

M. Codony¹
J. Alonso¹
J. Almansa¹
G. Vilagut¹
A. Domingo¹
A. Pinto-Meza²
A. Fernández²
J. Usall²
M. Dolz²
J. M. Haro²

Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España

¹ Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)
Barcelona

² Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental
Fundació Sant Joan de Déu
Barcelona

Introducción. Entre un 17 y un 30% de la población mundial padece algún trastorno mental cada año y sólo una pequeña proporción consultó con los servicios sanitarios en el mismo año. No se dispone de esta información para la población española. Este estudio pretende describir la utilización de servicios sanitarios por motivos relacionados con la salud mental en España e identificar los factores relacionados con esta utilización.

Métodos. ESEMeD-España es un estudio epidemiológico realizado en una muestra representativa de la población general española adulta formada por 5.473 individuos. Se utilizó la versión 3.0 de la *Composite International Diagnostic Interview* para recoger información sobre síntomas de trastornos mentales, utilización de servicios sanitarios por razones relacionadas con la salud mental y tratamientos recibidos durante los 12 meses previos a la entrevista.

Resultados. El 57% de los que tenían un trastorno del estado de ánimo, el 30,3% de los que tenían un trastorno de ansiedad y el 71,7% de los que tenían ambos consultaron a los servicios sanitarios. El psiquiatra fue el tipo de profesional más consultado cuando existía algún trastorno mental, con la excepción del trastorno de ansiedad y la comorbilidad trastorno de ansiedad y trastorno del estado de ánimo. El 30,8% de los que padecían un trastorno mental y consultó no recibió tratamiento. La edad, el sexo, el estado civil y la presencia de trastornos mentales se relacionaron significativamente con la utilización de servicios sanitarios.

Conclusiones. Una gran proporción de individuos afectados por trastornos mentales no consulta a los servicios sanitarios o, consultando, no recibe ningún tipo de tratamiento.

Palabras clave:

Servicios sanitarios. Salud mental. Uso de servicios. Población general. España, CIDI 3.0.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(Suppl. 2):21-28

Mental health care use in the Spanish general population. Results of the ESEMeD-Spain study

Introduction. Between 17% and 30% of the world population suffers from a mental disorder in a given year and only a small proportion of them established contact with health services. This information is not available concerning the Spanish population. This study aims to describe the health services utilization related with mental disorders in Spain, as well as to identify factors related with such utilization.

Methods. The ESEMeD-Spain is an epidemiological study carried out on a representative sample of the Spanish adult general population, with a sample size of 5,473 individuals. We used the Composite International Diagnostic Interview (version 3.0) to collect information concerning mental disorders symptoms, health services utilization related with mental health, and administered treatments, with a 12 months time frame.

Results. 57% of those suffering from a mood disorder, 30.3% of those suffering from an anxiety disorder and 71.7% of those suffering from both contacted health services in the year they suffered the disorder. Psychiatrists were the most frequently consulted professionals when a 12 month mental disorder was present, with the exception of anxiety disorders or comorbid mood-anxiety disorders. A 30.8% of those with any 12 month mental disorder who did consult were not prescribed with any treatment. Variables significantly related to 12 month health services utilization were age, gender, marital status, and mental disorders.

Conclusions. A large proportion of individuals suffering from mental disorders do not use health services or, if indeed use them, do not receive any type of treatment.

Key words:

Health services. Mental health. Use of services. General population. Spain, CIDI 3.0.

