



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

Trastornos mentales e ideación suicida en la Región de Murcia:
análisis geográfico

D.^a Mónica Ballesta Ruiz
2023



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Trastornos mentales e ideación suicida en la Región de Murcia:
análisis geográfico

Autor: D.^a Mónica Ballesta Ruiz

Director/es: D. Fernando Navarro Mateu
D. Diego Salmerón Martínez



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. Mónica Ballesta Ruiz

doctorando del Programa de Doctorado en

Ciencias de la Salud

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Trastornos mentales e ideación suicida en la Región de Murcia: análisis geográfico

y dirigida por,

D. Fernando Navarro Mateu

D. Diego Salmerón Martínez

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 30 de marzo de 2023

Fdo.: Mónica Ballesta Ruiz

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

A mi madre, siempre tan buena,
quien me enseñó matemáticas
con el optimismo y la dulzura
que a ella la caracteriza.

A ti, mi amor,
me encanta perderme contigo por el mundo.

A la Naturaleza, a los animales,
“porque soy un salvaje y no comprendo otro modo de vida”.

AGRADECIMIENTOS

A mis directores, porque han confiado en mí, se han interesado en todo momento y han sido muy comprensivos conmigo. Gracias **Fernando Navarro Mateu**, siempre tan incansable y optimista, por animarme y empujarme a conocer esta bonita materia sanitaria que es la Salud Mental. Gracias **Diego Salmerón Martínez**, porque has estado siempre accesible, enseñándome y en contacto conmigo. Les agradezco enormemente a ambos que me hayan cedido una parte de lo más valioso que tenemos, el tiempo.

Índice de contenidos

Índice de contenidos.....	1
Índice de tablas	5
Índice de figuras	7
ABREVIATURAS	9
RESUMEN.....	13
ABSTRACT	15
1. INTRODUCCIÓN.....	19
1.1. La Salud Mental desde el enfoque en Salud Pública.....	19
1.2. Epidemiología y determinantes de la Salud Mental	22
1.3. La Salud Mental medida a través de encuestas	25
1.3.1. Fuentes para estimar prevalencia de trastornos mentales	28
1.3.2. Fuentes para estimar prevalencia sobre uso de recursos sanitarios	30
1.4. Salud Mental y recursos sanitarios	31
1.5. Estructura y planes públicos de Salud Mental en la Región de Murcia	37
1.6. Salud Mental y geografía.....	46
1.7. Sistemas de información en salud mental: aplicación de la información geográfica .	53
1.8. El estudio PEGASUS-Murcia en la Región de Murcia	65
2. JUSTIFICACIÓN	71
3. HIPÓTESIS	75
4. OBJETIVOS	79
4.1. Objetivo general	79
4.2. Objetivos específicos.....	79
5. MÉTODOS Y ANÁLISIS.....	83
5.1. Diseño del estudio.....	83
5.2. Población objetivo.....	83
5.3. Marco poblacional.....	84
5.4. Fuente de datos: Proyecto PEGASUS-Murcia.....	85
5.5. Plan de muestreo	86
5.6. Criterios de inclusión y exclusión	87
5.7. Procedimiento de encuesta y control de datos	88
5.8. Cuestionario	89
5.9. Unidades participantes	91

5.10.	Normas éticas.....	92
5.11.	Variables y análisis estadísticos.....	93
5.11.1.	Principales variables.....	93
5.11.2.	Procedimientos de ponderación.....	97
5.11.3.	Análisis de datos.....	98
5.12	Conflicto de intereses y financiación.....	102
6.	RESULTADOS.....	105
6.1.	Muestra PEGASUS-Murcia.....	105
6.2.	Resultados por áreas de salud.....	108
6.2.1.	Área I Murcia Oeste:.....	108
6.2.2.	Área II Cartagena:.....	109
6.2.3.	Área III Lorca.....	110
6.2.4.	Área IV Noroeste:.....	111
6.2.5.	Área V Altiplano:.....	112
6.2.6.	Área VI Vega Media:.....	114
6.2.7.	Área VII Murcia Este:.....	115
6.2.8.	Área VIII Mar Menor:.....	116
6.2.9.	Área IX Vega Alta:.....	117
6.3	Tablas de prevalencia e IC95% de los trastornos mentales e ideación suicida.....	120
6.4	Tablas de prevalencia e IC95% de utilización de servicios sanitarios.....	124
6.5	Tablas de calidad de vida física y mental y escala WHODAS sobre discapacidad.....	128
6.6	Análisis geográfico de la salud mental y recursos sanitarios.....	131
6.7	Mapas de prevalencia y Odds Ratio modelo de regresión logística.....	140
6.4.1	Prevalencia e IC95% de los trastornos mentales e ideación suicida.....	140
6.4.2	Prevalencia e IC95% de utilización de servicios sanitarios.....	149
6.4.3	OR e IC95% de trastorno mental: regresión logística modelo discapacidad-calidad	
	161	
6.4.4	OR e IC95% de utilización de servicios sanitarios según regresión logística, modelo	
	discapacidad-calidad.....	162
6.5	Tabla resumen de puntos destacados por áreas sanitarias.....	166
7.	DISCUSIÓN.....	171
7.1.	Empleo de encuestas como sistema de información epidemiológica.....	171
7.2.	Método empleado para establecer diferencias geográficas en salud mental.....	174
7.3.	Epidemiología de los trastornos mentales.....	177
7.4.	Ideación suicida.....	179

7.5.	Utilización de servicios sanitarios	180
7.6.	Comparativa con otros estudios	183
7.7.	Limitaciones del estudio.....	186
7.8.	Fortalezas del estudio	188
7.9.	Recomendaciones para programas en salud mental local	191
8.	CONCLUSIONES	195
9.	BIBLIOGRAFÍA	199
10.	ANEXOS	213
	Anexo 1. Descripción de la versión adaptada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS (OMS-CIDI) utilizada en el proyecto PEGASUS-Murcia	213
	Anexo 2. STROBE Checklist para estudios epidemiológicos observacionales transversales sobre el presente trabajo	214
	Anexo 3. Indicadores contextuales sobre áreas sanitarias: estructurales, asistenciales y de salud. Región de Murcia, 2011/12	217

Índice de tablas

Tabla 1. Selección de algunos cuestionarios de cribado para el diagnóstico de los principales trastornos mentales	27
Tabla 2. Programas públicos de Salud Mental en la Región de Murcia	43
Tabla 3: Población a 1 de enero de 2011 empadronada y población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en la Región de Murcia según áreas sanitarias	84
Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra por áreas de salud	107
Tabla 5. Prevalencia e IC95% de trastorno mental en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo	120
Tabla 6. Prevalencia e IC95% de trastornos de la ansiedad y afectivos en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo	121
Tabla 7. Media e IC95% del nº de trastornos mentales en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo	122
Tabla 8. Prevalencia e IC95% del nº de trastornos mentales en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo.....	122
Tabla 9. Prevalencia de ideación suicida en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo	123
Tabla 10. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo: psiquiatría	124
Tabla 11. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo: salud mental.....	124
Tabla 12. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo: medicina general.....	125
Tabla 13. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo: salud en general	125
Tabla 14. Prevalencia de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental, tanto en la vida como en el último año por áreas de salud y sexo: psiquiatría	126
Tabla 15. Prevalencia de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental, tanto en la vida como en el último año por áreas de salud y sexo: salud mental.....	126
Tabla 16. Prevalencia de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental, tanto en la vida como en el último año por áreas de salud y sexo: medicina general	127
Tabla 17. Prevalencia de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental, tanto en la vida como en el último año por áreas de salud y sexo: salud en general .	127
Tabla 18. Media de la escala SF-12 sobre calidad de vida física y mental por áreas de salud y sus diferencias entre personas con y sin trastorno mental en la vida según sexo	128
Tabla 19. Media de la escala SF-12 sobre calidad de vida física y mental por áreas de salud y sus diferencias entre personas con y sin trastorno mental en el último año según sexo	129
Tabla 20. Media de la escala WHODAS de discapacidad por áreas de salud y sexo en personas con y sin trastorno mental en la vida	130
Tabla 21. Media de la escala WHODAS de discapacidad por áreas de salud y sexo en personas con y sin trastorno mental en el último año	130
Tabla 22. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: algún trastorno mental en la vida ..	131
Tabla 23. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: algún trastorno mental en el último año.....	132
Tabla 24. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: trastorno de la ansiedad en la vida	133

Tabla 25. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: trastornos del estado del ánimo en la vida	134
Tabla 26. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: ideación suicida en la vida.....	135
Tabla 27. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: utilización de servicios de salud mental en la vida	136
Tabla 28. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: utilización de servicios de salud mental en personas con algún trastorno mental, ambos en la vida.....	137
Tabla 29. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: utilización de servicios de salud en general en la vida	138
Tabla 30. Odds ratio(OR) e IC95% según áreas de salud: utilización de servicios de salud en general en personas con algún trastorno mental, ambos en la vida	139
Tabla 31. Análisis geográfico de los fenómenos estudiados alguna vez en la vida según áreas sanitarias en ambos sexos ⁴	167
Tabla 32. Contexto de sanitario sobre los principales indicadores en salud mental descriptivos por áreas sanitarias. Región de Murcia.....	217
Tabla 33. Contexto sanitario sobre programas asistenciales en salud mental por áreas sanitarias en 2012. Región de Murcia	218

Índice de figuras

Figura 1. Factores determinantes de la patología mental	22
Figura 2. Mapa Sanitario Región de Murcia: áreas de salud, municipios y hospitales	38
Figura 3. Mapa Sanitario Región de Murcia: áreas de salud, zonas básicas y hospitales	38
Figura 4. Dispositivo asistencial sanitario regional en Salud Mental.	40
Figura 5. Distribución de unidades asistenciales en Salud Mental por áreas sanitarias y centros de salud de la Región de Murcia	42
Figura 6. Contenidos para un sistema de información sanitaria según el Sistema Nacional de Salud.....	55
Figura 7. Sistemas de información sanitaria según contenido	57
Figura 8. Prevalencia de ansiedad, depresión, otros problemas * según sexo y diversas características (%). Población de 15 y más años. España 2017	59
Figura 9. Portal estadístico del área de Inteligencia de Gestión del Sistema Nacional de Salud	60
Figura 10. Portal estadístico del área de Inteligencia de Gestión del Sistema Nacional de Salud: Prevalencia de la morbilidad crónica de enfermedades mentales según la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE), años 2013-2017	61
Figura 11. Sistema de información de la Estratificación Poblacional para grupos de morbilidad ajustados (GMA) del Servicio de Planificación de la Consejería de Salud de la Región de Murcia, año 2018.....	62
Figura 12. Documento perteneciente al proyecto GLOCAL del Mapa de la salud Mental en Cantabria, año 2013	64
Figura 13. Diagrama de resultado del muestreo en el Proyecto PEGASUS-Murcia.....	105
Figura 14. Prevalencia de trastorno mental en la vida según sexo y área sanitaria	140
Figura 15. Prevalencia de trastorno mental en el último año según sexo y área sanitaria	141
Figura 16. Prevalencia de trastorno de ansiedad en la vida según sexo y área sanitaria	142
Figura 17. Prevalencia de trastorno de ansiedad en el último año según sexo y área sanitaria	143
Figura 18. Prevalencia de trastorno del estado de ánimo en la vida según sexo y área sanitaria	144
Figura 19. Prevalencia de trastorno del estado de ánimo en el último año según sexo y área sanitaria.....	145
Figura 20. Media del nº de trastornos mentales en la vida según sexo y área sanitaria.....	146
Figura 21. Media del nº de trastornos mentales en el último año según sexo y área sanitaria.....	147
Figura 22. Ideación suicida alguna vez en la vida según área sanitaria	148
Figura 23. Ideación suicida en el último año según área sanitaria	148
Figura 24. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud y sexo: psiquiatría	149
Figura 25. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud y sexo: salud mental	150
Figura 26. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud y sexo: medicina general.....	151
Figura 27. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud y sexo: salud en general.....	152
Figura 28. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en el último año por áreas de salud y sexo: psiquiatría	153

Figura 29. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en el último año por áreas de salud y sexo: salud mental	154
Figura 30. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en el último año por áreas de salud y sexo: medicina general	155
Figura 31. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en el último año por áreas de salud y sexo: salud en general.....	156
Figura 32. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida en personas con algún trastorno mental por áreas de salud y sexo: psiquiatría	157
Figura 33. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida en personas con algún trastorno mental por áreas de salud y sexo: salud mental.....	158
Figura 34. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida en personas con algún trastorno mental por áreas de salud y sexo: medicina general.....	159
Figura 35. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida en personas con algún trastorno mental por áreas de salud y sexo: salud en general	160
Figura 36. OR de algún trastorno mental en la vida por áreas de salud [§]	161
Figura 37. OR de trastorno de la ansiedad en la vida por áreas de salud ^{§§}	161
Figura 38. OR de trastorno del estado del ánimo en la vida por áreas de salud [§]	161
Figura 39. OR e IC95% de utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud: salud mental ^{§§}	162
Figura 40. OR e IC95% de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental en la vida por áreas de salud: salud mental [§]	163
Figura 41. OR e IC95% de utilización de servicios sanitarios de salud en general en la vida por áreas de salud [§]	164
Figura 42. OR e IC95% de servicios sanitarios de salud en general en personas con trastorno mental en la vida por áreas de salud [§]	165

ABREVIATURAS

CAD: Centro de Atención a Drogodependientes

CIDI: Composite International Diagnostic Interview

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (año 1990)

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CREM: Centro Regional de Estadística de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

CS: Centro de Salud

CSM: Centro de Salud Mental

DASE: Datos Asistencia Sanitaria Extrahospitalaria

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM)

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

INE: Instituto Nacional de Estadística

IC95%: Intervalo de confianza al 95% de una media, de una prevalencia o de una OR

OMS: Organización Mundial de la Salud (WHO en inglés)

OR: Odd Ratio (o razón de ventajas, indicar de factor de riesgo)

SM: Salud Mental

SMS: Servicio Murciano de Salud

TM: Trastorno Mental

TMG: Trastorno Mental Grave

UPH: Unidad Psiquiátrica Hospitalaria

WMH: World Mental Health Survey

RESUMEN /ABSTRACT

RESUMEN

Introducción: La salud mental de la población es un área estratégica de la Salud Pública y su morbilidad no es geográficamente homogénea. Los últimos planes oficiales de salud mental poblacional remarcan la necesidad de establecer sistemas de información sanitaria a nivel geográfico. Las cifras de prevalencia de trastornos mentales suelen ser de ámbito nacional y/o por comunidades autónomas. Para la gestión sanitaria se necesitarían datos a menor escala como lo son las áreas sanitarias.

Objetivo: Realizar un análisis geográfico y epidemiológico de la salud mental en las áreas sanitarias de la Región de Murcia.

Métodos: El proyecto PEGASUS-Murcia es un estudio transversal realizado en 2011-2012 en una muestra representativa de la población de la Región de Murcia (n=2 621; tasa de respuesta=67.4%). Su diseño muestral incluyó sus nueve áreas sanitarias. Para detectar diferencias entre éstas en la prevalencia de los trastornos mentales, ideación suicida y uso de servicios sanitarios se utilizaron modelos de regresión logística multivariante.

Resultados: Las áreas sanitarias de mayor prevalencia en la vida fueron el área IX Vega Alta del Segura (70.4, IC95%: 60.6, 78.5%) y área VIII Mar Menor (36.5, IC95%: 33.2, 40.0), mientras que la de menor fue el área III Lorca (22.5, IC95%: 17.2, 29.0). Considerada esta última como referencia, las diferencias geográficas se han dado entre todas las áreas excepto en una, el área IV Noroeste, siendo las mayores diferencias en el conjunto del área V Altiplano y área IX Vega Alta del Segura (OR=3.24, IC95%: 1.46, 7.19, p=0.009) y en el área VIII Mar Menor (OR=1.90, IC95%: 1.34, 2.70, p=0.003). En la prevalencia para el último año se han reducido las diferencias geográficas, aunque manteniéndose para estas dos últimas áreas (OR=2.11, IC95%: 1.53, 2.91, p=0.001 y OR=2.56, IC95%: 2.02, 3.23, p<0.001 respectivamente) y en el área VI Vega Media (OR=1.28, IC95%: 1.07, 1.53, p=0.014). Las diferencias geográficas se han establecido en los trastornos relativos a la ansiedad, no así en el estado del ánimo. Las áreas que ha presentado mayor ideación suicida han seguido siendo el conjunto del área V Altiplano y área IX Vega Alta del Segura (OR=2.58, IC95%: 1.09, 6.14, p=0.035) y las que menor uso de servicios sanitarios en salud mental el área VIII Mar Menor (30.3, IC95%: 24.8,

36.4), donde las diferencias han estado en esta área, en el área II Cartagena (OR=0.99, IC95%: 0.75, 1.30, p=0.936) y el conjunto de área V Altiplano y área IX Vega Alta del Segura (OR= 1.35, IC95%: 0.57, 3.21, p=0.447).

Conclusiones: Existen diferencias en la prevalencia de trastornos mentales, la ideación suicida y el empleo de servicios en salud mental entre las áreas sanitarias, lo que conduce a detectar áreas de especial vulnerabilidad, especialmente el conjunto de áreas IX Vega Alta del Segura, V Altiplano, XIII Mar Menor y II Cartagena. Disponer de los datos de prevalencia por área de gestión facilitarían la planificación de estrategias de salud mental acordes con los ámbitos de gestión y planificación sanitaria.

Palabras clave: encuesta transversal, trastorno mental, áreas sanitarias, diferencias geográficas

ABSTRACT

Introduction: The mental health of the population is a strategic point of Public Health and its morbidity is not geographically homogeneous. The latest official population mental health plans highlight the need to establish health information systems at a geographical level. Prevalence figures for mental disorders are usually national and/or by autonomous community. For health management, data would be needed on a smaller scale, such as health areas.

Objective: To carry out a geographical and epidemiological analysis of mental health in the nine health areas of Murcia Region.

Methods: the PEGASUS-Murcia project is a cross-sectional study carried out in 2011-2012 in a representative sample of the population of Murcia Region (n=2 621; response rate=67.4%). His sample design included his nine health areas. To detect differences between these in the prevalence of mental disorders, suicidal ideation and use of health services, multivariate logistic regression models were used.

Results: The health areas with the highest lifetime prevalence were the IX Vega Alta del Segura area (70.4, 95% CI: 60.6, 78.5%) and the VIII Mar Menor area (36.5, 95% CI: 33.2, 40.0), while the lower was area III Lorca (22.5, 95% CI: 17.2, 29.0). Considering the latter as a reference, the geographical differences have occurred between all areas except one, area IV Noroeste, with the greatest differences in the whole of area V Altiplano and area IX Vega Alta del Segura (OR=3.24, CI95%: 1.46, 7.19, p=0.009) and in the VIII Mar Menor area (OR=1.90, 95% CI: 1.34, 2.70, p=0.003). In the prevalence for the last year, the geographical differences have been reduced, although remaining for these last two areas (OR=2.11, CI95%: 1.53, 2.91, p=0.001 and OR=2.56, CI95%: 2.02, 3.23, p<0.001 respectively) and in area VI Vega Media (OR=1.28, CI95%: 1.07, 1.53, p=0.014). Geographic differences have been established in anxiety-related disorders, but not in mood. The areas that have presented the greatest suicidal ideation have continued to be the set of area V Altiplano and area IX Vega Alta del Segura (OR=2.58, CI95%: 1.09, 6.14, p=0.035) and those with the least use of health services in health mental area VIII Mar Menor (30.3, CI95%: 24.8, 36.4), where the differences have been in this area, in

area II Cartagena (OR=0.99, CI95%: 0.75, 1.30, p=0.936) and the group of area V Altiplano and area IX Vega Alta del Segura (OR= 1.35, CI95%: 0.57, 3.21, p=0.447).

Conclusions: There are differences in the prevalence of mental disorders, suicidal ideation and the use of mental health services between health areas, which leads to detect areas of special vulnerability, especially the set of areas IX Vega Alta del Segura, V Altiplano, XIII Mar Menor and II Cartagena. The prevalence data by management area facilitates the planning of mental health strategies in accordance with the areas of health management.

Keywords: cross-sectional survey, mental disorder, health areas, geographical differences.

1.- INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. La Salud Mental desde el enfoque en Salud Pública

La salud mental es una de las principales preocupaciones de la salud pública, en términos de prevalencia, de carga de enfermedad y de discapacidad. La prevención y el tratamiento de los trastornos mentales es un elemento fundamental para el bienestar de los individuos y de la sociedad. Su promoción se ha incluido entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas para 2030.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (WHO en inglés), tanto la salud mental como la física, forma parte de nuestro estado de salud y calidad de vida. Entre los trastornos mentales recogidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, en su décima revisión (CIE-10), se encuentran la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, trastornos de la ansiedad, por abuso de sustancias, demencia, discapacidad intelectual y los trastornos de la conducta y del desarrollo en la infancia y la adolescencia.

Según este organismo, desde el Informe sobre la salud en el mundo de 2001 (1), la prevalencia de los trastornos mentales o de la conducta alguna vez en la vida se estima en un 25% de la población mundial, donde se considera a la patología mental como principal motivo de los años de vida con discapacidad de la población (cerca del 40%) y junto con otras enfermedades físicas como las circulatorias o el cáncer, en uno de los principales problemas de salud en el mundo. Concretamente, muestra que la depresión y el consumo de sustancias se encuentran como primera y quinta causa de discapacidad en personas de 15-44 años. Según el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, la carga de morbilidad de la patología mental se estima en un 13% en 2004 (2).

En el ámbito europeo, siguiendo el Plan de Acción de la Unión Europea sobre la salud mental de 2013-2020 (European Mental Health Action Plan 2013-2020) de la OMS, define a la salud mental como una de los grandes puntos estratégicos en materia nacional e internacional de Salud Pública. Según este plan, en muchos países la depresión, ansiedad y esquizofrenia son causa de discapacidad, generando una pérdida importante de fuerza laboral a través de bajas o jubilaciones anticipadas y con ello una importante carga económica. Pero las cifras no se detienen ahí, la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, y se estima que para 2030 la depresión será la principal causa de carga de enfermedad a nivel mundial, generando el 25,3 % y el 33,5 % de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, respectivamente (3). También la conducta suicida, definida a partir de los precursores de ideación, planificación y tentativa, aunque no es una enfermedad mental, no queda fuera de ser una necesidad de abordaje desde la Salud Pública, donde la tendencia de muerte por suicidio en los últimas décadas es ascendente, especialmente en personas jóvenes (4).

Las patologías, y ello abarca a las mentales, no solo se estudian desde el propio individuo, sino también desde el sistema en el que se desenvuelve, donde la investigación debe complementarse con la complejidad del propio contexto sobre el que desarrollar políticas globales y locales (5). Volviendo al Plan de Acción para Salud Mental 2013-2020 de la OMS, el abordaje por parte de la Salud Pública de los trastornos mentales son considerados como una prioridad, lo que ha llevado a establecer como objetivos del Plan el reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, para ello de ha de proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta, así como estrategias de promoción, prevención además de **fortalecer los sistemas de información**, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental (2).

Desde un enfoque epidemiológico, concretamente sobre la vigilancia epidemiológica, la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre la vigilancia de la Salud Mental desde la Salud Pública (World Health Organization, 2012) trata de la recogida, análisis e interpretación continua y sistemática de los datos necesarios para la planificación, puesta en marcha y evaluación de las prácticas de Salud Pública en Salud Mental. Esa vigilancia debería:

- a) Ser útil como sistema de alertas rápidas ante emergencias en salud pública inminentes.
- b) Documentar el impacto de una intervención o trazar el avance hacia metas específicas.
- c) Monitorizar y clarificar la epidemiología de los problemas de salud mental para permitir el establecimiento de prioridades y conformar políticas y estrategias de salud pública.

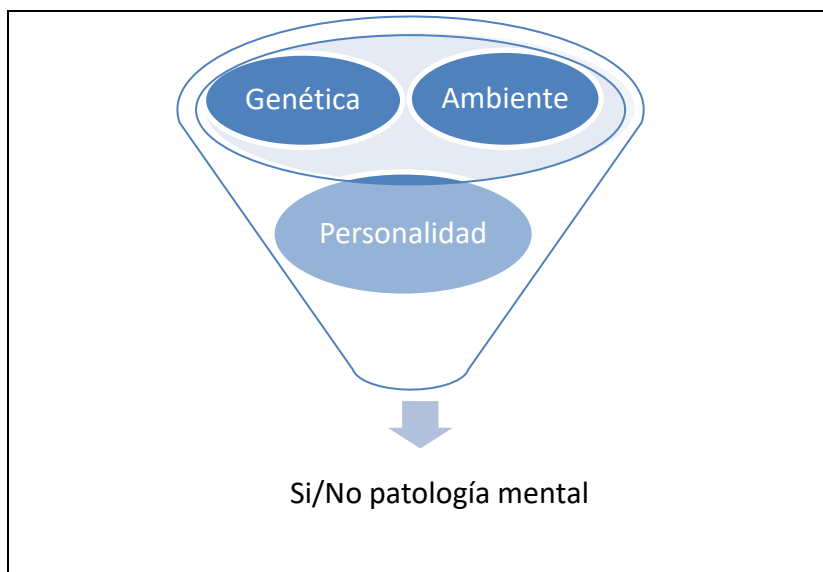
Las herramientas más frecuentemente utilizadas son aquellas en las que se procesa información diagnóstica con base poblacional. Las estadísticas de mortalidad o de altas hospitalarias a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de las Comunidades Autónomas, que recogen episodios de altas hospitalarias tanto en hospitales públicos como privados según código de episodio relacionado con la salud mental (incluyendo demencias) son un sistema de información epidemiológico con importantes limitaciones debidas a falta de normalización de conceptos y métodos (6). Los estudios más frecuentes con estas fuentes son los de riesgo ambiental (geográfico) y tendencias temporales. Comunidades tales como Galicia y Cataluña, con encuestas periódicas sobre la vigilancia de la Salud Mental, hacen de éstas una herramienta útil para sus Planes de Salud, mostrando una perspectiva transversal de la enfermedad pero a la vez informando sobre variaciones en la prevalencia o incidencia, así como aspectos relativos a la utilización y necesidad de servicios (7).

1.2. Epidemiología y determinantes de la Salud Mental

Según el estudio European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), padecer alguna patología mental al menos una vez en la vida en la sociedad española en el año 2006 tenía una prevalencia del 19.4% (IC95: 18.1-20.8%), y de padecerla en el último año del 8.4% (IC95: 7.5-9.4%) (8). El tipo de patología más común recogida fue episodio depresivo mayor (10.5% en la vida y 3.8% en el último año). Los siguientes trastornos con mayor prevalencia son la fobia específica, distimia y trastorno por abuso de alcohol. En la Región de Murcia, según estudio PEGASUS-Murcia, estas prevalencias para el año 2012 fueron 33.2% (IC95%: 29.2-37.4%) de algún trastorno en la vida, para la depresión mayor un 13.8% (IC95%: 12.1-15.6%), seguido por trastorno por abuso del alcohol (con y sin dependencia) con un 6.3% (IC95%: 5.0-7.9%), fobia específica con el 5.4% (IC95%: 4.4-6.5%) y ansiedad generalizada del 4.7% (IC95%: 3.1-7.0%) (9). Aunque ambos estudios fueron realizados en muestras representativas de la población general adulta no institucionalizada, probablemente el incremento sea debido a que el trabajo de campo del estudio PEGASUS-Murcia fue realizado entre los años 2010-2012, en plena crisis económica.

En el caso de la patología mental, los determinantes asociados a tener una mayor probabilidad de morbilidad se encuentran el propio individuo (incluidos genéticos o de la personalidad), en su entorno social y ambiental.

Figura 1. Factores determinantes de la patología mental



De todos los posibles determinantes no siempre se han encontrado evidencias concurrentes entre diversos estudios y tampoco comparten determinantes los diferentes tipos de patologías. Según el estudio ESEMED-España, los factores de riesgo más comunes son el sexo femenino, no tener pareja, estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad (8). Mientras que en el caso del estudio PEGASUS-Murcia también se ha evidenciado el ser mujer, pero también estar en edades más jóvenes, tener niveles de ingresos muy bajo o altos, no evidenciando el estatus de pareja (9). Sin embargo, en países occidentales europeos se ha hallado un gran número de factores predisponentes sociodemográficos favorables/protectores como estado civil casado, ingresos altos, grupo de edad mayores a 60 años, nivel educativo alto, sexo masculino, práctica religiosa y situación laboral empleado (10). Otros factores hallados han sido el país de origen, no tener apoyo social y tener una enfermedad crónica o limitaciones para las actividades de la vida cotidiana (11,12).

Focalizando ahora en la conducta suicida, como principales factores de riesgo propios del individuo se encuentran el sexo, la edad y sufrir una patología mental (13). En países desarrollados, el grupo de edad de entre 18-34 años es el que mayor riesgo presenta de tentativa (14), con mayor tasa de mortalidad en personas mayores de 70 años (4). En España, el estudio ESEMED de 2007 estimó que el 4.4% de la población mayor de 18

años tenía ideación y el 1.5% había tenido tentativa, todo ello en la vida sobre una muestra de 5 473 individuos. Sobre factores asociados, este estudio estableció que las mujeres tenía mayor ideación y tentativa en la vida (IC95% OR = 2.3-2.7), los jóvenes de entre 15-34 años con respecto a los mayores de 65 (IC95% OR = 21.3-86.0) y los niveles educativos menores (IC95% OR = 5.3-6.4). También tener al menos un trastorno mental se consideró un factor de riesgo para los precursores del suicidio, especialmente depresión mayor (IC95% OR = 5.3-6.8) (15). Estudios más recientes relacionados con la tendencia de la mortalidad por suicidio en España arroja que existe una tendencia ascendente en el caso de las mujeres entre los años 2010-2016, en cambio los hombres, pese a tener mayor tasa (11.8 por 100 000 habitantes frente a la femenina de 3.7, ambas en 2016), presentan una tendencia estable (16). Existen diferencias entre zonas geográficas sobre la conducta y mortalidad por suicidio (17). Según las estadísticas de causa de muerte elaboradas anualmente por el INE (www.ine.es), en el año 2016 la Región de Murcia, con una tasa de 8.4 muertes por 100 000 habitantes, ocupaba el puesto tercero de mayor tasa estandarizada por edad. Desde el año 2022 existe una línea de atención telefónica en España para la conducta suicida promovida por el Ministerio de Sanidad. Actualmente no existe un Plan Nacional de Prevención del Suicidio, pero existe en cada Comunidad Autónoma planes específicos para el abordaje de la conducta suicida, salvo en la Región de Murcia, la cual cuenta únicamente con una propuesta de un plan de prevención, que será elaborado por la Consejería de Salud.

Además de los factores descritos como protectores o de riesgo propios del individuo, también se tienen en cuenta en el caso de los factores determinantes contextuales sobre la persona, para los que se encuentran disparidad de evidencias revisando la literatura. Normalmente como factor contextual se considera la condición socioeconómica de la zona donde vive la persona, desde su entorno social y económico. Como ejemplo se construyen variables ecológicas sobre la condición socioeconómica, la seguridad, el aislamiento o los espacios verdes o azules de las zonas de residencia (18–20). También el vivir en un entorno urbano (mayor de densidad de población) frente a entornos rurales o pertenecer a minorías más discriminadas socialmente incrementa el riesgo de sufrir por ejemplo un episodio psicótico (21). No solo para el estudio de los trastornos

mentales se han empleado diferencias contextuales ecológicas, sino también en la duración de tratamientos o acceso a servicios sanitarios, arrojando de nuevo que existen diferencias según cercanía de recursos asistenciales (22).

Con ello se encuentra una heterogeneidad entre resultados en el campo de la salud mental en su referencia a los factores de riesgo y según tipo de patología mental, especialmente si consideramos factores contextuales o individuales. Todo ello debido en parte a las diferencias metodológicas, la patología considerada y la zona estudiada (23). De cualquier modo, el estudio de los determinantes en la población y en concreto el factor geográfico ayudan a identificar personas y zonas especialmente vulnerables, con la intención de desarrollar herramientas necesarias para promover la salud mental, prevenir enfermedades y desarrollar servicios eficientes y más accesibles, ayudados a través de las nuevas tecnologías (24).

1.3. La Salud Mental medida a través de encuestas

Las encuestas de salud son una herramienta clave para la toma de decisiones en políticas de salud y para la planificación de los servicios de salud (25). Su aplicación sobre áreas sanitarias, con el fin de recabar información trasversal sobre indicadores epidemiológicos y de accesibilidad a los recursos sobre los principales trastornos mentales, pueden constituirse como la base de un sistema de vigilancia de calidad y continua cuando se desarrolla un diseño muestral teniendo en cuenta la división del territorio (7).

Según la OMS, hay muchos trastornos mentales diferentes, con diferentes presentaciones. Generalmente se caracterizan por una combinación de pensamientos, percepciones, emociones, comportamientos y relaciones anormales con los demás. El empleo de encuestas trasversales como estudio observacional de una determinada

enfermedad tiene como objetivo tratar de conocer un fenómeno, que a su vez es difícilmente medible para toda una población, tanto por la inaccesibilidad a todos sus miembros, como por la falta de recursos económicos y de tiempo. El instrumento medidor suele ser la entrevista, normalmente individual y cara a cara. A través de la evaluación clínica, normalmente utilizando criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV o V) en español Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV o V, según versión), se llega al diagnóstico tras descartar patologías físicas mediante una exploración física y diversas pruebas diagnósticas de laboratorio, especialmente empleado para la investigación. También son usados especialmente en el ámbito administrativo los definidos por la CIE-10. Estos cuestionarios recogen información que a través de algoritmos de decisión (diagramas de flujo, o “flow charts” en inglés) se llega a un diagnóstico basado en la entrevista personal (26,27). Cuando el objetivo es recabar información diagnóstica a través de una encuesta, estos cuestionarios son validados mediante pruebas de concordancia entre el resultado diagnóstico administrado por un entrevistador, normalmente formado específicamente para ello, y el alcanzado por un especialista de salud mental sobre la misma persona. En los casos donde hay discordancias en el diagnóstico, se busca estudiar el porqué de tales diferencias e incluso los diagnósticos más graves también son revisados minuciosamente para confirmar que responden a la realidad clínica de la persona. Los cuestionarios, empleados en el screening de patologías mentales, no están diseñados en su conjunto específicamente para el estudio y la población de interés, sino que están estructurados y contienen numerosas escalas o partes específicas sobre un constructo o tema (por ejemplo utilización de servicios, tentativa suicida, etc.) que ya se encuentran validados con anterioridad y que se emplean en diferentes cuestionarios con finalidades distintas. Según algunos autores, se necesitan adaptar determinados cuestionarios o escalas a subgrupos poblacionales, ya que para aumentar los parámetros psicométricos de los test se necesita reducir tiempo de administración y adaptar ítems a colectivos concretos, no a la población general, planteando la posibilidad de llevar a cabo screening sobre colectivos con mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales (27). Un breve resumen de los diferentes cuestionarios en la actualidad se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1. Selección de algunos cuestionarios de cribado para el diagnóstico de los principales trastornos mentales

Cuestionario	Diagnósticos	Rango de sensibilidad	Rango de especificidad
90 to 120 Day Post-Deployment Psychological Short Screen	Síndrome de estrés post-traumático, depresión, problemas de relación, alcohol y trastorno de la conducta	0.33 - 0.82	0.89 - 0.97
Anxiety and Depression Detector (ADD)	Síndrome de estrés post-traumático, trastorno del pánico, fobia social, trastorno de la ansiedad generalizada y depresión mayor	0.62 - 1.00	0.56 - 0.83
Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	Abuso de sustancias: alcohol, cannabis, cocaína, heroína, opioides, sedantes, etc.	0.54 - 0.97	0.50 - 0.96
Composite International Diagnostic-Screener (CID-S)	Trastorno estrés agudo, pánico, trastorno de la ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia, fobia específica, depresión, hipomanía, manía, alcohol, fármacos y otras sustancias	0.79 - 1.00	0.46 - 0.48
Composite International Diagnostic Interview Screening Scale (CIDI-SC)	Depresión mayor, trastorno de la ansiedad generalizada, trastorno del pánico y trastorno bipolar	0.68 - 0.80	0.90 - 0.99
Five-Item Mental Health Inventory (MHI-5)	Depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada, trastorno bipolar, trastorno del pánico, agorafobia, trastorno del estrés agudo, fobia simple y trastorno obsesivo compulsivo	0.43 - 1.00	0.58 - 0.89
The Mental Health Component Scale (MCS-12)	Depresión, ansiedad o cualquier trastorno mental	0.81 - 0.87	0.73 - 0.83
Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)	Depresión mayor, distimia, suicidio, manía, pánico, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la ansiedad generalizada, alcohol, sustancias, anorexia nerviosa, trastorno psicótico, síndrome de estrés post-traumático y trastorno antisocial de la personalidad	0.45 - 0.96	0.86 - 1.00
Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety (PHQ-4)	Depresión mayor y trastorno de la ansiedad generalizada	-	-
Posttraumatic Adjustment Scale (PAS)	Episodio de depresión mayor y síndrome de estrés post-traumático	0.72 - 0.82	0.75 - 0.84
Web Screening Questionnaire (WSQ)	Depresión mayor, ansiedad generalizada, síndrome de estrés post-traumático, fobia social, pánico, agorafobia, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y alcohol	0.56 - 1.00	0.44 - 0.97

Fuente: Shields RE et al. 2021

Estos instrumentos de cribado se emplean en encuestas para conocer indicadores epidemiológicos en población general. El empleo de encuestas para medir prevalencias poblacionales logra una metodología extendida entre los sistemas de información sanitaria gracias a costes asumibles por los entes de investigación. Esto además permite la comparabilidad entre estudios observacionales que comparte método, y con ello comparabilidad también entre territorios. Los estudios trasversales epidemiológicos en salud mental siguen un diseño metodológico a través de herramientas y análisis usados internacionalmente. Como ejemplo tenemos la ya mencionada European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) (28) que además forma parte del consorcio para el estudio de la epidemiología de la salud mental World Mental Health Survey Initiative, WMH, (<https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) , que incluye encuestas representativas a nivel nacional o regional de 29 países, con un tamaño total de muestra eventual superior a 160 000 personas y con más de 100 publicaciones desde 2002. Un ejemplo nacional lo tenemos en el caso de la Comunidad Autónoma de Galicia, que presentó un trabajo en el año 2017 sobre la prevalencia de los trastornos mentales empleando instrumentos y metodología de análisis compatibles con el estudio ESEMeD y la WMH (29).

1.3.1. Fuentes para estimar prevalencia de trastornos mentales

Como ejemplos de encuestas que nos pueden aproximar a estimar la prevalencia poblacional de la patología mental en nuestro país es Encuesta Nacional de Salud ENSE y la Encuesta Europea de Salud EESE, que se encuentran dentro del Plan Nacional de Estadística y tienen una periodicidad de 5 años. Se lleva a cabo una entrevista personal y telefónica, donde existe un apartado en el cuestionario que recoge la salud mental a través de la respuesta afirmativa a ser diagnosticado de ansiedad crónica o depresión en la vida y en el último año. Esta fuente ha sido una opción para comparar los valores obtenidos de prevalencia en el proyecto PEGASUS para toda la comunidad autónoma de Murcia que presenta las limitaciones ya mencionadas sobre comparabilidad. También existe una encuesta similar a la nacional con cierta periodicidad en otras comunidades

autónomas, como la andaluza, vasca o catalana, mientras que en otras comunidades se han llevado a cabo estudios esporádicos, sin periodicidad específica.

Estas encuestas presentan resultados por regiones o áreas sanitarias de diferentes prevalencias, incluyendo la depresión, a partir de años relativamente recientes, dando así la importancia a la información geográfica en la actualidad. En el caso de Cataluña además presentan los resultados de las áreas sanitarias comparados con el conjunto de la comunidad autónoma, con ello detectan áreas de especial vulnerabilidad en la patología más común, aunque estas áreas no son suficientemente específicas de planificación sanitaria ya que abarcan un gran número de población. En el caso de la comunidad autónoma de País Vasco, Euskadi, a través de la Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV), las áreas geográficas empleadas son las organizaciones sanitarias integradas (OSI), como áreas de salud, donde en el dominio de la salud mental emplean el índice de salud mental MHI-5 y estiman resultados de prevalencia sobre áreas geográficas de menor escala, como lo son las zonas básicas de salud (30).

Las diferentes metodologías tanto en el diseño de la muestra como en la definición de la enfermedad o en la medición de los indicadores de prevalencia hacen difícil la comparación de resultados a gran escala, lo que compromete la validez externa de los estudios. Además, no existe una escala geográfica uniforme para definir unidades territoriales de planificación de recursos, variabilidad geográfica de la enfermedad y detección de zonas de especial vulnerabilidad, ya que las entidades territoriales en unos casos son grades, arrastrando una heterogeneidad importante para poder llevar a cabo políticas locales o específicas en una determinada área sanitaria.

También se han realizados estudios longitudinales a través de la selección de una cohorte como es el caso de la cohorte noruega Youth and Mental Health Study (YAMHS), Dunedin Multidisciplinary Health & Development Study (the Dunedin Study), además de

cohortes diseñadas en estudios específicos a nivel autonómico como es el caso de la cohorte

1.3.2. Fuentes para estimar prevalencia sobre uso de recursos sanitarios

Todas las encuestas relacionadas con la salud en las que se mide prevalencia de diferentes enfermedades tienen un módulo de utilización de servicios, como los son la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta Europea de Salud y otras específicas puntuales o periódicas de las Comunidades Autónomas. Estos usos están medidos sobre diferentes especialidades además de la medicina general, incluyendo a la psiquiatría, psicología y enfermería. Gracias a estas fuentes sanitarias procedentes de encuestas, se da un marco relativamente homogéneo en cuanto a metodología que permite cierta comparabilidad.

Además de prevalencias, los sistemas de información sobre usos de recursos sanitarios también deben de permitir realizar comparaciones en el tiempo o en el espacio entre regiones. Estos pueden estar basados en registros u otras fuentes diferentes a las encuestas, aunque existe una importante limitación y obstáculo como se produce en las definiciones establecidas, ya que no se cuentan con sistemas homogéneos y normalizados sobre éstas. Como más destacable está la propia denominación del servicio, que entre regiones pueden dar diferentes tipos de servicio, lo que acarrea un cierto grado de heterogeneidad en la actividad. De las herramientas disponibles para corregir esta limitación y crear estándares, en Europa el sistema más empleado es el de DESDE-LTC (Description and Evaluation of Services and Directories for Long-Term Care), que se verá más adelante (31).

Además, otros grupos de investigación han desarrollado conjuntos de indicadores del en salud mental que recogen el contexto local, los recursos, rendimiento, resultados y su uso de estos, con el fin de describir el estado de cobertura de la Salud Mental. Un caso concreto lo encontramos el Ministerio de Salud, Consumo y Servicios Sociales (32).

Este tipo de estudios abarcan un amplio espectro de la evaluación del sistema sanitario de cara al paciente psiquiátrico a base de resumir la situación en indicadores relevantes tales como prevalencia de la enfermedad, estructura poblacional según edad, condición de las viviendas, estado civil, datos macroeconómicos (PIB/cápita), financiación sanitaria, gasto sanitario tanto en salud en general como en salud mental, gasto farmacéutico, organización en salud mental, servicios al paciente psiquiátrico, coordinación entre servicios médicos y sociales, investigación, formación, personal sanitario (especialistas en salud mental: psiquiatras, psicólogos, enfermero en salud mental y trabajadores sociales), hospitales con unidades de salud mental, unidad de agudos, centros de día, residencias psiquiátricas (tanto para agudos como para no agudos), unidades de atención a drogodependientes, uso de servicios sanitarios a través de visitas al especialista, tratamientos y tratamientos grupales y mortalidad. De todos estos indicadores, a nivel de área sanitaria existen pocos procedentes de fuentes oficiales útiles para contextualizar los resultados de morbilidad y utilización de servicios que hagan posible caracterizar zonas geográficas de menor tamaño que una comunidad autónoma, lo que nos conduce de nuevo a tener escasa información relevante si no estamos dentro del ámbito puramente gestor del sistema.

1.4. Salud Mental y recursos sanitarios

Tal como indica la OMS, el abordaje de la enfermedad mental es una cuestión de Salud Pública. Es una patología que no solo se trata con farmacología, sino que requiere un abordaje aún más complejo. Se necesita un enfoque multidisciplinar, con diferentes profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, destinados no solo al paciente sino también a familia, cuidador o tutor. Además, en los casos más graves, los pacientes necesitan aún más de estos servicios ya que su calidad de vida y discapacidad se ve muy afectada, siendo grandes dependientes y consumidores de recursos asistenciales (33).

La utilización de servicios por parte del paciente no responde a una cuestión de oferta y demanda entre el sistema y estos (34). Por un lado tenemos el concepto de necesidad del paciente de utilización de recursos sanitarios y por otro la utilización de estos. Son numerosos los estudios que han tratado de establecer prevalencias de necesidades insatisfechas de atención sanitarias en personas con algún trastorno mental (33,35,36). En el estudio de la población europea, desde el proyecto European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), persiguió entre otros objetivos el conocer la prevalencia poblacional de necesidad no satisfecha de atención mental en base a un diseño trasversal con una muestra de cerca de 9 000 personas adultas llevado a cabo en 2003, considerando como necesidad de asistencia sanitaria a aquellas personas que en el último año declaraban haber tenido un trastorno mental que interfería “mucho” o “extremadamente” en sus vidas o en sus actividades cotidianas. Los hallazgos fueron que un 6% de la población europea necesitaba atención médica mental, y de estos cerca del 50% no la usaban, cuando por ejemplo en la diabetes este porcentaje está en el 8%. Además, el 3,1% de la población adulta tenía una necesidad insatisfecha de salud mental, mientras que el 13% de las visitas a los servicios de salud mental fueron realizadas por personas sin patología mental, llegando a la conclusión de que existe una gran necesidad insatisfecha de atención mental en Europa que no puede resolverse con la simple reasignación de recursos sanitarios ya existentes (36). Otro enfoque de asistencia hacia el paciente psiquiátrico son los programas en salud mental, dirigidos principalmente a la prevención primaria y secundaria en salud mental. Un reciente estudio de revisión llegó a la conclusión de que estos programas mejoran la condición mental de los usuarios de los servicios, aunque existe una alta heterogeneidad de contenido y de tipos de sesión entre los programas. Pese a ello estas acciones asistenciales promueven la salud mental positiva y aconseja implementarlos en entornos comunitarios (37).

Son las Comunidades Autónomas las que diseñan sus programas y estrategias de salud mental dirigidas a su población, proponiendo acciones que promocionan del bienestar psicológico y mental y sobre la prevención a lo largo de la vida con programas en

educación en salud mental, con horizontes que abarcan varios años y donde se marcan una serie de objetivos a alcanzar terminado ese periodo futuro.

Desde una perspectiva de planificación y ordenación de recursos, las diferencias entre regiones pueden ser importantes. Hacer Salud Pública es estudiar diferentes territorios, conocer su idiosincrasia ya que no todas las zonas territoriales soportan la misma prevalencia de enfermedad, ni cuentan con los recursos sanitarios asistenciales o sociales, tampoco con profesionales suficientemente formados y actualizados, necesarios para atender a la persona con un trastorno mental. Normalmente los recursos en servicios y profesionales suelen centralizarse en áreas de mayor densidad de población, donde existen espacios para la formación y centros “de mayor tendencia o moda” a los que asistir como enfermo o como profesional tanto para formarse como para desarrollarse.

Según el libro Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del año 2006, del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, éste indica en su página 37:

Hay que situar la configuración de los mapas sanitarios y la ordenación de áreas y distritos, las normas reguladoras de la atención a la salud mental que promueven algunas Comunidades Autónomas, la organización y desarrollo de la formación especializada de las psicólogas y psicólogos clínicos siguiendo el modelo interno-residente, así como las medidas de mejora de los instrumentos de registro, gestión y evaluación de la salud mental, y muy especialmente los avances dados en la sustitución del viejo modelo manicomial por otro con implicación de los servicios sociales y la atención primaria de salud.

Ante ello, así han ido actuando las Comunidades Autónomas sobre áreas administrativas de escala infra-comunitaria o provincial, dotando de personal y servicios según la demanda detectada a las consultas de Atención Primaria, Especializada o de Servicios Sociales de esas zonas. Se trata del Modelo de Salud Mental Comunitaria, el cual engloba

equipos de profesionales y servicios multidisciplinares, donde el paciente acude bien directamente a Atención Primaria o derivado a Especializada, también puede proceder de otros agentes como entes judiciales, sociales, organismos penitenciarios, ONGs, etc. El paciente entra a seguir una programación desde los Centros de Salud Mental y Drogodependencias de los Servicios Autonómicos de Salud, concretamente al de referencia del área sanitaria de su residencia. Dependiendo de la evaluación de un profesional según la severidad de la patología, entran a participar en diversos programas (descritos en el siguiente apartado) tales como el programa de Reducción Daño o bien a Programa Adultos, Programa Infanto-Juvenil o Drogodependencias. Existen programas aún más específicos como lo son Atención Hospitalaria (urgencias, atención psiquiátrica, desintoxicación y trastornos de la alimentación) o Rehabilitación (inserción laboral, comunidad terapéutica y centros de día), hasta conseguir el alta médica.

