

A. Pinto-Meza¹
J. M. Haro¹
C. Palacín¹
J. V. Torres¹
S. Ochoa¹
G. Vilagut²
M. Martínez-Alonso²
M. Codony²
J. Alonso²

Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España

¹Unitat de Recerca i Desenvolupament
Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental
Fundació Sant Joan de Déu

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

Introducción. Los trastornos mentales y las enfermedades físicas crónicas afectan negativamente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Actualmente no hay datos de la población general de España sobre su impacto. El presente estudio tiene por objetivo evaluar el impacto de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad y de algunas enfermedades físicas crónicas en la CVRS y en la discapacidad funcional (estimada a partir de los días de trabajo perdidos).

Método. El estudio ESEMeD-España es un estudio epidemiológico realizado en una muestra representativa de la población general de España mayor de 18 años. Los trastornos mentales fueron evaluados con la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.0), la CVRS con el *12-Item Short Form Health Survey* (SF-12) y la discapacidad funcional con la *WHO Disability Assessment Schedule*. También se evaluó la presencia de enfermedades físicas crónicas.

Resultados. En total se evaluaron 5.473 individuos. La tasa de respuesta fue de 78,6%. Los trastornos mentales, y entre ellos los trastornos del estado de ánimo, mostraron el mayor impacto negativo sobre la CVRS y la discapacidad funcional (más días de trabajo perdidos), superando el impacto de enfermedades físicas crónicas. La comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad fue la que generó la mayor afectación negativa de la CVRS. En general, la calidad de vida mental resultó más afectada que la calidad de vida física.

Conclusiones. Los trastornos del estado de ánimo ejercen el mayor impacto negativo sobre la CVRS y la discapacidad funcional en España. La comorbilidad de estos con los trastornos de ansiedad resulta especialmente discapacitante.

Palabras clave:

Calidad de vida. Discapacidad funcional. Epidemiología. Trastornos mentales. Depresión. Trastornos de ansiedad.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(Suppl. 2):12-20

The impact of mood and anxiety disorders, and physical chronic conditions in the quality of life of the general population of Spain. Results from the ESEMeD-Spain study

Introduction. Mental disorders and chronic physical conditions significantly impair health related quality of life (HRQOL). To date, there are no studies in the general population of Spain about their impact. The aim of the present study is to evaluate the impact of mood and anxiety disorders and chronic physical conditions in HRQOL and functional disability (estimated considering work loss days).

Methods. The ESEMeD-Spain is an epidemiological study carried out in the general population of Spain aged 18 years or older. Mental disorders were assessed with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0); the HRQOL with the SF-12; and functional disability with the WHO Disability Assessment Schedule. Additionally, chronic physical conditions were assessed.

Results. A total of 5,473 individuals were assessed. Response rate was 78.6%. Mental disorders, specially mood disorders, showed the highest impairment in HRQOL and functional disability (more work loss days). This impairment was even higher than the impairment associated to chronic physical conditions. Comorbidity between mood and anxiety disorders was associated to the worst HRQOL. In general, mental HRQOL was more impaired than physical HRQOL.

Conclusions. Mood disorders substantially impair HRQOL and augment functional disability in Spain. Their comorbidity with anxiety disorders is especially impairing.

Key words:

Quality of life. Functional disability. Epidemiology. Mental disorders. Depression. Anxiety disorders.

Correspondencia:

Josep María Haro
Fundació Sant Joan de Déu
Santa Rosa, 39-57, 4.ª planta
08950 Espluges de Llobregat (Barcelona)
Correo electrónico: jmharo@fsjd.org

INTRODUCCIÓN

La afectación de los problemas de salud sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) constituye un elemento fundamental para valorar la relevancia sanitaria de las enfermedades. Como constructo, la CVRS implica con-

ceptos como discapacidad funcional, estado de salud y bienestar. La evaluación exhaustiva de la CVRS suele medir los efectos de los problemas sobre la salud en varios dominios, incluyendo funcionamiento general, físico y social, dolor, autopercepción del estado de salud, bienestar y salud mental¹⁻⁴. La discapacidad funcional o el número de días de trabajo perdidos es una medida objetiva que completa el concepto de CVRS⁵⁻⁷.

Los trastornos mentales tienen un impacto negativo sobre la CVRS⁷⁻¹¹. Estudios realizados en atención primaria y especializada muestran que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad ejercen un impacto negativo sobre diversas medidas de CVRS⁷⁻⁹. Dos estudios sugieren que los trastornos del ánimo y la depresión mayor (DM) afectan negativamente todos los dominios considerados en la CVRS y que su impacto es comparable o superior al de las enfermedades físicas crónicas⁷⁻⁸. El trastorno de angustia, la fobia social y el trastorno por estrés postraumático (TPEP) también han mostrado un impacto negativo sobre la CVRS, aumentando el número de días de trabajo perdidos⁹⁻¹¹.

