

J. Autonell¹
F. Vila¹
A. Pinto-Meza¹
G. Vilagut²
M. Codony²
J. Almansa²
P. E. Muñoz³
J. V. Torres¹
J. Alonso²
J. M. Haro¹

Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España

¹ Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental
Fundació Sant Joan de Déu
Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

² Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)
Barcelona

³ Fundacion Argibide
Navarra

Introducción. La comorbilidad entre trastornos mentales en la población general es frecuente, afectando a más del 50% de los individuos con un trastorno mental en su vida. En España no hay datos que la describan ni tampoco los factores de riesgo asociados.

Método. El estudio ESEMeD-España es un estudio epidemiológico de los trastornos mentales realizado en una muestra de 5.473 individuos representativa de la población española mayor de 18 años. El presente estudio tiene por objetivo dar a conocer los datos respecto de la frecuencia de la comorbilidad de los principales trastornos mentales en España (evaluados con la Composite International Diagnostic Interview: CIDI 3.0) y de los factores de riesgo sociodemográfico asociados. La tasa de respuesta fue del 78,6%.

Resultados. Los trastornos de estado de ánimo fueron los que presentaron el mayor porcentaje de comorbilidad. Por trastornos específicos, el trastorno de ansiedad generalizada, la distimia y el trastorno de angustia presentaron los porcentajes de comorbilidad más elevados. El género femenino, las edades superiores a 24 años y haber estado casado resultaron ser características sociodemográficas de riesgo asociadas a la presencia de un trastorno del estado de ánimo en comorbilidad con uno de ansiedad.

Conclusiones. Al igual que en otros países europeos y en Estados Unidos, en la población general de España los trastornos mentales, en especial los del ánimo, suelen presentarse en comorbilidad. Esta elevada comorbilidad debiera tenerse en cuenta en su tratamiento.

Palabras clave:
Epidemiología. Trastornos mentales. Comorbilidad. Trastornos de ansiedad. Trastornos del estado de ánimo.

One year prevalence of mental disorders comorbidity and associated socio-demographic risk factors in the general population of Spain

Introduction. Comorbidity among mental disorders in the general population is common, affecting more than the 50% of individuals with a lifetime mental disorder. In Spain, there are no data describing it or its associated risk factors.

Method. The ESEMeD-Spain study is an epidemiological study assessing mental disorders in a sample of 5,473 individuals from the general population of Spain aged 18 years or older. The aims of the present study were to evaluate the frequency of mental disorders comorbidity in Spain (assessed with the Composite International Diagnostic Interview: CIDI 3.0) and associated sociodemographic risk factors. Response rate was 78.6%.

Results. Mood disorders showed the highest comorbidity frequency. Analysing specific disorders, generalized anxiety disorder, dysthymic and panic disorders showed the highest comorbidity percentages. Female gender, ages above 24 years old and being previously married were found to be risk factors associated to the presence of comorbid mood and anxiety disorders.

Conclusions. As it has been suggested for other European countries and for the United States, in the general population of Spain mental disorders, specially mood disorders, are frequently comorbid. When treating mental disorders, comorbidity should be taken into account.

Key words:
Epidemiology. Mental disorders. Comorbidity. Anxiety disorders. Mood disorders.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(Suppl. 2):4-11

Correspondencia:
Jaume Autonell
Unidad de Investigación y Desarrollo
Fundació Sant Joan de Déu
Dr. Antoni Pujades, 42
08830 Sant Boi Llobregat (Barcelona)
Correo electrónico: jautonell@sjd-ssm.com

INTRODUCCIÓN

Las clasificaciones anteriores al DSM-III (DSM-I, DSM-II, CIE-8, CIE-9) promovían que el clínico asignara un diagnóstico único a cada paciente. En cambio, las versiones posteriores (el DSM-III-R y DSM-IV) han ido disminuyendo las jerarquías diagnósticas y los criterios de exclusión entre los

diferentes trastornos. El DSM-IV, como sus predecesores recientes, ha diseñado su sistema de clasificación desde una aproximación empírica, que se inclina hacia la desagregación de los diagnósticos, incluyendo alrededor de 250 categorías¹. En su sección «Uso del Manual», el DSM-IV² indica explícitamente la conveniencia de especificar todos los diagnósticos coexistentes en cada caso, lo que fomenta la aparición de la comorbilidad, entendiendo como comorbilidad la coexistencia de más de un diagnóstico de trastorno mental en un mismo sujeto.

