor prevalencia de problemas de salud mental se encuentra entre los que afirman que la causa de la limitación son problemas de salud mental y físico (65,8% hombres y 81,9% mujeres) (tabla 2).

A partir del análisis multivariado se observa que las variables asociadas a una mayor prevalencia de problemas de salud mental son ser separado/a o divorciado/a, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo (hombres OR 1,3; mujeres OR 1,5), estar en baja laboral o desempleado/a. Además, se observa un claro gradiente de aumento de la prevalencia según disminuye el apoyo social percibido (hombres OR 3,6; mujeres OR 3,3) y aumenta el número de enfermedades crónicas (5 o más: hombres OR 6,6; mujeres OR 5,8). Además, estar limitado en las actividades cotidianas en función de un problema de salud y cuanto mayor la limitación mayor la prevalencia (gravemente limitados hombres OR 7,5; mujeres OR 7,1). Entre las mujeres además se observa una asociación con un menor nivel de estudios (OR 1,2) (tabla 3).

Tabla 1
Prevalencias de problemas de salud mental (%) y su asociación con las variables sociodemográficas (OR e IC95%) ajustados por edad

	Hombres			Mujeres		
	N	%	OR(IC95%)	N	%	OR(IC95%)
Total	11.301	14,7		11.073	24,6	
Clase social						
CS I+II	2.458	13,2	1,00	1.954	19,0	1,00
CS III	2.653	15,9	1,23 (0,96-1,58)	2.604	22,1	1,20* (1,00-1,45)
CS IV+V	6.718	14,9	1,16 (0,94-1,43)	7.033	27,0	1,56* (1,32-1,83)
Estudios						
Universitarios	2.330	12,9	1,00	2.290	18,0	1,00
Secundarios	5.895	14,3	1,15 (0,91-1,46)	5.454	24,3	1,49** (1,26-1,75)
Sin estudios o primarios	3.694	16,7	1,31* (1,02-1,67)	3.866	29,1	1,69** (1,43-2,00)
Estado civil						
Soltero/a	5.127	14,0	1,00	3.764	22,0	1,00
Casado/a	6.303	14,2	0,88 (0,71-1,09)	6.971	24,3	0,94 (0,81-1,10)
Viudo/a	82	13,8	0,77 (0,32-1,84)	314	37,0	1,53* (1,14-2,06)
Separado/a y divorciado/a	458	30,4	2,32* (1,65-3,26)	642	36,5	1,67** (1,32-2,12)
País de origen						
España y países desarrollados	10.580	14,6	1,00	10.148	23,8	1,00
Países en vías de desarrollo	1.399	15,4	1,11 (0,83-1,49)	1.558	29,5	1,47** (1,21-1,79)
Zona de residencia						
Urbana	9.641	15,3	1,00	9.325	25,0	1,00
Rural	2.372	12,2	0,76** (0,62-0,93)	2.416	23,1	0,90 (0,76-1,02)
Apoyo social (Duke) cuartiles						
Q1 menos apoyo	2.193	25,9	4,16** (3,30-5,24)	2.067	40,5	3,79** (3,22-4,40)
Q2	2.777	17,2	2,51** (1,97-3,18)	2.566	27,3	2,10** (1,80-2,46)
Q3	2.100	12,4	1,70** (1,28-2,26)	2.219	23,1	1,69** (1,43-2,00)
Q4 más apoyo	3.965	7,7	1,00	4.086	14,9	1,00

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$

OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalos de Confianza 95%

Tabla 2
Prevalencias de problemas de salud mental (%) y su asociación con las variables de trabajo y salud (OR e IC95%) ajustados por edad