Estudios epidemiológicos señalan que las personas con un trastorno de pánico o trastorno depresivo mayor presentan peor calidad de vida y que ambos trastornos muestran una fuerte asociación con la presencia de días de trabajo perdidos. Además, los trastornos mentales o el estrés elevado presentan un efecto mayor sobre los días de trabajo perdidos que las enfermedades físicas crónicas¹²⁻¹⁴. Sin embargo, otro estudio sugiere que los efectos negativos de la DM sobre la CVRS son comparables a los de la artritis, la diabetes y la hipertensión y que la DM y las enfermedades físicas crónicas interactúan aumentando los efectos de estas últimas¹⁵. También se ha sugerido que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se asocia con una peor autopercepción de la salud, peor CVRS y más días de trabajo perdidos y que su impacto es comparable al de la DM¹⁶.

La comorbilidad entre enfermedades físicas crónicas también se asocia a una peor calidad de vida¹⁷. Un estudio epidemiológico realizado en ocho países encontró que enfermedades como la artritis, la enfermedad pulmonar crónica y la insuficiencia cardíaca eran las enfermedades físicas crónicas que ejercían el mayor impacto negativo sobre la CVRS¹⁸.

Como hemos observado, los trastornos mentales (en especial la DM) y las enfermedades físicas crónicas ejercen un efecto negativo sobre la CVRS. Sin embargo, la mayoría de estos estudios se han realizado con muestras clínicas y muy pocos con sujetos de España. No tenemos conocimiento de estudios realizados en la población general de España que hayan evaluado conjuntamente el impacto de los trastornos mentales y las enfermedades físicas crónicas en la CVRS.

El presente trabajo es parte del Estudio Europeo sobre la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD), un

estudio que se realizó en seis países europeos entre los que se incluyó España. Este artículo tiene como objetivo dar a conocer los datos sobre el impacto de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de algunas enfermedades físicas crónicas en la CVRS de la población general de España.

MÉTODOS

El estudio ESEMeD-España es una encuesta personal domiciliaria realizada a una muestra representativa de la población general 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 contempla otros objetivos de epidemiología poblacional. El estudio fue transversal y el trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002. Para optimizar la duración de las entrevistas, éstas se dividieron en dos partes. La primera incluyó las secciones diagnósticas sobre los principales trastornos mentales y las preguntas sobre la CVRS (evaluada con el *12-Item Short-Form Health Survey* [SF-12^{19,20}]) y fue administrada a todos los entrevistados (5.473 individuos). La segunda, administrada a todos los individuos que dieron positivo a las preguntas de cribado de trastornos mentales más un 25% aleatorio de aquellos sin trastornos mentales incluyó, entre otras, secciones con preguntas sobre enfermedades físicas crónicas y fue respondida por un total de 2.121 individuos. Finalmente, la discapacidad funcional (días de trabajo perdidos) fue evaluada en un subgrupo específico de los individuos que respondieron la segunda parte: aquellos clasificados como «discapacitados» de acuerdo con las respuestas dadas a los ítems 2 al 8 del del SF-12 y a un 10% aleatorio de los individuos clasificados como «poco discapacitados» según estos mismos ítems (en total la respondieron 1.252 personas). Una descripción detallada de la metodología del estudio ESEMeD se encuentra publicada artículos anteriores^{21,22}.

El índice de respuesta global obtenido fue de un 78,6%. Todos los individuos dieron su consentimiento a participar en el estudio.

Calidad de vida

La CVRS se evaluó con el cuestionario SF-12^{19,20}. El SF-12 es un instrumento que proporciona un perfil del estado de salud a través de 12 ítems que permiten obtener puntuaciones para dos subescalas: componente físico (PCS-12) que indica la CVRS física, y componente mental (MCS-12), que indica la CVRS mental²³. Cada escala considera los 12 ítems, pero les otorga pesos diferentes. Para facilitar la interpretación de las puntuaciones, éstas se transforman en notas t con los valores de las normas poblacionales españolas (media de 50 y desviación estándar de 10). Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

Discapacidad funcional

La discapacidad funcional fue evaluada con la *WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS-II)*^{24,25}. La WHODAS-II es un instrumento de autoinforme, válido, fiable y ampliamente utilizado, desarrollado por la Task Force de la WHO. La WHODAS-II valora una serie de dimensiones de funcionamiento y discapacidad a través de escalas de varios ítems que incluyen días de trabajo perdidos, dolor, concentración, movilidad, autocuidado, carga familiar, participación social y discriminación. Para estimar la discapacidad funcional en el presente estudio se consideró el apartado de días de trabajo perdidos. Las preguntas de la WHODAS-II relativas a los días de trabajo perdidos son las siguientes:

¿Cuántos de los últimos 30 días?:

- ¿Fue totalmente incapaz de trabajar o realizar sus actividades habituales?
- ¿Fue capaz de trabajar o realizar sus actividades habituales, pero tuvo que dejar de hacerlo o no pudo hacer tanto como hace habitualmente?
- ¿Disminuyó la calidad de su trabajo o el cuidado con el que trabajaba?
- ¿Le supuso un gran esfuerzo rendir al nivel habitual?