Para generar toda la planificación de recursos sanitarios en Salud Mental nace la necesidad de conocer en un marco contextual del volumen de enfermedad y estudiar la posible variabilidad geográfica en la distribución del número de personas que tienen algún trastorno mental dentro de un determinado territorio, que por su extensión conforma un grupo homogéneo en cuanto a características ambientales, sobre el que programar acciones y destinar recursos, además de conocer un posible factor de riesgo ecológico de la enfermedad.

Para este patrón ecológico de recursos a escala geográfica existen diferentes herramientas utilizadas para enlazar la investigación y su aplicación en la gestión y toma de decisiones sobre el marco asistencial. Aquí destacamos las herramientas estándar más empeladas para la medición y evaluación de servicios sanitarios en salud mental:

- 1) **European Service Mapping Schedule (ESMS)** (38), que es una herramienta diseñada originalmente para mapear servicios en la atención de la salud mental de adultos, tanto a nivel regional como a nivel local. Utiliza una taxonomía

jerárquica innovadora. Se ha amplado para apoyar la atención crónica, la discapacidad y el envejecimiento. Recientemente se ha llevado a cabo una revisión sobre esta herramienta que ha mostrado su uso especialmente en Europa, y con España el país europeo que más ha publicado estudios gracias a ella, hasta 35. En el caso de su utilización para investigación médica aplicada a las políticas locales, también son numerosos los estudios donde se ha considerado el área sanitaria como unidad de medida geográfica (39).

2) **Descripción y Evaluación de Servicios y Directorios (DESDE-LTC)**

(<http://www.edesdeproject.eu/>), es la versión extendida de la anterior con metodología de indicadores estándar (31), que genera una homogeneidad terminológica a través de un glosario de términos definidos únicamente sobre la actividad de los servicios sanitarios según grades ramas como: asistencia ambulatoria, residencial, de día, de información y de auto-ayuda. Este sistema está dirigido para medir la asistencia a largo plazo (LTC) sobre cualquier zona sanitaria donde exista una estructura individual con capacidad de planificación. Sobre estas unidades se cuantifica la oferta sanitaria principalmente pública y recoge indicadores relativos a tipo de asistencia (hospitalaria, ambulatoria, de día, etc.), tipo de usuario de los servicios asistenciales (personas mayores, adolescentes, discapacitados, etc.), horarios de atención, número de profesionales, camas, estancia media, perfil de usuario, número de usuarios, etc. Así se genera un directorio y mapa de los servicios sociales y de salud para una zona que es evaluado por un conjunto de expertos para comprobar si la información es útil para la toma de decisiones sobre recursos a nivel local. También se incluyen otros indicadores como servicios sociales, empleo, educación, justicia y vivienda, demostrando que los sistemas de información de mapas y los resultados del análisis espacial ayuda a los agentes políticos en planificación sanitaria a detectar desigualdades en los recursos y accesos a la atención para personas con necesidades en salud mental (40).

- 3) **La herramienta REMAST (REFINEMENT Mapping Services Tool)** es un sistema de información geográfica que combina una serie de indicadores de servicios de salud estandarizados. Los resultados se representan mediante atlas locales de atención de salud mental incluyendo datos de población, índice socioeconómico, servicios en salud mental (a partir de la directorio DESDE-LTC) y datos geográficos (41).

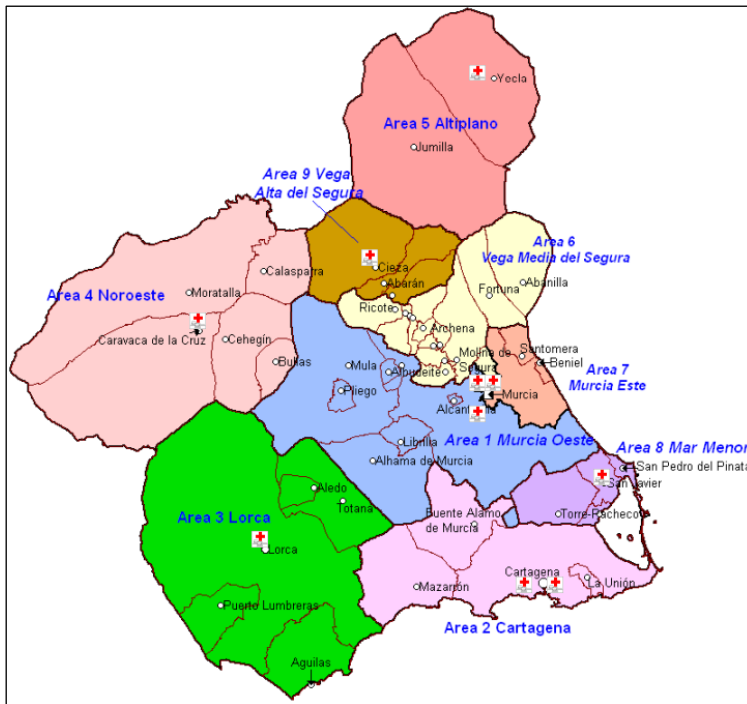
- 4) **European Socio-Demographic Schedule (ESDS)**, es un conjunto de indicadores contextuales para describir en el entorno donde se desarrolla la actividad asistencial y que influyen sobre esta. Los indicadores son los relativos a porcentaje de desempleados, de personas que no conviven con otras, personas hogares sin vehículo, hogares sin presencia de progenitores, personas con 2 o más residencias diferentes en un año (cambio de residencia) y porcentaje de hogares con al menos dos personas por dormitorio. Estos indicadores son principalmente de condiciones del entorno psicosocial y de residencia. Las fuentes de información son los censos demográficos que desagregan esta información a nivel de sección censal en algunos países, en el nuestro la mayoría de estos indicadores no están disponibles ni siquiera a nivel de comunidad autónoma.

En general, emplear herramientas para crear atlas sobre servicios en salud mental como las aquí descritas permite tener un sistema de información de cobertura sanitaria sobre determinadas zonas de interés en la gestión y planificación, así como describir cambios en el tiempo y realizar comparaciones gracias a la estandarización de términos y métodos descriptivos (42).

1.5. Estructura y planes públicos de Salud Mental en la Región de Murcia

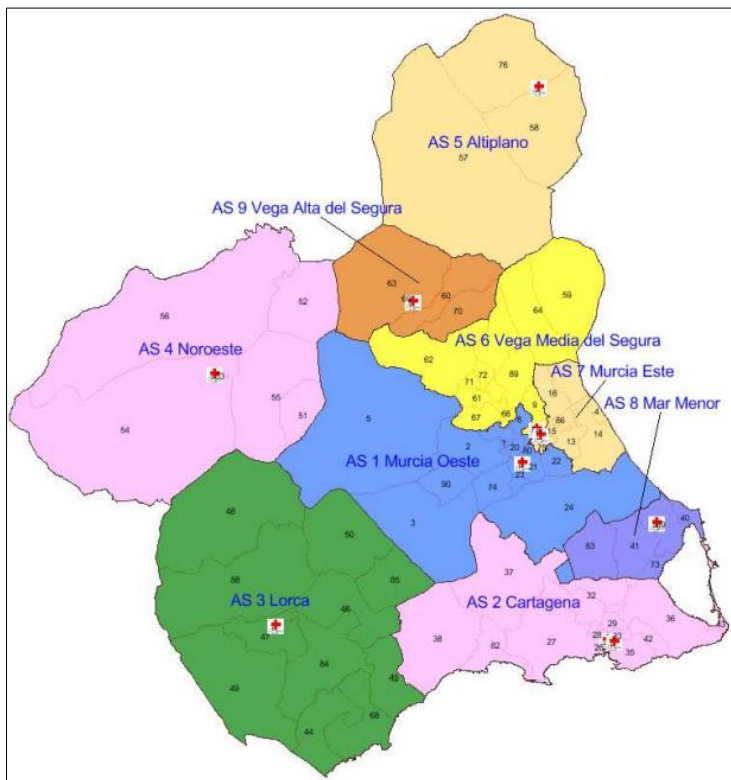
En la Región de Murcia, el máximo ente con competencia en materia sanitaria autonómica es la Consejería de Salud. De ella depende el organismo autonómico Servicio Murciano de Salud con competencias en gestión y prestación sanitaria (Decreto número 148/2002, de 27 de diciembre de 2002, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud). En base al Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud y por la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, la organización territorial y planificación de recursos y servicios sanitarios (mapa sanitario) queda enmarcada dentro de 9 áreas sanitarias en la Región, con 95 zonas básicas de salud (Orden de 14 de mayo de 2015 de la Consejería de Sanidad y Política Social de La Región de Murcia). Estas delimitaciones quedan definidas por factores demográficos, históricos, culturales, de accesibilidad, epidemiológicos y de desarrollo (infraestructuras), entre otros. Cada zona cuenta con un Centro de Salud de referencia y en su ausencia Consultorio Local.

Figura 2. Mapa Sanitario Región de Murcia: áreas de salud, municipios y hospitales



Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (www.murciasalud.es)

Figura 3. Mapa Sanitario Región de Murcia: áreas de salud, zonas básicas y hospitales



Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

En la Región de Murcia, la asistencia pública sanitaria en los últimos años ha ido incrementándose, ampliando servicios y recursos para los pacientes de salud mental, adaptándose a necesidades cada vez mayores en este segmento sanitario (43). El inicio del itinerario sanitario que el paciente en salud mental recorre puede ser de dos modos:

- Por iniciativa propia
- Por indicación de un médico de medicina general o medicina especializada
- Por indicación desde profesionales/organismos privados o instituciones sociales

A partir de estos cauces de inicio el paciente psiquiátrico puede hacer uso de todo el dispositivo asistencial de la Red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. Esta red la conforman equipos de distintas disciplinas tales como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros en psiquiatría, trabajadores sociales y terapia ocupacional, entre otros.

La actividad asistencial es aquella dirigida a la atención del adulto, al infantojuvenil, atención a drogodependencias, a trastornos de la conducta alimentaria o sobre conductas adictivas.

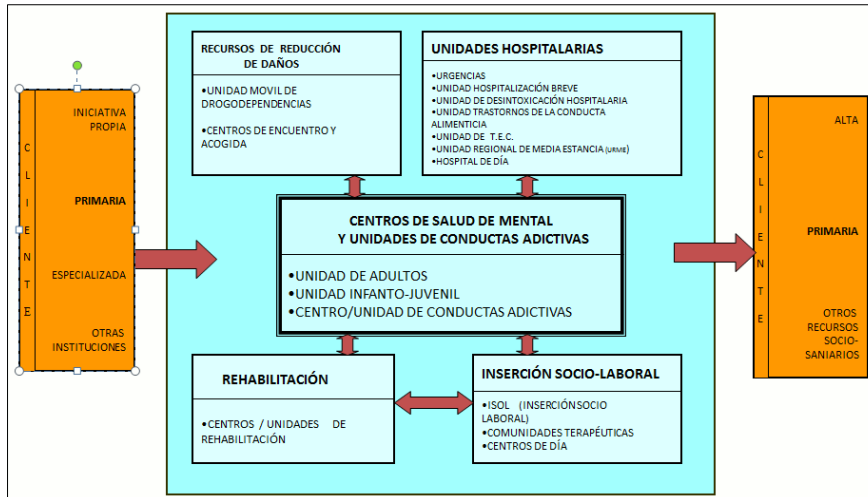
En la actualidad la estructura regional en recursos sanitarios se divide en:

- Atención sanitaria desde los Centros de Salud, según área de salud del paciente, en 16 Centros de Salud Mental (CSM).
- Unidad móvil de asistencia sanitaria de atención a drogadicciones:
- Atención hospitalaria, con 6 Unidades de psiquiatría de la Región, repartidas en 5 hospitales públicos y 1 hospital psiquiátrico.

La red en salud mental se trata de un sistema complejo por intervenir unidades con funcionalidades diferentes y con equipos humanos multidisciplinares. Se caracteriza por un tipo de asistencia destinada a la prevención, tratamiento y rehabilitación desde un

marco de inserción en el mercado laboral y en el entorno social, como se muestra en la Figura 4.

Figura 4. Dispositivo asistencial sanitario regional en Salud Mental.



Fuente: Servicio Murciano de Salud, Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
 Cada una de estas unidades asistenciales que dispone el Servicio Murciano de Salud están integradas en un modelo de atención comunitaria de dan cobertura específicamente sanitaria al paciente con trastorno mental grave (TMG) y adicciones graves, que según el tipo de servicio y finalidad que prestan son:

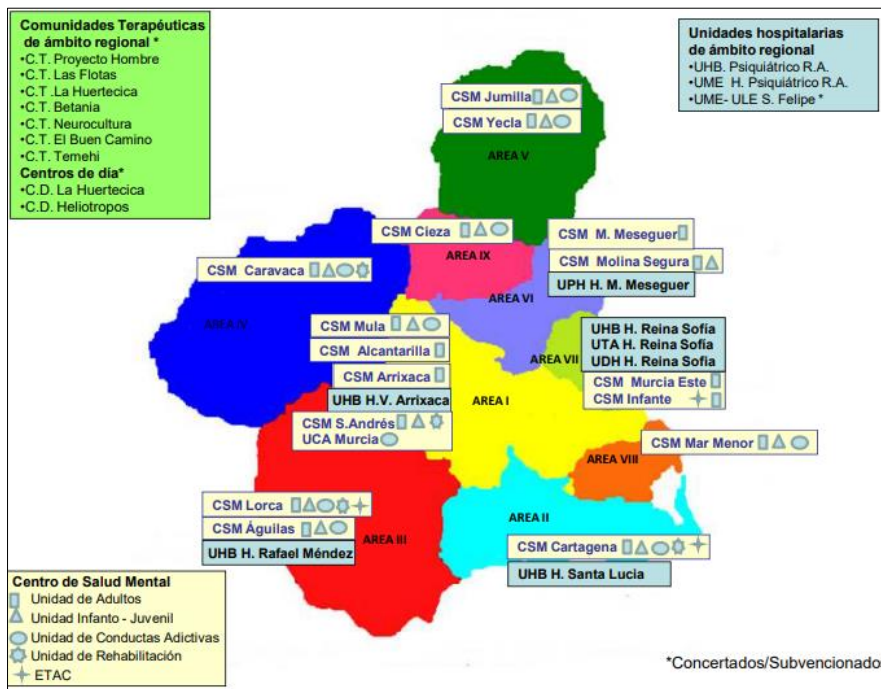
- **Unidades de Salud Mental (USM):** en los centro de salud con unidad en salud mental, dentro de cada área sanitaria, se tienen equipos multidisciplinares (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especialistas, trabajadores sociales y auxiliares) que desarrollan programas de prevención, dirigidos a diferentes ámbitos como el educativo, familiar, laboral o social, llevando a cabo actuaciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- **Unidades de rehabilitación:** en determinados centros de salud se encuentran estas unidades destinadas a la rehabilitación para adquirir o recuperar habilidades y autonomía personal. Los pacientes son derivados a estas unidades desde las de adultos o infanto-juveniles y no se

encuentran en todas las áreas sanitarias, como es el ejemplo del área V Altiplano y área IX vega Alta del Segura.

- **Unidad de hospitalización:** se distinguen por la duración de la estancia, estando clasificados como breve o media estancia, donde la mayoría de los grandes hospitales de la Región (Virgen de la Arrixaca, Santa Lucía, Morales Meseguer, General Reina Sofía, Rafael Méndez y Román Alberca) alberga estas unidades. Los servicios de corta estancia para área IV Noroeste y área V Altiplano son llevados a cabo en el Hospital Román Alberca. En estas unidades se llevan a cabo no solo la hospitalización y aplicación de terapias en pacientes con trastorno mental grave, sino además diagnóstico, promoción de la salud, prevención de recaídas, contención y rehabilitación. Cuando no es necesario un ingreso, el paciente y familiares son atendidos en el hospital de día cuya función es la de apoyo en los tratamientos y actividades de rehabilitación de pacientes y familiares tales como psicoterapia, psicoeducación, terapias grupales, talleres ocupacionales, cuidados de enfermería, etc. En la Región este centro se encuentra en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, denominado Hospital de Día Francisco Román.
- **Unidades de conductas adictivas (UCA):** en los centros de salud con unidades de salud mental, hospitales, en centros penitenciarios y en organizaciones privadas como por ejemplo Cruz Roja, existen unidades de atención a drogodependientes (CAD) que están formadas por equipos multidisciplinares (psiquiatras, enfermeros o asistentes sociales) cuyas funciones son llevar a cabo los programas asistenciales, programa de la dispensación de opiáceos (Unidades de Tratamiento con Opiáceos, UTO) y reinserción social. También existe la Unidad Móvil de Drogodependencias con funciones de prevención, información y tratamiento.

- **Equipos de Tratamiento Asertivo-Comunitario (ETACs):** existe un equipo de tratamiento asertivo comunitario que se desplazan al domicilio y que tiene como misión atender a personas adultas con trastorno mental severo con dificultades para ser atendidas en alguno de los recursos anteriormente descritos.

Figura 5. Distribución de unidades asistenciales en Salud Mental por áreas sanitarias y centros de salud de la Región de Murcia



Fuente: Servicio Murciano de Salud, Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

CSM: Centro de Salud Mental, UCA: unidad de conductas adictivas, UTA: Unidad de tratamiento ambulatorio, UDH: Unidad desintoxicación hospitalaria, UHB: Unidad de hospitalización breve, UME: Unidad de media estancia

El eje de este sistema son los Centros de Salud Mental (CSM) y las Unidades de Conductas Adictivas (UCA). El primer contacto del paciente mental con el sistema de salud es a través de los profesionales de Atención Primaria (AP) y los servicios de urgencias. En los centros de salud, las Unidades de Salud Mental (USM) son los recursos especializados que reciben fundamentalmente la demanda asistencial. Si es necesario, cuentan con el apoyo de una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. También los Centros de Salud Mental desarrollan y disponen de acceso a dispositivos rehabilitadores, tanto a nivel hospitalario (Unidad Regional de Media Estancia, URME), como

ambulatorio (Unidades de rehabilitación, Hospital de Día, Centros de Día y otros) y de programas específicos de asistencia domiciliaria (ETACs) o comunitaria. Como se puede apreciar, es un sistema interconectado entre las USM de los Centros de Salud y recursos asistenciales hospitalarios o ambulatorios, con equipos de personas que trabajan con el paciente y sus familias. Por otro lado, la asistencia al paciente psiquiátrico se produce a través de programas y acciones individuales de rehabilitación e inclusión. La asistencia fundamental es el programa de salud específico según su finalidad, que recogen el tipo de asistencia, el tipo de paciente y el lugar donde son atendidos, quedando descritos como muestra la Tabla 2.

Tabla 2. Programas públicos de Salud Mental en la Región de Murcia

Programa	Tipo de asistencia	Tipo de paciente	Lugar asistencia
Atención adultos	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención - Diagnostico precoz - Orientación - Tratamiento - Rehabilitación 	Personas \geq 16 años	Centros de Salud Mental
Atención Infanto-Juvenil	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención - Diagnostico precoz - Orientación - Tratamiento 	Personas 0-15 años	Centros de Salud Mental
Drogodependencias	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento - Orientación 	Personas \geq 16 años con problemas de ludopatía, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y drogas ilegales	<ul style="list-style-type: none"> -Centros de Salud Mental - Centros/Unidades de Atención a Drogodependencias (CAD)
Trastornos de la Conducta Alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento - Orientación 	Personas \geq 16 años con problemas de la alimentación	Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Hospitales)
Rehabilitación y Reinserción	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento en la recuperación y normalización del comportamiento - Actividades para la integración psicosocial y la no marginación 	Todas las edades	Centros de Salud Mental
Hospitalización	Asistencia hospitalaria	Todas las edades	Hospitales: <ul style="list-style-type: none"> - Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) - Psiquiátricos (HP)

Fuente: Servicio Murciano de Salud, Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Los cambios en la estructura sanitaria del marco de la salud mental ha sido la respuesta a los planes quinquenales destinados a conocer la evaluación del plan anterior, conocer la situación pasada y actual de carga de enfermedad, la disposición de recursos, la detección de necesidades asistenciales y objetivos a conseguir, normalmente dirigidos a mejorar la calidad de vida del paciente.

De hecho, el Plan de Salud de la Región de Murcia año años 2006-2009 hablaba de:

La salud mental es uno de los principales problemas de salud de nuestra región, priorizando la intervención en esta área en base a cuatro criterios: “magnitud del problema”, “severidad del problema”, “factibilidad de abordaje”, y “alineamiento estratégico con el sistema sanitario público de la región”. Se marcaban unos objetivos generales que debería contemplar un Plan de Salud Mental y que básicamente eran disminuir el impacto de la cronicidad, de la comorbilidad y de la discapacidad asociada a los trastornos mentales.

También, el Plan de Salud Mental 2010-2013 de la Región de Murcia indicaba:

Para una adecuada planificación de los servicios sanitarios dirigidos a la prevención y atención de los problemas de Salud Mental es necesario cuantificar el impacto de la enfermedad mental en la población. Este análisis no está exento de numerosas dificultades que justificarían las variabilidad de los datos disponibles. Es necesario recopilar los datos más relevantes para dar una orientación sobre la importancia de la Salud Mental en términos de cuantificación del impacto de la enfermedad mental en diversos ámbitos: en población general, en Atención Primaria y en la Atención Especializada.

Además este plan tuvo como objetivos, entre otros:

- 1.- Promover la salud mental de la población y de grupos de riesgo.*
- 2.- Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general.*
- 3.- Erradicar el estigma y la discriminación.*
- 4.- Optimización del proceso asistencial, que garantice la continuidad de la asistencia.*
- 5.- Organizar, formar, coordinar e integrar recursos para mejorar la calidad asistencial.*
- 6.- Distribución homogénea de recursos en las diferentes áreas sanitarias, con prioridad a las áreas más desfavorecidas.*
- 7.- Generar plazas de profesionales de las distintas categorías, dando prioridad a las áreas y recursos más desfavorecidos.*

Los dos últimos objetivos se centran en disminuir la heterogeneidad identificada entre las diferentes áreas sanitarias en relación con los recursos estructurales y humanos, necesarios para implementar cualquier política sanitaria. En concreto, actividades sobre creación y puesta en marcha de nuevos Centros de Salud Mental (CSM) y Recursos Comunitarios necesarios en áreas con necesidades estructurales y dotación de recursos humanos necesarios para la puesta en marcha de los nuevos CSM-Unidades de Rehabilitación-Hospital de Día, como los de Molina, Lorca, Yecla, Mar Menor, Cieza y Ronda Sur de Murcia. También se consideraron actividades de mejorar las plantillas existentes en los actuales CSM, en los Centro de Atención a Drogodependientes (CAD) y conseguir un ratio de profesionales mínimo en atención comunitaria de: 1 psiquiatra/16 000 habitantes, 1 psicólogo clínico/20 000 habitantes, 1 Enfermero/20 000 habitantes, 1 trabajador social/75 000 habitantes y 1 terapeuta ocupacional/75 000 habitantes. Así como dotar de recursos humanos para la nueva Unidad Psiquiátrica Hospitalaria (UPH) del nuevo Hospital Mar Menor y para la nueva UPH Infanto-Juvenil del Hospital Virgen Arrixaca para alcanzar, en parte, los objetivos marcados en el plan. Como se puede observar se planificó cubrir necesidades de integrar servicios y dotar de recursos a

aquellos lugares donde se considere una cobertura insuficiente para la población con necesidades en salud mental.

En la actualidad, el plan de Salud Mental 2019-2022 reconoce la insuficiencia de recursos asistenciales con respecto a la demanda en colectivos vulnerables tales como niños, adolescentes, mujeres, personas mayores, sin hogar, inmigrantes o penados. Considera que, si bien existe una variabilidad en la dotación de recursos entre áreas sanitarias por no poder disponer de todo tipo de recursos en cada una, sí se debe facilitar el acceso a aquellas personas que, perteneciendo a un área diferente a la que sí dispone, así lo precisan. En este plan se recoge un “Proceso de integración de los recursos de salud mental a las áreas de salud” que consiste en detectar zonas infra-regionales con inequidades y necesidades para lograr un aumento progresivo de las acciones de promoción y prevención de la salud, en función de la identificación de los riesgos y daños prevalentes en cada área sanitaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. También remarca la imprescindible necesidad de mejorar los sistemas de información en la patología mental y revisar la forma de funcionamiento de los recursos.

1.6. Salud Mental y geografía

Aunque no existe una definición suficientemente extendida sobre lo que es la epidemiología ambiental, se podría definir como aquella rama que trata de estudiar la frecuencia y distribución de una enfermedad bajo un análisis de exposición a factores de riesgo, normalmente físicos, que se encuentra en el medio ambiente de una zona o región y que se encuentra fuera del control del individuo (44). Según la propia definición de la OMS de 1993, por salud ambiental se entiende como el área de conocimiento de la salud pública que identifica, caracteriza, vigila, controla y evalúa los efectos sobre la salud humana de los distintos factores de riesgo ambiental.

El estudio de una enfermedad no debe de estar limitado únicamente a las condiciones biológicas del propio individuo, sino ampliarlo también desde la perspectiva del contexto ambiental en el que se desarrolla la persona. El entorno es un factor de riesgo o un determinante más sobre la salud, donde el estar expuesto durante largos periodos de tiempo a determinadas condiciones ambientales, sociales, de infraestructura, vivienda y servicios, puede ser un factor de riesgo o protector para una enfermedad (45).

El estudio de la distribución geográfica de las enfermedades es un área de investigación importante en la actualidad, especialmente en Epidemiología y Salud Pública. Los fenómenos más estudiados son la morbilidad o la mortalidad, sobre los que se pretende conocer su distribución geográfica y sus posibles asociaciones con factores sociodemográficos, estilos de vida, condiciones ambientales, culturales o económicas del territorio. El gran desarrollo que han tenido las técnicas estadísticas en las últimas décadas para ser herramienta de análisis espacial han conseguido que salud y geografía sea un campo de investigación potenciado y extendido en la actualidad, que pretende buscar un patrón espacial de la distribución de la enfermedad y su posible asociación a factores que también describen al territorio y detectar desigualdad espacial de un fenómeno relacionado con la salud. Esta área de investigación no queda únicamente en este punto de análisis de inequidad espacial, sino además es empleada para la prevención, promoción en salud y planificación integral de los servicios sanitarios. Se ha aplicado especialmente a la geografía del cáncer y la mortalidad por causas, tanto nivel mundial (46) como nacional (47), a través de modelos ecológicos y análisis espacial. Un ejemplo en el campo de la salud mental lo tenemos en la Organización Mundial de la Salud que edita trianualmente el Atlas de Salud Mental (48) que no está precisamente destinado al análisis espacial sino principalmente a analizar la evolución de indicadores clave sobre la planificación de servicios sanitarios, cobertura y promoción de la salud entre los países miembros, para detectar regiones o países más vulnerables.

Para la investigación del posible patrón geográfico de algunas enfermedades se ha recurrido a sistemas de sistema de información geográfica (SIG) desde una perspectiva

de Salud Pública. Según diferentes trabajos de revisión, normalmente las investigaciones pueden clasificarse generalmente en cuatro temas predominantes sobre una enfermedad: vigilancia, riesgo, acceso a servicios sanitarios, planificación de la salud y perfil de salud de la comunidad, donde el más predominante es el análisis del acceso a servicios sanitarios (49). Dentro de estos últimos, un ejemplo de empleo de SIG ha sido para determinar el tipo de atención (integrada o comunitaria), tipo de acceso según distancia, tiempo, coste, percepción de los viajes, desigualdades y la utilización de servicios (50).

Principalmente los análisis que pretenden estudiar la asociación entre la salud y geografía van enfocados desde la Epidemiología y la evaluación de servicios sanitarios. Concretamente se recurre a análisis espacial, mapas de distribución de la enfermedad o indicadores sanitarios según zonas geográficas y estudios sobre áreas pequeñas como puede ser un vecindario o barrio (51) . Los tipos de estudios pueden ser a nivel individual, es decir, donde las variables recogidas son medidas sobre la persona, mediante diseños de corte transversal o longitudinal, o también bajo el tipo de análisis ecológico, donde las unidades de análisis son áreas de territorio, con indicadores medidos sobre éstas.

El objetivo de los estudios que recurren al análisis espacial mediante técnicas estadísticas es buscar si existe una distribución espacial, bien del riesgo de la enfermedad, de los casos diagnosticados o de indicadores de acceso a recursos. Los datos de cada individuo o de un recurso sanitario se representan sobre un mapa, bien indicando unas coordenadas geográficas donde se ubica este o bien de un área a su alrededor. Si la unidad de análisis no es individual sino de un ente mayor, como puede ser una línea, segmento o área geográfica, la representación es un mapa bien de signos, iconos, gráficas o de coropletas. Para comprobar si existe un efecto espacial sobre la enfermedad se recurren a diferentes indicadores estadísticos, tanto descriptivos como inferenciales, tales como:

- Medidas de dispersión: desviación estándar, recorrido intercuartílico u otras. Por ejemplo la desviación estándar de las distancias de los individuos a un punto, como puede ser un centro de salud mental, un hospital o servicios sociales.
- Medidas de agregación: son los denominados clusters o conjunto de individuos o áreas donde comparten una característica común (por ejemplo alta prevalencia de una enfermedad o baja utilización de recursos sanitarios). Para detectarlos se recurre a la premisa fundamental en análisis espacial que es que se espera que las unidades próximas o vecinas compartan valores en los indicadores o variables medidas, donde pueden existir tres escenarios que son: el aleatorio (no agregación), el regular (cierta agregación, aunque con grado de aleatorización entre agregados) y la agregada (sería un agregado de alto grado, no absoluta agregación pero si elevada). Se halla el cociente entre la distancia media del agregado planteado (cada punto distará del centroide del agregado una cantidad) y la esperada en caso de aleatoriedad (no agregación, un centroide de todo el conjunto de puntos estudiados). Cuando el valor es 1 es que no se establece tal agregado y cuando es 0 es que tenemos un clúster.
- Correlación espacial: la correlación existente entre valor que medimos sobre el individuo o área con respecto al resto de sus vecinos considerados éstos según criterios de distancia. Esta correlación se mide sobre diferentes valores de distancia, donde distancias menores se espera mayor autocorrelación (en el caso de áreas la distancia entre centroides). Debido a la no continuidad exacta en la distancia de esta correlación, se recurren a técnica de interpolación (medias ponderadas según distancia o kriging) para suavizar y detectar patrones geográficos espaciales de la variable a estudio. Como medidas de correlación espacial más usadas son I de Moran y c de Gea.
- Modelos espaciales autorregresivos: modelos de regresión que incluyen entre diferentes variables de ajuste a nivel individual (X), donde la variable independiente (Y) y/o la componente error del modelo (e) están cada una autocorrelacionadas en el espacio.

$$Y = rWY + XB + e$$

donde W es la matriz de vecindad, r parámetro de retardo autorregresivo

$$e \sim N(0, \sigma^2 I)$$

o bien

$$Y = XB + e$$

donde $e = kW e + u$ r parámetro de retardo autorregresivo

$$u \sim N(0, \sigma^2 I)$$

Todas estas técnicas tienen limitaciones, destacar entre ellas el que la dependencia espacial no se produce de manera continua o uniforme, sino con discontinuidades (spatial misalignment), ya que la distribución de una característica espacial sobre el terreno es muy irregular. También los resultados dependen de la presencia o ausencia de valores extremos y de los criterios en la definición en la delimitación del área a estudio, pudiendo existir para enfermedades poco prevalentes una alta heterogeneidad y exceso de unidades de análisis sin presencia de casos, lo que conduce a tener en cuenta técnicas bayesianas para corregir un exceso de suavización, especialmente en áreas con poca población que representan patrones geográficos más adecuados a los datos (52).

En el caso de la patología mental, son numerosos los estudios que han revelado diferencias geográficas, buscando medir la posible asociación entre la prevalencia de la enfermedad y factores geográficos. Desde finales de los años 80 ha habido un crecimiento en la búsqueda de asociación entre geografía y salud mental, donde en países asiáticos se comenzaba a investigar patrones espaciales de comportamiento. Según la nomenclatura territorial de Eurostat, el nivel NUTS1 se refiere a Estados miembros, mientras que el nivel NUTS 2 incluye las comunidades autónomas de España (CCAA). Para buscar un nivel geográfico inferior al de la comunidad autónoma, se emplea el término de áreas pequeñas referidas normalmente en el análisis espacial a los distritos censales, secciones censales o áreas administrativas. Como factores

contextuales o ambientales más empleados se encuentran en la literatura científica las condiciones socioeconómicas del vecindario o pequeña área de residencia (53), condiciones ambientales (54), espacios verdes (55), nivel de renta (56), densidad de población, etc., entre otros factores y sin dejar de medir los factores individuales de riesgo. Como asociación más relevante, aunque no siempre en la misma magnitud de la asociación, ha sido el factor socioeconómico sobre la prevalencia de la enfermedad (57,58), normalmente concluyendo la asociación (aunque no causalidad, ya que no son estudios longitudinales) entre menores niveles socioeconómicos y mayor prevalencia de patologías tipo depresión, estrés o adicciones, donde ésta última tienen una mayor asociación espacial (59). En concreto, en el caso de una CCAA española, los factores que pueden explicar la variabilidad geográfica sobre sus diferentes áreas sanitarias, han sido el tipo de hogar (porcentaje de hogares monoparentales), proporción de inmigración y desempleo, medidas como variables contextuales de la zona sanitaria (60).

Es importante destacar aquí que en el estudio de una patología, sea mental o no, es necesario tener en cuenta también un enfoque geográfico del individuo y su contexto. La tendencia a investigar no siempre se centra sobre aquellos individuos en los que más necesaria se hace la investigación. Existen “modas” o gran número de estudios enfocados en una determinada enfermedad cuya prevalencia es alta, consiguiendo así encontrar individuos elegibles y diseños con un elevado número de participantes. Esto puede ser susceptible de un sesgo de selección, en detrimento de otras zonas donde la misma patología no es tan prevalente. Esta situación tiene como consecuencia el no incluir en el marco de selección a individuos menos atractivos, dejando sectores poblacionales no estudiados (61).

La descentralización de las políticas sanitarias en nuestro país ha ido incrementando la necesidad de adaptar programas a zonas más específicas, donde en la división geográfico-administrativa va tomando un mayor y necesario protagonismo. Con ello se hace necesario una armonización metodológica en la identificación eficiente de cualquier aumento en las disparidades geográficas (62). La ausencia de un análisis geográfico sobre problemas de salud mental se viene produciendo desde tiempo atrás

en Salud Pública, donde se necesita la creación de sistemas de información mediante bases de datos de salud mental con información geográfica, no solo para estudiar el efecto espacial, sino también en lo relativo al efecto del cambio climático, los contaminantes químicos o en hábitos de vida (63).

Las diferencias geográficas en la salud mental a nivel global son patentes y conducen a producir diferencias importantes entre regiones, donde existen diferencias tanto en la cultura sanitaria y en la organización-planificación de los centros sanitarios, como en el acceso a servicios y tratamientos según el lugar donde se resida (64). Para aquellos individuos con uno o varios trastornos mentales, el riesgo de sufrir otro tipo de enfermedades físicas aumenta, además de afectar a la calidad de vida e incapacitar, complicando la búsqueda de ayuda, diagnóstico y tratamiento (65). Por otro lado, el acceso a los servicios de salud mental no es el mismo entre personas con esta patología, por lo que se debe de fortalecer al sistema de atención de la salud mental para mejorar la prestación (65).

En este contexto de un mundo globalizado y servicios asistenciales centralizados, zonas con determinadas condiciones sociales o ambientales proporcionan nuevos desafíos y oportunidades para comprender la interacción entre procesos locales y globales en la configuración de la salud mental (66). En relación a ello, la disponibilidad de diferentes herramientas que permitan conocer la realidad heterogénea de estas enfermedades a nivel geográfico se convierte en un instrumento muy necesario para llegar a actuar sobre zonas con carencias de servicios o con población vulnerable a la enfermedad (67) . En este sentido, es fundamental evaluar simultáneamente estos aspectos en su conjunto, es decir, por un lado las diferenciales de las condiciones de salud mental y, por otro, los servicios asistenciales accesibles a la población en determinadas zonas geográficas, así como las políticas diseñadas en éstas (68).

El método epidemiológico en psiquiatría conduce a conocer la distribución de las enfermedades mentales en la población y establecer factores de riesgo asociados, ya que permite detectar las circunstancias en las que aparecen y se desarrollan las enfermedades mentales, así como elaborar hipótesis etiológicas (69). El empleo de este método contempla, entre otros tipos de diseños de investigación, al uso de encuestas, normalmente que recogen información auto-declarada y bajo diseños reevaluados y estandarizados, como la *World Mental Health Survey Initiative* (WMH), que ha producido una cantidad sin precedentes de datos de alta calidad sobre la epidemiología transnacional de los trastornos mentales en población general (70). El uso de esta información transversal permite monitorizar patologías y acceso a recursos sanitarios en áreas pequeñas, además de detectar las diferencias entre éstas (71). Esta información facilita la priorización de diferentes acciones de planificación y administración sobre los servicios públicos sanitarios.

1.7. Sistemas de información en salud mental: aplicación de la información geográfica

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema de información en salud mental (SISM) es un sistema que permite recoger, analizar, difundir y utilizar la información sobre un sistema sanitario de salud mental y las necesidades asistenciales de su población. Por tanto, un SISM es un instrumento activo e integrado en la asistencia, la planificación, la gestión, la evaluación de recursos y la investigación. Según publica el Ministerio de Sanidad a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica, las fuentes de las que se nutre un sistema de información en salud mental son diversas y a su vez están sujetas a una calidad, consistencia y validez heterogénea (7).

Mucha información sanitaria y de investigación queda sin aprovechar en la elaboración de programas y políticas específicas en salud. Desde el conocimiento de que existen diferencias geográficas (por ejemplo, en la dotación de servicios sanitarios, en la

utilización de éstos o bien en determinadas “famas” de asistencia que favorecen a los hospitales de mayor prestigio) se recomienda una mayor atención a la información que resulta de la investigación estratificada por zonas geográficas. Este tipo de enfoque en la investigación detecta de manera óptima y específica la prestación de servicios de salud y los resultados de salud, encaminada a lograr mejores resultados de salud a un coste menor. Para ello se ha de incrementar la información tanto a nivel de la población (con estudios epidemiológicos) como a nivel individual (casos clínicos), para poder para identificar y reducir el desperdicio en la atención médica (72).

Según la Agencia para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AETS, un sistema de información sanitario ha de ser un archivo o conjunto de estos relacionados, que sea sistemático, continuado y recuperable de manera eficiente relativos a elementos de importancia para la salud de la población. Hoy en día y gracias a las nuevas tecnologías, los sistemas de información han avanzado enormemente y son parte de las numerosas fuentes de información valiosa de fácil acceso para los profesionales y, en menor medida, para los ciudadanos. En concreto, la información geográfica y salud son de hecho considerados como un nuevo vehículo de gestión de la información con un gran potencial para la salud pública y la epidemiología (73).

Según la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de España, en su informe de Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud de 2014 (25), indica como principios básicos para el Sistema de Información Sanitaria, entre otros, a:

- Trabajar sobre las necesidades de información identificadas para los diferentes destinatarios del SI-SNS: La creación de un Sistema de Información Sanitaria debe permitir a cada uno de sus usuarios tener acceso a la información necesaria para tomar decisiones en el marco de sus competencias: a las Comunidades Autónomas, fundamentalmente para la planificación y gestión de los Servicios de Salud, al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y al Consejo

Interterritorial para el seguimiento de los grandes objetivos del Sistema Nacional de Salud y a los ciudadanos para valorar el funcionamiento de un sistema del que son partícipes.

- *Gestionar los contenidos del SI-SNS desde un enfoque de atención integral a la salud*
- *Establecer sistemáticamente normas de datos comunes*
- *Presentar y difundir la información en una amplia serie de formatos*

Según este mismo informe, un sistema de información ha de contener principalmente estadísticas específicas y armonizadas en la materia de salud a tratar, de modo que sean útiles para proporcionar información sobre las que se apoyen políticas autonómicas y que, además, sea un instrumento reproducible en el tiempo para evaluar si tales políticas, tras su aplicación, han tenido el efecto deseado, especialmente en la cobertura de recursos y satisfacción de los usuarios de programas y servicios en salud mental (Figura 6).

Figura 6. Contenidos para un sistema de información sanitaria según el Sistema Nacional de Salud

<p>✓ La población</p> <ul style="list-style-type: none">▪ características básicas y distribución▪ sus movimientos dentro del Sistema Nacional de Salud▪ el nivel de salud y sus determinantes▪ el grado de utilización de los servicios sanitarios▪ sus expectativas sobre el sistema sanitario▪ sus opiniones como usuarios de los servicios <p>✓ La actividad que se desarrolla para su atención</p> <ul style="list-style-type: none">▪ promoción de la salud▪ prevención de la enfermedad▪ asistencia sanitaria▪ rehabilitación <p>✓ Los recursos sanitarios</p> <p><i>(Estructuras, dispositivos, capital humano, tecnología sanitaria, farmacia, productos sanitarios y otros)</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ los recursos disponibles y utilizados▪ su organización▪ sus costes <p>✓ La capacidad de respuesta del sistema sanitario frente a las necesidades y expectativas de los ciudadanos</p> <ul style="list-style-type: none">▪ cobertura de los servicios▪ equidad en el acceso y uso▪ continuidad asistencial▪ tiempos de espera▪ información▪ calidad de los servicios▪ eficiencia en la gestión▪ satisfacción de la población

Fuente: Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Información y estadísticas sanitarias del Sistema Nacional de Salud, 2014

Los sistemas de información se extienden cada vez más a mayor escala gracias a la entrada de las nuevas tecnologías, con software más accesible, gratuito y de código abierto, así como el uso del “Big Data” y a la disponibilidad de datos en abierto. Un ejemplo de sistema de información periódico de acceso público es la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, elaborado junto con el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es), ambos del Gobierno de España. En este último organismo, también se puede encontrar, entre otros contenidos, la Base de Datos Clínica de Atención Primaria (BDCAP), la Encuesta Europea de Salud de España 2019, el Conjunto Mínimo Básico de Datos Ambulatorios (CMBD AAE), el Sistema de Información de Atención Primaria, Especializada, Información Estadística sobre actividad en centros de Atención Primaria 2019 (aplicación interactiva), el Análisis de la actividad asistencial, los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, los Centros de Salud del Sistema Nacional de Salud y Centros de Atención Urgente Extra-hospitalaria, el Catálogo de recursos hospitalarios, etc.

Los sistemas de información en salud pública se clasifican por el contenido de información (historias clínicas, información autodeclarada, vigilancia y declaración obligatoria), su periodicidad (periódica o puntual), la cobertura que abarca (poblacional o sectorial) y la fuente. Normalmente se nutren de registros, encuestas y sistemas de notificación (74). Aquí vamos a destacar tres grandes grupos de sistemas según su contenido, Figura 7:

- Los aplicados al estado de salud o sistemas epidemiológicos de base poblacional: prevalencias y tasas de incidencia por grandes grupos diagnósticos
- los aplicados al conjunto de accesibilidad y recursos sanitarios: utilización de servicios sanitarios (nº de consultas o urgencias atendidas, estancia media, tasa de hospitalización, etc.)
- los aplicados al conjunto de recursos humanos (nº de profesionales), asistenciales (frecuentación y nº de unidades), dotacionales (nº de camas,

quirófanos, instrumentos de diagnóstico, etc.) y gasto (inversión, gasto por capítulo, gasto farmacéutico y gasto por paciente).

Figura 7. Sistemas de información sanitaria según contenido



El principal uso de estos sistemas de información son la gestión, planificación y evaluación sanitaria, aunque también para la investigación, principalmente en el campo de la Epidemiología y la Salud Pública. Su explotación es a través de indicadores normalizados para su comparabilidad tanto geográfica entre diferentes poblaciones como en el tiempo, tanto para una misma o para diferentes poblaciones. Así es como se encuentra en el proyecto European Community Health Indicators (ECHI) de la Comisión Europea sobre los sistemas de información en salud, un sistema normalizado de indicadores en los que se basan múltiples programas de salud de diferentes estados europeos (75).

Un aspecto importante a la hora de la aplicabilidad de estos indicadores es la fuente de información de la que se nutren los sistemas, es decir, de su contenido. Los posibles indicadores que se pueden extraer tendrán aplicación sobre una determinada población objetivo. Por ejemplo, para el caso de fuentes a través de registros sanitarios sobre

actividad asistencial y personas atendidas, los indicadores obtenidos serán relativos a un segmento poblacional, principalmente personas con alguna patología que requieran asistencia (bien por iniciativa propia o bien prescrita) o con alguna exposición específica, por lo que pueden no ser generalizables a la población general (76). Un ejemplo del uso de los sistemas de información específicamente en salud mental con datos de la población general sería para la elaboración de los sucesivos planes de salud mental en la Región. Retomando el ejemplo más reciente, Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2019-2022, el análisis de situación de la salud mental se basa tanto en encuestas llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad (Encuesta Nacional de Salud año 2006) como en diferentes registros asistenciales (hospitalarios desde el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos CMBD y extrahospitalaria desde actividad asistencial de Atención Primaria), como marcadores de morbilidad, epidemiológicos y asistenciales respectivamente. Para éstos últimos, las características de la población atendida sobre los que se basan múltiples indicadores, no tiene porqué ser iguales a las de la población general. Si el fin que se persigue es conocer el escenario de morbilidad en una determinada zona, es imprescindible recurrir a estudios epidemiológicos observacionales trasversales sobre muestras de población general ya que los registros sanitarios no están basados en muestras representativas de la población (77) . Esta falta de representatividad supone importantes limitaciones referentes que afectan tanto a la validez externa como a la validez interna de los datos clínicos (los registros tienen fines administrativos y asistenciales, no de investigación), a la dificultad para diferenciar casos prevalentes de incidentes y sesgos de información (falta de variables relevantes como factores de confusión o de exposición) (77). Su utilización más adecuada sería para definir un marco sobre el que desarrollar indicadores de eficacia de tratamientos, de reingresos u otros resultados en salud. Esta utilidad conduce a sistemas de información más específicos.

En el caso nacional a partir de la serie de informes publicados por la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social sobre la Encuesta Nacional de Salud, el último publicado referente al 2017 dispone de un amplio listado de indicadores epidemiológicos, sobre tratamientos y utilización de

recursos a nivel nacional. Sin embargo, se incluyen únicamente las referencias geográficas al nivel de comunidades autónomas, sin desagregar a niveles geográficos más pequeños, como se muestra a modo de ejemplo en la Figura 8.