	Hombres			Mujeres		
	N	%	OR(IC95%)	N	%	OR(IC95%)
Situación laboral						
Trabajando	8.719	11,5	1,00	5.893	21,4	1,00
Baja laboral	241	43,3	5,96** (3,85-9,22)	222	47,0	3,22** (2,26-4,61)
Desempleado/a	919	27,9	2,97** (2,28-3,87)	1.184	30,2	1,61** (1,34-1,95)
Jubilado/a o pensionista	961	24,3	2,58** (1,97-3,36)	482	40,6	2,08** (1,64-2,65)
Estudiante	947	11,8	0,98 (0,66-1,45)	970	20,5	1,14 (0,85-1,51)
Actividades hogar	15	35,4	4,30 (0,94-19,54)	2.843	25,2	1,13 (0,98-1,30)
Relación laboral						
Funcionarios y contrato indefinido	5.105	11,1	1,00	3.122	21,0	1,00
Trabajando por cuenta propia	1.703	13,6	1,25 (0,97-1,60)	921	20,7	0,94 (0,75-1,17)
Contrato temporal o sin contrato	2.117	14,4	1,37* (1,05-1,77)	2.014	24,7	1,32** (1,10-1,58)
Nivel de estrés del trabajo						
1 y 2 (bajo)	1.523	7,6	1,00	1.107	18,8	1,00
3 hasta 5	5.214	10,3	1,39 (0,99-1,95)	3.463	19,9	1,08 (0,86-1,34)
6 o 7 (alto)	1.878	21,7	3,36** (2,37-4,77)	1.328	30,6	1,91** (1,50-2,43)
Trastornos crónicos						
Ninguno	5.136	7,3	1,00	3.156	10,7	1,00
1 o 2	4.605	14,5	2,41** (1,93-3,02)	4.098	18,5	2,01** (1,66-2,44)
3 o 4	1.578	25,5	5,54** (4,20-7,31)	2.420	31,3	4,31** (3,53-5,27)
5 o más	700	45,8	15,4* (11,3-21,0)	2.065	49,5	10,08** (8,18-12,4)
Limitación de actividades						
Nada limitado/a	9.980	10,2	1,00	9.278	18,1	1,00
Limitado/a	1.629	31,4	4,1** (3,38-4,97)	2.160	46,0	3,78** (3,31-4,33)
Gravemente limitado/a	413	61,1	14,2** (10,2-19,7)	357	70,7	10,6** (7,75-14,40)
Causa de la limitación						
Físico	1.588	30,0	1,00	1.864	40,3	1,00
Mental	214	62,5	4,06** (2,45-6,71)	172	69,2	3,45** (2,29-5,19)
Ambos	195	65,8	4,65** (2,96-7,31)	404	81,9	6,59** (4,67-9,31)

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$. OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalos de Confianza 95%

Discusión y conclusiones

La inserción de un instrumento de cribado para problemas de salud mental en la Encuesta Nacional de Salud de España permite, por primera vez, obtener datos de este importante indicador de salud en la población española. A partir de los resultados obtenidos se observa que a nivel poblacional los problemas de salud mental no se distribuyen de manera uniforme entre la población española. Son más prevalentes en las mujeres, en las personas con peor nivel socioeconómico, separadas o divorciadas, inmigrantes de países en vías de desarrollo, que tienen poco apoyo social, que están desempleadas o en baja laboral, que tienen enfermedades crónicas, y que están limitadas o gravemente limitadas en la realización de las actividades cotidianas en función de un problema de salud.

Comparación con otros estudios

La prevalencia de problemas de salud mental hallada en el presente estudio (19,4%) es un poco más elevada que la descrita en otras encuestas de salud que utilizan el GHQ-12 con el punto de corte de 3 o más, como la Nacional de Irlanda (15,8%), Escocia

(17,3%), Inglaterra (18,9%) (Barry, Friel, Dempsey, Avalos y Clarke, 2002) y Cataluña (12,5%) (Gispert et al., 2003). Sin embargo, son inferiores a los resultados de la encuesta de salud de Finlandia (25% mujeres y 23% hombres) e Inglaterra (29% mujeres y 23% hombres) (Laaksonen et al., 2007; Lahelma, Laaksonen, Martikainen, Rahkonen y Sarlio-Lahteenkorva, 2006).