Las personas que no presentaron ningún día de discapacidad en estos cuatro ítems obtuvieron una puntuación de 0, que era igual a 0 días de discapacidad funcional en el último mes. Para calcular la discapacidad funcional se sumó 1 día completo por cada día que la persona fue totalmente incapaz de trabajar; medio día para cada día que la persona tuvo que dejar de trabajar o no pudo hacer tanto como hacía habitualmente; medio día para cada día que la persona disminuyó la calidad o el cuidado de su trabajo, y un cuarto de día para cada día al que a la persona le supuso un gran esfuerzo rendir al nivel habitual. Los resultados superiores a 30 fueron fijados a 30. El resultado fue dividido por 30, resultando una puntuación total que podía oscilar entre 0 y 1, que puede considerarse como una estimación de la discapacidad funcional. Un valor mayor representa una mayor discapacidad funcional.

Trastornos mentales

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 Mental²⁶. 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^{27,28}. Los trastornos considerados en este estudio fueron

los trastornos del estado de ánimo (episodio depresivo mayor [EDM] y distimia) y los trastornos de ansiedad (TAG), trastorno de angustia, agorafobia, TPEP, fobia social y fobia específica. 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 con el diagnóstico hecho por el clínico^{26,29}. Para facilitar su administración la CIDI 3.0 fue informatizada con el *software Blaise*³⁰.

Enfermedades físicas crónicas

La segunda parte del cuestionario ESEMeD incluyó un listado de enfermedades físicas crónicas. Las personas entrevistadas respondieron si alguna vez en la vida habían experimentado alguna de las enfermedades evaluadas. Las enfermedades evaluadas fueron: artritis o reumatismo, dolor de espalda o cervical crónico, cefaleas frecuentes o intensas, dolor crónico, alergias, infarto, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, asma, tuberculosis, enfermedades pulmonares crónicas como enfisema, malaria, diabetes, úlcera gástrica, enfermedad tiroidea, problemas neurológicos como esclerosis múltiple, Parkinson o epilepsia, SIDA y cáncer. Frente a cada respuesta afirmativa se preguntó si había experimentado tales síntomas en los últimos 12 meses. En los casos de enfermedades que habitualmente se identifican a partir del diagnóstico hecho por un médico se preguntó al participante si algún médico u otro profesional sanitario le había diagnosticado la enfermedad en cuestión. Nuevamente frente a las respuestas afirmativas se preguntó si había padecido la enfermedad en los últimos 12 meses. Estudios metodológicos han mostrado que el uso de listas de enfermedades y síntomas brinda información útil tanto sobre enfermedades crónicas que se encuentran bajo tratamiento o que no están siendo tratadas³¹ y que éstas pueden predecir la utilización de servicios sanitarios, hospitalizaciones y mortalidad³². Además se ha establecido que el autoinforme de enfermedades físicas crónicas muestra un nivel de acuerdo de moderado a alto con la información recogida en las historias clínicas³³.

Los análisis del presente estudio sólo tuvieron en cuenta las siguientes enfermedades físicas crónicas: artritis/reumatismo (presente en el 21,42% de la muestra), dolor de espalda o cervical crónicos (23,70%), cefaleas frecuentes o intensas (15,50%), alergias (12,31%), hipertensión arterial (15,21%), asma (5,71%) y diabetes (5,80%). Esta selección se realizó en base a criterios de prevalencia y gravedad.

Análisis estadísticos

Se presentan las frecuencias de las características socio-demográficas de la muestra y las puntuaciones medias e intervalos de confianza del SF-12 (MCS-12 y PCS-12) y la WHODAS-II (discapacidad funcional).

Para evaluar la asociación entre los distintos trastornos mentales y enfermedades físicas crónicas (variables independientes) y las medidas de calidad de vida se realizaron modelos de regresión lineal (MCS-12 y PCS-12) y de regresión logística (WHODAS-II), ajustando por todas las características sociodemográficas evaluadas. En el caso de la WHODAS-II, cuyo valor podía oscilar entre 0 y 1 y dado que su distribución no resultó normal, se creó una variable dicotómica donde las personas que presentaron entre 0 y <0,1 fueron consideradas sin discapacidad funcional y las personas con valores a partir de 0,1 fueron consideradas con discapacidad funcional.

Para evaluar el efecto de la comorbilidad entre grupos de trastornos (trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o enfermedades físicas crónicas) se realizaron modelos de regresión lineal (MCS-12 y PCS-12) y de regresión logística (WHODAS-II), ajustando por todas las características sociodemográficas evaluadas (edad, sexo, años de educación, estado civil, zona geográfica y situación laboral) e incluyendo las interacciones entre los grupos de trastornos. Una vez exploradas las interacciones, sólo se dejaron en los modelos aquellas que resultaron estadísticamente significativas.