Figura 8. Prevalencia de ansiedad, depresión, otros problemas * según sexo y diversas características (%). Población de 15 y más años. España 2017

	Depresión			Ansiedad			Otros problemas mentales			Alguna de las anteriores		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Número de encuestados	23 089	10 595	12 494	23 089	10 595	12 494	23 089	10 595	12 494	23 089	10 595	12 494
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Total 15 y más	6,68	4,04	9,18	6,74	4,28	9,07	2,08	2,09	2,07	10,76	7,19	14,15
Grupo de edad												
De 15 a 24 años	1,22	1,10	1,35	2,06	1,14	3,02	1,81	2,13	1,47	3,99	3,16	4,85
De 25 a 34 años	3,04	2,21	3,86	4,76	3,64	5,87	1,62	1,52	1,72	6,54	4,90	8,17
De 35 a 44 años	4,21	3,07	5,38	5,70	3,82	7,61	1,51	1,71	1,30	7,64	5,83	9,49
De 45 a 54 años	6,51	5,27	7,76	7,75	6,20	9,31	1,43	1,77	1,09	11,01	9,02	13,01
De 55 a 64 años	10,11	5,32	14,69	9,75	5,91	13,44	1,59	1,90	1,30	14,48	8,96	19,76
De 65 a 74 años	10,64	5,64	15,16	8,25	3,90	12,18	1,77	1,67	1,85	14,69	7,84	20,86
De 75 a 84 años	13,73	6,61	18,94	9,49	4,51	13,12	4,58	4,67	4,50	18,71	11,21	24,19
De 85 y más años	11,36	5,60	14,33	6,68	3,26	8,44	9,90	7,43	11,18	21,16	13,39	25,17
Clase social												
I	2,87	1,63	4,11	3,91	2,12	5,69	1,27	1,25	1,29	5,90	3,67	8,12
II	4,26	3,27	5,18	4,82	4,25	5,36	0,97	1,09	0,86	7,20	6,27	8,07
III	5,53	3,68	7,31	6,03	4,21	7,77	1,67	1,68	1,65	9,43	6,42	12,32
IV	6,35	3,51	9,70	6,44	3,94	9,39	1,85	2,10	1,55	10,22	6,94	14,09
V	8,25	5,02	11,32	7,62	4,66	10,43	2,40	2,04	2,76	12,69	8,12	17,03
VI	8,54	5,32	11,19	8,69	5,69	11,14	2,94	3,69	2,32	13,54	9,66	16,72
No consta	11,61	3,17	14,53	10,89	4,81	13,00	5,07	7,46	4,24	17,16	9,85	19,69
País nacimiento y edad												
España												
Total	7,12	4,26	9,89	7,20	4,55	9,78	2,31	2,34	2,29	11,55	7,70	15,28
15-24	1,20	1,06	1,36	2,21	1,10	3,38	1,85	2,42	1,25	4,20	3,39	5,05
25-64	6,29	4,27	8,37	7,55	5,31	9,86	1,77	1,99	1,54	10,65	7,82	13,56
65 y más	12,01	5,92	16,82	8,59	4,10	12,13	3,96	3,35	4,45	17,29	9,65	23,33
Extranjero												
Total	3,91	2,53	5,04	3,82	2,42	4,98	0,58	0,36	0,77	5,80	3,65	7,57
15-24	1,31	1,34	1,28	1,23	1,34	1,13	1,57	0,47	2,64	2,80	1,82	3,77
25-64	4,08	2,46	5,42	4,11	2,62	5,35	0,33	0,25	0,40	5,98	3,76	7,82
65 y más	6,95	7,02	6,91	5,36	2,14	7,09	1,75	1,79	1,73	9,47	7,02	10,78
Nivel de estudios												
Primaria/sin est.	9,16	5,35	12,80	8,51	5,50	11,40	3,28	3,35	3,22	14,39	9,69	18,88
Secundarios	5,01	3,01	6,95	5,60	3,38	7,76	0,80	0,80	0,80	7,97	4,97	10,90
Universitarios	3,16	2,26	3,98	4,18	2,57	5,65	0,73	0,62	0,83	5,88	4,00	7,60
Relación con la activ. económica												
Trabajando	3,08	1,75	4,69	4,42	2,74	6,46	0,50	0,39	0,62	5,91	3,66	8,64
En desempleo	7,90	6,21	9,49	9,44	7,31	11,44	1,39	1,85	0,97	13,20	11,09	15,18
Jubilado	11,14	6,00	16,83	8,47	4,47	12,89	3,91	3,19	4,70	16,52	9,73	24,02
Estudiando	1,57	1,49	1,66	2,44	1,66	3,26	1,54	1,92	1,14	4,07	3,37	4,82
Incapacitado/a para trabajar	30,06	28,09	32,95	27,35	25,25	30,43	22,94	23,80	21,67	48,20	45,17	52,66
Labores del hogar	12,14	.	12,28	9,77	.	9,83	1,45	.	1,46	15,69	4,88	15,82
Comunidad autónoma												
Andalucía	7,94	4,85	10,91	7,43	4,92	9,84	2,57	2,43	2,70	12,00	8,14	15,70
Aragón	5,41	2,55	8,17	4,84	2,10	7,50	2,27	1,86	2,67	8,62	4,93	12,18
Asturias	13,40	8,19	18,12	14,89	8,54	20,63	2,60	3,26	2,00	18,68	12,61	24,17
Baleares	3,88	2,33	5,41	6,56	3,94	9,14	0,78	1,00	0,55	8,07	5,47	10,61
Canarias	5,57	3,40	7,69	6,78	4,30	9,19	1,66	2,57	0,78	9,66	6,87	12,36
Cantabria	7,83	4,88	10,61	8,27	5,43	10,95	2,45	3,13	1,80	12,18	8,69	15,46
Castilla y León	6,27	4,43	8,05	6,23	5,12	7,30	1,87	2,18	1,57	10,31	8,86	11,72
Cast-La Mancha	7,05	3,50	10,61	6,15	3,23	9,08	1,22	1,06	1,39	11,16	5,77	16,58
Cataluña	5,74	3,63	7,73	6,67	4,09	9,12	2,25	2,02	2,48	10,38	6,38	14,15
C Valenciana	5,55	2,95	8,04	7,00	4,24	9,64	1,76	2,02	1,50	10,42	7,38	13,33
Extremadura	5,72	3,29	8,11	6,34	3,42	9,21	1,94	1,37	2,49	8,78	5,37	12,13
Galicia	12,93	7,96	17,49	10,35	5,99	14,35	2,77	2,51	3,01	16,20	9,94	21,93
Madrid	4,72	2,48	6,75	4,03	2,49	5,42	1,83	2,10	1,59	8,20	5,42	10,71
Murcia	6,14	5,41	6,86	6,34	4,90	7,76	1,84	2,14	1,54	10,18	8,19	12,16
Navarra	6,98	5,44	8,48	6,72	6,12	7,30	2,29	1,96	2,62	10,72	8,37	13,02
País Vasco	6,08	3,94	8,06	6,03	4,54	7,42	2,07	1,33	2,76	10,18	6,87	13,24
Rioja, La	5,27	2,58	7,86	3,56	2,53	4,55	1,78	1,81	1,75	8,11	4,97	11,12
Ceuta	4,43	2,17	6,72	4,03	2,17	5,91	1,58	0,65	2,52	7,76	4,04	11,54
Melilla	5,25	0,00	10,46	3,58	2,55	4,59	0,00	0,00	0,00	7,29	2,55	11,99

*Padecido en el último año y diagnosticada por un médico. Fuente: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística, INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2017

El propio Ministerio de Sanidad del Gobierno de España cuenta con una valiosa herramienta accesible desde la web del área de Inteligencia de Gestión (<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S>). Desde esta propia plataforma, de manera interactiva y dinámica, se puede seleccionar sobre qué fuente se van a mostrar una serie de indicadores, bien a través de encuestas o bien a través de bases de datos asistenciales o directorios de recursos y personal sanitario, donde la salud mental está recogida a través de la prevalencia de la morbilidad crónica poblacional de “Depresión”, “Ansiedad crónica” y “Enfermedades mentales”, además del riesgo de patología mental (todo ello desde la fuente ENSE), a nivel geográfico se encuentra únicamente por tamaño del municipio de residencia, además de otros factores demográficos y socioeconómicos (Figura 9 y 10).

Figura 9. Portal estadístico del área de Inteligencia de Gestión del Sistema Nacional de Salud

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Portal Estadístico

Área de Inteligencia de Gestión

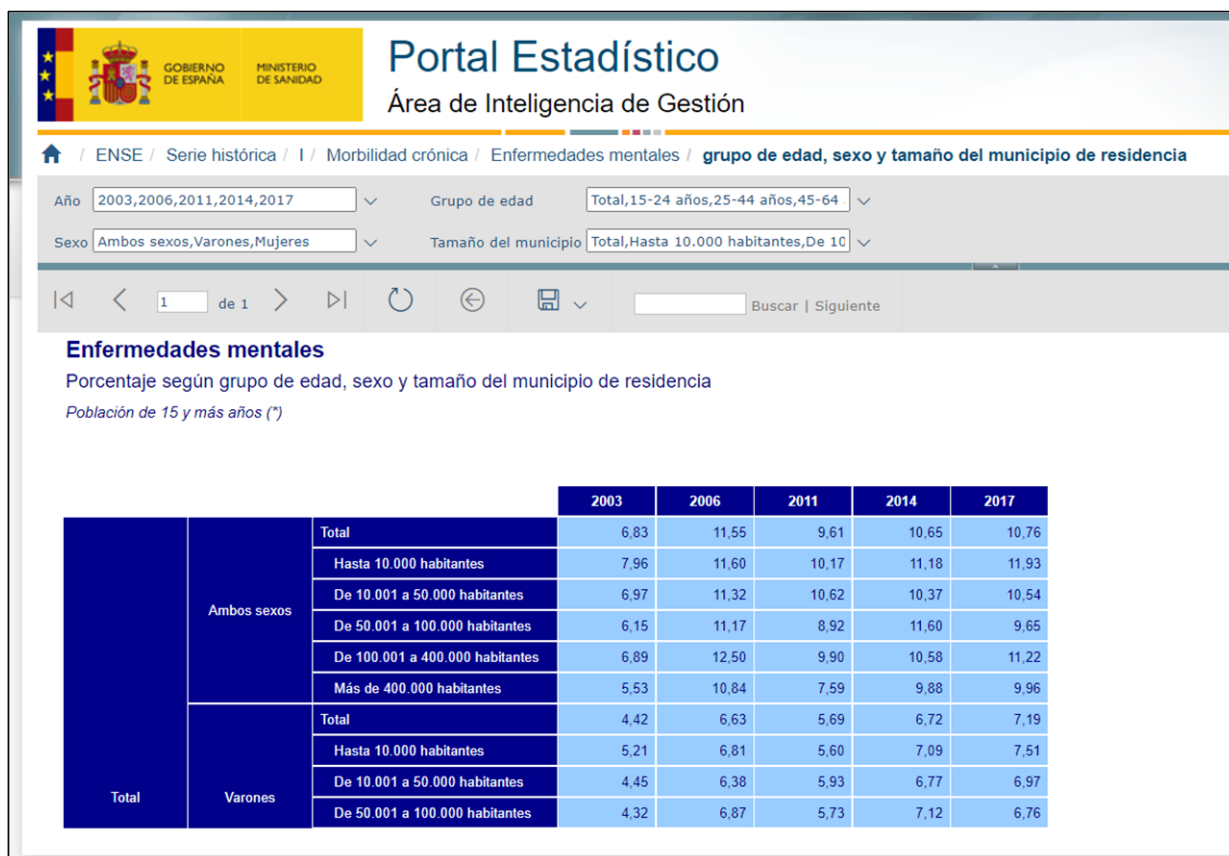
Consulta Interactiva del Sistema Nacional de Salud

La lista representa los diferentes sistemas en los que está organizada la información estadística. Pinche sobre el sistema deseado para poder navegar por su contenido

- Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)
- Mortalidad por causa de muerte
- Mortalidad Fetal Tardía e Infantil
- Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)
- Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)
- Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD
- Barómetro Sanitario
- Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)
- Población

Fuente: Ministerio de Sanidad. Disponible en:
<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S>

Figura 10. Portal estadístico del área de Inteligencia de Gestión del Sistema Nacional de Salud: Prevalencia de la morbilidad crónica de enfermedades mentales según la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE), años 2013-2017

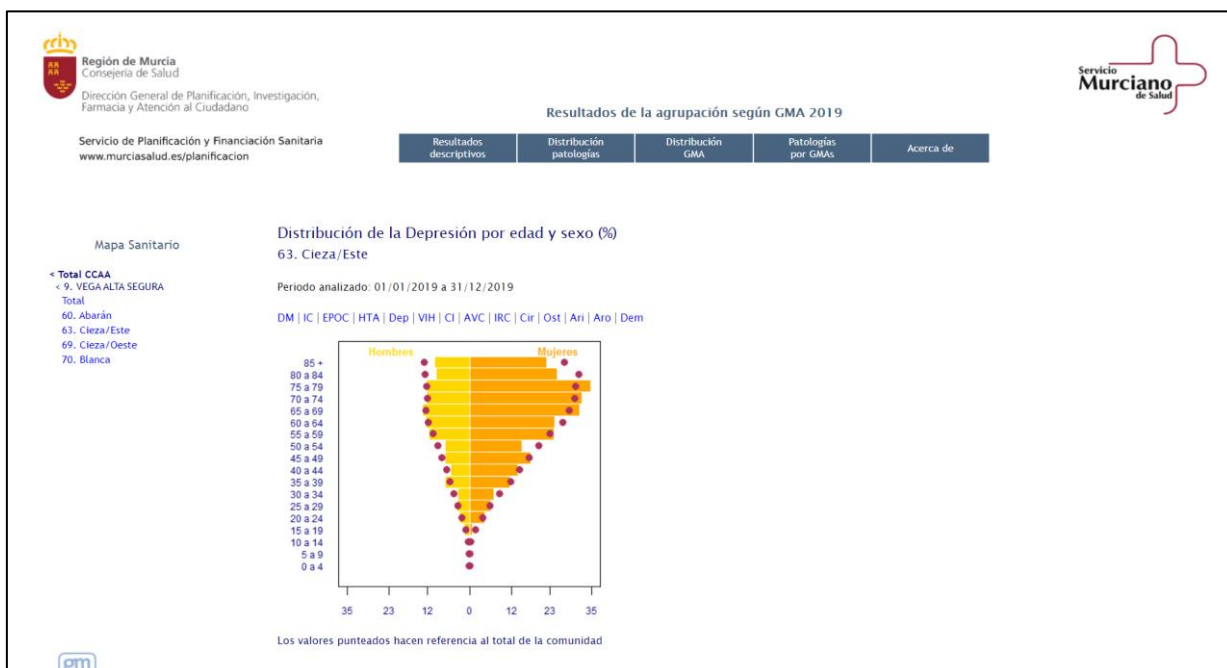


Fuente: Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/>

Desde los sistemas de información de las comunidades autónomas, para el caso de la Región de Murcia, esta cuenta con un sistema de información sanitaria para la planificación a través del Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria (<https://www.murciasalud.es/planificacion/>), que tiene como principal misión dotar de una herramienta de análisis y evaluación para la elaboración de planes, contratos y programas. Se puede acceder a través del portal de MurciaSalud en el Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. También se puede acceder a otra información como el Catálogo Regional de Hospitales, Indicadores hospitalarios, al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD, disponible en: <https://www.murciasalud.es/cmbd>), a los Indicadores de los centros sin internamiento, a Datos de asistencia sanitaria extrahospitalaria (DASE), etc. En el caso del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos),

se trata de una base de datos clínico-administrativa que recoge información individualizada sobre la actividad sanitaria y la morbilidad asistida en todos los centros hospitalarios. Incluye información relacionada con el número de altas hospitalarias, porcentaje de ingresos o estancia media en el hospital. Se dispone de una monografía anual para la división de psiquiatría. Otra fuente importante dentro del mismo sistema del Servicio de Planificación para el conocimiento del estado de salud mental en la Región es la Estratificación Poblacional, donde se incluyen indicadores de proporción de morbilidad y niveles de riesgo sobre población con cobertura pública sanitaria a un nivel de desagregación más específico y local, inferior al del área de salud, que cuenta como unidad mínima geográfica la zona básica de salud (ZBS), como se aprecia en la Figura 11.

Figura 11. Sistema de información de la Estratificación Poblacional para grupos de morbilidad ajustados (GMA) del Servicio de Planificación de la Consejería de Salud de la Región de Murcia, año 2018.



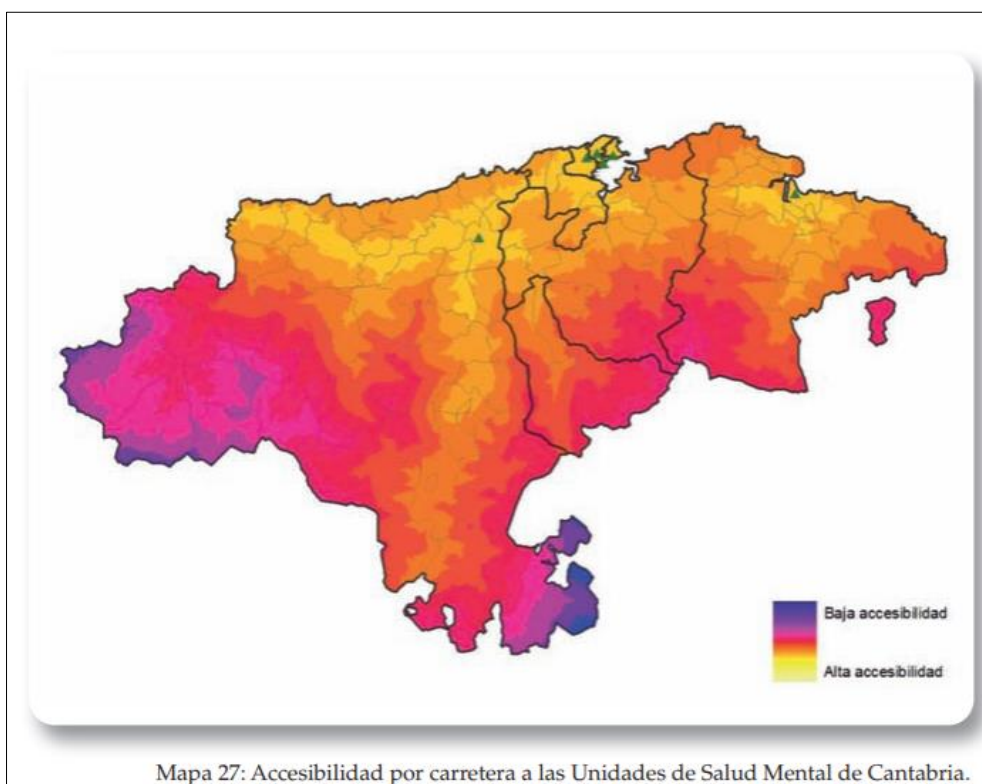
Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Estratificación poblacional, año 2019. (Disponible en: <https://www.murciasalud.es/estratificacion/>)

Esta fuente se nutre de las bases de datos de morbilidad registrada en los sistemas de información de atención primaria y atención especializada (DASE-AP y CMBD) y muestra

tanto la distribución de la prevalencia de la patología como el número de personas según sanas o con patología crónica. Las patologías relacionadas con la salud mental son la depresión y la demencia, clasificadas según los códigos de diagnósticos y contabilizando los casos activos a fecha de fin de año.

Otra fuente de información disponible es el proyecto Global and Local Observation and mapping of CAre Levels, GLOCAL (disponible en <https://rsph.anu.edu.au/research/projects/glocal-global-and-local-observation-and-mapping-care-levels>). De hecho, los sistemas de información geográfica con los que cuentan algunas comunidades autónomas, tales como Andalucía, Cantabria, País Vasco o Cataluña, se encuentran dentro de este proyecto. Este proyecto cuenta con la información de mapas sobre la distribución de recursos locales en salud mental en diferentes ciudades o regiones dentro de los países participantes. Su objetivo principal es generar conjuntos de metadatos del sistema de salud local basados en atlas locales y directorios regionales de atención médica en todo el mundo. Además trabaja con estándares para permitir comparaciones internacionales de las características y servicios de los sistemas de salud. Ello con la finalidad de servir como base de conocimiento para políticas y planificación basadas en pruebas, incluidas comparaciones nacionales e internacionales, evaluaciones comparativas y análisis de eficiencia técnica. El sistema de información consta de un conjunto de documentos publicados donde se muestran, entre otros resultados estadísticos, mapas de distribución de recursos humanos, servicios en salud mental (camas, equipos de salud mental e indicadores de actividad) y la distancia a los centros de salud mental, como se puede ver en la Figura 12. La unidad de análisis son las zonas básicas de salud (ZBS) y las definiciones están dentro del protocolo Descripción y Evaluación Estandarizada de Servicios y Directorios en Europa para Atención a Largo Plazo (DESDE-LTC 2.0) que se trata de la adaptación y mejora del DESDE-LTC. Sigue la línea de la primera versión "European Service Mapping Schedule" (ESMS-I) (incluye además modificaciones del ESMS-II), y del Diagrama Estandarizado de Servicios para Discapacidad en España (DESDE) (Salvador et al, 2006) e instrumentos relacionados (DESDAE y DESDE) (78).

Figura 12. Documento perteneciente al proyecto GLOCAL del Mapa de la salud Mental en Cantabria, año 2013



Fuente: Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria, Consejería de Salud, Gobierno de Cantabria. Atlas de Salud Mental de Cantabria, año 2013. Autores: Gaite L. et al.

Pese a existir sistemas de información en salud mental accesibles, éstos únicamente se encuentran con continuidad a través de encuestas periódicas oficiales que sólo se desagregan geográficamente hasta la unidad territorial de la comunidad autónoma, ya que los diseños están enfocados a recabar resultados a nivel autonómico y únicamente quedan como estudios más específicos a nivel local aquellos que esporádicamente se han llevado a cabo tanto por organismos oficiales nacionales o por proyectos internacionales sobre epidemiología y recursos en salud mental, como ejemplo de esto tenemos el proyecto GLOCAL ya mencionado anteriormente.

Una de las aplicaciones de los sistemas de información es buscar la posible existencia de un patrón geográfico que pueda dar respuesta a la asociación con el patrón de factores

determinantes de la enfermedad (socioeconómicos, culturales, etc.) definidos como factores contextuales. Esta descripción del fenómeno puede ser acompañada con análisis específicos sobre relaciones espaciales más complejas sobre su dispersión y concentración gracias al empleo de sistemas de información geográfica (GIS) y modelos matemáticos con software especializado estadístico (79). Normalmente se realiza en base a modelos ecológicos sobre áreas pequeñas que son capaces de detectar núcleos o “áreas calientes” (“hot spot”) o clústeres donde el fenómeno toma espacial relevancia por intensidad y homogeneidad espacial (80,81). En general, los sistemas de información geográfica se utilizan en salud para mejorar el conocimiento sobre la dispersión de la enfermedad en relación con el entorno ambiental, social, económico y asistencial como potenciales factores asociados al estado de salud mental. Está siendo una herramienta utilizada en los programas de salud pública tanto desde un enfoque de prevención como de planificación en una zona geográfica concreta.

A pesar de todos estos avances, el estudio del contexto en el que se desenvuelve y se desarrollan los trastornos mentales del individuo en los servicios de salud mental continúa siendo un área de investigación aún poco explotada. De hecho, los instrumentos de información validados disponibles son escasos. Entre las limitaciones más importantes para incrementar su adecuada explotación se encuentran la elevada complejidad de los propios sistemas unido a la insuficiente disponibilidad de datos actualizados y a la falta de uso de definiciones estándar. Todo esto conlleva una elevada heterogeneidad metodológica en muchos de los trabajos de investigación en sistemas de salud mental publicados, lo que supone un importante desafío para la investigación de la patología mental y de cómo abordarla con los recursos necesarios (82).

1.8. El estudio PEGASUS-Murcia en la Región de Murcia

En el año 2013 se publicó el protocolo del proyecto PEGASUS-Murcia (Psychiatric Enquiry to General Population in Southeast Spain-Murcia) (83). Este estudio fue

diseñado para la obtención de datos sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y los factores de riesgo y protectores asociados en una muestra representativa de la población general de la Región de Murcia. Como objetivos principales estaban el obtener datos que permitan su utilización en la planificación de los sucesivos planes regionales de salud mental, facilitar la comparación con los datos obtenidos en otros estudios similares nacionales e internacionales y ser el inicio de un banco de muestras biológicas para estudios genéticos relacionados con las enfermedades mentales al disponer de muestras de raspado de mucosa bucal para estudios genéticos.

Con un diseño transversal, el trabajo de campo del proyecto PEGASUS-Murcia se realizó entre los años 2010 y 2012 y recopila suficiente información como para poder considerarse un sistema de información en salud mental, ya que recoge información tanto individual sobre casos prevalentes como del sistema de atención a los casos (9) como recogen diversos manuales de sistemas de información sanitaria en salud mental (25,84). El proyecto forma parte del consorcio internacional de estudios de epidemiología de la Salud Mental, la ya mencionada *World Mental Health Survey Initiative* (WMH Survey). Una de las características principales de este consorcio internacional es la utilización del mismo instrumento diagnóstico, la WHO WMH-CIDI (*World Mental Health Composite International Diagnostic Interview*) (<https://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcredi/>). Este instrumento, altamente estructurado, permite la obtención de los diagnósticos de las enfermedades mentales según los criterios internacionales del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). En el apartado de metodología se describe el instrumento con mayor detalle y profundidad.

Todo ello permite construir un sistema de información que apoye a programas políticos regionales sobre salud mental, tanto a nivel asistencial como planificación de recursos, y comparar la Región de Murcia con otros ámbitos geográficos como España, países europeos u otros países participantes.

Este proyecto ha conseguido a fecha de marzo de 2021 más de un total de 80 artículos publicados en revistas científicas nacionales e internacionales, 14 de ellos centrados en la muestra murciana y el resto integrado en la base de datos internacional del consorcio. Se han publicado datos regionales e internacionales sobre la prevalencia de trastornos mentales comunes o específicos tales como psicosis, síndrome de estrés postraumático, abuso de sustancias, neuroticismo y conducta suicida y su posible asociación con diversos factores de riesgo o protectores de tipo demográfico, ambientales, genéticos o de cohorte (9,83,85–91).

En el proyecto han participado un equipo de investigadores multidisciplinar, formado principalmente por profesionales de la rama de la salud mental, metodológica y académica dentro de instituciones públicas y privadas, tales como Servicio Murciano de Salud (SMS), Consejería de Salud de Murcia, Instituto de Neurociencias de Alicante, Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM-Hospital del Mar), y Universidad de Murcia. Ello gracias a financiación tanto regional (del propio Servicio Murciano de Salud), como nacional proveniente del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) por el Plan Nacional de Investigación y también desde el Ministerio de Sanidad desde las ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre drogodependencias del Plan Nacional sobre Drogas 2013.

2. JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

La salud mental de la población es un área estratégica de la Salud Pública y su morbilidad no es geográficamente homogénea. Los últimos planes oficiales de salud mental poblacional remarcan la necesidad de establecer sistemas de información sanitaria a nivel geográfico. Las cifras de prevalencia de trastornos mentales suelen ser de ámbito nacional y/o por comunidades autónomas. Para la gestión sanitaria se necesitarían datos a menor escala como lo son las áreas sanitarias.

En la actualidad, no se dispone de un análisis por áreas de salud de la prevalencia de los principales trastornos mentales y del comportamiento suicida en la población general de la Región de Murcia. El proyecto PEGASUS-Murcia permite este tipo de análisis geográfico y, por tanto, podría constituir la base para un futuro **sistema de información del conjunto de los trastornos mentales y de la conducta suicida en las áreas administrativas sanitarias en la Región de Murcia.**

3. HIPÓTESIS

3. HIPÓTESIS

En la Región de Murcia:

1. Existen diferencias geográficas en la prevalencia de presentar algún trastorno mental entre las diferentes áreas sanitarias de la Región de Murcia.
2. Existen diferencias geográficas en la prevalencia de algunos grupos de trastornos mentales más frecuentes en la Región de Murcia.
3. Existen diferencias geográficas en la prevalencia de uso de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental en la Región de Murcia.
4. Existen diferencias geográficas en la prevalencia de la ideación suicida en la Región de Murcia.

4. OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Realizar un análisis geográfico y epidemiológico de la salud mental en las áreas sanitarias de la Región de Murcia con el fin de servir de sistema de información epidemiológica para políticas locales de Salud Pública.

4.2. Objetivos específicos

1. Describir la salud mental de cada área sanitaria a través de la prevalencia sobre:
 - a) Trastornos mentales más frecuentes: del **estado del ánimo y ansiedad**.
 - b) La **utilización de los recursos sanitarios asistenciales**, tanto generales como específicos en salud mental.
 - c) La **ideación suicida**.
2. Comprobar si **existen diferencias geográficas** entre las prevalencias de los principales **trastornos mentales** de las áreas sanitarias, incluyendo a la ideación suicida.
3. Comprobar si **existen diferencias geográficas** sobre las prevalencias del **uso de recursos sanitarios** en salud mental para personas con algún trastorno entre las áreas sanitarias.
4. Representar en **mapa sanitario epidemiológico de la salud mental** en la Región de Murcia.

5. MÉTODOS Y ANÁLISIS

5. MÉTODOS Y ANÁLISIS

5.1. Diseño del estudio

Para dar respuesta a los objetivos planteados en este trabajo se ha llevado a cabo un diseño de estudio transversal analítico a través de la encuesta del proyecto PEGASUS-Murcia. Como referencia temporal se ha considerado tanto la existencia de los diferentes trastornos mentales a lo largo de la vida como en el último año. Algunas patologías estudiadas aquí son relativamente prevalentes, como por ejemplo trastorno de la depresión mayor o de la ansiedad generalizada, donde los estudios observacionales de corte transversal a través de encuestas son adecuados no solo para describir prevalencias de enfermedad y factores de riesgo, sino además para poder planificar y administrar recursos sanitarios (92,93).

5.2. Población objetivo

La población de interés en el estudio han sido las personas mayores de 18 años que residen en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, no institucionalizadas (que no residen en centros hospitalarios, penitenciarios, socio-sanitarios, de internamiento, etc.) y que estaban en posesión de la tarjeta sanitaria en el sistema público sanitario.

Según datos del Censo de 2011 del Instituto Nacional de Estadística (INE), en la Región de Murcia había 1 149 972 personas censadas de 18 o más años residentes en viviendas (se excluyen, por tanto, aquellas personas que residen en establecimientos colectivos como hoteles, residencias, asilos, centros penitenciarios, etc.). La distribución por sexo era de 576 421 hombres (50.1%) y 573 550 mujeres (49.9%). Se ha utilizado la división por áreas sanitarias de la Región de Murcia, según el mapa sanitario de 2009 (94) (ver Tabla 3).

Tabla 3: Población a 1 de enero de 2011 empadronada y población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en la Región de Murcia según áreas sanitarias

Área	Población Padrón Municipal*	Población protegida TSI**	Mayores de 20 años*	%
Área I Murcia Oeste	257 672	205 110	197 832	17.5%
Área II Cartagena	287 980	224 646	223 061	19.7%
Área III Lorca	173 203	144 058	133 736	11.8%
Área IV Noroeste	74 152	61 997	58 156	5.1%
Área V Altiplano	60 739	50 836	46 036	4.1%
Área VI Vega Media del Segura	258 245	204 102	197 865	17.5%
Área VII Murcia Este	200 175	167 672	154 180	13.6%
Área VIII Mar Menor	103 003	83 654	77 203	6.8%
Área IX Vega Alta del Segura	54 900	46 114	42 447	3.8%
Total Región	1 470 069	1 188 189	1 130 516	100.0%

* Fuente: Padrón Municipal de Habitantes (PMH). Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM). Cifras referidas a 1 de enero de 2011.

** Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Sanidad y Política Social. Base de datos de usuarios (BDU) de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

5.3. Marco poblacional

En el proyecto PEGASUS-Murcia se ha accedido a la población objetivo utilizando como fuente de información al registro PERSAN ("Personas Sanitarias"; BORM nº96 del 28 de abril de 2010) amparado por las condiciones fijadas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en el Real Decreto 1.720/2007, de 21 de diciembre. Toda persona empadronada en algún municipio de la Región de Murcia tiene derecho a asistencia en referencia a su residencia o a la zona de salud de la atención.

Este registro, dependiente de la Consejería de Salud, contiene información relativa a todas aquellas personas que tienen activa la Tarjeta Sanitaria Individual (TIS). En él se incluyen datos de carácter identificativo, tales como DNI/NIF, dirección habitual completa, nº de afiliación s.s./mutualidad, teléfonos, nº de tarjeta sanitaria, nombre y apellidos, nacionalidad, nº de historia clínica, fecha nacimiento, área de salud, zona

básica de salud, pasaporte o NIE. La información es recogida en los centros de salud desde los propios usuarios, comunicando bajas, traslados, altas o modificaciones, generando un histórico por cada persona. Esta base de datos se encuentra actualizada y depurada, donde se detectan duplicidades o bajas por diferentes motivos, entre ellos el de mortalidad (Índice Nacional de Defunciones y Registro Cívitas del Servicio Murciano de Salud). La gestión de altas es fiable mientras que las defunciones pueden llevar un lapso de hasta 6 meses. Los traslados son más imprecisos, pese a existir un registro central para todas las Comunidades Autónomas expresamente para este fenómeno, debido a que pueden existir personas que no necesitan una asistencia post traslado o personas que están residiendo temporalmente en la Región y tienen tarjeta sanitaria en otra Comunidad Autónoma o bien se encuentran simplemente de paso. Tampoco quedan recogidas aquellas personas que nunca han tenido un acceso al sistema sanitario murciano, o bien porque no tienen tarjeta sanitaria, o bien, por ser mutualistas al tener una cobertura sanitaria desde instituciones privadas (ASISA, ISFAS, MUFACE, etc.).

Toda la población recogida en este registro se encuentra administrativamente asignada a una determinada área de salud según el último domicilio comunicado, y a su vez a un único centro de salud y hospital.

5.4. Fuente de datos: Proyecto PEGASUS-Murcia

El proyecto PEGASUS (**P**sychiatric **E**nquiry to **G**eneral Population in **S**outheast **S**pain-Murcia) nació por la necesidad de tener un conocimiento reciente y exhaustivo del estado de salud mental en la población de la Región de Murcia. Forma parte de la encuesta a nivel mundial sobre el estado de salud mental que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante la *World Mental Health Survey* (WMH) (<https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). Sus principales objetivos fueron estimar la prevalencia de los principales trastornos mentales, factores de riesgo asociados, la carga que éstos suponen al sistema sanitario y la utilización de los servicios, tanto públicos como privados en esta materia, con el fin de servir como herramienta de apoyo a las

políticas sanitarias regionales sobre salud mental y poder comparar a nuestra Región con el resto de países o comunidades.

Este proyecto se trata de un estudio epidemiológico observacional y transversal de base poblacional, donde se ha extraído una muestra representativa de población mayor de 18 en la Región de Murcia y se ha llevado a cabo una entrevista presencial sobre los participantes seleccionados durante los años 2011 y 2012. Además se llevó a cabo en el mismo proyecto el primer bio-banco con muestras biológicas para el estudio de factores genéticos. Toda la información más detallada sobre el protocolo y el diseño de este proyecto ya se encuentra publicada (83). De cualquier modo, en el presente trabajo aquí se muestra de una manera más abreviada para facilitar el conocimiento del proyecto y su metodología.

5.5. Plan de muestreo

El diseño muestral ha sido estratificado bietápico por cada área sanitaria. La unidad de muestreo primaria (primary sample unit) fue el centro de salud y la segunda las personas como unidades informantes (second sample unit). La selección se ha realizado sin reemplazamiento y los estratos para las unidades de primera etapa fueron las 9 áreas de salud, recogiendo una muestra representativa en cada una de ellas. Para las unidades de segunda etapa los estratos han sido sexo (hombre o mujer), grupo de edad (18-24, 25-34, 35-49, 50-64 y 65 o más años) y el tipo de residencia (rural, semiurbana y urbana), lo que generó el estrato sociodemográfico sexo-edad-residencia. Este último estrato se ha construido en base al tamaño de la entidad singular donde reside la persona, clasificando como rural a aquellas entidades con menos de 2 000 habitantes, semiurbano entre 2 001 y 10 000 habitantes y urbano con 10 001 o más. Como ya se ha comentado, el marco de muestreo ha sido el registro PERSAN.

En cada área de salud se han seleccionado dos unidades de primera etapa. Cada área de salud ha tenido, en los años que se inició el trabajo de campo, entre 3 y 16 centros. Dicha

selección se ha realizado mediante un muestreo aleatorio simple sin reemplazamiento con probabilidades desiguales. La probabilidad de selección para cada uno de ellos se ha calculado en base a la distribución proporcional del número de personas pertenecientes a cada centro de salud (% de mayores de 18 años adscritos) y a su distribución poblacional según tipo de residencia (rural, semiurbana o urbana). Para las unidades de segunda etapa, los individuos, se ha realizado un muestreo aleatorio simple sin reemplazamiento y estratificado por la combinación de los estratos sexo, grupo de edad y tipo de residencia.

Con el objetivo de maximizar la posibilidad de un alto número de participantes se ha procedido a construir muestras de reserva mediante un número fijo de nuevas personas siguiendo el mismo diseño de selección. Esta estrategia ha permitido ir generando sucesivas ampliaciones de muestra de tamaño constante según fuera necesario durante el trabajo de campo. No se han reemplazado los casos de negativas a participar o ilegibles. Se ha considerado como casos de no contactables a aquellos que, tras 10 intentos fallidos, no ha habido respuesta o bien que no vivieran en la dirección aportada desde PERSAN, sin posibilidad de saber su dirección actualizada de contacto.

5.6. Criterios de inclusión y exclusión

Se han incluido a todas aquellas personas mayores de 18 años residentes en Murcia inscritas en el registro PERSAN.

Los criterios de exclusión han sido los individuos:

1. Institucionalizados (residencias de ancianos, hoteles, conventos, centros penitenciarios, hospitales u otras instituciones) o aquellos que al contactar confirman que viven fuera de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
2. No tener cumplidos los 18 años (errores en el marco poblacional PERSAN).

3. Con datos erróneos para su contacto (número de teléfono y / o dirección) y sin posibilidad de corregirlos.
4. Que no comprenden el idioma español o con una condición física/mental incapacitante para contestar el cuestionario.

5.7. Procedimiento de encuesta y control de datos

A los seleccionados se les ha ofrecido la posibilidad de realizar las entrevistas en su domicilio o en su centro de salud correspondiente. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por una empresa contratada para recoger la información a través del cuestionario de la encuesta (trabajo de campo). Estas entrevistas han sido personales y se ha utilizado la versión informatizada del instrumento utilizado para optimizar el tiempo de entrevista, facilitando la entrada de datos, la secuencia del cuestionario, su seguridad y la detección de errores, omisiones o incongruencias. Los entrevistadores también han recibido formación previa para la realización de las preguntas, el manejo del software, los criterios de calidad y de captación de respuesta. Las encuestas se han realizado entre junio de 2010 y mayo de 2012.

Los datos se han enviado al Centro de Datos del Proyecto Central que es la Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM) del Servicio Murciano de Salud (SMS), para su verificación y almacenamiento siguiendo los procedimientos de seguridad preestablecidos, en colaboración con el Instituto de Investigación Médica Hospital del Mar (IMIM) y al Departamento de Política de Atención Médica de la Universidad de Harvard.

5.8. Cuestionario

El cuestionario utilizado en el proyecto PEGASUS-Murcia ha sido la versión revisada de la CIDI (Composite International Diagnostic Interview, versión 3.0). Se trata de un cuestionario estructurado y complejo, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El instrumento está compuesto de diversas escalas y ha sido validado (95,96). Esta entrevista tiene el propósito de determinar diagnósticos de trastornos basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD-10) y no exclusivamente en las definiciones y criterios de DSM, con el fin de poder comparar resultados en la investigación de la enfermedad mental (97). Para su desarrollo ha sido necesario una serie de estudios y adaptaciones internacionales realizados desde el año 2000 para finalmente ser empleado por primera vez en la encuesta World Mental Health Survey (WMHS). El idioma original fue el inglés y ha sido traducido a más de 30 idiomas diferentes utilizando el protocolo estándar de la OMS con un riguroso proceso de adaptación (28,98). El cuestionario no había sido actualizado desde que se utilizara en el proyecto ESEMeD de la década de los 2000, existiendo una versión posterior del CIDI Latinoamericano V.20.0, aunque en el caso del Proyecto PEGASUS-Murcia, el propio equipo de investigación tuvo que adaptar esta versión a la cultura y habla española (99). Las entrevistas fueron realizadas por un sistema CAPI (entrevista personal asistida por ordenador).

El cuestionario incluye más de 5 000 preguntas, que constan de dos partes principales:

- 1) Parte clínica de diagnóstico: incluye la parte clínica de la entrevista con una sección introductoria de detección y 22 secciones de diagnóstico que evalúan diferentes condiciones psiquiátricas.
- 2) Parte no clínica: incluye varios apartados no clínicos que evalúan la utilización de servicios, uso de psicofármacos, grado de funcionalidad-discapacidad, condiciones físicas crónicas, factores de riesgo, redes sociales, sobrecarga del cuidador y variables

sociodemográficas. Además se incluyen preguntas para poder medir severidad, síntomas y calidad de vida.

Los principales trastornos mentales recogidos en el CIDI incluían diferentes grupos y subcategorías de la siguiente manera:

- Estado del ánimo: distimia, depresión (menor, media, mayor y severa), trastorno bipolar o manía.
- Ansiedad: trastorno obsesivo compulsivo, trastorno del pánico, fobia social o específica, agorafobia, ansiedad por separación, síndrome de estrés postraumático o trastorno general de la ansiedad.
- Impulsividad: trastorno de la conducta, déficit de atención u oposición desafiante.
- Abuso de sustancias: alcohol o drogas.
- Conducta suicida: ideación, planificación e intento.

A la hora de administrar el cuestionario, este se ha dividido en 2 partes para poder optimizar su duración. Estas fueron:

- 1) Parte 1 (*Short path*): administrada a todos los sujetos.
- 2) Parte 2 (*Long path*): solo a una submuestra de personas que siguieron el recorrido completo de la entrevista. Aquí se ha incluido información detallada sobre una amplia gama de aspectos relacionados con los trastornos primarios y también con los trastornos mentales de interés secundario. Los criterios de inclusión para esta parte han sido todos los individuos que podrían considerarse como "individuos de alto riesgo" porque respondieron positivamente a una serie de preguntas específicas relacionadas con los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, y una submuestra aleatoria (25 %) de los sujetos sin síntomas ('individuos de bajo riesgo').

El 75% restante de los encuestados que no han tenido síntomas de detección y no han sido seleccionados al azar del recorrido completo de la entrevista extendida, únicamente han realizado la entrevista corta (short path). El ordenador, sin ninguna intervención del entrevistador, ha realizado automáticamente todos estos recorridos. En el recorrido corto, un apartado específico que ha incluido aquellas preguntas necesarias para calcular algunos indicadores demográficos ha sustituido a los apartados omitidos. Además, dos tramos solo se han utilizado en un porcentaje del itinerario largo, los trastornos alimentarios (50%) y el trastorno obsesivo-compulsivo (33%).

Durante el trabajo de campo se han implementado diferentes controles para garantizar la calidad de las entrevistas. Estos controles han consistido en la revisión, por diferentes miembros del proyecto, de todas las respuestas a preguntas abiertas para verificar diagnósticos clínicos de trastorno mental, consistencia en las respuestas, seguimiento correcto del itinerario del cuestionario, estadísticas de su duración, comparación de duración entre entrevistadores y sobre los resultados en la medición de los trastornos mentales detectados. También se ha llevado a cabo una selección aleatoria de casi el 1% de las entrevistas completadas por contacto telefónico para confirmar la realización de la entrevista y algunos aspectos relacionados, como el lugar, la duración aproximada y la identificación del entrevistador (83).

5.9. Unidades participantes

En el análisis de los datos han participado diferentes centros: la Universidad de Harvard (Boston, EE. UU.), Instituto Municipal de Investigaciones Médicas, IMIM (Barcelona, España) el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y la UDIF-SM del Servicio Murciano de Salud (Murcia, España). Harvard ha participado como órgano consultor sobre los aspectos técnicos sobre verificación de los algoritmos de diagnóstico del cuestionario, diseño de la

encuesta y análisis; además de supervisar los procedimientos de calidad verificación de los algoritmos de diagnóstico del cuestionario. El Servicio de Epidemiología y la UDIF-SM han custodiado, explotado y presentado los resultados de la encuesta.

La tasa de respuesta esperada (TR) se ha definido como el número de entrevistas completadas dividido por el número total de individuos seleccionados inicialmente menos el número de no elegibles.

5.10. Normas éticas

En el proyecto PEGASUS-Murcia se ha garantizado en todo momento la confidencialidad de los datos recogidos. A las personas elegibles se les ha solicitado firmar dos consentimientos informados independientes para participar, uno para ser entrevistados y otro para proporcionar las muestras biológicas. El tratamiento de la información personal y los resultados de la encuesta se han separado en dos ficheros diferentes, con el fin de no identificar al mismo tiempo al individuo y la información aportada durante la entrevista, así como su identificador para la muestra genética. Tanto el protocolo como el uso de la información han sido aprobados por el Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. El fichero de la encuesta y el de muestras biológicas han sido registrados en la Agencia Española de Protección de Datos, cumpliendo así con la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre y con el Real Decreto 994/1999, de 11 de Junio por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados y con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. El tratamiento en el presente trabajo ha sido emplear el fichero anonimizado de la encuesta para su explotación estadística respetando la anonimidad de las personas participantes.

5.11. Variables y análisis estadísticos

5.11.1. Principales variables

De la extensa información recabada en el proyecto, para este trabajo se han seleccionado las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas en el momento de la entrevista:
 - Grupo de edad: 18-34, 35-49, 50-64, 65 o más años.
 - Sexo: hombre, mujer.
 - Nivel educativo completado: sin estudios, educación primaria (hasta los 7 años), básica (hasta los 11 años), secundaria (hasta los 15 años) o bachillerato/FP-media/FP-superior/universidad (16 años o más).
 - Situación laboral: empleado, desempleado, estudiante, labores del hogar, jubilado u otros.
 - Nivel familiar de ingresos: bajo, medio bajo, medio alto o alto. Se han medido a partir de la pertenencia al rango de ingresos brutos en € que entran en el hogar (salarios, rentas, subvenciones, prestaciones económicas, inversiones y pensiones) durante el último año. A cada individuo se le ha asignado el punto medio del rango de ingresos dividido por el nº de individuos en el hogar, después esta cifra se ha dividido por los ingresos medios del país, categorizando en <0.5, [0.5-1), [1-2), ≥2. Esta variable sólo se incluyó en aquellos que han completado la parte 2 del cuestionario.
 - Estado civil: casado/emparejado, separado/divorciado/viudo y no emparejado.

- Área de salud: correspondiente al individuo según su residencia o al centro de salud al que pertenece (94):
 - Área I: Murcia Oeste
 - Área II: Cartagena
 - Área III: Lorca
 - Área IV: Noroeste
 - Área V: Altiplano
 - Área VI: Vega Media del Segura
 - Área VII: Murcia Este
 - Área VIII: Mar Menor
 - Área IX: Vega Alta del Segura
 - Tipo de residencia: correspondiente al individuo según su residencia como rural (entidad de población con < 2 000 habitantes), semiurbana (2 000 - 10 000 hab.) y urbana (≥ 10 000 hab.). Fuente Padrón Municipal de Habitantes del año 2010.
- **VARIABLES RELACIONADAS CON EL DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL** , según grupos y subgrupos de trastornos mentales, según criterios los criterios diagnósticos DSM-IV:
 - **Prevalencia del grupo trastornos del estado del ánimo (mood disorders):** distimia, depresión mayor y trastorno bipolar I y II.
 - **Prevalencia del grupo trastornos de la ansiedad (anxiety disorders):** trastorno generalizado de la ansiedad, trastorno del pánico, fobia social, fobia específica, agorafobia sin pánico, trastorno de estrés post-traumático, ansiedad por separación y trastorno obsesivo compulsivo.
 - **Prevalencia de algún trastorno mental (any disorders):** además de los dos anteriores, los relacionados con el grupo trastornos del control de impulsos (trastorno de la conducta, oposición desafiante y déficit de atención) y el grupo consumo de sustancias (abuso de alcohol con o sin dependencia y drogas de abuso con o sin dependencia).

Algunos trastornos mentales (trastornos del impulso y el consumo de sustancias) no han podido ser analizados de forma específica por su baja prevalencia en la población general al agruparlos por las diferentes áreas de salud. Por este motivo, los análisis se han centrado en algún trastorno mental, para los grupos trastornos del estado del ánimo y de la ansiedad. Además, para la prevalencia de trastornos del estado del ánimo se han empleado a todos los participantes de la encuesta (*short path* o parte 1), mientras que para el trastorno de la ansiedad sólo los participantes de la submuestra (*long path* o parte 2).

- **Variables relacionadas con la ideación suicida:**

- Ideación: contestar afirmativamente a la pregunta “¿Ha pensado seriamente alguna vez en suicidarse? (esta pregunta se encuentra dentro del cuestionario auto-completado).

Para la prevalencia de ideación suicida se han empleado a todos los participantes de la encuesta (parte 1).

- **Variables relacionadas con la utilización de los servicios sanitarios:**

A los entrevistados se les ha preguntado si habían consultado, en condición o no de paciente, con algún profesional en relación a tener “problemas sobre su estado emocional, mental o por consumo de sustancias” (tipo alcohol o drogas). Los posibles servicios recibidos incluían:

- **Tratamiento psiquiátrico:** consulta a un especialista en psiquiatría (psiquiatra).
- **Otro tratamiento en salud mental:** consulta a profesionales de la salud mental no psiquiatras (psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental).
- **Tratamiento en medicina general:** consulta al médico de familia o medicina general.

- **Tratamiento en salud mental:** tratamiento psiquiátrico u otro tratamiento de salud mental.
- **Tratamiento en salud:** al menos uno de los anteriores (formal healthcare).

Los posibles profesionales que pudieron haberles atendido han incluido: psiquiatra, médico general/familia, otro médico especialista (ginecólogo, cardiólogo, etc.), trabajadores sociales, consejeros religiosos/espirituales u otros profesionales de la salud mental (enfermero en salud mental, psicólogos, psicoterapeutas, etc.).

