

PREVALENCIA DOS TRASTORNOS MENTAIS EN GALICIA



XUNTA DE GALICIA

PREVALENCIA DOS TRASTORNOS MENTAIS EN GALICIA

Xunta de Galicia

Servizo Galego de Saúde

Santiago de Compostela 2017

AUTORES:

Coordinadores: Raimundo Mateos Álvarez; Manuel Gómez Beneyto

Equipo investigador:

María Dolores Domínguez Santos

Josep María Haro Abad

Isabel Montero Piñar

Pedro Enrique Muñoz Rodríguez

ÍNDICE DE CONTIDOS

1. INTRODUCCIÓN 9

2. ANTECEDENTES 12

2.1. Estudos previos de epidemioloxía psiquiátrica en Galicia 12

2.2. The World Mental Health Survey Initiative 13

3.OBXECTIVOS DO ESTUDO 17

4.MÉTODO 19

4.1 Poboación de Galicia 19

4.2 Marco da mostraxe 21

4.3 Técnica de mostraxe e cálculo da mostra teórica. 24

4.4 Mostra 26

4.5 Instrumentos 31

4.6 Procedemento 33

4.7 Tratamento dos datos 35

4.8 Control de calidade 36

5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS 41

5.1 Voluntariedade e permiso 41

5.2 Efectos adversos derivados da realización da entrevista 41

5.3.Confidencialidade 41

6. RESULTADOS 42

6.1 Prevalencia vida e ano de trastornos mentais en poboación xeral (táboa 19) 44

6.2 Análise de comorbilidade en poboación con patoloxía mental 46

6.3 Trastornos sublimiáres en depresión e ansiedade xeneralizada (táboa 25) 57

6.4 Ideación, plan e intento suicida (táboas 26 e 27) 59

6.5 Cribado da deterioración cognoscitiva en maiores de 65 anos (táboas 28 e 29) 63

6.6 Cribado de psicose (táboa 30)	65
6.7 Factores de risco sociodemográficos de padecer un trastorno mental (táboas 31, 32, 33, 34)	67
6.8 Análise da gravidade dos trastornos de saúde mental (táboas 35 e 36)	75
6.9 Análise do uso de servizos (táboas 37, 38, 39, 40 e 41)	78
6.10 Análise da carga familiar asociada a problemas de saúde graves en familiares de primeiro grao (táboas 42, 43, 44 e 45)	84
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	91
7.1.Discusión. Prevalencia de trastornos mentais en Galicia	91
7.2.Discusión. Comorbilidade en poboación con patoloxía mental	93
7.3. Discusión. Trastornos sublimiars en depresión e ansiedade xeneralizada	101
7.4. Ideación, plan e intento suicida	102
7.5 Cribado da deterioración cognoscitiva en maiores de 65 anos	104
7.6 Cribado de psicose	105
7.7 Factores de risco sociodemográficos de padecer un trastorno mental	106
7.8 Discusión. Gravidade dos trastornos de saúde mental	108
7.9 Uso de servizos sanitarios	109
7.10 Carga familiar asociada a problemas de saúde graves en familiares de primeiro grao	110
8. RESUMO EXECUTIVO	115
9. COMENTARIOS FINAIS	118
10. BIBLIOGRAFÍA	120
10.1 <u>REFERENCIAS</u>	120
10.2 <u>Publicacións de estudos de epidemioloxía psiquiátrica levados a cabo na Comunidade galega</u>	133

ÍNDICE DE TÁBOAS

Táboa 1. Poboación por idade (grupos quinquenais) e sexo.....	20
Táboa 2. Distribución por idade e sexo da poboación adulta en Galicia no ano 2009.....	21
Táboa 3. Número de habitantes nas principais cidades galegas (ano 2009).....	21
Táboa 4. Número de habitantes maiores de 18 anos por provincia (2009).....	22
Táboa 5. Municipios costeiros (42% do total).....	23
Táboa 6. Municipios interiores (58% do total).....	23
Táboa 7. Núcleos propiamente urbanos (supoñen un 36% do total).....	23
Táboa 8. Núcleos de >15000 (supoñen un 23% do total).....	24
Táboa 9. Núcleos de <15000 (supoñen un 41% do total).....	24
Táboa 10. Distribución das entrevistas segundo provincia.....	26
Táboa 11. Distribución das entrevistas segundo sexo.....	26
Táboa 12. Incidencias de entrevista (casos non viables).....	27
Táboa 13. Incidencias en poboación entrevistada (casos viables).....	27
Táboa 14. Taxas de resposta segundo provincias.....	28
Táboa 15. Taxas de resposta segundo núcleos de poboación.....	28
Táboa 16: Distribución de provincia e estrato (rural / urbano) na mostra global e segundo sexo.....	29
Táboa 17: Distribución de provincia e estrato poboacional na mostra global e segundo sexo.....	29
Táboa 18: Distribución variables sociodemográficas na mostra global.....	30
Táboa 19: Prevalencia-vida e prevalencia-ano dos principais trastornos mentais segundo criterios DSM-IV.....	43

Táboa 20: Comorbilidade de consumo de substancias (alcohol & drogas) en poboación con patoloxía mental.....	49
Táboa 21: Comorbilidade de consumo de substancias (alcohol & drogas) en poboación con calquera trastorno mental.....	49
Táboa 22: Comorbilidade de consumo de substancias en poboación con patoloxía mental.....	50
Táboa 23: Comorbilidade de patoloxía somática en poboación con e sen patoloxía mental....	55
Táboa 24.....	56
Táboa 25: Prevalencia-vida dos trastornos sublimiars seguindo criterios DSM-IV segundo sexo e idade. Valores absolutos non ponderados e proporcións ponderadas.....	58
Táboa 26: Características sociodemográficas e diagnósticos psiquiátricos dos individuos incluídos na análise (frecuencias absolutas non ponderadas e proporcións ponderadas). Prevalencia vida de idea, plan e intento suicida.....	61
Táboa 27: OR axustadas e IC 95% para intento e ideas suicidas.....	62
Táboa 28: Deterioración cognoscitiva en persoas maiores de 65 anos. Cuestionario Mini-Mental.....	64
Táboa 29: Deterioración cognoscitiva en persoas maiores de 65 anos. Cuestionario Mini-Mental. Media (DE).....	64
Táboa 30: Proporción de individuos con cribado de psicose segundo variables sociodemográficas.....	66
Táboa 31: Prevalencia vida de trastornos mentais de acordo con variables sociodemográficas.....	69
Táboa 32: Prevalencia de trastornos mentais vida de acordo con variables sociodemográficas.....	70
Táboa 33: Prevalencia de trastornos mentais últimos 12 meses de acordo con variables sociodemográficas.....	73
Táboa 34: Prevalencia de trastornos mentais últimos 12 meses de acordo con variables sociodemográficas.....	74

Táboa 35: Análise de gravidade dos problemas de saúde mental nos últimos 12 meses. Mostra global e por SEXO.....	76
Táboa 36: Análise de gravidade dos problemas de saúde mental nos últimos doce meses por grupos de IDADE.....	77
Táboa 37: Proporción de individuos que consultan calquera tipo de servizos de saúde nos 12 meses previos, de acordo co trastorno mental nos últimos 12 meses.....	80
Táboa 38: Nivel de uso de servizos debido a problemas de saúde mental, entre usuarios de servizos de saúde, de acordo co trastorno mental nos últimos 12 meses.....	80
Táboa 39: Análise de gravidade dos problemas de saúde mental nos últimos 12 meses, segundo utilización de servizos.....	81
Táboa 40: Análise de gravidade dos problemas de saúde mental nos últimos 12 meses, segundo utilización de servizos.....	82
Táboa 41: Relación entre as diferentes variables sociodemográficas e clínicas con uso de servizos.....	83
Táboa 42: Características sociodemográficas de cuidadores de familiares con enfermidade mental, con problemas físicos crónicos e de familiares con ambos tipos de trastornos.....	86
Táboa 43: Carga obxectiva asociada a cuidados de familiares de primeiro grao con enfermidade mental, física e ambas (mental e física) graves.....	87
Táboa 44: Carga psicolóxica asociada á prestación de cuidados a familiares de primeiro grao con enfermidades graves (mental, física ou ambas).....	88
Táboa 45: Carga e trastornos mentais segundo diagnóstico.....	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa mundial dos países que forman parte da WMH Survey.....	14
Figura 2. Densidade de poboación en Galicia no ano 2008.....	19

1. INTRODUCCIÓN

A Organización Mundial da Saúde (OMS) estima que os trastornos mentais se atopan entre as principais causas de carga e discapacidade a nivel mundial e que esta tendencia irá en aumento nas próximas décadas (1). Estas estimacións e proxeccións baseáronse tradicionalmente en revisións sistemáticas e estudos epidemiolóxicos illados. Con todo, é necesario avanzar cara á avaliación dos trastornos mentais e o seu impacto mediante medidas estandarizadas e válidas que permitan comparar diferentes países e rexións (2). Ao longo das últimas décadas, o achegamento entre os sistemas de clasificación de enfermidades mentais DSM e CIE e os refinamentos na avaliación a través de entrevistas diagnósticas con elevado grao de validez e fiabilidade permitiron levar a cabo estudos poboacionais cunha metodoloxía estandarizada que permite a comparación de diferentes países. Un exemplo destacado é o World Mental Health Initiative (WMHS) (3), realizado en 28 países, entre eles España (4), cuxo obxectivo era avaliar a prevalencia dos principais trastornos mentais, os seus determinantes e a discapacidade asociada a eles en mostras representativas de poboación adulta. O Decreto 389/1994, do 15 de decembro, que ordena e regula a saúde mental na Comunidade Autónoma de Galicia, considerou necesario entre outras cuestións, analizar e avaliar a situación da saúde mental na devandita comunidade ¹.

Posteriormente, un informe preliminar da situación realizado entre 2003 e 2005 pola asesoría técnica externa Gesmédica, permitiu establecer como prioridades asistenciais na Comunidade Autónoma de Galicia a atención á morbilidade psiquiátrica máis frecuente, á morbilidade psiquiátrica máis grave e aos grupos de risco máis vulnerables e frecuentes.

¹ Decreto 389/1994, do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia. Diario Oficial de Galicia, 2 de enero de 1995, núm. 1, pp. 6-9.

No citado informe insistíase na necesidade de coñecer a situación epidemiolóxica en materia de saúde mental na poboación galega, completando e actualizando os estudos epidemiolóxicos realizados polo equipo da Área de Psiquiatría da Facultade de Medicina da USC.

Así mesmo, no citado informe de situación considerábase necesario o deseño dun sistema de avaliación e un observatorio que permitise monitorizar os resultados dos esforzos de mellora da saúde mental en Galicia establecendo as medidas correctoras adecuadas á situación. Estas formulacións e necesidades foron recollidas no Plan estratéxico de saúde mental 2006-2011 que os recolle e establece tanto nos seus obxectivos como nas súas liñas estratéxicas ². Un primeiro paso coherente coas devanditas formulacións era coñecer a situación da saúde mental da poboación galega.

Por outra banda o Plan de saúde 2006-2010 da Consellería de Sanidade establece dentro das súas prioridades o estudo e mellora na asistencia aos trastornos afectivos, incluíndo especificamente os programas de detección precoz e prevención de condutas suicidas, así como a atención ás condutas adictivas. Finalmente, o Plan de prioridades sanitarias 2011-14 recomenda realizar estudos epidemiolóxicos de saúde mental, especificamente, sobre depresión e suicidio ³.

A Estratexia Sergas 2020 describe dentro dos seus obxectivos estratéxicos a mellora da atención a pacientes con depresión, mediante a elaboración e implantación dun procedemento asistencial integrado de depresión e impulsando a xestión de coñecemento e innovación.

Coherentemente con estas formulacións decídese realizar un estudo epidemiolóxico psiquiátrico da poboación galega. O devandito estudo de carácter extraordinario considérase que debe ser coordinado pola propia Consellería de Sanidade, seguindo a metodoloxía establecida de acordo con

² Galicia. Plan estratéxico de saúde mental : Galicia 2006-2011. [Santiago de Compostela]: Xunta de Galicia, 2007. Dispoñible en internet: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/SaludMental/PDF9-50.pdf>

³ Sanidade, Xunta de Galicia-Consellería. Plan de prioridades sanitarias 2011-2014. 2011. Dispoñible en internet: <http://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/PIOrSanitaria/PDF-2058-es.pdf>

estudos internacionais da OMS por un grupo de expertos independentes de recoñecido prestixio en epidemioloxía psiquiátrica. Para iso considerouse idónea a Sociedade Española de Epidemioloxía Psiquiátrica.

Para a realización de devandito estudo epidemiolóxico era preciso, como se sinalou anteriormente, un deseño metodolóxico rigoroso cos instrumentos máis apropiados de acordo cos máis recentes estudos internacionais. Tomouse como referencia o *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED) (5). O devandito estudo forma parte do xa mencionado WMHS e realizouse cunha mostra representativa de poboación adulta en seis países Europeos (Alemaña, Bélxica, España, Francia, Holanda e Italia). O uso deste tipo de metodoloxía garante a comparabilidade dos resultados do presente estudo con outros nacionais e internacionais.

O estudo analizou as prevalencias en función da necesidade percibida de atención sanitaria e a satisfacción percibida, así como as variables sociodemográficas máis relevantes e a gravidade, disfunción e discapacidade relacionadas.

Obxectivos complementarios, pero que contribúen a aumentar a aplicabilidade e utilidade dos resultados eran os dirixidos: 1) á análise da gravidade dos problemas estudados, á calidade de vida das persoas entrevistadas e 2) ao estudo da utilización dos servizos asistenciais por parte da poboación estudada.

Complementariamente, este estudo configúrase potencialmente como base de novas liñas de investigación epidemiolóxica. Así mesmo as adaptacións realizadas, tanto de cuestionarios como de procedementos, poden ser considerados un interesante 'know-how' epidemiolóxico.

Finalmente, cabe sinalar que este estudo de epidemioloxía psiquiátrica de Galicia é concordante coa liña estratéxica seis da Estratexia Sergas 2020 e coa quinta liña estratéxica da Estratexia Nacional de Saúde Mental do Sistema Nacional de Saúde.

2. ANTECEDENTES

2. 1. Estudos previos de epidemioloxía psiquiátrica en Galicia

Existen varios estudos epidemiolóxicos sobre trastornos mentais levados a cabo en Galicia.

O primeiro deles foi o estudo de epidemioloxía psiquiátrica na Comunidade galega, cunha mostra representativa de 2.510 persoas maiores de 18 anos. Os principais índices de patoloxía estudados foron: patoloxía psiquiátrica global (cribado), deterioración cognoscitiva e consumo de alcohol. Destacados factores de risco e protección incluídos no estudo foron o estrés social (acontecementos vitais) e o apoio social.

O segundo foi o estudo de saúde mental en poboación infantil e xuvenil que analizou a patoloxía psiquiátrica global, consumo de alcohol e outras drogas, delincuencia e clima familiar, sobre unha mostra de 2.550 adolescentes de 12 a 18 anos que vivían na comunidade.

O estudo de saúde mental en atención primaria analizou a prevalencia de patoloxía psiquiátrica (global) e conduta de procura de axuda nunha mostra representativa da poboación que acode aos centros de saúde da nosa comunidade.

O estudo de saúde mental en poboación de idade avanzada estudou unha mostra de 3.580 persoas maiores de 60 anos. Foi o primeiro en analizar unha entrevista diagnóstica semiestruturada, o DIS-III (6), predecesor do CIDI, permitindo a análise da prevalencia dos distintos diagnósticos neste grupo poboacional.

O estudo máis recente foi o estudo de saúde mental e necesidades en persoas maiores na Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Sobre unha mostra representativa de 800 persoas maiores de 65 anos estudáronse variables de

saúde xeral, discapacidade, deterioración cognoscitiva - demencia, e necesidades, así como o grao de sobrecarga e apoio dos cuidadores informais das persoas dependentes.

Estes estudos puxeron de manifesto elevadas prevalencias de trastornos mentais na nosa comunidade e identificaron factores de risco demográfico e social, principalmente: a clase social baixa (e outros indicadores de estratificación social baixa), estrés ambiental (acontecementos vitais), baixo apoio social e conflitos no ámbito familiar. En relación coa poboación máis nova alertaron hai máis de dúas décadas dos cambios asociados ao xénero nos patróns de uso e abuso de substancias na nosa comunidade. Na bibliografía inclúese un listado das principais publicacións que ofrecen datos de estudos de epidemioloxía psiquiátrica levados a cabo na Comunidade galega.

2.2. The World Mental Health Survey Initiative

A '*World Mental Health Survey Initiative*' (WMHS Initiative) é un proxecto coordinado polo grupo de epidemioloxía, avaliación e clasificación da OMS, cuxo obxectivo foi o de recompilar información detallada en varios países sobre a prevalencia e as variables asociadas aos trastornos mentais, de uso de substancias e de conduta. A enquisa levouse a cabo en 28 países de todo o mundo, chegando a alcanzar un tamaño mostral de máis de 154.000 persoas adultas.

Os países que conforman as diferentes rexións da WMH son: da PAHO Brasil, Colombia, Costa Rica, Méjico, Perú e Estados Unidos; de AFRO Nixeria e Sud África; de EMRO Líbano e Irak; de EURO Alemaña, Bélxica, Bulgaria, España, Francia, Israel, Italia, Irlanda, Holanda, Portugal, Rumania, Turquía e Ucraia; de SEARO India; de WPRO China, Xapón e Nova Zelanda.

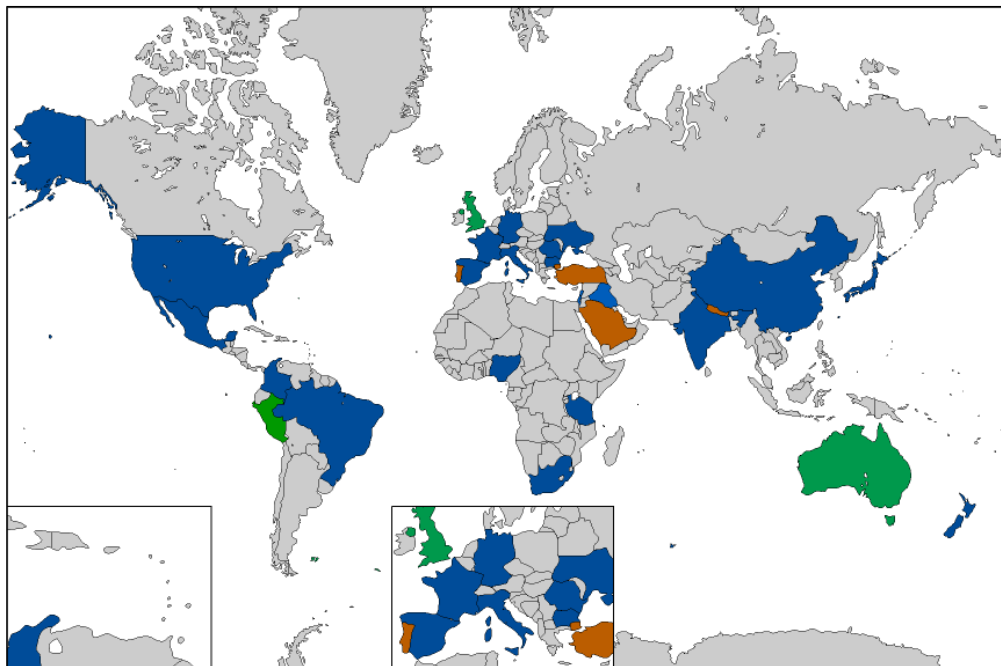


Figura 1. Mapa mundial dos países que forman parte de la WMH Survey

En todos os países onde se levaron a cabo as enquisas seleccionáronse os fogares utilizando unha mostraxe de probabilidade multi-etápico. Dentro de cada fogar seleccionouse ao chou unha persoa maior de 18 anos. Como a entrevista era longa (2 horas aproximadamente), a enquisa dividiuse en parte 1 e parte 2. A parte 1 adminístrouse a todos os participantes e avaliaba os trastornos mentais principais así como información sociodemográfica. Aqueles encuestados que na parte 1 cumprían criterios para algún tipo de trastorno mental pasaron á parte 2. Ademais, a un 25% seleccionado ao chou que non cumprían criterios diagnósticos para ningún trastorno mental na parte 1 tamén se lles administrou a parte 2. A parte 2 da enquisa incluía información máis detallada sobre os trastornos mentais e sobre outros factores de risco e asociados.

A enquisa administrada foi a *International Diagnostic Interview WMH-CIDI* (3), unha entrevista diagnóstica estruturada que permite avaliar trastornos mentais e tratamentos para os devanditos trastornos. Os trastornos avaliados inclúen:

Trastornos de ansiedade: agorafobia, trastornos de ansiedade xeneralizada, trastorno obsesivo compulsivo, angustia, trastorno de estrés post-traumático, fobia social e fobia específica.

Trastornos do estado de ánimo: trastorno bipolar I e II, distimia, trastorno depresivo maior.

Trastornos relacionados co control de impulsos: bulimia, trastorno explosivo intermitente, déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conduta e trastorno negativista desafiante (entre os entrevistados de 18 a 44 anos).

Trastorno por consumo de substancias: dependencia e abuso de alcohol, dependencia e abuso de drogas e tabaco.

Os trastornos son avaliados usando as definicións e criterios da cuarta edición do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM- IV) (7) e a *Classification of Mental and Behavioral Disorders* (ICD10) (8).

Mediante probas metodolóxicas conseguidas en traballos de campo pola

WHO-CIDI e máis tarde en estudos de calibración clínica mostraron que todos os trastornos considerados neste documento se avalían cunha adecuada confiabilidade e validez, tanto da CIDI orixinal como na versión orixinal da WMH-CIDI.

A WMH-CIDI foi primeiro realizada en inglés e logo baixo un proceso rigoroso de adaptación traducíuse a varios idiomas facendo as versións comparables, cultural e conceptualmente. Este proceso foi realizado por un panel de expertos.

Todas as entrevistas leváronse a cabo no fogar das persoas seleccionadas por entrevistadores legos adestrados na administración da entrevista CIDI.

3. OBXECTIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tivo como obxectivo avaliar a prevalencia dos principais trastornos mentais e as variables sociodemográficas e de saúde asociadas na poboación adulta da Comunidade Autónoma de Galicia, utilizando unha entrevista estruturada válida e fiable e unha metodoloxía que permitise obter datos representativos e comparables con outras rexións e países. Para iso obtívose unha mostra representativa de persoas non institucionalizadas maiores de 18 anos ás que se lles administrou a entrevista CIDI. Os obxectivos específicos deste traballo foron os seguintes:

1. Estimar a prevalencia vida e ano de trastornos mentais comúns (trastornos afectivos, de ansiedade e de consumo de substancias) en persoas maiores de 18 anos residentes en vivendas familiares en Galicia. Describir as frecuencias dos trastornos mentais segundo o xénero e os grupos de idade.

2. Determinar a comorbilidade dos trastornos por consumo de alcohol e drogas en persoas con trastorno mental (trastornos afectivos e ansiedade) e os factores sociodemográficos asociados a esta comorbilidade.

3. Estudar a proporción de enfermidades crónicas en persoas con e sen patoloxía mental.

4. Estimar a prevalencia de conduta suicida (ideación, plan e intentos de suicidio) na mostra total e determinar as variables sociodemográficas e clínicas asociadas ás devanditas condutas.

5. Coñecer a prevalencia de persoas con depresión e ansiedade xeneralizada de tipo sublimiar (é dicir, que non cumpren todos os criterios para poder establecer un diagnóstico completo DSM-IV).

6. Determinar a frecuencia de deterioro cognitivo, segundo puntos de cortes para o Mini-Mental, en persoas maiores de 65 anos, e en homes e mulleres.

7. Estimar a prevalencia na mostra total de persoas que presentan un diagnóstico probable de psicose, segundo o instrumento de cribado utilizado, e determinar as principais variables demográficas deste subgrupo.

8. Coñecer os principais factores de risco sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, urbanicidade) que se asocian á presenza dun trastorno mental.

9. Determinar a proporción de casos que se consideran como trastornos mentais graves, moderados e leves, así como as principais variables sociodemográficas asociadas a estes casos.

10. Coñecer o uso de servizos sanitarios segundo cada trastorno mental, segundo a gravidade dos casos de trastorno mental, e as variables sociodemográficas que se asocian ao uso destes servizos.

11. Describir a carga familiar das persoas entrevistadas, incluíndo coidados informais a familiares de primeiro grao con patoloxía física, mental ou ambas, determinar o número de horas á semana dedicadas ao coidado de enfermos e describir as variables sociodemográficas asociadas á carga familiar.

4. MÉTODO

4.1 Poboación de Galicia

Segundo datos do INE ao 01/01/2009 a poboación total da Comunidade Autónoma de Galicia era de 2.753.468 habitantes censados, sendo a quinta comunidade autónoma en número de habitantes. Presenta unha densidade de poboación de 93.6 hab./km², lixeiramente superior á media española. A poboación de Galicia concéntrase fundamentalmente nas zonas costeiras, sendo as áreas de Rías Baixas e a das áreas metropolitanas da Coruña e Ferrol as de maior densidade poboacional. Vigo é a cidade galega máis poboada (294.772 hab.). Na figura 2 adxunta pode apreciarse a forma de distribución da súa poboación.

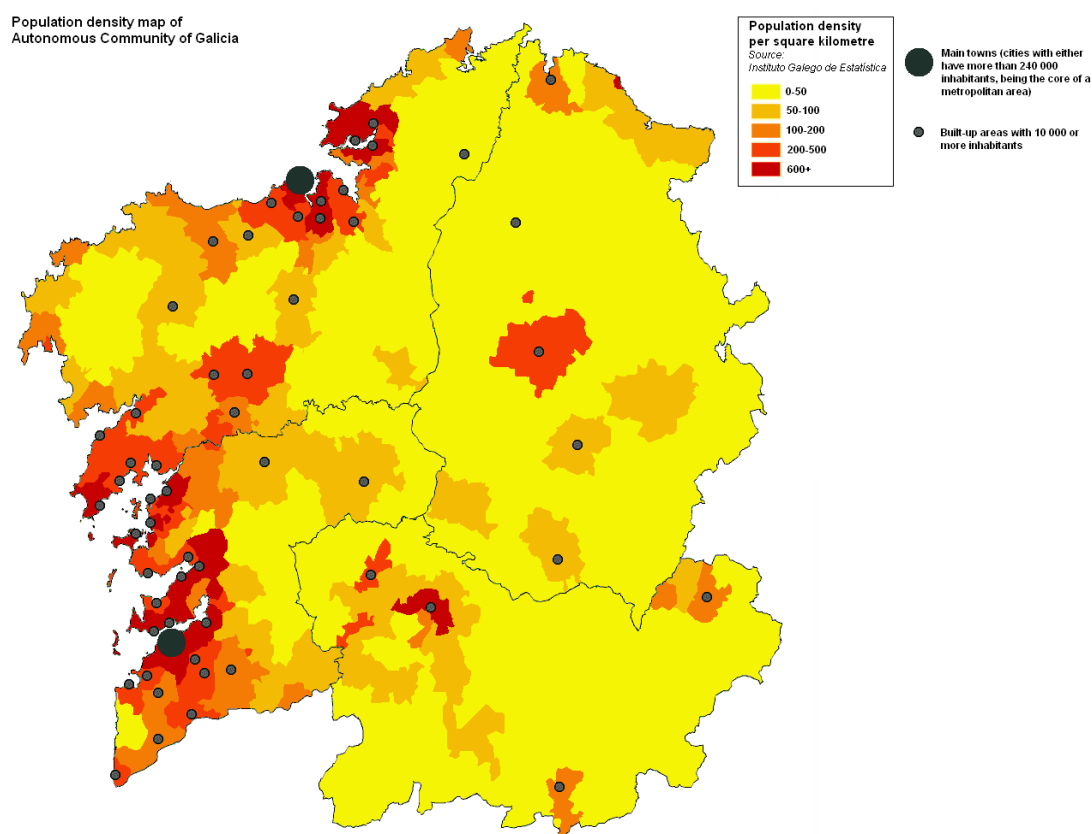


Figura 2. **Densidade de poboación en Galicia no ano 2008** (créditos: «Galicia densidade de poboacion» de Susana Freixeiro - Tráballo propio. Dispoñible baixo a licenza Dominio público vía Wikimedia Commons) https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Galicia_densidade_de_poboacion.PNG#/media/File:Galicia_densidade_de_poboacion.PNG

A organización tradicional da poboación é substancialmente diferente á do resto de España. O territorio dos concellos estrutúrase en parroquias e estas á súa vez en ‘aldeas’ ou lugares, o que supón unha alta taxa de dispersión demográfica unida a un elevado número de poboacións. Esta característica supuxo dificultades importantes para a realización do traballo de campo nun marco mostral de selección aleatoria das unidades mostrais a partir do censo. A distribución por idade e sexo da súa poboación segundo a estimación do INE ao 01/01/2009 indícase na seguinte táboa:

Táboa 1. Poboación por idade (grupos quinquenais) e sexo

	Ambos sexos	Varóns	Mulleres
15-19	123863	63650	60213
20-24	149551	76086	73465
25-29	197456	100041	97415
30-34	230829	116309	114520
35-39	219049	109668	109381
40-44	211546	105173	106373
45-49	201879	100264	101615
50-54	186827	92312	94515
55-59	172946	85012	87934
60-64	172213	83018	89195
65-69	142651	66886	75765
70-74	146747	65464	81283
75-79	138410	58215	80195
80-84	96784	36876	59908
85 e máis	87229	26661	60568

Fonte: INE - Estimación da poboación actual ao 01/01/2009

4.2 Marco da mostraxe

O presente estudo céntrase na poboación maior de 18 anos. A distribución en % por idade e sexo da poboación de máis de 18 anos no ano 2009 atópase na táboa 2.

Táboa 2. Distribución por idade e sexo da poboación adulta en Galicia no ano 2009

Grupos de idade	Homes	Mulleres	Total
18-24	4.3%	4.1%	8.4%
25-34	9.2%	8.9%	18.1%
35-44	9.0%	9.0%	18.0%
45-54	7.9%	8.2%	16.2%
55-59	3.5%	3.7%	7.2%
60-70	6.6%	7.4%	14.1%
máisde 70	7.2%	11.0%	18.2%
TOTAL	47.7%	52.3%	100%

Fonte: INE - Estimación da poboación actual ao 01/01/2009

O 36% da poboación habita en núcleos propiamente urbanos (ciudades):

Táboa 3. Número de habitantes nas principais cidades galegas (ano 2009)

Cidades	Nº habitantes
A Coruña	244,388
Santiago	93,712
Ferrol	75,181
Lugo	93,853
Ourense	107,186
Pontevedra	80,202
Vigo	294,772
TOTAL	989,294

Outros núcleos de máis de 20.000 habitantes son os seguintes municipios:

- Vilagarcía de Arousa: 36,743.
- Narón: 35,664. (Área metropolitana de Ferrol)
- Oleiros: 31,694. (Área metropolitana da Coruña)
- Carballo: 30,091.
- Redondela: 29,987. (Área metropolitana de Vigo)
- Arteixo: 27,713. (Área metropolitana da Coruña)
- Ribeira: 27,181.
- Culleredo: 26,707. (Área metropolitana da Coruña)
- Marín: 25,885.
- Cangas do Morrazo: 25,402. (Área metropolitana de Vigo)
- Ames: 24,553. (Área metropolitana de Santiago de Compostela)
- Cambre: 22,513. (Área metropolitana da Coruña)
- Ponteareas: 22,411.
- Lalín: 20,867.

