



Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados?

Ander Retolaza

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo promover a la difusión de resultados y realizar algunos comentarios sobre los mismos referidos a un importante estudio epidemiológico centrado en los trastornos psiquiátricos comunes. Dicho estudio ha sido realizado en varios países europeos, incluida España, en fechas recientes.

Palabras Clave: carga global de enfermedad, epidemiología, trastornos mentales, prevalencias, factores asociados.

En la era de la globalización y de la economía de mercado a gran escala, el estado de salud de las poblaciones no puede ser expresado ni juzgado correctamente en términos centrados exclusivamente en las estadísticas de mortalidad. La discapacidad juega, hoy en día, un papel fundamental a la hora de establecer el grado de salud de las personas o los costos, directos o indirectos, que genera el mantenerlo en niveles óptimos. En su estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (1996) la OMS ya encontró que las patologías psiquiátricas emergían con una gran fuerza entre el resto de enfermedades, cuando se trataba de dar cuenta del estado de salud de las poblaciones. Los trastornos psiquiátricos, dada su mayor cronicidad en referencia a otras patologías, explican, por sí solos, más del 15% del

total de cargas por enfermedad en las economías desarrolladas de mercado. Esta cifra supera la causada por el total de casos de cáncer.

Este artículo tiene como objetivo promover a la difusión de los resultados (y realizar algunos comentarios en torno a los mismos) de un importante estudio epidemiológico centrado en los trastornos psiquiátricos comunes. Dicho estudio ha sido realizado en varios países europeos, incluida España, en fechas recientes. Centraré mis comentarios en las dos publicaciones que pueden verse en la bibliografía que acompaña al presente artículo. Ambas proceden del proyecto denominado ESEMeD, acrónimo que identifica el conocido internacionalmente como European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. El



primero de los artículos ofrece datos promediados referidos a todos los países incluidos en el estudio, mientras que el segundo desglosa los referidos a España, lo que permite realizar algunas comparaciones entre uno y otro.

I.-Resultados del estudio ESEMeD-Europa

El estudio principal se ha realizado en seis países europeos: Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia y se ha centrado en la población adulta mayor de 18 años. La selección de participantes se realizó mediante muestreo estratificado, teniendo en cuenta la población de cada país y el tamaño de los municipios de residencia de los entrevistados. A fin de facilitar la cumplimentación de las entrevistas, y para evitar errores de bulto, se excluyeron personas que manifestaron dificultades para expresarse en el idioma principal de cada país. Este criterio dejó fuera a un importante grupo de emigrantes, sobre todo de primera generación, que no dominaban la lengua en cuestión. Al objeto de facilitar la selección muestral y el trabajo de campo se decidió trabajar con poblaciones censadas por lo que las entrevistas se realizaron en los domicilios de residencia de los encuestados, lo que también excluyó a todas las personas sin domicilio fijo: transeúntes, indocumentados y personas institucionalizadas.

Tal y como se viene realizando en la mayor parte de estudios epidemiológicos de los últimos años, se optó por entrevistadores legos (es decir, no profesionales) debidamente entrenados, que manejaron un formato muy estructurado y cerrado de entrevista. Esta consistió en una nueva versión del CIDI (Composite International Diagnostic Interview) de acuerdo con diagnósticos DSM-IV referidos al último año o a toda la vida del sujeto. Por motivos de validez del estudio no se incluyeron varias categorías importantes de trastorno mental debido, entre otras cosas, a su relativamente escasa presencia en la muestra estudiada. Así no se evaluaron en este trabajo los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos alimentarios,

abuso de drogas, trastornos infanto-juveniles, ni trastornos psicóticos. Se excluyeron también todos los casos en cuyos síntomas no podía descartarse una etiología orgánica. En consecuencia un porcentaje de personas que cumplían criterios de trastorno de ansiedad generalizada (5,06%) o trastorno de pánico (12,68%) fueron descartadas porque sus síntomas podían ser atribuidos a una enfermedad médica más que a un trastorno mental.