Correspondencia:

Jordi Alonso
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)
Edifici PRBB, despatx 145
Carrer del Dr. Aiguader, 88
08003 Barcelona
Correo electrónico: jalonso@imim.es

INTRODUCCIÓN

Durante las última décadas se ha consolidado la percepción que el impacto de los trastornos mentales sobre el conjunto

de la sociedad se ha subestimado¹. Entre un 17 y un 30% de la población mundial padece algún trastorno mental cada año y cerca del 50% lo sufrirá a lo largo de la vida. Los trastornos mentales, de naturaleza crónica y muy incapacitantes, constituyen un importante problema de salud pública y las proyecciones pronostican un aumento de su prevalencia en los próximos años. Se estima que en el año 2020 la depresión mayor será la segunda enfermedad con más carga calculada en años de vida ajustados por calidad (*Disability Adjusted Life Years*, DALY) y el conjunto de las enfermedades mentales supondrá el 15% de toda la carga por enfermedad². Paralelamente, la literatura internacional revela de manera consistente que el grado de atención que reciben los trastornos mentales por parte de los servicios sanitarios es bajo y se han descrito niveles de necesidad no cubierta muy elevados^{1,3-5}.

Durante la década de 1990 se llevaron a cabo reformas de los servicios de atención mental en muchos países con economías desarrolladas⁶. Los dos aspectos fundamentales de estas reformas fueron la «desinstitucionalización» y el acercamiento de la atención psiquiátrica a la comunidad. Sin embargo, el grado de evidencia científica disponible sobre las consecuencias de estas reformas es limitado⁶⁻⁸ y se tiene escasa información sobre la epidemiología de la utilización de servicios sanitarios por razones relacionadas con la salud mental⁸.

En España no se ha estudiado en la población general la utilización de servicios sanitarios por motivos relacionados con la salud mental.

La utilización de servicio sanitarios en la literatura internacional

Uno de los primeros estudios que comparó la utilización de servicios sanitarios de salud mental (definida como haber recibido durante los 12 meses previos a la entrevista tratamiento por parte de un profesional debido a problemas con las emociones o el consumo de sustancias)⁹ reveló grandes variaciones en las tasas de tratamiento en los diferentes países, que oscilaban entre un 7% en Canadá y un 20,2% en Alemania. Aunque la probabilidad de recibir tratamiento se asociaba con la gravedad del trastorno, únicamente entre uno y dos tercios de los individuos con un trastorno mental grave había recibido tratamiento profesional durante el año anterior.

En Europa¹⁰ el estudio ESEMeD detectó tasas de utilización del 25,7% entre aquellas personas con algún diagnóstico DSM-IV en los 12 meses previos a la entrevista.

El estudio ESEMeD en España (ESEMeD-España)¹¹ se enmarca dentro del más amplio ESEMeD-Europa, que a su vez es parte del estudio mundial llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud WMH Survey Initiative¹². El objetivo principal del estudio ESEMeD-España es obtener datos sobre la epidemiología de los trastornos mentales en España.

En el presente artículo se analizan los resultados de utilización de servicios sanitarios por motivos relacionados con

la salud mental en España, con los objetivos de: *a)* estimar la utilización de servicios sanitarios que realizan los individuos afectados por algún trastorno mental por razones relacionadas con su salud mental, y *b)* identificar los factores clínicos y sociodemográficos relacionados con esta utilización.

MÉTODOS

Muestra

El estudio ESEMeD-España es un estudio transversal que utiliza un muestreo estratificado y multifásico en el que se administró una entrevista personal computarizada a una muestra aleatoria y representativa de la población general española mayor de 18 años y no institucionalizada. Los métodos generales de este estudio han sido descritos con más detalle en otras publicaciones^{11,13,14}.

Evaluación de los trastornos mentales

La entrevista se realizó utilizando una versión revisada de la *Composite International Diagnostic Interview*, la CIDI 3.0^{12,15}, un cuestionario computarizado diseñado para ser aplicado por entrevistadores legos utilizando el *software* Blaise¹⁶. La CIDI 3.0 proporciona diagnósticos psiquiátricos según criterios DSM-IV y CIE-10. Para los análisis realizados en este artículo se escogieron los indicadores que aportaban información sobre el período de los 12 meses previos a la entrevista. La CIDI 3.0 está estructurada en dos fases. En la primera fase se realizó un cribado de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad más comunes entre todos los entrevistados. La segunda fase de la entrevista sólo se administró a aquellos individuos que presentaban determinados síntomas de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad y a un 25% aleatorio de aquellos que no los presentaban, e incluía una entrevista en profundidad sobre otros trastornos mentales y otra información adicional. Versiones anteriores de la CIDI han sido evaluadas como fiables y válidas^{15,17}. Además, la CIDI 3.0 ha mostrado un nivel de concordancia adecuado con diagnósticos clínicos estandarizados¹⁸.