El estudio Epidemiology Catchment Area (ECA) fue el primero en aportar datos que mostraban que la comorbilidad en la población general es muy alta³. Así, el 54% de los participantes con una prevalencia-vida de al menos un trastorno tenían un segundo trastorno⁴. La magnitud de la comorbilidad se ha confirmado en estudios posteriores como el National Comorbidity Survey (NCS), en el que el 56% de los participantes que tenían prevalencia-vida de un trastorno cumplían criterios para otro⁵. Resultados similares se han hallado en estudios nacionales y europeos como el NEMESIS, realizado en una muestra representativa de población holandesa⁶ y el ESEMeD, realizado conjuntamente en seis países europeos⁷. Estudios internacionales comparativos han mostrado que la comorbilidad es mayor en los países desarrollados que en los en vías de desarrollo⁸, sugiriendo que en el estudio de la comorbilidad resulta importante considerar factores sociodemográficos y/o culturales.

Los estudios epidemiológicos españoles realizados en la población general⁹⁻¹² no han investigado la comorbilidad entre trastornos mentales, aunque algunos sí han estudiado la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas^{13,14}.

Diferentes estudios internacionales han mostrado que la comorbilidad está asociada al incremento de gravedad^{15,16}, a la mayor duración del trastorno⁵, a una mayor discapacidad¹⁵⁻¹⁷ y a un mayor consumo de servicios sanitarios^{5,18}. Además, los trastornos mentales comórbidos presentan perfiles de factores de riesgo^{6,19} distintos a los de los trastornos puros. Estos correlatos de la comorbilidad señalan la relevancia de estudiar tanto su presencia como el impacto sobre la salud y los factores de riesgo asociados a su presentación. También resaltan la necesidad de evaluar las intervenciones de prevención y tratamiento de la población en riesgo.

El objetivo del presente trabajo es describir la frecuencia de comorbilidad de los trastornos mentales en España y analizar los factores sociodemográficos que se les asocian.

MÉTODO

El estudio ESEMeD-España es una encuesta personal domiciliaria realizada a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años con el objetivo principal de estimar la prevalencia de los trastornos mentales y los factores asociados a éstos. Además de este objetivo principal,

el estudio contiene otros objetivos de epidemiología poblacional. La metodología del estudio ESEMeD ha sido descrita en otras publicaciones^{20,21}. El estudio es transversal y el trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002. La primera parte de la entrevista, administrada a todos los individuos seleccionados (5.473), incluyó las secciones diagnósticas sobre los principales trastornos mentales y un cuestionario sobre datos sociodemográficos. La tasa de respuesta ponderada fue de un 78,6%.

La presencia de trastornos mentales se estableció mediante la administración de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0) desarrollada para la iniciativa de la OMS Encuestas de Salud Mental²². Esta entrevista fue diseñada para ser administrada por entrevistadores legos en psiquiatría y obtener, mediante la aplicación de algoritmos, los diagnósticos de los trastornos mentales siguiendo las clasificaciones internacionales. Versiones anteriores de la CIDI han sido evaluadas como fiables y válidas^{23,24}. Los trastornos considerados en este estudio fueron los trastornos del estado de ánimo (episodio de depresión mayor [EDM] y distimia), los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada [TAG], trastorno de angustia, agorafobia, trastorno por estrés posttraumático [TPEP], fobia social [FS] y fobia específica [FE]) y los trastornos por uso de alcohol (abuso y dependencia). Estudios previos han establecido niveles de concordancia aceptables o buenos entre la CIDI 3.0 y el diagnóstico independiente hecho por un clínico, siendo el diagnóstico hecho con la CIDI 3.0 más conservador en comparación al diagnóstico hecho por el clínico^{22,25}. La CIDI 3.0 fue desarrollada en inglés y traducida y adaptada cuidadosamente al español. Para facilitar su administración la CIDI 3.0 fue informatizada con el *software* Blaise²⁶.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se determinaron los diagnósticos sin aplicar ningún procedimiento de jerarquización para la clasificación diagnóstica. Los análisis presentan la proporción de personas que teniendo un trastorno mental cumplen criterios para otro. Los valores de la asociación entre trastornos han sido medidos con *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza. La prevalencia de trastornos comórbidos y las OR de padecer comorbilidad respecto a las variables sociodemográficas fueron calculadas a partir de modelos de regresión logística multivariante.

Los datos considerados han sido ponderados en todos los análisis con el fin de proporcionar estimaciones extrapolables a la población española. Los pesos que se han aplicado también tienen en cuenta la diferente probabilidad de las personas de ser seleccionadas en función del número de personas que vivían en el domicilio, la proporción de edad y sexo de la población española a la que se pretende extrapolar los resultados. Además, los intervalos de confianza han sido ajustados a los pesos empleados, de modo que los valores de las prevalencias y del resto de los resultados presentados representan a la totalidad de la población española mayor de 18 años.

Todos los análisis han sido realizados con el paquete estadístico SAS, versión 8 para Windows²⁷.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra. Entre los que respondieron se observaron más mujeres (52,2%). La franja de edad con mayor número de personas fue entre 35 y 49 años (25,7%). Un 65% estaba casado o viviendo en pareja, el 57,5% tenía entre 0 y 11 años de estudio, el 50% estaba trabajando y el 39,3% estaba viviendo en zonas urbanas grandes.