Se desprende de la metodología utilizada que se ha utilizado un criterio muy restrictivo para la selección de casos. Ello indica que los datos aportados, debido a las características del estudio son de *mínimos*, es decir, que aprecian un porcentaje de trastornos, probablemente más bajo que el realmente existente. Vemos que no se ha estudiado población infantil, ni adolescente y que gran parte de la población inmigrante y toda la institucionalizada no ha sido incluida.

Aún así cabe afirmar que, en general, los trastornos mentales son frecuentes entre la población (tablas 1 y 2). Aproximadamente una de cada cuatro personas había padecido algún tipo de trastorno a lo largo de su vida y una de cada diez lo sufrió en el último año. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de padecer cualquier trastorno del humor o de ansiedad en el último año. Los hombres tienen más probabilidades de tener trastornos derivados del abuso de alcohol. Los desempleados, las personas con discapacidad o de baja por enfermedad y las personas que nunca han estado casadas, o lo han estado previamente, pero no en el momento actual, tienen más probabilidades de padecer un trastorno mental que el resto. Las tasas más altas de trastornos fueron halladas en el grupo de población más joven (18-24 años). Estas tasas disminuyen claramente con el aumento de la edad.

A diferencia de otros estudios no se ha encontrado una asociación clara entre un bajo



nivel de educación y una mayor presencia de trastornos mentales. Las personas con mayor nivel educativo presentaron mayor probabilidad de padecer trastornos por abuso de alcohol y menor de padecer trastornos del humor. Las personas que viven en grandes áreas urbanas tuvieron un ligero, pero consistente, incremento de riesgo de padecer trastorno mental (depresión, ansiedad, abuso de alcohol) respecto a las de áreas rurales. Finalmente las personas en situación de paro se asociaron a un riesgo incrementado de padecer cualquier tipo de trastorno mental, sobre todo los trastornos del humor y los problemas relacionados con el abuso de alcohol.

Los resultados de este estudio muestran cifras algo más bajas que las aportadas por otros trabajos previos. Se han utilizado criterios más conservadores para definir el abuso de alcohol. Además la nueva versión del CIDI produce menos falsos positivos. Se trata del primer estudio de gran magnitud que se ha lle-

vado acabo simultáneamente en varios países europeos con una misma metodología, lo que permite establecer comparaciones mejor fundadas. La muestra estudiada fue de 21.425 personas entrevistadas. El universo representado es de 212 millones de personas que es la suma de la población de los países estudiados. Como vemos las estimaciones arrojan cifras impresionantes. En cifras absolutas, en este grupo de países unos 20 millones de personas han padecido algún tipo de trastorno mental durante el último año, de los cuales algo más de 12 millones experimentaron trastornos de ansiedad y más de 9 millones fueron trastornos depresivos, mientras que casi 3 millones de personas padecieron trastornos relacionados con el uso del alcohol. Unos 51 millones de personas que residen en estos seis países han experimentado algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. De ellos más de 28 millones han sido trastornos del humor, 26 millones de ansiedad y unos 10 millones por abuso de alcohol.

PREVALENCIA VIDA % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	21,6 (20,5–22,7)	28,1 (27,0–29,2)	25,0 (24,2–25,9)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	9,5 (8,7–10,3)	18,2 (17,3–19,1)	14,0 (13,4–14,6)
Cualquier trastorno de ansiedad	9,5 (8,7–10,3)	17,5 (16,6–18,4)	13,6 (13,0–14,2)
Cualquier trastorno por consumo de OH	9,3 (8,5–10,1)	1,4 (1,1–1,7)	5,2 (4,8–5,6)
Depresión Mayor	8,9 (8,2–9,6)	16,5 (15,6–17,4)	12,8 (12,2–13,4)
Distimia	2,6 (2,2–3,0)	5,6 (5,1–6,1)	4,1 (3,7–4,5)
Fobia específica	4,9 (4,3–5,5)	10,3 (9,5–11,1)	7,7 (7,2–8,2)
Abuso de alcohol	7,4 (6,7–8,1)	1,0 (0,8–1,2)	4,1 (3,7–4,5)

Tabla 1: Prevalencia vida de trastornos mentales en seis países europeos (2004).