Para la prevalencia de la utilización de servicios sanitarios se han utilizado los participantes de la encuesta (parte 1, short path). El concepto de necesidad no satisfecha se define como el complementario de la prevalencia del uso de servicios sanitarios (35).

- **Variables relacionadas con la calidad de vida (último mes):**

Se ha utilizado el cuestionario SF-12 sobre el estado de salud y calidad de vida de forma abreviada, que cuenta con dos escalas a la calidad de vida física y mental (100,101). A las puntuaciones sobre ítems tipo limitación física/mental en el trabajo, en actividades de casa o cotidianas, de ocio, sociales o por otro lado sentir calma, fuerte energía, tristeza o decaimiento emocional, se les ha aplicado una ponderación a cada una de ellas y se sumaron para obtener una puntuación global, tanto en la componente física en la calidad de vida (*Physical Component Score*), como en la componente mental en la calidad de vida (*Mental Component Score*).

El rango de puntuaciones en ambas variables está en una escala de 0-100, de menor a mayor grado de calidad de vida, tanto física como mental. Ambas variables cuentan con una distribución simétrica (101,102) y se han medido en todo el conjunto de la muestra (parte 1).

- **Variables relacionadas con la discapacidad (último año):**

La discapacidad se ha medido a través de una versión modificada del cuestionario *WHO Disablement Assesment Scale v2* (WHODAS-II), empleado en la encuesta

World Mental Health de la OMS (103,104), donde se han midido 5 dominios de la dificultad para: la comunicación (cognitiva), física de movimiento, higiene/vertirse/comer de manera individual, contacto con otras personas (interacción social) y participar en la sociedad. La escala va de 0 a 100, indicando el grado de menor a mayor grado de discapacidad, donde el resultado es la media de las puntuaciones obtenidas en los 5 dominios. Se trata de una variable asimétrica positiva y se ha observado sobre los individuos que completaron la parte 2, long path.

5.11.2. Procedimientos de ponderación

Al tratarse de un diseño muestral bietápico, tanto las unidades de primera etapa (centros de salud) como las de segunda etapa (individuos) han tenido unas probabilidades determinadas de pertenecer a la muestra, generando una ponderación para cada individuo entrevistado acorde con este diseño y que ha conducido a estimar las prevalencias poblacionales de los trastornos mentales en cada área sanitaria.

Estas probabilidades además se han adaptado al diseño de la entrevista, ya que ésta está dividida en dos partes, en la que una de ellas contiene una submuestra de la otra (long path). Por ello se han considerado dos tipos de ponderaciones: primero ponderar la probabilidad de selección de cada centro de salud en cada área y estrato demográfico y segundo los saltos aleatorios incluidos en el cuestionario. Después se ha corregido los pesos dentro de cada área y estrato por la falta de respuesta y la falta de elevación a los totales poblacionales (post-estratificación) (83).

5.11.3. Análisis de datos

- 1) Análisis descriptivo de la prevalencia de los trastornos mentales por áreas de salud:

Se ha descrito la muestra mediante las principales variables sociodemográficas. Para el estudio de la salud mental en cada área sanitaria, los principales indicadores han sido la prevalencia de tener algún trastorno mental, del número de trastornos (0, 1, 2, 3 o más) y por grupos (trastornos de la ansiedad y del estado del ánimo). Todo ello para alguna vez en la vida y en el último año. También se han calculado las prevalencias de la utilización de los servicios sanitarios (en psiquiatría, en salud mental, en medicina general y en salud en general) en la vida y en el último año sobre la población general y sobre la población con alguna patología mental. También se han calculado la media para las escalas WHODAS sobre discapacidad y para la calidad de vida (en sus dos componentes: física y mental) para personas con y sin trastorno mental. Para evaluar la asociación entre trastorno y WHODAS, se usaron modelos lineales generalizados (GLM) con variable respuesta la escala WHODAS, y como variable independiente el trastorno mental (si/no). Se procedió de la misma manera para evaluar la asociación entre trastorno y calidad de vida, aunque en este caso se utilizó como función de nexo el logaritmo debido a la asimetría. Todos estos modelos se estratificaron por sexo. Todo ello teniendo en cuenta las ponderaciones y diseño muestral de la encuesta. Por último, se han representado las prevalencias mediante mapas de las diferentes áreas de salud según terciles.

2) Análisis geográfico de la prevalencia de los trastornos mentales y utilización de servicios por áreas de salud:

Inicialmente, para detectar y describir posibles diferencias entre las áreas sanitarias, se ha calculado la media (junto a su IC95%), mediana, desviación típica y coeficiente de variación (CV) para la variable nº de enfermedades mentales, discapacidad y calidad de vida mental/física en cada área. Para el estudio geográfico de la prevalencia del trastorno mental (tanto en general como por grupos, incluyendo ideación suicida) y la utilización de servicios en salud mental, todos ellos tanto en la vida como en el último año, se han llevado a cabo diferentes modelos de regresión logística multivariante para la estimación de las odds ratio (OR) entre las áreas de salud (105). La variable área de salud ha aparecido en el modelo como variable independiente, ajustando además por otras covariables (posibles variables de confusión, incluyendo a las variables del diseño muestral: sexo, grupo de edad y tipo de residencia), para detectar posibles diferencias geográficas en salud mental.

En el caso de la prevalencia de los trastornos mentales y de la ideación suicida, el área considerada como referencia ha sido aquella donde la estimación puntual de la prevalencia de algún trastorno mental ha presentado menor valor, tanto en la vida como en el último año, posicionada así como área con menor presencia de enfermedad. De modo que, un área con una Odds Ratio (OR) sobre la prevalencia de trastornos en la vida significativamente superior a 1 se considera que además de tener una diferencia geográfica tiene un mayor riesgo de patología. Para el caso de la utilización de servicios se ha considerado como área de referencia aquella que menor estimación puntual de la prevalencia de utilización de los servicios en medicina general ha presentado, tanto en la vida como en el último año, considerada así como un área de menor uso de servicios comparada con respecto al resto y posiblemente con mayor demanda insatisfecha. De modo que un área con una Odds Ratio (OR) sobre la prevalencia de utilización de servicios sanitarios significativamente superior a 1 se considera que además de tener una diferencia geográfica tiene un mayor uso de servicios que aquella área con menor

utilización, mientras que aquella área que no ha tenido una Odds Ratio (OR) significativa indicará que esa área se encuentra en una situación de escaso uso recursos asistenciales. La significación estadística de estas odds se ha medido a través de la prueba Chi-cuadrado de Wald.

Se han construido modelos multivariantes y las covariables (confusores) han sido:

- Demográficos: edad (continua), sexo, nivel educativo, tipo de residencia e ingresos (estas últimas categorizadas).
- Área de salud: Área I Murcia Oeste, Área II Cartagena, Área III Lorca, Área IV Noroeste, Área V Altiplano-Vega Alta del Segura, Área VI Vega Media del Segura, Área VII Murcia Este y Área VIII Mar Menor. La unión de las áreas V Altiplano y IX Vega Alta del Segura se ha realizado para reunir suficiente muestra en la estimación de la Odds Ratio (OR) y ganar precisión en su desviación estándar.
- Discapacidad: variable WHODAS dicotomizada, donde el valor 0 corresponde a valores en la escala de 0 a 15 como “no discapacidad” (percentil 90, de este modo se considera no discapacidad clínica) y como “gran discapacidad” a valores de 15 o más (discapacidad clínica) (102).
- Calidad de Vida Componente Mental (escala continua).
- Calidad de Vida Componente Física (escala continua).

Un primer modelo, modelo crudo, únicamente ha incluido a las áreas de salud y como resto de covariables las propias del diseño muestral, esto es, las variables de estratificación (sexo, edad y tipo de residencia).

Un segundo modelo, modelo sociodemográfico, ha tenido en cuenta éstas variables más otras sociodemográficas como el nivel de estudios y de ingresos, ya que en la Región los ingresos han sido junto al sexo y la edad los principales factores sociodemográficos del riesgo en la prevalencia del trastorno mental (9).

Un tercer modelo, modelo discapacidad, ha incluido al segundo más la variable discapacidad (variable WHODAS) dicotomizada, con el fin de detectar diferencias entre las áreas ajustando por este posible confusor en la enfermedad.

Un cuarto modelo, modelo discapacidad-calidad de vida, ha incluido al tercero más el resto de covariables asociadas la calidad de vida (física y mental), con el fin de detectar diferencias entre las áreas ajustando por el resto de posibles confusores propios de la enfermedad. Con ello se pretende evaluar las posibles diferencias atribuibles únicamente al factor geográfico que es el área sanitaria.

Todos estos modelos se han ajustado para la prevalencia de trastorno mental o ideación suicida en la vida, en el último año y por grupo de trastorno mental en la vida. También para la prevalencia de la utilización de recursos sanitarios en la vida en personas en general y en personas con algún trastorno mental. El resto de posibles combinaciones se han omitido debido al escaso tamaño muestral que conduce a modelos con mala bondad de ajuste (no han clasificado correctamente a los individuos en con y sin patología o utilización de servicios) y grandes desviaciones estándar de la OR.

Todos los parámetros de los modelos ajustados han sido estimados a través de pseudo-máxima verosimilitud y sus desviaciones estándar a través del método de linealización de Taylor (106) y para comprobar la significación estadística de la OR se ha recurrido al test de Wald (107). Para la bondad de ajuste de estos modelos se ha empleado el test de Hosmer-Lemeshow para muestras complejas, el cual compara las frecuencias de cada patología mental de los casos observados (reales) y los predichos por el modelo de regresión (108).

Con el fin de ajustar por las diferentes probabilidades de selección de cada individuo, se han empleado los pesos de la parte 1 para los indicadores de esta parte, así como los

pesos correspondientes a la parte 2 (submuestra) para los indicadores pertenecientes a esta otra parte. Tanto en la obtención de las prevalencias poblacionales como en los análisis se han utilizado el diseño complejo y la ponderación de la muestra (incluido la regresión logística) (109). La significación estadística se ha fijado en 0.05 y para los análisis se han utilizado los programas R 3.5.2 y Stata v14.

5.12 Conflicto de intereses y financiación

El proyecto PEGASUS-Murcia se lleva a cabo en conjunto con la iniciativa que presenta la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH) de la OMS. El personal del Centro de coordinación de WMH brindó asistencia con la instrumentación, el trabajo de campo y el análisis de datos del proyecto PEGASUS-Murcia. Estas últimas actividades fueron apoyadas parcialmente por Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline, Bristol-Myers Squibb y Shire. No hay patentes, productos en desarrollo o productos comercializados para declarar. Los diferentes resultados sobre indicadores de prevalencia de salud mental y utilización de servicios sanitarios en la Región de Murcia han sido presentados en diversos congresos y jornadas nacionales y regionales.

El Proyecto PEGASUS-Murcia contó con el apoyo del Servicio Murciano de Salud y Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia, la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS) de la Región de Murcia (Nº Expedientes: CM0829 I y FFIDS/EMER09/14) además de las ayudas para proyectos de Investigación en Salud – ISCIII- del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (PI12/00809). Ninguno de los financiadores participó en el diseño, análisis, interpretación de los resultados o preparación de este documento.

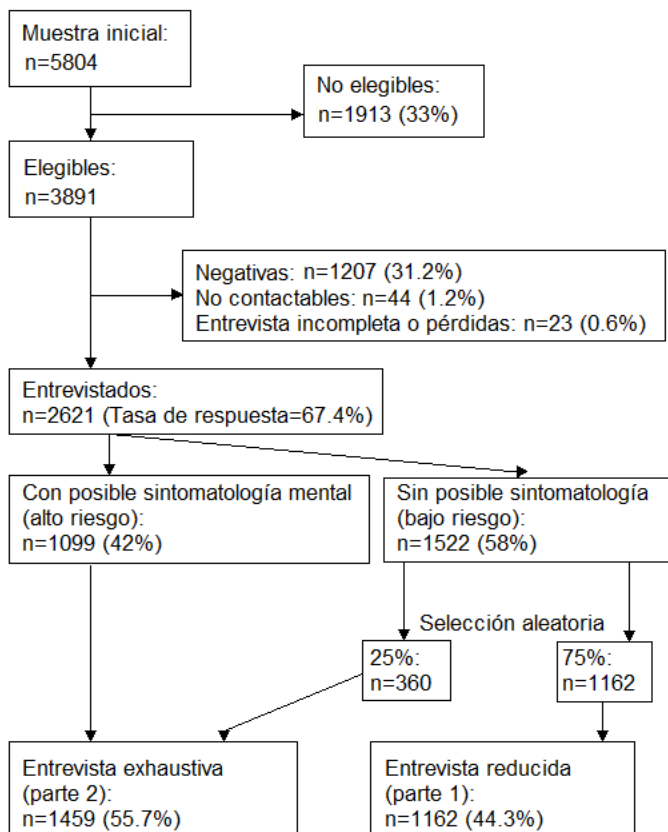
6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. Muestra PEGASUS-Murcia

De una selección inicial de 5 804 individuos reunidos para entrevistar, 3 891 individuos han cumplido los criterios de inclusión y de ellos, 2 621 han accedido a participar, resultando una tasa de respuesta de 67.4% (Figura 13). Los hombres han sido 1 192 (50.5%) y las mujeres 1 249 (49.5%). De todos ellos, el recorrido largo de la entrevista (*long path*) ha sido completado por 1 459 individuos, 561 hombres (38.5%) y 898 mujeres (61.5%).

Figura 13. Diagrama de resultado del muestreo en el Proyecto PEGASUS-Murcia



En cuanto a características demográficas, la muestra ha mostrado una distribución porcentual entre sexos, edad y tipo de residencia como lo presenta en la Región debido al diseño muestral estratificado. De los participantes, la media de edad ha sido de 48.6 años, donde el 50.5% han sido hombres, un 76.2% pertenecientes a áreas urbanas de residencia, el 2.5% a rurales (<1 000 habitantes), con mayoría estado civil casado (71.1%), el 19.6% con estudios universitarios y el 25.0% con rentas bajas frente al 17.8% en altas. Las áreas de salud más jóvenes han sido el Área VIII Mar Menor y Área V Altiplano (45.4 años de media con desviación estándar 15.5 y 46.2 años de media con desviación estándar 17.7 respectivamente) mientras que las más mayores han sido Área IV Noroeste y Área IX Vega Alta (51.9 años de media con desviación estándar 17.5 y 50.9 años de media con desviación estándar 18.2 respectivamente). Por nivel de estudios, han predominado sin estudios o primarios en el Área IV Noroeste (un 35.2%) y Área III Lorca (un 30.6%), aunque esta área también ha presentado mayor presencia en la muestra de personas con estudios universitarios (19.5%) junto al Área VI Vega Media (38.5%). Para la situación laboral, son los entrevistados del Área IV Noroeste y Área IX Vega Alta los que menor cifra de empleo han declarado (37.8% Y 44.0% respectivamente) al contrario está el Área VI Vega Media que ha presentado mayor cifra de empleo (el 59.1% de los encuestados). Sobre la renta o nivel económico, ha destacado en la muestra el Área II Cartagena por un alto nivel económico (un 30.1% para renta alta y un 35.7% en media alta), al contrario que los participantes del Área VII Murcia Este, Área I Murcia Oeste y Área IV Vega Alta con mayor presencia de rentas bajas (Tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra por áreas de salud

		Área										Total
		I M. Oeste	II Cartag.	III Lorca	IV NOest.	V Altipl.	VI V. Med.	VII M. Este	VIII Mar M.	IX V. Alta		
Tamaño muestral (n)		456	397	412	115	92	517	404	159	69	2621	
		n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	
Sexo	Hombre	201 52.7	176 50.0	183 52.6	61 51.0	44 51.3	252 49.1	171 47.6	74 50.8	30 49.7	1192 50.5	
	Mujer	255 47.3	221 50.0	229 47.4	54 49.0	48 48.7	265 50.9	233 52.4	85 49.2	39 50.3	1429 49.5	
Edad	18-34	107 27.8	94 28.2	93 30.8	23 25.5	26 31.7	123 29.5	92 27.8	39 27.2	13 21.8	610 28.3	
	35-49	156 34.6	127 29.2	124 29.2	27 21.3	32 30.9	160 32.4	131 31.9	62 36.3	22 38.6	841 31.6	
	50-64	106 20.3	99 22.1	102 19.3	34 27.2	17 18.7	121 20.5	103 21.5	36 21.8	17 20.3	635 21.1	
	>=65	87 17.3	77 20.6	93 20.8	31 26.0	17 18.7	113 17.6	78 18.8	22 14.7	17 19.4	535 19.0	
Tipo residencia	Urbana (>= 10 000 hab.)	297 95.7	292 59.4	354 91.4	82 63.0	92 100.0	355 92.3	278 37.6	73 73.3	63 82.9	1886 76.2	
	Periurbana (2 000 - 10 000)	138 3.9	92 38.4	26 4.6	27 35.8	0 0.0	137 7.3	112 54.9	68 21.2	6 17.1	606 21.3	
	Rural (< 2 000)	21 0.4	13 2.3	32 4.0	6 1.3	0 0.0	25 0.4	14 7.5	18 5.6	0 0.0	129 2.5	
Estado civil	Casado/En pareja	321 70.8	288 72.4	302 72.4	87 70.2	64 67.6	354 67.6	302 75.8	119 74.0	42 62.1	1879 71.1	
	Separado/Divorciado/Viudo	70 12.6	51 10.8	45 10.0	7 6.5	6 6.9	61 10.8	49 11.1	18 11.5	11 14.2	318 10.9	
	No emparejado	65 16.6	58 16.8	65 17.7	21 23.3	22 25.6	102 21.6	53 13.1	22 14.5	16 23.7	424 18.0	
Nivel educativo	Sin estudios/Primaria	119 25.4	107 25.0	141 30.6	44 35.2	23 26.1	73 11.0	104 26.2	37 25.7	23 27.3	671 24.2	
	Básica	154 32.3	133 32.5	119 29.4	36 31.2	37 39.0	123 23.2	158 42.1	47 28.1	23 37.4	830 31.8	
	Secundaria	107 26.9	96 26.4	77 20.5	18 20.0	20 20.7	133 27.3	91 20.5	46 28.7	11 17.9	599 24.4	
	Universidad	76 15.3	61 16.1	75 19.5	17 13.7	12 14.2	188 38.5	51 11.3	29 17.6	12 17.4	521 19.6	
Empleo	Empleado	232 51.9	192 50.3	199 50.8	46 37.8	48 53.3	288 59.1	216 54.3	84 50.8	26 44.0	1331 52.0	
	Desempleado	34 9.2	43 10.4	37 10.0	16 18.6	9 10.4	39 9.2	46 12.3	20 10.6	8 12.7	252 10.7	
	Estudiante/Hogar/Jubilado/Otros	190 38.9	162 39.3	176 39.1	53 43.7	35 36.3	190 31.8	142 33.4	55 38.6	35 43.3	1038 37.3	
Nivel económico**	Bajo	99 41.8	28 8.5	33 11.8	12 25.0	9 15.6	62 18.4	98 48.9	16 19.2	13 38.7	370 25.0	
	Medio bajo	83 34.4	61 25.7	84 32.9	21 31.6	15 40.4	73 27.9	72 26.5	30 29.3	13 36.6	452 30.1	
	Medio alto	40 16.1	77 35.7	79 39.2	15 21.2	15 22.5	74 29.8	44 16.2	32 38.2	8 16.4	384 27.2	
	Alto	28 7.7	67 30.1	45 16.2	8 22.2	9 21.5	54 23.9	20 8.4	18 13.3	4 8.3	253 17.8	

** % sobre la submuestra de 1459 entrevistados

6.2. Resultados por áreas de salud

6.2.1. Área I Murcia Oeste:

Trastornos mentales: se ha dado una prevalencia (%) de algún trastorno mental en la vida para ambos sexos de 32.4 [24.6,41.3], donde los hombres han sido del 26.8 [15.5,42.2] y en mujeres 38.1 [36.1,40.2] (Tabla 5). En cuanto a haberlo padecido en el último año, la prevalencia se han ubicado en 12.5 [10.2,15.3] para ambos sexos, con 5.1 [4.2,6.1] y 20.1 [15.9,25.0] entre hombres y mujeres respectivamente (Tabla 5). Para trastornos más específicos en la vida, los trastornos de la ansiedad en ambos sexos ha sido 9.9 [7.0,13.8], en hombres 4.5 [1.9,10.6] y en mujeres 15.3 [11.9,19.5] (Tabla 6), mientras que en los trastornos del estado del ánimo han tenido una prevalencia de 15.2 [10.0,22.5], en hombres del 11.0 [6.0,19.4] y en mujeres 19.8 [14.7,26.2] (Tabla 6). Sobre ideación suicida en la vida, en esta área ha habido una prevalencia en ambos sexos del 5.5 [2.3,12.6] (Tabla 9).

Utilización de servicios sanitarios: la prevalencia de utilización de servicios en salud mental (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental) en la vida para esta área ha estado en 19.3 [16.7,22.2] para ambos sexos, siendo en hombres 12.8 [9.2,17.6] y en mujeres 26.5 [25.7,27.4] (Tabla 11). Para las personas con algún trastorno mental en la vida, estos resultados han sido en ambos sexos el 46.2 [43.8,48.6], en hombres el 36.9 [36.3,37.5] y en mujeres el 52.8 [46.6,58.9] (Tabla 15).

Comparación geográfica con otras áreas: a través de la Odds Ratio (OR) sobre prevalencia ajustada de algún trastorno mental en la vida (modelo completo que incluye discapacidad y calidad de vida), y usando como referencia el Área III de Lorca (la que menor prevalencia ha tenido), esta área ha tenido una mayor prevalencia de manera estadísticamente significativa, $OR=1.45 [1.07,1.97]$ ($p=0.022$) (Tabla 22), donde en el caso de la ansiedad o los trastornos del estado del ánimo no se han diferenciado (OR no significativa), lo que no indica un exceso de prevalencia ajustada (Tabla 24 y 25). Por otro lado, comparando con el Área VIII Mar Menor (referencia en un menor uso de servicios sanitarios en la vida en salud mental), ha habido un

incremento de utilización de servicios en salud mental en la vida, con OR=2.12 [1.40,3.23] ($p=0.003$) (Tabla 27), lo que demuestra un aumento significativo de la utilización de servicios sanitarios en salud mental alguna vez en la vida con respecto al área que menor prevalencia ha presentado. Si se estudia ahora en personas con algún trastorno mental en la vida, la utilización de este tipo de servicios ha tenido una OR=2.09 [1.53,2.86] ($p<0.001$) (Tabla 28), lo que indica de nuevo que existe un uso de servicios en salud mental en personas con algún trastorno mental en la vida con respecto al área de menor utilización, todo ello ajustado por posibles factores confusores.

6.2.2. Área II Cartagena:

Trastornos mentales: la prevalencia (%) de algún trastorno mental en la vida para ambos sexos ha sido de 34.5 [32.6,36.4], en los hombres del 28.6 [23.8,34.0] y en mujeres 40.3 [34.3,46.5] (Tabla 5). En cuanto a haberlo padecido en el último año, la prevalencia se ha ubicado en 15.2 [8.2,26.3] para ambos sexos, con 6.0 [1.4,22.6] y 24.2 [19.6,29.6] entre hombres y mujeres respectivamente (Tabla 5). Para trastornos más específicos en la vida, los trastornos de la ansiedad en ambos sexos ha sido 14.9 [9.0,23.6], en hombres 7.1 [4.7,10.4] y en mujeres 22.5 [15.6,31.4] (Tabla 6), mientras que en los trastornos del estado del ánimo han tenido una prevalencia de 16.3 [13.1,20.0], en hombres del 11.0 [9.7,12.3] y en mujeres 21.6 [16.9,27.2] (Tabla 6). Sobre la ideación suicida, ha habido una prevalencia en la vida para ambos sexos del 8.7 [6.3,11.8] (Tabla 9).

Utilización de servicios sanitarios: la prevalencia de utilización de servicios en salud mental en la vida (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental) ha estado en 16.9 [16.1,17.8] en ambos sexos, siendo en hombres 12.4 [10.9,14.0] y en mujeres 21.5 [21.3,21.7] (Tabla 11). Para las personas con algún trastorno mental en la vida, estos resultados han sido en ambos sexos el 33.0 [28.7,37.6], en hombres el 26.3 [23.2,29.6] y en mujeres el 37.7 [36.2,39.3] (Tabla 15).

Comparación geográfica con otras áreas: la Odds Ratio (OR) de prevalencia de algún trastorno mental en la vida ajustada (según modelo completo que incluye discapacidad y calidad de vida), y usando como referencia el Área III de Lorca (la que menor prevalencia ha tenido), esta área ha tenido un mayor prevalencia de manera estadísticamente significativa, OR=1.84 [1.41,2.42] (p=0.001) (Tabla 22), donde en el caso de la ansiedad o los trastornos del estado del ánimo no se han diferenciado (OR no significativa) (Tabla 24 y 25). Por otro lado, comparando con el Área VIII Mar Menor (referencia en un menor uso de servicios sanitarios en la vida en salud mental), no ha habido un incremento de utilización de servicios en salud mental en la vida, con OR=1.35 [0.88,2.09] (p=0.150) (Tabla 27), lo que demuestra la no diferencia significativa de utilización de servicios sanitarios en salud mental con respecto al área que menor prevalencia ha presentado en la vida. Si se estudia ahora en personas con algún trastorno mental en la vida, la utilización de este tipo de servicios ha tenido una OR=0.99 [0.75,1.30] (p=0.936) (Tabla 28), de nuevo ha existido una baja prevalencia de uso de servicios en salud mental en personas con algún trastorno mental en la vida, lo que sugiere una posible existencia de necesidad no satisfecha, todo ello ajustado por posibles factores confusores.

6.2.3. Área III Lorca

Trastornos mentales: la prevalencia (%) de algún trastorno mental en la vida para ambos sexos es de 22.5 [17.2,29.0], en hombres del 16.8 [12.0,22.9] y en mujeres 28.6 [21.1,37.5] (Tabla 5). Bajo la estimación puntual, se ha tratado del área sanitaria con menor prevalencia en ambos sexos. En cuanto a haberlo padecido en el último año, la prevalencia ha estado en 12.8 [11.3,14.4] para ambos sexos, con 9.2 [8.8,9.6] y 16.5 [13.0,20.8] en hombres y mujeres respectivamente (Tabla 5). Para los trastornos de la ansiedad, en ambos sexos ha sido 12.9 [11.8,14.1], en hombres 7.6 [3.8,14.5] y en mujeres 18.5 [10.8,29.9] (Tabla 6), mientras que en los trastornos del estado del ánimo han tenido una prevalencia de 13.1 [7.6,21.6], en hombres del 10.1 [4.3,21.8] y en mujeres 16.5 [11.7,22.8] (Tabla 6). En la ideación suicida, ha habido una prevalencia en la vida para ambos sexos del 8.0 [4.8,13.1] (Tabla 9).

Utilización de servicios sanitarios: la prevalencia en salud mental en la vida (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental) ha estado en 17.8 [16.9,18.9] ambos sexos, siendo en hombres 12.0 [8.5,16.7] y en mujeres 24.3 [18.5,31.1] (Tabla 11). Para las

personas con algún trastorno mental en la vida, estos resultados han sido en ambos sexos el 37.6 [29.9,46.0], en hombres el 39.9 [34.2,45.8] y en mujeres el 36.2 [27.0,46.7] (Tabla 15).

Comparación geográfica con otras áreas: la Odds Ratio (OR) de prevalencia trastornos mentales no se ha calculado ya que se ha tratado del área de referencia. Para el caso de utilización de servicios sanitarios, comparando con el Área VIII Mar Menor (referencia en un menor uso de servicios sanitarios en la vida en salud mental), existe una similitud en la prevalencia, con una OR=1.45 [1.00,2.09] (p=0.050) (Tabla 27), donde se roza la misma utilización de servicios en la vida. Si se estudia ahora en personas con algún trastorno mental en la vida los resultados cambian, donde la utilización de este tipo de servicios ha tenido una OR=1.37 [1.05,1.78] (p=0.026) (Tabla 28), lo que indica una prevalencia en estas personas más elevada y la no necesidad insatisfecha, ajustado por posibles factores confusores.

6.2.4. Área IV Noroeste:

Trastornos mentales: se ha dado una prevalencia (%) de algún trastorno mental en la vida para ambos sexos de 27.0 [3.2,80.6], donde los hombres han sido del 25.3 [1.0,92.2] y en mujeres 29.0 [11.5,56.2] (Tabla 5), creando unas cifras sujetas a elevados errores de muestreo. En cuanto a haberlo padecido en el último año, la prevalencia se han ubicado en 20.0 [3.0,66.8] para ambos sexos, con 20.2 [0.9,87.4] y 19.8 [12.5,29.9] entre hombres y mujeres respectivamente, también bajo un alto error de muestreo (Tabla 5). Para trastornos más específicos en la vida, bajo elevados errores de muestreo, los trastornos de la ansiedad en ambos sexos ha sido 10.7 [1.3,51.8], en hombres .9 [0.7,64.8] y en mujeres 11.7 [2.8,37.9] (Tabla 6), mientras que en los trastornos del estado del ánimo han tenido una prevalencia de 13.4 [7.5,22.9], en hombres del 11.3 [1.7,49.0] y en mujeres 15.7 [10.7,22.4] (Tabla 6). Sobre ideación suicida en la vida, en esta área ha habido una prevalencia en ambos sexos del 7.1 [2.1,21.2] (Tabla 9).

Utilización de servicios sanitarios: la prevalencia de utilización de servicios en salud mental (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental) en la vida para esta área ha estado en 21.8 [17.1,27.4] para ambos sexos, siendo en hombres 18.9 [10.4,32.0] y en mujeres 24.8 [24.0,25.8] (Tabla 11). Para las personas con algún trastorno mental en la vida, estos resultados han sido en ambos sexos el 81.6 [67.6,90.4], en hombres el 79.9 [79.0,80.8] y en mujeres el 83.5 [39.9,97.5] (Tabla 15), también sujetos a elevados errores de muestreo.

Comparación geográfica con otras áreas: a través de la Odds Ratio (OR) sobre prevalencia ajustada de algún trastorno mental en la vida (modelo completo que incluye discapacidad y calidad de vida), y usando como referencia el Área III de Lorca (la que menor prevalencia ha tenido), esta área no ha tenido una mayor prevalencia de manera significativa, OR=1.20 [0.09,15.21] ($p=0.875$) (Tabla 22), también estimación poco precisa, con lo que no se ha podido destacar resultados sobre trastornos más específicos. Por otro lado, comparando con el Área VIII Mar Menor (referencia en un menor uso de servicios sanitarios en la vida en salud mental), ha habido un incremento de utilización de servicios en salud mental en la vida, con OR=3.35 [0.63,17.74] ($p=0.135$) (Tabla 27) y en personas con algún trastorno mental en la vida ha sido OR=10.23 [2.82,37.03] ($p=0.003$) (Tabla 28). Pese a ser estimaciones de odds ratio poco precisas y sujetas a altos errores de estimación, se ha detectado un aumento significativo en esta área de la utilización de estos servicios en personas con trastorno mental en la vida, todo ello ajustado por posibles factores confusores.

6.2.5. Área V Altiplano:

Trastornos mentales: se ha dado una prevalencia (%) de algún trastorno mental en la vida para ambos sexos de 28.4 [18.5,41.0], donde los hombres han sido del 11.2 [5.8,20.3] y en mujeres 46.6 [25.8,68.7] (Tabla 5), para ellos esta prevalencia es inferior a la regional y sin embargo en mujeres presenta una estimación mayor. En cuanto a haberlo padecido en el último año, la prevalencia se han ubicado en 16.5 [10.5,25.0] para ambos sexos, con 2.9 [2.8,3.1] y 30.8 [14.7,53.5] entre hombres y mujeres respectivamente (Tabla 5). Para trastornos más específicos en la vida, los trastornos de la ansiedad en ambos sexos ha sido 14.9 [8.2,25.3], en

hombres 2.9 [2.8,3.1] y en mujeres 27.4 [11.1,53.3] (Tabla 9), mientras que en los trastornos del estado del ánimo han tenido una prevalencia de 16.0 [6.5,34.4], en hombres del 10.2 [3.0,29.4] y en mujeres 22.1 [11.4,38.4] (Tabla 9). Sobre ideación suicida en la vida, en esta área ha habido una prevalencia en ambos sexos del 13.1 [10.4,16.5] (Tabla 9).

Utilización de servicios sanitarios: la prevalencia de utilización de servicios en salud mental (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental) en la vida para esta área ha estado en 13.9 [7.3,24.8] para ambos sexos, siendo en hombres 11.5 [1.1,60.0] y en mujeres 16.3 [9.9,25.9] (Tabla 11). Para las personas con algún trastorno mental en la vida, estos resultados han sido en ambos sexos el 30.4 [26.0,35.2], en hombres el 13.8 [0.3,90.0] y en mujeres el 34.6 [17.9,56.2] (Tabla 15).

Comparación geográfica con otras áreas: a través de la Odds Ratio (OR) sobre prevalencia ajustada de algún trastorno mental en la vida (modelo completo que incluye discapacidad y calidad de vida), usando como referencia el Área III de Lorca (la que menor prevalencia ha tenido) y unida al Área IX Vega Alta, esta unión de áreas ha tenido una mayor prevalencia de manera estadísticamente significativa, $OR=3.26$ [1.46,7.27] ($p=0.009$) (Tabla 22), donde en el caso del trastorno de la ansiedad en la vida es donde se han diferenciado (OR significativa), y en el caso de trastornos del estado del ánimo no (Tabla 24 y 25). Por otro lado, comparando con el Área VIII Mar Menor (referencia en un menor uso de servicios sanitarios en la vida en salud mental), no ha habido un incremento significativo de utilización de servicios en salud mental en la vida, con $OR=2.09$ [0.82,5.32] ($p=0.107$) (Tabla 27). Aunque existe poca potencia estadística en este resultado, se sugiere una posible utilización de servicios sanitarios en salud mental similar al área que menor prevalencia ha presentado. Igualmente ha sucedido en personas con algún trastorno mental en la vida, donde la utilización de este tipo de servicios ha tenido una $OR=1.35$ [0.57,3.21] ($p=0.447$) (Tabla 28), por lo que ha existido una prevalencia de uso de servicios en salud mental en personas con algún trastorno mental en la vida similar al área de menor prevalencia, lo que sugiere una necesidad insatisfecha, todo ello ajustado por posibles factores confusores, aunque sujeto a elevados errores de estimación.

6.2.6. Área VI Vega Media:

Trastornos mentales: se ha dado una prevalencia (%) de algún trastorno mental en la vida para ambos sexos de 31.9 [28.4,35.7], donde los hombres han sido del 25.0 [21.2,29.2] y en mujeres 38.7 [35.0,42.5] (Tabla 5). En cuanto a haberlo padecido en el último año, la prevalencia se han ubicado en 16.0 [15.2,16.9] para ambos sexos, con 11.0 [10.0,12.1] y 20.9 [20.7,21.2] entre hombres y mujeres respectivamente (Tabla 5). Para trastornos más específicos en la vida, los trastornos de la ansiedad en ambos sexos ha sido 13.4 [10.5,16.9], en hombres 3.6 [3.0,4.2] y en mujeres 22.9 [17.2,29.9] (Tabla 6), mientras que en los trastornos del estado del ánimo han tenido una prevalencia de 15.2 [14.8,15.6], en hombres del 13.4 [12.5,14.4] y en mujeres 16.8 [16.7,17.0] (Tabla 6). Sobre ideación suicida en la vida, en esta área ha habido una prevalencia en ambos sexos del 5.2 [3.0,8.8] (Tabla 9).

Utilización de servicios sanitarios: la prevalencia sobre utilización de servicios en salud mental (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental) en la vida para esta área se ha encontrado en 19.9 [19.7,20.0] para ambos sexos, siendo en hombres 16.5 [15.2,17.8] y en mujeres 23.2 [22.2,24.2] (Tabla 11). Por otro lado, en personas con algún trastorno mental en la vida, estos resultados han estado para ambos sexos en el 44.2 [44.1,44.4], en hombres el 45.9 [36.1,56.0] y en mujeres el 43.2 [37.1,49.5] (Tabla 15).

Comparación geográfica con otras áreas: la Odds Ratio (OR) sobre prevalencia ajustada de algún trastorno mental en la vida (modelo completo que incluye discapacidad y calidad de vida), y usando como referencia el Área III de Lorca (la que menor prevalencia ha tenido), esta área ha tenido una mayor prevalencia de manera estadísticamente significativa, $OR=1.66$ [1.12,2.45] ($p=0.017$) (Tabla 22), donde en el caso de la ansiedad o los trastornos del estado del ánimo no se han diferenciado (OR no significativa), con lo que no se ha dado un exceso de prevalencia ajustada (Tabla 24 y 25). En lo que respecta a la utilización de servicios sanitarios en salud mental alguna vez en la vida comparando con el Área VIII Mar Menor (referencia en un menor uso de servicios sanitarios en la vida en salud mental), ha habido un incremento significativo con $OR=1.93$ [1.51,2.47] ($p<0.001$) (Tabla 27), lo que demuestra una utilización

de servicios sanitarios en salud mental por encima del área de menor uso. Si se estudia ahora en personas con algún trastorno mental en la vida, ha habido una $OR=1.66$ [1.20,2.27] ($p=0.006$) (Tabla 28), donde no se encuentra una necesidad insatisfecha en esta área en servicios de salud mental en personas con algún trastorno mental.

6.2.7. Área VII Murcia Este:

Trastornos mentales: la prevalencia (%) de algún trastorno mental en la vida para ambos sexos ha sido de 35.2 [34.9,35.4], donde los hombres han sido del 30.7 [26.0,35.8] y en mujeres 39.6 [31.6,48.2] (Tabla 5). En cuanto a haberlo padecido en el último año, la prevalencia se han ubicado en 15.6 [14.2,17.0] para ambos sexos, con 7.3 [3.9,13.2] y 23.9[20.2,28.0] entre hombres y mujeres respectivamente (Tabla 5). Para trastornos más específicos en la vida, los trastornos de la ansiedad en ambos sexos ha sido 16.9 [14.8,19.3], en hombres 9.0 [6.3,12.9] y en mujeres muy superior 24.8 [18.8,31.9] (Tabla 6), mientras que en los trastornos del estado del ánimo han tenido una prevalencia de 16.1 [11.7,21.7], en hombres del 9.8 [8.0,12.0] y en mujeres nuevamente superior 21.8 [16.3,28.5] (Tabla 6). Sobre ideación suicida en la vida, en esta área ha habido una prevalencia en ambos sexos del 10.3 [6.2,16.6] (Tabla 9), con la segunda prevalencia más alta entre las áreas, después de la del Área V Altiplano.

Utilización de servicios sanitarios: la prevalencia de utilización de servicios en salud mental (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental) en la vida para esta área ha estado en 22.7 [17.1,29.6] para ambos sexos, siendo muy inferior en hombres 7.7 [3.1,17.8] con respecto a mujeres con un 36.4 [23.7,51.3], siendo la más alta de la Región (Tabla 11). Para las personas con algún trastorno mental en la vida, estos resultados se han elevado en ambos sexos al 41.3 [39.7,42.9], en hombres del 20.7 [7.2,46.7] y en mujeres el 57.3 [43.6,69.9] (Tabla 15).

Comparación geográfica con otras áreas: desde la Odds Ratio (OR) sobre la prevalencia ajustada de algún trastorno mental en la vida (modelo completo que incluye discapacidad y calidad de vida), y usando como referencia el Área III de Lorca (la que menor prevalencia ha tenido), esta área no ha mostrado una mayor prevalencia de manera estadísticamente significativa, $OR=1.51 [0.83,2.76]$ ($p=0.153$) (Tabla 22), y en el caso de la ansiedad o los trastornos del estado del ánimo tampoco se han diferenciado (OR no significativa), no indicando un exceso de prevalencia ajustada (Tabla 24 y 25). Por otro lado, comparando con el Área VIII Mar Menor (referencia en un menor uso de servicios sanitarios en la vida en salud mental), ha habido un incremento de utilización de servicios alguna vez en la vida en salud mental, con $OR=1.98 [1.55,2.54]$ ($p<0.001$) (Tabla 27), lo que demuestra un mayor uso significativo de la utilización de estos servicios sanitarios con respecto al área que menor prevalencia ha presentado. Si se estudia ahora en personas con algún trastorno mental en la vida, la utilización de este tipo de servicios ha tenido una $OR=1.79 [1.15,2.77]$ ($p=0.015$) (Tabla 28), persistiendo este mayor uso también en personas con algún trastorno mental en la vida.

6.2.8. Área VIII Mar Menor:

Trastornos mentales: la prevalencia (%) de algún trastorno mental en la vida para ambos sexos ha sido de 36.5 [33.2,40.0], donde para los hombres han sido 29.1 [16.9,45.2] y en mujeres 44.2 [27.8,62.1] (Tabla 5). En cuanto a haberlo padecido en el último año, la prevalencia se han ubicado en 26.9 [21.1,33.5] para ambos sexos, con 18.6 [11.0,29.6] y 35.5 [20.2,54.5] entre hombres y mujeres respectivamente (Tabla 5). Para trastornos más específicos en la vida, los trastornos de la ansiedad ha tenido una prevalencia del 25.4 [22.9,28.0], en hombres 13.0 [3.4,38.5] y en mujeres 38.2 [24.5,54.1] (Tabla 6), mientras que en los trastornos del estado del ánimo ha sido de 15.3 [10.6,21.6], en hombres del 9.8 [7.4,13.0] y superior en mujeres con el 20.9 [14.5,29.1] (Tabla 6). Sobre ideación suicida en la vida, en esta área ha habido una prevalencia en ambos sexos del 9.5 [7.0,12.7] (Tabla 9).

Utilización de servicios sanitarios: la prevalencia de utilización de servicios en salud mental (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental) en la vida ha estado en 12.6 [9.6,16.3] para ambos sexos, siendo en hombres del 7.3 [3.3,15.4] y superior en mujeres con un 18.0 [16.3,19.9], siendo el área de prevalencia más baja (Tabla 11) y distanciándose especialmente en mujeres (Figura 25). Para las personas con algún trastorno mental en la vida, estos resultados han sido en ambos sexos del 30.3 [24.8,36.4], en hombres el 11.9 [9.6,14.7] y en mujeres el 42.8 [33.4,52.7] (Tabla 15), que junto con el Área V Altiplano son de los más bajos, indicando un menor uso de recursos en salud mental, destacablemente en hombres (Figura 33).

Comparación geográfica con otras áreas: desde la Odds Ratio (OR) sobre la prevalencia ajustada de algún trastorno mental en la vida (modelo completo que incluye discapacidad y calidad de vida), y usando como referencia el Área III de Lorca (la que menor prevalencia ha tenido), esta área ha mostrado una mayor prevalencia de manera estadísticamente significativa, OR=1.82 [1.25,2.64] ($p=0.006$) (Tabla 22), donde específicamente los trastornos de la ansiedad han sido los que han registrado una mayor prevalencia, OR=2.39 [1.98,2.87] ($p<0.001$), mientras que los relacionados con el estado del ánimo no (OR no significativa) (Tabla 24 y 25). Por otro lado, la odds ratio de utilización de servicios en salud mental no se ha calculado ya que se trata del área de referencia debido a que ha presentado una menor prevalencia alguna vez en la vida y en el último año.

6.2.9. Área IX Vega Alta:

Ésta área ha sido la que menor tamaño muestral ha tenido, lo que conduce a tomar los resultados con cautela ya que están sujetos a elevados errores de muestreo (por encima del 5% en varios indicadores de prevalencia), especialmente en los hombres donde no ha podido estimarse los IC95% en algunas prevalencias por falta de casos.

Trastornos mentales: se ha dado una prevalencia (%) de algún trastorno mental en la vida para ambos sexos de 70.4 [60.6,78.5], donde los hombres han sido del 80.0 [80.0,80.0] y en mujeres 61.1 [37.3,80.6] (Tabla 5). En cuanto a haberlo padecido en el último año, la prevalencia se han ubicado en 31.3 [20.3,44.9] para ambos sexos, con 22.3 [22.3,22.3] y 39.9 [22.9,59.7] entre hombres y mujeres respectivamente (Tabla 5). Para trastornos más específicos en la vida, los trastornos de la ansiedad en ambos sexos ha sido 33.8 [17.2,55.7], en hombres 27.4 [27.4,27.4] y en mujeres 39.9 [13.0,74.7] (Tabla 6), mientras que en los trastornos del estado del ánimo han tenido una prevalencia de 15.3 [10.6,21.6], en hombres del 9.8 [7.4,13.0] y en mujeres 20.9 [14.5,29.1] (Tabla 6). Sobre ideación suicida en la vida, en esta área ha habido una prevalencia en ambos sexos del 8.3 [3.7,17.3] (Tabla 9).

Utilización de servicios sanitarios: la prevalencia de utilización de servicios en salud mental (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o enfermero de salud mental) en la vida para esta área ha estado en 19.7 [8.6,39.1] para ambos sexos, siendo en hombres 21.3 [11.8,35.4] y en mujeres 18.2 [6.2,42.5] (Tabla 11). Para las personas con algún trastorno mental en la vida, estos resultados han sido en ambos sexos el 33.7 [20.9,49.4], en hombres el 38.0 [38.0,38.0] y en mujeres el 28.3 [9.2,60.6] (Tabla 15).

Comparación geográfica con otras áreas: a través de la Odds Ratio (OR) sobre prevalencia ajustada de algún trastorno mental en la vida (modelo completo que incluye discapacidad y calidad de vida), usando como referencia el Área III de Lorca (la que menor prevalencia ha tenido) y unida al Área V Altiplano, esta unión de áreas ha tenido una mayor prevalencia de manera estadísticamente significativa, $OR=3.26 [1.46,7.27]$ ($p=0.009$) (Tabla 22), donde en el caso del trastorno de la ansiedad en la vida es donde se han diferenciado (OR significativa), y en el caso de trastornos del estado del ánimo no (Tabla 24 y 25). Por otro lado, comparando con el Área VIII Mar Menor (referencia en un menor uso de servicios sanitarios en la vida en salud mental), no ha habido un incremento significativo de utilización de servicios en salud mental en la vida, con $OR=2.09 [0.82,5.32]$ ($p=0.107$) (Tabla 27). Aunque existe poca potencia estadística en estos resultados, se sugiere una posible utilización de servicios sanitarios en salud mental similar al área que menor prevalencia ha presentado. Igualmente ha sucedido en personas con algún trastorno mental en la vida, donde la utilización de este tipo de servicios

ha tenido una OR=1.35 [0.57,3.21] (p=0.447) (Tabla 28), por lo que ha existido una prevalencia de uso de servicios en salud mental en personas con algún trastorno mental en la vida similar al área de menor uso, lo que sugiere una necesidad insatisfecha, todo ello ajustado por posibles factores confusores, aunque sujeto a elevados errores de estimación.