Para categorizar el estado de salud mental de los entrevistados las variables utilizadas fueron: *a)* ningún trastorno mental (12 meses), y *b)* cualquier trastorno mental (12 meses). Esta definición incluye los diagnósticos episodio de depresión mayor, distimia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia con o sin trastorno de pánico, trastorno de pánico, trastorno por estrés posttraumático, dependencia del alcohol y abuso del alcohol; *c)* cualquier trastorno de estado de ánimo (12 meses) que incluye los diagnósticos episodio de depresión mayor y distimia, y *d)* un trastorno de ansiedad (12 meses) que incluye el trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia con o sin trastorno de pánico, trastorno de pánico y trastorno por estrés posttraumático, y *e)* un trastorno por uso de alcohol (12 meses).

Utilización de servicios

Todos los entrevistados fueron interrogados sobre cualquier consulta a los servicios sanitarios por motivos relacionados con su salud mental o problemas con sus emociones durante los 12 meses previos a la entrevista. Los entrevistados informaron sobre la utilización de servicios sanitarios en los diferentes niveles de atención (psiquiatra, psicólogo, médico general o cualquier otro profesional sanitario).

En este estudio se consideró «utilización de servicios sanitarios» cualquier contacto con un médico o algún otro tipo de profesional sanitario motivado por algún problema con las emociones o la salud mental en los 12 meses anteriores a la entrevista. Por lo que respecta a los tipos de profesionales consultados, las categorías consideradas fueron: cualquier tipo de servicio sanitario, sólo médico general, psiquiatra (u otro profesional de la salud mental), sólo profesional de la salud mental no psiquiatra (psicólogos, consejeros, etc.), médico general y profesional de la salud mental.

Análisis estadístico

Para este estudio restringimos los análisis a los entrevistados que respondieron las dos partes de la entrevista (N=2.121). Para todos los resultados presentados se muestran las proporciones ponderadas, que restauran la estructura demográfica original de la muestra estudiada. 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 y la probabilidad de selección para la segunda fase de la entrevista. Basándonos en literatura previa sobre condicionantes de la utilización de servicios de salud mental, seleccionamos variables sociodemográficas para estudiar su contribución a la probabilidad de utilización de cualquier servicio sanitario. Esta relación se estudió con dos modelos de regresión logística: uno con toda la muestra y otro sólo con aquellos que padecían cualquier trastorno mental durante los últimos 12 meses. Las variables sociodemográficas utilizadas fueron: edad, sexo, años de estudio, estado civil (casado/viviendo en pareja; previamente casado; nunca casado), lugar de residencia (rural, ciudad mediana, ciudad grande) y el nivel de ingresos (quintiles). Los modelos fueron calibrados mediante el test de Hosmer-Lemeshow, calculándose el área bajo la curva ROC para comprobar la capacidad de discriminación de los modelos.

Se analizaron los datos utilizando la versión 8 del programa SAS™ Para Windows¹⁹ y la versión 8,01 del programa SUDAAN²⁰, un paquete estadístico utilizado para estimar los errores estándar de los datos obtenidos mediante diseños muestrales complejos (multifásicos, estratificados y con pesos diferenciales o clústers).