PREVALENCIA 12 MESES % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	7,1 (6,4–7,8)	12,0 (11,2–12,8)	9,6 (9,1–10,1)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,8 (2,3–3,3)	5,6 (5,1–6,1)	4,2 (3,8–4,6)
Cualquier trastorno de ansiedad	3,8 (3,3–4,3)	8,7 (8,0–9,4)	6,4 (6,0–6,8)
Cualquier trastorno por consumo de OH	1,7 (1,4–2,0)	0,3 (0,2–0,4)	1,0 (0,8–1,2)
Depresión Mayor	2,6 (2,2–3,0)	5,0 (4,5–5,5)	3,9 (3,6–4,2)
Distimia	0,8 (0,6–1,0)	1,5 (1,2–1,8)	1,1 (0,9–1,3)
Fobia específica	1,9 (1,5–2,3)	5,0 (4,5–5,5)	3,5 (3,2–3,8)
Abuso de alcohol	1,3 (1,0–1,6)	0,2 (0,1–0,3)	0,7 (0,6–0,8)

Tabla 2: Prevalencia año de trastornos mentales en seis países europeos (2004).

2.-Resultados del estudio ESEMeD-España

Se trata del primer estudio que ha evaluado la presencia de trastornos mentales en una muestra de población general adulta en España. Al objeto de conseguir una adecuada representación en la muestra de cada una de las Comunidades Autónomas y de las poblaciones de residencia, la selección muestral se realizó de forma estratificada por comunidad autónoma y tipo de municipio. En este último caso la tipología considerada fue el tamaño del municipio. Se estratificó la muestra en cuatro grupos: menos de 10.000 habitantes; entre 10.001 y 50.000; entre 50.001 y 250.000 y mayores de 250.000. Esta forma de proceder permite realizar una estimación adecuada sobre las posibles diferencias entre medio rural y urbano.

Vemos en las tablas 3 y 4 que los trastornos mentales son también muy frecuentes en nuestro país cuando lo observamos de forma aislada de los del resto del estudio. La mayoría de los trastornos tienen una frecuencia y distribución, en grandes líneas, similar a la encontrada

en el estudio europeo. Tampoco hubo diferencias significativas en lo referente a la mayor parte de las variables socio-demográficas asociadas a los distintos trastornos. Las mujeres, las personas jóvenes, los que tienen menor nivel educativo y los desempleados son grupos con mayor riesgo de padecer trastornos mentales y precisan una mayor cobertura sanitaria. Sin embargo la prevalencia encontrada es inferior a la que podemos observar para el conjunto de los seis países. Aproximadamente uno de cada cinco entrevistados (frente a uno de cada cuatro en el estudio general) en lo que se refiere a la prevalencia vida. El estudio ESEMeD-Italia muestra también unas cifras de prevalencia algo más bajas que el resto. Surge la hipótesis, cuya verosimilitud y alcance debe ser aún investigada, de que los trastornos mentales pudieran tener una menor prevalencia en los países mediterráneos que en los del Norte de Europa.

Este estudio también muestra una tasa de trastornos menor que las encontradas en otros



desarrollados en España con anterioridad. Aunque estas comparaciones están muy limitadas, dado que existen importantes diferencias metodológicas (selección muestral, características de la entrevista psiquiátrica, probabilidad de falsos positivos, etc...) que no permiten hacer comparaciones de una forma adecuada. Puede sorprender la baja prevalencia anual encontrada para el abuso de alcohol, muy inferior —además— a la prevalencia vida para este mismo diagnóstico. Quizá la causa pueda residir en que se ha empleado el criterio diagnóstico del DSM-IV, que es muy restrictivo y no basa sólo la definición de abuso en la cantidad consumida.