Supoñen un total de 355,717 habitantes que representan o 13% do total. Por outra banda, o 41% da poboación reside en municipios de menos de 15,000 habitantes que supoñen 279 municipios cunha poboación media de 4,096 hab. A súa distribución por provincias é a seguinte:

Táboa 4. Número de habitantes maiores de 18 anos por provincia (2009)

Nº habitantes		
A Coruña	456,826	(N=81 e M=5.640)
Lugo	210,938	(N=63 e M=3.348)
Ourense	187,968	(N=88 e M= 2.136)
Pontevedra	286,973	(N=47 e M=6.106)
TOTAL	1,142,705	

Así mesmo, para un estudo de morbilidade psiquiátrica como o que se propón hai que ter en conta que a súa distribución non é aleatoria e vén condicionada, entre outros moitos factores, polo tipo de hábitat que determina o estilo de vida. Deste xeito habería que ter en conta as diferenzas entre municipios costeiros e interiores (tipo de actividade e influencia da poboación turística estacionada). O número de municipios por provincia dun tipo e outro, excepto as cidades, é o seguinte:

Táboa 5. Municipios costeiros (42% do total)

A Coruña	438,084
Lugo	57,834
Ourense	-----
Pontevedra	253,745
TOTAL	749.663

Táboa 6. Municipios interiores (58% do total)

A Coruña	281,427
Lugo	203,489
Ourense	229,740
Pontevedra	318,920
TOTAL	1,033,576

Táboa 7. Núcleos propiamente urbanos (supoñen un 36% do total)

A Coruña	244,388
Santiago	93,712
Ferrol	75,181
Lugo	93,853
Ourense	107,186
Pontevedra	80,202
Vigo	294,772
TOTAL	989,294

Táboa 8. Núcleos de >15,000 (supoñen un 23% do total)

A Coruña	244,138	(N=9 e M=27.126)
Lugo	50,375	(N=3 e M=16.792)
Ourense	41,772	(N=3 e M= 13.924)
Pontevedra	285,684	(N=13 e M=21.976)
TOTAL	621,969	

Táboa 9. Núcleos de <15000 (supoñen un 41% do total)

A Coruña	456,826	(N=81 e M=5.640)
Lugo	210,938	(N=63 e M=3.348)
Ourense	187,968	(N=88 e M= 2.136)
Pontevedra	286,973	(N=47 e M=6.106)
TOTAL	1,142,705	

4.3 Técnica de mostraxe e cálculo da mostra teórica.

4.3.1. Técnica de mostraxe

Utilizouse unha mostraxe probabilística estratificada e multietápica sen reemplazo. Estratificouse en función da densidade poboacional: núcleos propiamente urbanos, núcleos de máis de 15,000 habitantes e núcleos de menos de 15,000.

O obxectivo era alcanzar un número de entrevistas completas non inferior ao 65% da mostra liberada. A mostra obtívose a partir da selección realizada pola oficina estatística do Sergas, utilizando os datos das tarxetas sanitarias.

O proceso de obtención da mostra incluíu dúas etapas:

Primeira etapa. A partir dos estratos establecidos segundo o tamaño dos núcleos de poboación asignouse unha mostra de acordo cun criterio de proporcionalidade. As unidades mostrais nesta primeira etapa foron municipios elixidos aleatoriamente, cuxa extracción en cada estrato seguiría un criterio sistemático-proporcional.

Segunda etapa. Na segunda etapa a partir do censo das municipalidades seleccionadas elixiuse aleatoriamente o número proporcional de suxeitos asignados en orde a obter o número previsto de entrevistas completas.

4.3.2. Cálculo do tamaño da mostra

O tamaño da mostra estimouse para un erro estándar do 0.015 que supoñería un intervalo de confianza de $\pm 1.5\%$. Consideráronse dúas posibilidades:

1. A primeira está calculada tendo en conta o peor dos casos que sería unha proporción (P) do 50%:

$$N = (1.96)^2 PQ / 0.015^2 = 4.268$$

Aceptando unha porcentaxe de rexeitamentos ou non localizados do 15%, o tamaño da mostra a obter sería:

$$N = 4.268 (1/1-0.15) = 5.021$$

Que para cada uno dos estratos sería de:

- 1- Núcleos urbanos= 1,808.
- 2- Núcleos de >15000= 1,154.
- 3- Núcleos de <15000= 2,059.

2. A segunda opción está calculada sobre criterios máis realistas estimando unha prevalencia non superior ao 25%:

$$N = (1.96)^2 PQ / 0.015^2 = 3,201$$

Se se engade a porcentaxe estimada de rexeitamentos nun 35% implicaría un tamaño mostral semellante ao anterior: 4,924.

Que para cada uno dos estratos sería de:

- 4- Núcleos urbanos= 1,772.
- 5- Núcleos de >15000= 1,154.
- 6- Núcleos de <15000= 2,059.

4.4 Mostra

A mostra teórica total que se obtivo do censo da tarxeta sanitaria foi de 6,662 suxeitos, dos que foi posible localizar e intentar entrevistar a 5,324. Destes, só se logrou realizar a entrevista completa a 3,170 (59.5% de taxa de resposta no estudo).

Nas táboas 10 e 11 móstrase a distribución da mostra inicial (teórica) por provincias e por sexo:

Táboa 10. Distribución das entrevistas segundo provincia

Provincia	Frecuencia	Porcentaxe (%)
Coruña	2,742	41.2
Lugo	838	12.6
Ourense	812	12.2
Pontevedra	2,270	34.1
Total	6,662	100

Táboa 11. Distribución das entrevistas segundo sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaxe (%)
Home	3,121	46.8
Muller	3,541	53.2
Total	6,662	100

Na táboa 12 recóllense os principais motivos polos que non se obtivo entrevista completa. No 80% dos casos foi debido a un cambio de dirección ou dirección errónea.

Táboa 12. Incidencias de entrevista (casos non viables)

<i>Motivo</i>	Número	Porcentaxe (%)
Cambio enderezo	720	53.8
Porteiro	1	0.1
Enderezo erróneo	380	28.4
Vivenda baleira	85	6.4
Falecido	69	5.2
Vivenda non existe	45	3.4
Non fala idioma	7	0.5
Sen fogar	2	0.1
Zona perigosa	25	1.9
Fogar perigoso	4	0.3
Total	1,338	100

Na táboa 13 indícanse as causas que motivaron que malia ser localizado o suxeito, a entrevista non puido ser realizada.

Táboa 13. Incidencias en poboación entrevistada (casos viables)

<i>Motivo</i>	Número	Porcentaxe (%)
Entrevista realizada	3,170	59.5
Ausencia fogar	313	5.9
Ausencia individuo	347	6.5
Negativa fogar	820	15.4
Negativa individuo	229	4.3
Enfermo na casa	174	3.3
Enfermo no hospital	29	0.5
Vacacións	21	0.4
Longa ausencia	221	4.2
Total	5,324	100

Tal como mostra a táboa 13 a taxa final de resposta foi do 59.5%.

As taxas de resposta segundo a provincia e o tamaño do núcleo de poboación recóllense nas táboas 14 e 15, respectivamente:

Táboa 14. Taxas de resposta segundo provincias

Provincia	Realizadas	Mostra (casos viables)	Taxa de resposta (%)
A Coruña	1,279	2,222	57.6
Lugo	441	709	62.2
Orense	394	626	62.9
Pontevedra	1,056	1,767	59.5
Total	3,170	5,324	59.5

Táboa 15. Taxas de resposta segundo núcleos de poboación

Tamaño	Realizadas	Mostra (casos viables)	Taxa de resposta (%)
<2000 h	158	255	62.0
2000-5000 h	460	735	62.6
5000-10000 h	534	858	62.2
10000-20000 h	543	884	61.4
20000-50000 h	421	746	56.4
>50000 h	1,054	1,846	57.1
Total	3,170	5,324	59.5

Tal como pode verse na táboa 14, nas provincias da Coruña e Pontevedra a taxa de resposta é inferior ao 60% mentres que en Lugo e Orense supera o 62%. Similar rango de participación obtemos se consideramos o tamaño do estrato; nos de menos de 20,000 habitantes as taxas están por encima do 61% mentres que nas de 20,000- 50,000 e máis de 50,000 chégase, como máximo, a taxas do 57%.

No proceso de depuración de datos elimináronse 19 casos do estudo por presentar erros non emendables ou estar incompletos os datos sociodemográficos. As características sociodemográficos da mostra final, composta de 3,170 suxeitos, recóllense nas táboas 16, 17 e 18.

Táboa 16: Distribución de provincia e estrato (rural/ urbano) na mostra global e segundo sexo. Valores absolutos sen ponderar e porcentaxes ponderadas.

Características xeográficas	Mtra. Global (n=3151)	Homes (n=1418)	Mulleres (n=1733)
Provincia			
A Coruña	1275; 41.6% IC95%[39.6-43.5]	571; 41.5% IC95%[38.9-44.2]	704; 41.6% IC95%[39.7-43.5]
Lugo	442; 12.5% IC95%[11.1-14]	216; 12.7% IC95%[10.6-14.7]	226; 12.4% IC95%[10.9-13.9]
Ourense	392; 11.9% IC95%[10.9-13]	175; 11.7% IC95%[9.9-13.4]	217; 12.1% IC95%[10.6-13.7]
Pontevedra	1042; 34% IC95%[32.2-35.8]	456; 34.1% IC95%[31.6-36.7]	586; 33.9% IC95%[32.2-35.5]
Estrato poboacional			
Rural	1439; 41.3% IC95%[39.3-43.2]	674; 42% IC95%[39.2-44.9]	765; 40.6% IC95%[38.6-42.6]
Urbano	1712; 58.7% IC95%[56.8-60.7]	744; 58% IC95%[55.1-60.8]	968; 59.4% IC95%[57.4-61.4]

Táboa 17: Distribución de provincia e estrato poboacional na mostra global e segundo sexo. Valores absolutos non ponderados e porcentaxes ponderadas. Proporcións sobre total de zona.

Características xeográficas		Mtra. Global (n=3151)	Homes (n=1418)	Mulleres (n=1733)
Estrato	Provincia			
Rural (n=1439)	A Coruña	539; 37.5% IC95%[34.3-40.6]	238; 37.4% IC95%[32.9-41.8]	301; 37.5% IC95%[34.1-41]
	Lugo	311; 21.2% IC95%[17.9-24.4]	158; 21.5% IC95%[17-26]	153; 20.8% IC95%[17.4-24.3]
	Ourense	237; 17.2% IC95%[14.9-19.6]	111; 17.4% IC95%[13.7-21.1]	126; 17.1% IC95%[13.5-20.7]
	Pontevedra	352; 24.1% IC95%[21.3-27]	167; 23.7% IC95%[19.4-28]	185; 24.6% IC95%[21.9-27.3]
Urbano (n=1712)	A Coruña	736; 44.4% IC95%[42.1-46.8]	333; 44.6% IC95%[41.4-47.7]	403; 44.3% IC95%[42.3-46.3]
	Lugo	131; 6.5% IC95%[6.2-6.8]	58; 6.2% IC95%[5.8-6.6]	73; 6.7% IC95%[6.4-6.9]
	Ourense	155; 8.2% IC95%[7.5-8.8]	64; 7.5% IC95%[6.3-8.7]	91; 8.8% IC95%[8.4-9.2]
	Pontevedra	690; 40.9% IC95%[38.7-43.1]	289; 41.7% IC95%[38.7-44.8]	401; 40.2% IC95%[38.4-42]

Táboa 18: Distribución variables socio-demográficas na mostra global (valores absolutos sen ponderar e porcentaxes ponderadas).

Características sociodemográficas	Mtra. Global (n=3151)
Sexo	
Home	1418; 47.1% IC95%[45.8-48.4]
Muller	1733; 52.9% IC95%[51.6-54.2]
Idade	
18 - 35	639; 25.7% IC95%[24.5-26.8]
36-65	1692; 52.2% IC95%[50.9-53.4]
Máis de 65	820; 22.2% IC95%[20.9-23.4]
Estado civil	
Casado/Vivindo con alguén	2057; 62.4% IC95%[61-63.9]
Previamente casado	408; 11.6% IC95%[10.8-12.5]
Solteiro	682; 25.8% IC95%[24.4-27.3]
Ns/Nc	4; 0.1% IC95%[0-0.2]
Estrato poboacional	
Rural	1439; 41.3% IC95%[39.3-43.2]
Urbano	1712; 58.7% IC95%[56.8-60.7]
Provincia	
A Coruña	1275; 41.6% IC95%[39.6-43.5]
Lugo	442; 12.5% IC95%[11.1-14]
Ourense	392; 11.9% IC95%[10.9-13]
Pontevedra	1042; 34% IC95%[32.2-35.8]
Estrato (Nº de habitantes)	
Menos de 2000	159; 4.1% IC95%[3.4-4.8]
2000-5000	455; 12.6% IC95%[11.4-13.7]
5000-10,000	532; 14.8% IC95%[13.1-16.5]
10,000-20,000	540; 16.7% IC95%[14.7-18.7]
20,000-50,000	416; 14.1% IC95%[12.3-15.8]
Máis de 50,000	1049; 37.7% IC95%[36.3-39.2]

4.5 Instrumentos

Diagnóstico clínico. A avaliación dos trastornos mentais realizouse coa *World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; WHO World Mental Health Surveys) (3). A WMH-CIDI estrutúrase en 38 seccións xunto con información sobre a discapacidade e calidade de vida, uso de servizos, tratamentos psicofarmacolóxicos e factores de risco. A entrevista está deseñada para a súa administración por entrevistadores legos en psiquiatría e para obter, mediante a aplicación de algoritmos, os diagnósticos dos trastornos mentais seguindo as clasificacións internacionais ICD-10 (Internacional Classification of Diseases) (8) e DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (7). Avaliáronse versións anteriores da CIDI e consideráronse fiables e válidas (9). Os trastornos mentais avaliados foron os seguintes: agorafobia, abuso de alcohol, dependencia de alcohol, abuso e dependencia de drogas, trastorno de ansiedade xeneralizada, distimia, trastorno depresivo maior, trastorno angustia e fobia social.

Para facilitar a administración da entrevista e diminuír o tempo total de administración, informatizouse a WMH-CIDI co programa informático Blaise. A WMH-CIDI creouse en inglés polo que, co fin de conseguir unha versión equiparable tanto conceptual como transculturalmente, seguíronse de xeito estrito as recomendacións realizadas pola OMS para a tradución e adaptación de instrumentos (tradución directa e inversa, revisión por panel de expertos e pre-test, a fin de comprobar a comprensión conceptual) (10). As entrevistas leváronse a cabo no fogar da persoa seleccionada por entrevistadores previamente adestrados.

Ademais da WMH-CIDI tamén se realizou o módulo de psicose da entrevista SCID-I-DSM-IV (11). Trátase da entrevista máis utilizada para o diagnóstico dos trastornos mentais en estudos clínicos. As preguntas seguen rigorosamente os criterios diagnósticos DSM-IV, aínda que é unha entrevista estruturada que require ser administrada e interpretada por profesional especializado. Foi desenvolvida por Spitzer en 1992 e experimentou tres

revisión ata o momento actual. Contén seis módulos diagnósticos independentes dos cales utilizouse soamente o correspondente ás psicose para confirmar o diagnóstico dos casos probables identificados durante a primeira fase do estudo.

Condições crónicas de saúde. Avaliáronse 18 problemas somáticos crónicos a través da entrevista CIDI. Para iso o entrevistador le ao entrevistado unha lista deles e pídelle que indique se padeceu algún deles ao longo da súa vida e no último ano. Varios estudos abordaron a validez deste procedemento comparando a información obtida cos diagnósticos rexistrados nas historias clínicas dos entrevistados arquivadas nos correspondentes centros sanitarios. Os resultados indican unha concordancia razoable, de lixeira a moderada, entre os autoinformes e os rexistros (12-14) e mostraron que os autoinformes poden predicir a utilización de servizos sanitarios, hospitalizacións e mortalidade (15). Outros informes, con todo, conclúen que a evidencia no momento actual non é suficiente para poder emitir un xuízo fiable (16). Á vista destes resultados convén non atribuír moito valor ás taxas de comorbilidade individuais de cada trastorno, senón soamente ao conxunto ou a subgrupos de trastornos.

Estado cognoscitivo. O funcionamento cognitivo dos participantes avaliouuse co *Mini Mental State Examination* (MMSE) (17) coa idea de proporcionar unha análise breve e estandarizada do estado mental que servise para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, os trastornos funcionais orgánicos. Hoxe en día utilízase sobre todo para detectar e avaliar a progresión do trastorno cognitivo asociado a enfermidades neurodexenerativas como a demencia de tipo Alzheimer. Neste estudo utilizouse o MEC-35 que foi a primeira versión en castelán do MMSE, adaptada por Lobo e colaboradores (18). Esta versión é a máis utilizada actualmente na clínica e tamén na identificación de casos probables de deterioración cognitiva e permite tamén calcular o valor da versión de 30 puntos. Trátase dunha sinxela escala estruturada que non require máis de 5-10 minutos para a súa administración. Os seus ítems exploran 5 áreas cognitivas: orientación, fixación, concentración, cálculo, memoria e linguaxe.

Carga familiar. A literatura científica define como carga familiar os efectos e consecuencias de prestar cuidados a un familiar que sofre un trastorno físico ou mental crónico, considerando un conxunto de problemas físicos, psicolóxicos ou emocionais, sociais e financeiros, que se suscitan aos membros dunha familia que deben coidar a un familiar que sofre unha enfermidade grave. A sección da carga familiar do *Composite Internacional Diagnostic Interview* abarca a avaliación da carga experimentada por aqueles que responden ser cuidadores dun familiar de primeiro grao (pai, nai, esposo/a, fillo/a, irmán/a) e o tipo de problema grave de saúde que sofre o seu familiar. A carga asociada aos cuidados valórase preguntando aos entrevistados se polo menos un membro da súa familia presenta un problema grave de saúde. En caso afirmativo, valórase a carga obxectiva, explorando o tipo de axuda que require, o número de horas semanais que dedica, se o cuidado que require o seu familiar lle limita levar a cabo outras actividades, e a carga económica (diñeiro empregado ou ingresos perdidos) no último ano, como consecuencia do problema de saúde do seu familiar. E para rematar dúas preguntas sobre a carga subxectiva: se os problemas de saúde do seu familiar lle causan malestar psicolóxico (preocupación, depresión, ansiedade) e se son motivo de apuro ou vergoña. As opcións de resposta nestas dúas preguntas son: *moito, regular, pouco e nada*.

4.6 Procedemento

Preparación: A Sociedade Española de Epidemioloxía Psiquiátrica e a empresa IDEARA, co apoio da Consellería de Sanidade do Goberno de Galicia, remitiron unha carta por correo postal aos fogares seleccionados informándolles sobre o propósito do estudo e solicitando a súa colaboración. Informouse á poboación a través dos medios sobre a realización do estudo. Tamén se informou aos centros de saúde en cuxa zona de cobertura sanitaria figurasen cidadáns elixidos para participar no estudo.

Entrevistas: Os enquisados foron visitados no seu fogar. Antes de comezar a enquisa explicouse ao enquisado en que consistía o estudo e solicitouse a súa

colaboración. A entrevista levouse a cabo cara a cara e os datos introducíronse nun ordenador portátil mediante un programa CAPI (*Computer-Assisted Personal Interviewing*). En caso de ausencia, volveuse a visitar o domicilio ata en tres ocasións en días diferentes. Dos que non aceptaron participar solicitouse información sobre a idade, o sexo e motivo do rexeitamento. *Entrevistadores:* Recibiron formación para o uso da entrevista durante cinco días. A formación correu a cargo do equipo de Carmen Lara Muñoz, xefa do departamento de psiquiatría da benemérita Universidade Autónoma de Puebla, México, que se desprazou a Santiago de Compostela con este fin xunto con outro membro do seu equipo, Clara Feiz. Neste curso os entrevistadores familiarizáronse co instrumento e os procedementos establecidos para o traballo de campo. Para asegurar a calidade e fiabilidade dos datos implementouse: 1) un estrito control do traballo de campo que incluíu supervisión da mostra liberada e das rutas de campo para asegurar a correcta selección aleatoria dos domicilios; 2) revisión das follas de ruta para confirmar que se intentaron polo menos 3 contactos en persoa co domicilio antes de establecer un rexeitamento; 3) contacto telefónico co 10% dos entrevistados para estudar a fiabilidade das respostas e comprobar que a entrevista realizouse segundo os procedementos establecidos; 4) revisión informática das respostas para a detección de posibles incoherencias; 5) revisión dos cuestionarios por un clínico (interpretación das preguntas abertas e notas introducidas polos entrevistadores), datos incompletos ou incongruencias, que se corrixiron establecendo contacto co entrevistado.

4.7 Tratamento dos datos

A prevalencia dos trastornos mentais obtense ao longo da vida (*lifetime*) e nos últimos 12 meses de acordo aos criterios diagnósticos do DSM-IV (7). Os trastornos mentais considerados no *Estudo Epidemiolóxico Galicia* son: agorafobia, abuso de alcohol, dependencia de alcohol, abuso e dependencia de drogas, trastorno de ansiedade xeneralizada, distimia, trastorno depresivo maior, trastorno de angustia e fobia social. Calculouse a proporción de 'calquera trastorno mental' ao longo da vida, que indicaba a presenza de calquera trastorno mental dos anteriormente mencionados ao longo da vida, e 'calquera trastorno mental' nos últimos 12 meses, tendo en conta a presenza dalgún dos trastornos específicos no último ano.

Cada un deles é clasificado segundo o grupo ao cal pertence. En trastorno do estado de ánimo incluíronse depresión maior e distimia; en trastorno de ansiedade, ansiedade xeneralizada, fobia social, agorafobia e angustia e para rematar, en trastornos por consumo, incluíuse consumo de alcohol e drogas en dependencia e abuso.

Realizouse unha análise descritiva das variables sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, situación laboral e cidadanía. Tamén se presenta a proporción de persoas que utilizan servizos sanitarios (visita a diferentes profesionais). Esta análise realízase considerando tanto á poboación xeral como ás persoas con trastorno mental.

Efectuáronse análise de regresión loxística binaria, con calquera trastorno mental como variable dependente (tanto en vida como últimos 12 meses) para determinar asociacións entre os trastornos mentais e as variables socio-demográficas: idade, sexo e estado civil, entre outras. A significación estatística avalíase mediante a estatística de chi-cadrado de Wald. Obtivéronse as medidas de asociación OR (odds ratio) xunto cos seus intervalos de confianza (nivel de significación: 5%).

Tamén se avaliaron as asociacións entre o uso de servizos, características sociodemográficas e trastorno mental.

Os datos ponderáronse en todas as análises co fin de proporcionar resultados extrapolables a toda a poboación galega. Os pesos que se aplicaron teñen en conta a diferente probabilidade das persoas de ser seleccionadas en

función do número de persoas que viven no domicilio, a proporción de idade e de sexo da poboación en Galicia a cal se pretende extrapolar os resultados.

As análises realizáronse co paquete estatístico SAS versión 9.1 para Windows. O nivel de significación utilizado foi do 5%.

4.8 Control de calidade

4.8.1. Control na recolección de datos

O propósito do control de calidade local era asegurarse que os procedementos de recolleita de datos realizados pola empresa de enquisas tiñan unha alta calidade en canto a validez, fiabilidade e puntualidade. Os procedementos de control de calidade levounos a cabo o centro de análise de datos (FSJD: Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona).

Durante o traballo de campo cada dúas semanas o equipo local realizou un informe coas actividades revisadas. Este informe enviouse ao centro de análise de datos e ante calquera problema identificado no proceso discutiuse no comité coordinador do estudo.

As actividades relacionadas cos procedementos de control de calidade incluíron asegurar que:

- 1.A empresa de enquisas implementaba a recolección de datos de acordo ás especificacións establecidas.
- 2.A empresa da enquisas completaba en forma oportuna todas as esixencias de información que se indican nas especificacións.
- 3.Os entrevistadores realizaban o traballo de acordo a especificacións do adestramento.
- 4.Ademais avaliouse a duración das entrevistas e controláronse variables específicas da entrevista (por exemplo, proporción de respostas positivas na sección *screening* da entrevista).

O grupo de FSJD encargouse das seguintes tarefas de control de calidade:

Revisión semanal de informes de produción: a empresa de enquisas estaba obrigada a presentar informes semanais do estado da produción ao centro de análise FSJD unha vez eran recollidos os datos. O grupo do centro de análise revisaba os informes para: 1) avaliar o progreso de entrevistas; 2) examinar a taxa de resposta, de negativa e de non-contacto; e 3) para monitorizar os resultados xerais e específicos do entrevistador e o seguimento da empresa de enquisa ante calquera desviación das especificacións.

Aprobar a liberación de mostra: o tamaño de mostra liberado foi equivalente a unha taxa de resposta do 65%. Calquera liberación de mostra subsecuente tiña que ser aprobada polo centro de análise de datos FSJD.

Revisión quincenal de reportes de verificación: a empresa de enquisas estaba obrigada a presentar informes de verificación quincenal confirmando que foi realizada unha mostra do traballo de cada entrevistador. O grupo do centro de análise de datos inspeccionaba os informes e avaliaba calquera desviación das especificadas.

Revisión de reportes mostrais: a empresa de enquisas preparou un informe detallado que perfilaba os seus procedementos de mostraxe antes do comezo da recolección de datos. O persoal do Centro de análise de datos repasou e aprobou cada informe antes do inicio da recolección de datos.

Asegurar o recibo semanal de entrevistas completadas: a empresa de enquisas enviaba as entrevistas completadas cada venres a FSJD. Os atrasos de datos que se presentaron eran reportados polo persoal de FSJD ao grupo de coordinación do estudo, que se poñía en contacto coa empresa de enquisas.

As actividades que tiveron que ver co centro de control de calidade local son:

- Revisar as respostas ás preguntas abertas.
- Revisar o documento de contactos.
- Examinar o documento de verificación.

- Revisión das entrevistas.
- Examinar os arquivos de consentimento informado.
- Examinar os arquivos con información de contacto do entrevistado.

4.8.2. Control de calidade dos datos

O obxectivo dos procedementos de control de calidade do *Estudo Epidemiolóxico Galicia* era identificar e corrixir desviacións do deseño antes ou tan pronto como comezasen as actividades de recolección de datos de produción, e sempre que un novo conxunto de entrevistas era liberado no campo. Este obxectivo alcanzouse mediante as actividades seguintes:

a) asegurando que as especificacións do programa Blaise reflectisen as especificacións do deseño do cuestionario;

b) asegurando que a empresa de enquisas implementara os procedementos de recolección de datos de acordo ás especificacións metodolóxicas;

c) asegurando que os entrevistadores implementaban elementos do deseño de entrevistas de acordo ás especificacións do adestramento.

Os procedementos de control de calidade foron implementados entre:

- *Casos*

- *Variables*

- *Entrevistadores*: verificouse un 10% das entrevistas completadas por cada entrevistador. Esta taxa foi máis alta ao comezo do estudo e diminuíu a medida que o traballo de campo avanzaba. Os procedementos de verificación de entrevistas eran contínuos durante todo o proceso de recolección de datos. A empresa de enquisas realizaba actividades de verificación aos entrevistadores:

- Tempo de validación das re-entrevistas
- Contacto cos entrevistados
- Verificación de preguntas
- Comparación de respostas
- Reportes con resultados

- Diagnósticos
- Duración

Control de calidade sobre os casos liberados:

Reconciliación. Todos os casos da mostra liberada debían ser clasificados xa sexa como entrevista completada ou ben como caso non entrevistado.

Número de identificación único.

Data final.

Código entrevistador: controlouse que cada caso liberado tivese asignado un único número de identificación do entrevistador.

Control de calidade sobre los casos completados:

Wildcodes: Corroborar mediante unha distribución de frecuencias que todas as variables que teñen respostas pre-designadas teñan valores correctos e non fóra do rango establecido.

Status “entrevista completa”: cada caso enviado pola empresa de enquisas como entrevista completada era controlada para confirmar tal status.

Duración entrevista: Calculouse para cada sección da entrevista a duración desde o inicio ata o fin, así como a duración total da mesma. Realizáronse análises univariadas que permitiron identificar: valores negativos, valores cero e valores positivos moi grandes (posibles ‘outliers’).

Controláronse aquelas seccións que non foran administradas ao individuo para asegurar que a duración era cero.

Checkpoints: hai tres tipos de *checkpoints* na entrevista deste estudo, os cales controlan a secuencia das preguntas. Cada un dos *checkpoints* foi avaliado para asegurar que se estaba realizando de acordo ás especificacións do cuestionario.

Control de consistencia: debíanse controlar certas preguntas versus a idade dos entrevistados. Isto foi incorporado na aplicación Blaise.

Respostas abertas.

Notas marxinais.

Diagnósticos: cada caso completado era procesado mediante un conxunto de algoritmos diagnósticos desenvolvidos polo equipo de Harvard. FSJD monitorizou o grao no que os valores perdidos impedían que o diagnóstico fose asignado.

Valores perdidos: FSJD avaliou o grao no cal os datos eran perdidos (*missing*). Podíase producir en 3 niveis: a) nos casos b) nas variables dentro dos casos e c) entre os entrevistadores.

Comunicación das actividades de control de calidade

Púxose o máximo empeño en lograr unha comunicación contínua entre o centro de análise FSJD, a empresa de enquisa, o grupo de control de calidade local e o comité coordinador do estudo.

A empresa de enquisa enviaba a FSJD semanalmente os arquivos:

- a) O arquivo ASCII que contén os datos numéricos.
- b) O arquivo 'xxmain.adt' que contén os rexistros de auditoría.
- c) Os arquivos 'xxmain.bdr' e 'frmain.bri' que conteñen as observacións do entrevistador.
- d) O arquivo 'xxmain.opn' coas preguntas abertas.
- e) Un resumo do traballo de campo o cal incluía distribución por idade, sexo, rexión e conglomerado para aquelas entrevistas realizadas e non realizadas.

FSJD enviou á empresa de enquisas un arquivo Excel con todas as inconsistencias. A empresa de enquisas tiña que completar o arquivo coa información apropiada e envíalo novamente a FSJD.

5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Os principais aspectos éticos implicados no estudio son:

5.1 Voluntariedade e permiso

Tanto na carta que as autoridades sanitarias remitiron aos suxeitos seleccionados invitándoos a participar como no momento de acceder ao domicilio da persoa seleccionada para o estudo explicouse que a participación no estudo era voluntaria, e que non se esperaba que a entrevista lle aportase ningún prexuízo nin ningún beneficio persoal.