6.3 Tablas de prevalencia e IC95% de los trastornos mentales e ideación suicida

Tabla 5. Prevalencia e IC95% de trastorno mental en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo

Área	En la vida						Último año					
	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Algún TM**												
I Murcia Oeste	41	26.8 [15.5,42.2]	75	38.1 [36.1,40.2]	116	32.4 [24.6,41.3]	12	5.1 [4.2,6.1]	40	20.1 [15.9,25.0]	52	12.5 [10.2,15.3]
II Cartagena	36	28.6 [23.8,34.0]	85	40.3 [34.3,46.5]	121	34.5 [32.6,36.4]	13	6.0 [1.4,22.6]	48	24.2 [19.6,29.6]	61	15.2 [8.2,26.3]
III Lorca	26	16.8 [12.0,22.9]	65	28.6 [21.1,37.5]	91	22.5 [17.2,29.0]	14	9.2 [8.8,9.6]	40	16.5 [13.0,20.8]	54	12.8 [11.3,14.4]
IV Noroeste	8	25.3 [1.0,92.2]	14	29.0 [11.5,56.2]	22	27.0 [3.2,80.6]	5	20.2 [0.9,87.4]	11	19.8 [12.5,29.9]	16	20.0 [3.0,66.8]
V Altiplano	6	11.2 [5.8,20.3]	18	46.6 [25.8,68.7]	24	28.4 [18.5,41.0]	2	2.9 [2.8,3.1]	11	30.8 [14.7,53.5]	13	16.5 [10.5,25.0]
VI Vega Media	50	25.0 [21.2,29.2]	74	38.7 [35.0,42.5]	124	31.9 [28.4,35.7]	25	11.0 [10.0,12.1]	44	20.9 [20.7,21.2]	69	16.0 [15.2,16.9]
VII Murcia Este	29	30.7 [26.0,35.8]	80	39.6 [31.6,48.2]	109	35.2 [34.9,35.4]	11	7.3 [3.9,13.2]	43	23.9 [20.2,28.0]	54	15.6 [14.2,17.0]
VIII Mar Menor	19	29.1 [16.9,45.2]	26	44.2 [27.8,62.1]	45	36.5 [33.2,40.0]	10	18.6 [11.0,29.6]	21	35.5 [20.2,54.5]	31	26.9 [21.1,33.5]
IX Vega Alta	8	80.0 [80.0,80.0]	18	61.1 [37.3,80.6]	26	70.4 [60.6,78.5]	2	22.3 [22.3,22.3]	12	39.9 [22.9,59.7]	14	31.3 [20.3,44.9]
Total	223	27.4 [21.5,34.2]	455	39.0 [35.5,42.5]	678	33.1 [29.2,37.4]	94	9.3 [6.6,13.1]	270	23.4 [20.4,26.6]	364	16.3 [13.7,19.2]

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2)

Tabla 6. Prevalencia e IC95% de trastornos de la ansiedad y afectivos en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo

Grupo TM	Área	En la vida						Último año					
		Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos	
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Ansiedad**	I Murcia Oeste	9	4.5 [1.9,10.6]	33	15.3 [11.9,19.5]	42	9.9 [7.0,13.8]	5	1.7 [1.6,1.8]	19	7.7 [6.2,9.4]	24	4.7 [4.2,5.2]
	II Cartagena	12	7.1 [4.7,10.4]	55	22.5 [15.6,31.4]	67	14.9 [9.0,23.6]	4	1.4 [0.1,18.5]	34	15.7 [11.6,21.0]	38	8.6 [4.3,16.7]
	III Lorca	12	7.6 [3.8,14.5]	41	18.5 [10.8,29.9]	53	12.9 [11.8,14.1]	9	5.2 [1.4,17.4]	31	12.8 [10.2,16.0]	40	8.9 [6.7,11.8]
	IV Noroeste	4	9.9 [0.7,64.8]	7	11.7 [2.8,37.9]	11	10.7 [1.3,51.8]	3	8.9 [0.4,71.1]	6	10.6 [2.0,41.1]	9	9.6 [0.8,57.0]
	V Altiplano	2	2.9 [2.8,3.1]	11	27.4 [11.1,53.3]	13	14.9 [8.2,25.3]	2	2.9 [2.8,3.1]	7	20.9 [6.7,49.2]	9	11.7 [5.3,23.7]
	VI Vega Media	13	3.6 [3.0,4.2]	39	22.9 [17.2,29.9]	52	13.4 [10.5,16.9]	9	2.9 [2.1,4.0]	26	13.3 [10.9,16.1]	35	8.1 [7.2,9.2]
	VII Murcia Este	13	9.0 [6.3,12.9]	48	24.8 [18.8,31.9]	61	16.9 [14.8,19.3]	10	7.0 [4.1,11.8]	30	17.1 [11.6,24.5]	40	12.1 [9.1,15.9]
	VIII Mar Menor	7	13 [3.4,38.5]	22	38.2 [24.5,54.1]	29	25.4 [22.9,28.0]	6	12.7 [3.1,39.5]	18	30.9 [17.3,48.9]	24	21.6 [19.8,23.6]
	IX Vega Alta	3	27.4 [27.4,27.4]	11	39.9 [13.0,74.7]	14	33.8 [17.2,55.7]	0	0.0	8	30.2 [11.6,58.7]	8	15.4 [4.6,40.7]
	Total	75	7.4 [5.0,10.8]	267	22.6 [18.5,27.3]	342	15.0 [12.3,18.1]	48	4.1 [2.6,6.6]	179	15.3 [12.0,19.3]	227	9.7 [7.6,12.2]
Ánimo*	I Murcia Oeste	23	11.0 [6.0,19.4]	54	19.8 [14.7,26.2]	77	15.2 [10.0,22.5]	7	2 [1.9,2.1]	28	11.6 [9.1,14.8]	35	6.5 [5.3,8.1]
	II Cartagena	19	11.0 [9.7,12.3]	50	21.6 [16.9,27.2]	69	16.3 [13.1,20.0]	9	4.5 [2.1,9.3]	23	10.6 [8.0,14.1]	32	7.6 [4.9,11.6]
	III Lorca	15	10.1 [4.3,21.8]	40	16.5 [11.7,22.8]	55	13.1 [7.6,21.6]	6	4.3 [1.1,15.3]	16	6.4 [2.8,14.1]	22	5.3 [1.9,14.3]
	IV Noroeste	5	11.3 [1.7,49.0]	9	15.7 [10.7,22.4]	14	13.4 [7.5,22.9]	3	7.2 [2.2,20.8]	6	8.5 [1.5,36.2]	9	7.8 [5.5,11.0]
	V Altiplano	3	10.2 [3.0,29.4]	10	22.1 [11.4,38.4]	13	16.0 [6.5,34.4]	0	0.0	4	7.9 [6.3,9.8]	4	3.8 [3.6,4.1]
	VI Vega Media	31	13.4 [12.5,14.4]	51	16.8 [16.7,17.0]	82	15.2 [14.8,15.6]	12	5.1 [4.4,6.0]	22	8.3 [7.9,8.7]	34	6.7 [6.2,7.4]
	VII Murcia Este	15	9.8 [8.0,12.0]	47	21.8 [16.3,28.5]	62	16.1 [11.7,21.7]	2	0.9 [0.1,10.8]	15	9.4 [3.4,23.2]	17	5.4 [2.4,11.6]
	VIII Mar Menor	9	9.8 [7.4,13.0]	16	20.9 [14.5,29.1]	25	15.3 [10.6,21.6]	5	6.2 [2.8,12.9]	7	8.2 [7.0,9.5]	12	7.2 [4.6,10.9]
	IX Vega Alta	5	21.5 [11.9,35.6]	13	30.5 [9.6,64.5]	18	26.0 [11.0,50.0]	1	6.1 [3.5,10.5]	7	16.5 [5.7,39.2]	8	11.4 [5.1,23.4]
	Total	125	11.4 [9.3,13.9]	290	19.9 [17.3,22.8]	415	15.6 [13.4,18.1]	45	3.8 [2.6,5.4]	128	9.6 [7.6,11.9]	173	6.6 [5.5,8.1]

* Sobre la muestra de 2 621 entrevistados (parte 1)

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2)

Tabla 7. Media e IC95% del nº de trastornos mentales en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo

Área	En la vida			Último año		
	Hombre	Mujer	Ambos	Hombre	Mujer	Ambos
	Media IC95%	Media IC95%	Media IC95%	Media IC95%	Media IC95%	Media IC95%
Nº TM* I Murcia Oeste	0.38 [0.14,0.62]	0.52 [0.48,0.56]	0.45 [0.34,0.56]	0.06 [0.03,0.08]	0.27 [0.21,0.32]	0.16 [0.14,0.19]
II Cartagena	0.42 [0.35,0.48]	0.57 [0.33,0.81]	0.49 [0.38,0.60]	0.06 [0.00,0.16]	0.32 [0.13,0.50]	0.19 [0.02,0.36]
III Lorca	0.28 [0.25,0.31]	0.41 [0.27,0.54]	0.34 [0.30,0.38]	0.12 [0.08,0.17]	0.23 [0.16,0.30]	0.17 [0.17,0.18]
IV Noroeste	0.55 [0.00,2.20]	0.38 [0.00,0.81]	0.47 [0.00,1.58]	0.36 [0.00,1.41]	0.28 [0.00,0.56]	0.32 [0.00,1.03]
V Altiplano	0.17 [0.00,0.34]	0.56 [0.13,0.98]	0.36 [0.10,0.61]	0.03 [0.03,0.03]	0.33 [0.08,0.57]	0.17 [0.08,0.26]
VI Vega Media	0.42 [0.31,0.53]	0.52 [0.44,0.59]	0.47 [0.38,0.56]	0.14 [0.12,0.17]	0.27 [0.25,0.30]	0.21 [0.18,0.24]
VII Murcia Este	0.48 [0.39,0.57]	0.64 [0.61,0.67]	0.56 [0.50,0.62]	0.09 [0.01,0.17]	0.35 [0.34,0.37]	0.22 [0.22,0.22]
VIII Mar Menor	0.39 [0.21,0.57]	0.71 [0.37,1.05]	0.55 [0.43,0.67]	0.22 [0.16,0.27]	0.42 [0.21,0.63]	0.32 [0.21,0.42]
IX Vega Alta	1.57 [1.14,1.68]	0.93 [0.89,0.97]	1.24 [1.17,1.32]	0.33 [0.33,0.33]	0.51 [0.38,0.64]	0.43 [0.33,0.52]
Total	0.44 [0.31,0.57]	0.56 [0.47,0.64]	0.50 [0.40,0.59]	0.12 [0.07,0.17]	0.31 [0.26,0.36]	0.21 [0.16,0.26]

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2)

Tabla 8. Prevalencia e IC95% del nº de trastornos mentales en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo

Área	n	Nº de TM en la vida**				Nº de TM último año**			
		0	1	2	+3	0	1	2	+3
I Murcia Oeste	250	67.6 [58.7,75.4]	23.2 [16.2,32.0]	6.0 [4.8,7.3]	3.3 [1.9,5.5]	87.5 [84.7,89.8]	10.0 [7.3,13.4]	1.4 [0.8,2.6]	1.1 [0.8,1.5]
II Cartagena	233	65.5 [63.6,67.4]	21.5 [19.0,24.2]	11 [10.8,11.3]	1.9 [0.2,15.9]	84.8 [73.7,91.8]	11.9 [9.5,14.7]	2.7 [0.5,14.6]	0.6 [0.1,7.1]
III Lorca	241	77.5 [71.0,82.8]	14.7 [10.2,20.9]	4.0 [1.8,8.7]	3.8 [1.9,7.4]	87.2 [85.6,88.7]	9.4 [7.3,11.9]	2.1 [2.1,2.2]	1.2 [0.7,2.1]
IV Noroeste	56	73.0 [19.4,96.8]	12.5 [8.4,18.2]	8.8 [0.5,67.1]	5.7 [0.2,64.6]	80.0 [33.2,97.0]	8.4 [5.8,12.0]	11.1 [0.3,84.1]	0.5 [0.2,1.3]
V Altiplano	48	71.6 [59.0,81.5]	23.0 [21.9,24.1]	3.6 [0.5,20.8]	1.8 [0.3,11.3]	83.5 [75.0,89.5]	15.6 [10.8,22.0]	0.9 [0.1,5.6]	0.0
VI Vega Media	263	68.1 [64.3,71.6]	21.1 [20.6,21.6]	6.7 [5.8,7.9]	4.1 [2.4,6.8]	84.0 [83.1,84.8]	12.3 [11.6,13.0]	2.5 [1.7,3.8]	1.2 [0.8,1.8]
VII Murcia Este	234	64.8 [64.6,65.1]	20.6 [19.6,21.7]	8.3 [5.0,13.5]	6.2 [2.7,13.4]	84.4 [83.0,85.8]	10.3 [7.1,14.6]	4.2 [1.8,9.5]	1.1 [0.4,3.3]
VIII Mar Menor	96	63.5 [60.0,66.8]	21.4 [19.3,23.8]	11.8 [9.0,15.3]	3.3 [1.5,7.0]	73.1 [66.5,78.9]	22.0 [19.7,24.5]	4.9 [2.2,10.5]	0.0
IX Vega Alta	38	29.6 [21.5,39.4]	37.3 [20.9,57.4]	12.2 [8.9,16.4]	20.8 [15.2,27.9]	68.7 [55.1,79.7]	22.4 [10.7,40.9]	6.6 [4.9,8.9]	2.3 [1.7,3.2]
Total	1459	66.9 [62.6,70.8]	21.0 [18.9,23.3]	7.9 [6.3,9.7]	4.3 [2.6,7.0]	83.7 [80.8,86.3]	12.1 [10.8,13.6]	3.2 [1.8,5.6]	0.9 [0.6,1.5]

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2)

Tabla 9. Prevalencia de ideación suicida en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo

Área	En la vida						Último año					
	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Ideación												
I Murcia Oeste	10	1.7 [0.2,12.5]	31	9.8 [5.1,17.9]	41	5.5 [2.3,12.6]	3	0.2 [0.1,0.3]	8	2.2 [0.7,6.8]	11	1.1 [0.4,3.3]
II Cartagena	10	5.9 [4.3,8.3]	24	11.4 [8.2,15.7]	34	8.7 [6.3,11.8]	0	0.0 [0.0,0.0]	7	4.2 [1.9,9.3]	7	2.1 [1.0,4.5]
III Lorca	13	9.0 [5.3,15.0]	17	6.8 [4.3,10.8]	30	8.0 [4.8,13.1]	5	2.4 [2.0,2.8]	2	0.8 [0.3,1.7]	7	1.6 [1.2,2.2]
IV Noroeste	3	7.1 [2.1,21.2]	5	7.1 [2.1,21.2]	8	7.1 [2.1,21.2]	2	2.8 [0.6,12.7]	3	3.6 [1.1,11.0]	5	3.1 [3.0,3.3]
V Altiplano	5	12.6 [7.3,21.0]	6	13.7 [12.7,14.7]	11	13.1 [10.4,16.5]	1	2.1 [0.2,16.1]	1	3.2 [0.4,21.8]	2	2.6 [1.8,3.8]
VI Vega Media	14	6.1 [2.9,12.1]	11	4.3 [3.2,5.8]	25	5.2 [3.0,8.8]	4	1.8 [0.5,6.4]	2	1.0 [0.6,1.7]	6	1.4 [0.7,2.6]
VII Murcia Este	11	7.9 [5.7,10.7]	21	12.6 [4.9,28.7]	32	10.3 [6.2,16.6]	3	3.2 [0.7,13.3]	6	3.3 [2.3,4.8]	9	3.3 [1.3,7.9]
VIII Mar Menor	5	10 [5.7,17.0]	9	8.9 [8.7,9.1]	14	9.5 [7.0,12.7]	3	5.7 [3.9,8.4]	2	1.8 [1.3,2.3]	5	3.8 [3.1,4.6]
IX Vega Alta	2	4.7 [2.7,8.2]	5	11.8 [4.2,29.0]	7	8.3 [3.7,17.3]	2	4.7 [2.7,8.2]	1	2.6 [0.9,6.7]	3	3.6 [1.7,7.8]
Total	73	6.4 [4.7,8.5]	129	9.2 [6.6,12.7]	202	7.8 [5.9,10.2]	23	1.8 [1.0,3.2]	32	2.5 [1.6,3.8]	55	2.1 [1.5,3.1]

* Sobre la muestra de 2 621 entrevistados (parte 1)

6.4 Tablas de prevalencia e IC95% de utilización de servicios sanitarios

Tabla 10. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo: psiquiatría

Área	En la vida						Último año					
	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Psiquiatra*												
I Murcia Oeste	20	8.0 [7.0,9.1]	47	18.8 [17.0,20.7]	67	13.1 [12.7,13.5]	9	3.6 [0.8,15.5]	16	5.3 [3.9,7.1]	25	4.4 [2.7,7.1]
II Cartagena	10	4.7 [4.4,5.1]	36	16.7 [16.4,17.0]	46	10.7 [10.6,10.8]	4	1.8 [1.7,1.9]	17	8.8 [4.9,15.3]	21	5.3 [3.3,8.3]
III Lorca	10	4.4 [3.6,5.4]	33	14.1 [10.2,19.3]	43	9.0 [7.4,11.0]	8	3.5 [2.1,5.6]	9	3.9 [2.9,5.3]	17	3.7 [3.4,4.0]
IV Noroeste	6	11.6 [5.5,23.0]	11	20.2 [14.1,27.9]	17	15.8 [9.5,25.3]	5	10.0 [6.9,14.2]	6	10.6 [8.3,13.4]	11	10.3 [7.6,13.8]
V Altiplano	3	7.4 [0.8,45.2]	5	10.6 [1.2,54.6]	8	9.0 [6.6,12.1]	1	2.7 [0.3,20.5]	3	7.1 [0.8,41.4]	4	4.8 [1.9,11.8]
VI Vega Media	23	10.3 [7.2,14.4]	37	13.1 [12.6,13.6]	60	11.7 [10.3,13.3]	7	2.1 [1.1,4.0]	19	6.9 [5.9,8.1]	26	4.5 [4.4,4.6]
VII Murcia Este	12	6.2 [3.8,9.9]	49	26.1 [14.5,42.2]	61	16.6 [10.5,25.4]	5	2.6 [1.4,4.6]	16	8.7 [3.6,19.5]	21	5.8 [3.1,10.7]
VIII Mar Menor	3	3.4 [3.2,3.6]	11	14.6 [11.9,17.8]	14	8.9 [7.2,10.9]	0	0.0	2	4.7 [2.6,8.5]	2	2.3 [1.2,4.6]
IX Vega Alta	5	21.3 [11.8,35.4]	7	15.6 [5.4,37.3]	12	18.4 [8.1,36.8]	3	15.8 [8.8,26.6]	3	7.1 [2.6,18.1]	6	11.4 [5.1,23.6]
Total	92	7.4 [5.9,9.2]	236	17.2 [14.2,20.6]	328	12.2 [10.7,13.9]	42	3.3 [2.0,5.4]	91	7.0 [5.4,8.9]	133	5.1 [4.1,6.4]

* Sobre la muestra de 2 621 entrevistados (parte 1)

Tabla 11. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo: salud mental

Área	En la vida						Último año					
	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
SM*												
I Murcia Oeste	29	12.8 [9.2,17.6]	68	26.5 [25.7,27.4]	97	19.3 [16.7,22.2]	11	4.4 [1.6,11.4]	24	8.1 [4.9,13.2]	35	6.2 [5.8,6.5]
II Cartagena	24	12.4 [10.9,14.0]	47	21.5 [21.3,21.7]	71	16.9 [16.1,17.8]	8	3.6 [1.1,11.3]	20	9.9 [5.3,17.7]	28	6.7 [6.0,7.5]
III Lorca	21	12.0 [8.5,16.7]	58	24.3 [18.5,31.1]	79	17.8 [16.9,18.9]	9	3.9 [3.3,4.5]	18	8.0 [5.7,11.1]	27	5.8 [5.0,6.8]
IV Noroeste	10	18.9 [10.4,32.0]	15	24.8 [24.0,25.8]	25	21.8 [17.1,27.4]	7	14.3 [6.6,28.5]	6	10.6 [8.3,13.4]	13	12.5 [7.2,20.7]
V Altiplano	5	11.5 [1.1,60.0]	8	16.3 [9.9,25.9]	13	13.9 [7.3,24.8]	1	2.7 [0.3,20.5]	4	9.1 [3.0,24.2]	5	5.8 [4.0,8.4]
VI Vega Media	39	16.5 [15.2,17.8]	65	23.2 [22.2,24.2]	104	19.9 [19.7,20.0]	12	3.0 [2.3,4.1]	27	10.3 [8.4,12.5]	39	6.7 [6.2,7.3]
VII Murcia Este	17	7.7 [3.1,17.8]	73	36.4 [23.7,51.3]	90	22.7 [17.1,29.6]	6	2.9 [1.3,6.1]	23	12.2 [5.7,24.2]	29	7.8 [4.4,13.3]
VIII Mar Menor	7	7.3 [3.3,15.4]	14	18.0 [16.3,19.9]	21	12.6 [9.6,16.3]	2	2.6 [2.1,3.2]	4	7.0 [4.8,10.2]	6	4.8 [3.7,6.1]
IX Vega Alta	5	21.3 [11.8,35.4]	8	18.2 [6.2,42.5]	13	19.7 [8.6,39.1]	3	15.8 [8.8,26.6]	3	7.1 [2.6,18.1]	6	11.4 [5.1,23.6]
Total	157	12.8 [10.6,15.4]	356	24.7 [21.6,28.0]	513	18.7 [17.0,20.4]	59	4.5 [3.0,6.6]	129	9.5 [7.5,11.9]	188	6.9 [6.1,7.9]

* Sobre la muestra de 2 621 entrevistados (parte 1)

Tabla 12. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo: medicina general

		En la vida						Último año					
Área	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos		
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	
M. General*													
I Murcia Oeste	27	13.1 [9.0,18.8]	61	22.2 [16.0,30.1]	88	17.4 [16.7,18.2]	13	6.0 [4.5,8.0]	27	7.9 [6.8,9.2]	40	6.9 [5.6,8.6]	
II Cartagena	26	14.1 [13.6,14.7]	72	31.9 [26.7,37.6]	98	23.0 [20.5,25.8]	10	5.3 [3.3,8.4]	34	14.6 [10.5,20.0]	44	10.0 [6.8,14.5]	
III Lorca	18	7.5 [6.4,8.8]	61	26.6 [22.4,31.3]	79	16.6 [14.3,19.1]	6	2.4 [0.8,7.1]	24	10.6 [8.2,13.6]	30	6.3 [6.0,6.5]	
IV Noroeste	4	8.6 [3.5,19.9]	14	24.3 [13.4,39.8]	18	16.3 [8.1,29.9]	3	6.0 [0.8,34.4]	7	12.5 [4.3,31.2]	10	9.1 [2.2,30.8]	
V Altiplano	4	8.5 [1.7,33.6]	12	25.2 [12.3,44.9]	16	16.6 [5.9,38.9]	1	1.5 [0.2,12.2]	6	13.6 [9.2,19.6]	7	7.4 [5.9,9.3]	
VI Vega Media	32	12.7 [11.6,14.0]	54	19.5 [13.4,27.4]	86	16.2 [13.4,19.4]	13	4.6 [4.3,5.0]	30	12.1 [5.9,23.3]	43	8.4 [5.1,13.6]	
VII Murcia Este	18	10.5 [9.2,12.0]	58	20.3 [8.1,42.5]	76	15.7 [9.4,24.9]	7	3.2 [1.1,9.2]	19	6.6 [1.1,31.6]	26	5.0 [1.1,20.3]	
VIII Mar Menor	7	10.0 [5.6,17.3]	20	21.6 [18.5,25.1]	27	15.7 [14.0,17.5]	4	3.8 [2.9,5.0]	8	8.1 [6.7,9.8]	12	5.9 [5.9,6.0]	
IX Vega Alta	5	15.8 [8.8,26.5]	11	28.2 [27.8,28.5]	16	22.0 [19.0,25.4]	2	8.3 [4.7,14.2]	5	14.8 [6.0,32.3]	7	11.6 [7.5,17.4]	
Total	141	11.7 [10.2,13.4]	363	24.3 [20.1,29.1]	504	17.9 [16.0,20.0]	59	4.6 [3.6,5.8]	160	10.9 [8.5,13.7]	219	7.7 [6.3,9.4]	

* Sobre la muestra de 2 621 entrevistados (parte 1)

Tabla 13. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida y en el último año por áreas de salud y sexo: salud en general

		En la vida						Último año					
Área	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos		
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	
Salud G.*													
I Murcia Oeste	46	22.1 [15.7,30.1]	103	40.5 [35.6,45.5]	149	30.8 [29.2,32.4]	22	10.0 [8.7,11.4]	42	14.2 [11.4,17.6]	64	12.0 [11.2,12.8]	
II Cartagena	42	22.4 [20.5,24.5]	98	44.5 [37.3,51.9]	140	33.4 [31.3,35.7]	17	8.5 [3.4,19.6]	50	23.4 [22.1,24.7]	67	15.9 [12.8,19.7]	
III Lorca	36	18.5 [12.3,26.8]	99	42.3 [39.6,45.0]	135	29.7 [25.2,34.7]	14	5.9 [3.8,9.1]	38	16.9 [13.4,21.1]	52	11.1 [10.8,11.4]	
IV Noroeste	11	21.6 [15.8,28.8]	24	39.9 [32.4,47.8]	35	30.6 [23.7,38.4]	8	16.0 [5.7,37.6]	11	18.6 [16.2,21.2]	19	17.2 [9.9,28.3]	
V Altiplano	9	20.0 [10.7,34.3]	18	38.0 [22.8,56.0]	27	28.8 [25.3,32.6]	2	4.2 [0.5,29.7]	9	20.9 [11.9,34.1]	11	12.4 [10.6,14.4]	
VI Vega Media	59	23.7 [22.7,24.6]	104	38.3 [31.5,45.5]	163	31.1 [27.2,35.3]	22	6.4 [6.1,6.7]	49	20.4 [14.8,27.3]	71	13.5 [10.7,16.8]	
VII Murcia Este	29	16.3 [15.8,16.9]	114	48.5 [46.0,50.9]	143	33.2 [29.9,36.6]	12	5.8 [2.4,13.3]	41	18.6 [16.7,20.6]	53	12.5 [10.2,15.2]	
VIII Mar Menor	13	15.2 [13.8,16.8]	30	34.4 [28.5,40.8]	43	24.7 [21.8,27.8]	6	6.4 [6.0,6.9]	12	15.1 [14.0,16.3]	18	10.7 [9.6,11.9]	
IX Vega Alta	9	30.9 [16.7,50.0]	17	42.2 [28.9,56.7]	26	36.6 [23.6,51.9]	4	17.9 [10.0,30.0]	8	21.9 [16.7,28.2]	12	19.9 [18.4,21.6]	
Total	254	21.0 [18.6,23.6]	607	41.7 [38.3,45.3]	861	31.3 [29.5,33.1]	107	8.2 [6.3,10.5]	260	18.9 [17.8,20.1]	367	13.5 [12.4,14.6]	

* Sobre la muestra de 2 621 entrevistados (parte 1)

Tabla 14. Prevalencia de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental, tanto en la vida como en el último año por áreas de salud y sexo: psiquiatría

En la vida: trastorno mental y utilización servicios							Último año: trastorno mental y utilización servicios						
Área	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos		
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	
Psiquiatra**	I Murcia Oeste	12	13.4 [3.1,42.4]	33	36.7 [28.8,45.5]	45	27.1 [23.2,31.2]	3	11.4 [0.5,76.4]	8	11.6 [1.7,49.9]	11	11.5 [1.3,55.7]
	II Cartagena	7	10.4 [5.2,19.6]	29	30.3 [26.8,34.1]	36	22.1 [14.5,32.2]	2	10.1 [3.7,25.0]	11	24.2 [10.5,46.6]	13	21.4 [8.4,44.9]
	III Lorca	7	20.1 [7.0,45.9]	16	24.6 [23.3,26.0]	23	22.9 [16.7,30.6]	3	15.0 [8.5,25.1]	3	8.1 [3.7,16.8]	6	10.7 [9.7,11.7]
	IV Noroeste	3	51.8 [47.4,56.1]	8	73.6 [21.8,96.5]	11	62.2 [52.8,70.9]	2	56.0 [42.6,68.6]	5	58.6 [13.0,93.1]	7	57.2 [41.7,71.3]
	V Altiplano	1	13.8 [0.3,90.0]	5	26.9 [4.1,76.3]	6	24.3 [8.3,53.2]	0	0.0	3	28.9 [5.2,75.0]	3	26.3 [4.8,71.5]
	VI Vega Media	18	34.8 [22.9,49.0]	27	26.4 [25.6,27.3]	45	29.7 [25.0,34.8]	4	10.4 [6.9,15.2]	11	18.4 [13.1,25.3]	15	15.7 [11.0,21.9]
	VII Murcia Este	9	16.2 [9.6,26.3]	30	42.2 [37.2,47.5]	39	30.9 [29.6,32.2]	3	26.9 [11.9,50.0]	9	25.6 [8.7,55.5]	12	25.9 [9.5,53.8]
	VIII Mar Menor	1	3.9 [0.7,20.1]	9	34.9 [28.7,41.8]	10	22.4 [9.6,43.9]	0	0.0	2	14.5 [11.5,18.0]	2	9.4 [4.3,19.3]
	IX Vega Alta	3	38.0 [38.0,38.0]	5	22.9 [7.7,51.1]	8	31.3 [19.5,46.1]	2	100.0	2	11.4 [3.7,30.3]	4	42.3 [17.8,71.2]
	Total	61	20.8 [14.3,29.2]	162	33.1 [29.2,37.2]	223	27.9 [25.0,31.1]	19	23.8 [11.0,44.1]	54	19.9 [13.2,29.0]	73	21.1 [13.7,31.1]

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2)

Tabla 15. Prevalencia de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental, tanto en la vida como en el último año por áreas de salud y sexo: salud mental

En la vida: trastorno mental y utilización servicios							Último año: trastorno mental y utilización servicios						
Área	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos		
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	
SM**	I Murcia Oeste	17	36.9 [36.3,37.5]	44	52.8 [46.6,58.9]	61	46.2 [43.8,48.6]	3	11.4 [0.5,76.4]	12	16.9 [3.8,51.1]	15	15.8 [2.9,54.0]
	II Cartagena	13	26.3 [23.2,29.6]	36	37.7 [36.2,39.3]	49	33.0 [28.7,37.6]	3	15.2 [12.1,18.8]	12	25.2 [12.4,44.6]	15	23.3 [11.6,41.2]
	III Lorca	11	39.9 [34.2,45.8]	26	36.2 [27.0,46.7]	37	37.6 [29.9,46.0]	3	15.0 [8.5,25.1]	5	11.3 [8.2,15.5]	8	12.7 [12.1,13.3]
	IV Noroeste	5	79.9 [79.0,80.8]	10	83.5 [39.9,97.5]	15	81.6 [67.6,90.4]	4	91.2 [77.9,96.9]	5	58.6 [13.0,93.1]	9	76.8 [29.2,96.4]
	V Altiplano	1	13.8 [0.3,90.0]	6	34.6 [17.9,56.2]	7	30.4 [26.0,35.2]	0	0.0	4	40.5 [35.6,45.6]	4	36.8 [31.7,42.3]
	VI Vega Media	26	45.9 [36.1,56.0]	40	43.2 [37.1,49.5]	66	44.2 [44.1,44.4]	6	15.4 [13.2,17.9]	16	30.8 [28.4,33.3]	22	25.6 [23.2,28.1]
	VII Murcia Este	10	20.7 [7.2,46.7]	40	57.3 [43.6,69.9]	50	41.3 [39.7,42.9]	3	26.9 [11.9,50.0]	12	39.1 [9.6,79.6]	15	36.3 [9.2,76.2]
	VIII Mar Menor	4	11.9 [9.6,14.7]	12	42.8 [33.4,52.7]	16	30.3 [24.8,36.4]	2	7.9 [3.6,16.5]	4	20.4 [19.1,21.6]	6	16.0 [11.1,22.4]
	IX Vega Alta	3	38.0 [38.0,38.0]	6	28.3 [9.2,60.6]	9	33.7 [20.9,49.4]	2	100.0	2	11.4 [3.7,30.3]	4	42.3 [17.8,71.2]
	Total	90	33.9 [28.6,39.6]	220	45.1 [40.9,49.3]	310	40.4 [37.8,43.1]	26	30.6 [16.3,49.9]	72	26.4 [17.7,37.4]	98	27.6 [19.0,38.2]

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2)

Tabla 16. Prevalencia de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental, tanto en la vida como en el último año por áreas de salud y sexo: medicina general

En la vida: trastorno mental y utilización servicios							Último año: trastorno mental y utilización servicios					
Área	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
M. General**												
I Murcia Oeste	15	24.6 [15.3,37.2]	35	38.8 [27.9,51.0]	50	32.9 [29.9,36.2]	4	19.0 [5.0,51.4]	14	26.2 [25.4,26.9]	18	24.7 [19.2,31.2]
II Cartagena	15	27.2 [10.3,55.0]	47	53.1 [39.7,66.1]	62	42.5 [36.0,49.2]	5	45.0 [4.4,93.6]	14	33.2 [32.4,33.9]	19	35.5 [23.6,49.5]
III Lorca	6	17.1 [15.4,19.0]	31	46.4 [24.8,69.4]	37	35.2 [20.9,52.7]	2	9.5 [0.9,54.1]	13	32.9 [16.0,55.7]	15	24.2 [9.1,50.6]
IV Noroeste	3	35.1 [25.7,45.9]	6	40.8 [22.4,62.1]	9	37.8 [26.1,51.2]	2	35.2 [30.7,40.0]	4	38.9 [2.1,95.0]	6	36.8 [11.0,73.4]
V Altiplano	3	50.2 [10.8,89.4]	8	32.7 [22.3,45.2]	11	36.2 [18.4,58.9]	0	0.0	2	10.0 [6.4,15.2]	2	9.1 [6.0,13.6]
VI Vega Media	20	34.6 [28.2,41.7]	33	40.1 [25.7,56.5]	53	38.0 [31.3,45.1]	5	17.5 [15.8,19.3]	15	30.5 [20.7,42.4]	20	26.1 [19.9,33.3]
VII Murcia Este	10	20.0 [15.9,24.8]	33	30.7 [7.0,72.1]	43	26.0 [10.0,52.7]	4	20.4 [2.5,71.9]	9	18.4 [3.6,57.5]	13	18.9 [3.2,61.9]
VIII Mar Menor	5	19.7 [4.7,55.2]	11	38.0 [34.4,41.6]	16	30.6 [15.4,51.5]	2	5.7 [0.9,27.6]	5	19.8 [19.3,20.3]	7	14.8 [8.5,24.8]
IX Vega Alta	4	51.8 [51.8,51.8]	5	35.4 [10.2,72.5]	9	44.5 [33.0,56.6]	1	50.0 [50.0,50.0]	4	44.8 [6.8,90.0]	5	46.6 [16.2,79.8]
Total	81	28.8 [21.4,37.6]	209	41.0 [32.9,49.7]	290	35.9 [31.3,40.8]	25	23.3 [14.8,34.7]	80	27.9 [21.8,34.9]	105	26.6 [21.0,32.9]

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2)

Tabla 17. Prevalencia de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental, tanto en la vida como en el último año por áreas de salud y sexo: salud en general

En la vida: trastorno mental y utilización servicios							Último año: trastorno mental y utilización servicios					
Área	Hombre		Mujer		Ambos		Hombre		Mujer		Ambos	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Salud G.**												
I Murcia Oeste	23	51.5 [38.6,64.2]	56	70.3 [67.2,73.3]	79	62.5 [56.3,68.3]	6	30.0 [22.5,38.7]	21	38.9 [18.8,63.6]	27	37.1 [20.1,58.0]
II Cartagena	23	45.2 [21.3,71.6]	64	72.6 [52.4,86.5]	87	61.4 [54.8,67.5]	7	55.1 [10.4,92.8]	24	56.3 [35.0,75.5]	31	56.0 [28.3,80.4]
III Lorca	16	54.8 [53.3,56.3]	45	64.9 [38.1,84.8]	61	61.1 [44.7,75.2]	4	20.5 [7.0,47.0]	15	37.9 [21.4,57.8]	19	31.5 [15.4,53.5]
IV Noroeste	5	79.9 [79.0,80.8]	12	90.1 [58.2,98.3]	17	84.8 [81.7,87.4]	4	91.2 [77.9,96.9]	7	68.3 [23.9,93.7]	11	81.1 [43.8,95.9]
V Altiplano	4	64.0 [58.8,69.0]	12	59.5 [39.8,76.6]	16	60.4 [43.0,75.5]	0	0.0	5	44.6 [37.1,52.3]	5	40.5 [34.6,46.8]
VI Vega Media	35	60.4 [52.5,67.8]	59	69.1 [55.2,80.2]	94	65.7 [54.6,75.4]	10	28.7 [26.7,30.8]	25	53.9 [40.7,66.6]	35	45.3 [36.1,54.9]
VII Murcia Este	17	37.2 [23.6,53.2]	59	71.8 [69.6,73.9]	76	56.7 [51.3,61.8]	7	47.3 [30.6,64.6]	20	56.9 [39.0,73.3]	27	54.7 [43.2,65.7]
VIII Mar Menor	8	27.7 [11.7,52.5]	20	67.4 [56.3,76.9]	28	51.4 [35.8,66.7]	4	13.6 [3.9,37.9]	9	40.2 [38.4,41.9]	13	30.8 [19.0,45.8]
IX Vega Alta	6	75.9 [75.9,75.9]	10	60.0 [47.7,71.2]	16	68.8 [67.3,70.3]	2	100.0	6	56.2 [15.8,89.7]	8	71.4 [48.3,87.0]
Total	137	52.0 [42.5,61.3]	337	69.6 [64.2,74.5]	474	62.3 [59.5,65.0]	44	43.7 [29.5,59.1]	132	50.0 [41.4,58.6]	176	48.2 [40.4,56.1]

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2)

6.5 Tablas de calidad de vida física y mental y escala WHODAS sobre discapacidad

Tabla 18. Media de la escala SF-12 sobre calidad de vida física y mental por áreas de salud y sus diferencias entre personas con y sin trastorno mental en la vida según sexo

		Hombre				Mujer				Ambos			
Área		Sin TM	Con TM	Dif.:		Sin TM	Con TM	Dif.:		Sin TM	Con TM	Dif.:	
		Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a
Calidad Física**	I Murcia Oeste	50.4(0.2)	50.8(1.7)	0.4	0.654	49.0(0.8)	51.1(1.5)	2.1	0.025	49.7(0.5)	50.9(0.1)	1.2	0.176
	II Cartagena	52.2(0.2)	49.1(1.0)	-3.0	0.125	52.1(1.5)	49.7(0.4)	-2.5	0.129	52.1(0.6)	49.4(0.1)	-2.7	0.017
	III Lorca	51.5(0.3)	52.5(0.4)	0.9	0.478	50.5(0.5)	49.1(2.8)	-1.4	0.573	51.1(0.0)	50.4(2.0)	-0.7	0.744
	IV Noroeste	53.3(0.1)	43.6(3.4)	-9.7	0.026	45.6(1.8)	48.5(0.3)	2.9	0.692	50.1(0.3)	45.9(0.9)	-4.1	0.264
	V Altiplano	49.0(0.1)	54.5(1.0)	5.5	0.342	52.7(3.3)	51.8(1.6)	-0.9	0.319	50.4(1.5)	52.4(1.3)	2.1	0.918
	VI Vega Media	52.8(0.8)	51.9(0.5)	-0.9	0.155	50.1(0.4)	49.2(0.7)	-0.8	0.061	51.5(0.2)	50.3(0.3)	-1.3	0.021
	VII Murcia Este	50.7(0.8)	50.3(3.0)	-0.4	0.514	49.3(0.5)	49.6(1.3)	0.4	0.566	50.0(0.8)	49.9(2.1)	-0.1	0.378
	VIII Mar Menor	51.1(2.3)	44.8(6.1)	-6.2	0.042	51.7(2.1)	50.7(0.3)	-1.0	0.632	51.3(0.4)	48.3(1.4)	-3.0	0.220
	IX Vega Alta	38.4(0.1)	48.9(0.1)	10.5	<0.001	53.4(0.1)	48.8(6.6)	-4.7	0.457	48.5(0.0)	48.9(2.9)	0.4	0.222
	Total	51.4(0.4)	49.8(0.8)	-1.6	0.001	50.3(0.5)	49.9(0.6)	-0.4	0.010	50.9(0.3)	49.8(0.4)	-1.1	<0.001
Calidad Mental**	I Murcia Oeste	58.8(1.0)	56.8(1.1)	-2.0	0.436	53.5(0.3)	49.7(0.7)	-3.8	0.115	56.4(0.9)	52.7(0.3)	-3.7	0.098
	II Cartagena	58.9(0.2)	55.3(3.2)	-3.6	0.520	56.3(0.7)	47.7(0.6)	-8.6	0.084	57.7(0.3)	50.9(2.3)	-6.9	0.156
	III Lorca	59.2(0.8)	50.6(1.3)	-8.6	0.105	56.8(1.0)	50.9(0.3)	-5.9	0.142	58.2(1.0)	50.8(0.7)	-7.3	0.160
	IV Noroeste	58.6(0.1)	51.4(11.0)	-7.2	0.003	53.7(0.2)	43.5(4.9)	-10.2	0.322	56.6(0.4)	47.6(5.0)	-9.0	0.223
	V Altiplano	59.0(3.1)	54.4(0.2)	-4.6	0.055	58.2(0.4)	57.1(0.7)	-1.1	0.384	58.7(2.2)	56.5(0.5)	-2.2	0.045
	VI Vega Media	58.4(0.0)	52.8(0.7)	-5.5	0.065	57.8(0.3)	50.3(0.5)	-7.4	0.012	58.1(0.1)	51.3(0.0)	-6.8	0.001
	VII Murcia Este	59.0(0.9)	57.1(2.5)	-1.9	0.283	56.8(1.9)	49.9(0.1)	-6.9	0.158	58.0(0.6)	53.0(0.9)	-4.9	0.170
	VIII Mar Menor	57.1(1.6)	54.8(1.9)	-2.3	0.172	57.8(0.2)	51.0(0.4)	-6.8	0.035	57.4(0.8)	52.6(1.6)	-4.9	0.071
	IX Vega Alta	63.0(0.1)	56.7(0.1)	-6.3	<0.001	55.1(0.1)	49.2(2.2)	-5.9	0.166	57.7(0.0)	53.4(1.8)	-4.3	0.184
	Total	58.8(0.3)	55.0(1.1)	-3.8	0.005	56.2(0.5)	49.7(0.3)	-6.5	<0.001	57.6(0.3)	51.9(0.6)	-5.7	<0.001

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) DE: desviación estándar

a: significación estadística del parámetro del modelo GLM de variable dependiente el indicador de calidad e independiente tener algún trastorno mental (si o no) como factor, teniendo en cuenta el diseño muestral.

Tabla 19. Media de la escala SF-12 sobre calidad de vida física y mental por áreas de salud y sus diferencias entre personas con y sin trastorno mental en el último año según sexo

		Hombre				Mujer				Ambos			
Área		Sin TM	Con TM	Dif.:		Sin TM	Con TM	Dif.:		Sin TM	Con TM	Dif.:	
		Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a
Calidad Física**	I Murcia Oeste	50.5(0.4)	50.5(4.2)	0.0	0.733	49.7(0.7)	49.9(3.4)	0.2	0.348	50.1(0.5)	50.0(1.8)	-0.1	0.174
	II Cartagena	51.8(0.5)	42.8(2.6)	-9.0	0.113	51.6(1.5)	49.6(1.6)	-2.0	0.169	51.7(0.4)	48.2(0.4)	-3.5	0.092
	III Lorca	51.6(0.1)	52.3(3.0)	0.7	0.961	50.7(0.3)	47.2(4.0)	-3.5	0.557	51.2(0.1)	49.1(3.7)	-2.1	0.666
	IV Noroeste	53.1(0.1)	41.8(2.9)	-11.4	0.018	46.2(2.7)	47.4(2.6)	1.2	0.819	50.1(0.8)	44.3(0.9)	-5.9	0.369
	V Altiplano	49.7(0.2)	48.2(5.8)	-1.5	0.610	53.1(2.4)	50.6(2.1)	-2.5	0.156	51.0(1.1)	50.4(2.5)	-0.6	0.006
	VI Vega Media	52.8(0.7)	50.5(0.9)	-2.3	0.158	50.4(0.6)	47.0(0.1)	-3.4	0.117	51.7(0.0)	48.2(0.4)	-3.5	0.082
	VII Murcia Este	50.1(1.7)	56.2(2.0)	6.1	0.532	49.0(0.6)	50.5(1.5)	1.5	0.871	49.6(1.2)	51.8(1.2)	2.2	0.054
	VIII Mar Menor	50.4(2.7)	44.4(6.0)	-5.9	0.066	52.0(1.7)	49.9(0.8)	-2.1	0.313	51.1(0.8)	48.0(0.7)	-3.1	0.153
	IX Vega Alta	43.7(0.1)	57.5(0.1)	13.7	<0.001	53.5(0.3)	46.2(10.0)	-7.3	0.498	48.1(0.4)	50.1(7.9)	2.0	0.727
	Total	51.1(0.5)	49.0(1.5)	-2.1	0.100	50.5(0.5)	49.0(1.0)	-1.5	0.022	50.8(0.3)	49.0(0.8)	-1.8	0.008
Calidad Mental**	I Murcia Oeste	58.3(0.9)	57.7(6.0)	-0.7	0.855	53.0(0.7)	48.1(3.4)	-4.9	0.318	55.9(1.1)	50.1(2.8)	-5.9	0.283
	II Cartagena	58.5(0.1)	48.5(4.7)	-10.1	0.340	56.2(1.5)	42.4(1.6)	-13.8	0.045	57.5(0.4)	43.6(1.0)	-13.9	0.007
	III Lorca	58.9(0.6)	46.9(2.8)	-12.0	0.150	56.7(0.3)	47.5(4.0)	-9.2	0.252	57.9(1.0)	47.3(2.7)	-10.6	0.215
	IV Noroeste	58.4(0.1)	50.0(13.1)	-8.4	0.460	53.4(2.7)	40.0(2.6)	-13.4	0.358	56.3(0.4)	45.6(5.5)	-10.7	0.173
	V Altiplano	58.4(2.5)	64.1(5.1)	5.7	0.512	58.1(2.4)	56.9(2.1)	-1.2	0.713	58.2(1.4)	57.5(2.6)	-0.7	0.722
	VI Vega Media	57.9(0.1)	49.9(0.4)	-8.0	0.024	57.0(0.6)	46.8(0.1)	-10.2	0.050	57.5(0.2)	47.9(0.1)	-9.6	0.029
	VII Murcia Este	59.1(1.2)	49.7(1.6)	-9.4	0.034	55.8(0.6)	48.5(1.5)	-7.3	0.264	57.6(0.3)	48.8(1.1)	-8.8	0.102
	VIII Mar Menor	56.6(1.2)	55.8(3.5)	-0.8	0.059	57.5(1.7)	50.0(0.8)	-7.5	0.044	57.0(0.7)	52.0(2.1)	-5.0	0.103
	IX Vega Alta	58.9(0.0)	54.6(0.0)	-4.3	<0.001	55.0(0.3)	46.3(10.1)	-8.7	0.156	57.1(0.3)	49.2(3.7)	-7.9	0.219
	Total	58.4(0.3)	51.5(1.9)	-6.9	0.005	55.8(0.6)	47.0(0.8)	-8.8	<0.001	57.2(0.3)	48.3(0.8)	-8.9	<0.001

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) DE: desviación estándar

a: significación estadística del parámetro del modelo GLM de variable dependiente el indicador de calidad e independiente tener algún trastorno mental (si o no) como factor, teniendo en cuenta el diseño muestral.

Tabla 20. Media de la escala WHODAS de discapacidad por áreas de salud y sexo en personas con y sin trastorno mental en la vida

Área	Hombre				Mujer				Ambos			
	Sin TM	Con TM	Dif.:		Sin TM	Con TM	Dif.:		Sin TM	Con TM	Dif.:	
	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a
Discap.** I Murcia Oeste	2.5(1.5)	2.6(0.1)	0,1	0.322	5.9(0.2)	5.3(2.3)	-0.6	0.055	4.1(1.0)	4.2(1.4)	0,1	0.653
II Cartagena	0.6(0.7)	5.7(2.0)	5,0	0.146	2.2(0.1)	5.9(0.8)	3.7	0.059	1.4(0.4)	5.8(0.4)	4,4	0.015
III Lorca	0.7(0.4)	4.8(1.9)	4,1	0.172	2.7(0.3)	5.3(2.0)	2.6	0.356	1.6(0.1)	5.1(2.0)	3,5	0.274
IV Noroeste	1.3(0.0)	9.6(15.1)	8,3	0.006	11.5(2.8)	7.6(7.1)	-3.9	0.968	5.8(0.6)	8.6(4.0)	2,9	0.201
V Altiplano	2.0(1.6)	0.0(-)	-2,0	0.127	0.9(1.0)	0.4(0.3)	-0.5	0.499	1.6(1.4)	0.3(0.2)	-1,3	0.386
VI Vega Media	1.9(1.1)	1.9(0.3)	0,0	0.280	3.3(0.1)	5.5(0.9)	2.2	0.184	2.5(0.6)	4.1(0.6)	1,6	0.147
VII Murcia Este	3.4(1.6)	3.1(2.0)	-0,3	0.864	6.5(2.7)	5.5(0.6)	-1.0	0.089	4.9(2.4)	4.5(1.3)	-0,4	0.218
VIII Mar Menor	0.0(-)	6.4(4.9)	6,4	0.352	1.2(1.1)	2.0(0.3)	0.8	0.945	0.5(0.5)	3.8(1.1)	3,2	0.307
IX Vega Alta	3.3(0.1)	1.7(0.1)	-1,6	<0.001	2.3(0.1)	7.8(10.1)	5.5	0.458	2.6(0.1)	4.4(5.1)	1,8	0.664
Total	1.7(0.5)	3.8(0.9)		0.021	4.1(0.7)	5.2(0.8)	1.1	0.001	2.8(0.5)	4.6(0.6)	1.9	0.003

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) DE: desviación estándar

Tabla 21. Media de la escala WHODAS de discapacidad por áreas de salud y sexo en personas con y sin trastorno mental en el último año

Área	Hombre				Mujer				Ambos			
	Sin TM	Con TM	Dif.:		Sin TM	Con TM	Dif.:		Sin TM	Con TM	Dif.:	
	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a	Media(DE)	Media(DE)	Con-Sin	p-valor ^a
Discap.** I Murcia Oeste	2.4(1.3)	4.8(2.0)	2.3	0.263	5.6(0.7)	5.9(6.6)	0.3	0.769	3.9(1.1)	5.7(5.6)	1.8	0.679
II Cartagena	1.1(0.7)	17.8(5.4)	16.7	0.346	2.0(0.1)	9.1(2.1)	7.1	0.133	1.5(0.5)	10.8(2.3)	9.3	0.136
III Lorca	0.7(0.2)	7.7(3.5)	7.0	0.271	2.4(0.2)	8.6(3.0)	6.1	0.336	1.5(0.1)	8.2(3.2)	6.7	0.275
IV Noroeste	1.3(0.1)	11.7(18.3)	10.4	0.504	10.2(3.5)	11.1(12.3)	0.9	0.745	5.3(1.1)	11.4(4.7)	6.1	0.100
V Altiplano	1.8(1.4)	0.0(-)	-1.8	0.494	0.7(0.7)	0.6(0.4)	-0.1	0.417	1.4(1.2)	0.6(0.4)	-0.8	0.152
VI Vega Media	1.8(0.9)	2.8(1.0)	1.0	0.146	3.6(0.2)	6.1(2.6)	2.5	0.318	2.7(0.4)	5.0(2.1)	2.3	0.370
VII Murcia Este	3.1(1.5)	6.1(5.1)	3.0	0.557	6.6(2.7)	4.6(0.7)	-2.0	0.584	4.7(2.3)	5.0(0.6)	0.3	0.444
VIII Mar Menor	0.3(0.2)	8.5(6.6)	8.2	0.328	1.1(0.9)	2.5(0.5)	1.4	0.044	0.7(0.3)	4.6(1.1)	4.0	0.204
IX Vega Alta	2.6(0.1)	0.0(-)	-2.6	0.500	1.6(0.2)	11.8(15)	10.2	0.370	2.2(0.1)	7.7(11.1)	5.5	0.684
Total	1.7(0.4)	7.3(2.4)	5.6	0.043	3.9(0.7)	6.6(1.6)	2.7	0.014	2.7(0.5)	6.8(1.4)	4.1	0.009

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) DE: desviación estándar

a: significación estadística del parámetro del modelo GLM de variable dependiente discapacidad e independiente tener algún trastorno mental (si o no) como factor, teniendo en cuenta el diseño muestral.

