

Monografías de salud

# Determinantes de la salud mental de la población adulta de Cantabria



Realizado en 2010



## **Análisis y Redacción**

El presente monográfico ha sido elaborado por el equipo del Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

Ángeles Cabria

Dolores Prieto

Óscar Pérez

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Introducción: situación de la salud mental a nivel global y nacional</b>                            | <b>3</b>  |
| <b>2. Metodología</b>   | <b>10</b> |
| <b>3. Salud mental en personas de 16 y más años</b>   | <b>13</b> |
| 3.1. El riesgo de mala salud mental y su relación con factores socio-demográficos                         | 13        |
| 3.2. El riesgo de mala salud mental y su relación con los problemas de salud crónicos o de larga duración | 21        |
| 3.3. Otros factores relacionados con el riesgo de mala salud mental: problemas para dormir                | 23        |
| 3.4. Utilización de servicios sanitarios en relación al riesgo de mala salud mental                       | 24        |
| 3.5. Consumo de medicamentos en las dos últimas semanas según riesgo de mala salud mental                 | 28        |
| <b>4. Conclusiones</b>  | <b>30</b> |
| <b>5. Bibliografía</b>  | <b>33</b> |
| <b>6. Relación de gráficos</b>  | <b>36</b> |

## 1. Introducción: situación de la salud mental a nivel global y nacional

La situación de la salud mental constituye uno de los temas de creciente preocupación por parte de las administraciones públicas y la sociedad civil en España y en el entorno europeo e internacional. Desde el punto de vista de la investigación, a nivel de Cantabria existen una serie de estudios realizados especialmente sobre la esquizofrenia<sup>4-9</sup>, así como un Atlas de Salud Mental que permite conocer la distribución geográfica de la morbilidad de los trastornos mentales, los recursos disponibles y la utilización de servicios sanitarios<sup>1,10</sup>, pero no existen estudios previos sobre determinantes de orden sociodemográfico de la salud mental en la Comunidad Autónoma a partir de encuestas de salud.

Este monográfico aborda estas cuestiones desde un estudio transversal realizado sobre una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en Cantabria (submuestra de la Encuesta Nacional de Salud 2006 –ENSE 2006-) analizada por el Observatorio de Salud Pública y publicada por la Consejería de Sanidad<sup>12</sup>.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- define la salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a la vida de su comunidad”<sup>13</sup>. La promoción de la salud mental en todos los miembros de la sociedad es, sin duda, un objetivo importante que compete a los gobiernos.

**La salud mental es un determinante clave de la salud general.** Puesto que la salud mental y la salud física están estrechamente interrelacionadas, se puede afirmar que sin salud mental no hay salud. A pesar de la complejidad de la interrelación de factores y la persistencia de muchos interrogantes sobre sus mecanismos específicos, es evidente que los trastornos mentales desempeñan un papel substancial en la depresión del sistema inmunitario, la aparición de ciertas enfermedades y la muerte prematura<sup>16</sup>. Por tanto, la división entre salud mental y salud física no deja de ser una ficción, ya que la mayor parte de las

enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, están influidas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Entre la **multiplicidad de factores que determinan el estado de salud mental** de las personas destacan: el género<sup>1,11,17-22</sup>, la edad, factores de orden individual (la autopercepción, la autorrealización y las experiencias personales), familiar, social o económico y medioambiental (la clase social y las condiciones de vida)<sup>1,14,20,23-25</sup>, además del biológico (como factores genéticos o en función del sexo)<sup>26</sup>. Asimismo determinan en gran medida la salud mental, factores como amenazas graves (conflictos y desastres)<sup>15</sup> y la presencia de enfermedades físicas importantes<sup>2,16,27</sup>.

La revisión bibliográfica efectuada confirma que se está prestando cada vez más atención a las **diferencias en función del sexo y del género<sup>A</sup>** en el estudio de la prevalencia, las causas y la evolución de los trastornos mentales y conductuales<sup>B</sup>. La prevalencia global de trastornos mentales y del comportamiento no parece diferir significativamente entre ambos sexos, aunque existen claras diferencias tanto en el tipo de morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta ante la enfermedad desarrollados por hombres y mujeres<sup>C 11</sup>. Mientras la mayoría de estudios muestran una **mayor prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad entre las mujeres** (en una proporción comprendida habitualmente entre 1,5:1 y 2:1), **los hombres presentan una frecuencia superior de trastornos de personalidad antisocial y**

---

<sup>A</sup> "El género se refiere a las distinciones socialmente construidas entre las mujeres y los hombres con base en las diferencias en el acceso a los recursos y el conocimiento, los roles sociales, las divisiones del trabajo y la segregación ocupacional, las relaciones de poder y las jerarquías de autoridad y la toma de decisiones, y las normas sancionadas por la sociedad y aplicadas con respecto a la identidad, la personalidad y el comportamiento" **28**. Sen G, George A, Ostlin P. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y de las políticas*: Organización Panamericana de Salud;2005.

<sup>B</sup> Aunque, como ya se ha comentado, el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de enfermedad mental, los estudios revisados se centran en los trastornos mentales y del comportamiento, definidos como un conjunto por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -CIE-10-; caracterizándose en términos generales, aunque los síntomas varían sustancialmente, por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás.

<sup>C</sup> Dos tipos de teorías tratan de explicar las causas, la primera postula que son los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos los que condicionan las diferencias de morbilidad psiquiátrica entre hombres y mujeres, aunque los estudios realizados son insuficientes para explicar su distinto comportamiento frente a esta problemática. Por otro lado, las teorías ambientalistas defienden que son las variables socioculturales, que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las que en última instancia determinan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica.

**relacionados con el uso de sustancias psicoactivas**<sup>19,27,29</sup>. Sin embargo, las enfermedades psiquiátricas graves como la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar no muestran diferencias en cuanto a la incidencia o la prevalencia<sup>27</sup>, aunque, la esquizofrenia parece tener un comienzo más temprano y una evolución más discapacitante en los hombres<sup>30</sup>. Por otro lado, las diferencias entre las tasas de depresión de los hombres y las mujeres guardan una estrecha relación con **la edad**<sup>D 16</sup>.

La **comorbilidad de trastornos del ánimo y de la ansiedad**<sup>E</sup> es más frecuente en las mujeres, jóvenes, personas con nivel educativo bajo y residentes en el medio urbano, así como entre quienes no viven en pareja o están en situación de desempleo<sup>3</sup>.

En cuanto a la prescripción de **psicofármacos**, la revisión de la literatura al respecto realizada por la OMS para el Informe de salud 2001 documenta una **mayor frecuencia de prescripción de ansiolíticos, antidepresivos, sedantes, hipnóticos y neurolépticos a las mujeres**; explicándose por un lado, por la aludida mayor prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad entre las mujeres, y porque es más frecuente que éstas busquen ayuda. Si bien al mismo tiempo se apunta a que probablemente influya en grado significativo el comportamiento de los profesionales médicos, que tiendan a inclinarse por la opción más rápida de prescribir medicamentos cuando se enfrentan a una situación psicosocial compleja que puede demandar más medidas psicológicas que psicofármacos<sup>16</sup>.

Se constata asimismo que **las mujeres soportan la mayor carga de la asistencia a las personas con enfermedades mentales** en la familia. Esta situación cobra mayor importancia a medida que aumenta el número de individuos con trastornos mentales crónicos cuya asistencia corre a cargo de la comunidad<sup>16</sup>.

---

<sup>D</sup> Las diferencias son máximas en la vida adulta, son escasas en las personas mayores y no existen en la infancia.

<sup>E</sup> La comorbilidad, por lo general, se manifiesta como la coexistencia de trastornos de ansiedad, depresivos y somatomorfos; estos últimos consisten en la presencia de síntomas físicos no debidos a enfermedades físicas. (16. OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: **Organización Mundial de la Salud**; 2001.).

En resumen, los trastornos mentales están claramente determinados por factores relacionados con el género que es preciso conocer e investigar más a fondo.

Desde el **aspecto socioeconómico**, en una revisión de 15 estudios, la proporción mediana de la prevalencia general de trastornos mentales de los 15 estudios entre las categorías socioeconómicas inferior y superior era de 2,1:1 para la prevalencia en un año y de 1,4:1 para la prevalencia a lo largo de la vida<sup>31</sup>. Se han registrado resultados similares en el estudio realizado por el Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología psiquiátrica -siglas en inglés ICPE- en siete países de América del Norte, América Latina y Europa<sup>29</sup>. Existen igualmente evidencias de que la evolución de los trastornos está a su vez determinada por la situación socioeconómica de la persona, lo cual podría estar relacionado con barreras al acceso a la asistencia<sup>25,27</sup>.

En relación con la **actividad económica**, el trabajo remunerado es uno de los principales determinantes del estado general de salud de la persona y de la salud mental en particular. En el estudio de Cortés y colaboradoras<sup>32</sup> sobre la salud mental<sup>F</sup> de la población acupada de Barcelona se observó que la cualificación en el trabajo influía de forma desigual en la salud mental en hombres y mujeres, de forma que las situaciones más desfavorables correspondían a las mujeres, sobre todo a aquellas con ocupaciones manuales, asociadas a situaciones económicas más desfavorables. Otros estudios demuestran asimismo que la repercusión del paro y el trabajo temporal sobre la salud mental depende de la interacción entre género, roles familiares y clase social<sup>23,24</sup>.

Las enfermedades mentales representan una **importante causa de morbilidad y discapacidad** que conlleva costes, pérdidas y cargas de diversa índole, tanto para las personas como para los sistemas sociales y de atención primaria en salud<sup>26</sup>. La OMS calculó en su informe de salud de 2001<sup>16,33</sup> que los trastornos mentales y del comportamiento representaron el 12,3% del total de **años de vida libres de discapacidad** perdidos por padecer enfermedades crónicas –

---

<sup>F</sup> Estudio transversal con datos de la Encuesta de Salud de Barcelona de 2000. El estado de salud mental se midió con el cuestionario GHQ-12.

AVAD-<sup>G</sup>. Se prevé que para 2030 el incremento previsto de la contribución de los trastornos psiquiátricos a la **Carga Mundial de Morbilidad** superará el de la enfermedad cardiovascular, calculándose que la depresión llegue a ser la causa de morbilidad número uno en el mundo<sup>35</sup>.

Considerando únicamente el componente de discapacidad, se estima que en el año 2000 los trastornos mentales fueron responsables del 30,8% de todos los años de buena salud perdidos por padecer discapacidad -APD-<sup>16</sup>. Cinco de las diez causas principales de discapacidad en todo el mundo son dolencias psiquiátricas como la depresión, el abuso del alcohol, la esquizofrenia y el trastorno compulsivo<sup>36</sup>.