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 78,6%. En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la mues-

Tabla 1	Características sociodemográficas y clínicas de la muestra	
	Muestra total N=2.121	%
Edad (media)	45,5	
Grupo de edad		
18-24	175	15,2
25-34	370	19,7
35-49	556	25,2
50-64	456	19,5
65 o más	564	20,4
Sexo		
Hombres	819	48,6
Mujeres	1.302	51,4
Años de estudio		
0-12	1.447	63,6
13 o más	674	36,4
Estado civil		
Casado/viviendo en pareja	1.398	65,3
Casado anteriormente	350	9,3
Nunca casado	373	25,4
Lugar de residencia		
Ciudad grande	824	38,7
Ciudad mediana	777	34,7
Rural	520	26,6
Nivel de ingresos (quintiles)		
0-20	399	19,9
20-40	415	20,1
40-60	385	19,9
60-80	439	20,0
80-100	483	20,1

tra. Con una edad media de 45,5 años, el grupo de edad más numeroso fue el de 35 a 49 años (25,2% de la muestra). El 51,4% eran mujeres. El 36,4% tenía más de 13 años de estudio. El 65,3%, de los individuos estaban casados o viviendo en pareja y el 9,3% estaba separado, divorciado o viudo. Cerca del 75% de la muestra vivía en una ciudad (grande o mediana). El 90,8% de los individuos no tenía ningún trastorno de trastorno mental y entre el 9,2% que sí lo tenía los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (6,1%) y los trastornos del estado de ánimo (4,4%).

La tabla 2 muestra el nivel de atención utilizado por aquellos individuos que consultaron a algún profesional sanitario en los últimos 12 meses por motivos relacionados con su salud mental. Puede observarse que el 6,7% de la muestra realizó alguna visita a los servicios sanitarios. Entre las personas con algún trastorno mental en los últimos 12 meses la proporción que consultó fue del 35%. Según el tipo de tras-

Tabla 2	Nivel de atención utilizado por aquellos individuos que consultaron durante los últimos 12 meses por motivos relacionados con la salud mental										
	Muestra global	Cualquier tipo de servicio sanitario		Sólo médico general		Sólo psiquiatra		Sólo profesional de la salud mental no psiquiatra		Médico general y profesional salud mental	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Muestra total	2.121	6,7	5,8-7,8	6,4	4,0-10,1	18,2	14,0-23,3	4,2	1,9-9,1	18,2	14,0-23,3
Ningún trastorno mental (12 meses)	1.721	3,9	3,1-4,8	8,3	4,5-14,8	9,6	5,5-16,2	5,6	1,9-15,4	9,6	5,5-16,2
Cualquier trastorno mental (12 meses)	400	35	28,3-42,3	4,4	2,2-8,6	27,5	20,8-35,4	2,7	1,1-6,8	27,5	20,8-35,4
Cualquier trastorno del estado de ánimo (12 meses)	269	57	49,2-64,5	4,5	2,0-9,5	29,6	21,9-38,8	2,4	0,8-7,4	29,6	21,9-38,8
Cualquier trastorno de ansiedad (12 meses)	221	30,3	22,5-39,5	3,1	1,1-8,4	27	18,0-38,5	3,7	1,3-10,2	27	18,0-38,5
Cualquier trastorno de ansiedad y trastorno del estado de ánimo (12 meses)	93	71,7	60,9-80,5	2,5	0,6-9,9	31,5	19,4-46,8	3,7	0,9-13,9	31,5	19,4-46,8

IC: intervalo de confianza.

torno, el grupo que más consultó fue el que sufría cualquier trastorno del estado de ánimo (57%), aunque la utilización entre aquellos que tenían simultáneamente cualquier trastorno de ansiedad y cualquier trastorno del estado de ánimo fue del 71,7%. El psiquiatra fue el profesional más visitado cuando existía cualquier trastorno mental o cualquier trastorno del estado de ánimo en los últimos 12 meses. En cambio, cuando existía cualquier trastorno de ansiedad o la combinación de cualquier trastorno de ansiedad y cualquier trastorno del estado de ánimo, el profesional más visitado fue el médico general.