5.2 Efectos adversos derivados da realización da entrevista

Existe unha ampla experiencia nacional e internacional, no ámbito galego inclusive, de realización de estudos epidemiolóxicos comunitarios de saúde mental sen que se teñan referido reaccións adversas atribuíbles á realización deste tipo de entrevistas. En previsión de calquera reacción de preocupación derivada da entrevista, recordouse ao finalizar a entrevista que calquera preocupación polo estado de saúde sería atendida polo seu médico de cabeceira.

5.3 Confidencialidade

- Especificouse o compromiso de cumprir as directrices éticas que emanan da lexislación vixente, e especificamente, a **Lei Orgánica 15/99 sobre protección de datos**.

- A empresa executora do traballo de campo asinou un compromiso de confidencialidade coa Consellería de Sanidade.
- O convenio establece unha comisión de seguimento do mesmo integrada por representantes do Servizo Galego de Saúde e a Sociedade Española de Epidemioloxía Psiquiátrica, que se encargará de resolver calquera incidente, inclusive os de natureza ética, que poidan xurdir durante o seguimento do proxecto de investigación.

O proxecto someteuse ao ditame do Comité de Bioética da Universidade de Santiago de Compostela, que o informou favorablemente con data 14 de abril de 2009.

6. RESULTADOS

Preséntanse a continuación os principais resultados do estudo que inclúen a análise das prevalencia-vida e prevalencia-ano (últimos doce meses) dos principais trastornos mentais seguindo criterios DSM-IV; a comorbilidade co consumo de substancias e con patoloxía somática; a patoloxía subumbral para trastornos de depresión e ansiedade xeneralizada; ideación e conduta suicida; cribado de deterioro cognoscitivo en persoas maiores de 65 anos e cribado de patoloxía psicótica. Tamén se analiza a gravidade dos trastornos de saúde mental, o uso de servizos que fan os suxeitos, comparando casos e non casos, e finalmente a carga dos cuidadores familiares de persoas con trastorno físico e mental.

As análises inclúen o estudo das variables sociodemográficas como factores de risco de morbilidade e de utilización de servizos. Para iso preséntanse as OR tanto crúas como axustadas como medidas de asociación.

Inclúense as táboas de resultados resumo e outras detalladas. Descríbese cun maior detalle os resultados de utilización de servizos por considerar que é o aspecto de maior interese para a planificación sanitaria.

Táboa 19: Prevalencia-vida e prevalencia-ano dos principais trastornos mentais seguindo criterios DSM-IV. Prevalencias ponderadas (IC95%)												
Prevalencia vida –(IC95%)							Prevalencia ano- (IC95%)					
Trastornos mentais	Mtra. Xeral (n=3151)	Homes (n=1418)	Mulleres (n=1733)	18-35 anos (n=639)	36-65 anos (n=1692)	> 65 anos (n=820)	Mtra. Xeral (n=3151)	Homes (n=1418)	Mulleres (n=1733)	18-35 anos (n=639)	36-65 anos (n=1692)	> 65 anos (n=820)
Trastornos do estado de ánimo												
Episodio depresivo maior	9.4 (8.6 - 10.2)	5.9 (5.1 - 6.8)	12.5 (11.1 - 14)	9.4 (7.6 - 11.2)	10.3 (9.3 - 11.3)	7.3 (5.7 - 8.9)	3.6 (2.9 - 3.8)	2.3 (1.7 - 2.8)	4.3 (3.7 - 4.9)	3.4 (2.4 - 4.4)	3.5 (2.9 - 4.1)	3 (2.1 - 3.9)
Distimia	1.8 (1.4 - 2.1)	1.1 (0.7 - 1.5)	2.4 (1.8 - 3)	0.9 (0.1 - 1.7)	2 (1.5 - 2.4)	2.4 (1.4 - 3.3)	1.5 (1.2 - 1.9)	1.1 (0.7 - 1.5)	1.9 (1.4 - 2.5)	0.8 (0 - 1.6)	1.6 (1.1 - 2)	2.3 (1.4 - 3.3)
Calquera trastorno do estado de ánimo	9.9 (9.1 - 10.8)	6.1 (5.2 - 6.9)	13.4 (11.8 - 15)	9.8 (7.9 - 11.7)	10.9 (9.8 - 11.9)	7.9 (6.2 - 9.7)	3.7 (3.2 - 4.2)	2.4 (1.9 - 3)	4.9 (4.1 - 5.6)	3.7 (2.5 - 4.8)	3.8 (3.2 - 4.4)	3.5 (2.5 - 4.6)
Trastornos de ansiedade												
Trastorno de ansiedade xeneralizada	2.4 (1.9 - 2.8)	1.2 (0.8 - 1.6)	3.5 (2.7 - 4.2)	2.9 (1.7 - 4.1)	2.7 (2.1 - 3.2)	1.2 (0.6 - 1.7)	1.1 (0.8 - 1.5)	0.7 (0.4 - 0.9)	1.5 (1 - 2.1)	1.4 (0.5 - 2.4)	1.2 (0.7 - 1.6)	0.7 (0.2 - 1.3)
Fobia social	2.2 (1.9 - 2.5)	1.7 (1.2 - 2.2)	2.7 (2.3 - 3.1)	2.6 (2 - 3.2)	2.7 (2.2 - 3.2)	0.6 (0.4 - 0.8)	1.3 (1.1 - 1.5)	1.1 (0.9 - 1.3)	1.4 (1.1 - 1.7)	1.5 (1 - 1.9)	1.5 (1.2 - 1.8)	0.4 (0.3 - 0.4)
Agorafobia	0.6 (0.5 - 0.8)	0.4 (0.2 - 0.5)	0.8 (0.6 - 1.1)	0.2 (0 - 0.6)	1 (0.8 - 1.2)	0.1 (0.1 - 0.1)	0.3 (0.2 - 0.4)	0.3 (0.1 - 0.4)	0.4 (0.2 - 0.5)	-	0.6 (0.4 - 0.8)	0.1 (0.1 - 0.1)
Trastorno de angustia	1.6 (1.4 - 1.9)	0.9 (0.5 - 1.2)	2.3 (2 - 2.7)	1.3 (0.6 - 1.9)	2.1 (1.7 - 2.4)	1.1 (0.6 - 1.5)	0.8 (0.6 - 0.9)	0.4 (0.2 - 0.5)	1.1 (0.8 - 1.5)	0.3 (0 - 0.6)	1.1 (0.9 - 1.4)	0.5 (0.1 - 0.9)
Calquera trastorno de ansiedade	5.7 (5.1 - 6.3)	3.7 (2.9 (4.4)	7.6 (6.7 - 8.4)	6.5 (5 - 7.9)	6.7 (5.9 - 7.4)	2.7 (2 - 3.4)	3.1 (2.7 - 3.5)	2 (1.7 - 2.4)	4 (3.3 - 4.7)	3 (1.9 - 4.1)	3.7 (3.1 - 4.3)	1.7 (1.1 - 2.4)
Trastornos de uso de substancias												
Abuso de alcohol	9.5 (8.7 - 10.3)	16 (14.4 - 17.5)	3.8 (3.1 - 4.9)	15.5 (13.2 - 17.8)	9.5 (8.5 - 10.5)	2.6 (1.4 - 3.8)	1.6 (1.3 - 1.9)	2.6 (1.9 - 3.3)	0.7 (0.4 - 1)	4.9 (3.7 - 6)	0.7 (0.4 - 1)	-
Dependencia de alcohol	0.8 (0.6 - 1)	1.5 (1 - 2)	0.2 (0.06 - 0.3)	1.1 (0.5 - 1.7)	1 (0.7 - 1.3)	0.1 (0 - 0.2)	0.2 (0.09 - 0.3)	0.4 (0.2 - 0.6)	0 (0 - 0.1)	0.8 (0.4 - 1.3)		-
Abuso de drogas	1.9 (1.6 - 2.2)	3.2 (2.7 - 3.7)	0.7 (0.3 - 1.1)	4.5 (3.6 - 5.4)	1.3 (0.9 - 1.7)	0.2 (0 - 0.6)	0.1 (0.02 - 0.2)	0.2 (0 - 0.3)	0.1 (0 - 0.2)	0.3 (0 - 0.6)	0.1 (0 - 0.2)	-
Dependencia de drogas	0.5 (0.3 - 0.7)	0.8 (0.5 - 1.1)	0.2 (0 - 0.6)	0.7 (0 - 1.5)	0.6 (0.3 - 0.9)	-	0.08 (0.02 - 0.1)	0.2 (0 - 0.3)	-	-	0.2 (0 - 0.3)	-
Calquera trastorno de uso de substancias	10.5 (9.6 - 11.4)	17.2 (15.7 - 18.6)	4.5 (3.7 - 5.3)	18 (15.4 - 20.6)	10.1 (9 - 11.2)	2.8 (1.5 - 4.1)	1.7 (1.4 - 2.1)	2.8 (2.1 - 3.5)	0.8 (0.5 - 1.1)	5.2 (4 - 6.4)	0.8 (0.4 - 1.1)	-
Cualquera trastorno mental												
Calquera trastorno mental	21.6 (20.5 - 22.7)	23.1 (21.3 - 24.9)	20.2 (18.5 - 22)	28.7 (25.9 - 31.5)	22.2 (20.8 - 23.6)	11.9 (9.7 - 14)	7.4 (6.8 - 8.05)	6.3 (5.4 - 7.3)	8.4 (7.4 - 9.3)	11.1 (9.3 - 12.9)	6.7 (6 - 7.5)	4.8 (3.7 - 5.9)

6.1 Prevalencia vida e ano de trastornos mentais en poboación xeral (táboa 19)

Resultados globais. Prevalencia vida e prevalencia ano.

O 21.6% (IC 20.5%-22.7%) dos adultos galegos experimentaron algún trastorno mental na súa vida, e o 7.4% (IC 6.8%-8.05%) durante o último ano (táboa 19).

A frecuencia relativa das grandes síndromes psiquiátricas cambia se a consideramos a prevalencia vida e a prevalencia ano:

- *Prevalencia Vida (PV)*: os trastornos máis frecuentes son os relacionados co uso de substancias (10.5%), seguidos dos trastornos do estado de ánimo (9.9%), sendo os trastornos de ansiedade os menos frecuentes (5.7%).

- *Prevalencia Ano (PA)*: os trastornos do estado de ánimo e trastornos de ansiedade teñen unhas prevalencias ano similares (3.7% e 3.1%, respectivamente) mentres que os trastornos relacionados con substancias presentan unha prevalencia-ano inferior (1.7%).

O episodio depresivo maior (PV 9.4%, PA 3.6%) e o abuso de alcohol (PV 9.5% e PA 1.6%) son os trastornos específicos máis frecuentes.

Prevalencia dos trastornos mentais por sexo

A prevalencia-vida de trastornos mentais é algo maior en homes que en mulleres (23.1% vs 20.2%) mentres que as mulleres presentan maior prevalencia-ano que os homes (6.3% vs 8.4%).

En canto a trastornos mentais concretos, soamente os trastornos relacionados co uso de substancias predominan nos varóns e son estes trastornos, en especial o abuso de alcohol, os que aparecen como máis frecuentes entre os homes.

Os trastornos afectivos e ansiosos predominan no sexo feminino, tanto se se considera a prevalencia-vida como a prevalencia-ano.

Prevalencia dos trastornos mentais por grupos de idade

A prevalencia global de trastornos mentais é maior para o grupo de 18-35 anos (PV 28.7%, PA 11.1%) e decrece nos seguintes grupos: 36-65 anos (PV 22.2%, PA 6.7%) e maiores de 65 anos (PV 11.9%, PA 4.8%) (táboa 19).

Este fenómeno vén determinado en gran parte polos trastornos relacionados con substancias, cuxa prevalencia é máxima no grupo de 18-35 anos (PV 18%, PA 5.2%), descende abruptamente no de 36-65 anos (PV 10.1%, PA 0.8%) e máis aínda no de maiores de 65 anos (PV 2.8%, PA virtualmente cero, ao non detectarse ningún caso durante o último ano).

Nos trastornos do estado de ánimo e ansiedade as diferenzas de magnitude entre os tres grupos de idade son menores e desaparece o patrón monotónico decrecente, aínda que si se aprecian menores prevalencias no grupo de maior idade. Así, para os trastornos do estado de ánimo en conxunto, as prevalencias do grupo de 18-35 anos (PV 9.8%, PA 3.7%) resultan similares ao de 36-65 anos (PV 10.9%, PA 3.8%), descendendo lixeiramente no grupo de maiores de 65 anos (PV 7.9%, PA 3.5%).

Este mesmo patrón obsérvase nos trastornos de ansiedade, con prevalencias similares nos grupos de 18-35 anos (PV 6.5%, PA 3%) e 36-65 anos (PV 6.7%, PA 3.7%) pero marcadamente inferiores no grupo de maiores de 65 anos (PV 2.7%, PA 1.7%).

Dentro dos trastornos do estado de ánimo a distimia segue un patrón diferente, cun crecemento progresivo asociado á idade: cifras mínimas no grupo máis novo (PV 0.9%, PA 0.8%), ascendendo no de idade intermedia (PV 2%, PA 1.6%) e alcanzando o máximo para os maiores de 65 anos (PV 2.4% e PA 2.3%).

6.2 Análise de comorbilidade en poboación con patoloxía mental

Preséntanse a continuación os principais resultados do estudo sobre a comorbilidade dos trastornos mentais comúns (TMC), primeiro co consumo de substancias e a continuación con problemas somáticos crónicos, tanto ao longo da vida como durante os últimos doce meses.

Comorbilidade de trastorno por consumo de substancias en poboación con patoloxía mental (táboas 20, 21 e 22)

A táboa 20 presenta as taxas de comorbilidade do trastorno por consumo de alcohol e drogas nos diferentes grupos diagnósticos. A prevalencia do trastorno por consumo de alcohol é similar nos trastornos afectivos e ansiosos (10.4% e 11.4%, respectivamente). A proporción de consumo de alcohol é moito menor en persoas que presentan ambas patoloxías á vez (ansiedade e depresión), sendo a prevalencia do 4.8%. A maior taxa de trastorno por consumo de alcohol atópase nas persoas con fobia social (16.7%) e a menor en ansiedade xeneralizada (2.7%).

As taxas de comorbilidade do trastorno por consumo de drogas entre persoas con trastorno mental son inferiores ás observadas para o alcohol. O 2.6% e o 5.6% das persoas cun trastorno afectivo ou ansioso presentan un trastorno por consumo de drogas, respectivamente. A proporción baixa a 0.5% no caso de persoas con ambas patoloxías (trastorno afectivo e ansioso). A ansiedade xeneralizada é o trastorno que presenta maiores taxas de consumo de drogas, e a agorafobia o que menos (con cero casos observados). Como pode observarse na táboa 21, a proporción de casos con trastorno por consumo de alcohol entre persoas con calquera patoloxía mental é o triplo en homes (69.2%) que en mulleres (18%). Tamén é maior no grupo de mozos (54%), e en idades intermedias (35-65 anos), baixando ao 22% entre persoas maiores de 65%. No caso do trastorno por consumo de drogas, a proporción é

maior en varóns con trastornos mentais (13.8%) que en mulleres (4.2%), así como en persoas novas (17%).

Na táboa 22 preséntanse as prevalencias vida e ano de trastornos por consumo de substancias (incluíndo alcohol ou drogas) en poboación diagnosticada de trastornos afectivos ou ansiosos.

Prevalencia vida dos trastornos por consumo de substancias en poboación con trastorno mental

A prevalencia vida destes trastornos é algo maior entre os trastornos de ansiedade (15.2%) que entre os trastornos afectivos (11.9%). A maior prevalencia vida de consumo de substancias está na fobia social (19.6%), e a menor atópase en ansiedade xeneralizada (9.2%).

Os homes con algún trastorno afectivo ou ansioso (24.7% e 28.8%, respectivamente) presentan maiores prevalencias vida de trastorno por consumo de substancias, en comparación coas mulleres cos devanditos trastornos (6.7% para trastornos afectivos e 9.3% para ansiosos). Nos homes, de novo é a fobia social o trastorno que presenta maior prevalencia de comorbilidade con consumo de substancias (29.9%), e a distimia o trastorno coa prevalencia máis baixa (15%). Nas mulleres, a prevalencia vida de consumo de substancias máis alta obsérvase na fobia social (13.7%), mentres que só un 4.5% de mulleres con trastorno de angustia presenta comorbilidade. A prevalencia vida de comorbilidade con trastornos de consumo de substancias é maior no grupo de idade máis nova (18-35) e esta comorbilidade vai diminuindo en grupos de idades maiores. Por exemplo, o 17.3% de persoas de 18 a 35 anos con algún trastorno afectivo presentou un trastorno por consumo de substancias ao longo da súa vida, fronte ao 12% de persoas do grupo de idade de 36 a 65, ou do 3.9% de persoas maiores de 65 anos.

Prevalencia ano dos trastornos por consumo de substancias en poboación con trastorno mental

En xeral, a prevalencia ano da comorbilidade con trastornos por consumo de substancias é inferior á prevalencia vida. A comorbilidade de consumo de substancias no último ano en persoas con trastorno afectivo é do 2% e do 1.6% en persoas con algún trastorno de ansiedade.

A comorbilidade de trastorno por consumo de substancias no último ano non aparece en mulleres con trastorno mental. Nos homes, en cambio, as prevalencias ano nos diferentes grupos diagnósticos oscilan desde el 6.2% para distimia ao 30% en homes con trastorno de angustia.

No grupo de persoas novas (18-35), os trastornos por consumo de substancias só están presentes nalgúns diagnósticos como na distimia, a depresión maior e o trastorno por angustia. No grupo de idade de 36 a 65, a prevalencia ano é máis evidente, sendo elevada nas persoas con trastorno de angustia (8.5%). Nas persoas maiores de 65 anos non se observaron casos de consumo de substancias no último ano.

Táboa 20: Comorbilidade de consumo de substancias (alcohol&drogas) en poboación con patoloxía mental (n (non ponderado); % (ponderado) [95% IC])			
Prevalencia vida - IC (95%)			
Trastornos mentais	Alcohol	Drogas	Alcohol ou drogas
Trastornos do estado de ánimo			
Episodio depresivo maior	23; 10.7 (7.9 - 13.5)	8; 2.8 (1.8 - 3.8)	27; 12.3 (9.5 - 15.2)
Distimia	4; 7.8 (0 - 15.7)	1; 1.8 (0 - 5.2)	5; 9.5 (0.9 - 18.1)
Calquera trastorno do estado de ánimo	24; 10.4 (7.6 - 13.2)	8; 2.6 (1.6 - 3.6)	28; 11.9 (9.1 - 14.8)
Trastornos de ansiedade			
Trastorno de ansiedade xeneralizada	3; 2.7 (0.2 - 5.2)	4; 7 (2.2 - 11.7)	6; 9.2 (3.9 - 14.4)
Fobia social	8; 16.7 (10.9 - 22.5)	3; 5.3 (1.7 - 8.9)	9; 19.6 (13.8 - 25.4)
Agorafobia	2; 16.4 (2.5 - 30.4)	-	2; 16.4 (2.5 - 30.4)
Trastorno de angustia	6; 10.1 (4.6 - 15.7)	1; 3.1 (2.6 - 3.5)	6; 10.1 (4.6 - 15.7)
Calquera trastorno de ansiedade	17; 11.4 (8.4 - 14.4)	7; 5.6 (3.3 - 7.9)	21; 15.2 (11.1 - 19.4)
Trastorno do estado ánimo + ansiedade	5; 4.8 (2.5 - 7.1)	1; 0.5 (0 - 1.5)	5; 4.8 (2.5 - 7.1)

+

Táboa 21: Comorbilidade de consumo de substancias (alcohol & drogas) en poboación con calquera trastorno mental			
(n (non ponderado); %(ponderado) [95% IC]) - Prevalencias vida			
Mostra	Alcohol	Drogas	alcohol ou drogas
Homes	207; 69.2 (65.8 - 72.7)	41; 13.8 (11.5 - 16.1)	221; 74.5 (71.3 - 77.8)
Mulleres	53; 18.6 (15.3 - 21.8)	10; 4.2 (1.6 - 6.8)	61; 22.3 (18.3 - 26.3)
18-35	100; 54 (47.6 - 60.4)	31; 17 (13.3 - 20.7)	114; 62.7 (56.2 - 69.2)
36-65	139; 42.8 (39.3 - 46.3)	19; 5.7 (4 - 7.4)	146; 45.3 (41.6 - 49.1)
65 +	21; 22 (12.9 - 31.1)	1; 1.6 (0 - 4.8)	22; 23.6 (14.2 - 33)

Táboa 22: Comorbilidade de consumo de substancias en poboación con patoloxía mental (n (non ponderado); %(ponderado) [95% IC])						
Prevalencia vida - IC (95%)						
Trastornos mentais	Mtra. Global	Homes	Mulleres	18-35 anos	36-65 anos	máis de 65 anos
Trastornos do estado de ánimo						
Episodio depresivo maior	27; 12.3 (9.5 - 15.2)	18; 25.4 (18.4 - 32.4)	9; 6.8 (4.4 - 9.3)	12; 18 (11.1 - 24.9)	13; 12.2 (9 - 15.4)	2; 4.3 (0 - 9.6)
Distimia	5; 9.5 (0.9 - 18.1)	2; 15 (0 - 35.8)	3; 7.4 (0 - 16)	-	4; 12.2 (0.5 - 24)	1; 8.5 (0 - 24.3)
Calquera trastorno do estado de ánimo	28; 11.9 (9.1 - 14.8)	18; 24.7 (17.6 - 31.9)	10; 6.7 (4.3 - 9.2)	12; 17.3 (10.6 - 24)	14; 12 (8.8 - 15.2)	2; 3.9 (0 - 8.9)
Trastornos de ansiedade						
Trastorno de ansiedade xeneralizada	6; 9.2 (3.9 - 14.4)	2; 17.8 (11.7 - 24)	4; 6.6 (0 - 13.3)	3; 17.6 (3.6 - 31.7)	3; 6.4 (2.1 - 10.6)	-
Fobia social	9; 19.6 (13.8 - 25.4)	4; 29.9 (17 - 42.9)	5; 13.7 (8.7 - 18.7)	4; 27.7 (17.3 - 38.2)	5; 17.7 (10 - 25.5)	-
Agorafobia	2; 16.4 (2.5 - 30.4)	1; 28 (17.6 - 38.4)	1; 11.6 (0 - 32.1)	1; 100 (100 - 100)	1; 9.4 (7.3 - 11.6)	-
Trastorno de angustia	6; 10.1 (4.6 - 15.7)	4; 27.1 (10.7 - 43.5)	2; 4.5 (0 - 9.9)	-	5; 13.7 (5.9 - 21.5)	1; 7.7 (0 - 22.1)
Calquera trastorno de ansiedade	21; 15.2 (11.1 - 19.4)	11; 28.8 (21.7 - 35.8)	10; 9.3 (5.1 - 13.5)	8; 22 (13.1 - 31)	12; 14 (10.2 - 17.9)	1; 3.1 (0 - 9.1)
Trastorno do estado animo + ansiedade	5; 4.8 (2.5 - 7.1)	1; 5.4 (3.8 - 7)	4; 4.6 (1.6 - 7.7)	2; 7.7 (5.8 - 9.6)	3; 4.4 (1 - 7.9)	-

Nota metodolóxica: Por exemplo, dos 296 individuos que tiveron un episodio depresivo maior, 27 tiveron un trastorno por consumo de substancias. Prevalencia de comorbilidade = 36.6 (este é o "n" ponderado de 27) / $296 = 12.3\%$.

Táboa 22(cont.): Comorbilidade de consumo de substancias en poboación con patoloxía mental (n (no ponderado); %(ponderado) [95% IC])						
Prevalencia últimos 12 meses - IC (95%)						
Trastornos mentais	Mtra. Global	Homes	Mulleres	18-35 anos	36-65 anos	máis de 65 anos
Trastornos do estado do ánimo						
Episodios depresivo mayor	2; 2.2 (0 - 5.2)	2; 6.9 (0 - 16)	-	1; 4.9 (0 - 14.1)	1; 1.7 (0 - 5.1)	-
Distimia	1; 2.1 (0 - 6.1)	1; 6.2 (0 - 17.9)	-	-	1; 3.9 (0 - 11.4)	-
Calquera trastorno do estado de ánimo	2; 2 (0 - 4.7)	2; 6.4 (0 - 15)	-	1; 4.5 (0 - 13)	1; 1.6 (0 - 4.7)	-
Trastornos de ansiedade						
Trastorno de ansiedade xeneralizada	-	-	-	-	-	-
Fobia social	-	-	-	-	-	-
Agorafobia	-	-	-	-	-	-
Trastorno de angustia	1; 6.5 (5.1 - 8)	1; 30 (20.2 - 39.8)	-	-	1; 8.5 (6.5 - 10.5)	-
Calquera trastorno de ansiedade	1; 1.6 (1.4 - 1.9)	1; 5.3 (4.3 - 6.2)	-	-	1; 2.6 (2.2 - 3)	-
Trastorno do estado animo + ansiedade						
Trastorno do estado animo + ansiedade	-	-	-	-	-	-

Comorbilidade de patoloxía somática en poboación con patoloxía mental (táboas 23 e 24)

As táboas 23 e 24 presentan as prevalencias vida e ano de trastornos somáticos crónicos en poboación diagnosticada de trastorno mental e en poboación sen patoloxía mental.

As taxas de prevalencia de trastornos somáticos tanto na prevalencia vida como na prevalencia ano son lixeiramente máis elevadas na poboación con patoloxía mental que na poboación sa, especialmente entre as persoas diagnosticadas de trastornos de ansiedade. Esta asociación mantense ao mesmo nivel no caso de co-ocorrenza de tres ou máis trastornos somáticos. A tuberculose e a enfermidade pulmonar crónica presentan unha frecuencia maior nos trastornos por consumo de substancias e os tumores malignos nos trastornos do humor.

Prevalencia vida dos trastornos somáticos en poboación con e sen trastornos mentais

En xeral, as persoas con e sen trastorno mental presentan taxas similares de condicións crónicas. Por exemplo, o 30.3% de persoas con algún trastorno mental presentou unha condición crónica fronte ao 23% de persoas sen patoloxía mental, o 15.4% de persoas con trastorno mental presenta dúas condicións crónicas fronte ao 20.4% de persoas sen patoloxía mental; e finalmente, o 31.4% e o 28.6% de persoas con e sen trastornos mentais presentan 3 ou máis condicións crónicas, respectivamente.

Considerando as grandes síndromes, esta discreta diferenza mantense para os trastornos do humor (23.9%) e trastornos por consumo de substancias (23.1%) e acentúase nos que padeceron algún trastorno de ansiedade, entre os cales só o 18.4% están libres dalgunha das condicións crónicas mencionadas na táboa.

Cando se examinan individualmente cada unha das condicións crónicas obsérvase que algunhas son máis prevalentes entre as persoas con historia de trastornos mentais en comparación con persoas sen trastorno mental: dores de cabeza (30% vs 19.3%), dor crónica (8.2% vs 6.1%), alerxias estacionais (19% vs 13.2%) e enfermidade pulmonar crónica (9% vs 3.3%). Pola contra presentan menor prevalencia de artrose (22.9% vs 36.4%) e úlceras (3.5% vs 6.3%).

Para o resto de condicións crónicas, as diferenzas son irrelevantes ou as prevalencias son demasiado baixas no total da mostra.

En xeral este patrón mantense para cada un das tres grandes síndromes psiquiátricas. Cabo matizar que o grupo con historia de trastornos de ansiedade presenta as prevalencias máis altas de comorbilidade en dores de cabeza (47.1% vs 19.3%); calquera dor crónica (12.7% vs 6.1%) e alergias estacionais (23.6% vs 13.2%).

Prevalencia ano de trastornos somáticos en persoas con trastorno mental e sans (táboa 24)

Comparando o grupo de suxeitos que presentaron un trastorno mental no último ano e os que non, é moi parecida a porcentaxe de persoas que non presentan condicións crónicas (31.7% vs 27.8%); tamén o é a proporción dos que presentan tres ou máis condicións (30% vs 28.9%).

Ao analizar as tres grandes síndromes, é o grupo de trastornos de ansiedade o que presenta unha maior proporción de tres ou máis condicións crónicas (41.2% vs 28.9%). A pesar do reducido tamaño do grupo de trastornos por consumo de substancias, tamén reflicte esta tendencia: só o 8.2% están libres de condicións crónicas. Pola contra, a tendencia non se replica no grupo de trastornos do humor.

Ao analizar individualmente as condicións crónicas, as dúas máis asociadas ao feito de presentar un trastorno mental son dores de cabeza frecuentes (39.2% vs 20.1%) e calquera outra dor crónica (12.8% vs 6%). De

novo é o grupo de trastornos de ansiedad o que presenta as cifras máis altas de condicións crónicas, non só para dores de cabeza (46.8%) e calquera dor crónica (16.3%), senón que aparecen tendencias para outras condicións, como enfermidades cardíacas (16.9% vs 7%) e asma (19% vs 9.5%), principalmente.