Tabla 1	Características sociodemográficas de los sujetos entrevistados		
	N	Porcentaje sin ponderar	Porcentaje ponderado población de España
Total	5.473	100	100
Sexo			
Hombres	2.421	44,24	47,85
Mujeres	3.052	55,76	52,15
Edad			
18-24	568	10,38	14,94
25-34	999	18,25	19,33
35-49	1.431	26,15	25,7
50-64	1.024	18,71	19,41
> 64	1.451	26,51	20,62
Estado civil			
Casado o viviendo con alguien	3.674	67,13	65,34
Casado anteriormente	722	13,19	8,96
Nunca casado	1.077	19,68	25,7
Años de estudio			
0-11	3.292	60,15	57,45
12	346	6,32	6,33
13-15	790	14,43	15,49
+16	1.045	19,09	20,73
Situación laboral			
Trabajando	2.582	47,18	50,08
Estudiando	213	3,89	5,89
Ama de casa	922	16,85	16,19
Jubilado	1.321	24,14	19,19
Otra	435	7,95	8,64
Zona geográfica (habitantes)			
Rural (< 10.000)	1.411	25,78	25,57
Urbana mediana (10.000-100.000)	2.000	36,54	35,14
Urbana grande (> 100.000)	2.062	37,68	39,29

La tabla 2 muestra el porcentaje de personas de la población general que, cumpliendo criterios para un trastorno genérico (del estado de ánimo, ansiedad o por uso de alcohol) o específico durante los últimos 12 meses, cumplió también criterios para, al menos, otro trastorno mental durante el mismo período. Los trastornos del estado de ánimo fueron los que presentaron el mayor porcentaje de comorbilidad, seguidos de los trastornos de ansiedad y por uso de alcohol. Tanto los hombres como las mujeres que presentaron un trastorno del estado de ánimo presentaron mayor comorbilidad con otro trastorno.

Al analizar las distintas categorías diagnósticas se observó que el TAG, la distimia y el trastorno de angustia fueron los trastornos que presentaron el mayor porcentaje de comorbilidad. Al comparar la comorbilidad por sexo, mientras los hombres presentan mayor comorbilidad al presentar TPEP, trastorno de angustia y agorafobia, las mujeres presentan mayor comorbilidad al sufrir TAG, distimia o trastorno de angustia.

La tabla 3 muestra los valores de la asociación entre todos los posibles pares de diagnósticos específicos. Muchas asociaciones resultaron significativas; sin embargo, destaca la asociación entre EDM y distimia, entre TAG y EDM y entre trastorno de angustia y TAG.

Al analizar los datos referentes al sexo, mientras las mujeres presentaron mayor riesgo para los trastorno del estado de ánimo y ansiedad, tanto si estos trastornos se presentaban sin comorbilidad o con comorbilidad, los hombres mostraron mayor riesgo de presentar algún trastorno por uso de alcohol sin comorbilidad.

Respecto a la edad, se observó (tabla 4) que las personas con edades entre 35 y 49 años presentaron un riesgo mayor que las personas con edades entre 18 y 24 años de padecer un trastorno del estado de ánimo sin comorbilidad. También se observó una tendencia estadísticamente significativa de menor riesgo de padecer un trastorno de ansiedad sin comorbilidad con el aumento de la edad. El riesgo de sufrir un trastorno de ansiedad en comorbilidad con uno del estado de ánimo fue mayor para las personas más jóvenes (edades entre 18 y 24 años). Las personas con menos años de estudio (de 0 a 11 años) presentaron un riesgo mayor que las que cursaron más años de estudio (más de 16) de padecer un trastorno de ansiedad sin comorbilidad.

Haber estado casado anteriormente se asoció con un riesgo mayor de padecer un trastorno del estado de ánimo sin comorbilidad y nunca haber estado casado con mayor riesgo de sufrir un trastorno por uso de alcohol sin comorbilidad. Además, las personas que nunca habían estado casadas presentaron menor riesgo de presentar un trastorno de ansiedad en comorbilidad con uno del estado de ánimo que las personas que se encontraban casadas o que tenían pareja en el momento de la entrevista.

