

# Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario

Margarita Gili, Victoria Ferrer, Miquel Roca y Miquel Bernardo\*  
Universitat de les Illes Balears y \* Universidad de Barcelona

A partir de los datos de un estudio epidemiológico comunitario en dos fases en el que, además de determinar la presencia de trastornos mentales, se determinó también la presencia de patología médica, se establecen comparaciones entre cuatro colectivos diferenciados (personas sanas, personas con patología médica, personas con patología mental y personas con patología mental y médica) en relación a un conjunto de características sociodemográficas y a las puntuaciones obtenidas en el GHQ-28. La muestra estudiada es de 242 personas. Los resultados, tanto por escalas como ítem a ítem, muestran que las puntuaciones obtenidas en el GHQ-28 por el grupo con comorbilidad son significativamente superiores a las de los demás grupos.

*Psychiatric disorders and medical comorbidity in a community epidemiological study.* From a previous two-stage epidemiological community study that assessed prevalence of mental disorders and presence of medical pathology, we compare four groups (healthy subjects, subjects with medical illnesses, subjects with mental disorders and subjects with mental and medical pathology) in relation to a set of sociodemographic features and GHQ-28 scores. Sample studied is 242. Results (scales and item to item), show that GHQ-28 scores are significantly higher in the comorbid group.

La investigación epidemiológica en salud mental se ocupa de analizar la distribución de la patología psiquiátrica en un espacio, tiempo y población determinados, aportando conocimientos sobre la incidencia, prevalencia y factores de riesgo de los trastornos psicopatológicos.

Por otra parte, desde hace algún tiempo el término «comorbilidad» se utiliza para hacer referencia a todo trastorno adicional en pacientes con una enfermedad ya diagnosticada (Feinstein, 1970) o a la presencia de más de un trastorno en una persona durante un cierto período de tiempo. Y, en el ámbito de los trastornos mentales, esta comorbilidad puede estudiarse entre diferentes trastornos psicopatológicos (Kessler et al., 1996), con el consumo de sustancias (Regier et al., 1990) y también entre enfermedades médicas y patologías psiquiátricas (Stoudemire y Hales, 1995). Diversos estudios epidemiológicos en población general realizados en España con diferente procedimiento e instrumentos (Ortega Esteban et al., 1995; Villaverde et al., 1993; Herrera et al., 1987; Vázquez Barquero et al., 1987) muestran resultados dispares respecto a prevalencia de trastornos mentales y a aspectos relacionados con la comorbilidad, a pesar de las dificultades metodológicas existentes en este ámbito (Muñiz, 1998)

En los últimos años han proliferado las investigaciones en las que la comorbilidad se ha convertido en centro de atención y que intentan establecer criterios diagnósticos operativos (Roca y Ber-

nardo, 1996), estrategias asistenciales adecuadas y, por supuesto, también datos epidemiológicos como la incidencia, prevalencia y factores de riesgo comunes en estos casos (Kessler et al., 1994; McDaniel et al., 1995; Moldin et al., 1994; Regier et al., 1990; Van Praag, 1996; García Vega y Rodríguez, 1998).

Se presentan los datos de un estudio epidemiológico comunitario en dos fases en el que, además de determinar la presencia de trastornos mentales, se determinó también la presencia de patología médica. Esta circunstancia nos proporciona la oportunidad de establecer comparaciones entre cuatro colectivos diferenciados (personas sanas, personas con patología médica, personas con patología mental y personas con patología mental y médica) que constituyen el objeto de este trabajo, en relación a un conjunto de características sociodemográficas y a las puntuaciones obtenidas en el GHQ-28.

## Método

### Sujetos

La población de referencia de este estudio está compuesta por todos los habitantes de la isla de Formentera mayores de 15 años, 3.815 personas (censo 1991, rectificación del padrón de 1995). La muestra estudiada en una primera fase estaba integrada por 697 personas, siendo el error muestral de 3'2% y el nivel de confianza de 95'5%. El tipo de muestreo utilizado para la selección fue el estratificado por cuotas (sexo y edad). Aquellas personas que no contestaron a la entrevista, bien porque no pudieron ser localizadas por problemas derivados del censo o por negarse expresamente, fueron reemplazadas por otras que formaban parte del sobremuestreo diseñado a tal fin.