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 y, finalmente, la existencia de dos partes en la entrevista, una primera parte diagnóstica y una segunda parte administrada a todos los sujetos que contestaron afirmativamente a alguna de las preguntas de cribado de tener un trastorno mental más un 25% del resto. Los datos derivados de la WHODAS-II fueron imputados de modo que la totalidad de los individuos que contestaron la segunda parte tuviesen un valor en esta variable. La imputación aplicada fue la siguiente: al 90% de los individuos clasificados como «poco discapacitados», que no contestaron la WHODAS-II, se les imputó con la media del 10% que sí la contestó. Finalmente, los intervalos de confianza fueron ajustados a los pesos empleados, de modo que 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 Windows³⁴.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas y de prevalencia-año de los trastornos mentales y enfermedades físicas crónicas evaluadas. Mientras los trastornos de ansiedad fueron por grupos los más prevalentes, el EDM fue el trastorno mental más prevalente. Las enfermedades físicas

Tabla 1	Características sociodemográficas y clínicas (últimos 12 meses) de la muestra de estudio	
	N	Porcentaje
Muestra total	2.121	100,00
Edad (años)		
18-24	175	15,21
25-34	370	19,74
35-49	556	25,20
50-64	456	19,49
> 64	564	20,36
Sexo		
Hombres	819	48,65
Mujeres	1.302	51,35
Años de educación		
0-11	1.326	58,30
12	121	5,30
13-15	289	15,22
+16	385	21,19
Estado civil		
Casado o viviendo en pareja	1.398	65,34
Casado previamente	350	9,28
Nunca casado	373	25,37
Zona geográfica (habitantes)		
Rural (<10.000)	520	26,64
Urbana media (10.000-100.000)	777	34,69
Urbana grande (>100.000)	824	38,66
Situación laboral		
Trabajando	955	50,40
Estudiante	64	6,73
Ama de casa	381	16,64
Jubilado	490	18,01
Otro	231	8,22
Cualquier trastorno mental	397	8,95 (7,39; 10,5)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	269	4,42 (3,69; 5,15)
Cualquier trastorno de ansiedad	231	6,22 (4,75; 7,69)
Episodio depresivo mayor	247	4,05 (3,36; 4,74)
Distimia	90	1,38 (1,02; 1,74)
TAG	55	0,97 (0,53; 1,42)
Fobia social	28	0,7 (0,36; 1,03)
Fobia específica	106	3,94 (2,58; 5,3)
TPEP	31	0,51 (0,28; 0,74)
Agorafobia	24	0,31 (0,16; 0,45)
Trastorno de angustia	45	0,6 (0,39; 0,8)
Cualquier enfermedad física crónica	1.316	54,03 (50,67; 57,39)
Artritis/reumatismo	617	21,42 (18,94; 23,91)
Dolor de espalda	641	23,7 (21,07; 26,33)
Cefaleas	475	15,5 (13,52; 17,49)
Alergias	254	12,31 (10,06; 14,56)
Hipertensión arterial	388	15,21 (13,03; 17,38)
Asma	130	5,71 (4,13; 7,28)
Diabetes	148	5,8 (4,41; 7,18)

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

crónicas afectaron a un 54,03% de la población, siendo la artritis /reumatismo la más prevalente entre ellas.

La tabla 2 presenta las puntuaciones medias e intervalos de confianza de las escalas del SF-12 y la discapacidad funcional de acuerdo con la WHODAS-II para cada uno de los trastornos mentales y enfermedades físicas crónicas presentes en los últimos 12 meses. Las personas con agorafobia, distimia, TAG, trastorno de angustia, fobia social y EDM presentaron las puntuaciones más bajas en la medida de calidad de vida mental (MCS-12), encontrándose a más de una desviación estándar por debajo de la media de la población. Por grupos de trastornos, los trastornos del estado de ánimo tuvieron un impacto negativo mayor que los trastornos de ansiedad sobre la MCS-12. Por el contrario, ninguna enfermedad física crónica tuvo un impacto significativo sobre esta escala. Con respecto a la escala PCS-12, ninguna enfermedad física crónica y ningún trastorno mental tuvo un impacto significativo sobre ésta. Sólo la distimia y el TPEP presentaron las medias más bajas; sin embargo, ninguna de las dos presentó una desviación significativa respecto a la media poblacional.

Al analizar las puntuaciones medias en la WHODAS-II, trastornos mentales como la distimia, el trastorno de angustia y el TPEP y enfermedades físicas crónicas como la artritis/reumatismo y el dolor de espalda fueron las que mostraron la mayor discapacidad funcional. Por grupos de trastornos, los trastornos del estado de ánimo fueron los que mostraron la mayor discapacidad funcional.