Táboa 23: Comorbilidade de patoloxía somática en poboación con e sen patoloxía mental					
Condicións crónicas (CC)^a	Frecuencia (non ponderada) - Prevalencia vida (ponderada) - IC (95%)				
	Non trastorno mental (n=464)	Calquera trastorno mental (n=469)	Trastornos do humor (n=313)	Trastornos de ansiedade (n=181)	Trastornos por consumo de substancias (n=107)
Artrose ou reumatismo	148; 36.4 (26.3 - 46.5)	141; 22.9 (17.7 - 28.1)	103; 28 (24.2 - 31.8)	51; 24.5 (20.2 - 28.8)	15; 11.7 (1 - 22.3)
Problemas cervicais ou de costas	172; 41.6 (30.6 - 52.5)	193; 44.7 (33.9 - 55.4)	138; 43.1 (38.4 - 47.9)	83; 44.8 (39.5 - 50.1)	31; 45.7 (22.3 - 69)
Dores de cabeza frecuentes ou moi fortes	147; 19.3 (11.1 - 27.5)	171; 30 (23.7 - 36.3)	113; 36.9 (32 - 41.7)	84; 47.1 (42.3 - 51.8)	30; 18.5 (9.5 - 27.6)
Calquera outra dor crónica	54; 6.1 (3.1 - 9.1)	53; 8.2 (5.7 - 10.6)	31; 8.8 (6.5 - 11.1)	26; 12.7 (8.8 - 16.7)	13; 5.9 (2 - 9.8)
Alerxias estacionais	73; 13.2 (5.3 - 21.1)	85; 19 (11.2 - 26.9)	57; 18.3 (14.8 - 21.8)	44; 23.6 (19.8 - 27.5)	18; 18.6 (0.6 - 36.6)
Embolia cerebral	6; 1.5 (0 - 3.2)	7; 1.1 (0.4 - 1.7)	3; 0.9 (0.5 - 1.4)	4; 1.7 (0.3 - 3.1)	2; 0.7 (0 - 1.9)
Ataque de corazón	10; 1.8 (0 - 3.8)	11; 1.5 (0.9 - 2.1)	6; 1.5 (0.6 - 2.3)	3; 1.7 (1.5 - 1.9)	3; 0.8 (0 - 1.8)
Enfermidades cardíacas	31; 7.4 (3.3 - 11.5)	39; 6.2 (4 - 8.5)	22; 7 (4.3 - 9.7)	20; 11.7 (8.3 - 15.2)	7; 2.9 (0.4 - 5.3)
Presión alta	90; 20 (12 - 28)	89; 19.7 (11.1 - 28.3)	60; 17 (13.7 - 20.3)	36; 18.1 (14.1 - 22.2)	16; 23 (4.2 - 41.8)
Asma	53; 10.2 (3.3 - 17.1)	45; 7.5 (5.6 - 9.5)	31; 10.1 (7.3 - 13)	27; 14.8 (11.1 - 18.4)	8; 3.4 (1.3 - 5.4)
Tuberculose	5; 1.4 (0 - 3.6)	17; 2.5 (1.3 - 3.6)	8; 2.3 (1.1 - 3.4)	6; 2.7 (1 - 4.5)	9; 3.7 (0.8 - 6.6)
Enfermidade pulmonar crónica	35; 3.3 (0 - 7.8)	28; 9 (0.7 - 17.2)	16; 5.7 (3.6 - 7.9)	14; 7.9 (4.8 - 11.1)	11; 14.4 (0 - 33)
Diabetes ou azucre en sangue	42; 9.1 (5.2 - 13)	30; 7.1 (2.3 - 12)	18; 5.7 (3.2 - 8.2)	14; 6.1 (3.7 - 8.5)	6; 8.2 (0 - 18.9)
Úlcera	29; 6.3 (3.1 - 9.6)	24; 3.5 (2 - 5.1)	10; 2.4 (1.1 - 3.8)	13; 6.1 (3.2 - 8.9)	4; 2.1 (0.2 - 4)
Sida ou infección por VIH	0	3; 0.6 (0.2 - 0.9)	1; 0.3 (0.2 - 0.3)	2; 1.5 (0.3 - 2.7)	2; 1 (0.1 - 2)
Epilepsia ou ataques	9; 1.7 (1 - 2.3)	5; 1.1 (0.5 - 1.7)	0	4; 2.8 (0.9 - 4.6)	3; 1.5 (0 - 3)
Tumor maligno ou cancro	15; 1.3 (0 - 2.5)	16; 2.5 (1.4 - 3.7)	14; 4.1 (2.1 - 6.1)	4; 2.1 (0.4 - 3.8)	3; 1.3 (0.1 - 2.6)
Non CC	111; 28 (18.9 - 37)	110; 23 (14.8 - 31.1)	71; 23.9 (18.6 - 29.2)	34; 18.4 (12.4 - 24.4)	32 23.1 (5.6 - 41.1)
Unha CC	114; 23.3 (15 - 31.5)	112; 30.3 (20.2 - 40.4)	71; 23.8 (18.5 - 29.2)	40; 25.3 (17.8 - 32.8)	32; 23.1 (5.6 - 41.1)
Dúas CC	86; 20.1 (11.5 - 28.8)	91; 15.4 (10.9 - 19.8)	69; 22.3 (16.7 - 28)	37; 21 (14 - 27.9)	15; 9.1 (2.2 - 16)
Tres ou máis CC	153; 28.6 (19.6 - 37.6)	156; 31.4 (22.3 - 40.5)	102; 29.9 (24.4 - 35.5)	70; 35.4 (27.7 - 43)	28; 29.2 (9 - 49.3)

(a) Este módulo pasouse aos individuos da mostra 2.

Táboa 24					
Condicións crónicas (CC)^a	Frecuencia (non ponderada) - Prevalencia último ano (ponderada) - IC (95%)				
	Non trastorno mental (n=742)	Calquera trastorno mental (n=191)	Trastornos do humor (N=118)	Trastornos de ansiedade (n=93)	Trastornos por consumo de substancias (n=15)
Artrose ou reumatismo	226; 34.4 (25.9 - 42.9)	63; 25 (18.5 - 31.6)	41; 29.8 (24.4 - 35.3)	30; 27.5 (20.6 - 34.4)	1; 1.9 (0 - 6.2)
Problemas cervicais ou de costas	277; 41.6 (31.4 - 51.8)	88; 49.4 (37.8 - 61)	52; 40.8 (33.4 - 48.2)	47; 50.5 (43.1 - 57.9)	3; 63.4 (20.1 - 100)
Dores de cabeza frecuentes ou moi fortes	238; 20.1 (12.5 - 27.6)	80; 39.2 (29.2 - 49.1)	47; 39.1 (31.3 - 46.9)	42; 46.8 (39.3 - 54.4)	5; 19.2 (0 - 42.8)
Calquera outra dor crónica	78; 6 (3.3 - 8.8)	29; 12.8 (8.7 - 16.8)	18; 13.8 (9.8 - 17.8)	17; 16.3 (9.9 - 22.6)	1; 3.8 (0 - 8.3)
Alerxias estacionais	123; 14.1 (7.8 - 20.5)	35; 16.7 (10.7 - 22.7)	19; 17.7 (9.5 - 25.8)	27; 25 (19 - 30.9)	1; 3.6 (0 - 11.6)
Embolia cerebral	9; 1.4 (0 - 2.8)	4; 1.4 (0.3 - 2.6)	1; 0.8 (0.7 - 1)	4; 3.2 (0.7 - 5.8)	0
Ataque de corazón	17; 1.7 (0 - 3.5)	4; 1.6 (1.1 - 2.2)	1; 0.4 (0 - 1.2)	3; 3.2 (2.8 - 3.7)	0
Enfermidades cardíacas	49; 7 (3.4 - 10.6)	21; 9.8 (6.2 - 13.3)	11; 9.9 (5.1 - 14.6)	16; 16.9 (12.1 - 21.7)	0
Presión alta	140; 20.3 (12.9 - 27.7)	39; 15.5 (10.9 - 20.1)	23; 17 (11.4 - 22.5)	22; 21.7 (15.6 - 27.8)	3; 7 (0 - 18.2)
Asma	75; 9.5 (3.4 - 15.6)	23; 11.8 (7.7 - 16)	10; 9.6 (3.5 - 15.7)	17; 19 (13.7 - 24.4)	1; 3.8 (0 - 8.3)
Tuberculose	14; 1.5 (0 - 3.4)	8; 3.2 (1.8 - 4.6)	4; 3.1 (2 - 4.1)	3; 2.3 (1.1 - 3.6)	2; 4.5 (0 - 12.4)
Enfermidade pulmonar crónica	53; 4.4 (0.1 - 8.7)	10; 5.4 (3 - 7.9)	4; 4.6 (0.8 - 8.3)	7; 8.6 (4.5 - 12.7)	0
Diabetes ou azucre en sangue	59; 9 (5.2 - 12.9)	13; 4.3 (2.2 - 6.4)	7; 5 (2.5 - 7.4)	10; 6.6 (3 - 10.3)	0
Úlcera	44; 6 (3.1 - 8.8)	9; 3.6 (1.1 - 6.2)	2; 1.3 (0 - 3.4)	8; 7 (3.2 - 10.8)	0
Sida ou infección por VIH	0	3; 1.6 (0.5 - 2.7)	1; 0.7 (0.6 - 0.8)	2; 2.8 (0.6 - 5)	1; 4 (0 - 8.7)
Epilepsia ou ataques	12; 1.6 (1 - 2.1)	2; 1.5 (0 - 3.1)	0	2; 3.3 (0 - 6.9)	0
Tumor maligno ou cancro	26; 1.5 (0.3 - 2.7)	5; 1.9 (0.7 - 3.2)	4; 2.6 (0.4 - 4.8)	2; 2.1 (0.4 - 3.7)	0
Non CC	188; 27.8 (19.8 - 35.8)	61; 31.7 (24.3 - 39.1)	24; 23.5 (14.7 - 32.2)	14; 15.4 (7.6 - 23.2)	3; 8.2 (0 - 21.3)
Unha CC	181; 24 (16.6 - 31.4)	45; 21.1 (14.9 - 27.3)	27; 23.2 (14.8 - 31.5)	14; 18.5 (8.5 - 28.4)	8; 79.8 (53.5 - 100)
Dúas CC	136; 19.3 (11.7 - 26.8)	41; 17.1 (11.5 - 22.8)	24; 18 (10.5 - 25.4)	23; 25 (14.6 - 35.3)	3; 8.1 (0 - 21)
Tres ou máis CC	237; 28.9 (20.9 - 37)	72; 30 (23.4 - 36.7)	43; 35.4 (26 - 44.8)	42; 41.2 (30.1 - 52.3)	1; 3.8 (0 - 12.3)

(a) Este módulo pasóuselles aos individuos da mostra2.

6.3 Trastornos sublimiarios en depresión e ansiedad xeneralizada (táboa 25)

Considerouse que unha persoa presentaba un trastorno sublimiar se presentaba algún dos criterios DSM-IV para o diagnóstico clínico de depresión maior, pero non todos os criterios necesarios para obter o diagnóstico (por ex., o criterio de duración, ou o número necesario de síntomas).

A prevalencia vida de depresión maior sublimiar é de 6.3% e de 4% para ansiedad xeneralizada na mostra total. No caso da depresión sublimiar, a prevalencia é lixeiramente inferior á prevalencia de diagnóstico completo DSM-IV de depresión maior (9.4%) e maior que no caso de ansiedad xeneralizada (2.4%).

No caso dos homes, a prevalencia vida de depresión maior sublimiar foi de 4.7%, fronte ao 5.9% que presenta o diagnóstico completo. O 3.6% de homes presentan ansiedad xeneralizada sublimiar (fronte ao 1.2% que presenta o diagnóstico completo). Nas mulleres obsérvase un patrón similar: o 7.8% presenta criterios sublimiarios para depresión maior (versus o 12.5% que presenta todos os criterios diagnósticos), mentres que o 4.3% de mulleres presenta criterios sublimiarios para ansiedad xeneralizada fronte ao 3.5% que presenta todos os criterios.

A prevalencia dos diagnósticos sublimiarios son maiores en grupos de idade máis nova (18-35; 36-65) en comparación con persoas de máis de 65 anos.

Táboa 25: Prevalencia-vida dos trastornos sub-limiares seguindo criterios DSM-IV segundo sexo e idade. Valores absolutos non ponderados e proporcións ponderadas

Trastorno sublimiar en:	Mtra. Xeral (N=3151)		Homes (n=1418)		Mulleres (1733)		18-35 anos (n=639)		36-65 anos (n=1692)		Máis de 65 anos (n=820)	
	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)	N	Prevalencia IC (95%)
Episodio depresivo maior	190	6.3 (5.6 - 7)	60	4.7 (3.9 - 5.6)	130	7.8 (6.8 - 8.7)	50	7.8 (6.6 - 8.9)	111	6.7 (5.8 - 7.6)	29	3.8 (2.8 - 4.8)
Ansiedade xeneralizada	117	4 (3.5 - 4.4)	40	3.6 (2.7 - 4.4)	77	4.3 (3.6 - 5)	24	4.1 (2.4 - 5.8)	65	4.3 (3.7 - 5)	28	2.9 (2.1 - 3.7)

6.4 Ideación, plan e intento suicida (táboas 26 e 27)

As táboas 26 e 27 presentan a distribución de variables sociodemográficas e a súa asociación con ideación, plan e intento suicida. No total da mostra, o 4.3% “pensou algunha vez seriamente en suicidarse”; o 1.3% “realizou algunha vez un plan para suicidarse” e o 1.2% “intentou algunha vez suicidarse” (táboa 26).

As **mulleres** realizaron máis intentos suicidas que os homes (1.4% versus 1.1%); tamén foi maior a prevalencia de plans suicidas (1.5% vs 1%) e pensamentos suicidas (4.9% vs 3.5%).

En canto á idade, obsérvase unha distribución bimodal dos intentos e plans suicidas, con prevalencias máis altas na idade xuvenil e na idade avanzada en comparación con idades intermedias (36-65 anos). As prevalencias de ideación suicida son similares en idades novas (4.4%) e en idades intermedias (4.5%), diminuindo lixeiramente en persoas maiores de 65 anos (3.5%).

Respecto ao estado civil, solteiros e os que estiveron casados (por ex. divorciados ou separados) son os que levaron a cabo máis intentos suicidas (2.2% e 2.1%, respectivamente), realizaron máis plans e tiveron máis ideas suicidas que as persoas casadas ou que conviven en parella.

Os intentos suicidas son lixeiramente superiores non medio **rural** respecto ao urbano (1.4% vs 1.1%) mentres que a ideación e os plans suicidas son lixeiramente superiores en zonas urbanas. Ao comparar a poboación que vive na **costa** coa do **interior**, as prevalencias son similares.

A prevalencia de ideación suicida, plans e intentos de suicidio entre as persoas que padecen algún trastorno mental é maior que a prevalencia para a mostra xeral. Así, as maiores prevalencias de intentos de suicidio aparecen entre os que padeceron agorafobia (13.4%), abuso de drogas (11.3%), distimia (10.4%) e dependencia de alcohol (7.2%). Ou mesmo cabe dicir para os plans suicidas.

Respecto dos pensamentos suicidas, a prevalencia tamén é superior á media entre os que padeceron algún trastorno mental, pero a variabilidade é moito

maior. A prevalencia máxima asóciase con distimia (29.4%) e varios trastornos de ansiedade, como fobia social (26.5%). Trastorno de ansiedade xeneralizada (24.3%) ou agorafobia (22.4%), así como para abuso e dependencia de drogas (23.4% e 21.2%, respectivamente). No extremo oposto sitúase o abuso de alcohol (5.5%).

A análise das **Odds Ratio** (táboa 27) confirma definitivamente a maioría dos factores de risco mencionados e matiza outros. As variables sociodemográficas que se asocian a maior risco de ideación suicida son: estar previamente casado (OR axustada=1.84, IC95%=1.22-2.79) e solteiro/a (OR axustada=1.75, IC95%=1.01-3.01) vivir en contorna urbana (OR axustada=1.85, IC95%=1.27-2.69) e vivir no interior (OR axustada=1.51, IC95%=1.07-2.14), en comparación con vivir na costa.

Os trastornos mentais que aumentan o risco de ideación suicida son: depresión maior, distimia, trastorno de ansiedade xeneralizada, fobia social, trastorno de angustia e abuso de drogas.

Os solteiros/as teñen 2.6 veces máis risco de ter tido un intento de suicidio que as persoas casadas ou vivindo en parella. As persoas que padeceron agorafobia (OR axustada=4.52, IC95%=1.23-16.59), un trastorno de angustia (OR axustada=2.97, IC95%=1.23-7.2), dependencia de alcohol (OR axustada=9.22, IC95%=3.5-24.3) ou abuso de drogas (OR axustada=19.37, IC95%=4.95-75.89) teñen maior risco de ter tido un intento de suicidio.

Para rematar, as persoas de máis de 65 anos, en comparación con persoas novas (18 a 35 anos), teñen un risco 2.7 veces maior de realizar un intento de suicidio, mentres que os solteiros teñen 2.6 veces máis risco de intentos de suicidio que as persoas casadas. A agorafobia (OR axustada=5.14, IC95%=1.33-19.91), dependencia de alcohol (OR axustada=14.01, IC95%=4.35-45.12) e abuso de droga (OR axustada=9.08, IC95%=1.63-50.73) son os trastornos que se asocian cun risco maior para intentos de suicidio.

Táboa 26: Características sociodemográficas e diagnósticos psiquiátricos dos individuos incluídos na análise (frecuencias absolutas non ponderadas e proporcións ponderadas). Prevalencia vida de idea, plan e intento suicida.

Grupo	N	%	Pensamento suicida (Vida)	%	IC (95%)	Plan suicida (Vida)	%	IC (95%)	Intento suicida (Vida)	%	IC (95%)
Nº de individuos	3151	100	133	4.3	(3.7 - 4.8)	39	1.3	(0.9 - 1.7)	39	1.2	(0.9 - 1.6)
<i>Xénero</i>											
Homes	1418	47.1	46	3.5	(2.8 - 4.2)	16	1	(0.5 - 1.5)	15	1.1	(0.6 - 1.6)
Mulleres	1733	52.9	86	4.9	(4 - 5.9)	23	1.5	(0.9 - 2.1)	24	1.4	(0.8 - 1.9)
<i>Idade</i>											
18-35 anos	639	25.7	24	4.4	(2.8 - 6)	10	1.9	(0.5 - 3.2)	9	1.5	(0.5 - 2.6)
36-65 anos	1692	52.2	83	4.5	(3.8 - 5.2)	18	0.8	(0.6 - 1.1)	20	1	(0.7 - 1.3)
máis de 65 anos	820	22.2	25	3.5	(2.4 - 4.5)	11	1.6	(1 - 2.3)	10	1.4	(0.7 - 2.2)
<i>Estado Civil</i>											
Casado/Vivindo con alguén	2057	62.4	69	3	(2.3 - 3.7)	18	0.9	(0.4 - 1.4)	19	0.7	(0.4 - 1)
Previamente casado	408	11.6	28	7.2	(5.2 - 9.2)	10	2.9	(1.5 - 4.2)	8	2.1	(0.9 - 3.3)
Solteiro/a	682	25.8	35	5.9	(4.4 - 7.4)	11	1.4	(0.6 - 2.2)	12	2.2	(1.1 - 3.3)
Ns/NC	4	0.1	0			0			0		
<i>Zona xeográfica</i>											
Rural	1439	41.3	50	3.3	(2.4 - 4.2)	17	1.2	(0.7 - 1.8)	19	1.4	(0.7 - 2.2)
Urbana	1712	58.7	82	5	(4.3 - 5.6)	22	1.3	(0.8 - 1.8)	20	1.1	(0.8 - 1.4)
<i>Territorio</i>											
Interior	1643	48	74	4.43	3.57 - 5.29	23	1.5	0.8 - 2.1	25	1.3	0.8 - 1.9
Costa	1508	52	58	4.11	3.31 - 4.91	16	1.1	0.7 - 1.5	14	1.2	0.7 - 1.6
<i>Trastornos mentais</i>											
Episodio depresivo maior	296	9.4	43	14.5	(11.3 - 17.7)	17	4.9	(3.4 - 6.4)	14	4.2	(1.8 - 6.6)
Distimia	60	1.8	17	29.4	(17.5 - 41.3)	5	9.4	(0.4 - 18.3)	6	10.4	(0.9 - 19.9)
Calquera trastorno do estado do ánimo	313	10	48	15.4	(12.1 - 18.7)	18	5.4	(3.3 - 7.4)	16	5	(2.3 - 7.8)
Trastorno de ansiedade xeneralizada	78	2.4	19	24.3	(17.4 - 31.2)	5	8	(3.2 - 12.8)	4	4.8	(0 - 9.8)
Fobia social	68	2.2	16	26.5	(20.5 - 32.4)	9	12.8	(7.5 - 18.1)	7	8	(3.2 - 12.7)
Agorafobia	21	0.6	6	22.4	(11.4 - 33.4)	3	13.4	(3.5 - 23.4)	3	13.4	(3.5 - 23.4)
Trastorno de angustia	55	1.6	9	15.4	(9.9 - 20.9)	3	3.9	(0 - 8.3)	4	5.7	(2.4 - 8.9)
Calquera trastorno de ansiedade	181	5.7	38	21.1	(17.8 - 24.4)	14	7.6	(4.8 - 10.4)	13	6.5	(3.8 - 9.1)
Abuso de alcohol	259	9.5	16	5.5	(3.8 - 7.1)	5	1.5	(0.4 - 2.6)	3	0.9	(0.1 - 1.7)
Dependencia de alcohol	25	0.8	4	13.2	(3.7 - 22.7)	2	7.2	(0 - 15.8)	2	7.2	(0 - 15.8)
Abuso de drogas	50	1.9	12	23.4	(14.8 - 32)	5	11.3	(1.8 - 20.7)	5	11.3	(1.8 - 20.7)
Dependencia de drogas	14	0.5	3	21.2	(7.3 - 35)	1	6.3	(0 - 18.2)	1	6.3	(0 - 18.2)
Calquera trastorno de substancias	282	10.5	23	7.7	(5.8 - 9.6)	9	3	(1.1 - 4.8)	7	2.4	(0.7 - 4.1)

Táboa 27: OR axustadas e IC 95% para intento e ideas suicidas

	Ideas suicida (Vida)		Intento suicida (Vida)		Intento suicida entre as persoas con ideas suicidas	
	OR (IC 95%)	OR axustado (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR axustado (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR axustado (IC 95%)
Xénero						
Homes	1	1	1	1	1	1
Mulleres	1.44 (1.06 - 1.95)	1.25 (0.87 - 1.8)	1.23 (0.66 - 2.28)	1.05 (0.53 - 2.06)	0.8 (0.43 - 1.48)	0.95 (0.5 - 1.8)
Idade						
18-35 anos	1	1	1	1	1	1
36-65 anos	1.03 (0.68 - 1.59)	1.41 (0.75 - 2.68)	0.67 (0.3 - 1.49)	1.04 (0.42 - 2.58)	0.56 (0.24 - 1.28)	1.1 (0.52 - 2.24)
máis de 65 anos	0.78 (0.49 - 1.24)	1.10 (0.53 - 2.28)	0.94 (0.38 - 2.3)	1.61 (0.5 - 5.16)	1.42 (0.6 - 3.38)	2.69 (1.15 - 6.3)
Estado Civil						
Casado/Vivindo con alguén/Ns-NC	1	1	1	1	1	1
Previamente casado	2.47 (1.69 - 3.6)	1.84 (1.22 - 2.79)	3.08 (1.56 - 6.1)	2.01 (0.92 - 4.39)	1.43 (0.67 - 3.08)	1.12 (0.49 - 2.58)
Solteiro/a	2 (1.38 - 2.89)	1.75 (1.01 - 3.01)	3.22 (1.65 - 6.3)	2.59 (1.31 - 5.12)	1.96 (1.07 - 3.61)	2.59 (1.19 - 5.6)
Zona xeográfica						
Rural	1	1	1	1	1	1
Urbana	1.54 (1.11 - 2.12)	1.85 (1.27 - 2.69)	0.77 (0.44 - 1.37)	0.71 (0.36 - 1.39)	0.38 (0.2 - 0.74)	0.23 (0.11 - 0.5)
Territorio						
Interior	1.08 (0.8 - 1.45)	1.51 (1.07 - 2.14)	1.17 (0.68 - 2.00)	1.14 (0.63 - 2.08)	1.07 (0.59 - 1.96)	0.61 (0.3 - 1.24)
Costa	1	1	1	1	1	-
Trastornos mentais						
Episodio depresivo maior	5.11 (3.84 - 6.82)	2.37 (1.43 - 3.96)	4.7 (2.39 - 9.23)	2.42 (0.65 - 8.92)	1.02 (0.56 - 1.84)	0.86 (0.41 - 1.81)
Distimia	10.49 (5.89 - 18.67)	4.24 (1.68 - 10.71)	10.68 (3.72 - 30.67)	4.88 (0.88 - 27.11)	1.37 (0.44 - 4.29)	0.87 (0.31 - 2.45)
Trastorno de ansiedade xeneralizada	8.15 (5.32 - 12.46)	2.56 (1.48 - 4.41)	4.29 (1.35 - 13.63)	1.04 (0.29 - 3.81)	0.58 (0.17 - 1.95)	0.49 (0.16 - 1.55)
Fobia social	9.19 (6.55 - 12.9)	4.6 (3.1 - 6.81)	7.86 (3.78 - 16.37)	2.51 (0.95 - 6.64)	1.04 (0.55 - 1.93)	1.2 (0.57 - 2.55)
Agorafobia	6.66 (3.63 - 12.22)	1.3 (0.46 - 3.69)	13.18 (5.35 - 32.45)	4.52 (1.23 - 16.59)	3.77 (1.21 - 11.75)	5.14 (1.33 - 19.91)
Trastorno de angustia	4.27 (2.73 - 6.69)	2.10 (1.21 - 3.67)	5.09 (2.52 - 10.28)	2.97 (1.23 - 7.2)	1.43 (0.46 - 4.45)	3.38 (0.71 - 16.06)
Abuso de alcohol	1.34 (0.93 - 1.94)	0.97 (0.64 - 1.46)	0.67 (0.25 - 1.8)	0.12 (0.06 - 0.25)	0.41 (0.3 - 0.55)	0.06 (0.02 - 0.17)
Dependencia de alcohol	3.48 (1.5 - 8.1)	1.7 (0.68 - 4.28)	6.47 (1.76 - 23.77)	9.22 (3.5 - 24.3)	2.99 (2.21 - 4.03)	14.01 (4.35 - 45.12)
Abuso de drogas	7.52 (4.48 - 12.6)	6.99 (3.57 - 13.7)	12 (4.37 - 32.98)	19.37 (4.94 - 75.89)	2.48 (0.86 - 7.2)	9.08 (1.63 - 50.73)
Dependencia de drogas	6.16 (2.64 - 14.36)	0.69 (0.39 - 1.22)	5.42 (0.71 - 41.66)	0.25 (0.05 - 1.25)	1 (0.14 - 7.18)	0.08 (0.004 - 1.37)

6.5 Cribado da deterioración cognoscitiva en maiores de 65 anos (táboas 28 e 29)

A continuación preséntanse as prevalencias da deterioración cognitivo en persoas maiores de 65 anos, segundo diferentes puntos de corte do MMSE nas súas tres versións: o MEC35 , MEC30 e a versión do MMSE utilizada no proxecto ECA e validada en Galicia.

A puntuación media na mostra segundo o MEC35 foi de 24.7 (D.E.=0.14) 23.4 (D.E.=0.16) segundo o MMSE e 23 (D.E.=0.18) no MEC30 (Táboa 29).

Estimación preliminar da deterioración cognitivo

Para o cribado da deterioración cognitiva, o punto de corte preconizado reiteradamente nos estudos de validación publicados no noso medio é 23/24, aínda que se teñen propostos factores correctores en función do nivel de instrución. A simple aplicación deste punto de corte ofrece unhas prevalencias similares nas dúas versións de 30 ítems, 40.66% para o MEC30 e 42.99% para o MMSE (táboa 28). O devandito punto de corte ofrece para o MEC35 unha prevalencia do 32.18%, similar ao obtido nos estudos comunitarios previos de Galicia (37.6% e 36%, respectivamente) (19,20). Seguindo os criterios utilizados no estudo ECA, o último dos citados estudos galegos operativizou os resultados mencionados de cribado nunha prevalencia de probable “deterioración cognitiva severa” do 7.8%.

A prevalencia da deterioración cognitiva en mulleres é maior que nos homes. Por exemplo, usando como criterio un punto de corte igual ou menor a unha puntuación de 23 co MC30, a prevalencia da deterioración cognitiva en mulleres sería do 49.3% fronte ao 27.9% dos homes.

Será precisa unha análise pormenorizada do grao de discapacidade destes suxeitos maiores de 65 anos e das variables sociodemográficas para dotar de maior contido clínico a esta variable epidemiolóxica.

Táboa 28: Deterioración cognoscitiva en persoas maiores de 65 anos, Cuestionario Mini-Mental

Escala	Mostra total (n=824)		Homes (n=367)		Mulleres (457)	
	N	%	N	%	N	%
MMSE						
<=17	86	11.33 (9.47 - 13.19)	22	5.91 (4.59 - 7.24)	64	15.01 (12.09 - 17.93)
>17	738	88.67 (86.81 - 90.53)	345	94.09 (92.76 - 95.41)	393	84.99 (82.07 - 87.91)
<=23	336	42.99 (39.77 - 46.21)	110	31.16 (26.43 - 35.88)	226	51.03 (46.73 - 55.32)
>23	488	57.01 (53.79 - 60.23)	257	68.84 (64.12 - 73.57)	231	48.97 (44.68 - 53.27)
MEC30						
<=17	117	15.97 (13.85 - 18.1)	27	7.64 (5.78 - 9.5)	90	21.63 (18.51 - 24.75)
>17	707	84.03 (81.9 - 86.15)	340	92.36 (90.5 - 94.22)	367	78.37 (75.25 - 81.49)
<=23	321	40.66 (37.78 - 43.55)	100	27.89 (24.22 - 31.56)	221	49.34 (45.53 - 53.14)
>23	503	59.34 (56.45 - 62.22)	267	72.11 (68.44 - 75.78)	236	50.66 (46.86 - 54.47)
MEC35						
<=23	251	32.18 (29.31 - 35.04)	75	21.02 (17.46 - 24.58)	176	39.75 (35.89 - 43.62)
>23	573	67.82 (64.96 - 70.69)	292	78.98 (75.42 - 82.54)	281	60.25 (56.38 - 64.11)

Táboa 29: Deterioración cognoscitivo en persoas maiores de 65 anos. Cuestionario Mini-Mental. Media (DE)

Escala	Mostra total	Homes	Mulleres
MMSE	23.44 (0.14)	24.7 (0.17)	22.5 (0.18)
MEC30	23 (0.16)	24.5 (0.16)	21.9 (0.22)
MEC35	24.7 (0.18)	26.4 (0.18)	23.6 (0.25)

6.6 Cribado de psicose (táboa 30)

A táboa 30 mostra a proporción de persoas cun diagnóstico probable de psicose, así como a distribución destes casos segundo variables sociodemográficas.

Un 8.2% da mostra (257 persoas) considerouse como “probable caso” de presentar algún trastorno psicótico. O 56.9% destes casos probables eran mulleres, un pouco máis da metade tiñan idades comprendidas entre os 36 e os 65 anos, o 52.3% estaba casado/a ou convivindo en parella, o 62.6% vivía en zonas urbanas, e o 43% vivía en zonas de interior.

Táboa 30: Proporción de individuos con cribado de psicose segundo variables sociodemográficas.

	N	Prevalencia (IC 95%)
Mostra total	257	8.2 (7.3 - 9.2)
Xénero		
Homes	108	43.11 (38.5-47.8)
Mulleres	149	56.89 (52.2-61.5)
Idade		
18-35 anos	43	20.3 (17.1-23.6)
36-65 anos	146	56.5 (51.6-61.4)
máis de 65 anos	68	23.2 (18.5-27.9)
Estado Civil		
Casado/vivindo con alguén/Ns-NC	147	52.3 (47.2-57.3)
Previamente casado	49	20.3 (16.3-24.2)
Solteiro/a	61	27.5 (22.9-32.1)
Zona xeográfica		
Rural	111	37.4 (30.9-44)
Urbana	146	62.6 (56-69.1)
Territorio		
Interior	127	43 (34.9 - 51.1)
Costa	130	57 (48.9 - 65.1)

Os criterios para determinar casos con criterio de psicose son:

- 1) O suxeito debe contestar "SI" polo menos a unha das seguintes preguntas ps1a , ps1b, ps1c, ps1d, ps1e, ps1f
- 2) A unha pregunta sobre a hospitalización na sección de Servizos
- 3) O suxeito informa que recibiu un antipsicótico.