Por lo que respecta al tratamiento que recibieron aquellos que habían visitado cualquier servicio sanitario durante los 12 meses previos a la entrevista (tabla 3), más de la mitad de los entrevistados sin ningún trastorno mental recibió algún tipo de tratamiento. El tipo de tratamiento más frecuente fue la farmacoterapia. Entre los individuos en cualquiera de las categorías de trastorno mental, la farmacoterapia osciló entre un 33 y un 37,3% como terapia única y entre un 29,4 y un 32,2% como terapia combinada con alguna forma de terapia psicológica. La terapia psicológica como tratamiento único fue el tipo de terapia administrado con menor frecuencia, oscilando en-

Tabla 3	Tipo de tratamiento recibido por los usuarios de servicios sanitarios en los últimos 12 meses							
	Sólo farmacoterapia		Sólo terapia psicológica		Farmacoterapia y terapia psicológica		Ninguno	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Muestra total	38,7	32,0-45,8	5,5	3,4- 8,7	20,2	15,5-25,9	35,6	29,3-42,5
Ningún trastorno mental (12 meses)	41,8	31,5-53,0	6,4	3,5-11,6	11,7	6,9-19,2	40	30,4-50,4
Cualquier trastorno mental (12 meses)	35,3	27,7-43,7	4,5	2,1- 9,3	29,4	22,2-37,8	30,8	23,1-39,8
Cualquier trastorno del estado de ánimo (12 meses)	37,3	28,7-46,8	5,8	2,7-11,8	32,2	24,3-41,4	24,7	16,8-34,7
Cualquier trastorno de ansiedad (12 meses)	33	23,0-44,8	0,9	0,2- 3,9	27,1	17,4-39,5	39	27,6-51,7
Cualquier trastorno de ansiedad y trastorno del estado de ánimo (12 meses)	36	22,8-51,6	1,5	0,3- 6,3	32	19,9-47,1	30,6	17,4-47,8

IC: intervalo de confianza.

tre 0,9% para aquellos con algún trastorno de ansiedad y el 5,8% para aquellos con algún trastorno del estado de ánimo. El 30,8% de los que presentaron cualquier trastorno mental no recibió ningún tipo de tratamiento. Este valor alcanzó el 39% entre aquellos con cualquier trastorno de ansiedad.

En la tabla 4 se muestran los dos modelos de regresión logística construidos para determinar la contribución de las diferentes variables sociodemográficas y clínicas sobre la utilización de servicios sanitarios por motivos relacionados con la salud mental. Teniendo en cuenta la totalidad de la muestra (primer modelo), nuestros resultados sugieren una tendencia a una mayor probabilidad de utilización de servicios a mayor edad, aunque esta tendencia no se cumplió para los más ancianos. Las mujeres mostraron una *odds ratio* (OR) para la utilización de servicios sanitarios del doble que la de los hombres. El estado civil también explicó parte de la variabilidad en la utilización de servicios, con OR mayores entre aquellos que habían estado casados en el pasado y aquellos que no lo habían estado nunca. La presencia de cualquier trastorno de ansiedad (OR: 4,7; intervalo de confianza [IC] 95%: 2,9-7,8) y, en mayor medida, la presencia de cualquier trastorno del estado de ánimo (OR: 21,6; intervalo de confianza [IC] 95%: 14,1-33,0) se asociaron significativamente con la utilización de los servicios sanitarios.

Entre aquellos con cualquier trastorno mental (segundo modelo) la situación fue similar, aunque existen algunas diferencias que merecen ser destacadas. A pesar que la edad mantiene su asociación con la utilización de servicios, no se detecta ningún tipo de gradiente en la estimación de las OR. El estado civil fue otra variable que resultó significativa, con una mayor probabilidad de utilización de servicios entre aquellos que nunca habían estado casados. La presencia de cualquier trastorno de ansiedad (OR: 3,3; IC 95%: 1,6-6,6) y de cualquier trastorno del estado de ánimo (OR: 14,8; IC 95%: 6,9-32,0) también se asoció con la utilización de servicios sanitarios.

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada el 9,2% de los individuos presentó algún trastorno mental en los 12 meses previos a la entrevista. El 35% de los afectados por algún trastorno mental contactó con los servicios sanitarios durante el último año. Este porcentaje ascendió al 57% para los individuos con trastornos del estado de ánimo y al 71,7% para los individuos que presentaron trastornos del estado de ánimo y de ansiedad comórbidos.