Los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de **suicidio**. Por término medio unas 800.000 personas se suicidan todos los años en el mundo, de las que más de la mitad tienen entre 15 y 44 años<sup>H 16,36</sup>.

El **estigma** que pesa sobre los trastornos mentales y la **discriminación** que sufren las personas que los padecen y sus familiares contribuyen a que no se solicite toda la atención de salud mental necesaria<sup>37,38</sup>. De acuerdo con el estudio europeo ESEMeD, es más probable que sufran estigma las personas con trastorno mental si su nivel de educación es bajo, están casados/as o desempleados/as<sup>39</sup>.

**A nivel de la Unión Europea –UE-**, aunque es necesario tener en cuenta las grandes disparidades existentes entre los distintos estados miembros en materia de salud mental, se estima que una de cada cuatro personas adultas sufrirá al menos una forma de alteración psíquica en algún momento de su vida, lo cual constituye un reto creciente para la UE. Las formas más comunes de trastornos mentales en dicho entorno son la ansiedad y la depresión. Desde el punto de

---

<sup>G</sup> Una forma de cuantificar la cronicidad de los trastornos y la discapacidad que causan es a través del cálculo de los Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad -AVAD- y de la Carga Mundial de Morbilidad (Global Burden of Disease). Los AVAD son una medida que combina la información relativa al impacto que la muerte prematura y la discapacidad a causa de una enfermedad o lesión puede tener sobre el número de años que habría podido vivir una persona. **34.** Murray C, Lopez A. *Global health statistics*: Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank;1996.

<sup>H</sup> Actualmente, unas cincuenta y ocho mil personas se suicidan cada año en la UE, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA **26.** Commission of the European Communities. *GREEN PAPER. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES;2005..



vista económico, **el coste** de las enfermedades mentales en la UE está entre un 3% y un 4% de su producto interior bruto, debido a las pérdidas de productividad que provocan y a las cargas suplementarias que entrañan para los sistemas sanitarios, sociales, educativos y judiciales<sup>26</sup>.

En enero de 2005, los ministros y ministras de salud de toda Europa reunidos en Helsinki junto con la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea y el Consejo de Europa, aprobaron una Declaración y un Plan de Acción para la Salud Mental. En 2006, la UE publicó un **Libro Verde de la Salud Mental**<sup>26</sup> y realizó una encuesta pública sobre su estrategia futura respecto a la salud mental. Con este Libro Verde, la Comisión Europea ha abierto un amplio debate sobre la salud mental.

En **España**, la **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud -SNS-**<sup>40</sup> fue aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud -CISNS- el 11 de diciembre de 2006.

En la revisión de estudios realizados en España llevada a cabo por Montero y colaboradores en 2004<sup>11</sup> se encontraron solo 9 estudios sobre prevalencias de trastornos mentales desarrollados en distintas comunidades autónomas desde 1979 a 1999. Las prevalencias en dichos estudios comunitarios no resultan comparables debido a que se utilizaron diferentes instrumentos de medida de los datos. Más recientemente, en 2006, el estudio **ESEMeD-España**<sup>1</sup>, coordinado con la iniciativa de la World Mental Health Surveys de la Organización Mundial de la Salud (Encuestas de Salud Mental en el Mundo), reveló que aproximadamente una de cada cinco personas entrevistadas (19,5%) había presentado un trastorno mental en algún momento de su vida y un 8,4% lo hizo en los últimos 12 meses. Los trastornos más frecuentes a lo largo de la vida fueron el episodio depresivo mayor (con una prevalencia del 10,5%), la fobia específica (4,5%), la distimia<sup>1</sup> (3,6%) y el abuso de alcohol (3,5%). Según los resultados de este estudio, las mujeres, las personas separadas o viudas, desempleadas,

---

<sup>1</sup> La distimia, también llamada trastorno distímico, es un trastorno afectivo crónico de carácter depresivo leve, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión.

discapacitadas o en baja por enfermedad tienen mayor riesgo de padecer un trastorno mental en el último año y precisan una mayor atención sanitaria<sup>1,3</sup>.

La **Encuesta Nacional de Salud** de 2006 –ENSE 2006-<sup>41</sup> ha permitido por primera vez medir el nivel de **salud mental** en población española de 16 años y más<sup>J</sup>. Según los resultados de la ENSE 2006, el 21,3% de la población adulta española está a riesgo de mala salud mental; riesgo más elevado en las mujeres (26,8%) que en los hombres (15,6%). Asimismo, la prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses se sitúa en el 13,8%, siendo llamativa la diferencia entre sexos, más del doble en las mujeres (19,1%) que en los hombres (8,2%).

Los resultados de la ENSE 2006 a nivel de la Comunidad Autónoma de Cantabria (**Encuesta de Salud de Cantabria 2006**<sup>12</sup>) se presentan en este monográfico.

---

<sup>J</sup> A través del *cuestionario de Salud General GHQ-12* de Goldberg, recomendado por la OMS y de uso extendido en el mundo.

## 2. Metodología

La metodología detallada en este apartado viene determinada por la utilizada en la Encuesta Nacional de Salud 2006 y adaptada para la muestra de población de Cantabria<sup>42</sup>.

La recogida de información se efectuó en todos los casos mediante entrevista personal realizada por personal encuestador especializado del Instituto Nacional de Estadística –INE- en cada hogar cántabro seleccionado para la encuesta. Aunque la encuesta se realizó en personas de todas las edades, para los objetivos de este monográfico nos centramos en **las personas adultas (16 y más años)**.

La aplicación de los cuestionarios se realizó durante el período de junio de 2006 a junio de 2007, sobre un total de **1.703 personas adultas** seleccionadas aleatoriamente dentro de los hogares<sup>k</sup>, así como dentro de la relación de secciones censales utilizadas en el Padrón Municipal de Habitantes de 2006. Esta muestra es representativa en cada una de las cuatro áreas geográficas sanitarias de Cantabria (Santander, Torrelavega, Laredo y Reinosa).

Para el estudio de la salud mental se utilizó el **cuestionario de Salud General GHQ-12 de Goldberg** (1972). Se trata de un cuestionario autoadministrado que explora síntomas subjetivos de distrés psicológico, manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad, depresión, dificultades de relación y de cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales, es decir, la evaluación que hace la persona de su estado de bienestar general. A las 4 categorías de respuesta de las que consta dicho cuestionario se les adjudicó el valor 0 a las respuestas 1 y 2, y el valor 1 a las respuestas 3 y 4. Se sumaron los valores obtenidos de las 12 preguntas, resultando un valor de 0 a 12 de mejor a peor salud mental. El punto de corte para identificar los posibles casos psiquiátricos es 3, de manera que un individuo que obtenga una puntuación de 3 ó más es un posible caso psiquiátrico o está a **riesgo de padecer un trastorno**

---

<sup>k</sup> Se utilizó información de un total de 1.675 personas adultas. La variable Salud Mental tiene pérdidas en 28 encuestas (1,6% del total).

**mental** (se utiliza la expresión **mala salud mental** para esta puntuación), teniendo en cuenta que se trata de un instrumento de cribado y no diagnóstico<sup>L</sup>.

Para un mayor acercamiento al conocimiento de la salud mental en la población de Cantabria se analizó en primer lugar la distribución del riesgo de mala salud mental por **sexo**, **grupos de edad**, **clase social** (manuales y no manuales<sup>M</sup>), **nivel de estudios** (bajo, medio y alto) y **tamaño del municipio de residencia** (pequeño, mediano y grande<sup>N</sup>).

Aparte de estas variables sociodemográficas se analizaron otras variables relevantes utilizadas en otros estudios, como la relación con la **actividad económica desarrollada por la persona entrevistada** (que resulta más precisa que la clase social, ya que ésta se basa en la ocupación de la persona que más aporta al hogar y no en la de la persona entrevistada), el **estado civil**, la **función familiar**<sup>O</sup> y el **apoyo social percibido**<sup>P</sup>.

---

<sup>L</sup> Este punto de corte ha sido utilizado en los estudios realizados partiendo de la Encuesta de Salud Española: **14**. Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Montero Piñar MI. Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos: Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Revista Española de Salud Pública*. 2010;84:29-41. o sobre la Encuesta de Cataluña **23**. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions between gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. 2004;94:82-88, **32**. Cortès I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit*. 2004;18(5):351-359. Así como en la Encuesta de Canarias <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=18fb5336-0829-11e0-a822-57ec4778ee0a&idCarpeta=11f7902a-af34-11dd-a7d2-0594d2361b6c> y en la Encuesta de Valencia <http://www.san.gva.es/docs/encuesta/7escv05.pdf>

<sup>M</sup> La Encuesta Nacional de Salud 2006 la clase social se asigna en función de la ocupación de la persona que sustenta el hogar en 5 categorías (ver más abajo), basadas en la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 (CNO-94). Sin embargo, para poder disponer de muestra suficiente en el análisis multivariante realizado en este estudio, se ha decidido agrupar por un lado en **clases sociales no manuales** a las clases socioeconómicas más favorecidas (I, II y III), y por otro en **clases manuales** a las más desfavorecidas (IVa/b y la V). Las 5 categorías se definen de la siguiente forma: I: Directivos de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario; II: Directivos de empresas con menos de 10 trabajadores. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas; III: Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales; IV(a/b): Trabajadores manuales cualificados/semicualificados; V: Trabajadores no cualificados.

<sup>N</sup> Tamaño de municipio: Pequeño (menor o igual a 10.000 habitantes); Mediano (de 10.001 a 50.000 habitantes); Grande (más de 50.000).

<sup>O</sup> Para la medición de la Función Familiar se utilizó el Cuestionario APGAR Familiar, que se considera una buena herramienta para detectar disfunción familiar y consta de cinco componentes: A adaptabilidad (adaptability), P Cooperación (partnership), G desarrollo (growth), A afectividad (affection) y R capacidad resolutoria (resolve).

<sup>P</sup> El Apoyo Social se considera un buen predictor de salud y bienestar. Para medirlo se utiliza el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC.

Para estudiar los factores sociodemográficos relacionados con el riesgo de mala salud mental se ajustaron **modelos de regresión logística binomial**<sup>Q</sup>, presentándose las Razones de Probabilidad con sus Intervalos de Confianza del 95%<sup>R</sup>. Conjuntamente y utilizando el mismo modelo de análisis se analizó la relación del **riesgo de mala salud mental** con **problemas de salud crónicos o de larga duración**, con **limitación de la actividad** por dichos problemas crónicos y con **problemas para dormir**. Para analizar la **utilización de servicios** (frecuentación de consulta médica, hospitalización en el último año y consulta al servicio de urgencias en el último año) y el **consumo de medicamentos** en las dos últimas semanas se utilizó la regresión logística ordinal<sup>S</sup>.