6.7 Factores de risco sociodemográficos de padecer un trastorno mental (táboas 31, 32, 33, 34)

Factores de risco - prevalencia vida (táboas 31 e 32)

As táboas 31 e 32 presentan as OR, crúas e axustadas, respectivamente, do efecto das variables sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, grao de urbanización, dicotomizado polo tamaño do municipio de residencia, e localización xeográfica, dicotomía 'costa' versus 'interior') sobre o risco de ter padecido ao longo da vida algún trastornos mental e cada unha das grandes síndromes psiquiátricas.

As tendencias observadas ao analizar as OR axustadas (táboa 32) replican as observadas nas OR crúas; as magnitudes e os intervalos de confianza son similares na maioría das celas; ás veces, as modificacións en magnitude máis apreciábeis prodúcense en relación ao estado civil, pero a súa cuantía é en todo caso discreta. Tomaremos como referencia os valores das OR axustadas.

En conxunto os **homes** teñen un risco lixeiramente superior de padecer algún trastorno mental, o que se circunscribe ao espectro dos trastornos relacionados co consumo substancias, para os cales presentan un risco máis de catro veces superior ás mulleres (OR= 0.22).

As **mulleres** teñen un risco máis de dúas veces superior ao dos varóns de padecer trastornos do estado de ánimo ou de ansiedade (OR= 2.26 e 2.20, respectivamente).

Ao analizar a relación coa idade, obsérvase que o risco de padecer un trastorno mental decrece coa idade, resultando que os **maiores de 65 anos** presentan tres veces menos risco de padecer algunha enfermidade mental ao longo da vida (OR=0.37). Este patrón mantense con matices nos tres grandes grupos sindrómicos; atenúase para os trastornos do estado de ánimo (OR=0.65) e pola contra alcanza a súa máxima intensidade (OR=0.17) para os trastornos por uso de substancias.

Respecto ao estado civil, as persoas **solteiras que estiveron casadas** presentan o dobre de risco de padecer unha enfermidade mental (OR=2.65), risco que se mantén en magnitudes similares para cada unha das grandes síndromes.

O vivir nun medio **rural** ou **urbano** non parece influír no risco de padecer un trastorno mental ao longo da vida (OR=0.93).

Aparece unha tendencia para o territorio da **costa** (versus **interior**) a un maior risco de padecer calquera dos grupos de trastornos mentais estudados (OR=0.81), aínda que as diferenzas non chegan a ser estatisticamente significativas.

Táboa 31: Prevalencia vida de trastornos mentais de acordo a variables sociodemográficas (números non ponderados, proporcións ponderadas e OR crúas).

	Total mostra	Calquera trastorno mental	Trastornos do estado de ánimo	Trastornos de ansiedade	Trastornos de substancias
		OR cru (IC 95%)	OR cru (IC 95%)	OR cru (IC 95%)	OR cru (IC 95%)
Total	3151 (100)	644 (21.6)	313 (10)	181 (5.7)	282 (10.5)
Xénero					
Homes	1418 (47.1)	1	1	1	1
Mulleres	1773 (52.9)	0.84 (0.72-0.99)	2.38 (1.92-2.94)	2.14 (1.72-2.66)	0.23 (0.19-0.28)
Idade					
18-35 anos	639 (25.7)	1	1	1	1
36-65 anos	1692 (52.2)	0.71 (0.61-0.83)	1.12 (0.91-1.39)	1.03 (0.81-1.32)	0.51 (0.41-0.63)
máis de 65 anos	820 (22.1)	0.33 (0.26-0.44)	0.79 (0.56-1.12)	0.4 (0.28-0.57)	0.13 (0.08-0.22)
Estado Civil					
Casado/vivindo con alguén/Ns-NC	2061 (62.5)	1	1	1	1
Previamente casado	408 (11.6)	1.83 (1.54-2.19)	2.83 (2.26-3.54)	1.99 (1.48-2.67)	1.12 (0.82-1.53)
Solteiro/a	682 (25.8)	2.33 (1.99-2.74)	1.55 (1.19-2.02)	1.77 (1.4-2.24)	2.88 (2.39-3.45)
Zona xeográfica					
Rural	1439 (41.3)	1	1	1	1
Urbana	1712 (58.7)	1.07 (0.92-1.25)	0.98 (0.79-1.22)	1.05 (0.81-1.36)	1.11 (0.91-1.36)
Territorio					
Costa	1508 (52)	1	1	1	1
Interior	1643 (48)	0.76 (0.62 - 0.92)	0.88 (0.68 - 1.15)	0.77 (0.55 - 1.08)	0.69 (0.52 - 0.92)

Calquera trastorno mental refírese aos listados na táboa. Trastorno do estado de ánimo refírese a episodio depresivo maior ou distimia, trastorno de ansiedade refírese a ansiedade xeneralizada, fobia social, agorafobia ou trastorno de angustia. Trastorno por consumo de substancias refírese a alcohol ou drogas en dependencia ou abuso. Ns-Nc. Non sabe-non contesta.

Táboa 32: Prevalencia de trastornos mentais vida de acordo a variables sociodemográficas (números non ponderados, proporcións ponderadas e OR axustadas)

	Total mostra	Calquera trastorno mental OR axustado (IC 95%)	Trastornos do estado de ánimo OR axustado (IC 95%)	Trastornos de ansiedade OR axustado (IC 95%)	Trastornos de substancias OR axustado (IC 95%)
Total	3151 (100)	644 (21.6)	313 (10)	181 (5.7)	282 (10.5)
<i>Xénero</i>					
Homes	1418 (47.1)	1	1	1	1
Mulleres	1773 (52.9)	0.83 (0.68 - 1.02)	2.26 (1.68-3.04)	2.2 (1.51-3.21)	0.22 (0.16-0.31)
<i>Idade</i>					
18-35 anos	639 (25.7)	1	1	1	1
36-65 anos	1692 (52.2)	0.94 (0.72-1.24)	1.33 (0.91-1.95)	1.33 (0.82-2.17)	0.66 (0.46-0.94)
máis de 65 anos	820 (22.1)	0.37 (0.26-0.54)	0.65 (0.40-1.06)	0.39 (0.20-0.76)	0.17 (0.09-0.32)
<i>Estado Civil</i>					
Casado/vivindo con alguén/Ns-NC	2061 (62.5)	1	1	1	1
Previamente casado	408 (11.6)	2.64 (1.90-3.66)	2.92 (1.97-4.32)	2.32 (1.42-3.78)	2.55 (1.33-4.88)
Solteiro/a	682 (25.8)	2.04 (1.58-2.65)	1.73 (1.3-2.31)	1.89 (1.19-3.01)	2.02 (1.42-2.87)
<i>Zona xeográfica</i>					
Rural	1439 (41.3)	1	1	1	1
Urbana	1712 (58.7)	0.93 (0.75-1.15)	0.91 (0.69-1.2)	0.90 (0.61-1.33)	0.93 (0.68-1.27)
<i>Territorio</i>					
Costa	1508 (52)	1	1	1	1
Interior	1643 (48)	0.81 (0.66 - 1)	0.91 (0.69 - 1.2)	0.81 (0.55 - 1.18)	0.75 (0.55 - 1.01)

Calquera trastorno mental refírese aos listados na táboa. Trastorno do estado de ánimo refírese a episodio depresivo maior ou distimia, trastorno de ansiedade refírese a ansiedade xeneralizada, fobia social, agorafobia ou trastorno de angustia. Trastorno por consumo de substancias refírese a alcohol ou drogas en dependencia ou abuso. Ns-Nc. Non sabe-non contesta.

Factores de risco - prevalencia ano (táboas 33 e 34)

As táboas 33 e 34 presentan as OR, crúas e axustadas, respectivamente, do efecto das variables sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, tamaño do municipio de residencia e xeografía costera-interior) sobre o risco de padecer algún trastornos mental e máis concretamente, algunha das tres grandes síndromes psiquiátricas durante os doce meses previos á entrevista.

Convén indicar que o procedemento do cálculo das OR axustadas non modifica a dirección das asociacións aparentes nas OR brutas, e en xeral acentúan a magnitude da asociación. Nalgunhas celas a nova análise cambia a significación estatística da OR, ao situar o valor 1 fora do intervalo de confianza (caso de trastornos do estado de ánimo e trastornos de ansiedade para idade 36-65 anos) ou xusto o contrario (para trastornos de ansiedade e idade > 65 anos). Tomaremos como referencia os valores das OR axustadas.

As **mulleres** presentan un risco lixeiramente superior ao dos varóns (OR=1.33) de estar padecendo ou padecer un trastorno mental nos últimos doce meses. En realidade dita superioridade débese aos trastornos do estado de ánimo e trastornos de ansiedade, nos que duplican o risco dos varóns. Pola contra, os **varóns** presentan un risco tres veces superior ao das mulleres para trastornos relacionados co uso de substancias.

A media que aumenta a **idade** diminúe o risco de padecer un trastorno mental, situación que resulta estatisticamente significativa para o grupo de maiores de 65 anos con respecto ao grupo xuvenil (OR=0.48). Este patrón resulta consistente para os trastornos polo uso de substancias. Para trastornos do estado de ánimo e ansiedade o grupo de idade intermedia presenta un risco algo maior que o grupo xuvenil (OR= 1.36 e OR=1.87, respectivamente), mentres que o aparente menor risco dos maiores de 65 anos non resulta estatisticamente significativo.

Respecto ao estado civil, as persoas previamente **casadas** presentan un risco tres veces superior de presentar algún trastorno mental, situación que se

mantén nos tres grupos sindrómicos cunha inconsistencia para os trastornos por substancias, que cabe atribuír ao reducido tamaño mostral.

As leves asociacións co estrato **rural/urbano** non son significativas para o total da mostra nin para as dúas grandes submostras de trastornos mentais.

Tampouco o vivir na zona de **costa** ou de **interior** modifica o risco de padecer un trastorno mental no último ano.

Táboa 33: Prevalencia de trastornos mentais últimos 12 meses de acordo a variables sociodemográficas (números non ponderados, proporcións ponderadas e OR crúas)

	Total mostra	Calquera trastorno mental OR crúa (IC 95%)	Trastornos do estado de ánimo OR crúa (IC 95%)	Trastornos de ansiedade OR crúa (IC 95%)	Trastornos de substancias OR crúa (IC 95%)
Total	3151 (100)	219 (7.4)	118 (3.7)	93 (3.1)	43 (1.7)
Xénero					
Homes	1418 (47.1)	1	1	1	1
Mulleres	1773 (52.9)	1.35 (1.09-1.67)	2.05 (1.54-2.73)	2.01 (1.55-2.61)	0.28 (0.17-0.47)
Idade					
18-35 anos	639 (25.7)	1	1	1	1
36-65 anos	1692 (52.2)	0.58 (0.47-0.72)	1.05 (0.74-1.47)	1.25 (0.83-1.87)	0.14 (0.09-0.22)
máis de 65 anos	820 (22.1)	0.4 (0.3-0.55)	0.96 (0.6-1.55)	0.57 (0.33-0.97)	<0.001 (<0.001-<0.001) (*)
Estado Civil					
Casado/vivindo con alguén/Ns-NC	2061 (62.5)	1	1	1	1
Previamente casado	408 (11.6)	2.92 (2.23-3.84)	3.41 (2.42-4.79)	2.54 (1.63-3.95)	<0.001 (<0.001-<0.001) (*)
Solteiro/a	682 (25.8)	3.44 (2.74-4.32)	1.93 (1.31-2.85)	2.08 (1.49-2.91)	11.29 (7.59-16.77)
Zona xeográfica					
Rural	1439 (41.3)	1	1	1	1
Urbana	1712 (58.7)	1.07 (0.86-1.32)	0.89 (0.67-1.17)	1.25 (0.87-1.79)	0.7 (0.45-1.08)
Territorio					
Costa	1508 (52)	1	1	1	1
Interior	1643 (48)	0.89 (0.65 - 1.22)	0.99 (0.66 - 1.49)	0.71 (0.44 - 1.12)	1.23 (0.60 - 2.5)

Calquera trastorno mental refírese aos listados na táboa. Trastorno do estado de ánimo refírese a episodio depresivo maior ou distimia, trastorno de ansiedade refírese a ansiedade xeneralizada, fobia social, agorafobia ou trastorno de angustia. Trastorno por consumo de substancias refírese a alcohol ou drogas en dependencia ou abuso. Ns-Nc. Non sabe-non contesta.

(*)A estimación do odds ratio é un valor moi pequeno debido á cantidade de casos neste grupo

Táboa 34: Prevalencia de trastornos mentais últimos 12 meses de acordo a variables sociodemográficas (números non ponderados, proporcións ponderadas e OR axustadas)

	Total mostra	Calquera trastorno mental OR axustado (IC 95%)	Trastornos do estado de ánimo OR axustado (IC 95%)	Trastornos de ansiedade OR axustado (IC 95%)	Trastornos de substancias OR axustado (IC 95%)
Total	3151 (100)	219 (7.4)	118 (3.7)	93 (3.1)	43 (1.7)
Xénero					
Homes	1418 (47.1)	1	1	1	1
Mulleres	1773 (52.9)	1.33 (0.96 - 1.86)	1.87 (1.18-2.96)	2.02 (1.2-3.41)	0.33 (0.16 - 0.71)
Idade					
18-35 anos	639 (25.7)	1	1	1	1
36-65 anos	1692 (52.2)	0.92 (0.63-1.37)	1.36 (0.8-2.33)	1.87 (1.92-3.78)	0.32 (0.16 - 0.66)
máis de 65 anos	820 (22.1)	0.48 (0.3-0.78)	0.86 (0.46-1.64)	0.64 (0.27-1.51)	<0.001 (<0.001-<0.001) ^(*)
Estado Civil					
Casado/vivindo con alguén/Ns-NC	2061 (62.5)	1	1	1	1
Previamente casado	408 (11.6)	3.45 (2.26-5.26)	3.37 (2.04-5.76)	2.81 (1.54-5.12)	<0.001 (<0.001-<0.001) ^(*)
Solteiro/a	682 (25.8)	3.15 (2.18-4.56)	2.24 (1.39-3.62)	2.6 (1.39-4.86)	5.35 (2.25 - 12.72)
Zona xeográfica					
Rural	1439 (41.3)	1	1	1	1
Urbana	1712 (58.7)	0.99 (0.71-1.40)	0.86 (0.55-1.35)	1.09 (0.62-1.90)	0.61 (0.31 - 1.2)
Territorio					
Costa	1508 (52)	1	1	1	1
Interior	1643 (48)	0.99 (0.71-1.39)	1.02 (0.65 - 1.6)	0.79 (0.47 - 1.34)	1.24 (0.62 - 2.48)

Calquera trastorno mental refírese aos listados na táboa. Trastorno do estado de ánimo refírese a episodio depresivo maior ou distimia, trastorno de ansiedade refírese a ansiedade xeneralizada, fobia social, agorafobia ou trastorno de angustia. Trastorno por consumo de substancias refírese a alcohol ou drogas en dependencia ou abuso. Ns-Nc. Non sabe-non contesta.

(*)A estimación do odds ratio é un valor moi pequeno debido á cantidade de casos neste grupo

6.8 Análise da gravidade dos trastornos de saúde mental (táboas 35 e 36)

A gravidade nos individuos con trastorno mental nos últimos 12 meses defínese do seguinte modo:

Grave, se cumpriron unha destas características: (1) tiveron un intento suicida e calquera trastorno mental nos últimos 12 meses, ou (2) presentaron dependencia de substancias con síntomas de tolerancia ou abstinencia, ou (3) tiveron máis dun trastorno mental nos últimos 12 meses e un nivel alto en polo menos dúas áreas da *Sheehan Disability Scale* (SDS) (21).

Aqueles individuos que non foron clasificados como severos foron clasificados como persoas con trastorno mental **moderado** se tiñan un nivel moderado de incapacidade en calquera dominio da SDS ou se tiveron dependencia de substancias sen síntomas de tolerancia ou abstinencia.

Finalmente, todos os casos restantes que tiveron algún trastorno mental os últimos 12 meses foron clasificados como **leves**.

A escala *Sheehan Disability Scale* (SDS) valora catro áreas: tarefas domésticas, capacidade para traballar, relacións de amizade e vida social. O resultado final é a clasificación da discapacidade do individuo en grado leve/moderado/ grave.

As táboas 35 e 36 mostran a gravidade dos trastornos mentais presentes no último ano e a súa relación coas variables sociodemográficas.

Un de cada 4 casos son graves, un 11% son casos moderados e a maioría (63.8%) son leves, sendo esta distribución similar en homes e mulleres. A gravidade varía co tipo de trastorno, predominan nos trastornos do estado de ánimo (42.2%) e case non hai trastornos graves por uso de substancias (12%).

A proporción de casos graves aumenta coa idade (14.6% vs 30.2% vs 37.1%), en todos os trastornos agás os relacionados co consumo de substancias.

Táboa 35: Análise de gravidade dos problemas de saúde mental nos últimos 12 meses. Mostra global e por SEXO. (Valores absolutos non ponderados. Prevalencias ponderadas).

Tipo de trastorno mental	Gravidade	Mostra global (N=3151)	Homes (n=1418)	Mulleres (1733)
Calquera trastorno mental (n=219)	Severo	59; 25.2% (21-29.4)	20; 24.3% (17.9-30.7)	39; 25.8% (20.4-31.2)
	Moderado	28; 11% (8.1-13.8)	8; 8.4% (5.2-11.5)	20; 12.7% (8.6-16.8)
	Leve	132; 63.8% (59.2-68.4)	47; 67.3% (60.8-73.8)	85; 61.5% (55.3-67.6)
Calquera trastorno do estado de ánimo (n=118)	Severo	51; 42.2% (34.8-49.6)	16; 48.6% (34.8-62.4)	35; 39.4% (30.8-47.9)
	Moderado	9; 5.7% (2.3-9.1)	2; 4% (1.1-6.8)	7; 6.5% (1.9-11.1)
	Leve	58; 52.1% (45.3-58.8)	14; 47.4% (33.7-61.2)	44; 54.1% (46.2-62)
Calquera trastorno de ansiedade (n=93)	Severo	34; 34.8% (28.1-41.6)	11; 40% (30.3-49.7)	23; 32.5% (24.2-40.7)
	Moderado	17; 17.8% (12.3-23.2)	3; 10.8% (6.9-14.6)	14; 20.9% (13.4-28.5)
	Leve	42; 47.4% (40.3-54.5)	10; 49.3% (40.7-57.9)	32; 46.6% (36.9-56.3)
Calquera trastorno de substancias (n=43)	Severo	5; 12% (5.6-18.5)	5; 15.9% (7.5-24.4)	0
	Moderado	4; 7.4% (2.1-12.7)	3; 7.8% (1.9-13.8)	1; 6.2% (0-17.8)
	Leve	34; 80.5% (72.9-88.2)	23; 76.2% (67-85.5)	11; 93.8% (82.2-100)

Táboa 36: Análise de gravidade dos problemas de saúde mental nos últimos doce meses por grupos de IDADE. Valores absolutos non ponderados. Prevalencias ponderadas.

Tipo de trastorno mental	Gravidade	18-35 anos (n=639)	36-65 anos (n=1692)	máis de 65 anos (n=820)
Calquera trastorno mental (n=219)	Severo	11; 14.6% (8.2-21)	36; 30.2% (24.4-36)	12; 37.1% (22.9-51.2)
	Moderado	9; 10.8% (6.8-14.8)	14; 11% (6.1-15.8)	5; 11.3% (5.7-17)
	Leve	51; 74.6% (66.1-83.1)	62; 58.8% (52.5-65.1)	19; 51.6% (37.4-65.9)
Calquera trastorno do estado de ánimo (n=118)	Severo	7; 26.6% (12.1-41)	32; 46.5% (37.4-55.6)	12; 50.2% (32.2-68.1)
	Moderado	1; 2.3% (0-6.9)	6; 8% (2.1-13.9)	2; 4.1% (0-9.7)
	Leve	17; 71.1% (56.4-85.8)	29; 45.6% (36.9-54.2)	12; 45.7% (27.8-63.6)
Calquera trastorno de ansiedade (n=93)	Severo	6; 27.2% (13.6-40.8)	25; 39.3% (30.8-47.9)	3; 27.3% (6.6-48)
	Moderado	4; 20.5% (13.1-27.8)	10; 15.6% (7.4-23.9)	3; 23.1% (11.2-34.9)
	Leve	9; 52.4% (36.4-68.4)	26; 45% (36.9-53.1)	7; 49.6% (30-69.3)
Calquera trastorno de substancias (n=43)	Severo	3; 9.5% (2.2-16.8)	2; 20.6% (9.2-31.9)	0
	Moderado	4; 9.6% (2.5-16.7)	0	0
	Leve	26; 80.9% (71.1-90.6)	8; 79.4% (68.1-90.8)	0

6.9 Análise do uso de servizos (táboas 37, 38, 39, 40, 41)

Neste apartado descríbese: a) a frecuencia de uso de servizos de saúde mental da poboación galega nos últimos 12 meses, en función do diagnóstico do trastorno mental; b) o uso de servizos sanitarios de acordo coa gravidade dos trastornos mentais; e c) as relacións entre o uso dos servizos de saúde e variables clínicas e sociodemográficas.

Foron considerados *usuarios* dos servizos, todos os que contestaron ter contactado cun médico ou outro profesional dos servizos sanitarios nos últimos 12 meses. A información presentada refírese só a aqueles servizos dentro do sector sanitario formal, atención primaria e especializada (psiquiatra e outros profesionais dos servizos de saúde mental como psicólogos/as, psicoterapeutas ou traballadores/as sociais).

Do total da mostra entrevistada (n=3,151), 263 persoas (8.2%) acudiron a algún servizo sanitario durante os últimos 12 meses (táboa 37). Por outra banda, 219 entrevistados cumpriron os criterios diagnósticos, establecidos nesta investigación, de sufrir algún trastorno mental nos últimos 12 meses, dos cales 82 (34.0% dos casos) contactou con algún servizo sanitario durante o período. A porcentaxe de uso máis alto correspondeu aos trastornos depresivos (53.0%) e o máis baixo a aqueles usuarios sen trastorno mental (6.1%). A comorbilidade psiquiátrica (presenza de máis dun trastorno psiquiátrico nos últimos 12 meses) incrementa as porcentaxes de uso de servizos (51.1%). Os participantes afectados dun trastorno por calquera uso de substancias foron os que fixeron menor uso de servizos (7.2%) comparado cos outros grupos de trastornos mentais que se recollen na táboa 37.

Entre os 82 enquisados que presentaron algún trastorno mental e informaron utilizar os servizos sanitarios durante o último ano, **o 30.4% non contactou con ningún profesional dos servizos de saúde mental** (táboa 38). Cando se presenta máis dun trastorno psiquiátrico, aumenta lixeiramente a porcentaxe dos que acoden exclusivamente ao psiquiatra (21% vs 28%), á vez que se reducen o uso exclusivo dos servizos de atención primaria (35.6% vs

24.3%) e a atención nos servizos de saúde mental sen participación do psiquiatra (21.2% vs 13.8%).

Obsérvase unha alta porcentaxe de uso dos servizos de saúde mental por parte de persoas sen diagnóstico psiquiátrico no último ano (181/263=68.8% dos usuarios). Dentro deste grupo, a metade (47.3%) son atendidos exclusivamente por profesionais da saúde mental (só por psiquiatra 27.0%; só por outros profesionais da saúde mental 20.3%; entre ambos, 47.3%) (táboa 38).

Porcentaxes elevadas de persoas cun trastorno psiquiátrico grave ou moderado non utilizaron ningún servizo sanitario, nin atención primaria nin especializada, durante o último ano (43.6% e 72.7%, respectivamente) (táboa 39). A porcentaxe de casos graves que non acode aos servizos é similar para os trastornos do estado de ánimo e trastornos de ansiedades (42.5% e 38.2%, respectivamente) e notablemente superior para os trastornos por uso de substancias, grupo no que dous de cada tres casos graves e moderados non estiveron en contacto cos servizos (táboa 39).

Ao analizar desde a perspectiva do xénero o uso que as persoas con trastornos mentais fai dos servizos, observamos que están en contacto cos servizos o dobre de mulleres que homes (54% vs 28%), pero a porcentaxe dos casos que usan os servizos é similar (34.6% vs 33.1%) (táboa 40). Os homes utilizan máis os servizos cando a patoloxía é grave (65.4% versus 50.8%) ou moderada (42.4% vs 20.5%); reciprocamente, as mulleres con patoloxía leve son máis frecuentadoras de servizos (30.7% vs 20.2%). Este patrón xeral replícase para trastornos do estado de ánimo e de ansiedade. Para os trastornos por uso de substancias resulta rechamante que as 12 mulleres con esta problemática (100% de casos do estudo, ningunha grave), están en contacto cos servizos mentres que só frecuentaron os servizos 3 dos 31 (9.7%) varóns, o que supón que quedaron fóra do circuíto asistencial dous de cada tres casos graves e moderados e a totalidade dos casos leves.

O factor máis importante asociado ao uso de servizos foi a presenza dun trastorno mental, especialmente dun trastorno depresivo (OR = 12.18) seguido dun trastorno de ansiedade (OR= 3.05) (táboa 41).

Outros factores como o xénero (feminino) e a idade (intermedia) foron así mesmo significativos. Non se detectaron diferenzas no uso de servizos entre o habidade rural e urbano, nin entre a localización xeográfica costa-interior.

Táboa 37: Proporción de individuos que consultan calquera tipo de servizos de saúde nos 12 meses previos, de acordo ao trastorno mental nos últimos 12 meses.

Estado de saúde mental	N (non ponderada)	N servizos (non ponderada)	% ponderada	95% IC
Mostra total	3151	263	8.2	(7.40 - 8.94)
Non trastorno mental 12-meses	2932	181	6.1	(5.4 - 6.8)
Calquera trastorno mental	219	82	34.0	(28.57 - 39.38)
Calquera trastorno do estado de ánimo	118	63	53.0	(44.62 - 61.47)
Calquera trastorno de ansiedade	93	39	35.8	(28.32 - 43.25)
Calquera trastorno de substancias	43	3	7.2	(1.73 - 12.64)
Só un trastorno mental	145	44	26.5	(21.63 - 31.38)
Máis dun trastorno mental	74	38	51.1	(41.35 - 60.9)

Táboa 38: Nivel de uso de servizos debido a problemas de saúde mental entre usuarios de servizos de saúde, de acordo ao trastorno mental nos últimos 12 meses. Valores absolutos non ponderados e proporcións ponderadas.

Estado de saúde mental	Mostra global	Médico cabeceira (só)	Saúde mental non psiquiatra (só)	Psiquiatra (só)
Mostra total (n=263)	8.2	40.5 (35.7 - 45.3)	19.5 (14.5 - 24.6)	26.1 (21.6 - 30.7)
Non trastorno mental 12-meses (n=181)	6.1	44.9 (39.5 - 50.4)	20.3 (14.7 - 25.9)	27.2 (21.3 - 32.7)
Calquera trastorno mental (n=82)	34.0	30.4 (23 - 37.9)	17.8 (7 - 28.6)	24.2 (16.1 - 32.3)
Calquera trastorno do estado de ánimo (n=63)	53.0	30.2 (21.1 - 39.4)	16 (4.5 - 27.5)	27.1 (17.5 - 36.7)
Calquera trastorno de ansiedade (n=39)	35.8	20.5 (13.4 - 27.6)	17.3 (8.5 - 26)	19.3 (8.9 - 29.6)
Calquera trastorno de substancias (n=3)	7.2	74.8 (33.8 - 100)	0 (0.0 - 0.0)	25.2 (0 - 66.2)
Só un trastorno mental (n=44)	26.5	35.6 (25.4 - 45.8)	21.2 (11.1 - 31.3)	21 (10.7 - 31.4)
Máis dun trastorno mental	51.1	24.3 (12.8 - 35.8)	13.8 (0 - 30.3)	28 (16 - 40)

Táboa 39: Análise de gravidade dos problemas de saúde mental nos últimos 12 meses, segundo utilización de servizos. Valores absolutos non ponderados. Prevalencias ponderadas.

Tipo de trastorno mental	Gravidade	Uso de servizos	
		Non	Si
Calquera trastorno mental (n=219)	Severo	24; 43.6% (32.8-54.3)	35; 56.4% (45.7-67.2)
	Moderado	21; 72.7% (58.4-87)	7; 27.3% (13-41.6)
	Leve	92; 73.7% (68.4-79.1)	40; 26.3% (20.9-31.6)
Calquera trastorno do estado de ánimo (n=118)	Severo	20; 42.5% (31.4-53.7)	31; 57.5% (46.3-68.6)
	Moderado	6; 53% (20.5-85.4)	3; 47% (14.6-79.5)
	Leve	29; 49.9% (39.9-59.9)	29; 50.1% (40.1-60.1)
Calquera trastorno de ansiedade (n=93)	Severo	11; 38.2% (24.2-52.2)	23; 61.8% (47.8-75.8)
	Moderado	13; 75.2% (57.8-92.7)	4; 24.8% (7.3-42.2)
	Leve	30; 79.2% (71.3-87.1)	12; 20.8% (12.9-28.7)
Calquera trastorno de substancias (n=43)	Severo	3; 61% (34.8-87.2)	2; 39% (12.8-65.2)
	Moderado	3; 66.5% (20.5-100)	1; 33.5% (0-79.5)
	Leve	34; 100% (100-100)	-

Táboa 40: Análise de gravidade dos problemas de saúde mental nos últimos 12 meses, segundo utilización de servizos. Valores absolutos non ponderados. Prevalencias ponderadas. Mostra de homes e mulleres.

Tipo de trastorno mental	Gravidade	Homes		Mulleres	
		Uso de servizos		Uso de servizos	
		Non	Si	Non	Si
Calquera trastorno mental (n=219)	Severo	6; 34.6% (21.4-47.8)	14; 65.4% (52.2-78.6)	18; 49.2% (35.1-63.4)	21; 50.8% (36.6-64.9)
	Moderado	5; 57.6% (36.3-78.8)	3; 42.4% (21.2-63.7)	16; 79.5% (61.5-97.6)	4; 20.5% (2.4-38.5)
	Leve	36; 79.8% (72.8-86.7)	11; 20.2% (13.3-27.2)	56; 69.3% (61.8-76.8)	29; 30.7% (23.2-38.2)
	Total	47; 66.9% (60.1-73.8)	28; 33.1% (26.2-39.9)	90; 65.4% (58.4-72.4)	54; 34.6% (27.6-41.6)
Calquera trastorno do estado de ánimo (n=118)	Severo	4; 29.8% (15.2-44.4)	12; 70.2% (55.6-84.8)	16; 49.5% (35.5-63.5)	19; 50.5% (36.5-64.5)
	Moderado	1; 36.2% (0-81.9)	1; 63.8% (18.1-100)	5; 57.5% (15-100)	2; 42.5% (0-85)
	Leve	6; 41.8% (22.4-61.1)	8; 58.2% (38.9-77.6)	23; 53.1% (41.5-64.6)	21; 46.9% (35.4-58.5)
	Total	11; 35.7% (22.6-48.9)	21; 64.3% (51.1-77.4)	44; 51.9% (42-61.9)	42; 48.1% (38.1-58)
Calquera trastorno de ansiedade (n=93)	Severo	2; 25.7% (16-35.5)	9; 74.3% (64.5-84)	9; 45.1% (25.9-64.4)	14; 54.9% (35.6-74.1)
	Moderado	2; 66.5% (54.7-78.3)	1; 33.5% (21.7-45.3)	11; 77.3% (55.6-99)	3; 22.7% (1-44.4)
	Leve	7; 80.6% (67.9-93.4)	3; 19.4% (6.6-32.1)	23; 78.5% (68.2-88.8)	9; 21.5% (11.2-31.8)
	Total	11; 57.2% (47.3-67)	13; 42.8% (33-52.7)	43; 67.4% (58.2-76.6)	26; 32.6% (23.4-41.8)
Calquera trastorno de substancias (n=43)	Severo	3; 61% (34.8-87.2)	2; 39% (12.8-65.2)	0	0
	Moderado	2; 58% (9.8-100)	1; 42% (0-90.2)	1; 100% (100-100)	0
	Leve	23; 100% (100-100)	0	11; 100% (100-100)	0
	Total	28; 90.5% (83.5-97.5)	3; 9.5% (2.5-16.5)	12; 100% (100-100)	0

Táboa 41: Relación entre as diferentes variables sociodemográficas e clínicas con uso de servizos.