Los análisis de regresión lineal (tabla 3) mostraron que, ajustando por el efecto de las características sociodemográficas y considerando el conjunto de trastornos, el EDM, la fobia social, la distimia, el TAG, el TPEP y el trastorno de angustia tienen un impacto negativo en la calidad de vida mental (MCS-12). Dentro de las enfermedades físicas crónicas, y muy por debajo del impacto de los trastornos mentales señalados, la artritis/reumatismo genera discapacidad funcional. La calidad de vida física (PCS-12) se vio negativamente afectada por enfermedades como la artritis/reumatismo, la diabetes, el dolor de espalda y la cefalea. Sin embargo, la distimia y el TPEP mostraron un impacto negativo superior sobre la PCS-12 que las enfermedades físicas antes descritas.

Los análisis de regresión logística (tabla 3), también ajustados por el efecto de las características sociodemográficas y que consideraron el conjunto de trastornos, mostraron que los trastornos mentales tuvieron un impacto negativo mayor sobre la discapacidad funcional que las enfermedades físicas crónicas. De este modo, trastornos como el EDM o el TPEP aumentaron la discapacidad funcional, superando el impacto negativo de la artritis/reumatismo o el dolor de espalda.

Al explorar el efecto de la comorbilidad entre grupos de trastornos (cualquier trastorno del estado de ánimo, cualquier trastorno de ansiedad y cualquier enfermedad física crónica) sobre las medidas de CVRS y de discapacidad funcional, sólo se observó un efecto estadísticamente significativo

de la interacción entre los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad sobre el componente mental del SF-12 (MCS-12) (β estimada: $-6,73$; intervalo de confianza del 95%: $-10,97$, $-2,52$; $p=0,002$). De este modo, las personas que presentaron algún trastorno del estado de ánimo en comorbilidad con algún trastorno de ansiedad presentaron la peor calidad de vida mental. Ninguna otra interacción resultó significativa para predecir las variables de CVRS o de discapacidad funcional.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio ESEMeD-España permiten establecer que los trastornos mentales, especialmente los del estado de ánimo, tienen un impacto negativo sobre la CVRS, generando además mayor discapacidad funcional (días de trabajo perdidos) que las enfermedades físicas crónicas más frecuentes. Estos resultados son consistentes con datos de estudios realizados en población general y en atención primaria en otros países^{7,8,12,15,16,35} que sugieren que los trastornos depresivos son una de las patologías que generan mayor afectación negativa de la CVRS y que generan la mayor discapacidad funcional (días de trabajo perdidos). Además, los datos son consistentes con estudios previos que sugieren que trastornos de ansiedad como el TAG, el trastorno de angustia, la fobia social y el TPEP ejercen un impacto negativo sobre la CVRS^{9-11,13,14}.

Dentro de los componentes de la CVRS, la mayor afectación se observó en el componente mental. Trastornos como el EDM, la distimia o la fobia social presentaron un efecto negativo significativo y muy superior al observado para cualquiera de las enfermedades físicas crónicas evaluadas. Por su parte, el componente físico de la CVRS se vio afectado negativamente por la artritis/reumatismo, la diabetes y el dolor de espalda. Sin embargo, la distimia y el TPEP mostraron un impacto negativo superior a estas en ese componente. Por lo anterior, es posible establecer que si se tienen en cuenta todos los trastornos mentales y enfermedades físicas evaluadas, los trastornos del estado de ánimo son los que afectan más negativamente la CVRS, en especial su componente mental. Además, el EDM es, dentro de todos los trastornos y enfermedades evaluadas, el que genera la mayor discapacidad funcional (días de trabajo perdidos). Como ya ha sido descrito en estudios previos, los trastornos mentales son una causa importante de absentismo laboral³⁶. Esta relación entre un trastorno mental y el rendimiento laboral pone de manifiesto que la presencia de un trastorno mental no es sólo un problema de salud, sino también un problema económico importante.

Si consideramos que los trastornos mentales, en especial los del estado de ánimo, ejercen un impacto negativo mayor en la CVRS que las enfermedades físicas crónicas, trastornos mentales como el EDM o la distimia serán los determinantes principales de cómo los individuos se sienten acerca de sí mismos, sus vidas y la eficacia de su tratamiento. Si mejorar la CVRS es un objetivo de las políticas sanitarias, nuestros

Tabla 2 Puntuaciones medias en las escalas del SF-12 (MCS-12 y PCS-12) y en la WHODAS-II (discapacidad funcional) en función de los trastornos mentales y enfermedades físicas crónicas en los últimos 12 meses