La relación entre prevalencia año y prevalencia vida puede considerarse un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno. En este estudio se observa que los trastornos de ansiedad son algo más frecuentes que los depresivos cuando observamos la prevalencia año y ocurre a la inversa cuando lo hacemos con la prevalencia vida. Esto podría

indicar una mayor cronicidad de los trastornos de ansiedad (relación prevalencia año/vida) frente a los depresivos, que podrían tener un curso más episódico.

3.-Comentarios

El gran tamaño de la muestra estudiada y su representatividad respecto a las poblaciones de referencia son dos de los puntos fuertes de este proyecto. Junto a ello hay que destacar que la metodología empleada, al ser la misma en todos los casos, permite, por primera vez, unas comparaciones muy ajustadas. Las limitaciones del estudio derivan también de estas fortalezas. Debido a la necesidad de aquilatar costos y tratándose de una muestra tan grande, se hace casi forzada la decisión de utilizar entrevistadores legos, lo que —a su vez— obliga a utilizar entrevistas de formato muy rígido en las que el evaluador puede tomar muy pocas decisiones. Debido a ello el presente trabajo se ha limitado a recoger información sobre aquellos trastornos en los que el CIDI ha mostrado una

PREVALENCIA VIDA % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	15,7 (13,86–17,48)	22,93 (21,09–24,78)	19,46 (18,09–20,82)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	6,71 (5,49–7,93)	15,85 (14,34–17,36)	11,47 (10,45–12,49)
Cualquier trastorno de ansiedad	5,71 (4,57–6,85)	12,76 (11,24–14,29)	9,39 (8,41–10,37)
Cualquier trastorno por consumo de OH	6,47 (5,23–7,71)	0,96 (0,52–1,40)	3,60 (2,95–4,25)
Depresión Mayor	6,29 (5,10–7,48)	14,47 (13,03–15,90)	10,55 (9,57–11,54)
Distimia	1,85 (1,22–2,48)	5,29 (4,32–6,27)	3,65 (3,06–4,24)
Fobia específica	2,32 (1,60–3,05)	6,54 (5,38–7,69)	4,52 (3,82–5,23)
Abuso de alcohol	6,38 (5,16–7,61)	0,95 (0,51–1,39)	3,55 (2,91–4,19)

Tabla 3: Prevalencia vida de trastornos mentales en España (2006).



PREVALENCIA AÑO % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	5,25 (4,17–6,33)	11,44 (10,02–10,86)	8,48 (7,53–9,42)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,33 (1,61–3,04)	6,25 (5,20–7,30)	4,37 (3,71–5,04)
Cualquier trastorno de ansiedad	2,53 (1,74–3,31)	7,61 (6,41–8,80)	6,20 (4,63–7,77)
Cualquier trastorno por consumo de OH	1,38 (0,78–1,99)	0,05 (0,00–0,12)	0,69 (0,40–0,98)
Depresión Mayor	2,15 (1,45–2,85)	5,62 (4,66–6,59)	3,96 (3,34–4,59)
Distimia	0,52 (0,22–0,81)	2,38 (1,69–3,07)	1,49 (1,10–1,88)
Fobia específica	1,19 (0,68–1,70)	4,20 (3,23–5,16)	3,60 (2,82–4,38)
Abuso de alcohol	1,38 (0,78–1,99)	0,05 (0,00–0,13)	0,69 (0,40–0,98)

Tabla 4: Prevalencia año de trastornos mentales en España (2006).

muy buena validez. Por otro lado se trata de un estudio transversal y, a pesar de las estrategias desarrolladas para evitar sesgos, no se puede excluir que las personas que no contestaron a la entrevista tuvieran diferencias, en cuanto a la frecuencia de trastornos mentales, respecto a las que sí lo hicieron. Con todo, los resultados parecen muy válidos, son de una gran solidez y revisten una gran trascendencia.