---

Correspondencia: Margarita Gili  
Facultad de Psicología  
Universitat de les Illes Balears  
07071 Palma de Mallorca (Spain)  
E-mail: dpsmgp3@ps.uib.es

En la segunda fase, la muestra estaba compuesta por 282 personas, 141 procedentes del cribaje de la primera fase (personas que habían obtenido una puntuación igual o superior a 6 en el «General Health Questionnaire» de Goldberg). Las restantes 141 fueron obtenidas a partir de la muestra de GHQ negativos, de forma proporcional, divididos en dos estratos, los GHQ con puntuación comprendida entre 0-2 y aquellos que obtuvieron entre 3 y 5. En esta segunda fase, un total de 40 personas (16'6%) no pudieron ser localizadas, rehusaron participar en el estudio o los datos recogidos fueron incompletos. Por esta razón la muestra final quedó integrada por 242 personas. Este porcentaje de rechazos puede considerarse elevado, aunque inferior al observado (37%) en un estudio reciente realizado con el SCAN en población clínica (Masson y Wilkinson, 1996). De estos 40 sujetos, 24 correspondían a entrevistados con un GHQ positivo y otros 16 a personas que obtuvieron un GHQ negativo.

Las características sociodemográficas de la muestra final se reflejan en la tabla 1.

Tabla 1 Datos sociodemográficos de la muestra estudiada en la segunda (n= 242) fase		
Variable	n (N=242)	%
<b>Edad</b>	Media=40,4 Rango 15-86	
15-30	93	38,4
31-55	89	36,8
Más de 55	60	24,8
<b>Sexo</b>		
Varón	100	41,3
Mujer	142	58,7
NS/NC		
<b>Estado civil</b>		
Casado/a	140	57,9
Soltero/a	84	34,7
Divorciado/a	4	1,7
Separado/a	2	0,8
Viudo/a	11	4,5
NS/NC	1	0,4
<b>Ocupación laboral</b>		
Ama de casa	48	19,8
Activo/a	110	45,5
Parado/a	12	5,0
Fijo/a discontinuo/a	10	4,1
Jubilado/a	25	10,3
Estudiante	23	9,5
Inválido/a	1	0,4
NS/NC	13	5,4
<b>Nivel de estudios</b>		
Sin estudios	51	21,1
Estudios primarios	107	44,2
Bachiller elemental	30	12,4
Bachiller superior	32	13,2
Estudios universitarios	18	7,5
Otros	2	0,8
NS/NC	2	0,8
<b>Nivel económico</b>		
Alto	2	0,8
Medio-alto	9	3,7
Medio-medio	162	67,0
Medio-bajo	44	18,2
Bajo	23	9,5
NS/NC	2	0,8

### Instrumentos

1ª fase: El instrumento utilizado para la primera fase fue el «General Health Questionnaire» de Goldberg, en su versión de 28 ítems (GHQ-28), que presenta unos índices de validez y un poder discriminativo similar a la de 60 ítems. El punto de corte utilizado en el presente estudio ha sido el 5/6.

2ª fase: La entrevista utilizada fue el «Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry» (SCAN) en su última versión, la décima, del «Present State Examination» o PSE-10, que evalúa el estado psicopatológico durante el mes previo a la exploración.

### Procedimiento

Tras seleccionar la muestra, se administró el «General Health Questionnaire» (28 ítems) (Goldberg y Hillier, 1979) mediante entrevistas personales domiciliarias. En la segunda fase, las entrevistas realizadas utilizando el «Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry» (SCAN, Wing et al, 1990) fueron también domiciliarias y realizadas durante los diez días posteriores al final de la primera fase. En una publicación anterior se describe con mayor detalle la metodología utilizada (Gili et al., 1998).

A continuación, otros dos investigadores revisaron conjuntamente con los tres médicos de asistencia primaria de la isla los historiales clínicos de cada uno de los entrevistados. Se recogieron las diferentes patologías médicas diagnosticadas. Se consideró patología médica cualquier diagnóstico que hubiera requerido atención sanitaria, con o sin prescripción farmacológica. Se excluyeron las patologías agudas. Se recogieron datos de 218 pacientes. De los 24 restantes, la práctica totalidad eran conocidos indirectamente por los médicos y en el centro de salud no existían datos clínicos ni constancia de que hubieran presentado patología alguna. Como consecuencia, fueron considerados «sanos», sin patologías ni tratamiento médico.