	Media MCS-12	IC 95 %	Media PCS-12	IC 95 %	Media WHODAS-II	IC 95 %
Muestra total	52,010	(51,46; 52,55)	51,120	(50,65; 51,59)	0,08	(0,07; 0,1)
Cualquier trastorno mental						
No	52,770	(52,21; 53,33)	51,470	(50,99; 51,95)	0,07	(0,06; 0,09)
Sí	44,260	(42,15; 46,37)	47,580	(45,73; 49,44)	0,18	(0,14; 0,22)
Cualquier trastorno del estado de ánimo						
No	52,680	(52,14; 53,23)	51,320	(50,84; 51,8)	0,08	(0,06; 0,09)
Sí	37,410	(35,53; 39,29)	46,880	(45,12; 48,64)	0,27	(0,21; 0,32)
Cualquier trastorno de ansiedad						
No	52,410	(51,85; 52,97)	51,350	(50,88; 51,82)	0,08	(0,06; 0,09)
Sí	45,920	(43,31; 48,52)	47,690	(45,17; 50,2)	0,16	(0,11; 0,21)
Episodio depresivo mayor						
No	52,630	(52,08; 53,17)	51,290	(50,8; 51,77)	0,08	(0,06; 0,09)
Sí	37,310	(35,27; 39,35)	47,230	(45,39; 49,07)	0,27	(0,22; 0,33)
Distimia						
No	52,250	(51,71; 52,79)	51,250	(50,77; 51,72)	0,08	(0,07; 0,09)
Sí	34,700	(31,9; 37,51)	42,320	(39,22; 45,42)	0,36	(0,25; 0,47)
TAG						
No	52,170	(51,63; 52,72)	51,170	(50,69; 51,64)	0,08	(0,07; 0,1)
Sí	34,890	(31,24; 38,53)	46,640	(41,55; 51,73)	0,27	(0,14; 0,41)
Fobia social						
No	52,120	(51,57; 52,66)	51,140	(50,66; 51,61)	0,08	(0,07; 0,1)
Sí	36,230	(28,84; 43,62)	49,130	(44,47; 53,79)	0,21	(0,07; 0,35)
Fobia específica						
No	52,060	(51,5; 52,61)	51,250	(50,79; 51,72)	0,08	(0,07; 0,1)
Sí	50,770	(48,41; 53,14)	48,020	(44,47; 51,57)	0,11	(0,06; 0,15)
TPEP						
No	52,080	(51,53; 52,62)	51,160	(50,69; 51,63)	0,08	(0,07; 0,1)
Sí	38,340	(31,95; 44,73)	43,390	(37,39; 49,39)	0,33	(0,17; 0,49)
Agorafobia						
No	52,060	(51,51; 52,61)	51,130	(50,66; 51,6)	0,08	(0,07; 0,1)
Sí	34,550	(27,58; 41,52)	47,620	(43,1; 52,13)	0,29	(0,1; 0,48)
Trastorno de angustia						
No	52,100	(51,56; 52,65)	51,150	(50,68; 51,62)	0,08	(0,07; 0,1)
Sí	35,940	(31,36; 40,52)	46,210	(41,63; 50,8)	0,36	(0,22; 0,49)
Cualquier enfermedad física crónica						
No	52,960	(52,18; 53,74)	53,550	(52,96; 54,14)	0,05	(0,04; 0,05)
Sí	51,200	(50,47; 51,92)	49,060	(48,39; 49,73)	0,12	(0,09; 0,14)
Artritis/reumatismo						
No	52,470	(51,84; 53,1)	52,780	(52,31; 53,24)	0,06	(0,04; 0,07)
Sí	50,390	(49,42; 51,36)	45,040	(43,83; 46,25)	0,18	(0,14; 0,22)
Dolor de espalda						
No	52,470	(51,86; 53,07)	52,470	(51,98; 52,95)	0,06	(0,05; 0,07)
Sí	50,520	(49,38; 51,66)	46,800	(45,6; 48)	0,16	(0,12; 0,21)
Cefaleas						
No	52,390	(51,78; 53,01)	51,780	(51,29; 52,28)	0,08	(0,06; 0,09)
Sí	49,900	(48,86; 50,94)	47,520	(46,22; 48,81)	0,13	(0,1; 0,16)
Alergias						
No	52,130	(51,56; 52,69)	51,100	(50,6; 51,6)	0,08	(0,07; 0,1)
Sí	51,150	(49,37; 52,93)	51,260	(49,76; 52,77)	0,09	(0,06; 0,11)
Hipertensión arterial						
No	52,060	(51,46; 52,66)	51,960	(51,47; 52,44)	0,07	(0,06; 0,09)
Sí	51,700	(50,71; 52,69)	46,470	(45,14; 47,81)	0,14	(0,1; 0,18)
Asma						
No	52,150	(51,61; 52,68)	51,150	(50,66; 51,63)	0,08	(0,07; 0,1)
Sí	49,660	(46,45; 52,87)	50,740	(48,37; 53,11)	0,09	(0,06; 0,13)
Diabetes						
No	52,000	(51,44; 52,57)	51,500	(51,02; 51,98)	0,08	(0,07; 0,1)
Sí	52,080	(50,09; 54,06)	44,960	(42,72; 47,2)	0,11	(0,05; 0,17)

SF-12: 12-Item Short Form Health Survey; MCS-12: componente mental; PCS-12: componente físico; WHODAS-II: WHO Disability Assessment Schedule; IC: intervalo de confianza; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TPEP: trastorno por estrés posttraumático.