Comparadas con las personas que vivían en zonas rurales, las personas que vivían en una zona urbana grande presen-

Tabla 2

Porcentajes de presencia de un trastorno comórbido en los últimos 12 meses entre los sujetos que presentaron algún trastorno o grupo de trastornos en los últimos 12 meses

	Porcentaje del total (IC 95%)	Porcentaje de hombres (IC 95%)	Porcentaje de mujeres (IC 95%)
Cualquier trastorno mental	28,6 (24,1; 33,1)	25,86 (16,83; 34,9)	29,75 (24,51; 35)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	51,3 (43,8; 58,8)	46,43 (30,62; 62,24)	52,96 (44,62; 61,3)
Cualquier trastorno de ansiedad	33,43 (27,54; 39,32)	36,8 (23,4; 50,2)	32,34 (25,85; 38,82)
Cualquier trastorno por uso de alcohol	23,43 (4,46; 42,41)	22,54 (2,92; 42,16)	44,52 (0; 100)
Episodio depresivo mayor	56,38 (48,51; 64,25)	50,14 (33,37; 66,91)	58,57 (49,93; 67,21)
Distimia	72,99 (61,67; 84,3)	66,68 (40,58; 92,78)	74,25 (61,54; 86,96)
TAG	81,48 (72,06; 90,9)	70,56 (40,84; 100)	85,21 (74,71; 95,71)
Fobia social	52,67 (30,45; 74,88)	47,39 (8,68; 86,1)	56,56 (32,01; 81,1)
Fobia específica	21 (14,9; 27,09)	17,62 (4,21; 31,04)	21,92 (14,89; 28,95)
TPEP	59,47 (37,28; 81,66)	91,33 (77,48; 100)	49,92 (24,95; 74,89)
Agorafobia	59,7 (34,99; 84,42)	74,11 (43,93; 100)	56,37 (27,89; 84,86)
Trastorno de angustia	70,62 (55,96; 85,28)	85,89 (69,42; 100)	63,85 (45,31; 82,39)
Abuso de alcohol	23,43 (4,46; 42,41)	22,54 (2,92; 42,16)	44,52 (0; 100)
Dependencia de alcohol	100 (100; 100)	100 (100; 100)	100 (100; 100)

TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TPEP: trastorno por estrés postraumático; IC: intervalo de confianza.

taron un riesgo mayor de padecer un trastorno del estado de ánimo sin comorbilidad. Finalmente, estar trabajando se asoció a un riesgo menor de padecer un trastorno del estado de ánimo sin comorbilidad o un trastorno de ansiedad en comorbilidad con uno del estado de ánimo.

DISCUSIÓN

Las tasas de comorbilidad de los trastornos mentales en la población general española son elevadas y los patrones de comorbilidad son complejos, replicando los resultados de estudios de referencia en Estados Unidos y Europa^{5,7}. Al comparar con el conjunto de países participantes en el proyecto ESEMeD⁷ se observan similitudes respecto de los trastornos mentales que con mayor frecuencia se presentan en comorbilidad. De este modo, al igual que en el resto de países, trastornos como el TAG, la distimia o el trastorno de angustia se encuentran entre los trastornos que con mayor frecuencia se presentan con algún otro trastorno comórbido. Sin embargo, mientras que en el conjunto de países europeos la agorafobia es tanto para hombres como para mujeres, el trastorno que con mayor frecuencia se presenta en comorbilidad con otro, en España el TPEP en el caso de los hombres y el TAG en el caso de las mujeres son los que con mayor frecuencia presentaron otro trastorno comórbido.

Se observaron pequeñas diferencias entre los datos obtenidos en la muestra española y los mismos datos a nivel europeo⁷. Mientras que tanto en España como en el resto de países las mayores asociaciones se observaron entre EDM y distimia y entre EDM y TAG, en España la tercera posición en intensidad de asociación la ocupa el par trastorno de angustia/TAG y

en el conjunto de países europeos el par trastorno de angustia/EDM. Este patrón de comorbilidad presente de forma estable en todos los países y que replica resultados de estudios previos de similares características al presente (en el proyecto NEMESIS se describía el EDM y el TAG como pertenecientes a un mismo *cluster* en análisis dimensionales)²⁸ resulta muy sugerente. Al explorar posibles hipótesis explicativas, tenemos, por un lado la posibilidad de que esta comorbilidad sea el fruto de los sistemas de diagnóstico y clasificación en sí mismos, es decir, que serían los sistemas de clasificación y diagnóstico los que generarían una «comorbilidad artificial»²⁹. Otra posibilidad es considerar este mismo patrón de comorbilidad como algo «verdadero» y fundamentado en mecanismos patofisiológicos comunes. En este sentido existe una amplia literatura acerca de la repercusión de factores estresantes sobre el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal que a su vez generan una desregulación de los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico y noradrenérgico que están en la base etiopatogénica tanto de los trastornos ansiosos como depresivos³⁰.