---

<sup>Q</sup> El análisis multivariante por medio de modelos de regresión logística binaria desarrolla métodos estadísticos que permiten estudiar la relación entre una variable dependiente (mala salud mental) y determinadas variables independientes (como sexo, edad, etc.).

<sup>R</sup> La Razón de Probabilidad (Odds Ratio), obtenida de los modelos de regresión logística, es una medida de asociación que expresa cuánto más probable es una determinada condición (por ejemplo, mala salud mental) en un determinado grupo frente a otro de referencia (por ejemplo, en los hombres frente a las mujeres - categoría de referencia-). Debido a que el cálculo de esta medida se realiza a partir de los datos de una muestra, es necesario considerar su error asociado, por lo que las Razones de Probabilidad obtenidas se acompañan de unos intervalos, que contienen, con un 95% de nivel de confianza, el valor real en la población.

<sup>S</sup> La regresión ordinal, a diferencia de la binaria, tiene en cuenta el número de veces que, por ejemplo, se han consumido medicamentos en las últimas dos semanas, y no solo las diferencias entre si se han consumido o no.

### 3. Salud mental en personas de 16 y más años

La media para **Cantabria** en el *cuestionario GHQ-12* en una escala de 0 a 12, de mejor (0) a peor (12) salud mental, es de 0,91, presentándose diferencias entre hombres (0,7) y mujeres (1,1). A este respecto, Cantabria ostenta una **mejor salud mental que el conjunto de España**, que se sitúa en una media de 1,5, con diferencias significativas por sexo (1,2 en hombres y 1,8 en mujeres).

#### 3.1. El riesgo de mala salud mental y su relación con factores socio-demográficos

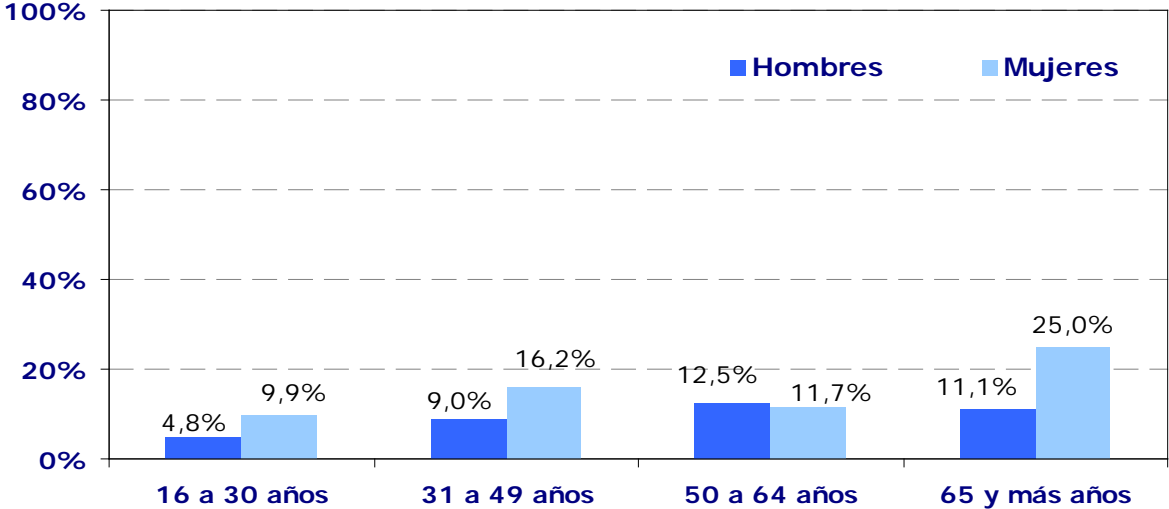
Un **12,7% de la población** de Cantabria se encuentra en **riesgo de mala salud mental**. Riesgo que es **más elevado en las mujeres** (15,9%) que en los hombres (9,1%). El análisis multivariante<sup>T</sup> realizado corrobora que existe una mayor probabilidad de mala salud mental en las mujeres frente a los hombres (1,7 veces más).

Esta diferencia por sexo se mantiene en el análisis específico por **grupos de edad** (exceptuando el de 50 a 64 años), acentuándose en las edades más avanzadas (gráfico 1), aunque al analizarlo conjuntamente con otros determinantes del riesgo de mala salud mental (análisis multivariante), la edad no es un factor influyente.

---

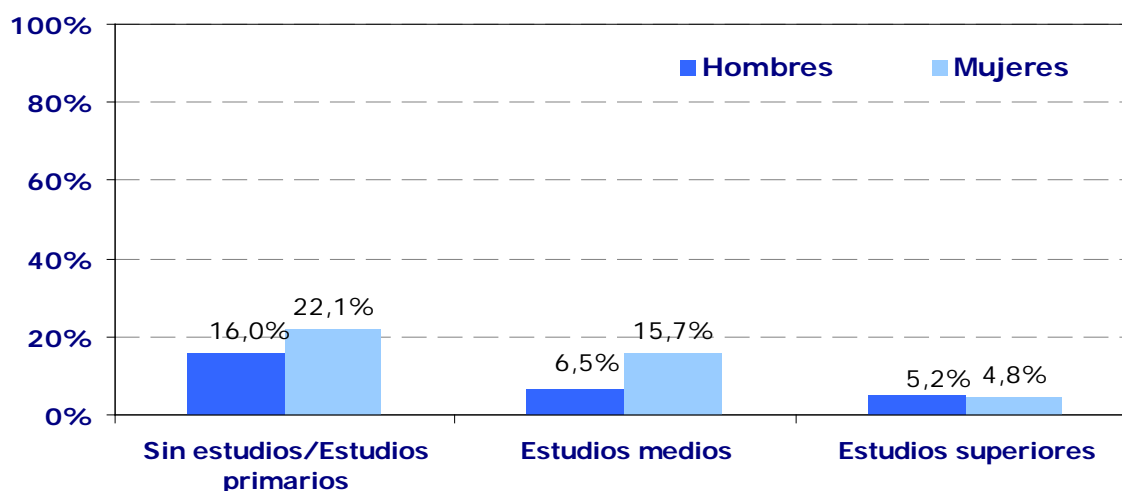
<sup>T</sup> Análisis realizado por medio de regresión logística binomial para conocer cuales de los factores analizados están asociados independientemente con riesgo de mala salud mental. Las variables introducidas en el modelo inicial son: sexo, grupos de edad, nivel de estudios, clases sociales manuales, tamaño del municipio de residencia, estado civil, tipo de actividad que desarrolla, apoyo social y función familiar. Como categoría de referencia fueron elegidas las que a priori presentaban menor riesgo.

**Gráfico 1: Riesgo de mala salud mental, por sexo y grupos de edad.**



Con respecto al *nivel de estudios*, un primer análisis descriptivo muestra que el riesgo de mala salud mental es menor según aumenta el nivel de estudios, pasando en las mujeres de un 22,1% en las que tienen un nivel de estudios bajo a un 4,8% en las que tienen estudios superiores. En los hombres, aunque también se observa el mismo patrón de descenso de riesgo (del 16,0% en hombres sin estudios o solo con estudios primarios, al 5,2% con estudios superiores), las diferencias entre los niveles de estudio no son significativas cuando se tienen en cuenta en el análisis multivariante otros determinantes de la salud mental. Mientras que **en las mujeres el nivel de estudios se asocia claramente con el riesgo de mala salud mental** en todos los análisis.

**Gráfico 2. Riesgo de mala salud mental, por sexo y nivel de estudios.**



El análisis por *clase social*<sup>U</sup> ha revelado que ésta no es un factor determinante para señalar diferencias en el riesgo de mala salud mental, ya que aunque en el análisis descriptivo se observan algunas entre las mujeres pertenecientes a las clases manuales o más desfavorecidas socioeconómicamente (18,1% de riesgo) frente a las de las clases no manuales (12,6%), no así en los hombres; al analizarlo conjuntamente con otros determinantes del riesgo de mala salud mental (análisis multivariante), desaparecen las diferencias.

Sí es significativo, por el contrario, el *tipo de actividad económica* desarrollada por la persona entrevistada (tanto en el análisis descriptivo del gráfico 3, como en el multivariante) observándose que el riesgo de mala salud mental es **menos frecuente en las personas que trabajan** que en el resto, siendo las personas jubiladas o pensionistas y las que están desempleadas las que mayor riesgo comportan (2,7 y 2,1 veces más, respectivamente, respecto a las que trabajan), seguidas de las mujeres con dedicación al hogar (solo mujeres se ocupan de esta actividad, 1,7 veces más) en comparación con las que tienen un trabajo remunerado.

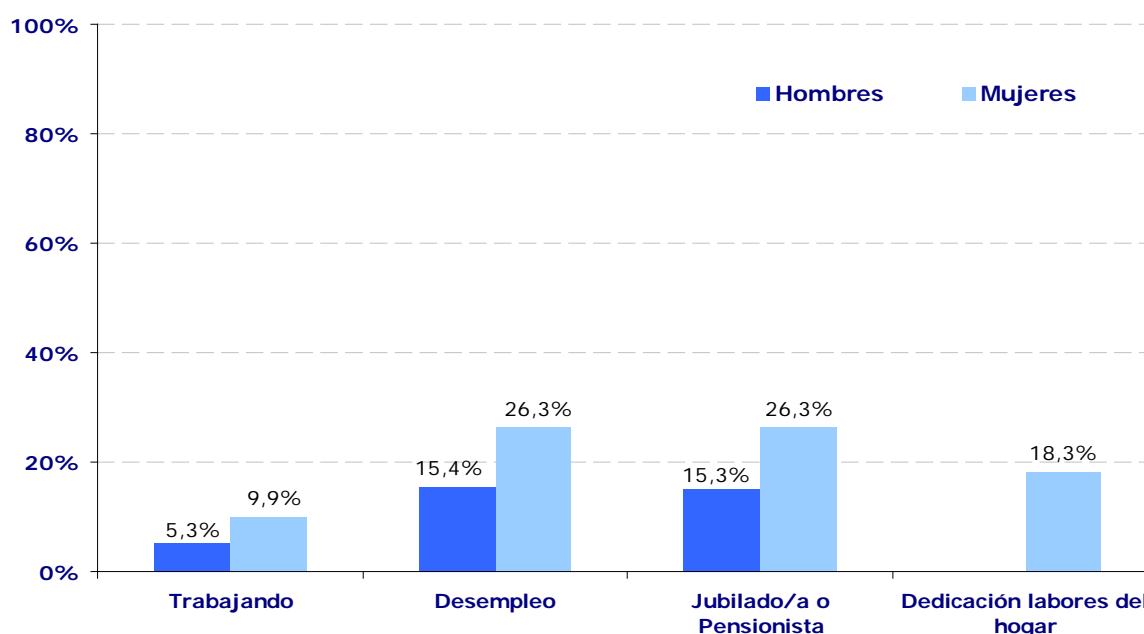
---

<sup>U</sup> Como se ha referido en la metodología, la clase social se basa en la ocupación de la persona que más aporta al hogar y no en la de la persona entrevistada.