Tabla 3

Modelos de regresión lineal (MCS-12 y PCS-12) y de regresión logística (WHODAS-II) con los trastornos mentales y las enfermedades físicas crónicas como variables independientes¹

	MCS12 Beta estimada univariante	MCS12 Beta estimada múltiple	PCS-12 Beta estimada univariante	PCS-12 Beta estimada múltiple	WHODAS-II Odds ratio univariante	WHODAS-II Odds ratio múltiple
Episodio depresivo mayor	-15,04 (-17,18; -12,89)	-10,15 (-12,35; -7,94)***	-3,59 (-5,3; -1,89)***	-0,29 (-2,03; 1,46)	6,54 (4,4; 9,72)***	3,72 (2,1; 6,6)***
Distimia	-17,08 (-19,89; -14,26)	-7,38 (-10,43; -4,33)***	-7,53 (-10,59; -4,47)*	-4,52 (-7,35; -1,69)**	6,85 (3,78; 12,43)***	1,75 (0,76; 4,03)
TAG	-16,97 (-20,52; -13,42)	-6,85 (-11,2; -2,5)**	-4,42 (-8,46; -0,38)*	-1,65 (-5,89; 2,59)	7,11 (3,51; 14,42)***	1,6 (0,52; 4,95)
Fobia social	-15,76 (-23,08; -8,43)*	-8,16 (-14,15; -2,17)**	-3,34 (-8,02; 1,34)	-0,54 (-6,07; 4,99)	6,29 (2,25; 17,57)***	2,08 (0,34; 12,54)
Fobia específica	-1,02 (-3,32; 1,29)	0,83 (-0,98; 2,64)	-3,71 (-6,48; -0,94)**	-2,97 (-5,64; -0,29)*	1,63 (0,87; 3,05)	1,06 (0,52; 2,15)
TPEP	-13,77 (-20,16; -7,38)*	-5,73 (-11,01; -0,45)*	-7,32 (-13,47; -1,16)*	-4,52 (-10,41; 1,37)	7,38 (3,32; 16,42)***	2,89 (1,17; 7,15)*
Agorafobia	-16,81 (-24,12; -9,5)**	-5,25 (-10,89; 0,38)	-3,29 (-7,4; 0,82)	2,34 (-1,16; 5,83)	4,44 (1,74; 11,32)**	0,87 (0,23; 3,24)
Trastorno de angustia	-15,44 (-20,09; -10,79)	-5,02 (-8,73; -1,3)**	-3,92 (-8,07; 0,23)	-0,2 (-3,98; 3,57)	6,74 (3,29; 13,79)***	2,16 (0,8; 5,79)
Artritis/reumatismo	-2,48 (-3,69; -1,27)**	-1,22 (-2,41; -0,04)*	-5,65 (-7,03; -4,28)**	-3,67 (-5; -2,35)***	4,2 (2,81; 6,27)***	2,83 (1,83; 4,36)***
Dolor de espalda	-1,88 (-3,2; -0,57)**	-0,77 (-2,19; 0,65)	-4,79 (-6,03; -3,56)**	-3,05 (-4,28; -1,83)***	-3,05 (2,01; 4,6)***	1,99 (1,19; 3,34)**
Cefalea	-2,43 (-3,61; -1,26)**	-0,83 (-1,98; 0,32)	-4,07 (-5,3; -2,83)***	-2,38 (-3,53; -1,22)***	2,1 (1,45; 3,04)***	1,16 (0,75; 1,8)
Alergias	-0,6 (-2,4; 1,2)	0,69 (-0,77; 2,15)	-0,93 (-2,36; 0,49)	0,05 (-1,62; 1,73)	1,55 (0,9; 2,65)	1,13 (0,57; 2,23)
Hipertensión arterial	-0,64 (-1,8; 0,51)	-0,08 (-1,18; 1,02)	-2,97 (-4,45; -1,48)**	-1,47 (-2,79; -0,15)*	1,38 (0,86; 2,2)	1,07 (0,66; 1,74)
Asma	-2,31 (-5,43; 0,8)	-0,97 (-3,9; 1,95)	-1,23 (-3,01; 0,56)	-0,04 (-2,07; 1,99)	1,7 (0,88; 3,25)	0,99 (0,47; 2,12)
Diabetes	-0,06 (-2,11; 1,98)	0 (-2,02; 2,02)	-3,79 (-6,02; -1,56)**	-3,58 (-5,7; -1,47)***	0,92 (0,48; 1,79)	0,87 (0,42; 1,78)

¹ Los análisis fueron ajustados por todas las variables sociodemográficas (edad, sexo, años de educación, estado civil, zona geográfica y situación laboral). * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. SF-12: 12-Item Short Form Health Survey; MCS-12: componente mental; PCS-12: componente físico; WHODAS-II: WHO Disability Assessment Schedule; IC: intervalo de confianza; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TPEP: trastorno por estrés postraumático.

datos ponen de relieve la importancia que tiene evaluar y tratar la presencia de trastornos mentales.