Asimismo, se confirma lo descrito en la literatura, que las mujeres presentan mayor prevalencia de mala salud mental que los hombres (Alonso y Lepine, 2007; Artazcoz et al., 2001; Gispert et al., 2003; OMS, 2003; Rajmil et al., 1998). Otro aspecto a destacar es que pertenecer a clases sociales más desfavorecidas y tener un nivel de estudios más bajo está asociado con una mayor prevalencia de problemas de salud mental para mujeres, pero no para los hombres, confirmando lo descrito en la literatura (Fryers et al., 2003; Honjo et al., 2006). En este sentido, se ha descrito que en los trastornos mentales severos se observa un claro gradiente de desigualdad, mostrando mayores prevalencias entre las personas con menor nivel socioeconómico. Sin embargo, en los trastornos mentales más comunes, como la depresión y ansiedad, este gradiente no es tan claro (Fryers et al., 2003; Laaksonen et al., 2007), principalmente entre los hombres.

<i>Tabla 3</i>					
Factores asociados a mayor prevalencia de problemas de salud mental, a partir del análisis multivariado, con sus respectivas ODDS Ratio (OR) e intervalos de confianza (IC95%)					
		Hombres		Mujeres	
		OR	(IC95%)	OR	OR(IC95%)
Estudios	Universitarios	1,00		1,00	
	Secundarios	0,96	0,78-1,20	1,21*	1,04-1,41
	Primarios	1,05	0,85-1,28	1,21*	1,05-1,39
Estado Civil	Soltero/a	1,00		1,00	
	Casado/a	0,92	0,77-1,09	0,93	0,81-1,07
	Viudo/a	1,36	0,75-2,47	1,44**	1,13-1,85
	Separado/a y divorciado/a	1,69**	1,27-2,26	1,52**	1,25-1,86
País de origen	Países desarrollados	1,00		1,00	
	Países en vías de desarrollo	1,29*	1,02-1,64	1,50**	1,28-1,76
Apoyo Social (Duke) cuartiles	Q1 menos apoyo	3,63**	2,99-4,39	3,31**	2,91-3,76
	Q2	2,37**	1,95-2,88	1,95**	1,72-2,22
	Q3	1,58**	1,26-1,97	1,60**	1,40-1,83
	Q4 más apoyo	1,00		1,00	
Situación laboral	Trabajando	1,00		1,00	
	En baja laboral	2,29**	1,55-3,40	1,58**	1,17-2,15
	Desempleado/a	2,39**	1,90-3,01	1,29**	1,10-1,51
	Jubilado/a o pensionista	1,18	0,93-2,01	1,20	0,97-1,48
	Estudiante	1,36	0,91-2,01	1,38*	1,05-1,82
	Actividades hogar	3,08	0,91-10,39	1,07	0,94-1,21
Trastornos crónicos	Ninguno	1,00		1,00	
	1 o 2	1,93**	1,61-2,31	1,71**	1,48-1,99
	3 o 4	2,99**	2,39-3,74	3,25**	2,77-3,81
	5 o más	6,56**	4,98-8,63	5,85**	4,95-6,92
Limitación de actividades	Nada limitado/a	1,00		1,00	
	Limitado/a	2,86**	2,41-3,39	2,36**	2,11-2,64
	Gravemente limitado/a	7,51**	5,54-10,18	7,11**	5,55-9,12

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$. OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalos de Confianza 95%

Prince y cols. (2007) resaltan que las diferencias de género en la prevalencia de trastornos mentales están relacionadas con los determinantes de la salud mental, tales como la posición socioeconómica, el acceso a los recursos, los roles sociales, entre otros. En relación a los roles sociales, Artazcoz et al. (2001) consideran que cambios en la esfera privada, tales como mayor división de las tareas domésticas, así como políticas públicas que faciliten el cuidado de personas dependientes (niños, discapacitados y personas mayores), son necesarios para reducir las desigualdades en salud atribuibles a una desigual distribución de las demandas familiares entre hombres y mujeres.

Otro aspecto a considerar es que las personas separadas y divorciadas y las mujeres viudas presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental, corroborando lo descrito en la literatura (Haro et al., 2006; Plaiser et al., 2008). En relación al país de origen se observa mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las personas de países en vías de desarrollo, lo que confirma lo descrito en la literatura acerca de la mayor vulnerabilidad de esta población (Hatch y Dohrenwend, 2007; OMS, 2003).

Los resultados del presente estudio muestran un claro gradiente de aumento de la prevalencia de problemas de salud mental según disminuye el apoyo social percibido, lo que corrobora los resultados de estudios anteriores (Harrison et al., 1999; Joutsenniemi et al., 2006; Myer et al., 2008).