### Resultados

Al comparar los cuatro grupos en cuanto a sus características sociodemográficas (Tabla 2) observamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, la ocupación laboral y el nivel de estudios. Así, el grupo de personas sin patología presenta un porcentaje significativamente más elevado de personas con estudios altos; el grupo de personas con patología psiquiátrica presenta un porcentaje significativamente más elevado de personas en activo; el grupo de personas con patología médica presenta la edad media más elevada y un porcentaje significativamente más elevado de personas no activas y con nivel de estudios bajo.

Al comparar las puntuaciones medias de los cuatro grupos en las escalas del GHQ y en la puntuación total obtenida en el GHQ observamos (Tabla 3) que existen diferencias significativas en las cuatro escalas y en la puntuación total. Las puntuaciones medias siguen un mismo orden en las cuatro escalas: la puntuación menor corresponde al grupo sin patología, a la que siguen el grupo con patología médica, con patología psiquiátrica y finalmente el grupo comórbido.

Finalmente, al comparar las puntuaciones medias de los cuatro grupos en los ítems del GHQ (Tabla 4) observamos diferencias estadísticamente significativas en 21 de los 28 ítems (todos excepto el 1, 5, 14, 15, 17, 18 y 19). En todos los casos, la puntuación media obtenida por las personas del grupo con comorbilidad médico-psiquiátrica es significativamente más elevada en comparación con los otros tres grupos.

*Tabla 2*  
Comparación de los cuatro grupos en cuanto a características sociodemográficas

Variable	Sin patología n=114	Patología psiquiátrica n=50	Patología médica n=48	Comorbil. médico-ps. n=30	Significación F,p (3,238)
<b>Edad</b>	33.85	32.88	55.95	53.40	31,8 0.000
<b>Sexo</b>					
Hombre	47 (41,2)	27 (54,0)	17 (35,4)	9 (39,0)	5,59
Mujer	67 (58,8)	23 (46,0)	31 (64,6)	21 (70,0)	0.133
<b>Estado civil</b>					
Casado/a	62 (54,4)	26 (52,0)	31 (64,6)	22 (73,3)	5,10
No casado/a	52 (45,6)	24 (48,0)	17 (35,4)	8 (26,7)	0,16
<b>Ocup. laboral</b>					
Activo/a	62 (54,4)	30 (60,0)	7 (14,6)	11 (36,7)	27,32
No activo/a	52 (45,6)	20 (40,0)	41 (85,4)	19 (63,7)	0.0000
<b>N. estudios</b>					
Alto	50 (43,9)	16 (32,0)	8 (16,7)	8 (26,7)	12,19
Bajo	64 (56,1)	34 (68,0)	40 (83,3)	22 (73,3)	0.006

*Tabla 3*  
Comparación de los cuatro grupos en cuanto a las puntuaciones medias en las diferentes escalas del GHQ-28

Variable	Sin patología n=114	Patología psiquiátrica n=50	Patología médica n=48	Comorbil. médico-psiq. n=30	Significación F (p)
Ansiedad	0,93	2,00	1,85	2,60	9,83 (0.000)
Depresión	1,21	2,72	1,47	3,63	17,17 (0.000)
Social	0,71	1,52	1,10	1,73	6,62 (0.000)
Disfunción	0,28	1,20	0,60	1,66	12,69 (0.000)
GHQ total	3.14	7.44	5.04	9.60	22,25 (0.000)

*Tabla 4*  
Comparación de los cuatro grupos en cuanto a las puntuaciones medias en los diferentes ítems del GHQ-28

Variable	Sin patología n=114	Patología psiquiátrica n=50	Patología médica n=48	Comorbil. médico-psiq. n=30	Significación F (p) (3,238)
Item 1	1.1140	1.2000	1.3125	1.2667	1,88 (0.15)
Item 2	0.5965	0.9200	0.9583	1.3667	7,67 (0.0001)
Item 3	0.5965	1.2200	1.1458	1.2333	11,74 (0.0000)
Item 4	0.5175	0.6000	0.9375	1.0333	5,80 (0.0008)
Item 5	0.6842	0.7600	0.8958	1.0667	1,75 (0.15)
Item 6	0.4298	0.6800	0.6250	0.9000	2,93 (0.03)
Item 7	0.3333	0.6000	0.6667	1.1000	8,82 (0.0000)
Item 8	0.7807	1.2200	0.7708	1.6000	8,60 (0.0000)
Item 9	0.5614	0.9600	0.9792	1.6000	11,70 (0.0000)
Item 10	0.7018	1.2400	1.0208	1.4667	8,66 (0.0000)
Item 11	0.9368	1.4400	1.0417	1.5000	6,27 (0.0004)
Item 12	0.2719	0.4200	0.3958	0.6667	2,68 (0.04)
Item 13	0.5877	1.0400	0.5833	1.1333	5,88 (0.0007)
Item 14	0.6491	0.9400	0.6875	1.1000	2,55 (0.055)
Item 15	0.9386	0.9400	1.0833	0.9667	0,85 (0.466)
Item 16	1.1491	1.3000	1.3125	1.4333	3,14 (0.026)
Item 17	1.0175	1.1200	1.0833	0.9667	0,85 (0.466)
Item 18	1.0088	1.0800	1.0417	0.9667	1,25 (0.28)
Item 19	1.0175	1.1800	1.0417	0.9667	1,25 (0.28)
Item 20	0.9649	0.8400	1.0833	1.2333	4,35 (0.005)
Item 21	0.9737	1.2000	1.1667	1.4333	7,81 (0.0001)
Item 22	0.2544	0.4200	0.6667	0.8667	7,98 (0.0000)
Item 23	0.1667	0.4400	0.5417	0.5667	6,42 (0.0003)
Item 24	0.2018	0.3800	0.2917	0.7000	5,39 (0.001)
Item 25	0.1053	0.4200	0.2292	0.5000	4,88 (0.002)
Item 26	0.4298	0.9200	0.6250	1.1000	7,23 (0.0001)
Item 27	0.0526	0.5200	0.1875	0.4667	9,36 (0.0000)
Item 28	0.0789	0.4400	0.1458	0.5000	7,82 (0.0001)

### Discusión

Los datos obtenidos en cuanto a aspectos sociodemográficos sugieren que los cuatro grupos estudiados se caracterizarían del modo siguiente: Las personas del grupo sin patología de la muestra presentan una edad sensiblemente inferior a aquellas con patología médica y con comorbilidad e incluyen, aproximadamente, la mitad de integrantes en cada categoría en aquellas en las que se han dividido las variables sociodemográficas estudiadas. Por otra parte, el grupo de personas con patología psiquiátrica, por su parte, incluye a las personas con menor edad media, repartidas aproximadamente a la mitad para las variables sexo y estado civil y con predominio de personas activas y con estudios bajos. El grupo de personas con patología médica incluye las personas con una edad más elevada y con predominio de las mujeres, las personas casadas, no activas y con nivel de estudios bajo. Finalmente, el grupo de personas con comorbilidad médico-psiquiátrica incluye personas con una edad media también elevada, y entre las que predominan las mujeres, las personas casadas, no activas y con nivel de estudios bajo.

En nuestra opinión, el aspecto más relevante de esta caracterización tiene que ver con la idea de que la presencia de patología médica (sea aislada o sea comórbida con patología mental) está directamente relacionada con la edad y supone un impedimento para que la persona mantenga su actividad laboral.

Por lo que se refiere a la puntuaciones en el GHQ-28, los datos obtenidos muestran que la presencia comórbida de patología médica y psiquiátrica da lugar a un incremento significativo en la puntuación media para la mayoría de los ítems de este instrumento y, lógicamente, también para la puntuación media en las cuatro escalas que lo forman y en la puntuación global.

Concretamente, en el análisis de los ítems se observa que, de los siete ítems que componen cada escala, el grupo comórbido obtiene puntuaciones significativamente más elevadas en cinco ítems de la escala Síntomas somáticos de origen psicológico, en seis ítems de la escala Angustia/ansiedad, en tres ítems de la escala

Disfunción social en las actividades diarias y en los siete ítems de la escala Depresión.

Estos resultados corroboran las observaciones realizadas en otros trabajos (Goldberg y Williams, 1996) que caracterizan el GHQ como un buen instrumento de *screening* para detectar patología psiquiátrica pero que en sujetos con patologías médicas se detecta una tendencia importante a obtener puntuaciones muy altas, lo que contribuye a sobrevalorar la presencia de patología psiquiátrica y ofrece un elevado número de falsos positivos, siendo, por tanto, necesario revisar los puntos de corte al usar este instrumento en estas poblaciones. El hecho de que los instrumentos que evalúan bienestar psicológico, como el GHQ-28, incluyan síntomas que coinciden con aquellos asociados a patologías médicas (pérdida de peso, fatiga, enlentecimiento psicomotor, pérdida de interés sexual) (Van Hemert et al., 1995) unido a la presencia de síntomas psiquiátricos en pacientes con enfermedades médicas (especialmente depresión y ansiedad) plantea importantes problemas no resueltos por las técnicas biológicas ni psicométricas. Todo ello constituye una de las limitaciones del presente estudio.

Resultados como los obtenidos en este trabajo pueden suponer un avance en el conocimiento de las características diferenciales entre personas con patología médica, patología psiquiátrica y ambas simultáneamente; el mayor interés puede radicar en el hecho que la comorbilidad entre enfermedades médicas y patologías psiquiátricas, no supone una excepción sino que existe una elevada presencia de trastornos psiquiátricos, especialmente depresivos y ansiosos, en pacientes afectados por una enfermedad médica (Moldin et al., 1994).

### Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado gracias a un proyecto de investigación financiado por la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DIGICYT) del Ministerio de Educación y Ciencia (proyecto PB 94-1171).

### Referencias

- Feinstein AR (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease* 23, 455-468.
- García Vega E, Fernández Rodríguez C (1998). Algunos factores predictores en la enfermedad de Crohn. *Psicothema*, 10,1: 143-151.
- Gili M, Ferrer V, Roca M, Bernardo, M. (1998) Diferencias de género en un estudio epidemiológico de salud mental en población general en la isla de formentera. *Actas Luso-españolas de Neurología y psiquiatría* 26 (2), 90-96.
- Goldberg D y Williams P. (1996) Efectos de las variables demográficas y de personalidad en las puntuaciones del GHQ. En: Goldberg D, Williams P (eds). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. (pp.77-88) Barcelona: Masson.
- Goldberg DP y Hillier VF. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9, 139-145.
- Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Domenech J, Martín S. (1987) Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones psiquiátricas*, 107, 12-40.
- Kessler RC, McGonale KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. (1994) Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 51, 8-19.
- Kessler, RC, Nelson CB, McGonale KA, Swartz M, Blazer DZ. (1996) Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorders in a general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl 30), 17-30.
- Masson P, Wilkinson G. (1996) The prevalence of psychiatric morbidity. OPCS Survey of psychiatric morbidity in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 168, 1-3.
- McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. (1995) Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 52, 89-98.
- Moldin SO, Scheftner WA, Rice JP, Nelson E, Knesevich MA, Akiskal H. (1994) Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychological Medicine* 23, 755-761.
- Muñoz, J (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 10,1: 1-21.
- Ortega Esteban MA, Seva Diaz A, Perez Urdaniz A, Torres Bayle JL, Anton Saiz JA, Saenz Dominguez JP, Medina Diaz C. (1995) Morbilidad psiquiátrica diagnóstica en la población general de la Rioja. *Anales de Psiquiatría*, 11, 9, 320-326.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264, 2.511-2.518.

Roca M y Bernardo M. Depresión y enfermedad médica. (1996) En Roca M y Bernardo M. *Trastornos depresivos en patologías médicas* (pp.1-13).Barcelona: Massson.

Stoudemire A, Hales RE (1995). Psychological Factors Affecting Medical Conditions and DSM-IV. An Overview. En. A. Stoudemire (Ed.) *Psychological Factors Affecting Medical Conditions*. Washington: American Psychiatric Press.

Van Hemert AM, Den Heijer M, Vorstenbosch M y Bolk JH. (1995) Detecting psychiatric disorders in medical practice using the General Health Questionnaire. Why do cut-off scores vary?, *Psychological Medicine* 25,165-170.

Van Praag HM. (1996) Comorbidity (Psycho) Analysed. *British Journal of Psychiatry* 168(suppl 30): 129-134.

Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C., Aldama J, Samaniego C, Menéndez J, Mirapeix C. (1987) A community mental health survey in Cantabria: general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.

Villaverde ML, Gracia R, De la Fuente J, Gonzalez de Rivera JL, Rodríguez Pulido F.(1993) Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. En González de Rivera JL, Rodríguez Pulido F, Sierra A (eds). *El método epidemiológico en salud mental*. (pp. 187-199). Barcelona: Masson/Salvat.

Wing JK, Babor T, Brugha T et al. (1990) SCAN: Schedules for clinical assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47, 589-593.

Acceptado el 11 de mayo de 1999