6.6 Análisis geográfico de la salud mental y recursos sanitarios

Tabla 22. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: algún trastorno mental en la vida

Variable**		Modelo base		Modelo sociodemográf.		Modelo discapacidad		Modelo discap.-calidad	
		OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor
Sexo	Hombre (ref.)	1		1		1		1	
	Mujer	1.76 [1.31,2.36]	0.002	1.84 [1.49,2.28]	<0.001	1.79 [1.44,2.21]	<0.001	1.35 [1.03,1.77]	0.034
Edad^a		0.91 [0.87,0.95]	0.001	0.89 [0.85,0.94]	0.001	0.88 [0.84,0.93]	<0.001	0.84 [0.79,0.89]	<0.001
Área	I Murcia Oeste	1.63 [1.01,2.64]	0.047	1.54 [1.08,2.20]	0.022	1.51 [1.04,2.20]	0.035	1.45 [1.07,1.97]	0.022
	II Cartagena	1.76 [1.17,2.63]	0.012	1.93 [1.60,2.33]	<0.001	1.92 [1.57,2.35]	<0.001	1.84 [1.41,2.42]	0.001
	III Lorca (ref.)	1		1		1		1	
	IV Noroeste	1.41 [0.13,15.53]	0.754	1.41 [0.12,16.08]	0.757	1.34 [0.11,15.85]	0.796	1.20 [0.09,15.21]	0.875
	V Altiplano y Vega Alta	3.24 [1.46,7.19]	0.009	3.06 [1.60,5.88]	0.004	3.04 [1.49,6.23]	0.007	3.26 [1.46,7.27]	0.009
	VI Vega Media	1.59 [1.08,2.35]	0.025	1.77 [1.31,2.38]	0.002	1.73 [1.28,2.34]	0.002	1.66 [1.12,2.45]	0.017
	VII Murcia Este	1.72 [1.14,2.59]	0.016	1.41 [0.86,2.33]	0.152	1.39 [0.82,2.38]	0.192	1.51 [0.83,2.76]	0.153
	VIII Mar Menor	1.90 [1.34,2.70]	0.003	1.99 [1.64,2.41]	<0.001	2.01 [1.65,2.46]	<0.001	1.82 [1.25,2.64]	0.006
Residencia	Urbana (ref.)	1		1		1		1	
	Semiurbana	1.14 [0.84,1.56]	0.352	1.17 [0.85,1.61]	0.287	1.15 [0.84,1.57]	0.342	1.22 [0.93,1.59]	0.128
	Rural	1.16 [0.52,2.62]	0.682	1.24 [0.48,3.17]	0.621	1.19 [0.44,3.19]	0.700	1.57 [0.60,4.10]	0.317
Nivel educativ.	Sin estudios / Primaria			1.21 [0.80,1.84]	0.329	1.12 [0.74,1.70]	0.555	1.02 [0.51,2.05]	0.954
	Básicos			1.40 [0.83,2.38]	0.179	1.37 [0.80,2.33]	0.220	1.28 [0.71,2.31]	0.369
	Secundarios			0.77 [0.54,1.10]	0.131	0.75 [0.53,1.06]	0.092	0.68 [0.48,0.97]	0.037
	Universitarios (ref.)			1		1		1	
Ingresos	Bajos			1.63 [1.01,2.63]	0.047	1.56 [0.97,2.50]	0.062	1.27 [0.73,2.22]	0.359
	Medio bajos			1.55 [0.78,3.07]	0.183	1.49 [0.76,2.93]	0.215	1.39 [0.68,2.82]	0.325
	Medio altos			1.09 [0.70,1.70]	0.675	1.06 [0.69,1.63]	0.759	0.95 [0.62,1.45]	0.779
	Altos (ref.)			1		1		1	
WHODAS	No gran discap. (ref.)					1		1	
	Sí gran discapacidad					1.94 [1.17,3.20]	0.016	0.39 [0.20,0.77]	0.012
Calidad vida	Física ^b							0.95 [0.93,0.97]	<0.001
	Mental ^b							0.92 [0.90,0.93]	<0.001
Test bondad modelo^c		0.999		<0.001		0.998		0.999	

**Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) a:OR para incremento de 5 años b:OR para incremento de 1 unidad c: significación Test Hosmer-Lemeshow

Tabla 23. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: algún trastorno mental en el último año

Variable**		Modelo base		Modelo sociodemográf.		Modelo discapacidad		Modelo discap.-calidad	
		OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor
Sexo	Hombre (ref.)	1		1		1		1	
	Mujer	3.10 [2.18,4.42]	<0.001	3.20 [2.21,4.63]	<0.001	3.08 [2.05,4.65]	<0.001	2.25 [1.37,3.69]	0.005
Edad^a		0.93 [0.86,1.01]	0.067	0.91 [0.83,0.98]	0.023	0.89 [0.83,0.96]	0.006	0.85 [0.77,0.94]	0.005
Área	I Murcia Oeste	0.95 [0.76,1.19]	0.618	0.81 [0.66,1.00]	0.051	0.77 [0.63,0.93]	0.014	0.64 [0.50,0.82]	0.002
	II Cartagena	1.22 [0.62,2.39]	0.525	1.35 [0.90,2.05]	0.131	1.32 [0.83,2.09]	0.211	1.08 [0.79,1.47]	0.608
	III Lorca (ref.)	1		1		1		1	
	IV Noroeste	1.98 [0.22,17.63]	0.497	1.90 [0.19,18.47]	0.540	1.73 [0.16,18.40]	0.612	1.46 [0.11,20.04]	0.753
	V Altiplano y Vega Alta	2.11 [1.53,2.91]	0.001	2.01 [1.57,2.58]	<0.001	1.96 [1.59,2.43]	<0.001	2.11 [1.29,3.47]	0.008
	VI Vega Media	1.28 [1.07,1.53]	0.014	1.33 [1.11,1.58]	0.005	1.28 [1.07,1.52]	0.011	1.13 [0.89,1.43]	0.264
	VII Murcia Este	1.23 [0.84,1.81]	0.253	0.92 [0.51,1.68]	0.772	0.89 [0.46,1.70]	0.688	0.86 [0.43,1.71]	0.628
	VIII Mar Menor	2.56 [2.02,3.23]	<0.001	2.52 [2.18,2.93]	<0.001	2.60 [2.26,2.99]	<0.001	2.33 [1.79,3.03]	<0.001
Residencia	Urbana (ref.)	1		1		1		1	
	Semiurbana	1.01 [0.68,1.49]	0.977	1.08 [0.73,1.59]	0.682	1.04 [0.70,1.53]	0.832	1.12 [0.78,1.61]	0.500
	Rural	1.08 [0.82,1.44]	0.532	1.13 [0.83,1.54]	0.395	1.04 [0.67,1.61]	0.847	1.59 [0.95,2.67]	0.074
Nivel educativ.	Sin estudios / Primaria			1.10 [0.59,2.05]	0.739	0.95 [0.52,1.73]	0.840	0.88 [0.35,2.19]	0.751
	Básicos			0.98 [0.56,1.69]	0.926	0.92 [0.54,1.58]	0.739	0.83 [0.43,1.63]	0.555
	Secundarios			0.68 [0.44,1.04]	0.073	0.65 [0.44,0.96]	0.033	0.56 [0.38,0.81]	0.007
	Universitarios (ref.)			1		1		1	
Ingresos	Bajos			2.72 [1.44,5.13]	0.006	2.55 [1.27,5.12]	0.014	2.01 [0.93,4.34]	0.069
	Medio bajos			2.19 [1.36,3.52]	0.005	2.05 [1.28,3.29]	0.007	1.85 [1.13,3.04]	0.020
	Medio altos			1.58 [1.08,2.30]	0.024	1.51 [1.01,2.25]	0.045	1.29 [0.78,2.14]	0.289
	Altos (ref.)			1		1		1	
WHODAS	No gran discap. (ref.)					1		1	
	Sí gran discapacidad					2.81 [1.24,6.37]	0.019	0.52 [0.14,1.93]	0.287
Calidad vida	Física ^b							0.95 [0.92,0.99]	0.013
	Mental ^b							0.90 [0.87,0.94]	<0.001
Test bondad modelo^c		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) a: OR para incremento de 5 años b: OR para incremento de 1 unidad c: significación Test Hosmer-Lemeshow

Tabla 24. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: trastorno de la ansiedad en la vida

Variable**		Modelo base		Modelo sociodemográf.		Modelo discapacidad		Modelo discap.-calidad	
		OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor
Sexo	Hombre (ref.)	1		1		1		1	
	Mujer	3.78 [2.49,5.75]	<0.001	3.88 [2.63,5.72]	<0.001	3.76 [2.49,5.68]	<0.001	3.02 [1.93,4.74]	<0.001
Edad^a		0.94 [0.88,1.01]	0.097	0.91 [0.83,1.00]	0.057	0.91 [0.83,0.99]	0.036	0.89 [0.81,0.99]	0.030
Área	I Murcia Oeste	0.72 [0.43,1.21]	0.183	0.76 [0.43,1.33]	0.292	0.72 [0.42,1.26]	0.219	0.59 [0.25,1.39]	0.195
	II Cartagena	1.20 [0.76,1.88]	0.394	1.28 [0.98,1.68]	0.066	1.26 [0.95,1.66]	0.096	1.08 [0.88,1.33]	0.400
	III Lorca (ref.)	1		1		1		1	
	IV Noroeste	0.91 [0.09,9.52]	0.928	0.94 [0.09,9.47]	0.951	0.87 [0.09,8.80]	0.892	0.72 [0.08,6.95]	0.754
	V Altiplano y Vega Alta	2.15 [1.58,2.94]	<0.001	2.24 [1.70,2.95]	<0.001	2.20 [1.72,2.81]	<0.001	2.29 [1.43,3.66]	0.003
	VI Vega Media	1.02 [0.71,1.47]	0.886	1.18 [0.79,1.75]	0.375	1.14 [0.77,1.70]	0.472	1.05 [0.67,1.64]	0.818
	VII Murcia Este	1.39 [0.95,2.04]	0.080	1.33 [0.86,2.04]	0.171	1.30 [0.82,2.06]	0.234	1.29 [0.81,2.06]	0.249
	VIII Mar Menor	2.39 [1.98,2.87]	<0.001	2.49 [2.16,2.88]	<0.001	2.54 [2.22,2.92]	<0.001	2.34 [1.81,3.02]	<0.001
Residencia	Urbana (ref.)	1		1		1		1	
	Semiurbana	0.93 [0.64,1.36]	0.692	0.98 [0.68,1.40]	0.903	0.95 [0.68,1.33]	0.735	0.98 [0.72,1.34]	0.879
	Rural	1.47 [0.96,2.24]	0.069	1.52 [0.91,2.53]	0.095	1.43 [0.89,2.29]	0.123	1.87 [1.24,2.81]	0.007
Nivel educativ.	Sin estudios / Primaria			1.61 [0.74,3.51]	0.197	1.46 [0.66,3.24]	0.306	1.37 [0.49,3.81]	0.509
	Básicos			1.34 [0.74,2.42]	0.299	1.29 [0.70,2.38]	0.376	1.21 [0.60,2.42]	0.550
	Secundarios			0.99 [0.63,1.57]	0.964	0.96 [0.59,1.56]	0.854	0.89 [0.53,1.50]	0.637
	Universitarios (ref.)			1		1		1	
Ingresos	Bajos			1.27 [0.73,2.23]	0.352	1.21 [0.70,2.08]	0.460	1.01 [0.56,1.81]	0.978
	Medio bajos			1.35 [0.77,2.40]	0.259	1.29 [0.72,2.31]	0.355	1.16 [0.64,2.12]	0.581
	Medio altos			1.21 [0.84,1.76]	0.267	1.17 [0.80,1.71]	0.371	1.05 [0.65,1.68]	0.830
	Altos (ref.)			1		1		1	
WHODAS	No gran discap. (ref.)					1		1	
	Sí gran discapacidad					2.08 [1.15,3.75]	0.020	0.67 [0.27,1.69]	0.356
Calidad vida	Física ^b							0.97 [0.95,1.00]	0.034
	Mental ^b							0.94 [0.92,0.95]	<0.001
Test bondad modelo^c		0.999		<0.001		<0.001		<0.001	

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) a: OR para incremento de 5 años b: OR para incremento de 1 unidad c: significación Test Hosmer-Lemeshow

Tabla 25. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: trastornos del estado del ánimo en la vida

Variable**		Modelo base		Modelo sociodemográf.		Modelo discapacidad		Modelo discap.-calidad	
		OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor
Sexo	Hombre (ref.)		1		1		1		1
	Mujer	2.30 [1.88,2.83]	<0.001	2.41 [2.02,2.87]	<0.001	2.34 [1.92,2.84]	<0.001	1.70 [1.32,2.18]	0.001
Edad^a		0.93 [0.89,0.97]	0.002	0.92 [0.87,0.97]	0.005	0.91 [0.86,0.96]	0.002	0.87 [0.81,0.94]	0.002
Área	I Murcia Oeste	1.37 [0.82,2.27]	0.195	1.34 [0.81,2.21]	0.220	1.30 [0.76,2.20]	0.297	1.25 [0.81,1.94]	0.275
	II Cartagena	1.38 [0.77,2.46]	0.243	1.43 [0.89,2.30]	0.121	1.41 [0.85,2.33]	0.162	1.27 [0.86,1.89]	0.203
	III Lorca (ref.)		1		1		1		1
	IV Noroeste	1.61 [0.25,10.33]	0.578	1.61 [0.23,10.99]	0.591	1.50 [0.21,10.92]	0.656	1.38 [0.19,10.22]	0.727
	V Altiplano y Vega Alta	2.37 [0.83,6.77]	0.096	2.28 [0.88,5.90]	0.081	2.24 [0.80,6.29]	0.110	2.35 [0.78,7.02]	0.112
	VI Vega Media	1.31 [0.86,2.00]	0.179	1.41 [0.96,2.06]	0.073	1.36 [0.92,2.02]	0.107	1.33 [0.86,2.04]	0.175
	VII Murcia Este	1.26 [0.79,2.01]	0.286	1.10 [0.72,1.68]	0.631	1.08 [0.71,1.64]	0.706	1.16 [0.77,1.76]	0.437
	VIII Mar Menor	1.38 [0.71,2.70]	0.306	1.44 [0.75,2.75]	0.234	1.47 [0.77,2.79]	0.207	1.31 [0.76,2.28]	0.293
Residencia	Urbana (ref.)		1		1		1		1
	Semiurbana	0.90 [0.69,1.17]	0.391	0.90 [0.70,1.17]	0.399	0.88 [0.67,1.15]	0.311	0.88 [0.65,1.19]	0.369
	Rural	0.79 [0.21,3.01]	0.699	0.84 [0.18,4.03]	0.812	0.78 [0.14,4.24]	0.751	1.03 [0.18,5.98]	0.971
Nivel educativ.	Sin estudios / Primaria			1.06 [0.81,1.40]	0.631	0.95 [0.69,1.31]	0.733	0.88 [0.51,1.52]	0.620
	Básicos			1.36 [0.95,1.94]	0.083	1.30 [0.90,1.88]	0.139	1.24 [0.82,1.87]	0.263
	Secundarios			0.76 [0.43,1.34]	0.301	0.73 [0.43,1.26]	0.230	0.66 [0.39,1.12]	0.108
	Universitarios (ref.)				1		1		1
Ingresos	Bajos			1.22 [0.71,2.11]	0.420	1.16 [0.66,2.03]	0.567	0.91 [0.57,1.45]	0.646
	Medio bajos			1.20 [0.77,1.89]	0.375	1.14 [0.73,1.78]	0.516	1.01 [0.67,1.53]	0.939
	Medio altos			0.92 [0.61,1.39]	0.653	0.89 [0.58,1.37]	0.553	0.78 [0.53,1.17]	0.204
	Altos (ref.)				1		1		1
WHODAS	No gran discap. (ref.)						1		1
	Sí gran discapacidad					2.19 [1.22,3.94]	0.014	0.56 [0.19,1.59]	0.238
Calidad vida	Física ^b							0.96 [0.93,0.99]	0.010
	Mental ^b							0.92 [0.89,0.95]	<0.001
Test bondad modelo^c			0.999		0.997		<0.001		0.999

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) a: OR para incremento de 5 años b: OR para incremento de 1 unidad c: significación Test Hosmer-Lemeshow

Tabla 26. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: ideación suicida en la vida

Variable**		Modelo base		Modelo sociodemográf.		Modelo discapacidad		Modelo discap.-calidad	
		OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor
Sexo	Hombre (ref.)	1		1		1		1	
	Mujer	1.79 [1.20,2.68]	0.010	1.79 [1.23,2.62]	0.007	1.70 [1.18,2.47]	0.010	1.21 [0.76,1.91]	0.381
Edad^a		0.93 [0.88,0.97]	0.007	0.92 [0.86,0.98]	0.020	0.91 [0.85,0.98]	0.014	0.87 [0.80,0.94]	0.003
Área	I Murcia Oeste	1.04 [0.25,4.25]	0.950	1.07 [0.25,4.52]	0.918	1.06 [0.26,4.37]	0.928	1.12 [0.21,5.99]	0.877
	II Cartagena	1.26 [0.68,2.33]	0.411	1.23 [0.63,2.41]	0.501	1.25 [0.65,2.41]	0.452	1.19 [0.53,2.65]	0.634
	III Lorca	1.47 [0.90,2.42]	0.110	1.37 [0.74,2.54]	0.277	1.43 [0.80,2.56]	0.198	1.68 [0.76,3.70]	0.171
	IV Noroeste	2.05 [0.21,20.03]	0.494	2.06 [0.25,17.16]	0.462	1.98 [0.23,17.28]	0.496	1.95 [0.19,19.51]	0.529
	V Altiplano y Vega								
	Alta	2.12 [1.15,3.91]	0.022	2.13 [1.04,4.36]	0.040	2.13 [0.95,4.77]	0.063	2.58 [1.09,6.14]	0.035
	VI Vega Media (ref.)	1		1		1		1	
	VII Murcia Este	1.76 [0.92,3.37]	0.082	1.75 [0.80,3.84]	0.141	1.77 [0.83,3.80]	0.123	2.07 [0.85,5.03]	0.097
VIII Mar Menor	1.40 [0.55,3.55]	0.438	1.33 [0.50,3.53]	0.522	1.42 [0.57,3.55]	0.409	1.46 [0.59,3.58]	0.368	
Residencia	Urbana (ref.)	1		1		1		1	
	Semiurbana	1.49 [0.96,2.33]	0.072	1.52 [1.02,2.28]	0.043	1.45 [0.95,2.21]	0.075	1.53 [0.98,2.38]	0.059
	Rural	1.87 [0.99,3.52]	0.052	1.96 [0.97,3.96]	0.058	1.84 [1.00,3.41]	0.050	2.53 [1.33,4.79]	0.010
Nivel educativ.	Sin estudios / Primaria			1.11 [0.52,2.35]	0.766	0.95 [0.45,2.01]	0.877	0.93 [0.37,2.35]	0.869
	Básicos			1.03 [0.49,2.16]	0.929	0.97 [0.46,2.06]	0.930	0.99 [0.42,2.36]	0.979
	Secundarios			0.93 [0.46,1.87]	0.811	0.88 [0.44,1.76]	0.691	0.85 [0.39,1.83]	0.637
	Universitarios (ref.)			1		1		1	
Ingresos	Bajos			1.14 [0.41,3.20]	0.774	1.06 [0.36,3.10]	0.907	0.81 [0.31,2.15]	0.637
	Medio bajos			1.21 [0.57,2.56]	0.577	1.13 [0.52,2.46]	0.723	0.94 [0.43,2.04]	0.860
	Medio altos			1.60 [0.74,3.46]	0.198	1.53 [0.71,3.30]	0.242	1.25 [0.54,2.87]	0.557
	Altos (ref.)			1		1		1	
WHODAS	No gran discap. (ref.)					1		1	
	Sí gran discapacidad					2.58 [1.55,4.28]	0.002	0.63 [0.14,2.88]	0.505
Calidad vida	Física ^b							0.96 [0.92,1.00]	0.072
	Mental ^b							0.93 [0.90,0.96]	<0.001
Test bondad modelo^c		0.998		<0.001		0.999		0.999	

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) a: OR para incremento de 5 años b: OR para incremento de 1 unidad c: significación Test Hosmer-Lemeshow

Tabla 27. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: utilización de servicios de salud mental en la vida

Variable*		Modelo base		Modelo sociodemográf.		Modelo discapacidad		Modelo discap.-calidad	
		OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor
Sexo	Hombre (ref.)	1		1		1		1	
	Mujer	2.11 [1.37,3.24]	0.003	2.12 [1.42,3.17]	0.002	2.05 [1.34,3.14]	0.004	1.59 [1.04,2.43]	0.035
Edad^a		0.96 [0.92,1.01]	0.106	0.96 [0.89,1.04]	0.308	0.95 [0.88,1.03]	0.214	0.93 [0.85,1.01]	0.078
Área	I Murcia Oeste	2.18 [1.47,3.23]	0.001	2.21 [1.48,3.29]	0.001	2.12 [1.40,3.23]	0.003	2.23 [1.69,2.94]	<0.001
	II Cartagena	1.37 [0.89,2.11]	0.136	1.39 [0.91,2.13]	0.114	1.35 [0.88,2.09]	0.150	1.33 [0.96,1.86]	0.082
	III Lorca	1.46 [1.04,2.06]	0.034	1.46 [0.98,2.17]	0.058	1.45 [1.00,2.09]	0.050	1.57 [1.16,2.11]	0.008
	IV Noroeste	3.51 [0.68,18.22]	0.119	3.57 [0.70,18.15]	0.110	3.35 [0.63,17.74]	0.135	3.63 [0.72,18.21]	0.104
	V Altiplano y Vega								
	Alta	2.14 [0.93,4.91]	0.069	2.16 [0.92,5.05]	0.070	2.09 [0.82,5.32]	0.107	2.44 [1.14,5.23]	0.027
	VI Vega Media	2.00 [1.66,2.40]	<0.001	2.01 [1.54,2.63]	<0.001	1.93 [1.51,2.47]	<0.001	2.06 [1.66,2.57]	<0.001
	VII Murcia Este	2.02 [1.69,2.41]	<0.001	2.05 [1.57,2.68]	<0.001	1.98 [1.55,2.54]	<0.001	2.36 [1.92,2.90]	<0.001
VIII Mar Menor (ref.)	1		1		1		1		
Residencia	Urbana (ref.)	1		1		1		1	
	Semiurbana	1.26 [0.93,1.71]	0.119	1.29 [0.97,1.72]	0.078	1.26 [0.93,1.71]	0.120	1.27 [0.92,1.77]	0.132
	Rural	1.41 [0.49,4.09]	0.481	1.47 [0.48,4.52]	0.456	1.42 [0.52,3.89]	0.455	1.87 [0.60,5.77]	0.242
Nivel educativ.	Sin estudios / Primaria			0.98 [0.44,2.16]	0.947	0.88 [0.38,2.05]	0.742	0.85 [0.29,2.44]	0.729
	Básicos			0.95 [0.63,1.42]	0.771	0.91 [0.59,1.40]	0.637	0.86 [0.49,1.51]	0.557
	Secundarios			0.97 [0.57,1.65]	0.903	0.94 [0.56,1.58]	0.795	0.89 [0.48,1.67]	0.694
	Universitarios (ref.)			1		1		1	
Ingresos	Bajos			1.03 [0.74,1.44]	0.824	0.98 [0.70,1.39]	0.914	0.80 [0.57,1.12]	0.161
	Medio bajos			1.25 [0.67,2.35]	0.439	1.21 [0.63,2.29]	0.528	1.05 [0.55,2.02]	0.871
	Medio altos			1.12 [0.72,1.75]	0.571	1.09 [0.69,1.72]	0.681	0.97 [0.58,1.60]	0.878
	Altos (ref.)			1		1		1	
WHODAS	No gran discap. (ref.)					1		1	
	Sí gran discapacidad					2.00 [1.20,3.31]	0.013	0.60 [0.30,1.21]	0.134
Calidad vida	Física ^b							0.97 [0.95,0.99]	0.005
	Mental ^b							0.94 [0.92,0.96]	<0.001
Test bondad modelo^c		0.999		0.999		0.998		<0.001	

* Sobre la muestra de 2 621 entrevistados (parte 1) a: OR para incremento de 5 años b: OR para incremento de 1 unidad c: significación Test Hosmer-Lemeshow

Tabla 28. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: utilización de servicios de salud mental en personas con algún trastorno mental, ambos en la vida

Variable**	Modelo base		Modelo sociodemográf.		Modelo discapacidad		Modelo discap.-calidad		
	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	
Sexo	Hombre (ref.)	1	1		1		1		
	Mujer	1.69 [1.15,2.49]	0.013	1.66 [1.17,2.36]	0.009	1.63 [1.14,2.33]	0.013	1.39 [0.93,2.06]	0.095
Edad^a		0.99 [0.92,1.06]	0.748	1.00 [0.92,1.10]	0.915	1.00 [0.91,1.09]	0.985	0.98 [0.88,1.08]	0.643
Área	I Murcia Oeste	2.03 [1.52,2.70]	<0.001	2.09 [1.45,2.99]	0.001	2.08 [1.44,2.98]	0.001	2.09 [1.53,2.86]	<0.001
	II Cartagena	1.12 [0.88,1.43]	0.315	1.08 [0.77,1.52]	0.601	1.07 [0.79,1.45]	0.636	0.99 [0.75,1.30]	0.936
	III Lorca	1.40 [0.98,2.00]	0.060	1.41 [1.05,1.89]	0.028	1.39 [1.08,1.79]	0.016	1.37 [1.05,1.78]	0.026
	IV Noroeste	11.23 [4.07,31.03]	<0.001	11.06 [3.91,31.27]	0.001	11.00 [3.50,34.61]	0.001	10.23 [2.82,37.03]	0.003
	V Altiplano y Vega Alta	1.16 [0.54,2.46]	0.671	1.22 [0.54,2.74]	0.601	1.22 [0.51,2.93]	0.611	1.35 [0.57,3.21]	0.447
	VI Vega Media	1.85 [1.46,2.34]	<0.001	1.75 [1.32,2.31]	0.001	1.72 [1.31,2.26]	0.001	1.66 [1.20,2.27]	0.006
	VII Murcia Este	1.56 [1.25,1.95]	0.002	1.69 [1.12,2.57]	0.019	1.68 [1.12,2.51]	0.017	1.79 [1.15,2.77]	0.015
	VIII Mar Menor (ref.)	1		1		1		1	
Residencia	Urbana (ref.)	1		1		1		1	
	Semiurbana	1.06 [0.73,1.54]	0.741	1.09 [0.75,1.58]	0.614	1.05 [0.69,1.60]	0.802	1.10 [0.67,1.80]	0.667
	Rural	1.85 [0.26,13.09]	0.493	1.91 [0.25,14.82]	0.491	1.81 [0.25,13.38]	0.517	2.12 [0.28,16.28]	0.424
Nivel educativ.	Sin estudios / Primaria			0.91 [0.47,1.76]	0.751	0.85 [0.42,1.74]	0.627	0.86 [0.42,1.80]	0.664
	Básicos			0.82 [0.31,2.17]	0.647	0.80 [0.30,2.14]	0.626	0.80 [0.29,2.25]	0.644
	Secundarios			1.31 [0.56,3.05]	0.486	1.27 [0.54,2.97]	0.542	1.29 [0.52,3.20]	0.534
	Universitarios (ref.)			1		1		1	
Ingresos	Bajos			0.88 [0.47,1.65]	0.655	0.86 [0.45,1.64]	0.612	0.72 [0.38,1.38]	0.284
	Medio bajos			0.98 [0.70,1.37]	0.904	0.95 [0.67,1.35]	0.734	0.87 [0.59,1.28]	0.429
	Medio altos			0.99 [0.60,1.64]	0.978	0.95 [0.55,1.64]	0.839	0.88 [0.49,1.57]	0.624
	Altos (ref.)			1		1		1	
WHODAS	No gran discap. (ref.)					1		1	
	Sí gran discapacidad					1.67 [0.93,3.00]	0.081	0.84 [0.53,1.34]	0.422
Calidad vida	Física ^b							0.98 [0.95,1.01]	0.181
	Mental ^b							0.97 [0.94,0.99]	0.015
Test bondad modelo^c		0.999		0.997		0.997		0.999	

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) a: OR para incremento de 5 años b: OR para incremento de 1 unidad c: significación Test Hosmer-Lemeshow

Tabla 29. Odds ratio (OR) e IC95% según áreas de salud: utilización de servicios de salud en general en la vida

Variable*		Modelo base		Modelo sociodemográf.		Modelo discapacidad		Modelo discap.-calidad	
		OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor
Sexo	Hombre (ref.)	1		1		1		1	
	Mujer	2.69 [1.87,3.86]	<0.001	2.73 [1.92,3.88]	<0.001	2.62 [1.85,3.73]	<0.001	2.17 [1.54,3.04]	0.001
Edad^a		1.00 [0.97,1.03]	0.846	1.00 [0.94,1.06]	0.879	0.99 [0.93,1.05]	0.628	0.96 [0.89,1.03]	0.228
Área	I Murcia Oeste	1.45 [1.07,1.97]	0.023	1.49 [1.06,2.10]	0.027	0.00 [0.00,0.00]	<0.001	1.53 [1.17,2.01]	0.006
	II Cartagena	1.33 [1.00,1.76]	0.052	1.35 [0.95,1.91]	0.086	1.42 [1.05,1.94]	0.029	1.38 [1.14,1.67]	0.004
	III Lorca	1.12 [0.83,1.53]	0.409	1.11 [0.78,1.59]	0.516	1.31 [0.95,1.81]	0.089	1.20 [1.02,1.42]	0.035
	IV Noroeste	2.05 [0.27,15.32]	0.442	2.09 [0.29,15.05]	0.419	1.09 [0.79,1.52]	0.547	2.18 [0.29,16.32]	0.406
	V Altiplano y Vega Alta	2.54 [1.27,5.12]	0.014	2.57 [1.26,5.22]	0.015	1.92 [0.25,15.05]	0.490	2.88 [1.45,5.70]	0.007
	VI Vega Media	1.51 [0.97,2.35]	0.064	1.57 [0.89,2.79]	0.106	2.49 [1.11,5.57]	0.030	1.65 [0.99,2.76]	0.054
	VII Murcia Este	1.38 [1.05,1.81]	0.027	1.38 [1.00,1.91]	0.051	1.50 [0.87,2.56]	0.124	1.55 [1.31,1.83]	<0.001
	VIII Mar Menor (ref.)	1		1		1		1	
Residencia	Urbana (ref.)	1		1		1		1	
	Semiurbana	0.97 [0.67,1.39]	0.842	0.99 [0.71,1.38]	0.960	0.96 [0.68,1.36]	0.808	0.98 [0.68,1.42]	0.918
	Rural	1.73 [0.71,4.19]	0.195	1.82 [0.72,4.57]	0.178	1.74 [0.69,4.38]	0.207	2.35 [0.97,5.67]	0.057
Nivel educativ.	Sin estudios / Primaria			1.09 [0.48,2.48]	0.816	0.98 [0.41,2.33]	0.952	0.93 [0.34,2.55]	0.881
	Básicos			1.10 [0.67,1.79]	0.680	1.05 [0.62,1.76]	0.842	0.98 [0.54,1.78]	0.940
	Secundarios			0.98 [0.53,1.84]	0.951	0.95 [0.52,1.73]	0.844	0.90 [0.46,1.76]	0.733
	Universitarios (ref.)			1		1		1	
Ingresos	Bajos			1.04 [0.57,1.92]	0.876	0.98 [0.53,1.80]	0.939	0.81 [0.47,1.39]	0.401
	Medio bajos			1.26 [0.70,2.25]	0.396	1.19 [0.67,2.12]	0.510	1.09 [0.64,1.85]	0.735
	Medio altos			1.18 [0.65,2.15]	0.542	1.15 [0.63,2.09]	0.623	1.05 [0.58,1.89]	0.851
	Altos (ref.)			1		1		1	
WHODAS	No gran discap. (ref.)					1		1	
	Sí gran discapacidad					2.56 [1.29,5.07]	0.013	0.80 [0.38,1.67]	0.507
Calidad vida	Física ^b							0.96 [0.94,0.98]	0.001
	Mental ^b							0.94 [0.93,0.95]	<0.001
Test bondad modelo^c		<0.001		<0.001		0.997		0.999	

* Sobre la muestra de 2 621 entrevistados (parte 1) a: OR para incremento de 5 años b: OR para incremento de 1 unidad c: significación Test Hosmer-Lemeshow

Tabla 30. Odds ratio(OR) e IC95% según áreas de salud: utilización de servicios de salud en general en personas con algún trastorno mental, ambos en la vida

Variable**		Modelo base		Modelo sociodemográf.		Modelo discapacidad		Modelo discap.-calidad	
		OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor	OR [IC95%]	p-valor
Sexo	Hombre (ref.)	1		1		1		1	
	Mujer	2.14 [1.28,3.57]	0.009	2.07 [1.29,3.32]	0.007	2.02 [1.24,3.31]	0.010	1.72 [1.05,2.83]	0.035
Edad^a		1.10 [1.01,1.19]	0.035	1.07 [0.97,1.18]	0.156	1.06 [0.96,1.17]	0.187	1.04 [0.94,1.16]	0.400
Área	I Murcia Oeste	1.88 [0.98,3.61]	0.057	2.13 [1.00,4.53]	0.050	2.19 [1.04,4.61]	0.042	2.32 [1.17,4.62]	0.022
	II Cartagena	1.83 [1.02,3.29]	0.045	1.63 [0.84,3.17]	0.130	1.62 [0.89,2.93]	0.101	1.53 [0.85,2.77]	0.139
	III Lorca	1.54 [0.70,3.40]	0.251	1.45 [0.61,3.46]	0.357	1.43 [0.66,3.13]	0.325	1.42 [0.60,3.36]	0.386
	IV Noroeste	6.77 [1.92,23.87]	0.007	5.98 [1.82,19.70]	0.008	6.06 [1.43,25.62]	0.020	5.56 [1.20,25.70]	0.032
	V Altiplano y Vega								
	Alta	2.19 [1.15,4.15]	0.022	2.26 [1.08,4.70]	0.033	2.37 [1.12,5.00]	0.028	2.60 [1.26,5.38]	0.015
	VI Vega Media	2.10 [0.98,4.50]	0.056	2.21 [1.00,4.86]	0.049	2.22 [1.06,4.65]	0.037	2.24 [1.02,4.91]	0.045
	VII Murcia Este	1.46 [0.76,2.78]	0.220	1.59 [0.81,3.12]	0.155	1.59 [0.87,2.94]	0.118	1.64 [0.92,2.92]	0.083
	VIII Mar Menor (ref.)	1		1		1		1	
Residencia	Urbana (ref.)	1		1		1		1	
	Semiurbana	0.78 [0.51,1.20]	0.229	0.83 [0.53,1.28]	0.353	0.78 [0.47,1.30]	0.305	0.86 [0.50,1.49]	0.551
	Rural	5.26 [2.00,13.81]	0.004	5.19 [1.62,16.67]	0.011	4.85 [1.88,12.49]	0.004	5.55 [2.01,15.29]	0.004
Nivel educativ.	Sin estudios / Primaria			1.96 [0.56,6.88]	0.254	1.79 [0.47,6.78]	0.347	1.88 [0.52,6.78]	0.295
	Básicos			1.34 [0.58,3.09]	0.450	1.32 [0.56,3.09]	0.487	1.33 [0.56,3.15]	0.472
	Secundarios			1.61 [0.72,3.58]	0.212	1.54 [0.67,3.56]	0.272	1.56 [0.67,3.64]	0.261
	Universitarios (ref.)			1		1		1	
Ingresos	Bajos			0.71 [0.27,1.88]	0.444	0.68 [0.25,1.83]	0.403	0.58 [0.23,1.46]	0.213
	Medio bajos			1.01 [0.54,1.88]	0.968	0.94 [0.48,1.82]	0.828	0.89 [0.49,1.64]	0.688
	Medio altos			1.26 [0.75,2.14]	0.345	1.18 [0.67,2.08]	0.522	1.14 [0.68,1.92]	0.581
	Altos (ref.)			1		1		1	
WHODAS	No gran discap. (ref.)					1		1	
	Sí gran discapacidad					3.28 [1.12,9.62]	0.034	1.73 [0.77,3.91]	0.161
Calidad vida	Física ^b							0.98 [0.95,1.01]	0.140
	Mental ^b							0.96 [0.95,0.98]	<0.001
Test bondad modelo^c		<0.001		0.998		0.998		0.999	

** Sobre la submuestra de 1 459 entrevistados (parte 2) a: OR para incremento de 5 años b: OR para incremento de 1 unidad c: significación Test Hosmer-Lemeshow

6.7 Mapas de prevalencia y Odds Ratio modelo de regresión logística

6.4.1 Prevalencia e IC95% de los trastornos mentales e ideación suicida

Figura 14. Prevalencia de trastorno mental en la vida según sexo y área sanitaria

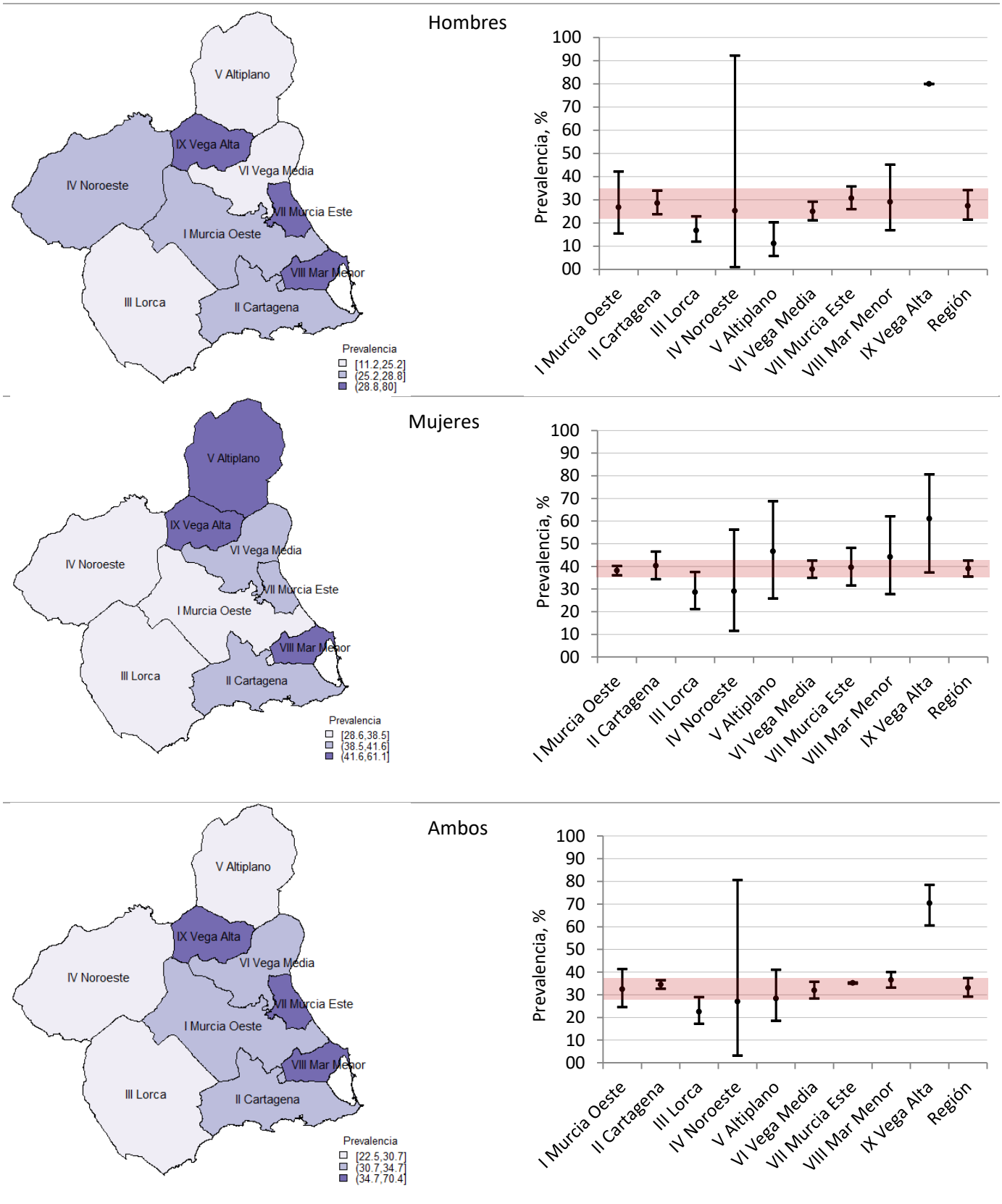


Figura 15. Prevalencia de trastorno mental en el último año según sexo y área sanitaria

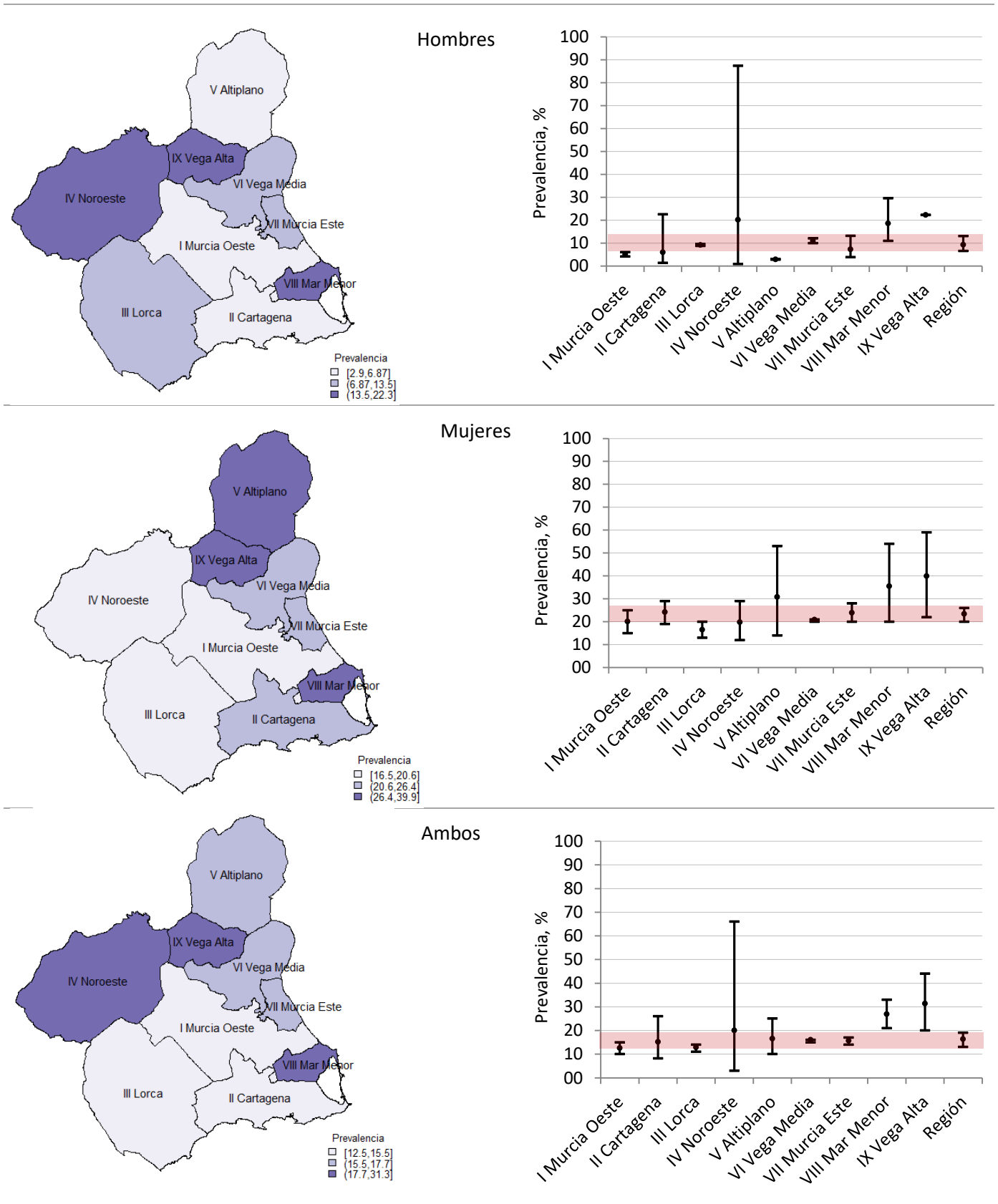


Figura 16. Prevalencia de trastorno de ansiedad en la vida según sexo y área sanitaria

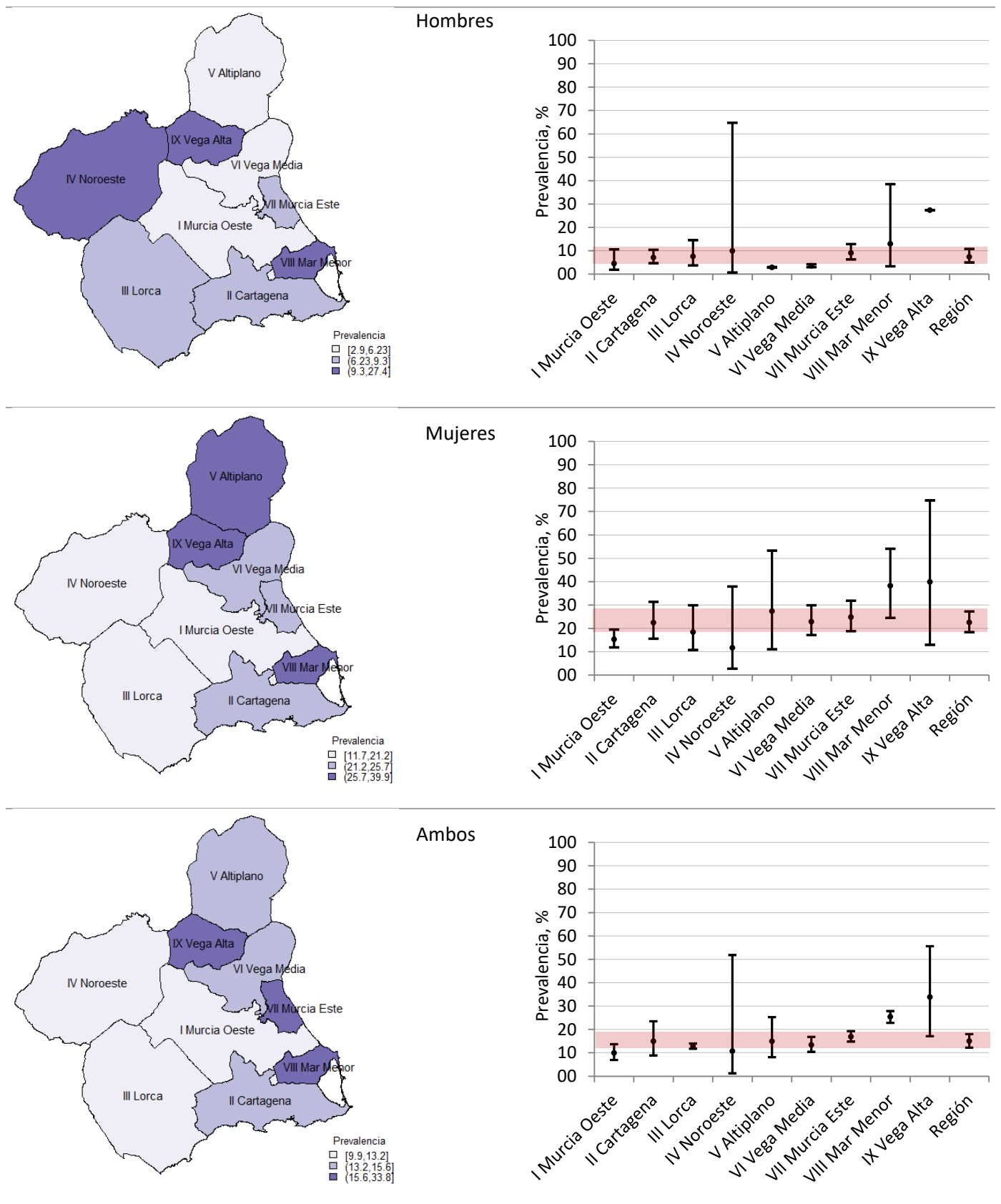


Figura 17. Prevalencia de trastorno de ansiedad en el último año según sexo y área sanitaria