El psiquiatra (de manera exclusiva o junto al médico general) fue el tipo de profesional sanitario más frecuentemente consultado para todas las condiciones en las que había algún trastorno mental excepto cuando había algún trastorno de ansiedad o comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad. En estos dos últimos casos se consultó más frecuentemente al médico general.

Tabla 4	Características sociodemográficas y clínicas de la muestra			
	Muestra total		Cualquier trastorno mental	
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Edad (años) (categoría de referencia: 18-24)				
25-34	3,4	1,-7,6	1,5	0,5-4,2
35-49	8,2	3,8-17,4	4,5	1,6-12,5
50-64	9,4	4,2-21,3	4,4	1,5-13,4
65 o más	7,0	3,0-16,7	4,1	1,2-14,5
Sexo (categoría de referencia: hombres)				
Mujeres	2,0	1,3-2,9	1,0	0,5- 2,0
Años de estudio (categoría de referencia: 0-12 años)				
13 y más años de educación	1,3	0,8- 2,0	1,1	0,5- 2,1
Estado civil (categoría de referencia casado o vive con alguien)				
Casado anteriormente	1,6	1,0- 2,7	1,7	0,8- 3,3
Nunca casado	1,9	1,1- 3,3	2,1	1,0- 4,5
Lugar de residencia* (categoría de referencia ciudad grande)				
Ciudad mediana	0,8	0,6- 1,3	0,8	0,4- 1,5
Rural	1,1	0,7- 1,7	1,1	0,5- 2,5
Nivel de ingresos (quintiles) (categoría de referencia: 0-20)				
20-40	0,6	0,4- 1,1	0,6	0,3- 1,3
40-60	0,9	0,5- 1,6	1,0	0,4- 2,5
60-80	0,6	0,3- 1,0	0,7	0,3- 1,9
80-100	1,4	0,8- 2,4	1,1	0,4- 2,8
Cualquier trastorno de ansiedad (12 meses) (categoría de referencia: no)				
Si	4,7	2,9- 7,8	3,3	1,6- 6,6
Cualquier trastorno del estado de ánimo (12 meses) (categoría de referencia: no)				
Si	21,6	14,1-33,0	14,8	6,9-32,0
Cualquier trastorno de uso de alcohol (12 meses) (categoría de referencia: no)				
Si	0,4	0,1- 3,8	0,2	0,0- 2,1
Hosmer-Lemeshow CHI-Sq	0,245		0,004	
Hosmer-Lemeshow WALD	0,046		0,048	

*Utilizando datos del censo nacional se definió un punto de corte para los tamaños de las poblaciones de residencia de 10.000 habitantes, por encima del cual la población se definió como «ciudad» y por debajo del cual se definió como «rural». Se utilizó un segundo punto de corte (100.000 habitantes) para diferenciar «ciudad grande» de «ciudad mediana». OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

Cerca de un 4% de los individuos sin ningún trastorno mental consultó con los servicios sanitarios. Esto, que podría representar una utilización inadecuada de servicios, también podría deberse a que estas personas podrían padecer trastornos que no alcanzaron el nivel diagnóstico o porque consultaron por trastornos padecidos en años previos al de la entrevista.

La terapia administrada con mayor frecuencia fue la farmacológica, fuese como terapia única o en combinación con alguna forma de terapia psicológica. Casi el 21% de los que presentaron cualquier trastorno mental y consultaron a los servicios sanitarios no fueron tratados.