La repercusión e implicaciones clínicas y terapéuticas de la comorbilidad del par depresión/ansiedad son diversas y relevantes. Por un lado, el elevado nivel de comorbilidad depresión/ansiedad debería incitar al clínico, ya en el primer nivel de asistencia, a explorar sistemáticamente la presencia de ambas patologías, independientemente de que el motivo de consulta fuera por síntomas ansiosos o depresivos. Este hecho es aún más relevante si se tiene en cuenta que la presencia de sintomatología ansiosa en los EDM es considerada como un factor de riesgo para el suicidio³¹. Por otro lado, el elevado nivel de comorbilidad de trastornos mentales en la población nos plantea con urgencia la cuestión de si unos tratamientos son más efectivos que otros para esta situa-

Tabla 3	Medidas de asociación (<i>odds ratio</i> en intervalo de confianza del 95%) de padecer un trastorno comórbido								
	EDM	Distimia	TAG	Fobia social	Fobia específica	TPEP	Agorafobia	Trastorno de angustia	Abuso de alcohol
Distimia	86,48 (47,52; 157,4)*								
TAG	72,77 (40,37; 131,17)*	15,43 (7,03; 33,88)*							
Fobia social	21,2 (8,64; 52,04)*	5,54 (1,57; 19,58)*	30,47 (8,82; 105,33)*						
Fobia específica	4,92 (3,1; 7,8)*	3,72 (1,51; 9,18)*	3,91 (1,66; 9,2)*	5,07 (1,89; 13,57)*					
TPEP	28,5 (11,73; 69,22)*	9,74 (3,19; 29,7)*	20,79 (7,51; 57,57)*	9,03 (2,18; 37,35)*	3,39 (1,16; 9,91)*				
Agorafobia	16,38 (6,79; 39,55)*	14,7 (5,03; 42,99)*	25,27 (8,86; 72,09)*	35,73 (11,53; 110,75)*	7,53 (3,07; 18,51)*	14,63 (3,59; 59,58)*			
Trastorno de angustia	39,54 (19,89; 78,62)*	23,26 (10,16; 53,24)*	49,04 (21,48; 111,96)*	7,84 (1,95; 31,52)*	8,06 (3,56; 18,29)*	12,64 (3,49; 45,83)*	37,97 (12,59; 114,53)*		
Abuso de alcohol	0,71 (0,2; 2,47)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	2,36 (0,49; 11,38)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	
Dependencia de alcohol	3,75 (0,48; 29,3)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0 (0; 0)

EDM: episodio depresivo mayor; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TPEP: trastorno por estrés postraumático; IC: intervalo de confianza. * $p < 0,05$.

ción clínica. En este sentido, abunda la literatura que postula una mayor efectividad de la venlafaxina frente a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina³².

En la muestra del presente estudio no se han podido replicar los hallazgos de estudios previos³³ que muestran una frecuencia elevada de comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y el abuso o dependencia de sustancias tóxicas, conocida como patología dual. En los datos aquí presentados sólo se han incluido los trastornos por uso de alcohol. El análisis de comorbilidad entre los trastornos por uso de alcohol y los otros trastornos no fue posible dado el bajo número de sujetos detectados con un trastorno por uso de alcohol. Este escaso número de sujetos con diagnóstico de trastornos por uso de alcohol podría deberse a un sesgo de selección (personas con trastornos por uso de alcohol no fueron incluidas en el estudio por rechazo a participar o por no estar localizables) o por un sesgo de información (personas con elevado consumo de alcohol que lo negaron en la entrevista). Estudios sobre la CIDI han comprobado su validez para detectar una variedad de trastornos por dependencia, entre ellos la dependencia de alcohol³⁴. De cualquier modo, todos los resultados referentes a los trastornos por uso de alcohol de este estudio han de interpretarse con cautela por la escasa frecuencia de casos detectados.

En este estudio se han explorado variables sociodemográficas que pueden ser factores de riesgo tanto para los

trastornos sin comorbilidad como para los trastornos comórbidos. El sexo constituye un marcador de riesgo bien establecido en los estudios epidemiológicos para ambos tipos de trastornos⁷, aumentando el riesgo para las mujeres en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad sin comorbilidad y para la comorbilidad entre ansiedad y el estado de ánimo. En la muestra española el incremento de edad y tener más de 16 años de estudios se asoció con un menor riesgo de trastornos de ansiedad sin comorbilidad. Lo primero es consistente con los datos del conjunto de países participantes en el estudio ESEMeD⁷ y lo segundo es opuesto. El mayor riesgo de padecer un trastorno afectivo en mujeres está ampliamente documentado, planteándose hipótesis desde lo sociofamiliar a la participación de factores hormonales para explicar dicha diferencia³⁵. El presente estudio replica dicho hallazgo con la relevancia que lo hace en población general, poniendo de relieve las implicaciones de gestión y políticas de salud (p. ej., plantearse instaurar programas de detección precoz de trastornos afectivos y/o ansiosos, programas psicoeducativos para manejo y afrontamiento de situaciones de estrés, etc.).

Mientras que la ausencia de una pareja actual se asoció con un riesgo mayor de padecer un trastorno del estado de ánimo sin comorbilidad o un trastorno por uso de alcohol sin comorbilidad, las personas que nunca habían estado casadas presentaron menor riesgo de presentar un trastorno de ansiedad en comorbilidad con uno del estado de ánimo

Tabla 4		Factores de riesgo sociodemográficos asociados a los trastornos sin y con comorbilidad			
	Cualquier trastorno del estado de ánimo sin comorbilidad OR (IC 95%)	Cualquier trastorno de ansiedad sin comorbilidad OR (IC 95%)	Cualquier trastorno por uso de alcohol sin comorbilidad OR (IC 95%)	Comorbilidad de cualquier trastorno de ansiedad y cualquiera del estado de ánimo OR (IC 95%)	
N en el modelo	5.473	5.473	5.473	5.473	
N con diagnóstico	164	224	27	103	
Sexo					
Mujeres frente a hombres	2,93 (1,82; 4,73)*	3,45 (2,28; 5,22)*	0,06 (0,01; 0,26)*	3,24 (1,74; 6,0)*	
Edad					
25-34 frente a 18-24 años	2,03 (0,92; 4,52)	0,52 (0,28; 0,96)*	2,49 (0,67; 9,19)	0,32 (0,12; 0,85)*	
35-49 frente a 18-24 años	2,61 (1,15; 5,94)*	0,44 (0,23; 0,85)*	2,22 (0,54; 9,18)	0,37 (0,15; 0,9)*	
50-64 frente a 18-24 años	2,07 (0,87; 4,92)	0,35 (0,17; 0,72)*	2,04 (0,32; 12,91)	0,69 (0,29; 1,65)	
>64 frente a 18-24 años	1,4 (0,41; 4,7)	0,23 (0,1; 0,53)*	0 (0; 0)	0,28 (0,11; 0,72)*	
Años de estudio					
12 frente a 0-11	1,74 (0,75; 4,02)	1,12 (0,61; 2,08)	0,67 (0,12; 3,92)	0,71 (0,24; 2,13)	
13-15 frente a 0-11	1,23 (0,66; 2,3)	0,92 (0,53; 1,6)	0,6 (0,19; 1,92)	1,24 (0,62; 2,5)	
+16 frente a 0-11	1,08 (0,62; 1,86)	0,53 (0,33; 0,85)*	1,36 (0,46; 4,03)	0,95 (0,53; 1,71)	
Estado civil					
Casado anteriormente frente a casado o viviendo con alguien	1,78 (1,02; 3,08)*	1,69 (0,99; 2,85)	2,02 (0,25; 16,5)	0,99 (0,51; 1,9)	
Nunca casado frente a casado o viviendo con alguien	1,11 (0,62; 1,98)	0,83 (0,49; 1,4)	4,03 (1,58; 10,25)*	0,29 (0,14; 0,59)*	
Zona geográfica (habitantes)					
Urbana mediana (10.000-100.000) frente a rural (< 10.000)	1,37 (0,77; 2,47)	1,09 (0,72; 1,66)	0,69 (0,2; 2,41)	0,68 (0,35; 1,32)	
Urbana grande (> 100.000) frente a rural (< 10.000)	1,89 (1,09; 3,28)*	1,01 (0,66; 1,52)	1,35 (0,41; 4,45)	0,67 (0,37; 1,23)	
Situación laboral					
Estudiante frente a trabajando	2,01 (0,63; 6,46)	0,49 (0,18; 1,34)	0,49 (0,08; 2,91)	1,41 (0,4; 5,05)	
Ama de casa frente a trabajando	1,02 (0,52; 2,0)	0,79 (0,49; 1,29)	0 (0; 0)	0,84 (0,43; 1,65)	
Jubilado frente a trabajando	1,72 (0,67; 4,4)	1,09 (0,58; 2,05)	0 (0; 0)	1,25 (0,55; 2,83)	
Otro frente a trabajando	3,36 (2,05; 5,51)*	1,58 (0,9; 2,78)	0,53 (0,09; 3,23)	2,54 (1,3; 4,97)*	

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

que las personas que estaban casadas o que tenían pareja en el momento de la entrevista.

Finalmente cabe destacar el mayor riesgo de sufrir un trastorno del estado de ánimo sin comorbilidad o uno de ansiedad en comorbilidad con uno del estado de ánimo para aquellas personas que se declaraban sin actividad laboral y no estaban estudiando, ni eran empleadas del hogar ni estaban jubiladas (categoría «otros») comparadas con las que estaban trabajando. Dada la naturaleza transversal del estudio, no es posible establecer una relación causal. Sin embargo, puede hipotetizarse que podría reflejar el impacto, sobre la funcionalidad laboral, de padecer un trastorno del estado de ánimo o uno de ansiedad con comorbilidad.

La proliferación de la comorbilidad en los diferentes estudios poblacionales, en especial en los que utilizan instrumentos altamente estructurados como la CIDI 3.0, ha planteado un debate entre los autores que, por un lado, buscan alternativas para diseñar un sistema de clasificación con mayor agrupación y categorías diagnósticas más complejas e inclusivas y los que, por otro, postulan que los sistemas nosológicos vigentes en el estado actual del conocimiento son la solución más plausible. Así, se ha propuesto avanzar hacia sistemas de clasificación dimensionales³⁶, abandonar el concepto de trastorno y volver al de síndrome³⁷, utilizando categorías amplias como la de «síndrome neurótico general»³⁸. Para muchos autores, sin embargo, dado el escaso

conocimiento actual sobre la etiopatogenia de los trastornos mentales, es preferible el actual abordaje empírico del DSM-IV y la CIE-10, manteniendo la segmentación en la clasificación diagnóstica, ya que resultaría más útil para la investigación y el conocimiento científico³⁹. Esta perspectiva empírica ha facilitado la sistematización de los estudios de comorbilidad de los trastornos mentales.

LIMITACIONES

El estudio ESEMeD-España es el mayor estudio de epidemiología de los trastornos mentales, tanto por el tamaño muestral como por la cantidad de variables clínicas, sociodemográficas y psicosociales, realizado en España. Para interpretar sus resultados hay que considerar algunas limitaciones. En primer lugar, dado que los datos fueron recogidos retrospectivamente, puede producirse un sesgo de memoria. En segundo lugar, en el estudio ESEMeD podría haber un sesgo de no respuesta si resultara que los no respondedores son diferentes a los respondedores en cuanto a la comorbilidad⁴⁰. Esto podría implicar una infraestimación de las frecuencias y asociaciones de la comorbilidad. Por otra parte, la no inclusión en el estudio de subpoblaciones como las personas institucionalizadas, las «sin techo» o los inmigrantes con dificultades de comprensión del idioma podría suponer un sesgo de selección. Finalmente, al tratarse de un estudio transversal, los datos no permiten establecer relaciones de causalidad entre las variables.

IMPLICACIONES

Los trastornos con mayor grado de discapacidad son a menudo comórbidos, lo que determina que para que un plan de tratamiento sea efectivo debería incluir entre sus objetivos terapéuticos y estrategias de abordaje no sólo el diagnóstico principal, sino todos los trastornos comórbidos relevantes. Los sistemas de información que recogen los datos referentes a la asistencia psiquiátrica deberían estar diseñados para captar la complejidad derivada de la comorbilidad para que puedan ser útiles a la gestión clínica.

Algunos estudios destacan la importancia de la prevención de los trastornos secundarios^{41,42}. La intervención precoz sobre el trastorno primario debería evitar la aparición de segundos trastornos comórbidos. Para ello resulta útil conocer qué tipo de trastornos suelen presentarse en comorbilidad con otros.

Una aportación mayor del estudio de la comorbilidad sería contribuir, desde la investigación empírica, a la mejora de las clasificaciones diagnósticas en psiquiatría. La agenda de investigación para el DSM-V⁴³ no plantea con detenimiento la cuestión de la comorbilidad en el Eje I, aunque sí en el Eje II y en el planteamiento de la evaluación multiaxial.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto financiado por: Comisión Europea (QLG5-CT-1999-01042 y SANCO 2004123), Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0028-01), Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF-2000-158-CE), REM-TAP (FIS RD06/0011/0013), REDIAP (FIS RD06/0018/0017), Red IRYSS (RETICS), Cat Salut-Servei Català de la Salut y por una beca sin restricciones de GlaxoSmithKline.

El Estudio ESEMeD-España se ha realizado en coordinación con la Iniciativa de la Organización Mundial de la Salud Encuestas de Salud Mental (WHO World Mental Health Survey Initiative, <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). Agradecemos a los miembros del equipo de coordinación del World Mental Health su ayuda en el uso de los instrumentos y en el diseño de los procedimientos de campo. Esas actividades han sido apoyadas por John D. y Catherine T. MacArthur Foundation, Pfizer Foundation, US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864 y R01 DA016558), Fogarty International Center (FIRCA R01-TW006481), Organización Panamericana de Salud, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline, and Bristol-Myers Squibb. Una lista completa de las publicaciones se puede encontrar en <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>.

Los autores quieren expresar su gratitud al comité asesor del proyecto ESEMeD-España formado por Juan José López Ibor (presidente), Enrique Baca Baldomero, Antonio Bulbena, Antonia Domingo, José Giner Ubago, Carmen Leal Cercós, Marcelino López, Luis Rajmil, Josep Ramos, Julio Vallejo Ruiloba y José Luis Vázquez-Barquero.

Agradecemos a IPSOS-Ecoconsulting su colaboración en la realización del trabajo de campo en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. First MB. DSM-IV and Psychiatric Epidemiology. En: Tsuang MT, Tohen M, editores. Textbook in Psychiatric Epidemiology, 2nd ed. New York: Wiley-Liss, 2002; p. 333-42.
2. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
3. Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Comorbidity of mental disorders and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area study (ECA). JAMA 1990;264:2511-8.
4. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America. New York: The Free Press, 1991.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States. Results for National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
6. De Graaf R, Bijl RV, Smit F. 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 2002;159:620-9.

7. Alonso A, Angermeyer MC, Bernet S. 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* 2004;109(Suppl. 420):28-37.
8. Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Org* 2002;78:413-24.
9. Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, et al. Two stage design in a community survey. *Br J Psychiatry* 1986;149:88-97.
10. Herrera R, Autonel J, Spagnolo E. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Inform Psiquiatr* 1990;120:111-31.
11. Gili M, Ferrer V, Roca M. Diferencias de género en un estudio epidemiológico de salud mental en la isla de Formentera. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1998;26:90-6.
12. Díaz-Cruz F, Bethencourt JM, Peñate W. Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2004;24: 21-40.
13. Vázquez Barquero JL, Muñoz PE, Madoz V. The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community. *Br J Psychiatry* 1981;139:328-35.
14. Roca M, Gili M, Ferrer V. Mental disorders and medical conditions. A community study in small island in Spain. *J Psychosom Res* 2001;50:39-44.
15. RoY-Birne PP, Stang P, Wittchen HU. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *Br J Psychiatry* 2000;176:229-35.
16. Andrews G, Slade T, Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* 2002;181:306-14.
17. Bijl RV, De Rijk C, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000;30:657-68.
18. Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health* 2000;90:602-7.
19. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151:979-86.
20. Alonso J, Angermeyer MC, Bernet S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(Suppl. 420):8-20.
21. Haro JM, Palacín C, Vilagut GM. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:182-91.
22. Kessler RC, Ustun 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* 2004;13:93-121.
23. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (published erratum appears in *Br J Psychiatry* 1992; 160:136). *Br J Psychiatry* 1991;159:645-653.
24. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994;28:57-84.
25. 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* (en prensa).
26. Statistics Netherlands. Blaise developer's guide. Herleen: Department of Statistical Informatics, 1999.
27. SAS Institute Inc. SAS software, version 8.00, 4th ed. Cary, 1999.
28. Wollenberg VAM, Iedema J, Bijl RV. The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS-study. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:597-603.
29. Maj M. Psychiatric comorbidity: an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2002;186:182-4.
30. Boyer P. Do anxiety and depression have a common pathophysiological mechanism? *Acta Psychiatr Scand* 2000;406(Suppl.): 24-9.
31. Fawcett J. Targeting treatment in patients with mixed symptoms of anxiety and depression. *J Clin Psychiatry* 1990;51(Suppl.):40-3.
32. Davidson JR, Meoni P, Haudiquet V. Achieving remission with venlafaxine and fluoxetine in major depression: its relationship to anxiety symptoms. *Depress Anxiety* 2002;16:4-13.
33. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998;23:983-07.
34. Compton WM, Cottler LB, Dorsey KB. Comparing Assessment of DSM-IV substance dependence disorders using CIDI-SAM and SCAN. *Drug Alcohol Depend* 1996;41:179-87.
35. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations (published erratum appears in *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108: 406). *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:163-74.
36. Pincus HA, Tew JD, Firts MB. Comorbilidad psiquiátrica ¿más es menos? *World Psychiatry* (ed. esp.) 2004;2:18-23.
37. Jablensky A. El síndrome ¿un antídoto frente a la comorbilidad falsa? *World Psychiatry* (ed. esp.) 2004;2:24-5.
38. Andrews G, Stewart GW, Morris-Yates A. Evidence for a general neurotic syndrome. *Br J Psychiatry* 1998;157:6-12.
39. Lilienfeld SO, Waldman ID. La comorbilidad y el presidente Mao. *World Psychiatry* (ed. esp.) 2004;2:26-27.
40. Eaton WW, Anthony JC, Tepper S. Psychopathology and attrition in the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Am J Epidemiol* 1992;135:1051-9.
41. Kessler RC, Walters E. The National Comorbidity Survey. En: Tsuang MT, Tohen M, editores. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, 2nd ed. New York: Wiley-Liss, 2002; p. 343-62.
42. De Graaf R, Bijl RV, Have M. Rapid onset of comorbidity of common mental disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:455-63.
43. Kupfer DJ, Firts MB, Regier DA. Agenda de investigación para el DSM-V. Barcelona: Masson, 2004.