A diferencia de otro estudio realizado en población general en Estados Unidos¹⁵, los resultados de España no sugieren que un trastorno del estado de ánimo pueda interactuar con una enfermedad física crónica para empeorar aún más la CVRS. Nuestros datos nos permiten establecer que la interacción entre algún trastorno del estado de ánimo y alguno de ansiedad genera un empeoramiento del componente mental de la CVRS. Considerando que en Europa la comorbilidad entre estos dos grupos de trastornos es elevada³⁷, nos encontramos frente a un amplio grupo de personas cuya CVRS se ve fuertemente afectada.

Los resultados obtenidos deben ser interpretados teniendo en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar es posible que la presencia de un trastorno mental pueda afectar negativamente la autovaloración de la CVRS, especialmente en el caso de las personas con trastornos del estado de ánimo³⁸. Sin embargo, nuestros datos sobre la CVRS vienen corroborados por los datos de discapacidad funcional que puede considerarse como una medida «más objetiva» de la CVRS. En segundo lugar, los datos de este estudio son transversales, por lo que los resultados presentados muestran asociaciones, pero no describen cómo y por qué ocurren estas asociaciones. Así, la asociación entre trastornos mentales, CVRS y discapacidad funcional podría ser resultado del impacto que supone en la discapacidad funcional y la CVRS

padecer una enfermedad mental, pero también puede ser posible que las asociaciones puedan deberse a factores de riesgo compartidos o al efecto de la CVRS y la discapacidad funcional sobre los trastornos mentales. Finalmente puede ser posible que el impacto de los trastornos mentales en la CVRS y la discapacidad funcional fuese sub-estimado debido a que mientras la WHODAS-II y el SF-12 interrogan sobre los últimos 30 días, las prevalencias de los trastornos mentales se refieren al último año. Esto podría disminuir la sensación de afectación negativa de las medidas de calidad de vida.

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 de WMH 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. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA* 1995;273:59-65.
2. Ware JE, Gandek B. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. In *J Ment Health* 1994;23:49-73.
3. Stewart AL, Ware JE, editores. *Measuring functioning and well being: the medical outcomes study approach*. Durham: Duke University Press, 1992.
4. Patrick DL, Erickson P. *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press, 1993.
5. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
6. Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arc Gen Psychiatry* 1992;49:761-8.
7. Wells KB, Stewart A, Hays RD. The functioning and well being of depressed patients: results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989;262:914-9.
8. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1995;274:1511-7.
9. Stein MB, Roy-Byrne PP, Craske MG. Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Med Care* 2005;43:1164-70.
10. Candilis PJ, McLean RY, Otto MW. Quality of life in patients with panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:429-34.
11. Wittchen HU, Fuetsch M, Sonntag H. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry* 2000;15:46-58.
12. Kouzis AC, Eaton WW. Psychopathology and the development of disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:379-86.
13. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:213-18.
14. Katerndahl DA, Realini JP. Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58:153-8.
15. Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL. Depression and health related quality of life. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:799-806.
16. Wittchen HU, Carter RM, Pfister H. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in national survey. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;15:319-28.
17. Stewart A, Greenfield S, Hays RD. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989;262:907-13.
18. Alonso J, Ferrer M, Gandek B. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004;13:283-98.
19. Ware JE jr, Kosinski M, Keller SD. A 12 Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34:220-33.
20. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1171-8.
21. 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.
22. Haro JM, Palacin 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.

23. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19:135-50.
24. Chwastiak L, Von Korff M. Disability in depression and back pain: evaluation of the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS II) in a primary care setting. *J Clin Epidemiol* 2003;56:507-14.
25. Rehm J, Ustun TB, Saxena S, Nelson CB, Chatterji S. On the development and psychometric testing of the WHO screening instrument to assess disablement in the general population. *Int J Meth Psych Res* 1999;8:110-22.
26. 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.
27. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994;28:57-84.
28. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multi-centre WHO/ADAMHA Field Trials {published erratum appears in *Br J Psychiatry* 1992;160:136}. *Br J Psychiatry* 1991;159:645-53.
29. 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).
30. Statistics Netherlands. Blaise developer's guide. Herleen: Department of Statistical Informatics, 1999.
31. Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurements on health information derived from community surveys. *J Public Health Med* 2001;23:179-86.
32. Fan VS, Au D, Heagerty P, Deyo RA, McDonell MB, Fihn SD. Validation of case-mix measures derived from self-reports of diagnoses and health. *J Clin Epidemiol* 2002;55:371-80.
33. National Center for Health Statistics. Evaluation of National Health Interview Survey diagnostic reporting. *Vital Health Stat* 2 1994;120:1-116.
34. SAS Institute Inc, 1999. SAS software, version 8.00, 4th ed. Cary.
35. Ormel J, Vonkorff M, Ustun B. Common Mental Disorders and Disability Across Cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in General Health Care. *JAMA* 1994;272:1741-8.
36. Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:71-7.
37. Alonso J, 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.
38. Ormel J, VonKorff M. Synchrony of change in depression and disability. What next? *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:381-2.