A la luz de los mismos resulta evidente que no estamos bien preparados para atender de una manera efectiva y eficiente a este enorme grupo de problemas psiquiátricos que, a diario, se nos presentan en las consultas y servicios de urgencia hospitalarios. Ni la organización actual de nuestro sistema asistencial, ni el énfasis en la preparación y formación, respecto a este tipo de trastornos, de una gran parte de los profesionales parecen los más adecuados. Para empezar, y dado su gran volumen y escasa severidad, en su mayoría se trata de casos que son y van a ser atendidos en Centros de Salud General por médicos de familia y no en Cen-

tros de Salud Mental por psiquiatras o psicólogos. Esto exige una formación y disponibilidad de recursos (empezando por un tiempo de consulta suficiente) adecuadas por parte de los médicos generalistas y debiera suponer un tipo de coordinación y trabajo intersectorial entre Servicios de Salud Mental y de Atención Primaria que, en la actualidad, o no se da en absoluto o se da de una manera muy insuficiente. Los planes de formación pre y postgraduados de médicos de familia y psiquiatras tampoco parecen tener en cuenta de forma definitiva estas necesidades. A lo anterior hay que añadir que existe cada vez mayor evidencia publicada señalando que determinadas técnicas psicoterapéuticas, como la Terapia Interpersonal o la Cognitivo-conductual son especialmente eficaces en el tratamiento de muchos de estos trastornos. Sin embargo la escasez de tiempo y de personal debidamente entrenado en estas técnicas hace que, en la actualidad, sean aplicadas de una manera muy escasa y deficiente. Lo habitual, en caso de que el paciente acceda a tratamiento (lo que muchas veces no ocurre),



es hipertrofiar los tratamientos farmacológicos como única solución, lo que —como ya sabemos— no produce unos resultados satisfactorios y multiplica los costes económicos que el sistema sanitario podría dedicar a otras necesidades.

Por último se trata de un territorio complicado en el que muchos médicos de familia y psiquiatras no se encuentran a gusto por considerarlo difícil y fuera de su cometido los primeros, o de menor entidad los segundos. Suele ser muy común despachar este tipo de problemas con la etiqueta, un tanto peyorativa, de trastornos menores, en la opinión de que los auténticos trastornos mentales son otros. Los resultados del estudio ESEMeD nos confirman, una vez más, que este tipo de casos vienen asociados a problemas psico-sociales muy extendidos, relacionados con dificultades en la salud, la vida familiar y el trabajo de las personas. Ello hace que sus formas de presentación generen dudas entre los profesionales sobre su auténtica naturaleza (psiquiátrica o social). A lo anterior hay que añadir que nuestras actuales nosografías no son lo suficientemente sensibles para muchos de estas entidades que, con gran

frecuencia, presentan fases y/o episodios subumbral, en los que los síntomas son escasos en número, menos graves o de menor duración y no cumplen todos los requisitos diagnósticos requeridos en aquéllas. Sin embargo, a pesar de ello, generan importantes demandas asistenciales.

Recientes investigaciones epidemiológicas sobre la depresión menor, aún no aceptada en las clasificaciones, han dejado claro que sujetos con depresión subumbral tienen un riesgo más elevado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. La siguiente cuestión será examinar las características diferenciales de las personas que llegan a padecer finalmente el episodio de depresión mayor respecto a las que no lo padecerán. Se trata de un campo aún por investigar en profundidad, donde la naturaleza de los problemas —más cerca de la normalidad aceptada— es aún poco conocida y genera evidentes riesgos de psiquiatrizar o medicalizar algunos problemas vitales. Frente a ello, su adecuado manejo podría prevenir el desarrollo de trastornos más graves y evitar un sufrimiento innecesario a muchas personas, además de generar un importante ahorro a nuestra economía.



BIBLIOGRAFÍA

- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD Projeet) *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl. 420): 21-27.
- Haro JM; Palacín C; Vilagut G; Martínez M; Bernal M; Luque I; Codony M; Dolz M; Alonso J y grupo ESEMeD España: Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España: *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12):445-51.