La prevalencia de problemas de salud mental aumenta entre las personas desempleadas, confirmando resultados de estudios anteriores (Alonso y Lépine, 2007; Artazcoz, Benach, Borrell y Cortés, 2004; Fryers et al., 2003; Haro et al., 2006) y también entre los que están en baja laboral (Haro et al., 2006). Estos datos refuerzan la importancia de evaluar la salud mental de las personas que necesitan baja laboral.

Entre las variables que más se asocian a los problemas de salud mental está tener enfermedades crónicas. Además, se ha confirmado lo descrito en estudios anteriores que cuanto mayor es el número de trastornos, mayor es la prevalencia de problemas de salud mental (Gispert et al., 2003). Otra variable que también está asociada es estar limitado o gravemente limitado para realizar las actividades cotidianas en función de un problema de salud. Estos resultados refuerzan el impacto en términos de discapacidad de los problemas

de salud mental en la vida cotidiana de las personas (Alonso y Lépine, 2007; Prince et al., 2007; Ustün et al., 2004). Es importante considerar la fuerte interrelación entre problemas de salud física y los trastornos mentales (Alonso y Lépine, 2007), lo que orienta la necesidad de desarrollar intervenciones integradas dirigidas a salud física y mental de las personas. En este sentido, Prince et al. (2007) afirman que el hecho de separar los problemas de salud físicos de los problemas de salud mental, y de no abordar el impacto en términos de discapacidad y mortalidad de la comorbilidad entre éstos, podría estar arraigada en la alienación de la salud mental como uno de los principales medios de promover la salud y reducir la pobreza.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Una de las limitaciones del presente estudio es no disponer de información de personas institucionalizadas, ya que pueden estar institucionalizadas por un problema de salud mental. Tampoco se dispone de la información de las personas incapacitadas para contestar al cuestionario en el momento de la entrevista, lo que puede llevar a una infraestimación de los resultados. Por otro lado, el GHQ-12 es un instrumento de cribado, más sensible que específico, lo que puede llevar a una sobreestimación de los problemas de salud mental. Cabe destacar que los falsos positivos son más frecuentes en la población mayor de 65 años, que no fue incluida en el presente estudio. Otro aspecto a considerar es que el GHQ-12 es más sensible a depresión y ansiedad, sin embargo subestima los casos de drogodependencia y alcoholismo, que son trastornos mentales más frecuentes entre los hombres. Otro aspecto a tener en cuenta es que se trata de un estudio transversal, lo que impide poder establecer relaciones de causalidad entre las variables de estudio.

Por otro lado, una de las fortalezas del presente estudio es el tamaño de la muestra, con más de 29.000 participantes y su representatividad en todo el Estado español y por comunidades autónomas. Así, el hecho de trabajar con datos poblacionales permite generar datos de referencia sobre la salud de la población. Además, permite conocer cómo las características sociodemográficas, de salud física y de trabajo influyen en la salud mental. Estos resultados posibilitan

también identificar los grupos más vulnerables de la población, y que pueden ser foco de intervenciones que busquen disminuir las desigualdades existentes. Otra ventaja importante es que al incluir este indicador de salud mental en la Encuesta de Salud de España será posible evaluarlo periódicamente, lo que permitirá que futuros estudios evalúen el efecto de las políticas desarrolladas en la salud mental de la población. Además, ofrece la posibilidad de integrar la salud mental como parte fundamental de la salud de la población.

Conclusiones e implicaciones

Los resultados del presente estudio resaltan la importancia de las diferentes oportunidades y de recursos como determinantes para el desarrollo de problemas de salud mental. En este sentido, cabe destacar la mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las mujeres, principalmente las de peor condición socioeconómica, lo que refuerza la necesidad del incremento de políticas sociales de igualdad de género. La mayor prevalencia entre la población inmigrante también impone un reto y refuerza la importancia de acciones dirigidas específicamente a este colectivo, que significa un importante porcentaje de la población española. Otro aspecto a considerar es la importancia de acciones de prevención, promoción, identificación y atención a los problemas de salud mental, y su comorbilidad con problemas de salud física, que tienen un importante impacto en la salud de la población, principalmente en términos de discapacidad. Para finalizar, se destaca la importancia de fortalecer y defender las políticas de bienestar social para el desarrollo de una sociedad más saludable e igualitaria.