	OR (IC 95%)	OR axustado (IC 95%)
Xénero		
Homes	1	1
Mulleres	1.56 (1.31 - 1.86)	1.35 (1.13 - 1.61)
Idade		
18-35 anos	1	1
36-65 anos	1.45 (1.18 - 1.79)	1.69 (1.22 - 2.32)
máis de 65 anos	1.28 (0.94 - 1.73)	1.5 (0.98 - 2.3)
Estado civil		
Casado/vivindo con alguén/Ns-NC	1	1
Previamente casado	1.71 (1.36 - 2.16)	1.2 (0.93 - 1.56)
Solteiro/a	1.2 (0.94 - 1.55)	1.32 (0.93 - 1.86)
Zona xeográfica		
Rural	1	1
Urbana	1.19 (0.94 - 1.5)	1.23 (0.95 - 1.6)
Territorio		
Costa	1	1
Interior	0.9 (0.72 - 1.12)	0.98 (0.77 - 1.24)
Calquera trastorno do humor últimos 12 meses		
Non	1	1
Si	16.41 (11.55 - 23.33)	12.18 (8.36 - 17.76)
Calquera trastornos de ansiedade últimos 12 meses		
Non	1	1
Si	7.08 (5.01 - 10)	3.05 (1.92 - 4.84)
Calquera trastorno de consumo de substancias últimos 12 meses		
Non	1	1
Si	0.87 (0.38 - 1.97)	1.09 (0.45 - 2.66)

6.10 Análise da carga familiar asociada a problemas de saúde graves en familiares de primeiro grao (táboas 42, 43, 44 e 45)

Na táboa 42 recóllese a información das características socio-demográficas dos familiares que prestan coidados a parentes de primeiro grao. Das 3,151 persoas entrevistadas, 1,338 (42.1%) prestan coidados informais a un familiar con algún tipo de enfermidade grave.

O número de coidadores de familiares cun problema de saúde física grave foi maior (24.4%) que o dos coidadores de familiares cun trastorno mental grave (9.6%).

De cada 10 coidadores, 6 son mulleres.

O intervalo de idade máis frecuente é o comprendido entre os 35 e 65 anos, aínda que hai que sinalar as porcentaxes elevadas de coidadores maiores de 65 anos tanto no caso de enfermidades mentais (20.7%) como no grupo de coidadores de enfermos físicos (24%).

Na nosa mostra, en torno ao 90% dos coidadores, independentemente do tipo de enfermidade do familiar, contan cunha rede familiar composta de tres ou máis familiares próximos, cunha porcentaxe maior os que viven en zonas urbanas que en zonas rurais. No entanto, cabe destacar que o 40.8% dos coidadores de enfermos mentais graves habitan no medio rural.

A táboa 43 mostra os resultados da carga obxectiva desagregados por sexo. Malia que as estimacións da carga son conservadoras, dado que só se contemplaron as enfermidades graves dun familiar de primeiro grao, a media de horas de dedicación semanal aos coidados é considerable (21.5 h) sendo a media do número de horas de dedicación semanal maior en mulleres que en homes, independentemente da natureza física ou mental da enfermidade.

Respecto da pregunta sobre se os coidados proporcionados lle limitan o seu tempo libre, 762 (57.0%) dos coidadores contestan “moito” ou “regular”, sendo maior a porcentaxe de mulleres que de homes que responden “moito”,

tanto cando o seu familiar sofre un enfermidade mental, física ou ambas. A única excepción a este patrón da carga obxectiva é a carga económica, onde os homes mostran unhas porcentaxes máis altas que as mulleres tanto relacionados cos cuidados de problemas de saúde mental como física. O gasto medio mensual foi de 598.60 €, sendo maior no caso das enfermidades físicas que nas mentais.

Respecto das preguntas sobre a carga subxectiva, seguindo a metodoloxía do CIDI (táboa 44) contéstanas só aqueles cuidadores que responderon que o seu tempo libre estaba limitado “moito ou regular”. Máis mulleres que homes responden que a súa preocupación/depresión/ansiedade en relación á enfermidade do seu familiar é “moita” (37.1 % - 41.8% en mulleres fronte ao 19.5%- 32.9% en homes), sendo moi marcada a diferenza cando se trata dunha enfermidade mental.

Na táboa 45 móstranse os resultados da carga obxectiva e subxectiva dos trastornos mentais desagregados en tres categorías diagnósticas. Independentemente do diagnóstico psiquiátrico a carga é maior en mulleres que en homes; elas prestan máis apoio e compañía aos seus familiares doentes e consideran que a súa vida social está moi limitada, mentres que as porcentaxes de carga económica son algo máis elevados nos homes que nas mulleres.

Táboa 42: Características sociodemográficas de cuidadores de familiares con enfermidade mental, con problemas físicos crónicos e de familiares con ambos tipos de trastornos (n; % (IC95%))*

Características	Só Tr. mentais (n=294; 9.6%)	Só enf. físicas crónicas (N=779; 24.4%)	Ambos (mental+físicas) (N=265; 8.1%)
<i>Sexo</i>			
Home	124; 45.5 (40.5-50.6)	320; 42.7 (39.9-45.5)	103; 43.3 (38.8-47.8)
Muller	170; 54.5 (49.4-59.5)	459; 57.3 (54.5-60.1)	162; 56.7 (52.2-61.2)
<i>Idade</i>			
18-35	64; 23.7 (19.9-27.5)	117; 19.7 (17.9-21.6)	40; 18.7 (13.3-24.2)
36-65	157; 55.6 (51.1-60.1)	448; 56.3 (53.7-58.9)	175; 65.4 (60-70.7)
Máis de 65	73; 20.7 (16.6-24.8)	214; 24 (21.6-26.3)	50; 15.9 (12.7-19.2)
<i>Estado civil</i>			
Casado/ parella de feito	193; 64.2 (59.3-69)	540; 67 (64.5-69.4)	198; 74.4 (70.8-77.9)
Sep/ div ou viuvo	36; 12 (8.5-15.5)	108; 12.9 (10.9-14.9)	26; 8.7 (6.8-10.5)
Solteiro	65; 23.8 (19.8-27.8)	131; 20.2 (17.9-22.4)	41; 17 (13.3-20.6)
<i>Tamaño rede familiar</i>			
Ningunha	-	-	-
Unha	3; 1.1 (0.6-1.6)	14; 1.9 (1.2-2.5)	2; 0.6 (0-1.5)
Dous	20; 7.3 (5-9.6)	34; 5.5 (4.4-6.5)	17; 6.3 (3.4-9.2)
Tres ou máis	271; 91.6 (89.3-94)	731; 92.7 (91.5-93.9)	246; 93.1 (90.1-96.1)
<i>Zona de habitat</i>			
Rural	134; 40.8 (35.9-45.8)	316; 36.8 (33.7-40)	99; 34.1 (28.1-40.1)
Urbano	160; 59.2 (54.2-64.1)	463; 63.2 (60-66.3)	166; 65.9 (59.9-71.9)
<i>Territorio</i>			
Interior	145; 45.7 (3-39.7)	390; 47.3 (2.5-42.5)	118; 40.5 (4.2-32.1)
Costa	149; 54.3 (3-48.4)	389; 52.7 (2.5-47.8)	147; 59.5 (4.2-51.1)

*n: sen ponderar; % e IC95% ponderados

Táboa 43: Carga obxectiva asociada a coidados de familiares de primeiro grao con enfermidade mental, físicas e ambas (mental e física) graves (n; % IC95%)***

	Mental (n=294; 9.6%)		Física (N=779; 24.4%)		Ambas (mental+físicas) (N=265; 8.1%)	
	Home	Muller	Home	Muller	Home	Muller
Axuda en actividades básicas*						
Si	4; 5.6 (0.9-10.3)	14; 15.4 (10.2-20.6)	29; 21.3 (16.8-25.9)	72; 27.5 (23.5-31.5)	10; 13.4 (5.3-21.6)	32; 30.2 (22-38.3)
Non	64; 94.4 (89.7-99.1)	95; 84.6 (79.4-89.8)	123; 78.7 (74.1-83.2)	187; 72.5 (68.5-76.5)	54; 86.6 (78.4-94.7)	78; 69.8 (61.7-78)
Axuda noutras tarefas*						
Si	20; 29.8 (21.5-38.2)	36; 34.7 (28.6-40.8)	68; 47.6 (41.2-53.9)	111; 42.5 (37.3-47.6)	29; 43.8 (32.9-54.8)	62; 56.6 (46.6-66.7)
Non	48; 70.2 (61.8-78.5)	73; 65.3 (59.2-71.4)	84; 52.4 (46.1-58.8)	148; 57.5 (52.4-62.7)	35; 56.2 (45.2-67.1)	48; 43.4 (33.3-53.4)
Compañía e apoio*						
Si	26; 35.2 (27.3-43)	58; 55.6 (47.8-63.4)	55; 39 (31.6-46.3)	120; 45.6 (41.1-50.1)	21; 32.5 (22.7-42.2)	63; 56.2 (47.3-65.1)
Non	42; 64.8 (57-72.7)	51; 44.4 (36.6-52.2)	97; 61 (53.7-68.4)	138; 54 (49.1-58.9)	43; 67.5 (57.8-77.3)	47; 43.8 (34.9-52.7)
Horas semanais de dedicación (N=; Mean; SD)	(n=24; 9.8; 2.4)	(n=53; 21.6; 2.7)	(n=78; 16.4; 2.5)	(n=142; 21.9; 2.1)	(n=28; 26.3; 7)	(n=68; 30; 5.6)
Carga económica*						
Si	8; 10.9 (7.7-14)	9; 8.2 (3.5-13)	18; 10.9 (7.1-14.6)	22; 6.9 (4.7-9.2)	8; 11.4 (3.7-19.1)	14; 11.8 (7.5-16.2)
Non	60; 89.1 (86-92.3)	100; 91.8 (87-96.5)	134; 89.1 (85.4-92.9)	237; 93.1 (90.8-95.3)	56; 88.6 (80.9-96.3)	95; 88.2 (83.8-92.5)
Custo promedio mensual (N=; Mean; SD)**	(n=7; 317.8; 116.3)	(n=7; 149.3; 30.6)	(n=12; 461.1; 104.2)	(n=14; 282.2; 41.6)	(n=4; 1037.1; 671.1)	(n=9; 1631; 1015.4)
Limitación de tempo libre*						
Moito	39; 28.4 (22.9-34)	66; 38.6 (33.1-44.1)	84; 24.4 (21.2-27.6)	177; 35.2 (31.1-39.4)	35; 33.7 (26.7-40.6)	76; 44.9 (37.7-52.1)
Regular	29; 23.3 (16.9-29.7)	43; 23 (17.6-28.4)	68; 20.9 (17.5-24.3)	82; 19.2 (16.5-22)	29; 30.2 (22.8-37.6)	34; 22.1 (15.1-29.2)
Pouco	33; 29.1 (21.1-37.2)	32; 18.9 (14-23.8)	90; 28.7 (25.3-32.1)	127; 28.4 (25-31.8)	30; 29.3 (23.4-35.2)	43; 26.4 (21.3-31.5)
Nada	23; 19.2 (14.1-24.3)	29; 19.5 (13.7-25.3)	78; 26 (22-30.1)	73; 17.1 (13.7-20.5)	9; 6.8 (3.6-10)	9; 6.6 (4.3-8.9)

* Estas preguntas contéstana aqueles entrevistados que son "coidadores" e cuxa limitación de tempo libre é "moito" ou "regular" (n=762); coidadores de trastornos mentais con limitación do tempo moito ou regular, n=177; coidadores de trastornos físicos con limitación do tempo moito ou regular, n=411; coidadores de trastornos mentais+físicos con limitación do tempo moito ou regular, n=174.

** O custo promedio dos problemas familiares decláranos aquelas persoas que consideraron carga económica=SI. ***n: sen ponderar; % e IC95% ponderados

Táboa 44: Carga psicolóxica asociada á prestación de coidados a familiares de primeiro grao con enfermidades graves (mental, física ou ambas) (n; % (IC95%))***

	Mentais (n=177; 60%)		Físicas (N=411; 53%)		Ambas (mental+físicas) (N=174; 66%)	
	Home	Muller	Home	Muller	Home	Muller
Sentimento de vergoña/apuro						
Si	68; 51.7 (44.1-59.2)	109; 61.6 (55.7-67.5)	152; 45.2 (41.6-48.9)	259; 54.5 (50.3-58.7)	64; 63.9 (57.3-70.4)	109; 66.8 (61.4-72.3)
Moito	2; 2.5 (0-5.9)	3; 2.1 (0-4.2)	1; 0.5 (0.4-0.5)	1; 0.4 (0-1.3)	1; 1.9 (0-5.5)	2; 1.9 (0.3-3.5)
Regular	2; 4.2 (0.8-7.6)	6; 5.1 (3.2-7.1)	3; 1.7 (0.1-3.2)	2; 1 (0.9-1.1)	4; 5.2 (1-9.5)	3; 2.6 (0-5.7)
Pouco	5; 5.7 (2.4-9)	6; 5.9 (2.8-8.9)	11; 6.6 (4.8-8.5)	7; 3.4 (1.9-4.8)	4; 4.5 (0-9.1)	9; 8.8 (3.9-13.7)
Nada	59; 87.6 (82.3-92.9)	94; 86.9 (83.4-90.4)	137; 91.2 (88.8-93.7)	249; 95.2 (93.5-96.9)	55; 88.4 (81.5-95.3)	95; 86.7 (81.2-92.1)
Preocupación/ depresión/ ansiedade						
Si	68; 51.7 (44.1-59.2)	109; 61.6 (55.7-67.5)	151; 45.1 (41.5-48.7)	259; 54.5 (50.3-58.7)	64; 63.9 (57.3-70.4)	109; 66.8 (61.4-72.3)
Moito	16; 19.5 (13.5-25.6)	44; 37.1 (29.2-45)	50; 31.6 (25.3-37.8)	101; 39 (33.5-44.4)	22; 32.9 (22.7-43)	49; 41.8 (30.9-52.7)
Regular	20; 32.3 (25.7-39)	34; 32.3 (26.3-38.2)	35; 25.3 (18.4-32.1)	64; 25.5 (20.4-30.6)	20; 35.8 (24.3-47.2)	27; 27.7 (18.1-37.4)
Pouco	15; 21.4 (13.9-28.9)	17; 19.8 (13.2-26.4)	39; 25.5 (19.4-31.5)	47; 18.6 (15.5-21.7)	16; 23.3 (16.6-30.1)	21; 19.4 (12.7-26.1)
Nada	17; 26.8 (18.2-35.3)	14; 10.9 (6.6-15.2)	27; 17.7 (12.6-22.7)	47; 16.9 (13.3-20.6)	6; 8 (2-14.1)	11; 11.1 (7.1-15)

Estas preguntas contéstana aqueles entrevistados que son "coidadores" e cuxa limitación de tempo libre é "moito" ou "regular"; coidadores de trastornos mentais con limitación do tempo moito ou regular, n=177 (177/294=60%); coidadores de trastornos físicos con limitación do tempo moito ou regular, n=411 (411/779=53%); coidadores de trastornos mentais+físicos con limitación do tempo moito ou regular, n=174 (174/295=66%).***n: sen ponderar; % e IC95% ponderados

Táboa 45: Carga e trastornos mentais segundo diagnostico

	Depresión (n=384; 11.9%)		Ansiedade (n=186; 5.7%)		Esquizofrenia/Psicose (n=41; 1.2%)	
	Home n=155; 43.4 %	Muller n=229; 56.6 %	Home n=68; 40 %	Muller n=118; 60 %	Home n=15; 40.1 %	Muller n=26; 59.9 %
Axuda en actividades básicas						
Si	10; 8.6 (3.7-13.6)	26; 19.7 (13.7-25.7)	5; 10.1 (2.9-17.2)	14; 19.4 (11.3-27.4)	4; 35.7 (10.1-61.2)	4; 21.7 (5.6-37.8)
Non	86; 91.4 (86.4-96.3)	124; 80.3 (74.3-86.3)	37; 89.9 (82.8-97.1)	65; 80.6 (72.6-88.7)	7; 64.3 (38.8-89.9)	15; 78.3 (62.2-94.4)
Axuda noutras tarefas						
Si	33; 32.9 (26.2-39.6)	60; 41.1 (34-48.2)	22; 54.7(43.3-66.2)	34; 44.2 (34-54.4)	5; 44.6 (20.5-68.7)	9; 48.2 (30.9-65.5)
Non	63; 67.1 (60.4-73.8)	90; 58.9 (51.8-66)	20; 45.3 (33.8-56.7)	45; 55.8 (45.6-66)	6; 55.4 (31.3-79.5)	10; 51.8 (34.5-69.1)
Compañía e apoio						
Si	37; 36.8 (29.6-44)	81; 56.1 (48.9-63.4)	18; 38.4 (27.1-49.6)	50; 68.1 (61.2-75)	5; 49.5 (25.9-73.2)	9; 55.4 (37.7-73.1)
Non	59; 63.2 (56-70.4)	69; 43.9 (36.6-51.1)	24; 61.6 (50.4-72.9)	29; 31.9 (25-38.8)	6; 50.5 (26.8-74.1)	10; 44.6 (26.9-62.3)
Horas semanais de dedicación (N=; Mean; SD)						
	(n=40; 20; 5.2)	(n=83; 21.6; 1.7)	(n=22; 30.5; 9.2)	(n=48; 29.2; 6.5)	(n=2; 9; 0)	(n=9; 55.7; 12.2)
Carga económica						
Si	13; 12.1 (7.7-16.5)	15; 10.4 (6.5-14.3)	7; 17.8 (9.2-26.4)	9; 11.8 (4.7-18.8)	2; 18.7 (0-37.9)	2; 8.3 (0-19)
Non	83; 87.9 (83.5-92.3)	134; 89.1 (85.2-93.1)	35; 82.2 (73.6-90.8)	69; 87.4 (80.1-94.6)	9; 81.3 (62.1-100)	16; 87.8 (75.4-100)
Limitación de tempo libre						
Moito	55; 34.8 (29.3-40.3)	93; 38.5 (34-43.1)	26; 38.3 (29.8-46.8)	50; 42.5 (35.3-49.7)	8; 44.8 (28.3-61.3)	15; 58.9 (49.1-68.8)
Regular	41; 27.4 (21.3-33.6)	57; 25.8 (20.7-30.8)	16; 23.6 (14-33.2)	29; 22.8 (15.3-30.3)	3; 21 (14.7-27.3)	4; 13.3 (5.5-21.1)
Pouco	39; 26.9 (21.2-32.6)	53; 23.3 (19.1-27.5)	19; 28 (20.2-35.9)	30; 26.4 (19.6-33.2)	4; 34.2 (24-44.4)	5; 21.1 (13.4-28.9)
Nada	20; 10.9 (7.4-14.4)	26; 12.4 (8.9-15.8)	7; 10.1 (4.7-15.5)	9; 8.3 (3-13.6)	-	2; 6.6 (5-8.3)

Táboa 45: (Cont.)

Sentimento de vergoña/apuro

Si	96; 62.2 (56-68.4)	149; 64 (59.6-68.4)	42; 61.9 (53-70.8)	78; 64.7 (57.7-71.7)	11; 65.8 (55.6-76)	18; 69.4 (59.7-79)
Moito	1; 1.3 (0-3.8)	1; 0.6 (0-1.7)	1; 2.9 (0-8.6)	-	1; 10.9 (0-30.7)	1; 6.7 (4.5-8.9)
Regular	3; 2.5 (0-5.1)	5; 2.8 (0.6-5)	2; 4.2 (0-9.5)	4; 4.9 (0.9-9)	2; 19.1 (0-40.7)	2; 7.2 (1.5-12.9)
Pouco	8; 6.5 (2.6-10.4)	8; 5.9 (2.2-9.7)	3; 5 (0.9-9.1)	6; 7.9 (2.5-13.3)	2; 12.9 (2.4-23.5)	2; 12.7 (0-26.7)
Nada	84; 89.7 (84.8-94.7)	135; 90.2 (85.8-94.7)	36; 87.9 (79.4-96.3)	68; 86.3 (79.6-92.9)	6; 57.1 (33.6-80.6)	13; 69.5 (54.2-84.7)

*Preocupación/ Depresión/
Ansiedade*

Si	96; 62.2 (56-68.4)	148; 63.6 (59.2-68)	42; 61.9 (53-70.8)	78; 64.7 (57.7-71.7)	11; 65.8 (55.6-76)	18; 69.4 (59.7-79)
Moito	26; 23.9 (17.3-30.4)	59; 35.1 (28.7-41.6)	11; 24.4 (14.2-34.5)	30; 33.1 (23.4-42.9)	5; 40.2 (18.3-62.1)	7; 35.7 (22.7-48.6)
Regular	30; 37.8 (29.6-46)	42; 30 (24-36)	15; 34.6 (23.9-45.3)	20; 23.7 (15-32.3)	3; 23.3 (0-47.2)	5; 23.8 (7.9-39.8)
Pouco	25; 24.7 (18.4-30.9)	29; 22.5 (16.5-28.6)	13; 31 (21.1-41)	17; 29.2 (19.9-38.5)	2; 18.2 (0-37.3)	6; 36.6 (19.3-53.8)
Nada	15; 13.7 (9.2-18.2)	18; 11.2 (7.4-15.1)	3; 10 (0-22.1)	11; 13.1 (8.1-18.1)	1; 18.3 (10-26.7)	-

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

7.1. Prevalencia de trastornos mentais en Galicia

Segundo os datos obtidos no presente estudo, o 21.6% da poboación adulta de Galicia presentou ao longo da súa vida un trastorno mental (incluíndo un trastorno afectivo, ansioso ou de uso de substancias), sendo a prevalencia no último ano de 7.4%. No estudo ESEMeD obtivéronse cifras lixeiramente superiores. A prevalencia vida foi de 19.4% e 8.5% para prevalencia ano (4). A metodoloxía utilizada no devandito estudo foi a mesma que a usada no estudo de Galicia, polo que os datos son comparables.

En canto aos trastornos específicos, na mostra de Galicia obtívose unha prevalencia vida de 9.9% de trastornos afectivos, 5.7% de trastornos de ansiedade, e 10.5% de uso de substancias. No estudo ESEMeD, estas cifras foron lixeiramente superiores: 11.5% para os trastornos do estado de ánimo, 9.4% para os de ansiedade e 3.6% para o trastorno por consumo de alcohol.

En conxunto o presente estudo ofrece unhas prevalencias de trastornos mentais en Galicia lixeiramente inferiores ao conxunto de ESEMeD España, cunha importante excepción; en Galicia é maior a prevalencia de trastornos relacionados co consumo de alcohol: tanto para abuso de alcohol (PV 9.5% versus 3.55%, PA 1.60% versus 0.69%), como para aependencia de alcohol (PV 0.8% vs 0.57%, PA 0.2% vs 0.10%).

Tal como se demostrou amplamente na literatura⁴ existen diferenzas de xénero en canto á prevalencia dos trastornos mentais. As mulleres teñen máis risco de sufrir un trastorno afectivo ou de ansiedade, mentres que nos homes son máis frecuentes os trastornos de abuso de substancias. Resultados similares obtivéronse no estudo ESEMeD (5). Estas diferenzas poderían

4

http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf

deberse á combinación de varios factores biolóxicos, xenéticos e psicosociais. Por exemplo, en mulleres tense especulado sobre o rol hormonal que podería incrementar a susceptibilidade á depresión ou á maior exposición a eventos estresantes ou traumáticos⁵.

En canto ao consumo de substancias, pénsase que os homes teñen máis oportunidades de consumir drogas que as mulleres, aínda que tanto os homes como as mulleres que se inician no consumo teñen a mesma probabilidade de progresar cara á adicción. Parece que as mulleres teñen máis risco de presentar adicción a medicación para tratar a ansiedade ou o insomnio, mentres que os homes presentan máis trastornos relacionados co consumo de alcohol e marihuana (22).

En canto á idade, obsérvase que os trastornos por uso de substancias son máis comúns entre os mozos, mentres que a prevalencia diminúe a medida que aumenta a idade, sendo moi baixa entre as persoas maiores de 65 anos. En cambio, a prevalencia dos trastornos afectivos mantense estable, cunha maior proporción en idades intermedias (grupo de 36 a 65 anos). Isto coincide cos estudos que indican que a idade de aparición do primeiro episodio depresivo sitúase en torno aos 32 anos⁶. Con todo, a prevalencia tanto en adultos novos como en persoas maiores non é nada desprezable, tendo en conta ademais a discapacidade asociada a ela (23). A depresión en persoas maiores, por exemplo, asóciase a maiores niveles de discapacidade, maior uso de servizos, maiores taxas de hospitalización e a maior risco de desenvolver posteriormente unha demencia (24).

⁵http://www2.nami.org/Content/NavigationMenu/Mental_Illnesses/Women_and_Depression/womenanddepression.pdf

⁶<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

7.2. Comorbilidade en poboación con patoloxía mental

Comorbilidade entre padecer un trastorno mental e padecer un trastorno por consumo de substancias

Os resultados do presente estudo demostran unha prevalencia de trastorno por consumo de substancias entre aquelas persoas que padeceron un trastorno do estado de ánimo do 15.2% e 11.9% en persoas que presentaron un trastorno de ansiedade. Na mostra total, a fobia social foi o trastorno mental cunha prevalencia máis alta de trastorno por consumo de substancias (19.6%), seguido da agorafobia (16.4%).

Tanto en homes como en mulleres, a maior comorbilidade do trastorno por consumo de substancias atópase na fobia social. A comorbilidade é maior tamén no grupo de persoas novas con trastornos mentais, diminuíndo no resto de grupos (36-65 e máis de 65 anos).

A comorbilidade dos TMC con trastorno por uso de substancias foi amplamente analizada en multitude de estudos poboacionais realizados en diversos países. A revisión confirma a elevada prevalencia de trastornos por consumo de substancias entre as persoas que padeceron algún trastorno mental ao longo da súa vida. Así, nos dous grandes estudos epidemiolóxicos realizados en Estados Unidos, o *Epidemiologic Catchment Area Study* e o *National Comorbidity Study*, así como no *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* atópanse prevalencias de 56%, 46% e 54% respectivamente (25), similares ás achadas no presente estudo. No marco do *International Consortium in Psychiatric Epidemiology* confirmouse tamén a asociación significativa entre os trastornos mentais comúns e os trastornos por consumo de substancias nas poboacións xerais de Estados Unidos, México, Alemaña, Holanda e Canadá (26). Esta asociación mantense tanto para os trastornos do humor como de ansiedade.

Con todo, mentres que en termos xerais se pode afirmar que esta asociación replicouse en diversos estudos e países, cando se trata de analizar

a relación específica entre cada un dos diagnósticos incluídos na categoría de trastornos mentais comúns con cada un dos trastornos por uso de substancias, a variedade de combinacións é tan grande que dificilmente se poden atopar estudos replicados. Por unha banda está a depresión maior, a distimia, o trastorno de ansiedade xeneralizada, a fobia social, a agorafobia e o trastorno de angustia; por outra banda os trastornos por consumo de alcohol, cannabis e outras drogas cos seus diferentes graos de uso, abuso e dependencia, e á súa vez segundo a prevalencia-vida e a prevalencia de 12 meses e finalmente se o trastorno base para o cálculo da comorbilidade é o TMC ou o trastorno por consumo de substancias. A este panorama atomizado engádese a gran diversidade de instrumentos e de criterios de diagnóstico empregados. Todo iso constitúe un panorama de investigación con multitude de achados non replicados e tamén algunhas lagoas. Para esta revisión ímonos centrar en estudos poboacionais de ámbito nacional nos que o diagnóstico sexa establecido mediante entrevista diagnóstica seguindo criterios internacionais, preferiblemente a CIDI, e tomando como trastorno índice ou base o TMC, na medida do posible.

É importante aclarar que as drogas obxecto de consumo son moi variadas e de consecuencias na saúde pública moi diferentes e con todo case todos os estudos poboacionais sobre drogas céntranse exclusivamente no consumo de cannabis, ignorando o resto de substancias, xa que a súa baixísima prevalencia requiriría tamaños de mostra moi grandes para poder detectar unha asociación significativa con intervalos de confianza razoables. Polo tanto aquí referirémonos case soamente á prevalencia do trastorno por consumo de cannabis.

A revisión bibliográfica indica que a asociación do trastorno por consumo de cannabis cos trastornos de ansiedade é estatisticamente significativa pero polo xeral a prevalencia é algo menor que a atopada no presente estudo, tal como o confirma a única meta-análise recentemente publicada sobre este tema (27).

A revisión bibliográfica confirma a asociación entre os trastornos de ansiedade e os trastornos por consumo de drogas, especialmente no caso da

fobia social, pero a intensidade das asociacións con outros trastornos específicos de ansiedade varía duns estudos a outros. Así, mentres que os achados obtidos no *National Comorbidity Survey Replication* mostran unha asociación entre moderada e forte de todos e cada un dos trastornos de ansiedade e o abuso/dependencia de drogas, especialmente coa fobia social (28), no *Oregon Adolescent Depression Project* comprobouse que aínda que as prevalencias do consumo de cannabis eran elevadas en todos os trastornos de ansiedade, a asociación soamente alcanzou nivel de significación estatística no caso da fobia social (29) e no *Mental Health Xeral Population Survey* os trastornos por consumo de substancias asociáronse significativamente a todos os diagnósticos específicos de ansiedade, particularmente ao trastorno por estres postraumático, que non foi obxecto deste estudo, e ao trastorno de pánico (30). Finalmente, no *National Comorbidity Study* a prevalencia-vida de trastorno por consumo de cánnabis entre as persoas que padeceran un trastorno mental foi moi elevada nos trastornos de ansiedade, especialmente no caso da fobia social, alcanzando o 29% pero non no caso do trastorno por ansiedade xeneralizada, o que se corresponde soamente en parte cos resultados do presente estudo (31). Por outra banda, a asociación repetidamente demostrada en estudos previos entre o trastorno por consumo de cannabis e o trastorno de pánico (32) tamén se confirma, no presente estudo, aínda que cunha taxa moi baixa.