En general, este análisis muestra que **las mujeres presentan mayores riesgo de mala salud mental que los hombres en todas las actividades que desarrollan.**

**Gráfico 3. Riesgo de mala salud mental por sexo y tipo de actividad desarrollada.**



Según el **tamaño del municipio de residencia**, aunque un primer análisis descriptivo de los datos muestra algunas diferencias en el riesgo de mala salud mental entre las mujeres que residen en los municipios pequeños (20,1%) frente al resto (13,3% en medianos y 14,4% en los grandes), no observándose diferencias en los hombres; una vez que se ajustan los resultados por otras variables (en el análisis multivariante), esas supuestas diferencias desaparecen.

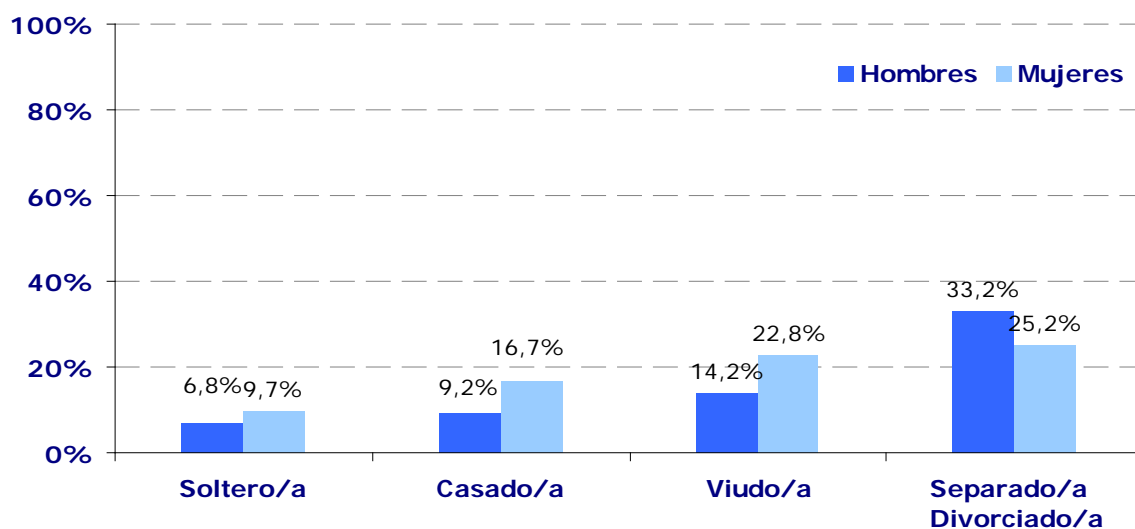
Sin embargo, teniendo en cuenta el **Área Sanitaria**, el análisis multivariante<sup>V</sup> muestra que existe un riesgo de mala salud mental en el Área de Torrelavega 1,5

<sup>V</sup> Análisis realizado por medio de regresión logística binomial para conocer cuales de los factores analizados están asociados independientemente con riesgo de mala salud mental. Las variables introducidas en el modelo inicial son: sexo, grupos de edad, nivel de estudios, tamaño del municipio de residencia, tipo de actividad que desarrolla, función familiar, estado civil y Área Sanitaria.

veces mayor que en el Área de Santander, que se toma como referencia; riesgo que es 2,1 veces mayor en las mujeres del Área de Torrelavega.

De acuerdo al **estado civil** de las personas<sup>w</sup> (gráfico 4) el análisis descriptivo de los datos muestra que el porcentaje de riesgo de mala salud mental es mayor en las mujeres solteras, casadas y viudas que en los hombres de ese mismo estado civil, presentándose las mayores diferencias entre las mujeres viudas (22,8%) y los hombres viudos (14,2%). Sin embargo, entre las personas separadas o divorciadas el riesgo es mayor entre los hombres (33,2%) que entre las mujeres (25,2%). El **menor riesgo** se produce entre las **personas solteras** (6,8% en los hombres y 9,7% en las mujeres). Resultados que corrobora y matiza el análisis multivariante (gráfico 6).

**Gráfico 4: Riesgo de mala salud mental, por sexo y estado civil.**

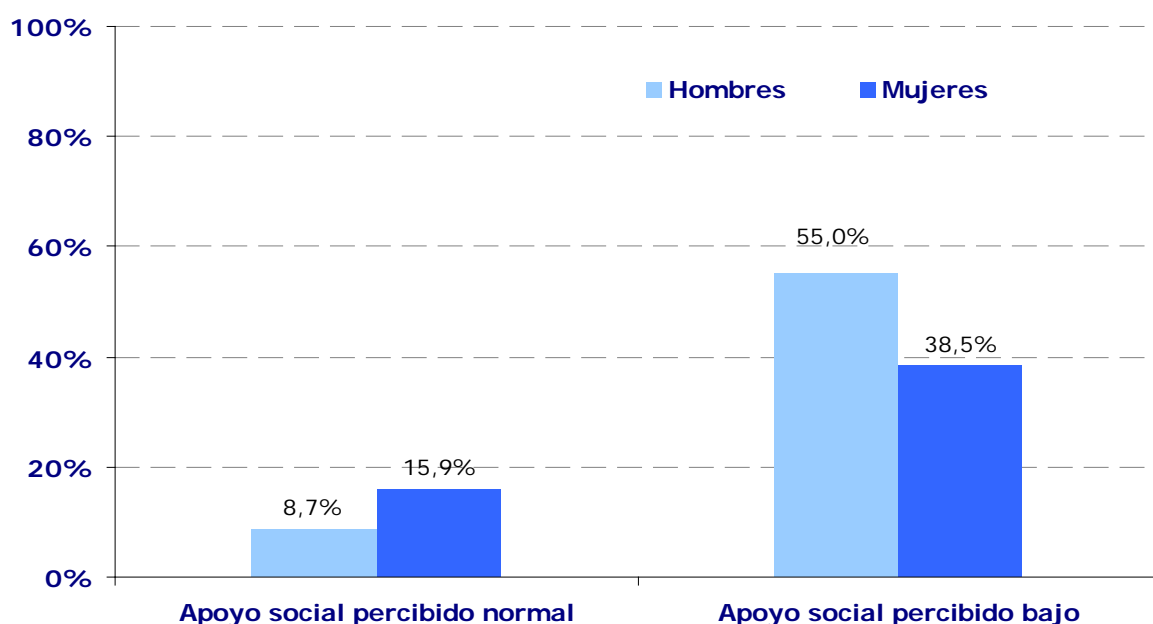


En relación al **apoyo social percibido**, considerado un buen predictor de la salud y el bienestar (gráfico 5), el análisis descriptivo muestra como el riesgo de mala salud mental se asocia en la población adulta con una percepción de apoyo social bajo, **más destacable en los hombres** que en las mujeres, aunque esta afirmación hay que tomarla con cautela ya que la frecuencia de personas con

<sup>w</sup> Según los resultados de la ESCAN06, más de la mitad de la población está casada (57,4%), un tercio soltera (31,3%) y el resto viudo/a (7,2%) o separado/a o divorciado/a (4,1%).

poco apoyo social es baja (1,5% de los hombres y 0,8% de las mujeres) y, por tanto, la posibilidad de error es mayor. Al analizar esta variable conjuntamente con los otros determinantes de riesgo de mala salud mental (análisis multivariante), su influencia permanece en los hombres pero no así en las mujeres.

**Gráfico 5: Riesgo de mala salud mental por sexo y apoyo social percibido.**



El análisis de la **función familiar percibida**, considerada como un buen predictor de la disfunción familiar, permite observar el patrón contrario al apoyo social. Se observa una asociación entre función familiar y riesgo de mala salud mental (44,7% en las personas que viven una situación de disfunción familiar frente a 11,5% en las personas con función familiar normal), pero en este caso **el riesgo es más elevado entre las mujeres** que entre los hombres, como se ve a continuación en la descripción de los resultados del análisis multivariante.

El **análisis multivariante diferenciado por sexo**<sup>x</sup> (gráfico 6) muestra, como se ha venido describiendo, que el patrón de mala salud mental **no es igual para**

<sup>x</sup> Se realizó el mismo análisis ya descrito, diferenciado por sexo.

**los hombres que para las mujeres.** En ambos se relaciona con el estado civil y el tipo de actividad que realizan las personas, pero mientras en los hombres tiene más influencia un bajo apoyo social, en las mujeres lo tienen un bajo nivel de estudios y una situación familiar disfuncional.

En los **hombres**, la probabilidad de riesgo de mala salud mental es mayor en los que consideran que tienen **bajo apoyo social** (11,0 veces más riesgo que los que perciben un apoyo normal, aunque con un amplio intervalo de confianza indicativo de la baja frecuencia de personas con poco apoyo social), así como en los que están en situación de **desempleo** (6,1 mayor que los empleados, asimismo con un amplio intervalo de confianza porque solo un 7,5% de los hombres entrevistados están en esta situación) y **jubilados/pensionistas** (2,9 veces mayor que los que trabajan). De acuerdo al **estado civil**, solo el estar **separado o divorciado** entraña un aumento significativo de la probabilidad de riesgo con respecto a estar soltero (3,4 veces más).