Agradecimientos

Financiamiento parcial del Ministerio de Sanidad y Consumo - Observatorio de Salud de la Mujer - Dirección General de la Agencia de Calidad y Ministerio de Ciencia e Innovación - Instituto de Salud Carlos III (España). Este artículo es parte de la tesis doctoral de Kátia B. Rocha, realizado en el Departament de Psicologia Clínica i de la Salut de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Referencias

- Alonso, J., y Lépine, J.P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Journal of Clinical Psychology*, 68, 3-9.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., y Cortes, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health*, 94, 82-88.
- Artazcoz, L., Borrell, C., y Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: The relation with family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 639-647.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortes, I., y Rohlf, I. (2004). Women, family demands and health: The importance of employment status and socio-economic position. *Social Science and Medicine*, 59, 263-274.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., et al. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Barry, M., Friel, S., Dempsey, C., Avalos, G., y Clarke, P. (2002). *Promoting mental health and social well-being: Cross border opportunities and challenges*. Armagh: Centre for Cross Border Studies.
- Díaz-Cruz, F., Bethencourt Pérez, J.M., y Peñate Castro, W. (2004). Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 21-39.
- Domingo-Salvany, A., Regidor, E., Alonso, J., y Alvarez-Dardet, C. (2000). [Proposal for a social class measure. Working Group of the Spanish Society of Epidemiology and the Spanish Society of Family and Community Medicine]. *Atencion Primaria*, 25, 350-363.
- Fryers, T., Melzer, D., y Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 38, 229-237.
- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M., y Bernardo, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12, 131-135.
- Gispert, M.R., Puig, O.X., Palomera, F.E., Autonell, C.J., Gine Gine, J.M., Ribas, S.G., et al. (2006). [Individual and ecological factors related to the geographical variability of psychological distress among small areas: A multilevel analysis in Catalonia, Spain]. *Revista Española Pública*, 80, 335-347.
- Gispert, R., Rajmil, L., Schiaffino, A., y Herdman, M. (2003). Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general

- population. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 38, 677-683.
- Hatch, S.L., y Dohrenwend, B.P. (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: A review of the research. *American Journal of Community Psychology*, 40, 313-332.
- Harrison, J., Barrow, S., Gask, L., y Creed, F. (1999). Social determinants of GHQ score by postal survey. *Journal of Public Health Medicine*, 21, 283-8.
- Haro, J.M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Honjo, K., Kawakami, N., Takeshima, T., Tachimori, H., Ono, Y., Uda, H., et al. (2006). Social class inequalities in self-rated health and their gender and age group differences in Japan. *American Journal of Epidemiology*, 16, 223-232.
- Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2003). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Joutsenniemi, K., Martelin, T., Martikainen, P., Pirkola, S., y Koskinen, S. (2006). Living arrangements and mental health in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 468-475.
- Laaksonen, E., Martikainen, P., Lahelma, E., Lallukka, T., Rahkonen, O., Head, J., et al. (2007). Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: Evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*, 36, 776-786.
- Lahelma, E., Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., y Sarlio-Lahteenorva, S. (2006). Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science y Medicine*, 63, 1383-1399.
- Myer, L., Stein, D.J., Grimsrud, A., Seedat, S., y Williams, D.R. (2008). Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. *Social Science y Medicine*, 66, 1828-1840.
- Plaisier, I., Bruijn, J.G., Smit, J.H., de Graaf, R., Ten Have, M., Beekman, A.T., et al. (2008). Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: Differences between men and women. *Journal of Affective Disorders*, 105, 63-72.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
- Rajmil, L., Gispert, R.M., Roset, M.G., Muñoz, P.E., y Segura, A.B. (1998). Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 12, 153-159.
- United Nations Development Programme (2007). *Human Development Report, 2007-2008. Fighting climate change: Human Solidarity in divided world*. New York: United Nations Development Programme. Available: <http://hdr.undp.org> [2009,06/15].
- Ustün, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., y Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.