Considerando que éste es el primer estudio sobre utilización de servicios sanitarios por problemas psiquiátricos llevado a cabo en España sobre una muestra representativa de la población general, la comparación con otros estudios españoles no es posible. También son escasos los estudios empíricos de ámbito español que hayan analizado la utilización de servicios debido a los trastornos mentales y los que se encuentran publicados se han centrado en poblaciones muy restringidas^{21,22}. Si comparamos nuestros resultados con los de estudios internacionales similares observamos que la prevalencia anual de utilización de servicios sanitarios por razones relacionadas con la salud mental en la población general fue del 12% en Estados Unidos²³, del 7% en Canadá²⁴ y del 13% en Holanda⁹. Nuestros resultados ofrecen estimaciones inferiores que podrían atribuirse a diferencias en los instrumentos utilizados en cada estudio, a diferencias culturales que afecten a las conductas de obtención de ayuda de los individuos o a diferencias en los sistemas sanitarios y niveles de cobertura de la salud mental de cada país²⁵.

Necesidades no cubiertas

Un dato relevante de nuestro estudio es la elevada proporción de individuos afectados por trastornos mentales que no recibe ningún tipo de atención sanitaria o que visitándose no recibe tratamiento. Los estudios sobre necesidades no cubiertas en pacientes con trastornos mentales son escasos y generalmente se centran en pacientes que pertenecen a categorías diagnósticas específicas. La Camberwell Needs for Care Survey²⁶ identificó un 10,4% de sujetos con necesidad de tratamiento en un período de tiempo de un año, de los cuales únicamente el 32,4% era necesidad cubierta. Un 14% de las necesidades fueron consideradas imposibles de satisfacer en el momento en que se realizó el estudio. Otros estudios, que evaluaron colectivos específicos (personas «sin techo», pacientes psicóticos, pacientes ambulatorios), también han identificado niveles muy elevados de necesidades no cubiertas²⁷⁻²⁹. Otros estudios coinciden en identificar niveles de necesidad no cubierta elevados³⁰⁻³³.

Limitaciones del estudio

El estudio ESEMeD-España es un estudio transversal, lo que no permite establecer relaciones de causalidad entre las

variables estudiadas. En un estudio longitudinal holandés, que utilizó una versión anterior del cuestionario CIDI 3.0, muchas de las asociaciones citadas en la literatura entre diferentes variables sociodemográficas y la utilización de servicios no se mantuvieron al situar el foco sobre la utilización incidente, alertando sobre la necesidad de diferenciar entre prevalencia e incidencia de utilización³². En el estudio holandés, ni la presencia de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, ni la edad ni el estado civil explicaron la incidencia de servicios. Esta asociación, sin embargo, sí existía cuando la variable dependiente era la frecuencia de utilización de servicios. Estos resultados llevaron a los autores a concluir que los determinantes de la prevalencia de utilización descritos habitualmente en la literatura, basados en diseños transversales, tienen más relación con la frecuencia de utilización que con su incidencia. Sin embargo, desde un punto de vista de planificación de recursos sanitarios es importante entender los factores relacionados con la prevalencia y frecuencia de utilización de servicios sanitarios.

Otra limitación relacionada con la naturaleza transversal de nuestro estudio es la posibilidad de que exista un sesgo de memoria cuando se les pide a los individuos entrevistados que rememoren sucesos distantes en el tiempo, como la aparición de los primeros síntomas relacionados con trastornos mentales o sus contactos sanitarios. Hemos tratado de reducir la importancia de este sesgo con un interrogatorio en tres fases sucesivas diseñadas para mejorar la precisión del recuerdo evocado³³. Además, dado que nos hemos centrado en un marco temporal de la utilización de servicios de los 12 meses previos a la entrevista no creemos que nuestros resultados se alejen demasiado de la realidad^{34,35}.

El hecho de que nuestros datos se basen en la declaración de los entrevistados introduce la posibilidad de que exista un sesgo de cortesía, aunque experiencias previas recogidas en la literatura sugieren que la declaración de síntomas propios, cuando de hecho existe algún trastorno mental, es fiable³³.