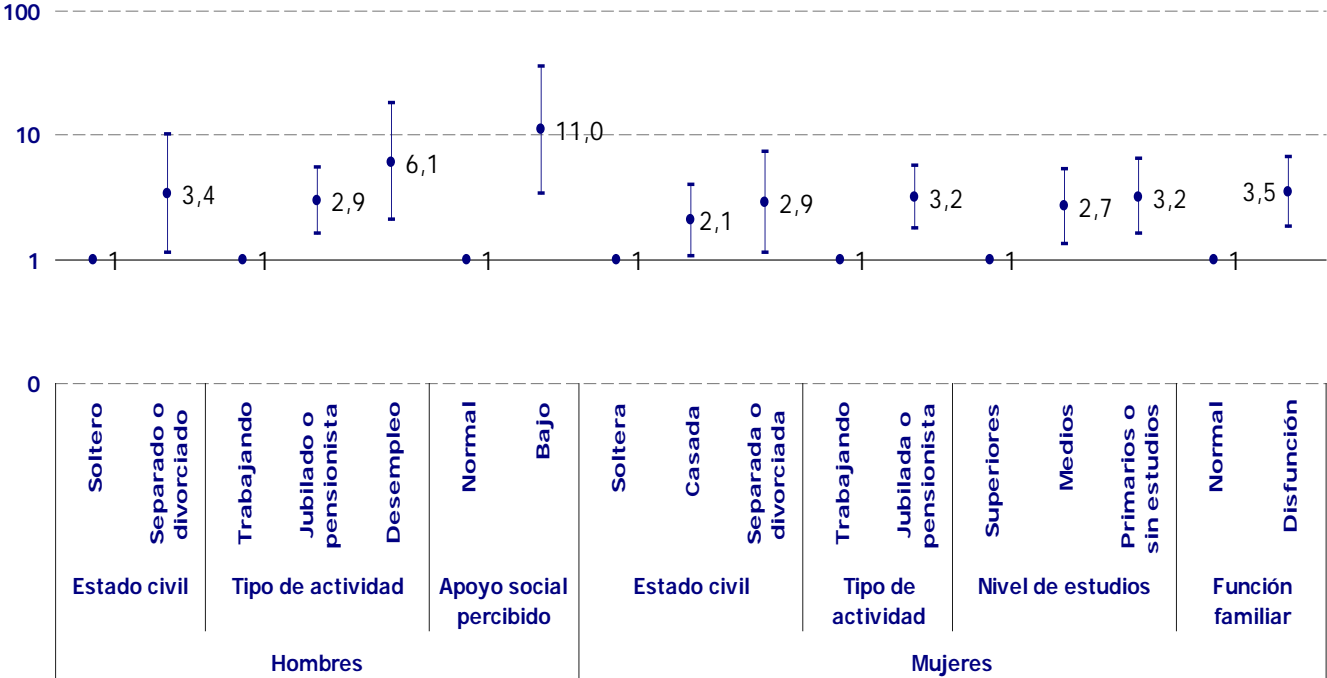
En las **mujeres**, a diferencia de los hombres, la variable que aparece asociada a una mayor probabilidad de riesgo de mala salud mental es la **función familiar**, aumentando el riesgo 3,5 veces en las mujeres que viven en una situación de disfunción familiar (tomando como referencia una función familiar buena).

La siguiente asociación más llamativa se produce con el **nivel de estudios**, aumentando la probabilidad de tener una mala salud mental a medida que disminuye (3,2 veces más frecuente en mujeres con estudios primarios o sin estudios y 2,7 veces mayor en mujeres con estudios medios que en las que tienen estudios superiores, tomándose éstos como referencia).

En cuanto a la relación con la **actividad económica** (tomando como referencia las mujeres que trabajan), solo las mujeres **jubiladas o pensionistas** presentan una probabilidad 3,2 veces mayor de riesgo de mala salud mental.

El **estado civil** influye en la mala salud mental en las mujeres aumentando la probabilidad de riesgo en las casadas (2,1 veces) con respecto a las solteras (tomadas con referencia), a diferencia de los hombres, para quienes estar casado no supone un riesgo. La probabilidad se incrementa asimismo en el estado de separada o divorciada (2,9 veces), al igual que en los hombres, aunque en ellos el riesgo es algo mayor.

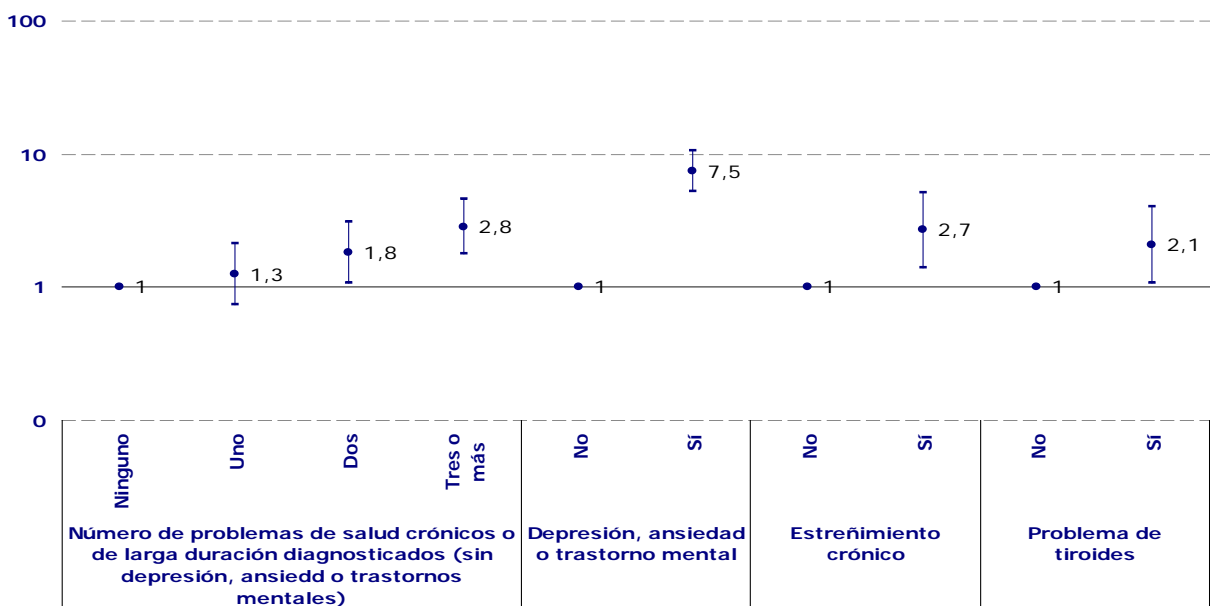
**Gráfico 6: Asociación entre riesgo de mala salud mental y las variables sociodemográficas, por sexo. Razón de probabilidades e Intervalo de Confianza del 95%.**



### 3.2. El riesgo de mala salud mental y su relación con los problemas de salud crónicos o de larga duración

El análisis de la probabilidad de riesgo de mala salud mental cuando se padecen problemas de salud crónicos o de larga duración<sup>Y</sup> (gráfico 7) muestra una clara asociación con la depresión, ansiedad u otros trastornos mentales (7,5 veces mayor probabilidad); el estreñimiento crónico (2,7); y problemas de tiroides (2,1), sin diferencias significativas por sexo. Asimismo, este análisis indica que el incremento del número de problemas que padezca la persona aumenta el riesgo hasta 2,8 veces en las personas con tres o más problemas de salud (tanto en hombres como en mujeres).

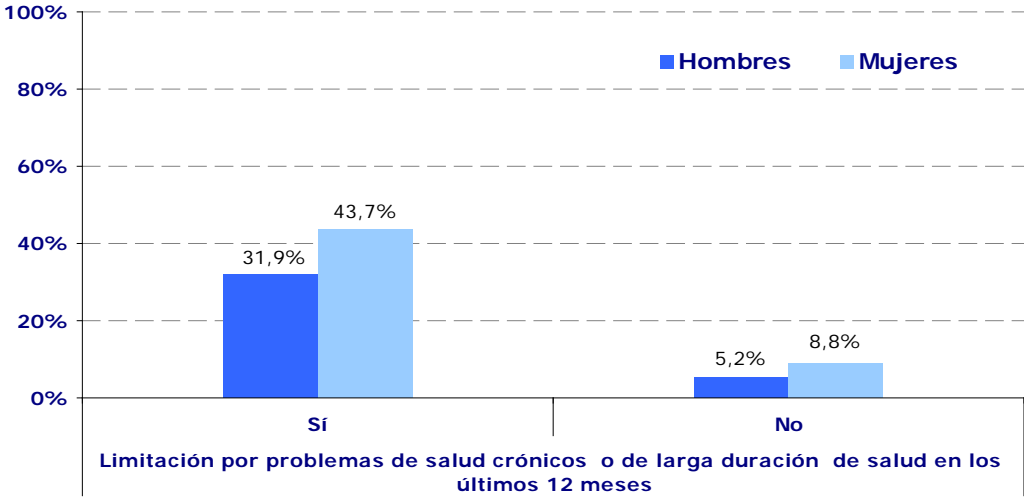
**Gráfico 7: Asociación entre riesgo de mala salud mental y problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados (tipo y número). Razón de probabilidades e Intervalo de confianza del 95%.**



<sup>Y</sup> Análisis realizado por medio de regresión logística binomial para conocer cuales de los factores analizados están asociados independientemente con el riesgo de mala salud mental. Las variables introducidas en el modelo inicial son: sexo, grupos de edad, dolor de espalda crónico lumbar, alergia crónica, estreñimiento crónico, problemas de tiroides, tumores malignos, depresión, ansiedad o trastorno mental, y número de problemas de salud crónicos de larga evolución (sin tener en cuenta la depresión, ansiedad o trastorno mental). Como categoría de referencia fueron elegidas las que a priori presentaban menor riesgo.

La **limitación de la actividad en los últimos 12 meses por problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados** se asocia con un riesgo elevado de mala salud mental (gráfico 8), tanto para los hombres como para las mujeres. El 43,7% de éstas y el 31,9% de aquellos que sufren limitaciones se encuentran en riesgo de mala salud mental, frente al 5,2% de los hombres y al 8,8% de las mujeres que no las padecen.

**Gráfico 8: Riesgo de mala salud mental en relación con la limitación de la actividad en los últimos 12 meses por problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados, por sexo.**



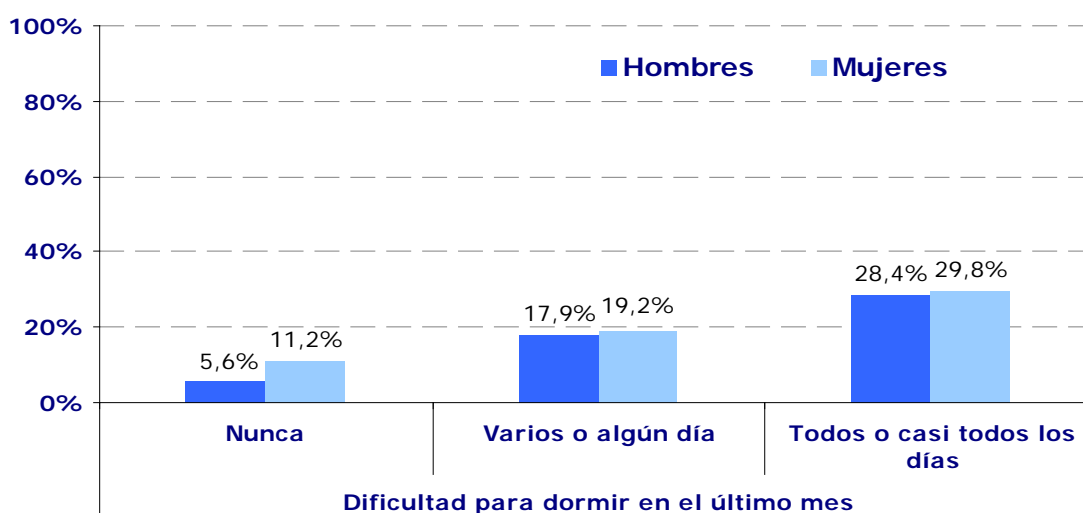
Una vez ajustado por sexo y por número de problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados<sup>z</sup>, la probabilidad de riesgo de mala salud mental es 4,5 veces mayor en las personas con limitación de la actividad que en las que no están limitadas.