Nos primeiros estudos sobre a prevalencia de trastorno por consumo de alcohol ao longo da vida en persoas diagnosticadas de trastorno de ansiedade xeneralizada, fobia social, agorafobia ou trastorno de angustia atopáronse taxas próximas ás taxas de prevalencia na poboación xeral (33). Con todo posteriormente constatouse repetidas veces a existencia dunha prevalencia moito maior (34–36), aínda que a distribución das taxas entre os distintos diagnósticos específicos do trastorno de ansiedade varía notablemente duns estudos a outros tal como vimos que ocorre tamén no caso das drogas.

No *Mental Health in Xeral Population survey*, executado na poboación xeral de sete países, atopouse unha prevalencia elevada de trastorno por dependencia do alcohol na fobia social, no trastorno de pánico e na agorafobia,

especialmente neste último caso, pero non no trastorno por ansiedade xeneralizada (30). Con todo no *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* a metade das persoas co diagnóstico de fobia social ao longo da vida cumpriron criterios para o diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol (37) e noutra análise do mesmo estudo atopouse que o trastorno por ansiedade xeneralizada non se asociou ao abuso do alcohol pero si á dependencia (38). No *Oregon Adolescent Depression Project* a asociación foi estatisticamente significativa na fobia social e o trastorno de pánico (29), nun estudo poboacional en Ontario (39) e no *National Comorbidity Survey Replication* todos os diagnósticos de ansiedade presentaron unha elevada comorbilidade co abuso e a dependencia do alcohol, incluíndo o trastorno por ansiedade xeneralizada, aínda que en menor grado (28).

No *International Consortium in Psychiatric Epidemiology* constatouse unha asociación significativa de intensidade moderada do trastorno por dependencia de substancias entre os trastornos do humor, en todos os países nos que se realizou a enquisa (26). No estudo *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, un dos poucos nos que se especifica a relación entre trastornos por consumo de diversas substancias (tranquilizantes, alucinóxenos, opiáceos e cannabinoides) coa depresión maior e a distimia por separado, atopouse unha prevalencia de trastornos por uso de substancias elevada entre os trastornos de ansiedade e do humor, pero lixeiramente máis elevada no segundo caso e máis na depresión maior que na distimia (40), coincidindo cos resultados deste estudo. Con todo, nun estudo de seguimento dunha cohorte poboacional de 2,000 adolescentes e adultos novos seguidos ao longo de 5 anos non se atopou asociación significativa coa depresión, aínda que si cos trastornos de ansiedade (41).

Nunha revisión sistemática atopouse unha asociación leve pero significativa entre os trastornos do humor e o trastorno por consumo de marihuana, tomando como patoloxía índice calquera dos dous trastornos (42). No *International Consortium In Psychiatric Epidemiology* as taxas de comorbilidade do trastorno por consumo de substancias cos trastornos do humor foi tan elevada como cos trastornos de ansiedade nos sete países nos

que se efectuou a enquisa (26). Recentemente no estudo realizado en África coa CIDI tamén se confirmou esta asociación (43).

A elevada prevalencia do trastorno por abuso/dependencia do alcohol entre as persoas que padeceron un trastorno do humor ao longo da vida foi confirmada nos estudos norteamericanos *Epidemiologic Catchment Area survey* (44) e *National Comorbidity Survey* (45) e no *Epidemiologic Study* de Porto Rico (46). A forza da asociación varía de intensidade en diferentes estudos, pero case sempre se sitúa entre lixeira e moderada (35). Nunha meta-análise de 35 estudos atopouse que unha de cada tres persoas diagnosticadas de depresión maior padeceran ao longo da súa vida un trastorno por consumo de alcohol (47).

Encontramos que as taxas de prevalencia dos trastornos por substancias entre os TMC superan de 10 a 15 veces as súas taxas na poboación xeral, tanto en xeral como na distribución por sexo e por intervalos de idade. Esta maior prevalencia foi constatada en estudos poboacionais en España utilizando a mesma metodoloxía que no presente estudo (48,49).

En resumo: 1) os trastornos por consumo de substancias presentan unhas taxas de prevalencia vida e de prevalencia ano de entre os TMC varias veces superiores ás da poboación xeral; 2) a prevalencia de trastornos por consumo de alcohol é moi superior á prevalencia de trastornos por consumo de drogas e en ambos casos tamén superior á taxa en poboación xeral; 3) As prevalencias máis altas de trastornos por consumo de alcohol danse na fobia social e na agorafobia e as máis altas de trastorno por consumo de drogas, no trastorno por ansiedade xeneralizada; 4) os homes presentan comorbilidade con trastorno de substancias máis frecuentemente que as mulleres; 5) o trastorno por consumo de drogas dáse máis entre os mozos e o trastorno por consumo de alcohol na idade media da vida; 6) con algunhas excepcións, estes resultados son compatibles cos achados de estudos previos.

Comorbilidade entre sufrir un trastorno mental e patoloxía somática crónica

As taxas de prevalencia de trastornos somáticos tanto na prevalencia vida como na prevalencia ano son lixeiramente máis elevadas na poboación con patoloxía mental que na poboación sa; as persoas que presentan ou presentaron un trastorno depresivo, trastorno por consumo de substancias ou (especialmente) un trastorno de ansiedade, presentan unha maior prevalencia de molestias ou trastornos somáticos (dores de cabeza e doutro tipo, enfermidade pulmonar crónica, enfermidades cardíaca, asma...). Esta asociación mantense ao mesmo nivel no caso de concorrencia de tres ou máis trastornos somáticos. A tuberculose e a enfermidade pulmonar crónica presentan unha frecuencia maior nos trastornos por consumo de substancias e os tumores malignos nos trastornos do humor.

Estes achados recórdannos a interacción constante entre os dous extremos do binomio psique-soma, e teñen implicacións asistenciais, especialmente no nivel primario de saúde e na chamada medicina psicosomática de hospital.

Non é fácil atopar nestas táboas un patrón de relación claro e comprensible na distribución de prevalencias dos problemas somáticos nos TMC. Posiblemente o sexo, e sobre todo a idade, xogan un papel de factores de confusión que conviría controlar mediante unha análise multivariante.

A revisión da literatura confirma de forma abafadora que a comorbilidade entre trastornos mentais comúns e somáticos é a regra máis que a excepción. No *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) cerca do 70% das persoas diagnosticadas de TMC padecían un ou máis trastornos somáticos⁷, cifra superior pero no rango da atopada no presente estudo. Na enquisa *World Mental Health Survey* realizada coa CIDI en 17 países constátase que a prevalencia de todos e cada un dos trastornos somáticos crónicos en poboación afecta de TMC é maior que na poboación xeral independentemente da afiliación étnica ou cultural das mostras estudadas (50). Outros estudos poboacionais confirmaron a relación significativa e independente dunha gran

⁷ http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2011/rwjf69438/subassets/rwjf69438_1

variedade de trastornos somáticos cos trastornos mentais comúns (51–53). Esta relación constatouse tanto cos trastornos de ansiedade (40,54,55) e cos trastornos depresivos (50,56).

Tomados en conxunto os trastornos somáticos son máis frecuentes nas persoas diagnosticadas de trastorno de ansiedade, algo menos no caso dos trastornos do humor e aínda menos nos trastornos por consumo de substancias. Ata hai pouco unha boa parte da bibliografía sobre a frecuencia das enfermidades somáticas nos trastornos mentais comúns centrábase case exclusivamente na comorbilidade dos trastornos do humor cos trastornos cardiovasculares (56,57). Con todo, estudos epidemiolóxicos máis recentes mostraron que os trastornos de ansiedade presentan comorbilidade somática con igual ou maior frecuencia que os trastornos do humor, particularmente cos trastornos que se acompañan de dor (54,58) e máis co trastorno de ansiedade xeneralizada que con outros trastornos de ansiedade (59).

Por grupos de patoloxía os problemas asociados á dor (dor cervical, de costas ou de cabeza) destacan pola súa maior prevalencia cos trastornos de ansiedade. A prevalencia de grupos de trastornos somáticos asociados á dor crónica tales como a xaqueca, a artrose e a dor de costas presenta unha taxa significativamente máis alta entre as persoas que foron diagnosticadas dun TMC que na poboación xeral segundo se comprobou repetidas veces en distintos países (58,60,61).

As taxas máis altas individuais de prevalencia corresponden aos problemas cervicais ou de costas, ás dores de cabeza frecuentes ou moi fortes, á presión alta e ás alerxias estacionais, tanto en poboación sa como en poboación con patoloxía mental. Ningún trastorno somático individual destaca por presentar unha asociación positiva ou negativa destacada con algún trastorno mental concreto, excepto a dor de cabeza que aparece máis frecuentemente nos trastornos do humor e de ansiedade.

A prevalencia de grupos de trastornos somáticos asociados á dor crónica tales como a xaqueca, a artrose e a dor de costas presenta unha taxa significativamente máis alta entre as persoas que foron diagnosticadas dun TMC que na poboación xeral segundo se comprobou repetidas veces en

distintos países (58,61,62). Nunha análise do estudo ESEMED-España atopouse unha asociación entre a dor dorsal e cervical crónica e os trastornos de ansiedade e do humor (63).

Separadamente da comorbilidade do grupo de trastornos somáticos asociados á dor cos trastornos comúns, outros trastornos somáticos individuais foron tamén obxecto de atención, aínda que a maioría foron estudados en mostras clínicas. No entanto non faltan os estudos poboacionais que constaten esta asociación. Así a asma atopouse asociada coa depresión, particularmente os síntomas matutinos, o espertar cunha crise e a disnea (64–66); a xaqueca asociouse a varios trastornos psiquiátricos (67), entre outros a depresión maior (68), e a cada un dos trastornos de ansiedade (69); o insomnio atopouse asociado significativamente á depresión maior e aos trastornos de ansiedade; a hipertensión atopouse asociada aos trastornos de ansiedade nun estudo poboacional en Sudáfrica (70); os trastornos cardiovasculares, particularmente a isquemia coronaria coa depresión (71); nunha revisión sistemática atopouse unha relación case de solapamento entre os trastornos do humor, de ansiedade e somatoformes e o colon irritable (72).

En resumo: 1) Os problemas somáticos crónicos preséntanse nas persoas diagnosticadas de TMC con máis frecuencia que na poboación xeral, aínda que menos do que se atopou en estudos previos; 2) A súa prevalencia non aumenta linealmente co número de trastornos comórbidos tal como se describiu noutros estudos; 3) A prevalencia é maior nos trastornos de ansiedade, menor nos trastornos do humor e aínda menor nos trastornos por consumo de substancias, pero non é posible describir un patrón claro de relación.

7.3. Trastornos sublimiars en depresión e ansiedade xeneralizada

Detéctase unha elevada prevalencia de trastornos sublimiars de tipo depresivo (6.3%) e ansioso (4%) fronte á prevalencia dos casos que cumpren os respectivos criterios diagnósticos (9.4% e 2.4%, respectivamente). As prevalencias do trastorno sublimiar da depresión e a ansiedade xeneralizada son maiores no grupo de xoves, e obsérvanse tanto en homes como en mulleres.

Este fenómeno é común, e así o demostran estudos previos. Por exemplo, atopouse que tres cuartas partes dos adultos que necesitan tratamento debido a preocupacións excesivas cumprían todos os criterios para diagnóstico DSM-IV de ansiedade xeneralizada excepto un, recibindo o diagnóstico de trastorno de ansiedade non especificado (73). Outros estudos que valoraron a aplicación de criterios menos restritivos para o diagnóstico de ansiedade xeneralizada, por exemplo baixar a duración de 6 meses a 3 meses ou un mes (74–76), ou omitindo o criterio de ansiedade excesiva ou a dificultade para controlar as preocupacións (76), tiveron pouco impacto en canto ás características demográficas e clínicas dos casos. Todo iso indica que a aplicación estrita dos criterios diagnósticos de ansiedade xeneralizada e de depresión podería deixar fóra a unha parte importante da poboación que presente tamén deterioro funcional e que sexa fenotípicamente similar a aquelas persoas que cumpren todos os criterios.

Estes datos poñen de manifesto a natureza dimensional dos trastornos mentais e cuestionan a utilidade de puntos de corte usados polos sistemas categoriais actuais.

Necesítase máis investigación epidemiolóxica, clínica e de campo para dilucidar o fenómeno e as súas implicacións asistenciais.

7.4. Ideación, plan e intento suicida

O 4.3% da poboación tivo algunha vez ideas suicidas, o 1.3% realizou un plan suicida e o 1.2% levou a cabo algún intento de suicidio. Estes datos resultan comparables cos obtidos no estudo ESEMeD-España onde a prevalencia vida de ideas suicidas, plans e intentos de suicidio foi do 4.4%, 1.4% e 1.5%, respectivamente (77). Outros estudos locais en España reportaron unha prevalencia de ideación suicida nas últimas dúas semanas do 2.3% (78), mentres que un estudo na illa de Formentera indicou unha proporción de 6.5% para ideación suicida nas últimas semanas (79). Estudos máis recentes, como o estudo COURAGE, levado a cabo nunha mostra representativa de persoas adultas non institucionalizadas, atoparon prevalencias lixeiramente inferiores de ideación suicida cunha prevalencia vida de 3.7% e 0.9% para a prevalencia 12 meses (80).

Unha das variables sociodemográficas que máis consistentemente se asocia coa ideación suicida, os plans de suicidio e o intento de suicidio é o estado civil da persoa. Estar solteiro, fronte a estar casado, aumenta o risco de ideación, plan e intentos suicidas. Outros estudos previos atoparon que as persoas que non están casadas ou convivindo en parella teñen máis risco de experimentar algún evento suicida, sobre todo en mulleres novas (81). Este maior risco en persoas solteiras ou sen parella podería deberse ao sentimento de soidade. Estudos previos demostraron que o estar solteiro ou ter poucos amigos, así como o sentimento de soidade, son predictores de ideación suicida e intentos de suicidio (82).

A zona xeográfica inflúe no risco de ideación suicida; as persoas que viven no interior teñen máis risco que as que viven na costa, así como as persoas que viven no medio urbano. Ser maior aumenta o risco de ter un intento de suicidio, en comparación coas persoas novas. Observouse con anterioridade que as persoas maiores teñen máis risco de morrer por suicidio⁸, e podería deberse ao feito de que poidan ter unha maior intención suicida

⁸ Instituto Nacional de Estadística, 2011. Defuncións segundo a causa de morte 2011.

cando cometen o suicidio (83,84) e usar métodos máis letais (85,86). Tamén podería deberse ao feito de presentar maior fragilidade, o que faría máis difícil sobrevivir aos intentos de suicidio (87).

Os trastornos mentais que aumentan o risco de ideación suicida son: depresión maior, distimia, trastorno de ansiedade xeneralizada, fobia social, trastorno de angustia e abuso de drogas. As persoas que padeceron agorafobia, un trastorno de angustia, dependencia de alcohol ou abuso de drogas teñen maior risco de ter un intento de suicidio. A agorafobia, dependencia de alcohol e abuso de droga son os trastornos con maior risco asociado a intentos de suicidio. Estes datos coinciden coa literatura previa (88), que indica que os factores que máis se asocian coa ideación suicida e os intentos en todos os grupos de idade son a depresión e os trastornos de ansiedade. O abuso de alcohol, en cambio, asóciase a ideación suicida principalmente en persoas novas (80).

7.5 Cribado da deterioración cognoscitiva en maiores de 65 anos

Utilizando un punto de corte de 23/24 para establecer un diagnóstico probable da deterioración cognitiva obtense unha prevalencia de 42.99% na mostra total de máisde 65 anos, usando o MMSE, 16% según o MEC30 e 32% se se ten en conta o MEC35. Obsérvase tamén que, independentemente da versión do Mini-Mental, a prevalencia da deterioración cognitiva é maior nas mulleres que nos homes.

Utilizando un punto de corte de 23/24 no MMSE nunha mostra representativa de persoas maiores de 75 en Reino Unido, a prevalencia da deterioración cognitiva foi de 18.3 % (89). Os mesmo autores atoparon que as mulleres tiñan máis risco que os homes de presentar deterioración cognitiva.

O cribado da deterioración cognoscitiva en poboación de idade avanzada ofreceu valores similares a estudos epidemiolóxicos previos realizados en Galicia (19), polo que a estima provisional da deterioración cognoscitiva severa se mantería en torno ao 8% dos devanditos estudos, pendente da realización dun estudo específico do grao de discapacidade e das características sociodemográficos destes suxeitos.

7.6 Cribado de psicose

Aplicando neste estudo os criterios utilizados no estudo ESEMeD España, un 8.2% da poboación considérase “probable caso” de presentar algún trastorno psicótico.

Para determinar a prevalencia de psicose con criterios clínicos sería preciso realizar unha entrevista clínica diagnóstica aos suxeitos seleccionados no cribado, a segunda fase do estudo epidemiolóxico que estaba previsto levarse a cabo no deseño orixinal do estudo. A falta da realización da mencionada segunda fase do estudo, cabe comentar que no estudo ESEMeD-Cataluña utilizouse a entrevista SCID-I mediante entrevista telefónica (90). O resultado foi que a partir dunha prevalencia do 11.8% de posible caso (CIDI) estimouse a prevalencia dalgún trastorno psicótico entre 0.85 e 2.37%, e especificamente a prevalencia de esquizofrenia, entre 0.48% e 1.58%.

7.7 Factores de risco sociodemográficos de padecer un trastorno mental

O sexo e o estado civil son as variables sociodemográficas que de forma máis consistente se asocian ao risco de padecer unha enfermidade mental, tanto se se considera a prevalencia vida como os últimos doce meses.

O risco de padecer un trastorno mental ao longo da vida resulta ser lixeiramente superior no varón, e lixeiramente superior na muller se se consideran os últimos doce meses.

As **mulleres** teñen un maior risco de padecer trastornos do estado de ánimo e de ansiedade, ao longo da vida e nos últimos doce meses, mentres que os **varóns** teñen un maior risco de padecer trastornos relacionados co uso de substancias.

Tamén de forma absolutamente consistente as persoas **solteiras ou que estiveron casadas** (que incluíría persoas divorciadas, solteiras ou viúvas) presentan un maior risco de padecer un trastorno mental ao longo da vida e durante o último ano.

A **idade** ten unha influencia no risco máis matizada. En principio as persoas maiores teñen un menor risco de padecer algún tipo de trastorno mental, xa sexa ao longo da vida ou durante o último ano. Ao diferenciar as tres síndromes psiquiátricas, mantense a tendencia para as síndromes de ansiedade e, especialmente, para os trastornos polo uso de substancias; pero desaparece para os trastornos do humor.

Nin o tamaño do municipio nin a demarcación xeográfica costa-interior inflúen no risco de presentar un trastorno mental.

As referidas influencias do sexo e o estado civil sobre no risco de padecer unha enfermidade mental son achados clásicos dos estudos epidemiolóxicos de campo.

A influencia da idade require unha particular cautela. O factor “protector” da idade para padecer un trastorno mental, especialmente para o grupo de maior idade, coincide coas investigacións epidemiolóxicas inauguradas no estudo ECA co instrumento DIS, precursor da CIDI. É preciso un breve comentario metodolóxico. Criticouse que resulta paradoxal no caso da esperanza vida, xa que as persoas que viviron moitos máis anos refiren padecer menos enfermidades mentais que os que viviron menos anos. Isto obrigaría a invocar un desmesurado efecto cohorte para explicar unha menor prevalencia de trastornos mentais na idade avanzada. No caso da esperanza ano, é preciso sinalar que se ten cuestionado ata que punto pode estar influído por un sistema de clasificación de enfermidades e diagnóstico epidemiolóxico que ata a data non tivo en conta as características do modo de enfermar da poboación de idade avanzada (91). O efecto do esquecemento de situacións vitais estresantes moi afastadas no tempo, e os propios procesos de deterioro cognitivo das persoas maiores poderían contribuír a enmascarar episodios de enfermidade acaecidos moito tempo atrás. A iso contribuírían tamén o menor grao de concienciación social sobre a enfermidade mental e a menor dispoñibilidade de servizos sanitarios en épocas pasadas.

Asemade, no presente estudo non se incluíu na definición de caso psiquiátrico a síndrome de deterioración cognoscitiva – demencia, que tería engrosado o número de casos entre as persoas maiores. E se consideramos a síndrome máis frecuente na idade avanzada, observamos que no presente estudo non permite afirmar que as persoas maiores presentan un menor risco de presentar trastornos do humor.

Se analizamos a polémica desde a perspectiva das necesidades de servizos, non poden utilizarse estudos epidemiolóxicos con esta metodoloxía de definición de caso para negar as necesidades de atención psicoxerátrica específicas e crecente nunha sociedade cada vez máis avellentada. As necesidades asistenciais non só veñen determinadas pola prevalencia senón por outros moitos factores, entre eles a complexidade e gravidade dos trastornos (véxase o capítulo de análise da gravidade que describe unha maior gravidade asociada á idade).

7.8 Gravidade dos trastornos de saúde mental

A gravidade dos trastornos mentais avalíase neste estudo a través da psicopatoloxía e a discapacidade que ocasiona.

Do total de suxeitos que presentaron un trastorno mental nos últimos doce meses, un de cada catro casos era grave, un 11% eran casos moderados e case un 64% foron casos leves.

A gravidade afecta por igual a homes e mulleres, pero aumenta progresivamente coa idade. Unha de cada tres **persoas maiores** presenta un trastorno mental grave; a metade dos casos son graves ou moderados. Este achado epidemiolóxico resulta coherente coa habitual maior complexidade dos trastornos psioxerítricos tratados no contexto clínico asistencial.

No *WMH survey*, usando os mesmos criterios para clasificar os casos como leves, moderados ou severos, reportáronse prevalencias similares nos diferentes países ás achadas no presente estudo. As proporcións de trastornos mentais graves variaron entre o 0.4% en Nixeria e 7.7% en USA; entre 0.5% en Nixeria e 9.4% en USA para trastornos moderados, e do 1.8% (Shangai) ao 9.7% (Francia) para casos leves (92). No mesmo estudo atopouse que a severidade do trastorno mental asociábase de xeito significativo en todos os países co feito de recibir tratamento; atopouse que do 35.5% ao 50.3% de casos graves en países desenvolvidos e do 76.3% ao 85.4% en países en vías de desenvolvemento non recibiran tratamento nos 12 meses previos á entrevista.

7.9 Uso de servizos sanitarios

En España a sanidade está descentralizada e transferida ás comunidades autónomas, polo que o número e calidade dos servizos de saúde non son homoxéneos no noso país. Un primeiro paso para poder redeseñar os sistemas de atención en saúde mental e para mellorar a asignación de recursos é contar con documentación sobre os servizos utilizados así como da extensión e natureza das necesidades de tratamento non cubertas da poboación específica á que vai dirixida.

En xeral, os resultados do presente estudo indican que entre a poboación galega entrevistada que refire un trastorno mental no último ano, aproximadamente un de cada tres persoas (34%) utiliza os servizos de saúde. Esta proporción é maior nos trastornos afectivos que nos trastornos de ansiedade. Case a metade das persoas (42%) cun trastorno psiquiátrico grave e 3 de cada catro de gravidade moderada, non utilizaron ningún servizo sanitario, nin especializado nin de atención primaria, durante o último ano.

Entre os usuarios de servizos, os profesionais de primaria son en xeral máis consultados que os psiquiatras.

Estes patróns de uso son consistentes cos observados no proxecto ESEMeD (93). No entanto existen diferenzas entre as estimacións detectadas que poden ser explicadas por unha serie de factores que determinan o acceso, entre eles, a dispoñibilidade de servizos de saúde mental pero tamén factores culturais e o grao de coordinación entre atención primaria e especializada (94).

7.10 Carga familiar asociada a problemas de saúde graves en familiares de primeiro grao

A maior esperanza de vida e a maior supervivencia en condicións de discapacidade ao longo dos anos, incrementan a demanda de cuidados informais, recaendo na súa maioría na familia, sen ningún tipo de compensación. A limitación no recambio de cuidadores informais polas tendencias socio-demográficas (embarazos en idades máis tardías, familias máis reducidas, divorcios, maior número de mulleres no mercado laboral e menos convivencia inter-xeracional) (95, 96) así como os cambios nas políticas sanitarias (redución de camas hospitalarias para problemas físicos crónicos, a desinstitucionalización psiquiátrica e a escalada do gasto sanitario), son factores que incrementan a demanda de cuidados informais (97).

A literatura científica define como carga familiar os efectos e consecuencias de prestar cuidados a un familiar que sofre un trastorno físico ou mental crónico, considerando un conxunto de problemas físicos, psicolóxicos ou emocionais, sociais e financeiros, que se suscitan aos membros dunha familia que deben coidar a un familiar que sofre unha enfermidade grave. A maioría das publicacións dispoñibles que abordan a análise da carga familiar céntranse en determinados problemas de saúde, como a demencia, os ictus cerebrais ou a esquizofrenia, polo que nesta memoria utilizaremos como referencia o recente estudo da OMS (98) ao tratarse dun estudo epidemiolóxico que utiliza o mesmo instrumento de medida que o utilizado neste proxecto, describe a prevalencia dos cuidados familiares a parentes próximos con enfermidades físicas ou mentais e analiza a carga familiar nun amplo espectro de problemas de saúde física e mental.

O 42.1% das persoas entrevistadas no noso estudo prestan cuidados informais a un familiar con algún tipo de enfermidade grave. Os resultados do estudo da OMS (98), realizado con mostras representativas de 19 países, entre eles España, a prevalencia estimada para os cuidadores de familiares de primeiro grado con problemas de saúde graves asócianse de forma inversa á

capacidade produtiva dos países, oscilando entre do 18.9 e o 40.3%, o que supón unha media inferior á estimada na poboación galega (98).

O número de cuidadores de familiares cun problema de saúde física grave foi maior (24.4%) que o dos cuidadores de familiares cun trastorno mental grave (9.6%), o que é coherente cos resultados do estudo da OMS, estimado entre o 15.2% - 30.6% para os problemas de saúde físicos e entre o 6.3% ao 19% para os problemas mentais en función do nivel de desenvolvemento económico do país (98). Tendo en conta que as enfermidades físicas, no seu conxunto, son máis frecuentes que as enfermidades mentais, parece lóxico que a prevalencia de familiares cuidadores de persoas cun trastorno mental sexa menor que no caso das físicas, o que non quere dicir que sexan de menor importancia nos seus efectos individuais. Ao ter contabilizado de forma independente os 265 (8.1%) que responden prestar cuidados a familiares coas dúas categorías de problemas graves de saúde (física e mental), trae como consecuencia que a prevalencia estimada de cuidadores de persoas con algún trastorno mental é maior que a arriba mencionada.

As mulleres tenden a coidar máis ao seu familiar doente que os homes, independentemente de se se trata dunha enfermidade mental, física ou de ambas. Este aspecto é frecuente en culturas onde a muller tradicionalmente foi a responsable do coidado de nenos, anciáns, enfermos e discapacitados, polo que se desprende que o tema dos cuidados ten importantes aspectos de xénero. É recomendable que os deseños de novos estudos sobre a carga de cuidados informais non só se centre na familia, senón que se contemplen aspectos de xénero en todas as análises así como tamén nos programas e políticas sanitarias.

A idade dos cuidadores sitúase na maioría dos casos entre os 35 e 65 anos, pero tamén cunha porcentaxe importante de cuidadores maiores de 65 anos. Tendo en conta as tendencias socio-demográficas e das políticas sanitarias, é esperable que a carga dos cuidados crónicos vaia crescendo, recaendo nestes cuidadores, que eles mesmos van envellecendo, moi vulnerables á carga do coidado e moi restrinxidos economicamente (99).

A case totalidade dos cuidadores contan cunha rede familiar de tres ou máis membros. Debe subliñarse o feito de que case a metade dos cuidadores de enfermos mentais graves vive no medio rural, o cal supón un desafío para a provisión de servizos e alivio da carga destes cuidadores.

Malia a metodoloxía conservadora á hora de avaliar a carga do cuidador, este dedica máis ou menos 21.5 horas á semana, cifra de novo moi superior ao estimado no estudo da OMS (13.9 h) (98).

As mulleres dedican máis horas por semana ao coidado destes pacientes, e refiren unha maior sobrecarga que os homes; estes en cambio refiren unha maior carga económica. Segundo os resultados do mencionado estudo recente, os gastos familiares ou ingresos perdidos, investidos nos coidados informais están relacionados co nivel de desenvolvemento económico da zona, é dicir, canto menor é o seu desenvolvemento, maior é a carga económica familiar. A carga económica detectada neste estudo, por gastos relacionados co coidado ou por unha redución de ingresos para dedicarse ao coidado suxire que cos recursos e as axudas públicas non sempre quedan cubertos (98).

O maior impacto da carga subxectiva en mulleres que en homes xa se detectou en estudos previos con mostras específicas, o que tradicionalmente se atribuiu ao maior número de horas dedicadas ao coidado. Pero tamén é posible que outros aspectos como a falta de equidade de xénero (menor taxa de emprego, maior probabilidades de gañar menos cos mesmos traballos, diferente distribución de tarefas, crianza de fillos) (100) poida explicar estas diferenzas tan marcadas no malestar psicolóxico relacionado co coidado.

Chama a atención a alta porcentaxe de cuidadores que responde “nada” á pregunta en relación a se “a enfermidade do seu familiar lle causou algún sentimentos de apuro ou vergoña”, tanto no caso de enfermidades físicas como en mentais, así como cando estas últimas están desagregadas por diagnóstico como cando están colapsados nunha soa categoría. No entanto, a magnitude no grao de apuro/vergoña non só está condicionado pola natureza da enfermidade e dos síntomas que leva, senón que tamén está condicionado pola cultura local, onde en determinadas zonas a resposta social esperada cara

á persoa cun trastorno mental é que debe ser capaz de controlar os seus síntomas e sen axuda (101,102). Tendo en conta que un 41% dos cuidadores de familiares de enfermos mentais graves habitan no medio rural e que nun pasado recente, a poboación rural campesiña galega era a que presentaba actitudes máis conservadoras e represivas respecto da enfermidade mental e o seu tratamento (103), sería posible que estes cuidadores non queiran desvelar abertamente os sentimentos negativos que lle xera a enfermidade do seu familiar.

Os nosos resultados deben de interpretarse no contexto dalgunhas limitacións. As persoas coa maior carga poden ter tido unha menor probabilidade de participar no estudo dada a maior demanda do seu tempo, nese caso os nosos resultados serían conservadores. Tendo en conta que restrinximos a mostra a familiares de pacientes de primeiro grao cun problema grave de saúde, deixamos fóra a un número de cuidadores indeterminado ao analizar a carga global de cuidados. Finalmente, dado que este aspecto forma parte dun proxecto máis amplo cuxo obxectivo é estimar a prevalencia de trastornos mentais, non nos permitiu explorar outros aspectos significativos da carga asociada ao cuidado como o impacto na calidade de vida da persoa que exerce como cuidador principal, nin tampouco o papel do apoio social como amortiguador do estrés.