Implicaciones

Nuestros resultados sugieren, por primera vez en la población general española, elevados niveles de necesidad de tratamiento de trastornos mentales no cubierta. Estos datos deben refinarse en futuros estudios que consideren la gravedad de las enfermedades, la adecuación del tratamiento y la necesidad percibida por los individuos, así como el papel que debe desempeñar la atención primaria en el manejo del enfermo con trastornos mentales^{36,37}.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto financiado por: Comisión Europea (QLG5-CT-1999-01042 y SANCO 2004123), Fondo de Investigación Sa-

nitaria (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 el 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 don José Luis Vázquez-Barquero.

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

BIBLIOGRAFÍA

- Andrews G, Henderson S. Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses, 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- Ustun TB. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health*. 1999;89:1315-8.
- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:357-76.
- 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* 2004;291:2581-90.
- Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental health care in Europe. Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Br J Psychiatry* 2006 (en prensa).
- Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15:187-92.
- Saltman RB, Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Aff* 1998;17:85-108.
- Jenkins R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:2-14.
- Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003;22:122-33.
- 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* 2004(420):47-54.
- Haro J, Palacin C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:182-91.
- 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.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert 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 Suppl* 2004(420):8-20.
- Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55-67.
- Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994;28:57-84.
- Statistics Netherlands. Blaise developer's guide. Herleen: Department of Statistical Informatics; 1999.
- 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 Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (published erratum appears in *Br J Psychiatry* 1992;160:136). *Br J Psychiatry* 1991;159:645-53.
- 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).
- SAS Institute inc. SAS® software. 1999; Accessed 8.00. 4.
- Shah FV, Barnwell BG, Bieler GS. SUDAAN User's Manual Release 8.0.1, 1997.
- Roca-Bennasar M, Gili-Planas M, Ferrer-Perez V, Bernardo-Arroyo M. Mental disorders and medical conditions: a community study in a small island in Spain. *J Psychosom Res* 2001;50:39-44.
- Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabases J, Madoz V, Vazquez-Barquero JL. Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *Br J Psychiatry* 1998;173:334-40.
- Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:629.
- Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a cli-

- nical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-23.
25. Priebe S. Why compare mental health care in European capitals? *Eur Psychiatry* 2005;20(Suppl. 2):S265.
 26. Bebbington P. The need for psychiatric treatment in the general population. En: Andrews G, Henderson S, editores. *Unmet Need In Psychiatry* Cambridge: Cambridge University Press, 2000; p. 85-96.
 27. McNulty SV, Duncan L, Semple M, Jackson GA, Pelosi AJ. Care needs of elderly people with schizophrenia. Assessment of an epidemiologically defined cohort in Scotland. *Br J Psychiatry* 2003;182:241-7.
 28. Ringeisen H, Oliver KA, Menvielle E. Recognition and treatment of mental disorders in children: considerations for pediatric health systems. *Paediatr Drugs* 2002;4:697-703.
 29. Vazquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:523-30.
 30. Lasalvia A, Stefani B, Ruggeri M. I bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una revisione sistematica della letteratura. I. Concetti generali e strumenti di valutazione. I bisogni di servizi. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2000;9:190-213.
 31. Lasalvia A, Stefani B, Ruggeri M. I bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una revisione sistematica della letteratura. II. I bisogni di cura individuali. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2000;9:282-307.
 32. Ten Have M, Vollebergh W, Bijl RV, de Graaf R. Predictors of incident care service utilisation for mental health problems in the Dutch general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:141-9.
 33. Kessler RC, Wittchen HU, Abelson J, McGonagle K, Schwarz N. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey (NCS). *Int J Methods Psychiatr Res* 1998;7:33-53.
 34. Rhodes AE, Lin E, Mustard CA. Self-reported use of mental health services versus administrative records: should we care? *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:125-33.
 35. Ritter PL, Stewart AL, Kaymaz H, Sobel DS, Block DA, Lorig KR. Self-reports of health care utilization compared to provider records. *J Clin Epidemiol* 2001;54:136-41.
 36. Mechanic D. Policy challenges in improving mental health services: some lessons from the past. *Psychiatr Serv* 2003;54:1227-32.
 37. Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull World Health Organ* 2000;78:464-74.