<sup>z</sup> Análisis realizado por medio de regresión logística binomial para conocer cuales de los factores analizados están asociados independientemente con el riesgo de mala salud mental. Las variables introducidas en el modelo inicial son: sexo, grupos de edad y número de problemas crónicos de salud diagnosticados. Como categoría de referencia fueron elegidas las que a priori presentaban menor riesgo.

### 3.3. Otros factores relacionados con el riesgo de mala salud mental: problemas para dormir

Un primer análisis descriptivo del riesgo de mala salud mental en personas con **dificultades para dormir** muestra como aumenta el riesgo casi por igual en ambos sexos de acuerdo al incremento en el número de días que se tienen problemas para dormir (gráfico 9).

**Gráfico 9: Riesgo de mala salud mental asociado a los problemas para dormir, por sexo.**



Después de ajustar por el número de problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados<sup>AA</sup>, la probabilidad de mala salud mental es 2,4 mayor entre quienes tienen problemas para dormir varios o algún día y 4,2 veces mayor entre quienes tienen problemas para dormir todos o casi todos los días con respecto a los que no tienen dificultad para dormir.

<sup>AA</sup> Análisis realizado por medio de regresión logística binomial para conocer cuales de los factores analizados están asociados independientemente con el riesgo de mala salud mental. Las variables introducidas en el modelo inicial son: sexo, grupos de edad, número de problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados y dificultad para dormir en el último mes. Como categoría de referencia fueron elegidas las que a priori presentaban menor riesgo.



### 3.4. Utilización de servicios sanitarios en relación al riesgo de mala salud mental

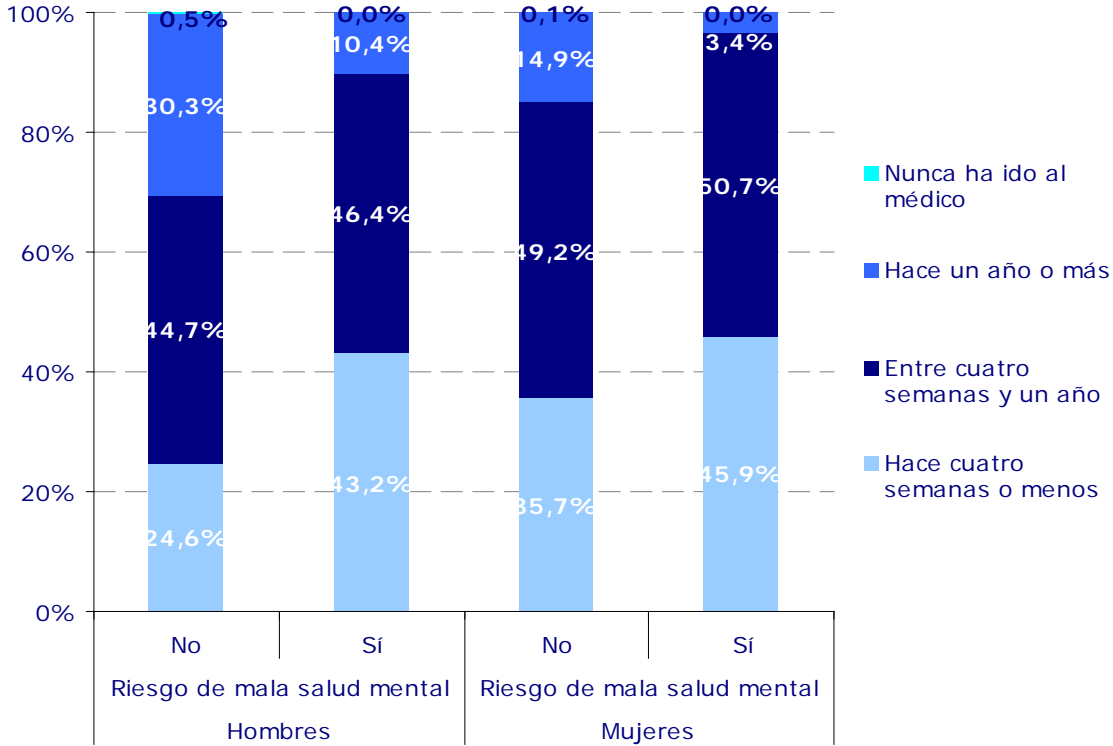
El análisis diferenciado por sexo de la utilización de **consultas médicas** de acuerdo al riesgo de mala salud mental (gráfico 10) no muestra diferencias significativas entre los hombres y las mujeres a riesgo, mientras que sí se observan diferencias tanto entre los hombres como entre las mujeres que no están a riesgo de mala salud mental.

En general, **más mujeres que hombres han acudido a una consulta médica durante el último año**. Entre las personas que no están a riesgo de mala salud mental, las mujeres utilizaron más que los hombres las consultas médicas en el último año (un 15,7% más).

Entre los **hombres**, aquellos en riesgo de mala salud mental acudieron en el mes anterior a ser entrevistados un 18,6% más que los hombres que no estaban a riesgo en ese momento. Lo contrario se constata entre quienes llevan un año o más sin ir a la consulta médica, siendo los hombres que no están a riesgo de mala salud mental quienes mayoritariamente ocupan esta categoría (19,9% más que los hombres a riesgo de mala salud mental).

En las **mujeres**, las diferencias entre quienes acudieron el último mes y están a riesgo de mala salud mental y quienes no están a riesgo es más estrecha que en los hombres de las mismas categorías (10,2% más en las mujeres a riesgo). De forma similar a los hombres, las mujeres sin riesgo de mala salud mental acudieron más al médico en el último año (diferencia de un 11,5% respecto a las que están a riesgo).

**Gráfico 10: Utilización de las consultas médicas<sup>BB</sup> de acuerdo al riesgo de mala salud mental, por sexo,<sup>CC</sup>**



El análisis multivariante<sup>DD</sup> revela que **aquellas personas en riesgo de mala salud mental tienen una probabilidad 1,6 veces mayor de haber acudido a la consulta del médico/a de familia en las últimas 4 semanas que quienes no están a riesgo.**

En cuanto a la **hospitalización**, de acuerdo a la existencia de riesgo de mala salud mental (gráfico 11), tanto los hombres como las mujeres a riesgo

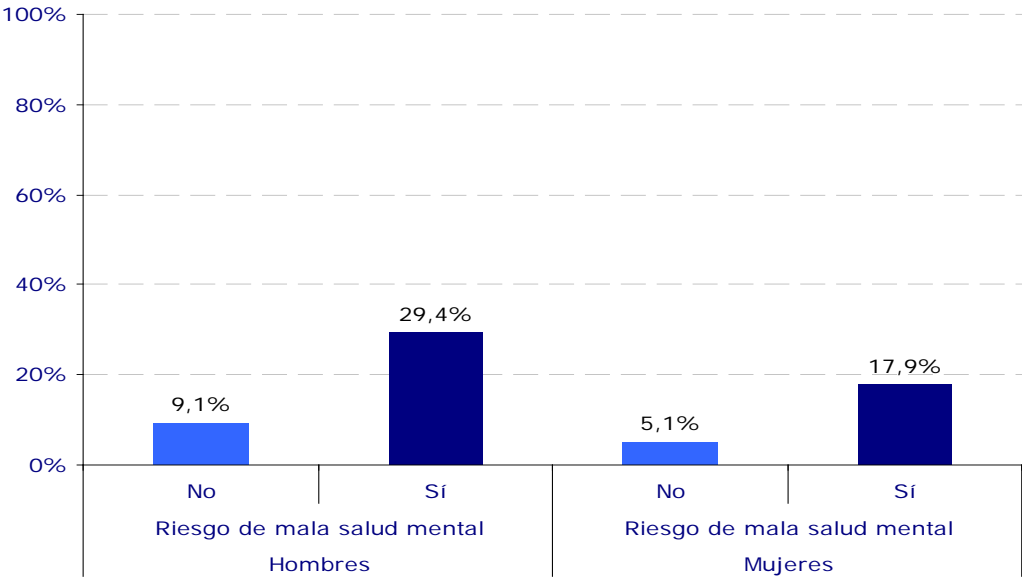
<sup>BB</sup> Tiempo transcurrido desde la última consulta médica (personal o por teléfono) al médico/a de familia o especialista.

<sup>CC</sup> La categoría “Nunca ha ido al médico” cuenta con un marginal muy bajo.

<sup>DD</sup> Análisis realizado por medio de regresión logística ordinal para conocer cuales de los factores analizados están asociados con una mayor frecuencia de visitas al médico/a de familia en las últimas 4 semanas. Las variables introducidas en el modelo son: sexo, grupos de edad, número de problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados (sin tener en cuenta depresión, ansiedad u trastorno mental) y riesgo de mala salud mental.

ingresaron más en el hospital en el último año<sup>EE</sup>, habiendo estado ingresados/as al menos una vez en el último año un 20,2% y un 12,8% más respectivamente que los y las que no están a riesgo. Entre las personas **a riesgo de mala salud mental ingresaron con menos frecuencia las mujeres que los hombres**, habiendo estado hospitalizadas en el último año un 11,5% menos.

**Gráfico 11: Ingresos en el hospital en el último año, de acuerdo a la existencia de riesgo de mala salud mental, por sexo.**



De acuerdo al análisis multivariante<sup>FF</sup>, aquellas personas que se encuentran a riesgo de mala salud mental tienen una probabilidad de ingresar en el hospital 1,7 veces mayor que las personas que no están a riesgo de mala salud mental. En general **la probabilidad de ingresar de los hombres es el doble que la de las mujeres**.