Mentres que a reorientación dos servizos cara a modelos de cuidados comunitarios ten un valor positivo desde a perspectiva da integración social e da económica (aforro en profesionais e recursos económicos), en cambio existen consecuencias negativas que hai que considerar, xa que poden alterar de forma moi significativa o funcionamento diario dos propios cuidadores, o que implicaría un peor pronóstico e un maior custo institucional, como se vén suxerindo nalgúns estudos (104). En época de crise económica onde os recortes en sanidade, en recursos socio-sanitarios e nas axudas á dependencia se reduciron drasticamente en España, o sistema pode resultar insostible nun futuro. Para poder manter un sistema de cuidados informais, onde a familia é un alicerce fundamental para o sostemento do sistema sanitario, precísase do desenvolvemento de recursos para cubrir as necesidades das persoas con

problemas de saúde graves e as súas familias e desenvolver intervencións eficaces capaces de reducir o efecto da carga relacionados cos cuidados familiares e que esta carga sexa máis equitativa entre mulleres e homes.

8. RESUMO EXECUTIVO

1. O 21.6% dos adultos galegos que viven nos seus domicilios experimentaron algún trastorno mental ao longo da súa vida e o 7.4% durante o último ano.
2. A frecuencia dos grandes grupos de trastornos psiquiátricos (que son os máis comúns) son:
 - 2.1. Prevalencia vida (PV): en primeiro lugar os trastornos relacionados co uso de substancias (10.5%), seguidos dos trastornos do estado de ánimo (9.9%) e a considerable distancia os trastornos de ansiedade (5.7%).
 - 2.2. Prevalencia ano (PA): os trastornos do estado de ánimo e trastornos de ansiedade teñen unhas prevalencias similares (3.7% e 3.1%) mentres que os trastornos relacionados con substancias presentan unha prevalencia menor (1.7%).
 - 2.3. Se se consideran os trastornos específicos cabe subliñar pola súa magnitude e relevancia clínica o episodio depresivo maior (PV 9.4%, PA 3.6%) e o abuso de alcohol (PV 9.5% e PA 1.6%).
3. A prevalencia-vida é algo maior en homes que en mulleres (23.1 vs 20.2%); mentres que na prevalencia-ano é superior nas mulleres (6.3% vs 8.4%).
 - 3.1. Pero se se observan as grandes síndromes e os trastornos concretos, vemos que soamente os trastornos relacionados co uso de substancias predominan nos varóns, e son estes trastornos, moi particularmente o abuso de alcohol, os que inclinan a balanza cara ao sexo masculino na prevalencia vida.

- 3.2. Pola contra, todos os demais trastornos psiquiátricos predominan no sexo feminino, xa se considere a prevalencia vida ou ano.
4. Para a maioría dos trastornos, especialmente os relacionados co consumo de substancias, a prevalencia alcanza o máximo no grupo xuvenil e descende coa **idade**.
 - 4.1. Un importante grupo de trastornos depresivos, a distimia, segue a tendencia contraria, alcanzando o máximo na idade avanzada.
5. As persoas que presentaron algún trastorno mental ao longo da vida tamén presentaron en moito maior grao un trastorno por consumo de substancias (**comorbilidade**).
6. Existe unha discreta tendencia a que as persoas con patoloxía mental durante o último ano presenten maior prevalencia de patoloxía **somática**.
7. Existe unha importante prevalencia de trastornos **sublimiars** de depresión e ansiedade que non alcanzan os criterios diagnósticos dos investigadores pero que poden cursar con malestar subxectivo e necesidade de atención sanitaria.
8. Os tres compoñentes da **conduta suicida**, intentos, plans e pensamentos relacionadas co suicidio, presentan o seguinte gradiente de prevalencia-vida: 4.3% “pensaron algunha vez seriamente en suicidarse”, 1.3% “realizaron algunha vez un plan para suicidarse” e o 1.2% “intentaron algunha vez suicidarse”.
 - 8.1. Pensamentos, plans e intentos suicidas son máis frecuentes nas mulleres.
 - 8.2. Os intentos suicidas predominan na idade xuvenil e na idade avanzada.
 - 8.3. As persoas solteiras e as que xa estiveron casadas son as que levaron a cabo máis intentos suicidas.
 - 8.4. As persoas do medio rural realizaron máis intentos suicidas.

- 8.5. O factor de risco máis importante de intento de suicidio é padecer algunha enfermidade mental, especialmente para dependencia ao alcohol, agorafobia e abuso de drogas.
9. Un de cada 4 casos con trastorno mental son graves; dous de cada tres son graves ou moderados, similar para homes e mulleres.
 - 9.1. A gravidade varía co tipo de trastorno, predominan nos trastornos do estado de ánimo (42.2%).
 - 9.2. A gravidade aumenta coa idade, excepto para os trastornos por consumo de substancias.
10. Unha de cada catro persoas que sufriran algún trastorno mental nos últimos 12 meses **contactou con algún servizo sanitario** durante o devandito período.
 - 10.1. Os grupos de trastornos que teñen demandado máis axuda foron os trastornos depresivos e os que presentaban máis dun trastorno psiquiátrico; en ambos os casos, máis do 50% dos afectados.
 - 10.2. Os participantes afectos dun trastorno por calquera uso de substancias foron os que fixeron menor uso de servizos, 7.2%.
 - 10.3. Os homes utilizan máis os servizos cando a patoloxía é grave e as mulleres cando é leve ou moderada.
 - 10.4. Porcentaxes elevadas de persoas cun trastorno psiquiátrico grave ou moderado non utilizaron ningún servizo sanitario, nin atención primaria nin especializada, durante o último ano (43.6% e 72.7%, respectivamente). A porcentaxe elévase aínda máis para os trastornos polo uso de substancias.

9. COMENTARIOS FINAIS

Os trastornos neuropsiquiátricos son a principal causa de discapacidade en todo o mundo, ocasionando o 37% dos anos saudables perdidos por enfermidades, e dentro deles, os trastornos depresivos ocupan o primeiro lugar de discapacidade (105).

Nunha primeira lectura dos resultados o presente estudo confirma os datos de prevalencia do estudo ESEMeD en España, achegando unha maior potencia estatística para novas análises na Comunidade galega.

Desde unha perspectiva de xestión sanitaria, os resultados de maior aplicación directa probablemente son os relativos ao uso de servizos.

Respecto diso resulta preocupante que o 43.6% de trastornos mentais graves, sobre todo depresivos (42.5%), non acudan a ningún servizo sanitario no último ano. Esta porcentaxe de non uso é maior que o detectado en poboación española do proxecto ESEMeD para o estudo do uso de servizos en depresións maiores (30.8%) (106). Lamentablemente non podemos identificar factores específicos que expliquen estas diferenzas. No entanto, a literatura recolle diferentes factores relacionados co uso de servizos, entre os que se inclúen factores que predispoñen á procura de axuda, factores relacionados co tipo e cantidade de servizos dispoñibles e accesibles no sistema sanitario e factores relacionados coa atención dos profesionais e a súa habilidade para prover dunha adecuada resposta á necesidade de tratamento (107,108). A falta de recoñecemento e de ausencia de tratamento dos trastornos depresivos é frecuente, malia ser recoñecida como unha prioridade de saúde pública, dada a súa alta prevalencia e ser a primeira causa de discapacidade (109).

Estes resultados confirman a percepción dos profesionais da saúde mental da nosa comunidade de que son necesarios esforzos de planificación para destinar máis recursos en saúde mental así como ampliar a capacitación dos profesionais de atención primaria para que identifiquen e manexen mellor os trastornos depresivos e en xeral o resto de trastornos mentais.

O presente estudo inscríbese nunha liña de investigación en epidemioloxía psiquiátrica consolidada, liderada polo departamento de psiquiatría da Universidade de Santiago de Compostela, con tres décadas de presenza na Comunidade galega. O estudo de saúde mental en persoas maiores supuxo nos anos 90 un salto cualitativo incorporando a metodoloxía das entrevistas diagnósticas DIS, recentemente desenvolvida para o estudo ECA, traducido e adaptado á realidade galega. O presente estudo supón un novo salto cualitativo, ao utilizar a versión máis actual da dita liña de instrumentos, a CIDI e toda a metodoloxía dos estudos do consorcio *World Mental Health Surveys* (WMHS). Isto permite de entrada a comparación cos resultados publicados españois e europeos do recente proxecto ESEMeD e cos de máis estudos levados a cabo en todo o mundo, obviando as diferenzas metodolóxicas que frecuentemente dificultan a comparación de estudos epidemiolóxicos.

Pero, ademais, aínda se cadra máis interesante é que abre as portas á colaboración directa na explotación de resultados co grupo da Universidade de Harvard que lidera o proxecto mediante o correspondente convenio de investigación co devandito grupo, o que potenciará enormemente a capacidade de explotación de resultados e a súa visibilidade.

Santiago de Compostela, xullo 2015

10. BIBLIOGRAFÍA

10. 1 REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Informe sobre la salud en el mundo 2001 salud mental: Nuevos conocimientos. Nuevas esperanzas. Geneva; 2001.
2. Susser E, S S, Morabia A, Bromet E. Psychiatric epidemiology: searching for the causes of mental disorders. Oxford: Oxford University Press; 2006.
3. Kessler RC, Ustün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. 2004 Jan [cited 2014 Dec 11];13(2):93–121. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15297906>
4. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc) [Internet]. Elsevier; 2006 Apr 1 [cited 2015 Jul 28];126(12):445–51. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324>
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl [Internet]. 2004 Jan [cited 2015 May 27];(420):21–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128384>
6. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1981 Apr [cited 2015 Jul 28];38(4):381–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6260053>
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2001.

8. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
9. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2006 Jan [cited 2015 Jan 23];15(4):167–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17266013>
10. WHO. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. 2014. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
11. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
12. Reijneveld SA, Stronks K. The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2001 Dec [cited 2015 Jul 28];30(6):1407–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11821355>
13. Reijneveld SA. The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2000 Mar 1 [cited 2015 Jul 28];53(3):267–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10760636>
14. Fan VS, Au D, Heagerty P, Deyo RA, McDonnell MB, Fihn SD. Validation of case-mix measures derived from self-reports of diagnoses and health. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2002 Apr [cited 2015 Jul 28];55(4):371–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11927205>
15. Evaluation of National Health Interview Survey diagnostic reporting. *Vital Health Stat 2* [Internet]. 1994 Feb [cited 2015 Jul 28];(120):1–116. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8135024>
16. Lenderink AF, Zoer I, van der Molen HF, Spreeuwiers D, Frings-Dresen MHW, van Dijk FJH. Review on the validity of self-report to assess work-related diseases. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Jul 28];85(3):229–51. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3299958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J*

- Psychiatr Res [Internet]. 1975 Nov [cited 2014 Jul 9];12(3):189–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>
18. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, et al. [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 1999 Jun 5 [cited 2015 Jul 28];112(20):767–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10422057>
 19. Sheehan D. *The Anxiety Disease*. New York: Charles Scribner and Sons; 1983.
 20. NIDA NOTES - Gender Differences in Drug Abuse Risks and Treatment [Internet]. [cited 2015 Jul 30]. Available from: http://archives.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol15N4/Tearoff.html
 21. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Jul 14];10(11):e1001547. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3818162&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 22. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2005 Jan 6 [cited 2015 Feb 2];365(9475):1961–70. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673605666652/fulltext>
 23. De Graaf R, Bijl R V, Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2002 Apr [cited 2015 Jul 30];159(4):620–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11925301>
 24. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 30];23(6):893–907. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9801724>
 25. Kedzior KK, Laeber LT. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population--a meta-analysis of 31 studies. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Jul 30];14:136. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4032500&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

26. Marmorstein NR. Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Jun 19];26(1):88–94. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3254857&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
27. Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small JW, Schlauch RC, Lewinsohn PM. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2008 Feb [cited 2015 Jul 1];42(3):230–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2254175&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
28. Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the “Mental Health in General Population” survey (MHGP). *Eur Psychiatry* [Internet]. 2011 Sep [cited 2015 Jul 30];26(6):339–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20430592>
29. Agosti V, Nunes E, Levin F. Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2002 Nov [cited 2015 Jul 30];28(4):643–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12492261>
30. Zvolensky MJ, Lewinsohn P, Bernstein A, Schmidt NB, Buckner JD, Seeley J, et al. Prospective associations between cannabis use, abuse, and dependence and panic attacks and disorder. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2008 Oct [cited 2015 Jul 30];42(12):1017–23. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2600535&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
31. Schuckit MA, Hesselbrock V. Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *Am J Psychiatry* [Internet]. 1994 Dec [cited 2015 Jul 30];151(12):1723–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7977877>
32. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1994 May [cited 2015 Jun 29];51(5):355–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8179459>
33. Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry* [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 30];39(4):176–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9675501>

34. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman ATF, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* [Internet]. 2011 Jun [cited 2015 Jun 19];131(1-3):233–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21247636>
35. Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, Heimberg RG, Liu S-M, Grant BF, et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* [Internet]. 2010 Jun [cited 2015 Jul 30];40(6):977–88. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2917264&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Grant BF, Hasin DS, Blanco C, Stinson FS, Chou SP, Goldstein RB, et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2005 Nov [cited 2015 Jul 30];66(11):1351–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16420070>
37. Gratzter D, Levitan RD, Sheldon T, Toneatto T, Rector NA, Goering P. Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or comorbid depression/anxiety: a community survey of Ontario. *J Affect Disord* [Internet]. 2004 Apr [cited 2015 Jun 19];79(1-3):209–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15023496>
38. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2006 Mar [cited 2015 Jul 30];67(2):247–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16566620>
39. Degenhardt L, Coffey C, Romaniuk H, Swift W, Carlin JB, Hall WD, et al. The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Jul 30];108(1):124–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22775447>
40. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction* [Internet]. 2003 Nov [cited 2015 Mar 20];98(11):1493–504. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14616175>
41. Saban A, Flisher AJ, Grimsrud A, Morojele N, London L, Williams DR, et al. The association between substance use and common mental disorders in young adults: results from the South African Stress and

- Health (SASH) Survey. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Jul 30];17 Suppl 1:11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3946226&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
42. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* [Internet]. 1990 Nov 21 [cited 2015 Jul 30];264(19):2511–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232018>
43. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1997 Apr [cited 2015 Jul 30];54(4):313–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9107147>
44. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1987 Aug [cited 2015 Jul 30];44(8):727–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3498456>
45. Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *Am J Med* [Internet]. 2005 Apr [cited 2015 May 15];118(4):330–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808128>
46. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [Internet]. 2004 Jan [cited 2015 Jul 30];(420):28–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128385>
47. Autonell J, Vila F, Pinto-Meza A, Vilagut G, Codony M, Almansa J, et al. [One year prevalence of mental disorders comorbidity and associated socio-demographic risk factors in the general population of Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas españolas Psiquiatr* [Internet]. 2007 Sep [cited 2015 Jul 30];35 Suppl 2:4–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264864>
48. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, Ormel J, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord* [Internet]. 2007 Nov [cited 2015 Jul 30];103(1-3):113–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17292480>

-
49. Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Kotowicz MA, Berk M, Girardi P, et al. Physical comorbidities in men with mood and anxiety disorders: a population-based study. *BMC Med* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Jul 30];11:110. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3648485&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
50. Coelho FM da C, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PV da S, Garcias CMM, Silva CV da. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Jul 30];25(1):59–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19180287>
51. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WAM, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2005 Jun [cited 2015 Jul 30];111(6):436–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15877710>
52. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJG, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. Elsevier; 2008 Jan 5 [cited 2015 Jul 30];30(3):208–25. Available from: <http://www.ghpjournals.com/article/S0163834307002599/fulltext>
53. Härter MC, Conway KP, Merikangas KR. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2003 Dec [cited 2015 Jul 30];253(6):313–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14714121>
54. Evans DL, Charney DS. Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2003 Aug 1 [cited 2015 Jul 30];54(3):177–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893090>
55. Manica ALL, Leães CGS, Frey BN, Juruena MF. The role of depression in coronary artery disease. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; 1999 Aug [cited 2015 Jul 30];73(2):237–50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1999000800012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
56. McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain* [Internet]. 2004 Sep [cited 2015 Jul 30];111(1-2):77–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15327811>
57. Beesdo K, Hoyer J, Jacobi F, Low NCP, Höfler M, Wittchen H-U. Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: evidence for diagnostic specificity. *J Anxiety Disord* [Internet].

- 2009 Jun [cited 2015 Jul 30];23(5):684–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19278819>
58. Andrews G, Slade T, Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2002 Oct [cited 2015 Jul 30];181:306–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12356657>
59. Gureje O, Von Korff M, Kola L, Demyttenaere K, He Y, Posada-Villa J, et al. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* [Internet]. 2008 Mar [cited 2015 Jul 30];135(1-2):82–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17570586>
60. Ligthart L, Visscher CM, van Houtem CMHH, Geels LM, Vink JM, de Jongh A, et al. Comorbidity among multiple pain symptoms and anxious depression in a Dutch population sample. *J Pain* [Internet]. 2014 Sep [cited 2015 Jul 30];15(9):945–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24981129>
61. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Codony M, Reneses B, von Korff M, Haro JM, et al. [Prevalence and physical-mental comorbidity of chronic back and neck pain in Spain: results from the ESEMeD Study]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2006 Sep 9 [cited 2015 Jul 30];127(9):325–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16987451>
62. Goldney RD, Ruffin R, Fisher LJ, Wilson DH. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *Med J Aust* [Internet]. 2003 May 5 [cited 2015 Jul 30];178(9):437–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12720509>
63. Von Behren J, Kreutzer R, Hernandez A. Self-reported asthma prevalence in adults in California. *J Asthma* [Internet]. 2002 Aug [cited 2015 Jul 30];39(5):429–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12214897>
64. Rimington LD, Davies DH, Lowe D, Pearson MG. Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax* [Internet]. 2001 Apr [cited 2015 Jul 30];56(4):266–71. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1746028&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
65. Wang S-J, Chen P-K, Fuh J-L. Comorbidities of migraine. *Front Neurol* [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Jun 15];1:16. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3008936&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

-
66. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KMA. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* [Internet]. 2003 Apr 22 [cited 2015 Jul 5];60(8):1308–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12707434>
67. Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1990 Sep [cited 2015 Jul 30];47(9):849–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2393343>
68. Grimsrud A, Stein DJ, Seedat S, Williams D, Myer L. The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. *PLoS One* [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Jul 30];4(5):e5552. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2678252&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
69. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2003 Aug 1 [cited 2015 Jul 30];54(3):227–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893099>
70. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* [Internet]. 2002 Apr [cited 2015 Jul 8];122(4):1140–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11910364>
71. Lawrence AE, Brown TA. Differentiating generalized anxiety disorder from anxiety disorder not otherwise specified. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2009 Dec [cited 2015 Jul 30];197(12):879–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20010022>
72. Hoyer J, Becker ES, Margraf J. Generalized anxiety disorder and clinical worry episodes in young women. *Psychol Med* [Internet]. 2002 Oct [cited 2015 Jul 30];32(7):1227–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12420892>
73. Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, Roy-Byrne P, Stang PD, Stein DJ, et al. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* [Internet]. 2005 Jul [cited 2015 May 26];35(7):1073–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045073>
74. Andrews G, Hobbs MJ. The effect of the draft DSM-5 criteria for GAD on prevalence and severity. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2010 Sep [cited

- 2015 Jul 30];44(9):784–90. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20815664>
75. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. [Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2007 Oct 13 [cited 2015 Jul 30];129(13):494–500. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17980118>
76. Casey P, Dunn G, Kelly BD, Lehtinen V, Dalgard OS, Dowrick C, et al. The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2008 Apr [cited 2015 Jul 30];43(4):299–304. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264810>
77. Gili-Planas M, Roca-Bennasar M, Ferrer-Perez V, Bernardo-Arroyo M. Suicidal ideation, psychiatric disorder, and medical illness in a community epidemiological study. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2001 Jan [cited 2015 Jul 30];31(2):207–13. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11459253>
78. Miret M, Caballero FF, Huerta-Ramírez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord* [Internet]. 2014 Jul [cited 2015 Jul 30];163:1–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24836081>
79. Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ, Salim A, Rodgers B. Baseline factors predictive of serious suicidality at follow-up: findings focussing on age and gender from a community-based study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Jul 30];10:41. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2897780&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
80. Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2001 Jan [cited 2015 Jul 30];31(1):32–40. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11326767>
81. Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2005 Jan [cited 2015 Jul 30];186:60–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15630125>

82. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2010 Sep [cited 2015 Jul 30];18(9):839–47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20220600>
83. Frierson RL. Suicide attempts by the old and the very old. *Arch Intern Med* [Internet]. 1991 Jan [cited 2015 Jul 30];151(1):141–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1985589>
84. Schmidtke A, Sell R, Löhr C. [Epidemiology of suicide in older persons]. *Z Gerontol Geriatr* [Internet]. 2008 Feb [cited 2015 Jun 12];41(1):3–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286322>
85. Eddleston M, Dissanayake M, Sheriff MHR, Warrell DA, Gunnell D. Physical vulnerability and fatal self-harm in the elderly. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2006 Sep [cited 2015 Jul 30];189:278–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1564435&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
86. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* [Internet]. 2007 Aug [cited 2015 Jul 30];101(1-3):27–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17074395>
87. Rait G, Fletcher A, Smeeth L, Brayne C, Stirling S, Nunes M, et al. Prevalence of cognitive impairment: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Age Ageing* [Internet]. 2005 May [cited 2015 Jul 30];34(3):242–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863409>
88. Mateos R, GonzÁLEZ F, Páramo M, García MC, Carollo MC, Rodríguez-López A. The Galicia study of mental health of the Elderly I: general description of methodology. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2000 Nov [cited 2015 Jul 30];9(4):165–73. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/mpr.90>
89. Ochoa S, Haro JM, Torres JV, Pinto-Meza A, Palacín C, Bernal M, et al. What is the relative importance of self reported psychotic symptoms in epidemiological studies? Results from the ESEMeD--Catalonia Study. *Schizophr Res* [Internet]. 2008 Jul [cited 2015 Jun 27];102(1-3):261–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18495432>
90. Tweed D, Blazer D, Ciarlo J. Psychiatric epidemiology in elderly populations. In: Wallace R, Woolson R, editors. *The epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 213–33.

-
91. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* [Internet]. 2004 Jun 2 [cited 2015 Apr 14];291(21):2581. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173149>
 92. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [Internet]. 2004 Jan [cited 2015 Jul 30];(420):47–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128387>
 93. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2007 Sep 8 [cited 2015 Jul 20];370(9590):841–50. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2847360&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 94. Bolin K, Lindgren B, Lundborg P. Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe. *J Health Econ* [Internet]. 2008 May [cited 2015 Jul 4];27(3):718–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18207265>
 95. Lamura G, Mnich E, Nolan M, Wojszel B, Krevers B, Mestheneos L, et al. Family carers' experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EUROFAMCARE study. *Gerontologist* [Internet]. 2008 Dec [cited 2015 Jul 2];48(6):752–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19139249>
 96. Levine C, Halper D, Peist A, Gould DA. Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 31];29(1):116–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20048369>
 97. Viana MC, Gruber MJ, Shahly V, Alhamzawi A, Alonso J, Andrade LH, et al. Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 31];35(2):115–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23904015>
 98. Hickenbottom SL, Fendrick AM, Kutcher JS, Kabeto MU, Katz SJ, Langa KM. A national study of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with stroke. *Neurology* [Internet]. 2002 Jul 25 [cited 2015 Jul 31];58(12):1754–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084872>

-
99. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2006 Jan [cited 2015 Jul 2];61(1):P33–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16399940>
 100. Ahmedani BK, Kubiak SP, Kessler RC, de Graaf R, Alonso J, Bruffaerts R, et al. Embarrassment when illness strikes a close relative: a World Mental Health Survey Consortium Multi-Site Study. *Psychol Med* [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 Jul 31];43(10):2191–202. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4013530&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 101. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2003 Jul [cited 2015 Jul 31];44(2):162–79. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866388>
 102. Rodríguez López A, Mateos Álvarez R, Rodríguez Vázquez M, Franco Martínez G. “Actitudes hacia la enfermedad mental y la psiquitría en Galicia” [Internet]. Documentación social. Caritas Española; 1982 [cited 2015 Jul 31]. p. 139–53. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2729454>
 103. Lauber C, Keller C, Eichenberger A, Rössler W. Family burden during exacerbation of schizophrenia: quantification and determinants of additional costs. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2005 Oct [cited 2015 Jul 31];51(3):259–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16252793>
 104. Lopez A, Colin D, Ezzatti M, Jamison D, Murray C. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York: Oxford University Press and The World Bank; 2006.
 105. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Jul 31];62(2):152–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285093>
 106. Dezetter A, Briffault X, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, de Girolamo G, et al. Factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist providers by ESEMeD respondents in six European countries. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Jul 31];62(2):143–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285092>
 107. Ten Have M, de Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service

use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2010 Mar [cited 2015 Jul 31];45(2):153–63. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2820660&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

108. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2004.

10.2 Publicacións de estudos de epidemioloxía psiquiátrica levados a cabo na Comunidade galega

1. Mateos R, Rodríguez A. Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en la Comunidad Gallega. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1989. ISBN 84-453-0065-2.
2. Rodríguez López A, Mateos R, Mateos MC. Envejecimiento y trastornos cognoscitivos en la Tercera Edad. En: Actas de la XI Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (Oviedo, Noviembre. 1985). Gijón: Ed. Arcano; 1986. p.135-143.
3. Mateos R, Páramo M, Rodríguez A. Epidemiología de los cuadros depresivos de la Tercera Edad en Galicia. En: P.T.D. España: Las Depresiones en el Anciano. Barcelona: Ed. Espaxs; 1990. p. 21-30.
4. Mateos R, Páramo M, Balbás C, Mazaira J, Rodríguez A. Validación de las subescalas de Depresión del GHQ-60 en la Tercera Edad. En: P.T.D. España: Las Depresiones en el Anciano. Barcelona: Ed. Espaxs; 1990. p. 355-361.
5. Mateos R, Rodríguez A. El Alcoholismo en Galicia desde la perspectiva epidemiológico-comunitaria. I Xornadas sobre Alcohol y Alcoholismo en Galicia (Junio, 1989). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1991. p. 37-43.
6. Rodríguez López A, Mateos R, Mazaira J. Consumo de alcohol y conducta de enfermedad en la población gallega de la tercera edad. En: Actas de la II Reunión Nacional de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría. Madrid: Editorial ELA; 1991. p. 221-230.
7. Rodríguez López A, Domínguez MD, Mateos R, Ferreiro MD, Mazaira JA. Suicidio e Saúde Mental. En: Violencia e Saúde Mental. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1992. p. 231-292.

8. Mateos R. Epidemiología Psicogeriátrica: Situación actual en Galicia. En: Salud Mental y Envejecimiento. Actas de las Jornadas Geriátricas sobre Salud Mental. Santiago de Compostela; 1993 (ISBN 84-604-5412-6).
9. Mateos R, Gamborino E, García MC, Carrera I, Páramo M, Rodríguez A. Variables sociodemográficas de riesgo en el consumo del tabaco. En: F. Pulido y A. Sierra (coords.). "La investigación Epidemiológica de las Drogodependencias". Canarias: ICEPSS Eds. S.L.; 1995. p. 143-157.
10. Mateos R, Páramo M, García MC, Carrera I, Rodríguez A. Estudio epidemiológico comunitario del consumo de alcohol y alcoholismo En: F. Pulido y A. Sierra (coords.). "La investigación Epidemiológica de las Drogodependencias". Canarias: ICEPSS Eds. S.L.; 1995. p. 101-111.
11. Mateos R, García MC, Camba MT, Gómez R, Sánchez P, Páramo M, Rodríguez A. Epidemiological, Clinical and Treatment implications of the Demential Syndromes in Galicia (Spain). Cadernos do IPUB (Brasil). 1997;10:133-55.
12. Mateos R, Páramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol Consumption in a Southern European Region (Galicia, Spain). Subst Use Misuse. 2002; 37(14): 1957 - 76.
13. Ferreiro MD, Rodríguez A, Domínguez MD. Adolescentes Gallegos. Indicadores de risco dos comportamentos disociais. Santiago de Compostela: SERGAS. Xunta de Galicia; 1996.
14. Torres A, Domínguez MD, Ferreiro MD, Rodríguez A. Consumo de alcohol y antecedentes psiquiátricos en una muestra de adolescentes. Rev Psiq Inf Juv. 1992; 2-8.
15. Domínguez Santos MD. Adolescencia e Saúde Mental. Maremagnum: (Publicación galega sobre o trastorno do espectro autista. 2002; 6:53-9.
16. Rodríguez A, Domínguez MD, Mateos R, Ferreiro MD, Mazaira J. Suicidio e Saúde Mental. En: Violencia e Saúde mental. Santiago de Compostela: Xutna de Galicia; 1993. p. 231-292.
17. Gómez-Reino I, Ferreiro MD, Domínguez MD, Rodríguez A. Consumo de alcohol en adolescentes. Relación con los niveles de adaptación social y familiar. Psiquis. 1995;16(4):11-20.
18. Rodríguez A, Domínguez MD, Mateos R. Los instrumentos de investigación epidemiológica en salud mental infantojuvenil. Libro de Ponencias del II Congreso Nacional de Psiquiatría. Ed. Doyma; 1998. p. 110-19.
19. Ferreiro MD, Domínguez MD, Rodríguez A. Delincuencia Juvenil: factores psicosociales. Comunicación Psiquiátrica 92. Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría;1993. p. 163-91.
20. Gómez-Reino Rodríguez I, Domínguez Santos MD. Adaptación de adolescentes y clima familiar. Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2001; 4:17-26.

21. Torres AJ, Domínguez MD, Ferreiro MD, Rodríguez A. Consumo de alcohol y antecedentes psiquiátricos en una muestra comunitaria de adolescentes. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1992; 1:12-18.
22. Mazaira JA, Domínguez MD, Rodríguez A. Pautas de consumo de alcohol y relación con patología psiquiátrica menor en población adolescente de Galicia. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1993; 12: 35-41.
23. Ferrer E, Rodríguez A. Estudio descriptivo de la patología depresiva en la atención primaria gallega. *An Psiq*. 1999; 15(2):68-75.
24. González AI. *Conducta de Enfermedade e Psiquiatría en Atención Primaria*. Santiago de Compostela: SERGAS. Xunta de Galicia; 2000.
25. Mateos R, Droux A, Páramo M, González F, Carrera I, Mazaira J, Guntin L, González P, García MC, Rodríguez-López A. The Galicia Study of Mental Health of the Elderly II: The use of the Galician DIS. *Inter J Methods Psych Research*. 2000;9(4): 174-83. DOI: 10.1002/mpr.91.
26. Mateos R, Ybarzábal M, García MJ, Amboage MT, Fraguera I. The Spanish CANE. Validation Study and Utility in Epidemiological Surveys. In: Orrell M. Hancock G. *Needs assessment in older people: the Camberwell Assessment of Need for the Elderly*. London: Gaskell; 2004. p. 21-8.
27. Mateos R, Páramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol Consumption in a Southern European Region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse*. 2002; 37(14): 1957 - 76.



galicia

Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria