

Original

Variables Sociodemográficas y niveles de salud en población general: Un estudio en la isla de Formentera.

M. Gili, V. A. Ferrer, M. Roca, M. Bernardo*, E. Calderón, S. Bennasar, A. Capó, N. Fiol.

Resumen

Se presentan los resultados de la primera fase de un estudio epidemiológico descriptivo transversal realizado en la isla de Formentera. Se ha utilizado el General Health Questionnaire (GHQ), en su versión de 28 ítems, en una muestra de población general constituida por 697 personas. El GHQ es una escala que evalúa síntomas somáticos de origen psicológico, angustia o ansiedad, disfunción social en las actividades diarias y depresión y suele utilizarse como instrumento de screening. Los resultados indican que un 20% de los entrevistados puede ser considerado como probable caso, dándose un porcentaje mayor de probables casos positivos entre las mujeres, las personas más jóvenes y las mayores y entre quienes carecen de ocupación laboral. Concretamente, las mujeres puntúan significativamente más alto en las escalas que evalúan los síntomas somáticos de origen psicológico y las personas sin tra-

bajo en aquellas que evalúan angustia/ ansiedad, disfunción social en las actividades diarias y depresión. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos diferenciados según estado civil, nivel de estudios o nivel económico.

Introducción

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

Dada la alta demanda sanitaria motivada por psicopatología, la epidemiología de las enfermedades mentales constituye, junto a las enfermedades cardiovasculares, las neoplásicas y las lesiones derivadas de los accidentes, una de las cuatro prioridades sanitarias de las sociedades postindustriales.

Los recientes adelantos en la clasificación y diagnóstico estandarizado de los trastornos mentales han hecho posible iniciar una nueva serie de estudios que posibilitarán futuras investigaciones. La mejor comprensión de los factores biológicos, psicosociales y factores culturales permitirá estudios de los factores de riesgo de fuerza y alcance.

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 final estudiada está integrada por 697 personas, seleccionadas mediante un muestreo estratificado por cuotas (sexo y edad). El error muestral es de \pm 3,4% y el nivel de confianza es 95,5%.

Departament de Psicologia. Universitat de les Illes Balears.

*Hospital Clínic i Provincial. Universitat de Barcelona.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevistas personales domiciliarias realizadas entre el 1 y 2 de marzo de 1996.

De las 697 personas entrevistadas, el 47% eran hombres y el 53% mujeres. La media de edad es de 42,54 años (rango 14-93 años, d.t. 18,49 años). La mayoría son personas casadas (61,8%), en situación laboral activa (49,4%), con estudios primarios (47%), y con nivel socioeconómico medio-medio (67,4%) (TABLA 1).

Instrumentos

El instrumento utilizado para esta primera fase es el "General Health Questionnaire" de Goldberg, en su versión de 28 ítems (GHQ-28) validado en nuestro país por Lobo y cols. (1986). se trata de un cuestionario utilizado como instrumento de screening en psicopatología, que ha demostrado buenos valores de sensibilidad y especificidad. Además de ofrecer una puntuación global, proporciona información en sus cuatro subescalas, correspondientes a:

1. Subescala A: Síntomas somáticos de origen psicológico
2. Subescala B. Angustia/ansiedad
3. Subescala C: Disfunción social en las actividades diarias
4. Subescala D: Depresión.

El punto de corte utilizado ha sido el 5/6, considerado como probable caso a todas aquellas personas con una puntuación total igual o superior a 6.

Resultados

En primer lugar, los resultados obtenidos (TABLA 2) muestran que aproximadamente un 20% de las personas entrevistadas obtienen en el GHQ-28 una puntuación superior a 5, lo que las convierte en probables casos o positivos. En cuanto a las diferentes escalas de las que consta este instrumento, al diferenciar aquellas personas que obtienen una puntuación

Variable	N=697. n	%
Edad	Media=42,54 Rango 14-93 años	
Sexo		
Varón	327	47'0%
Mujer	369	53'0%
Estado civil		
Casado/a	430	61'8%
Soltero/a	215	30'9%
Divorciado/a	12	1'7%
Separado/a	8	1'1%
Viudo/a	28	4'1%
NS/NC	3	0'4%
Ocupación laboral		
Ama de casa	135	19'4%
Activo/a	344	49'4%
Parado/a	24	3'4%
Fijo/a discontinuo/a	36	5'2%
Jubilado/a	80	11'6%
Estudiante	48	8'9%
Inválido	5	0'7%
NS/NC	24	3'4%
Nivel de estudios		
Sin estudios	152	21'8%
Estudios primarios	327	47'0%
Bachiller elemental	86	12'4%
Bachiller superior	74	10'6%
Estudios universit.	49	7'0%
Otros	3	0'5%
NS/NC	5	0'7%
Nivel económico		
Alto	4	0'6%
Medio-alto	31	4'5%
Medio-medio	469	67'4%
Medio-bajo	132	18'9%

Tabla 1.- Datos sociodemográficos de la muestra estudiada.

igual o superior a 1 en cada una de ellas y que, por tanto, aparecen como casos potenciales, encontramos unos porcentajes que oscilan aproximadamente desde el 7% en el caso de la depresión hasta el 25% en el caso de la angustia/ansiedad.

Escalas del GHQ-28	Media	Negativo	Positivo
A: Síntomas somáticos de origen Psico-lógico	0.86	78'7%	21'3%
B: Angustia o ansiedad	1.03	74'9%	25'1%
C: Disfunción social de las actividades diarias	0.58	84'8%	15'2%
D: Depresión	0.32	93'1%	6'9%
Escala total.	2.78	80'5%	18'5%

Tabla 2.- Puntuaciones obtenidas para las diferentes escalas del GHQ-28.

Variables sociodemograf	Negativos	Positivos	Significación
Edad			
15-30	76'8%(172)	23,2%(52)	x ² =4.418 p=0.0245
31-55	85,4%(245)	14,6%(42)	
Más de 55	77,4%(144)	22,6%(42)	
Sexo			
Hombre	85%(278)	15%(49)	x ² =7.604; p=0.0058
Mujer	76,4%(282)	23,6%(87)	
Estado civil			
Casado	80'9%(348)	19'1%(82)	x ² =2.796; p=0.5926
Soltero	80'0%(172)	20'0%(43)	
Divorciado	75'0%(9)	25'0%(3)	
Separado	100%(8)	0'0%(0)	
Viudo	75'5%(21)	25'0%(7)	
Ocup laboral			
Ama casa	78'8%(101)	25'2%(34)	x ² =16.633; p=0.0053
Activo/a	85'8%(295)	14'2%(49)	
Parado/a	62'5%(15)	37'5%(9)	
Fijo/a disc.	86'1%(31)	13'9%(5)	
Jubilado/a	78'8%(63)	21'3%(17)	
Estudiante	72'9%(35)	27'1%(13)	
Nivel estudios			
Sin estudios	75'7%(115)	24'3%(37)	x ² =5.701; p=0.2226
Est. Primarios	80'4%(263)	19'6%(64)	
Bachiller elemental	88'4%(76)	11'6%(10)	
Bachiller superior	79'7%(59)	20'3(15)	
Est. Universitarios	81'6%(40)	18'4%(9)	
Nivel económico			
Alto	75'0%(3)	25'0%(1)	x ² =1.234; p=0.8726
Medio-alto	87'1%(27)	12'9%(4)	
Medio-medio	80'4%(377)	19'6%(92)	
Medio-bajo	78'8%(104)	21'2%(28)	
Bajo	78'8%(41)	21'2%(11)	

Tabla 3.- Caracterización sociodemográfica de "negativos" y "positivos" en el GHQ-28.

A continuación se analizó si existen diferencias en cuanto a caracterización sociodemográfica entre las personas que aparecen como probables casos. Los resultados obtenidos en este sentido (TABLA 3) muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre positivos y negativos en cuanto a estado civil, nivel de estudios o nivel económico. En cambio, las diferencias sí son estadísticamente significativas en lo que se refiere al sexo, edad y a la ocupación laboral. Concretamente, entre las mujeres y las personas en paro se observa un porcentaje significativamente más elevado de positivos.

Respecto a la edad de las personas entrevistadas, repartidos en tramos de 15 a 30 años, de 31 a 55 y mayores de 55 años, existen diferencias significativas,

siendo el grupo de 31 a 55 años el que concentra un menor número de casos positivos. Existe una mayor concentración de casos positivos en los tramos de edad de personas más jóvenes y las personas mayores que constituyen la muestra.

Al analizar pormenorizadamente en cual de las escalas del GHQ-28 se producen las diferencias, encontramos que en el caso del sexo (TABLA 4) tan sólo se observan diferencias significativas en los porcentajes de hombres y mujeres positivos y negativos para la escala A. Es decir, las mujeres muestra significativamente más síntomas somáticos de origen psicológico que los varones. En las otras tres escalas, aunque el porcentaje de mujeres que constituyen probables casos es mayor que el de varones, las diferencias no son estadísticamente significativas.

	Negativos	Positivos	Significación
Escala A:			
Hombres	83'5%(273)	16'5%(54)	$\chi^2=7.787$; $p=0.0053$
Mujer	74'5%(275)	25'5%(94)	
Escala B:			
Hombres	76'1%(249)	23'9%(78)	$\chi^2=0.424$; $p=0.5149$
Mujeres	73'7%(272)	26'3%(97)	
Escala C:			
Hombres	85'9%(281)	14'1%(46)	$\chi^2=0.487$; $p=0.4852$
Mujeres	83'7%(309)	16'3%(60)	
Escala D:			
Hombres	94'2%	5'8%	$\chi^2=0.837$; $p=0.3604$
Mujeres	92'1%	7'9%	

Ta bla 4.- Caracterización por sexos de "negativos" y "positivos" en las diferentes escalas del GHQ-28.

En el caso de la ocupación laboral (TABLA 5) se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al porcentaje de positivos y negativos en el caso de las escalas B (Angustia/ansiedad), C (Disfunción social en las actividades diarias) y D (Depresión). En todos los

casos, las personas que se hallaban en situación laboral activa y/o fijas discontinuas suponían un menor porcentaje de negativos, mientras que las personas paradas significaban un mayor porcentaje de positivos.

	Negativos	Positivos	Significación
Escala A: Ama casa Activo/a Parado/a Fijo/a disc. Jubilado/a Estudiante	74'8%(101) 82'3%(283) 79'2%(19) 83'3%(30) 72'5%(58) 72'9%(35)	25'2%(34) 17'7%(61) 20'8%(5) 16'7%(6) 27'5%(22) 27'1%(13)	$\chi^2=7.113$; $p=0.2124$.
Escala B: Ama casa Activo/a Parado/a Fijo/a disc. Jubilado/a Estudiante	73'3%(99) 77'9%(268) 58'3%(14) 83'3%(30) 78'8%(63) 62'5%(30)	26'7%(36) 22'1%(76) 41'7%(10) 16'7%(6) 21'3%(17) 37'5%(18)	$\chi^2=11.298$; $p=0.0458$
Escala C: Ama casa Activo/a Parado/a Fijo/a disc Jubilado/a Estudiante	85'2%(115) 89'5%(308) 75'0%(18) 83'3%(30) 75'0%(60) 77'1%(37)	14'8%(20) 10'5%(36) 25'0%(6) 16'7%(6) 25'0%(20) 22'9%(11)	$\chi^2=16.275$; $p=0.0061$
Escala D: Ama casa Activo/a Parado/a Fijo/a disc Jubilado/a Estudiante	93'3%(126) 96'2%(331) 91'7%(22) 94'4%(34) 87'5%(70) 87'5%(42)	6'7%(9) 3'8%(13) 8'3%(2) 5'6%(2) 12'5%(10) 12'5%(6)	$\chi^2=12.277$; $p=0.0312$

Tabla 5.- Caracterización por ocupación laboral de "negativos" y "positivos" en las diferentes escalas del GHQ-28.

Conclusiones

Una de cada cinco personas entrevistadas (20%) obtiene puntuaciones superiores a 5 en el GHQ y, por tanto, puede ser considerada como posible caso psicopatológico. Estos resultados coinciden con la mayoría de estudios publicados en España y en otros países. La prueba de screening utilizada tiene una sensibilidad y

especificidad ampliamente documentada, con un bajo índice de casos mal clasificados (menos del 10% tomando 5/6 como punto de corte, tal y como se ha realizado en el presente estudio).

En relación a las diferencias en la caracterización sociodemográfica entre las personas que aparecen como probables casos, se pueden destacar algunos aspectos: Por lo que se refiere a la variable

sexo, los datos obtenidos en cuanto al porcentaje de mujeres con GHQ positivo (23,6%) son similares a los obtenidos en otros estudios realizados en nuestro país mediante diferentes versiones del General Health Questionnaire (Herrera et al., 1987; Mateos y Rodríguez, 1989 Seva y Cíviera, 1992; Vázquez-Barquero et al., 1987; Vázquez-Barquero et al., 1992). En estos trabajos los porcentajes de prevalencia psiquiátrica obtenidos para las mujeres oscilan entre el 20,6% y el 34,2%. Y, también en estos estudios, el porcentaje de mujeres que constituirían probable caso psiquiátrico superaba significativamente al de varones.

Tanto el estudio que presentamos como otros ya publicados ponen de manifiesto que las mujeres presentan más problemas de salud mental que los varones, cuando se utilizan muestras amplias en estudios transversales en población general con entrevistas estandarizadas como en el caso del Epidemiological Catchment Area norteamericano. Las mujeres presentan más trastornos mentales en general y, en particular, tasas más elevadas de trastornos afectivos (excepto las manías) y trastornos de ansiedad. Entre los hombres, en cambio, hay prevalencias más altas de trastornos por abuso de sustancias y determinados trastornos de personalidad (Kessler et al., 1994). De igual forma, la comorbilidad psicopatológica es mayor entre las mujeres en los citados trastornos (Merikangas et al., 1996). Otras patologías, en cambio, son igualmente prevalentes entre ambos sexos. De hecho, al analizar en nuestro estudio las diferencias para cada una de las escalas del GHQ-28, se observan diferencias entre sexos en uno de los casos (síntomas somáticos de origen psicológico) pero no en los tres restantes (angustia/ansiedad, disfunción social de las actividades diarias y depresión).

Se han sugerido numerosas hipótesis para explicar estos hallazgos epidemiológicos: mecanismos biológicos, mayor faci-

lidad aprendida para expresar abiertamente los síntomas y una mayor aceptación social al hacerlo; la socialización diferencial y la asignación de roles diferentes a hombres y mujeres o el manejo inadecuado de las demandas de las mujeres que puede llevar a diagnósticos e incluso tratamientos no pertinentes (Blehar y Oren, 1995; Wolk y Weissman, 1995). Estudios genéticos en patologías mentales (Horwath et al., 1995) o estudios en la utilización diferente según el sexo de los servicios asistenciales (Ustun y Sartorius, 1995) corroboran estas líneas de investigación en numerosas enfermedades, en especial en los trastornos afectivos (Klein et al., 1995) y en los trastornos de ansiedad (Weiller et al., 1996).

Por lo que se refiere al estado civil, es frecuente en la literatura sugerir que el apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre la salud y protege a la persona de los efectos negativos del estrés. Sin embargo, en algunas circunstancias el apoyo social puede llegar a ser negativo (DiMatteo y Hays, 1981; Suls, 1982; Sarafino, 1990). Es decir, las relaciones interpersonales, tanto en el ámbito público como privado, pueden, según los casos y las circunstancias, constituir una importante fuente de apoyo social con efectos positivos pero a la vez convertirse en una importante fuente de estrés en sí mismas. Se refleja en este estudio que, en general, no hay relaciones entre la simple tenencia de pareja (una de las más importantes fuentes de apoyo social) y la patología mental.

Finalmente, los datos obtenidos muestran que existen diferencias en cuanto a ocupación laboral entre positivos y negativos de forma que entre las personas paradas es significativamente superior el número de GHQ positivos, mientras que las personas activas y/o fijas discontinuas quedan clasificadas como negativas en mayor medida. La idea de que el desempleo tiene efectos negativos sobre la salud mental está ampliamente extendida en

la literatura psicológica (Bruce et al, 1991; Stansfeldt y Marmot, 1992). esta idea queda corroborada en el presente estudio, sobre todo tenemos en cuenta que en

todas las escalas del GHQ-28, y en tres de ellas significativamente, las personas desempleadas presentan índices de salud mental más negativos.

Referencias

- Blehar, MC, Oren, DA. (1995). Women's vulnerability to mood disorders: integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 3:3-12.
- Bruce, ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. (1991). Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven Epidemiological Catchment Area Study. *Arch Gen Psychiatry*, 48:470-474.
- DiMatteo, M.R. y Hays, R (1981). Social support and serious illness. En B.H.Gottlieb (ed.). *Social networks and social support*. Beverly Hills: SAGE.
- Herrera, R., Autonell, J., Spagnolo, E., Domech, J., Martin, S. (1987). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones psiquiátricas*, 107.
- Horwath E, Wolk SI, Goldstein RB, Wickramaraine P et al (1995): Is the Comorbidity Between Social Phobia and Panic Disorder Due to Familial Contransmission or Other Factors?. *Arch Gen Psychiatry*, 52:574-582.
- Kessler, RC, McGonagle KA, Zhao, S, Nelson, CB, Hughes, M, Eshleman, S, Wittchen, HU. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DMS-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19.
- Klein DN, Riso LP, Donaldson SK, Schwartz JE, Anderson RL et al (1995). Family Study of Early Onset Dysthymia. *Arch Gen Psychiatry*, 52:487-496.
- Lobo, A. Pérez MJ, Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16:135-140.
- Mateos, R. y Rodríguez, A. (1989). Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega. Santiago: Colección Saude Mentale. Servicio Galego de Saude. Xunta de Galicia.
- Merikangas, JR, Angst, J, Eaton, W, Canino, G, Rubio-Sipek, M. et al (1996). Comorbidity and Boundaries of affective Disorders with anxiety Disorders and Substance Misuse: Results of an International Task Force. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl 30): 58-67.
- Sarafino, E.P. (1990). Stress, biopsychosocial factors and illness. En E.P. Sarafino. *Health Psychology. Biopsychosocial interactions* (pp.106-142). New York: John Wiley & Sons.
- Seva, A. y Civeira, J.M. (1982). Análisis higiénico-sanitario de Salud Mental en Soria. Soria: Publicaciones de la Excm. Provincial de Soria.
- Stansfeldt SA, Marmot MG. (1992). Social class and minor psychiatric disorders in British civil servants: a validated screening survey using the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*.22:739-749.
- Suls, J (1982). social support, interpersonal relations and health: Benefits and liabilities. En G.S. Sanders y J. Suls (eds.). *Social psychology of health and illness* (pp.255-277). Hillsdale (N. Jersey): LEA.
- Ustun TB, Sartorius N (eds) (1995). *Mental Illness in General health Care*. An International Study. Chichester: Wiley.
- Vazquez-Barquero, J. L., Díez Manrique, J. F., Peña, C. et al. (1987). A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17:227-241.
- Vazquez-Barquero, JL, Díez Manrique, J.F, Muñoz J, Menedez Arango, J et al (1992). Sex differences in mental illness: a community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 27:62-68.
- Weiller, E, Bisserte JC, Boyer, P, Lepine JP, Lecrubier Y (1996). Social Phobia in General Health Care. *British Journal of Psychiatry*, 168:169-174.
- Wolk, SI, Weissman MM. (1995). Women and depression. *Annual Review of Psychiatry*. Washinton: American Psychiatric Press (pp 59-95)
- Este trabajo forma parte de 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).