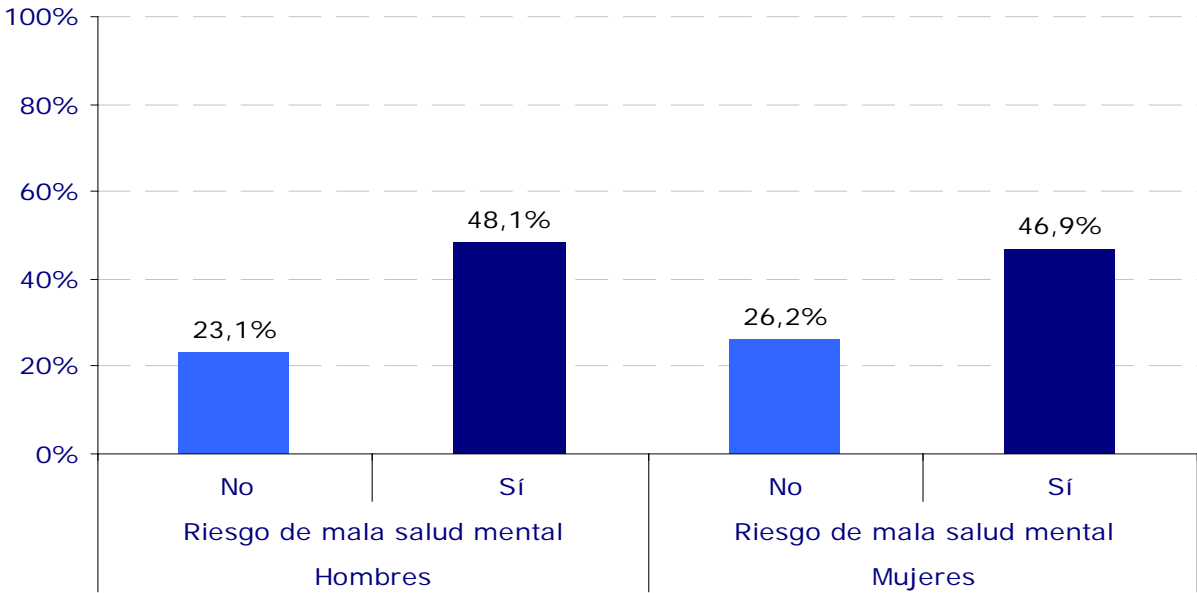
Respecto a la utilización de los servicios de **urgencias** (gráfico 12), entre las personas a riesgo de mala salud mental, un 24,9% de los hombres y 20,8% de

<sup>EE</sup> De los ingresos hospitalarios en las mujeres se han excluido los relacionados con el parto.

<sup>FF</sup> Análisis realizado por medio de regresión logística ordinal para conocer cuales de los factores analizados están asociados con una mayor frecuencia de hospitalización en el último año. Las variables introducidas en el modelo son: sexo, grupos de edad, número de problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados (sin tener en cuenta depresión, ansiedad u trastorno mental) y riesgo de mala salud mental.

las mujeres acudieron más a dichos servicios en el último año que quienes no estaban a riesgo, no se observándose diferencias llamativas por sexo.

**Gráfico 12: Utilización de los servicios de urgencias en el último año de acuerdo a la existencia de riesgo de mala salud mental, por sexo.**



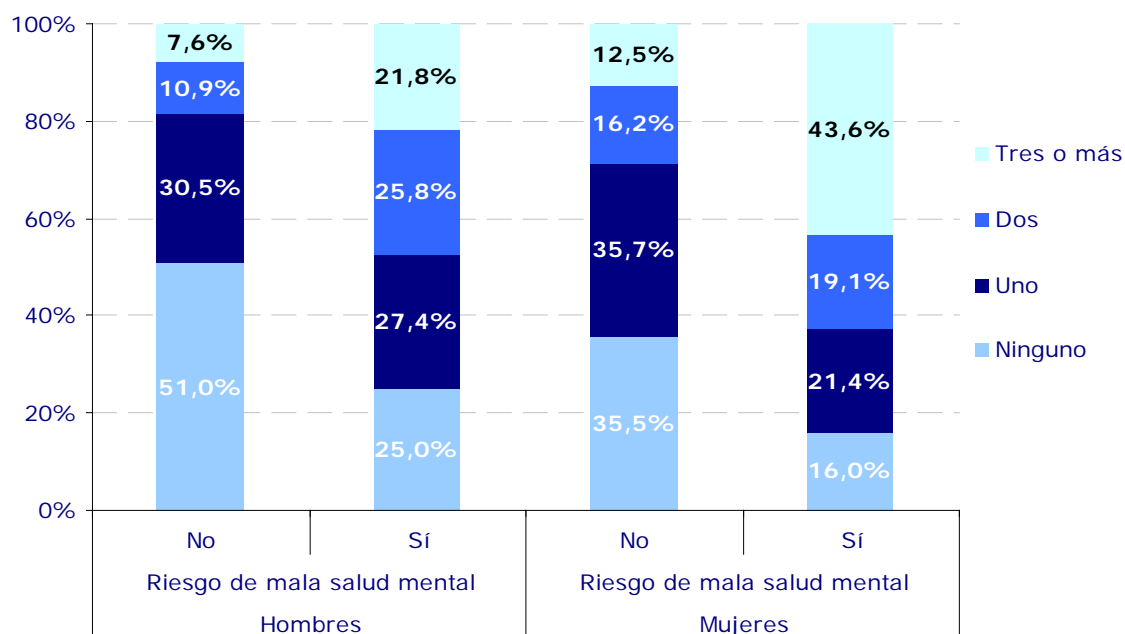
De acuerdo al análisis multivariante<sup>GG</sup>, la probabilidad de frecuentación de los servicios de urgencias de las personas a riesgo de mala salud mental es 2,4 veces mayor que la de las que no lo están. También es destacable la **mayor utilización de las urgencias de las personas más jóvenes** (las personas de 16 a 30 años tienen una probabilidad 2,8 mayor de acudir a urgencias que las personas de 65 ó más año).

<sup>GG</sup> Análisis realizado por medio de regresión logística ordinal para conocer cuales de los factores analizados están asociados con una mayor frecuencia de utilización de los servicios de urgencias en el último año. Las variables introducidas en el modelo son: sexo, grupos de edad, número de problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados (sin tener en cuenta depresión, ansiedad u trastorno mental) y riesgo de mala salud mental.

### 3.5 Consumo de medicamentos en las dos últimas semanas según riesgo de mala salud mental

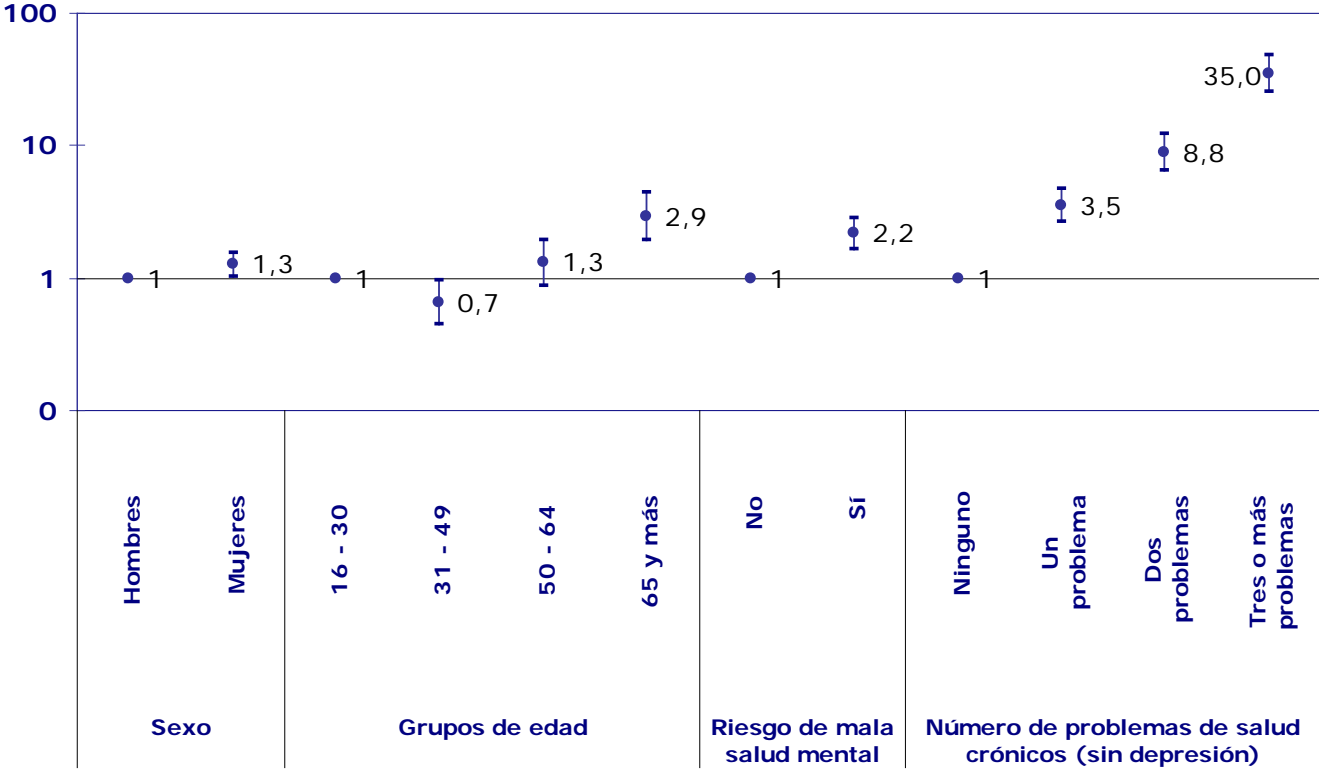
Las personas de ambos sexos a riesgo de mala salud mental han consumido medicamentos en las últimas dos semanas con mayor frecuencia que quienes no están a riesgo (gráfico 13). El consumo de al menos un medicamento es mayor entre las mujeres (84,0%) que entre los hombres a riesgo de mala salud mental (75,0%). Es llamativa la diferencia existente en el consumo de 3 o más medicamentos, ya que el 36,0% (21,8% de hombres y 43,6% de mujeres) de las personas a riesgo de mala salud mental consumen esta cantidad frente al 10,1% (7,6% de hombres y 12,5% de mujeres) de las personas que no se encuentran a riesgo.

**Gráfico 13: Consumo de medicamentos en las últimas dos semanas, de acuerdo a la existencia de riesgo de mala salud mental, por sexo.**



El análisis multivariante<sup>HH</sup> muestra que las personas a riesgo de mala salud mental tienen una probabilidad 2,2 veces mayor de haber consumido medicamentos en las dos últimas semanas que las personas que no están a riesgo (gráfico 14). En general, el consumo de medicamentos se relaciona con todas las variables introducidas, con el sexo (las mujeres tienen una probabilidad de consumir 1,3 veces mayor que los hombres), la edad (aumentando la probabilidad de consumo con la edad) y el número de problemas de salud (a mayor número mayor consumo).

**Gráfico 14: Asociación entre consumo de medicamentos en las dos últimas semanas y riesgo de mala salud mental, por sexo, edad y número de problemas de salud. Razón de probabilidades e Intervalo de Confianza del 95%.**



<sup>HH</sup> Análisis realizado por medio de regresión logística ordinal para conocer cuales de los factores analizados están asociados con una mayor frecuencia de consumo de medicamentos en las dos últimas semanas. Las variables introducidas en el modelo son: sexo, grupos de edad, número de problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados y riesgo de mala salud mental.

## 4. Conclusiones

Cantabria se perfila en la Encuesta Nacional de Salud de 2006 como una de las Comunidades Autónomas con un menor riesgo de mala salud mental (con una media de 0,91 respecto a 1,5 del conjunto España).

Los datos de la Encuesta de Salud de Cantabria de 2006 (ESCAN06) revelan que un 12,7% de la población cántabra presenta riesgo de mala salud mental, siendo mayor en las mujeres que en los hombres (15,9% y 9,1% respectivamente).

El análisis de la relación de los *factores sociodemográficos* (como el sexo, el nivel de estudios, estado civil y actividad económica de la persona, el ámbito geográfico en el que reside, su entorno familiar y el apoyo social con el que cuenta) con el riesgo de tener mala salud mental ha demostrado una fuerte asociación, en concordancia con la literatura revisada.

El análisis realizado muestra *diferencias importantes entre ambos sexos*. La primera diferencia relevante se da respecto a la influencia que ejerce el bajo *nivel de estudios* en el aumento de riesgo de mala salud mental en las mujeres y no en los hombres.

El *estado civil* es un factor que está asimismo relacionado con el aumento de riesgo de mala salud mental en el caso de los hombres separados o divorciados respecto a los solteros. En las mujeres, a parte de influir esta misma situación que en los hombres, el hecho de estar casada supone un riesgo mayor.

Desde el punto de vista socioeconómico, se observan diferencias notables en el riesgo según la *dedicación de la persona*, siendo las personas jubiladas o pensionistas y desempleadas las que más a riesgo están; seguidas de las que se dedican al hogar (solo mujeres se ocupan de esta actividad) en comparación con las que realizan un trabajo remunerado.

Aunque el análisis por *tamaño de municipio de residencia* no resulta significativo en la relación con el riesgo de mala salud mental, sí lo es el *Área Sanitaria*, siendo las mujeres del Área de Torrelavega quienes están a mayor riesgo de mala salud mental respecto a las del Área de Santander, con la que se comparan el resto de áreas.

Por otro lado el análisis del *entorno familiar* desvela que un entorno disfuncional aumenta la probabilidad de riesgo de mala salud mental en las mujeres, y no así en los hombres; mientras que la carencia de *apoyo social* lo aumenta en éstos y no en las mujeres. Es interesante observar desde una perspectiva de género en este análisis la mayor influencia del ámbito de lo privado en las mujeres y del ámbito de lo público en los hombres, ambos considerados como ámbitos tradicionales de dominio de unas y otros. Será necesario replicar estos análisis en futuras encuestas ya que no se han encontrado resultados similares en la literatura revisada.

Una de las asociaciones más fuertes que se dan con el riesgo de mala salud mental es padecer *problemas de salud crónicos o de larga duración*, aumentando el riesgo significativamente con el número de problemas que se padecen. Asimismo, la *limitación de la actividad normal* que producen algunos de los problemas de salud en las personas que los padecen cuadruplica el riesgo. De igual forma se observa una mayor asociación entre tener *problemas para dormir* y el riesgo de mala salud mental en ambos sexos.

En relación a la *utilización de los servicios médicos* (consultas médicas, hospitalización y urgencias) destaca que las personas a riesgo de mala salud mental tienen una probabilidad 1,6 veces mayor de acudir a las *consultas de medicina de familia* que quienes no están a riesgo, independientemente del sexo, la edad y el número de problemas de salud crónicos diagnosticados. Asimismo, las personas a riesgo tienen una probabilidad de más del doble (2,2) de acudir a las *urgencias*, y 1,7 veces mayor de *ingresar en un hospital*. Resulta llamativo que *la probabilidad de ingresar de los hombres es el doble que la de las mujeres*.

Finalmente, el análisis pone en evidencia el *mayor consumo de medicamentos* de las personas a riesgo de mala salud mental y entre éstas, el *mayor entre las mujeres* respecto a los hombres.

El análisis realizado sobre los datos de la Encuesta de Salud de Cantabria abre un campo de investigación sobre los determinantes sociales de la salud mental de la población cántabra de gran interés para la salud pública, fundamentalmente por la utilidad de la información para los programas de promoción de la salud mental y para la planificación de los servicios sanitarios. Sería sumamente relevante, por



tanto, para mejorar el conocimiento sobre la salud mental de la población cántabra, darle seguimiento a los resultados analizados a través de las futuras encuestas de salud, así como de otros estudios que se puedan realizar específicamente sobre salud mental.

## 5. Bibliografía

1. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*. 2006;126:445 – 451.
2. Lahtinen E, Lehtinen V, Riihonen E, Ahonen J. *Framework for Promoting Mental Health in Europe*. Hamina: STAKES. National Research and Development Center for Welfare and Health Ministry of Social Affairs and Health; 1999.
3. Alonso J, Angermeyer MC, Lepine JP. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;104 (Suppl 420):5-7.
4. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, et al. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res*. 2004;69(2-3):125-132.
5. Gaité L, Vázquez-Barquero J, Herrán A, et al. Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study. *Compr Psychiatry*. 2005;46(6):440-446.
6. Becker T, Knapp M, Knudsen H, et al. The EPSILON Study - a study of care for people with schizophrenia in five European centres. *World Psychiatry*. 2002;1(1):45-47.
7. Becker T, Leese M, Krumm S, Ruggeri M, Vázquez-Barquero J, EPSILON Study Group. Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centres: what is the impact of global functioning scores? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(8):628-634.
8. Ayuso-Mateos J, Vázquez-Barquero J, Dowrick C, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001;179:308-316.
9. Vazquez-Barquero J, Diez-Manrique J, Pena C, et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med*. 1987;17:227-241.
10. Vázquez-Barquero JL, Gaité Pindado L, Salvador Carulla L, Salinas Pérez JA. *Atlas de Salud Mental de Cantabria*. Santander: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria; 2010.
11. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 1):175-181.
12. Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, & Observatorio de Salud Pública de Cantabria. *Encuesta de Salud de Cantabria 2006*. Santander: Gobierno de Cantabria; 2009.
13. OMS. **¿Qué es la salud mental?** Preguntas y respuestas en línea 2007; <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>.
14. Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Montero Piñar MI. Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos: Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Revista Española de Salud Pública*. 2010;84:29-41.
15. Leskela U, Rytala H, Komulainen E, et al. The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms. *Psychological Medicine*. 2006;36:779-788.

16. OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: **Organización Mundial de la Salud**; 2001.
17. Sánchez-López MdP, López-García JJ, Dresch V, Corbalán J. Sociodemographic, psychological and health-related factors associated with poor mental health in Spanish women and men in midlife *Women & Health*. 2008; 48: 445-465.
18. Del Amo J, Jarrín I, García-Fulgueiras A, et al. Mental health in Ecuadorian migrants from a population-based survey: the importance of social determinants and gender roles. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010.
19. Gold J. Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 1998; **186**: 769–775.
20. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Disability and quality of life impact in Europe: Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 109 (Suppl. 420): 38-46.
21. World Health Organization. *Women and Health. Today´s evidences, tomorrow´s agenda* 2009.
22. Andermann L. Culture and the social construction of gender: Mapping the intersection with mental health. *International Review of Psychiatry*. 2010; 22: 501–512.
23. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions between gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. 2004; 94: 82-88.
24. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005; 59(9): 761-767.
25. Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1997; **42**: 285–290.
26. Commission of the European Communities. *GREEN PAPER. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES; 2005.
27. Kessler R, McGonagle K, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1994; 51: 8–19.
28. Sen G, George A, Ostlin P. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y de las políticas*: Organización Panamericana de Salud; 2005.
29. Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos relacionados. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos*. 2000; 3: 92–105.
30. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*. 1986; 16: 909–928.
31. Kohn R, Dohrenwend B, Mirotznik J. Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In: Dohrenwend B, ed. *Adversity, stress, and psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.; 1998.

32. Cortès I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit.* 2004;18(5):351-359.
33. Murray C, Lopez A. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*: Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank;1996.
34. Murray C, Lopez A. *Global health statistics*: Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank;1996.
35. Mathers C, Boerma T, Ma Fat D. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: Department of Health Statistics and Informatics in the Information, Evidence and Research Cluster of WHO;2008.
36. European Commission. *The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part two. Evidence book*. Bruselas – Luxemburgo1999.
37. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry.* 2005;20:529–539.
38. Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services.* 2003;54:1105–1110.
39. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, et al. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. 2009;118:180-186.
40. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. In: Ministerio de Sanidad y Consumo, ed. Madrid: Centro de publicaciones 2007.
41. Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. Encuesta Nacional de Salud 2006. In: Sistema de Información Sanitaria del SNS, ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo,; 2006.
42. Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Observatorio de Salud Pública de Cantabria. *Encuesta de Salud de Cantabria 2006*. Santander: Gobierno de Cantabria.;2009.

## 6. Relación de gráficos

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1: Riesgo de mala salud mental, por sexo y grupos de edad.  | 14 |
| Gráfico 2. Riesgo de mala salud mental, por sexo y nivel de estudios.   | 15 |
| Gráfico 3. Riesgo de mala salud mental por sexo y tipo de actividad desarrollada.   | 16 |
| Gráfico 4: Riesgo de mala salud mental, por sexo y estado civil.  | 17 |
| Gráfico 5: Riesgo de mala salud mental por sexo y apoyo social percibido.   | 18 |
| Gráfico 6: Asociación entre riesgo de mala salud mental y las variables sociodemográficas, por sexo. Razón de probabilidades e Intervalo de Confianza del 95%.  | 20 |
| Gráfico 7: Asociación entre riesgo de mala salud mental y problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados (tipo y número). Razón de probabilidades e Intervalo de confianza del 95%.             | 21 |
| Gráfico 8: Riesgo de mala salud mental en relación con la limitación de la actividad en los últimos 12 meses por problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados, por sexo.                      | 22 |
| Gráfico 9: Riesgo de mala salud mental asociado a los problemas para dormir, por sexo.  | 23 |
| Gráfico 10: Utilización de las consultas médicas de acuerdo al riesgo de mala salud mental, por sexo.   | 25 |
| Gráfico 11: Ingresos en el hospital en el último año, de acuerdo a la existencia de riesgo de mala salud mental, por sexo.  | 26 |
| Gráfico 12: Utilización de los servicios de urgencias en el último año de acuerdo a la existencia de riesgo de mala salud mental, por sexo.   | 27 |
| Gráfico 13: Consumo de medicamentos en las últimas dos semanas, de acuerdo a la existencia de riesgo de mala salud mental, por sexo.  | 28 |
| Gráfico 14: Asociación entre consumo de medicamentos en las dos últimas y riesgo de mala salud mental, por sexo, edad y número de problemas de salud. Razón de probabilidades e Intervalo de Confianza del 95%. | 29 |