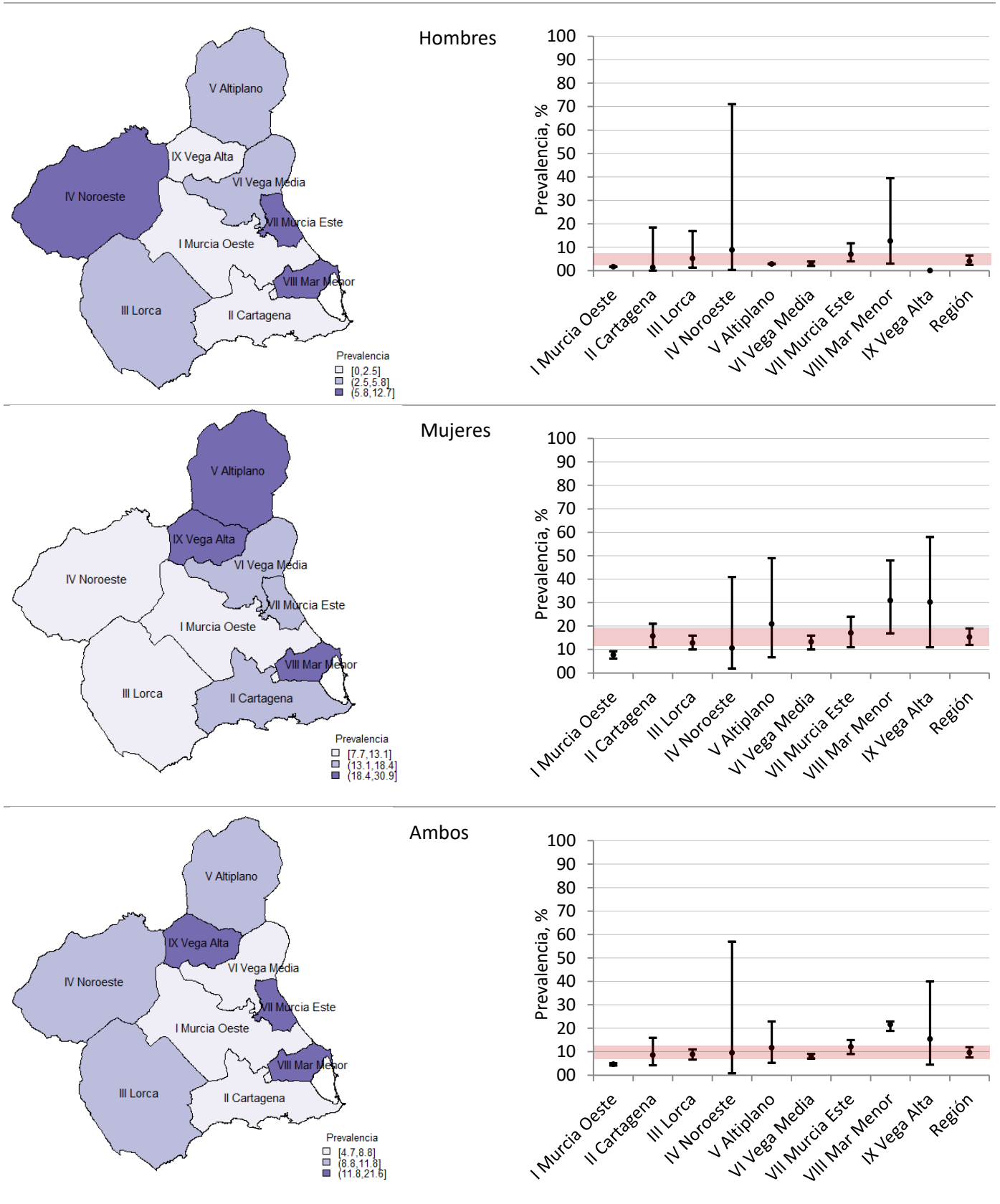
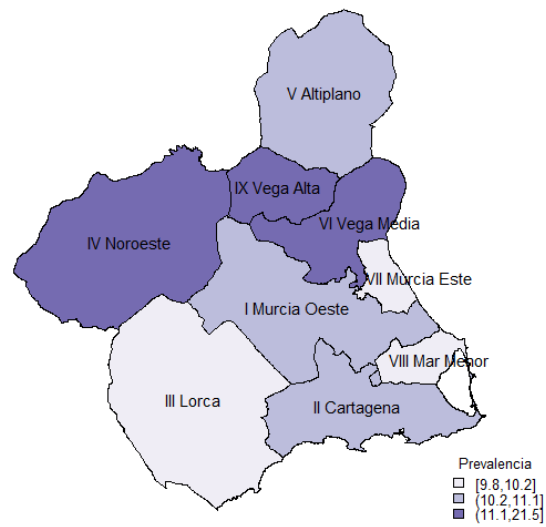
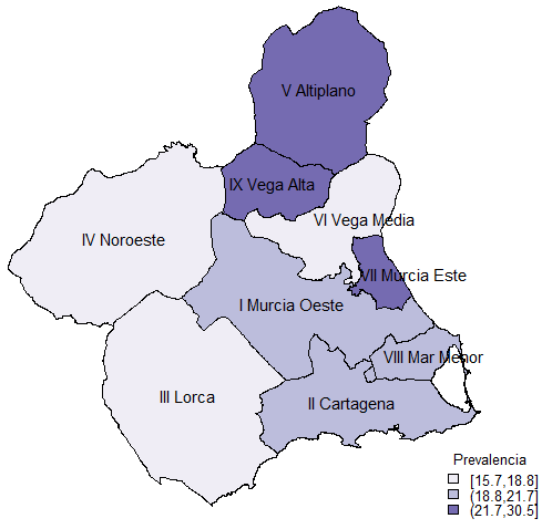
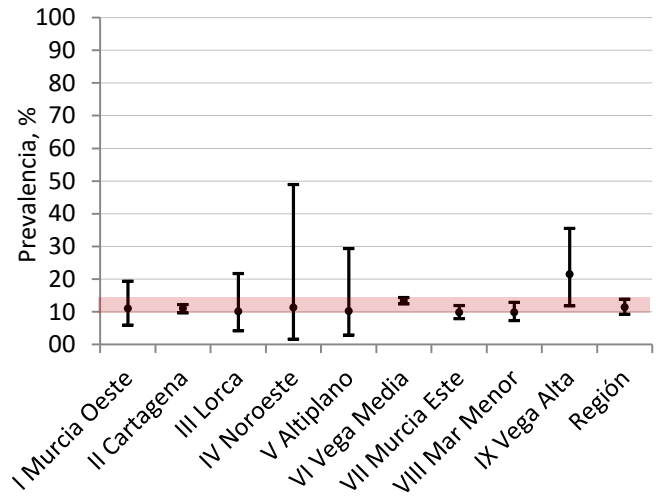


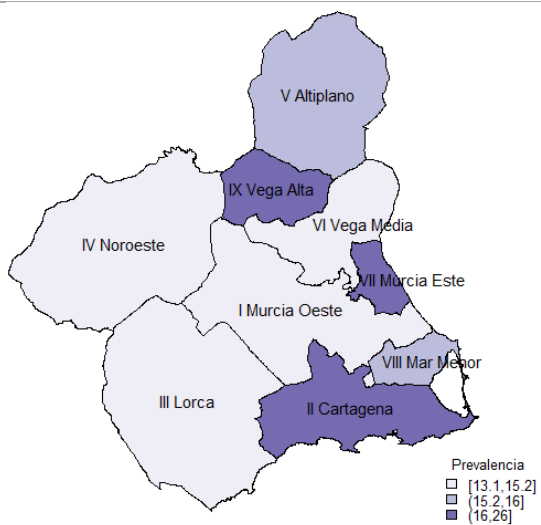
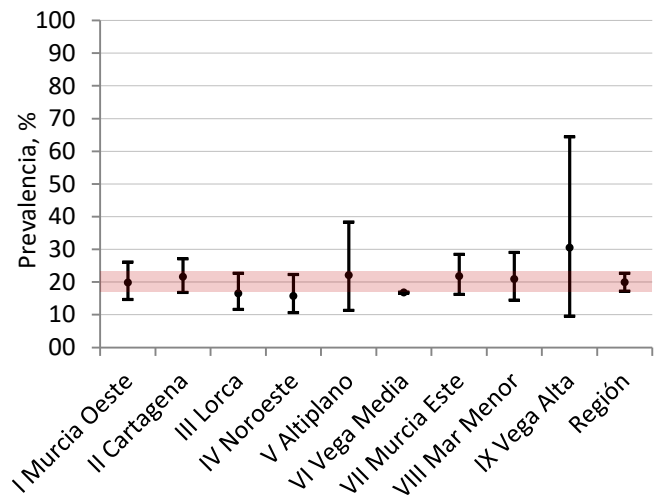
Figura 18. Prevalencia de trastorno del estado de ánimo en la vida según sexo y área sanitaria



Hombres



Mujeres



Ambos

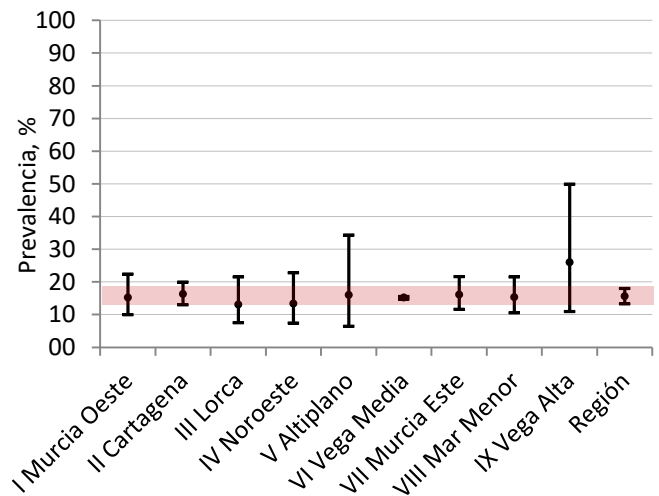


Figura 19. Prevalencia de trastorno del estado de ánimo en el último año según sexo y área sanitaria

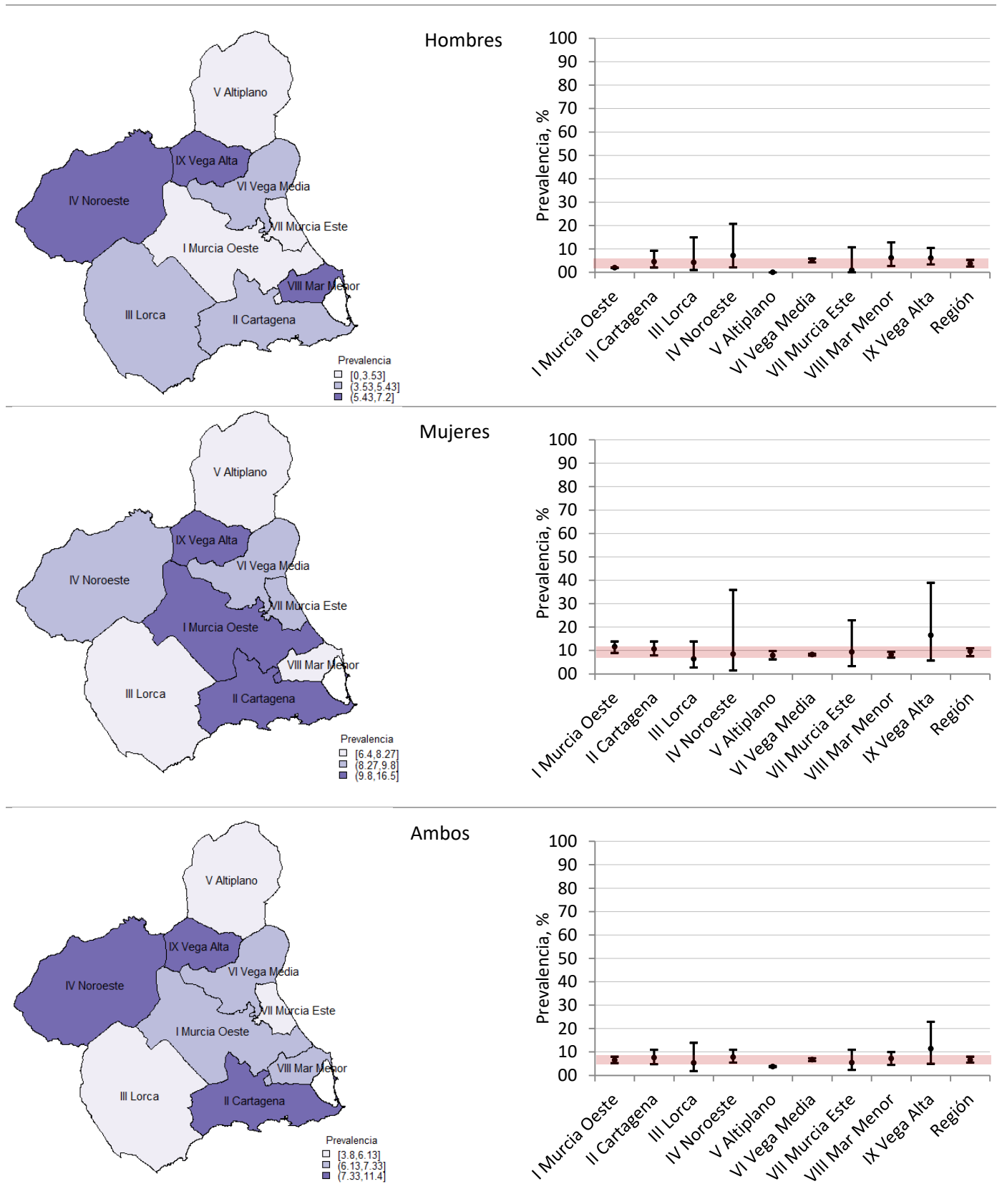


Figura 20. Media del nº de trastornos mentales en la vida según sexo y área sanitaria

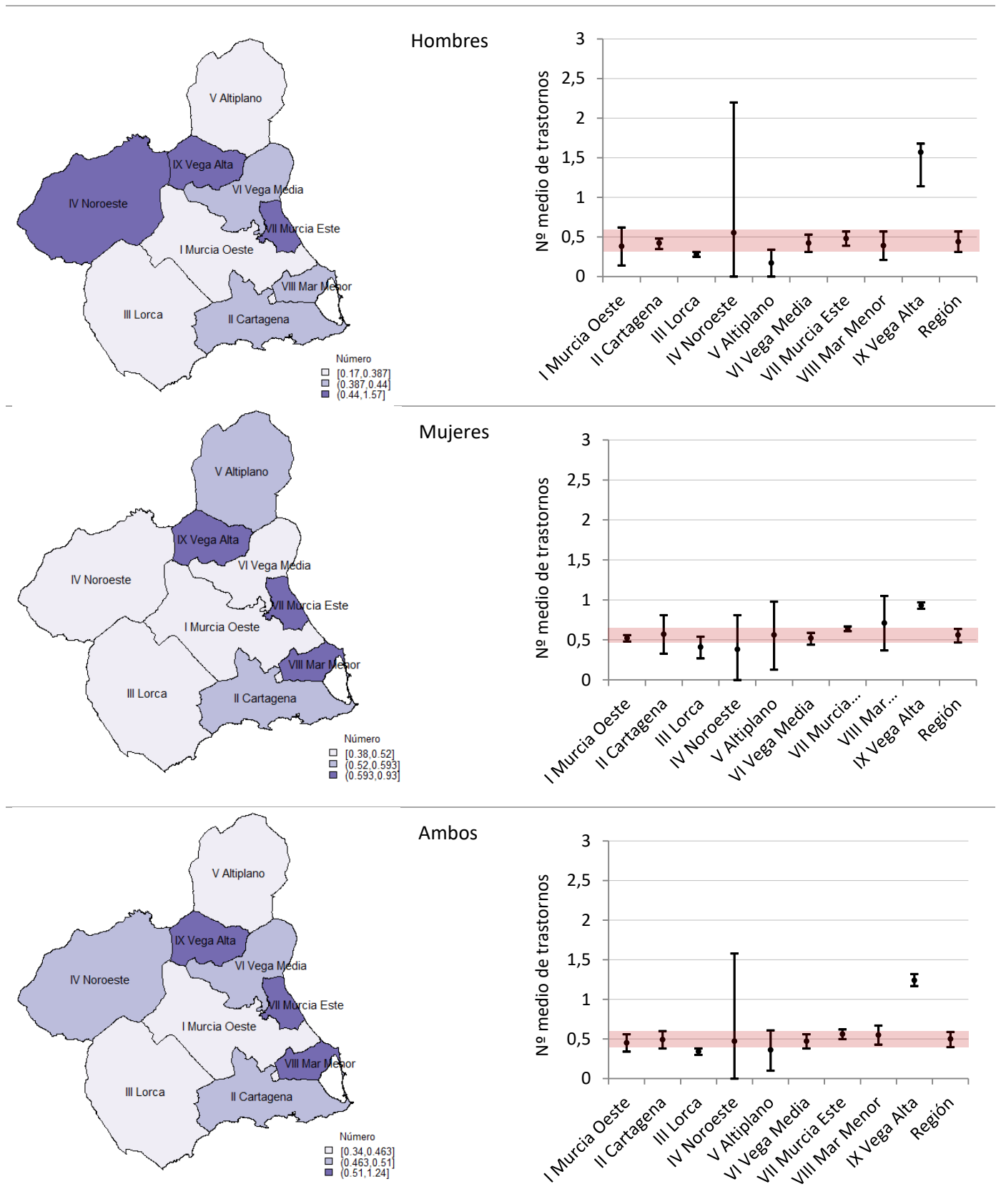


Figura 21. Media del nº de trastornos mentales en el último año según sexo y área sanitaria

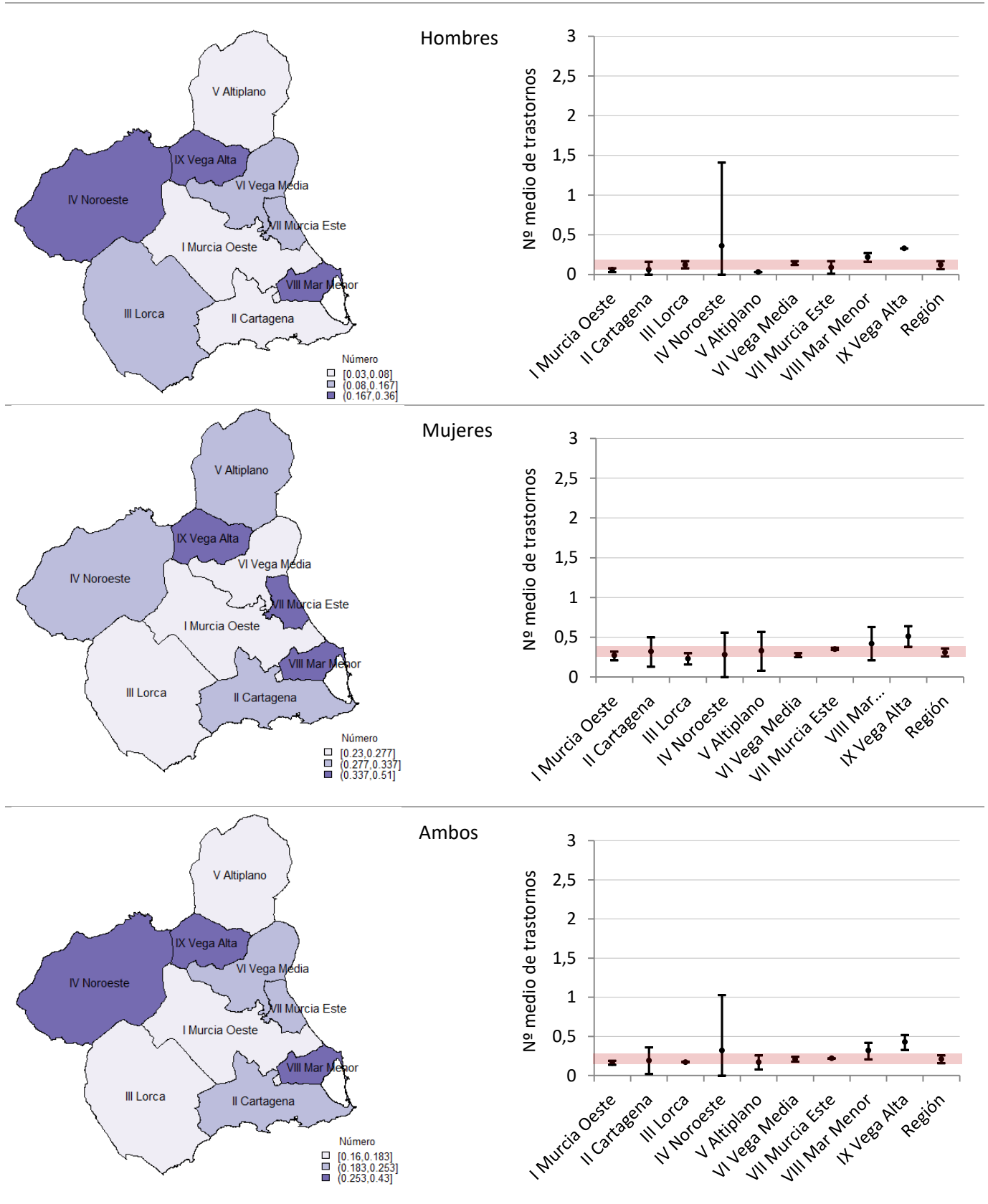


Figura 22. Ideación suicida alguna vez en la vida según área sanitaria

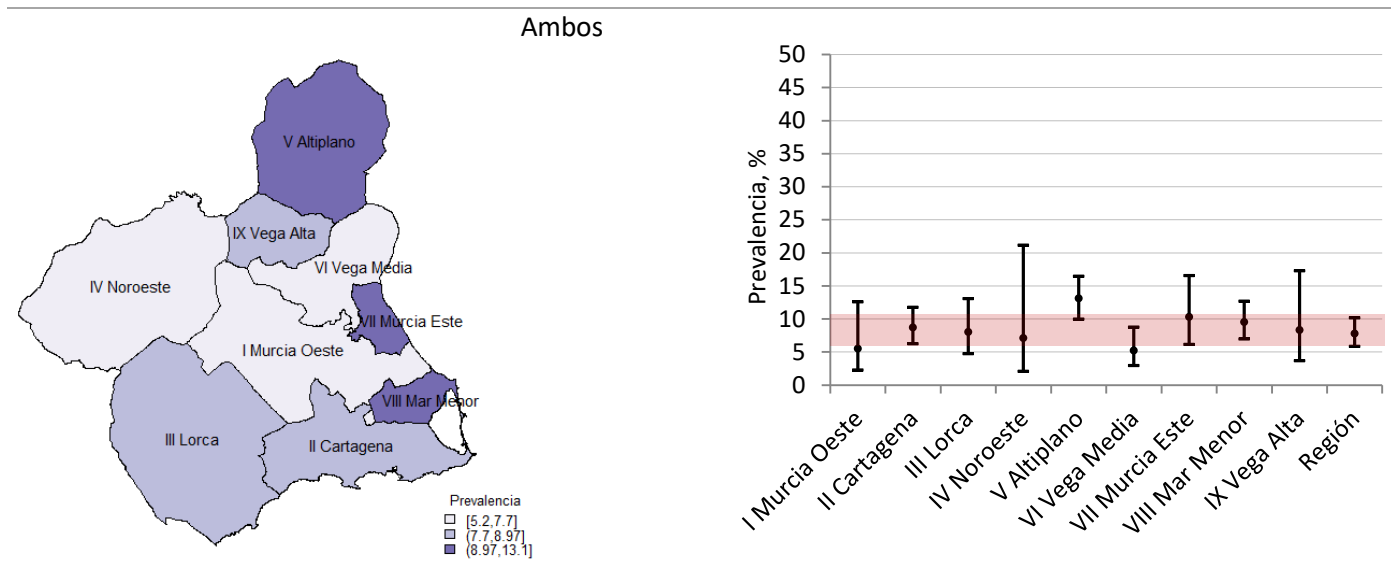
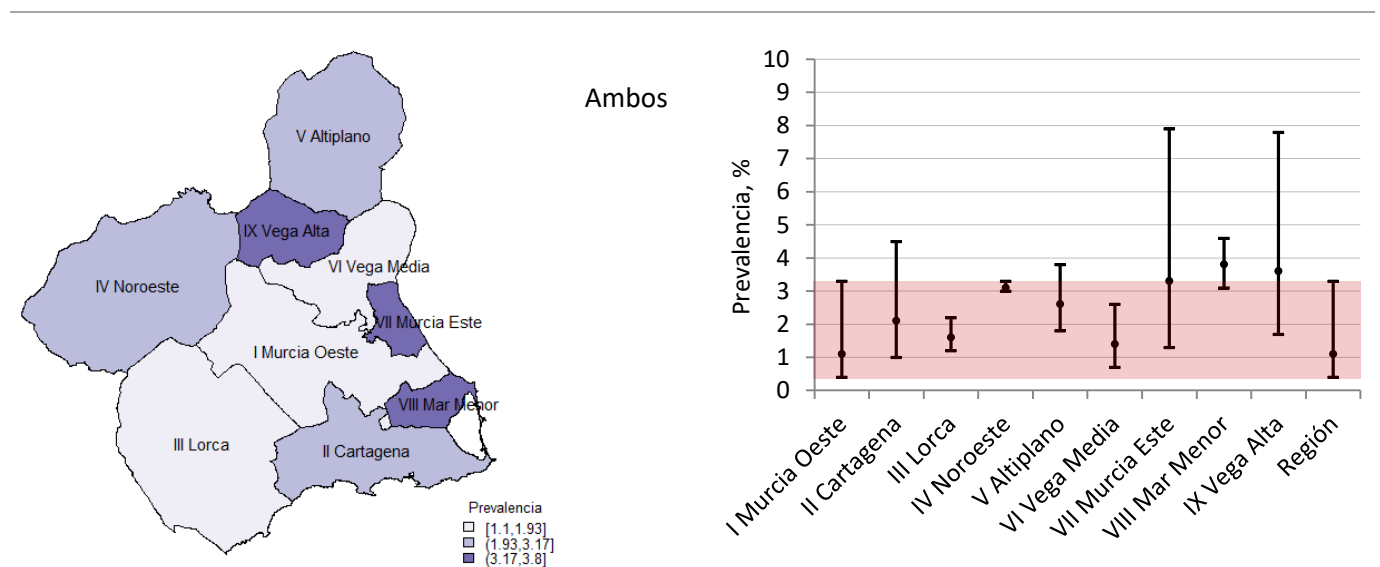


Figura 23. Ideación suicida en el último año según área sanitaria



6.4.2 Prevalencia e IC95% de utilización de servicios sanitarios

Figura 24. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud y sexo: psiquiatría

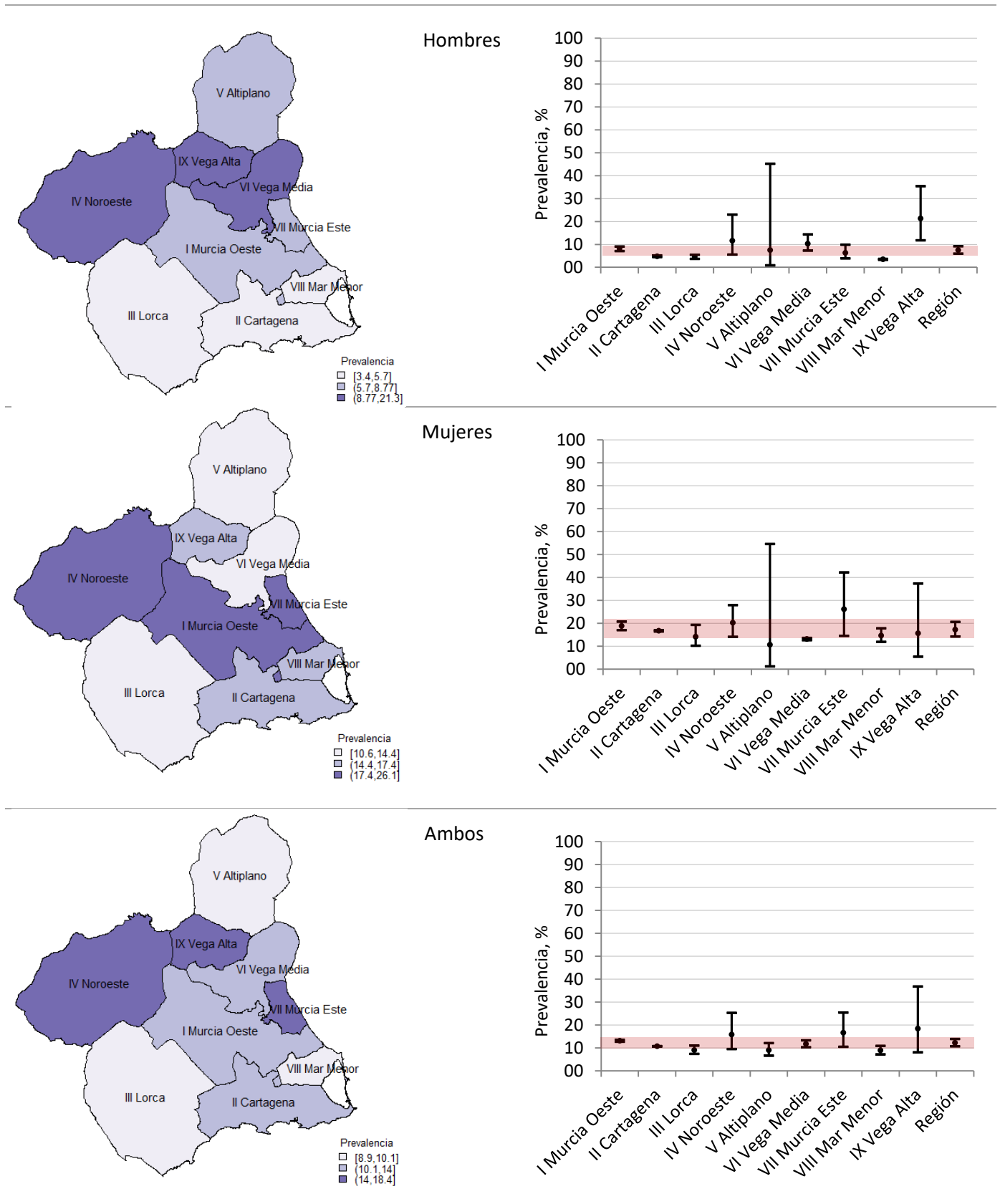


Figura 25. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud y sexo: salud mental

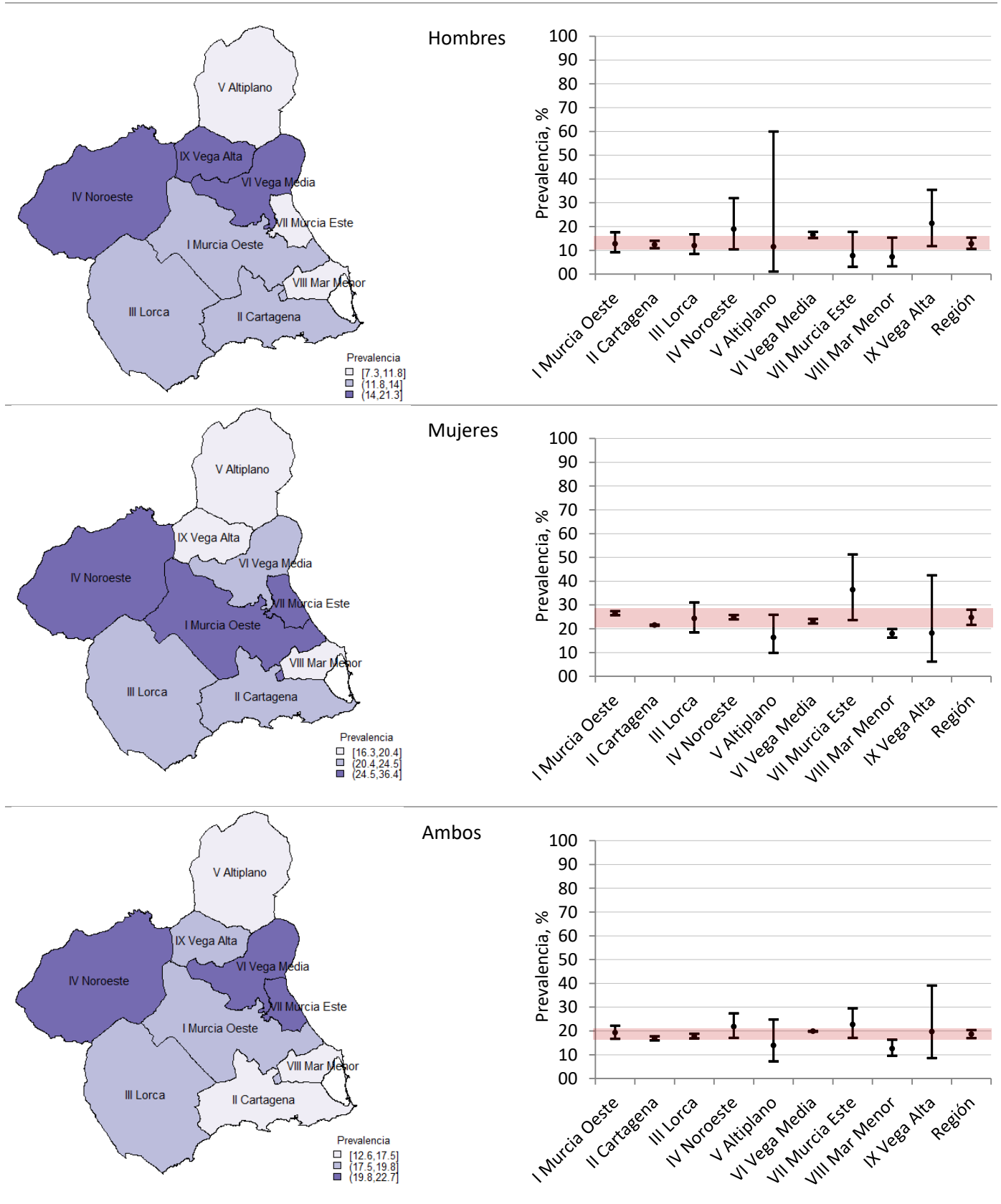


Figura 26. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud y sexo: medicina general

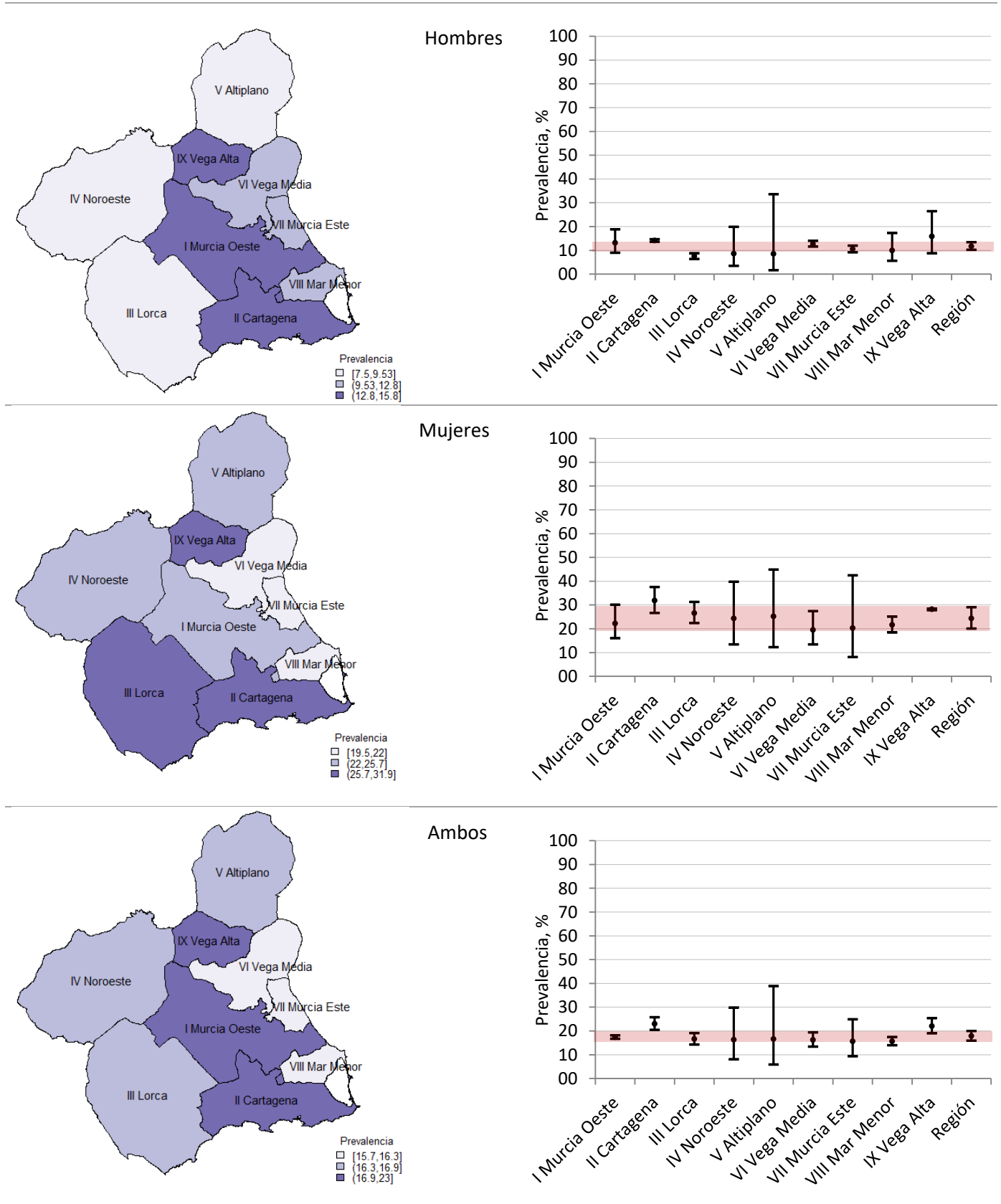


Figura 27. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud y sexo: salud en general

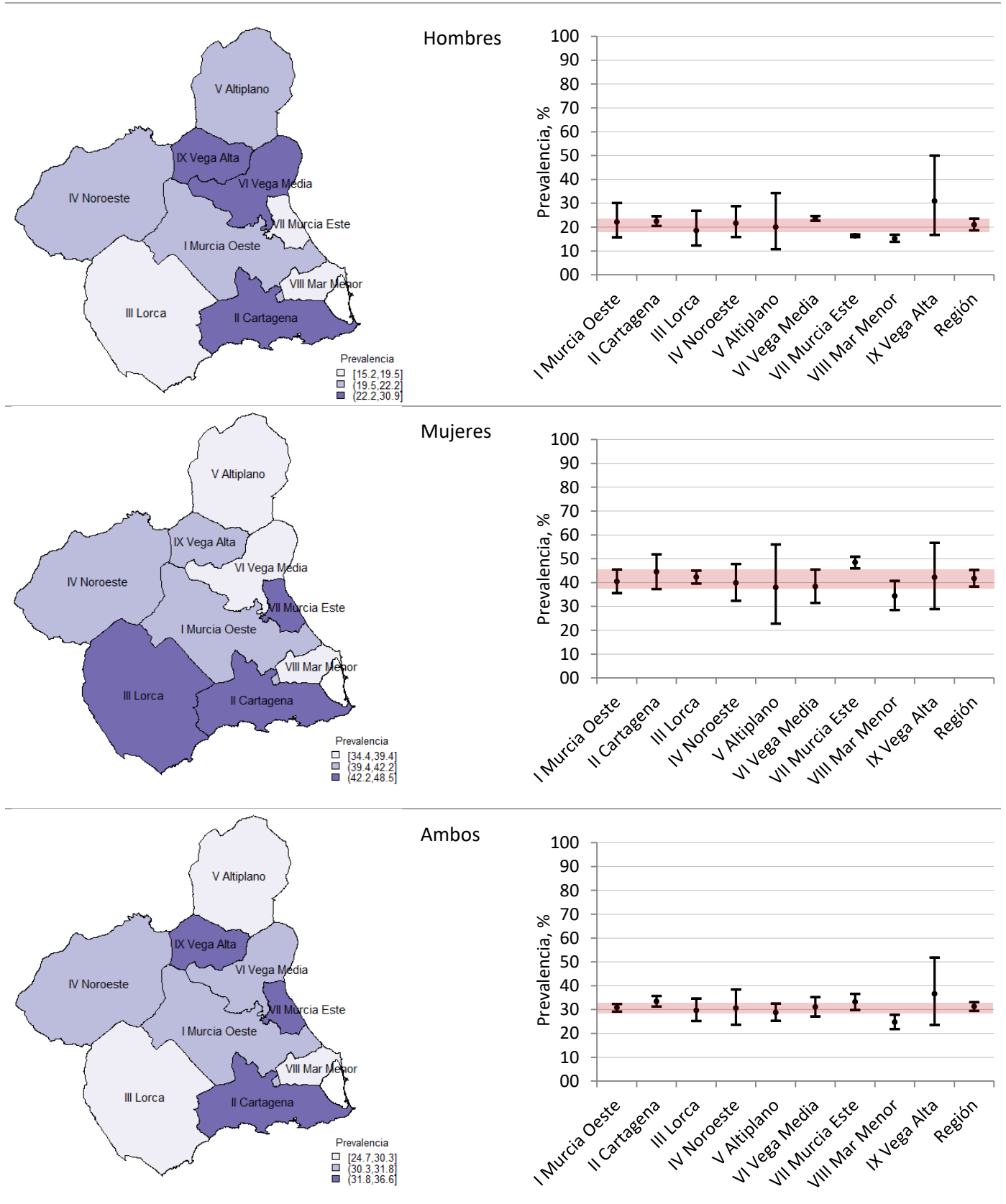


Figura 28. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en el último año por áreas de salud y sexo: psiquiatría

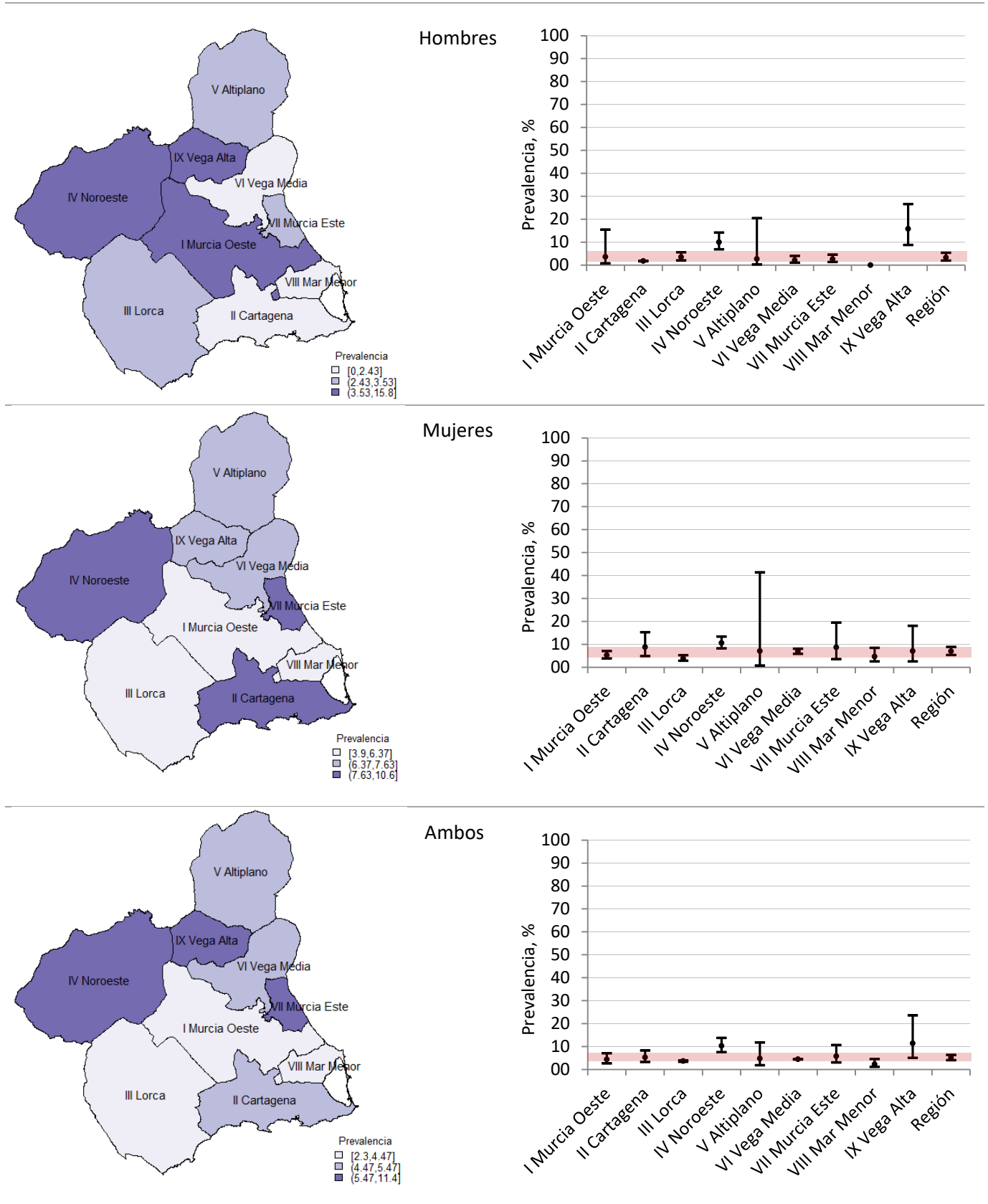


Figura 29. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en el último año por áreas de salud y sexo: salud mental

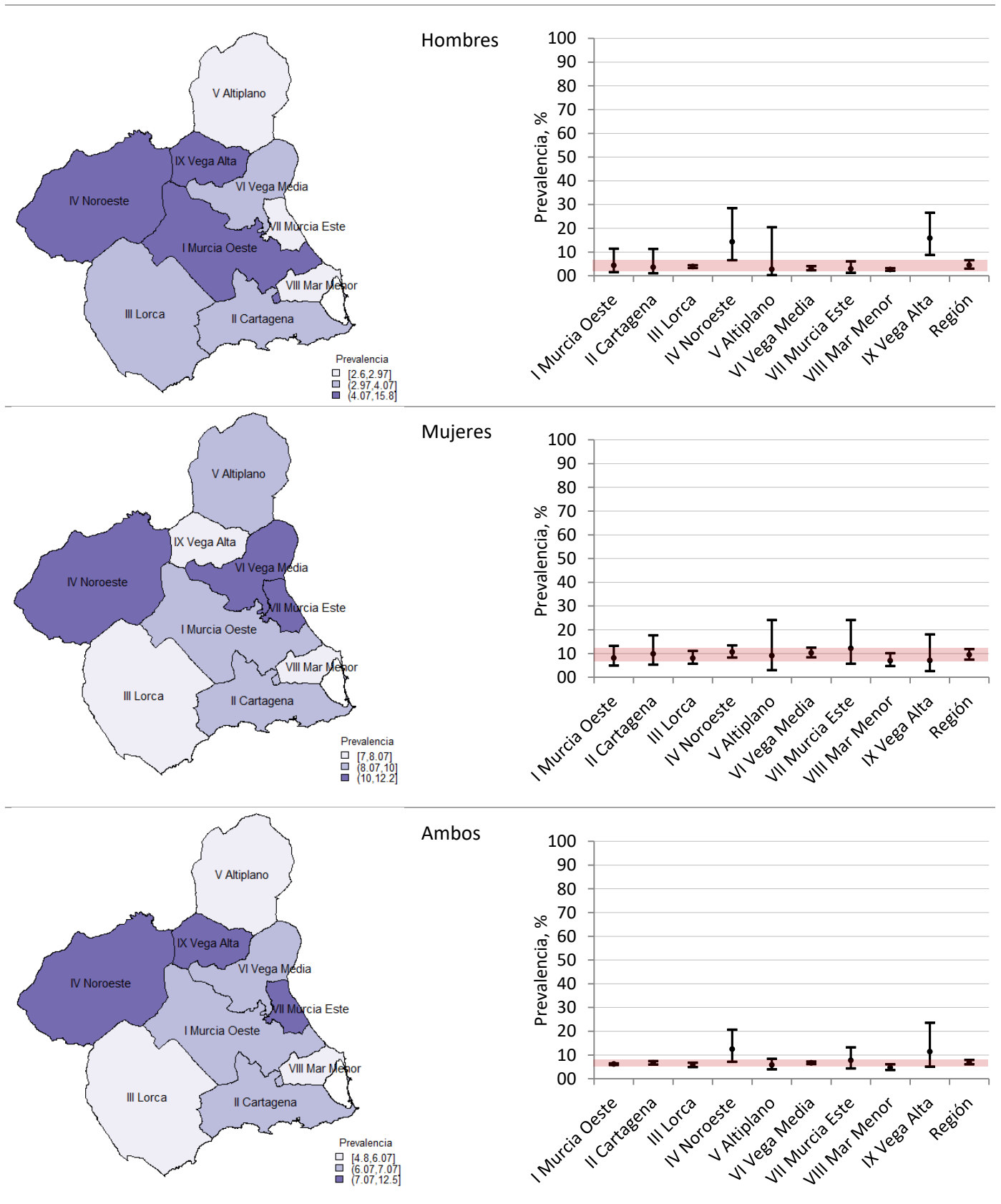
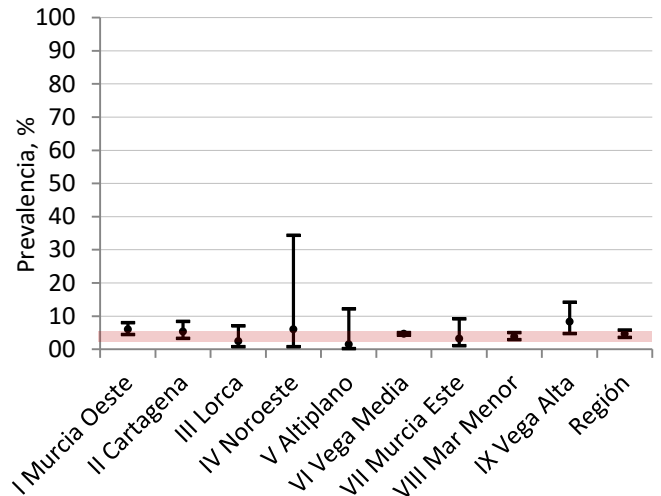
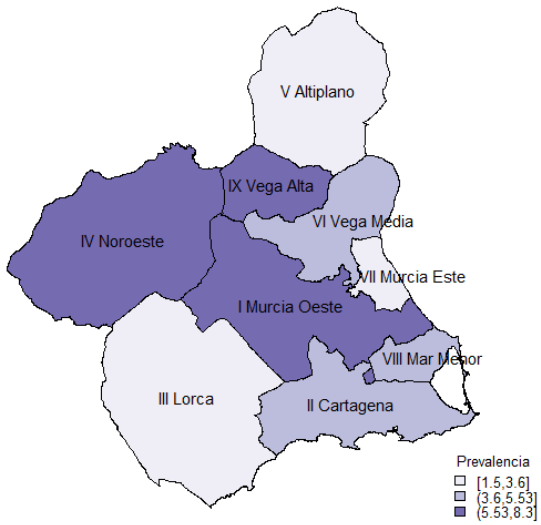
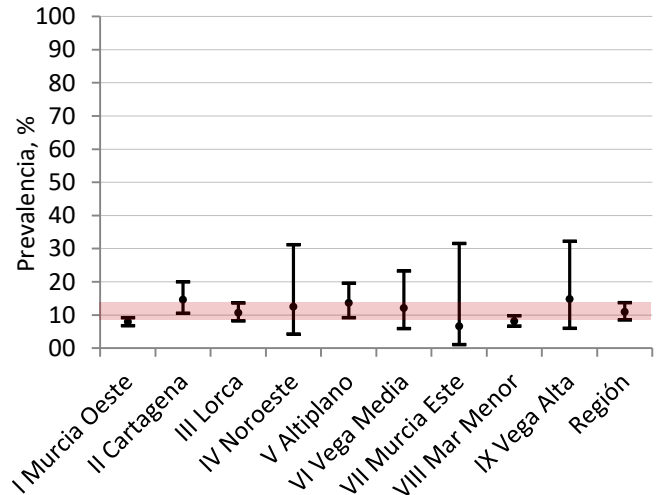


Figura 30. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en el último año por áreas de salud y sexo: medicina general

Hombres



Mujeres



Ambos

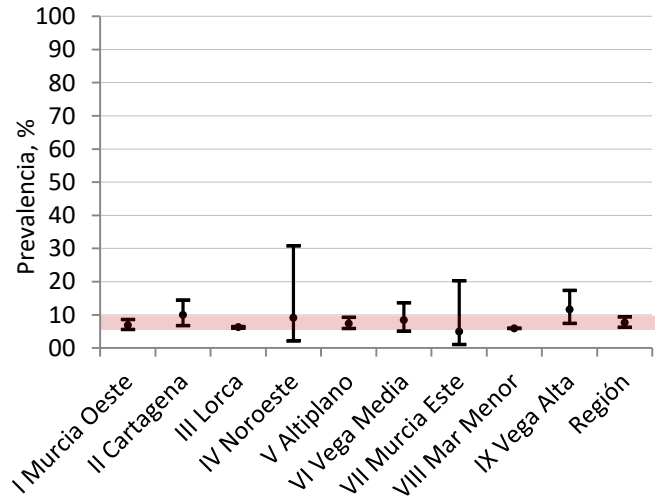
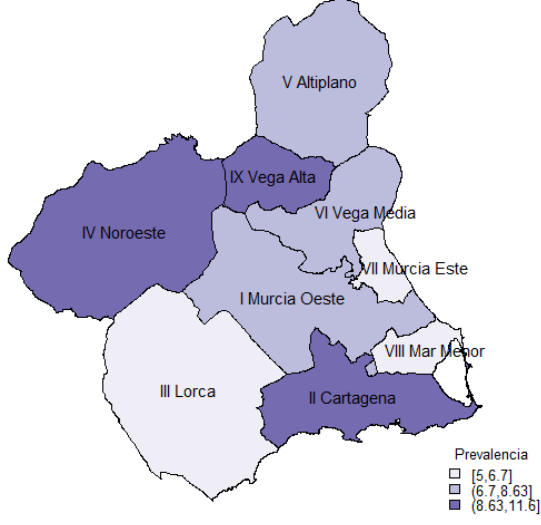


Figura 31. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en el último año por áreas de salud y sexo: salud en general

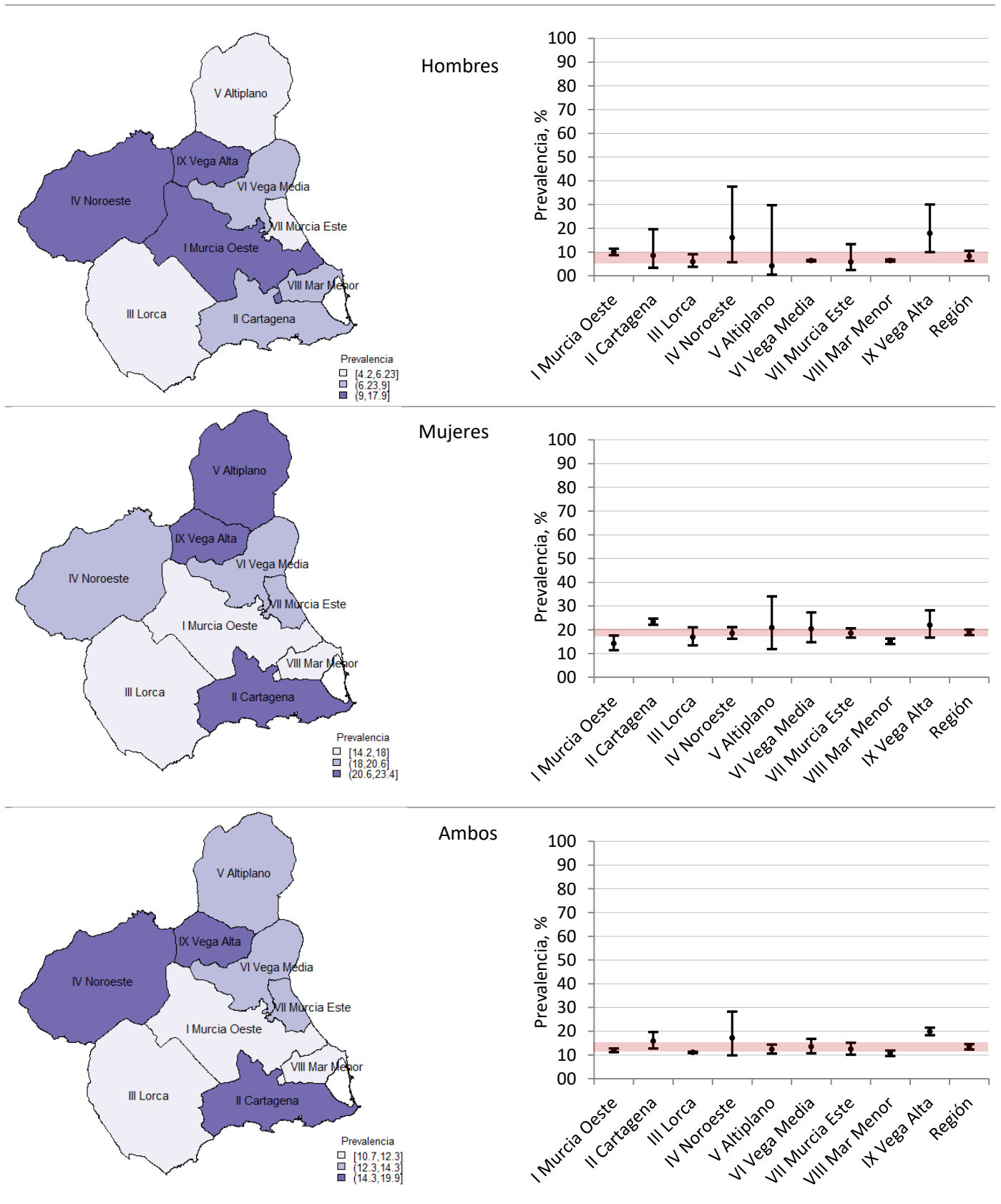


Figura 32. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida en personas con algún trastorno mental por áreas de salud y sexo: psiquiatría

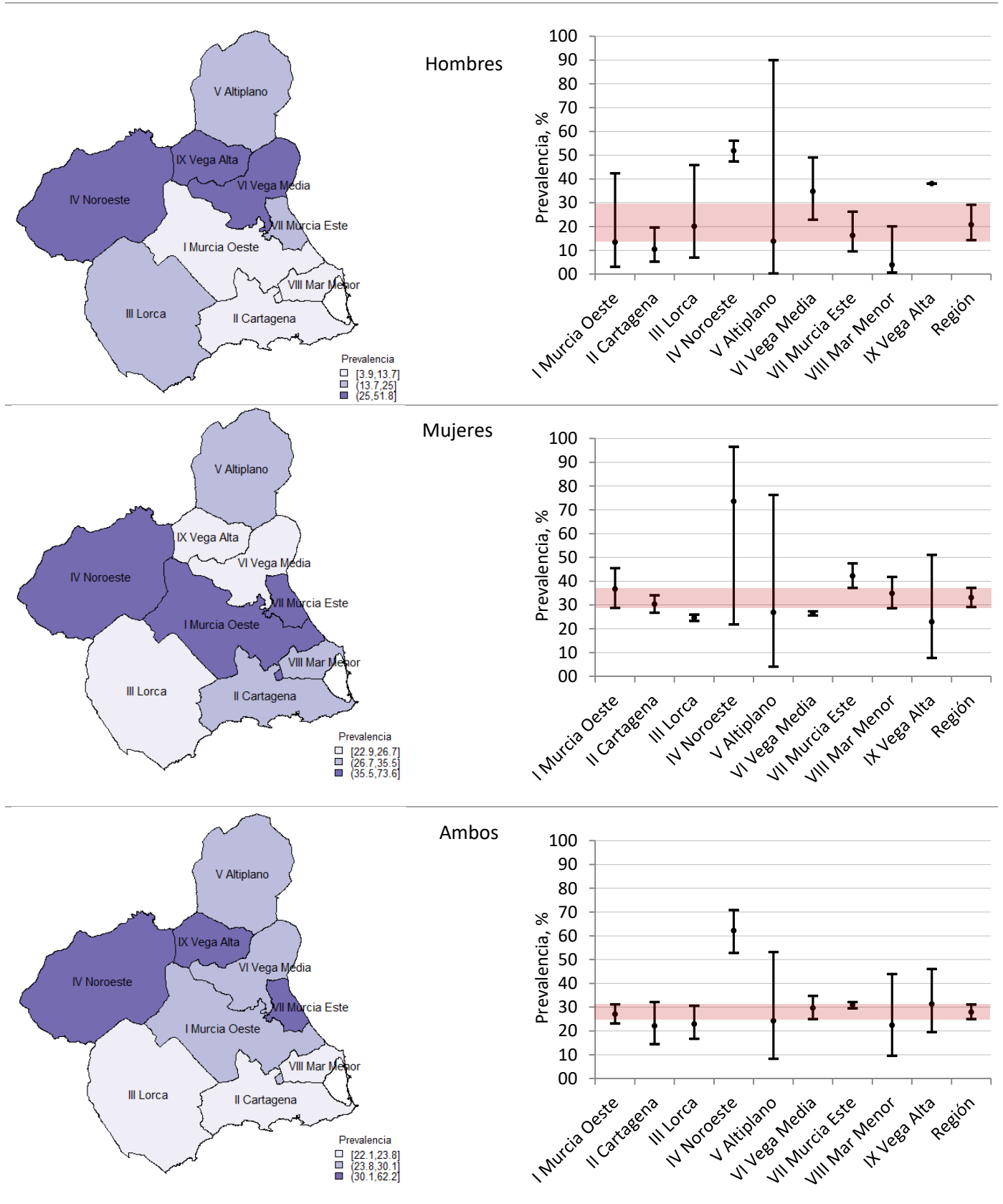


Figura 33. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida en personas con algún trastorno mental por áreas de salud y sexo: salud mental

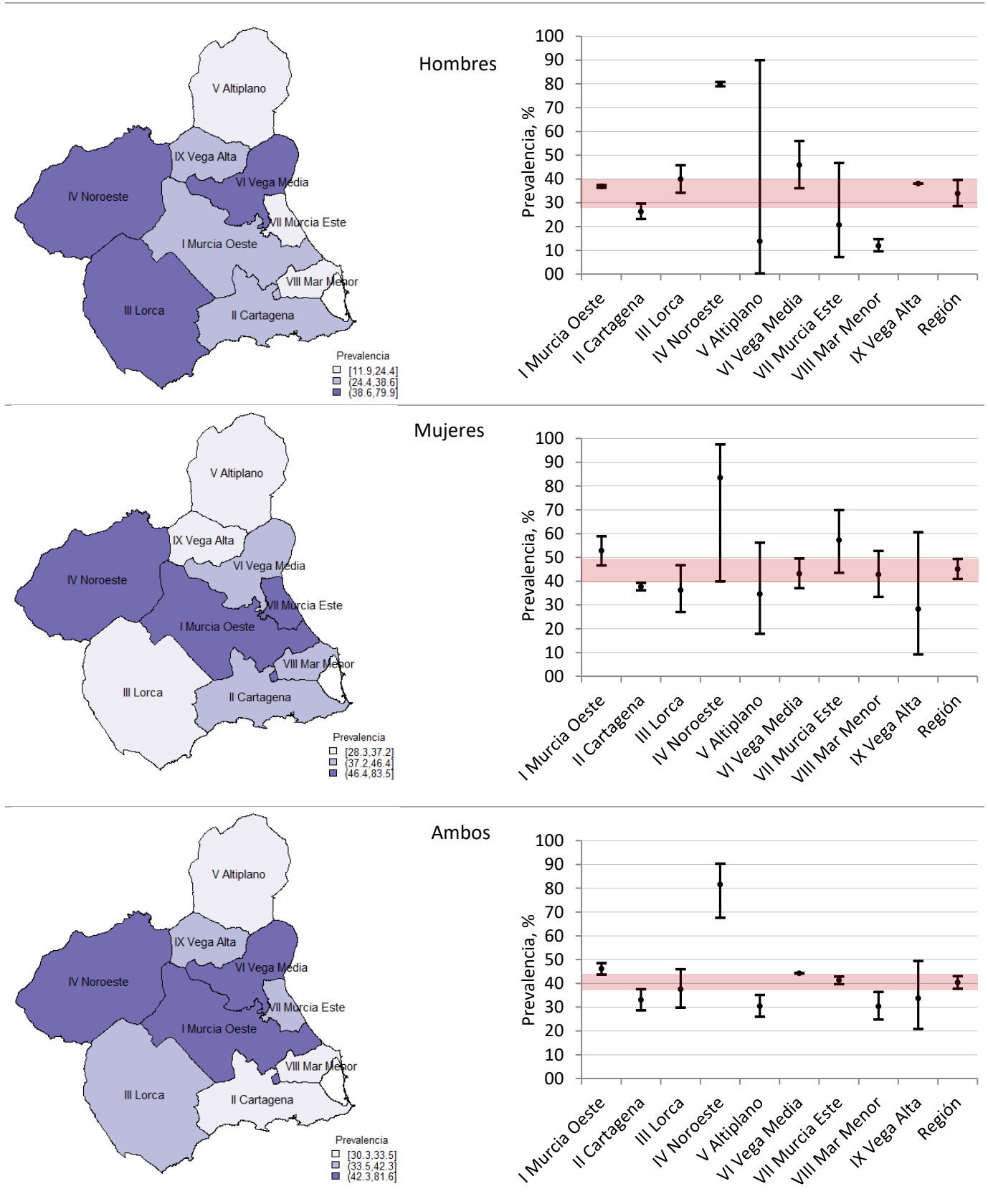


Figura 34. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida en personas con algún trastorno mental por áreas de salud y sexo: medicina general

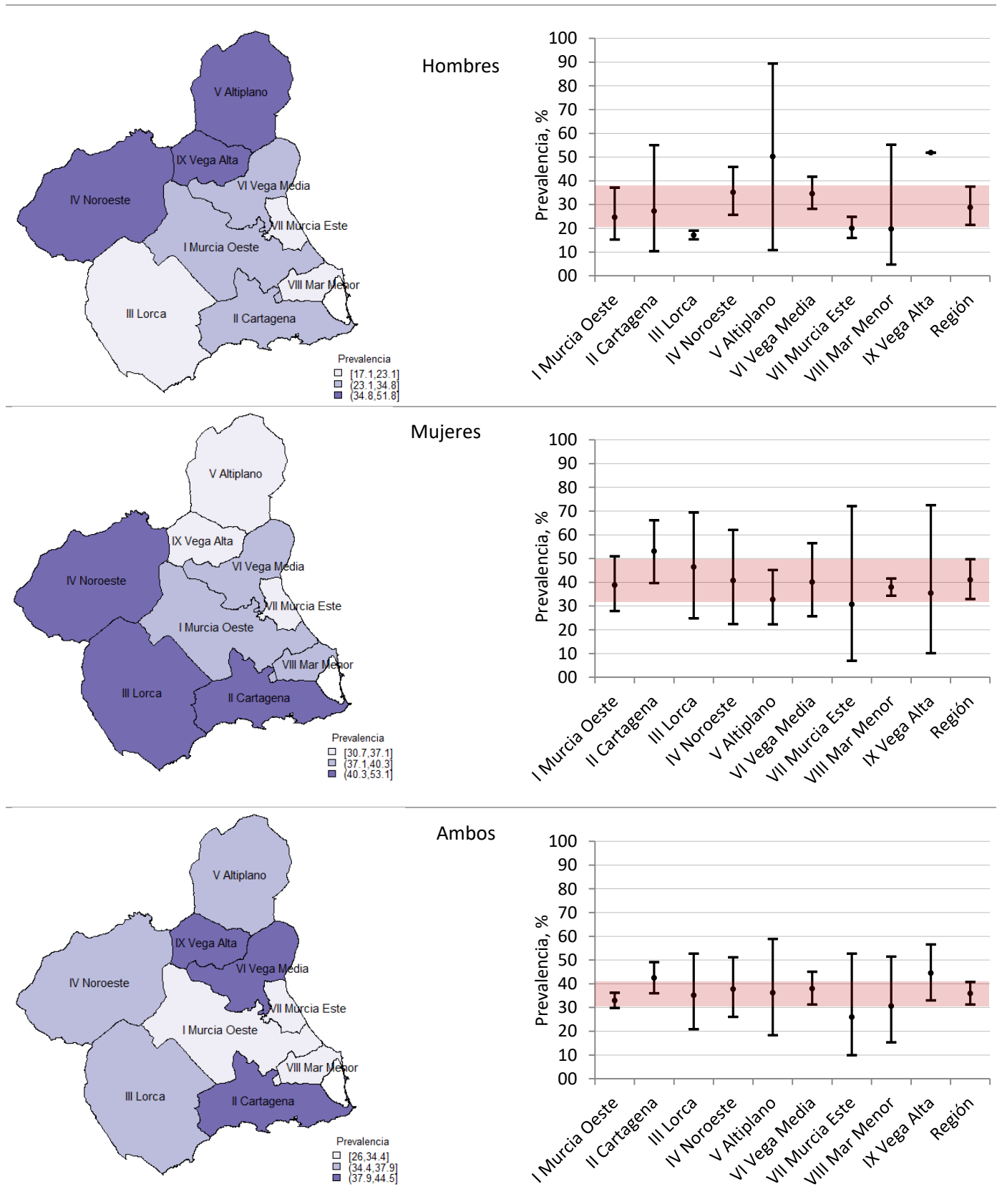
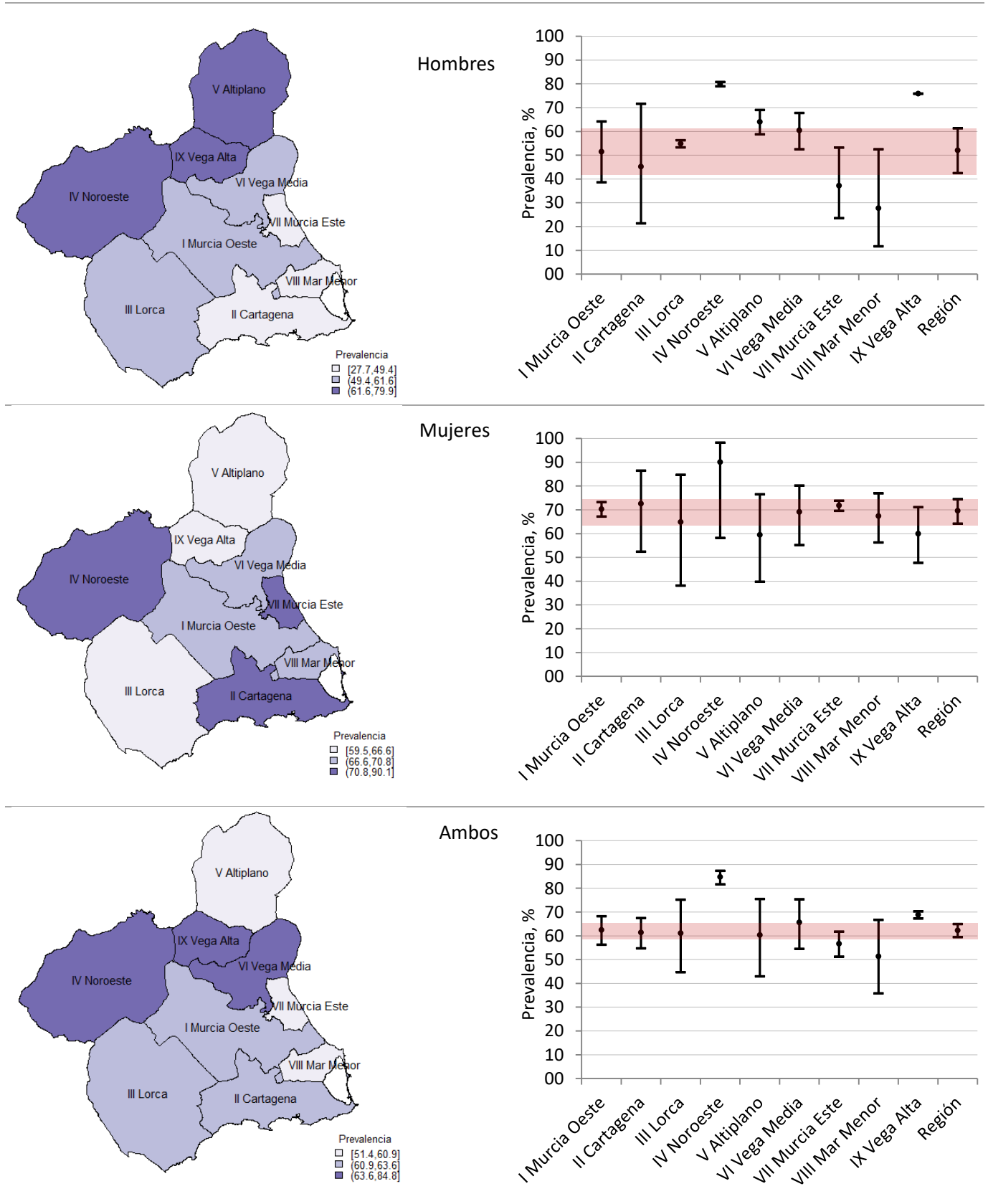


Figura 35. Prevalencia de la utilización de servicios sanitarios en la vida en personas con algún trastorno mental por áreas de salud y sexo: salud en general



6.4.3 OR e IC95% de trastorno mental: regresión logística modelo discapacidad-calidad

Figura 36. OR de algún trastorno mental en la vida por áreas de salud[§]

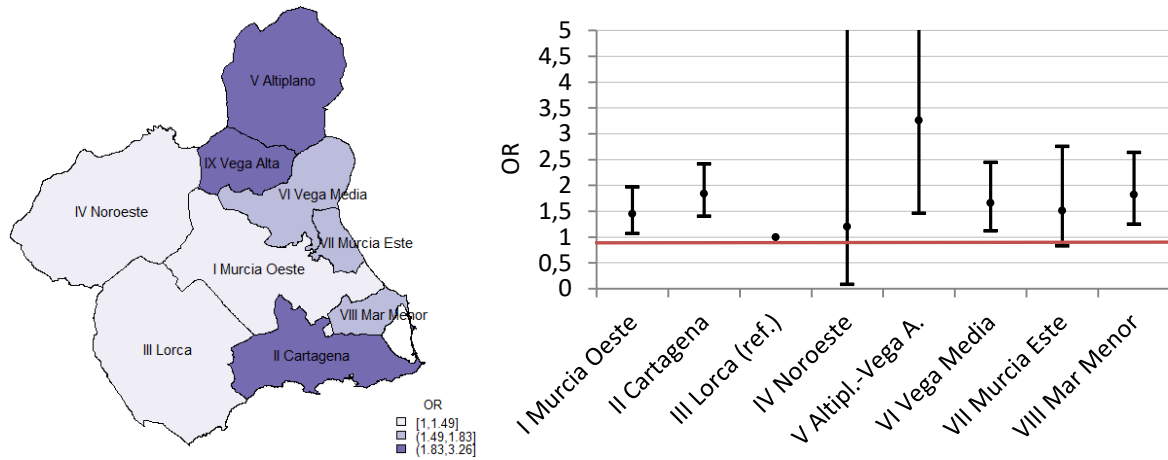


Figura 37. OR de trastorno de la ansiedad en la vida por áreas de salud^{§§}

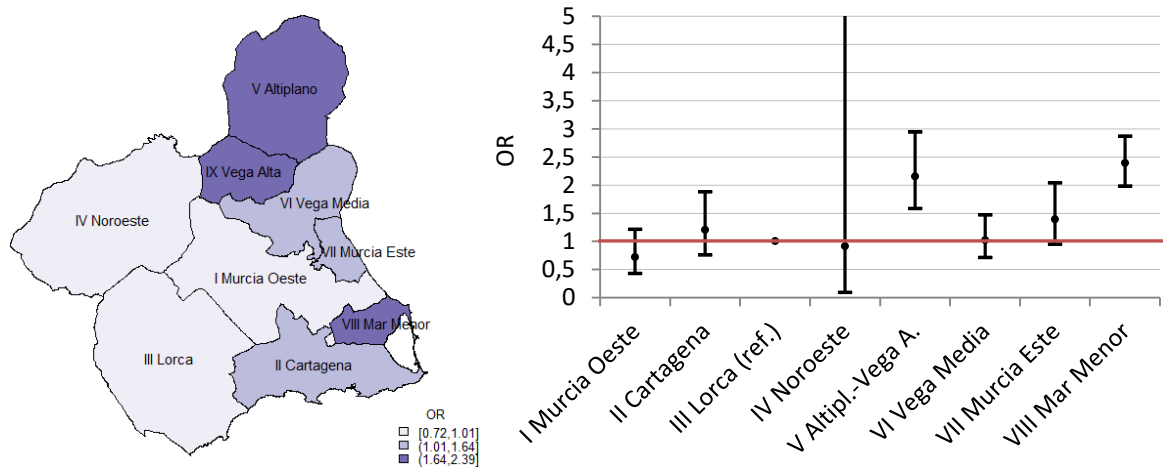
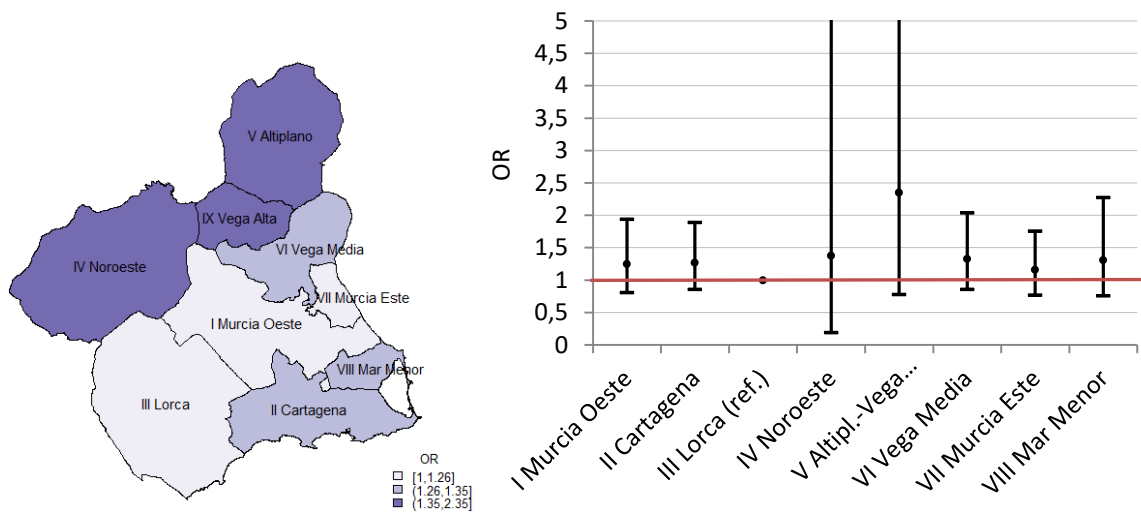


Figura 38. OR de trastorno del estado del ánimo en la vida por áreas de salud[§]

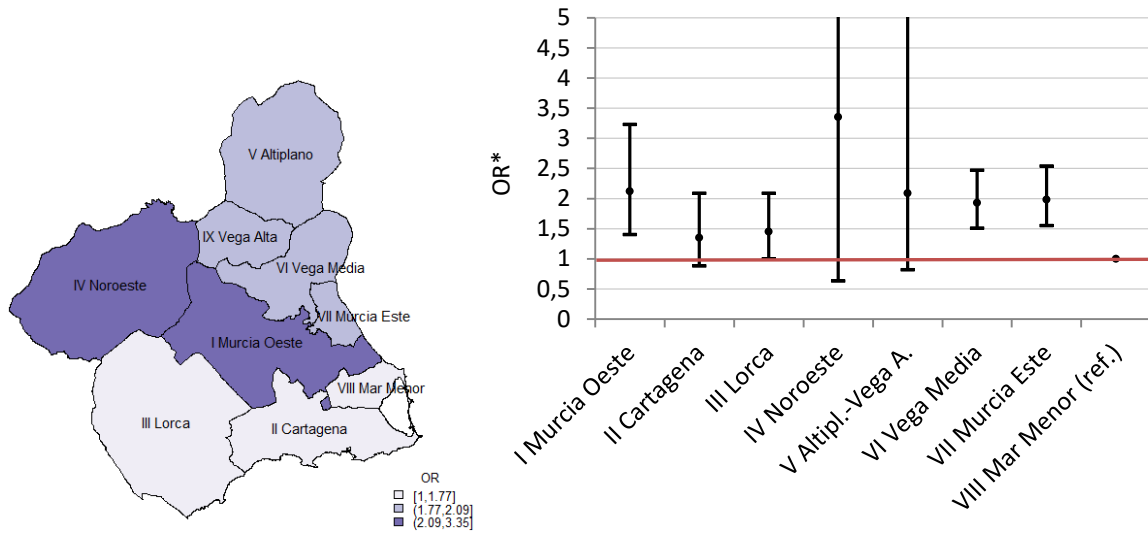


§: OR de trastorno mental ajustado por sexo, edad (continua), área sanitaria (III Lorca ref.), nivel educativo, tipo de residencia, ingresos, discapacidad, calidad de vida componente mental y física (ambas continuas).

§§: OR de trastorno mental ajustado por sexo, edad (continua), área sanitaria (III Lorca ref.) y tipo de residencia.

6.4.4 OR e IC95% de utilización de servicios sanitarios según regresión logística, modelo discapacidad-calidad

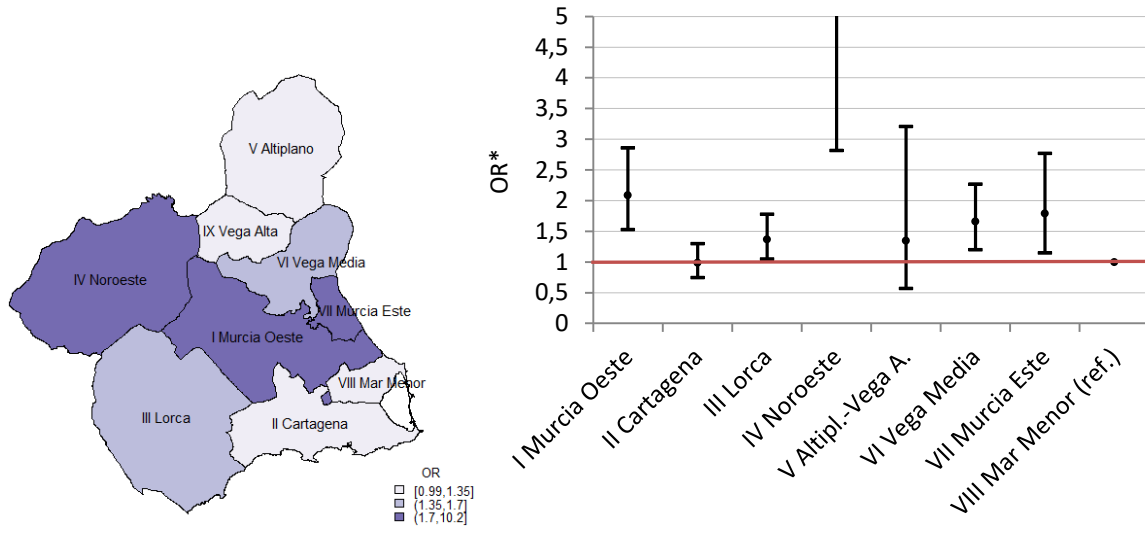
Figura 39. OR e IC95% de utilización de servicios sanitarios en la vida por áreas de salud: salud mental^{§§}



*: Máximo valor de OR = 17.7

§§:OR de utilización de servicios sanitarios ajustado por sexo, edad (continua), área sanitaria (IX Mar Menor ref.), nivel educativo, tipo de residencia, ingresos y discapacidad.

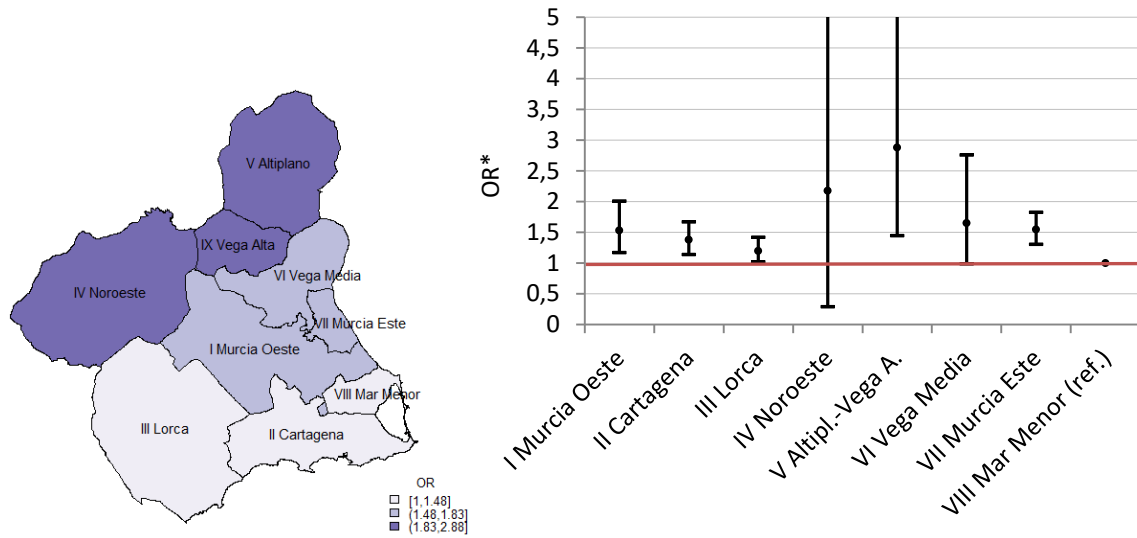
Figura 40. OR e IC95% de utilización de servicios sanitarios en personas con algún trastorno mental en la vida por áreas de salud: salud mental[§]



*: Máximo valor de OR = 37.03

§:OR de utilización de servicios sanitarios ajustado por sexo, edad (continua), área sanitaria (IX Mar Menor ref.), nivel educativo, tipo de residencia, ingresos, discapacidad, calidad de vida componente mental y física (ambas continuas).

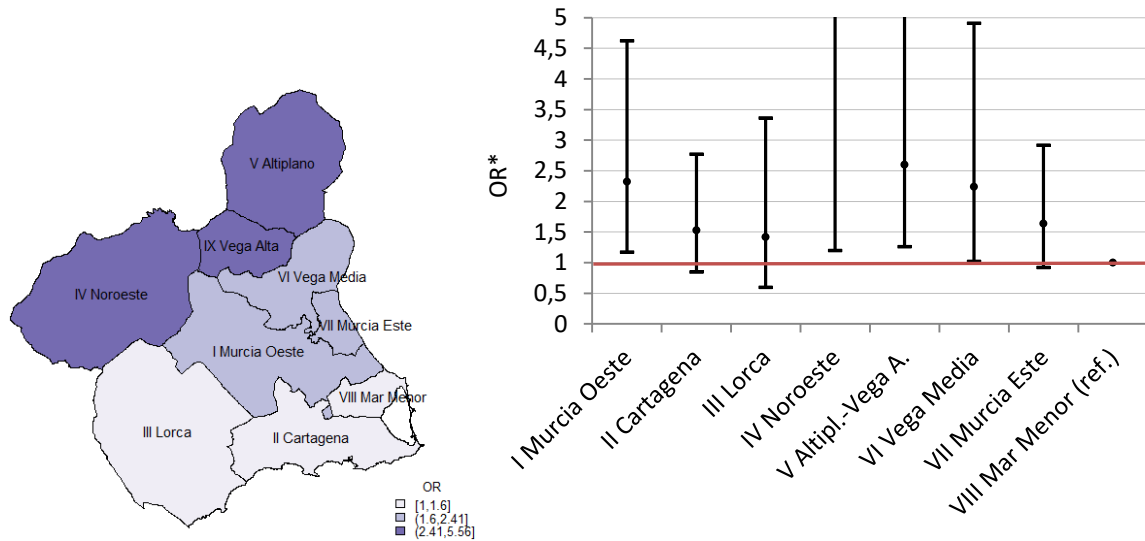
Figura 41. OR e IC95% de utilización de servicios sanitarios de salud en general en la vida por áreas de salud[§]



*: Máximo valor de OR = 16.32

§:OR de utilización de servicios sanitarios ajustado por sexo, edad (continua), área sanitaria (IX Mar Menor ref.), nivel educativo, tipo de residencia, ingresos, discapacidad, calidad de vida componente mental y física (ambas continuas).

Figura 42. OR e IC95% de servicios sanitarios de salud en general en personas con trastorno mental en la vida por áreas de salud[§]



*: Máximo valor de OR = 25.70

§: OR de utilización de servicios sanitarios por sexo, edad (continua), área sanitaria (IX Mar Menor ref.), nivel educativo, tipo de residencia, ingresos, WHODAS dicotomizada, calidad de vida componente mental y física (ambas continuas).

6.5 Tabla resumen de puntos destacados por áreas sanitarias

Las áreas sanitarias en la Región de Murcia han presentado heterogeneidad geográfica en cuanto a las prevalencias de los trastornos mentales en la vida, así como en ideación suicida y utilización de servicios, caracterizando a ciertas regiones sobre la enfermedad mental. En la siguiente tabla se resumen las principales características de cada área geográfica con respecto a aquella de referencia en las comparaciones de los diferentes indicadores estudiados:

Tabla 31. Análisis geográfico de los fenómenos estudiados alguna vez en la vida según áreas sanitarias en ambos sexos ⁴

Área	TM ¹	Ansiedad ¹	Ánimo ¹	Ideación suicida	Utiliz. Serv. SM ²	Calidad de vida ³	Discapacidad ³
I Murcia Oeste	Prevalencia elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Vega Media	Prevalencia de uso mayor con respecto al Mar Menor (ref.)	Segunda área con mayor calidad física y cuarta mental	Cuarta área con menor grado
II Cartagena	Prevalencia elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Vega Media	Prevalencia de uso similar al Mar Menor (ref.)		Segunda área con mayor discapacidad
III Lorca	Referente como área de menor prevalencia	Referente como área de menor prevalencia	Referente como área de menor prevalencia	Prevalencia similar con respecto a Vega Media	Prevalencia por encima del Mar Menor (ref.)	Tercera área con mayor calidad física y penúltima con peor calidad mental	Tercera área con mayor discapacidad
IV Noroeste	Estimación de prevalencia poco precisa, similar con respecto a Lorca (ref.)	Estimación de prevalencia poco precisa, similar con respecto a Lorca (ref.)	Estimación de prevalencia poco precisa, similar con respecto a Lorca (ref.)	Estimación de prevalencia poco precisa, similar con respecto a Vega Media	Estimación de prevalencia poco precisa, área de mayor prevalencia de uso, por encima del Mar Menor (ref.)	Área de menor calidad de vida, tanto física como mental	Área de mayor discapacidad
V Altiplano	Prevalencia, junto al Área IX Vega Alta, elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia, junto al Área IX Vega Alta, elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia, junto al Área IX Vega Alta, similar con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia, junto al Área IX Vega Alta, elevada con respecto a Vega Media	Prevalencia de uso, junto a Área IX Vega Alta, similar que el Mar Menor (ref.)	Área de mayor calidad de vida física y mental	Área de menor grado de discapacidad
VI Vega Media	Prevalencia elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Lorca (ref.)	Área de menor prevalencia	Prevalencia de uso mayor con respecto al Mar Menor (ref.)	Cuarta área de mejor calidad de vida física aunque ligeramente peor en la mental, por	Tercera área de menor discapacidad

Área	TM ¹	Ansiedad ¹	Ánimo ¹	Ideación suicida	Utiliz. Serv. SM ²	Calidad de vida ³	Discapacidad ³
						debajo de la regional	
VII Murcia Este	Prevalencia elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Vega Media	Prevalencia de uso por encima del Mar Menor (ref.)	Quinta área de mayor calidad de vida física y cuarta como mental	Cuarta área de mayor discapacidad, aunque similar a la Región
VIII Mar Menor	Prevalencia elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia similar con respecto a Vega Media	Área de menor prevalencia de uso de servicios	Penúltima área de peor calidad física, aunque no destacable la mental	Segunda área de menor discapacidad
IX Vega Alta	Área de mayor prevalencia, junto al Área V Altiplano, elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia, junto al Área V Altiplano, elevada con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia, junto al Área V Altiplano, similar con respecto a Lorca (ref.)	Prevalencia, junto al Área V Altiplano, elevada con respecto a Vega Media	Prevalencia de uso, junto a área V Altiplano, similar que el Mar Menor (ref.)	Tercera área de peor calidad de vida física aunque segunda mejor de calidad mental	Grado de discapacidad intermedio

1: Resultado del modelo multivariante completo de algún TM en la vida, referencia Área II Lorca por tener menor prevalencia de algún trastorno mental en la vida.

2: Resultado del modelo multivariante completo de utilización de servicios alguna vez en la vida, referencia Área VIII Mar Menor por tener prevalencia de menor uso de Servicios en Salud Mental en la vida. Medido sobre personas con algún trastorno mental en la vida.

3: Según estimación puntual de la media poblacional en el área sanitaria de la escala SF-12 sobre calidad de vida física y mental. Medido sobre personas con algún trastorno mental en la vida.

4: Color texto: en verde posición favorable, en rojo posición desfavorable, en negro posición no destacable, ello en cuanto a prevalencias comparadas con las áreas de referencia, según modelo de regresión logística y con escalas de calidad y discapacidad ordenadas de mayor a menor, destacando áreas primera y segunda de mayor puntuación en la escala y áreas última y penúltima con menor puntuación

7. DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

En este trabajo se han analizado a nivel geográfico las prevalencias de trastornos mentales en la Región de Murcia, así como de ideación suicida y utilización de recursos sanitarios entre las 9 áreas administrativas sanitarias para la población adulta residente. Se ha evidenciado que existen determinadas áreas con especial vulnerabilidad a mayor presencia de enfermedad, de ideación suicida y escaso uso de servicios asistenciales. Estas zonas han sido el Área V Altiplano y el Área IX Vega Alta, que han formado un clúster en la zona norte de la Región, acompañadas también de otra zona vulnerable como es el Área II Cartagena y área VIII Mar Menor. Estos territorios, además de presentar mayor prevalencia de enfermedad, han presentado una menor medida de empleo de servicios sanitarios en personas con la patología. Por el contrario han existido zonas del interior de la Región, como son el Área II Lorca y Área IV Noroeste donde la situación de la enfermedad y la utilización de servicios ha sido más favorable, además del Área VI Vega Media con menor ideación suicida.

A continuación se presentan estos hallazgos más detalladamente para su discusión.

7.1. Empleo de encuestas como sistema de información epidemiológica

La metodología empleada en el proyecto PEGASUS-Murcia, al formar parte de la *World Mental Health Survey Initiative* de la Organización Mundial de la Salud permite la comparación sus resultados con los obtenidos en otros países y regiones. Por tanto, la Región de Murcia dispone de una información epidemiológica sobre las enfermedades mentales que permite enfocar el estudio geográfico de la prevalencia de los trastornos mentales más comunes. Además, el tipo de muestreo utilizado por cada una de las 9 áreas sanitarias, permite analizar los resultados de forma que puedan aportar una información valiosa para la toma de decisiones en la planificación y gestión de los

servicios sanitarios donde se desarrollan programas de salud mental a través de políticas de Salud Pública sobre áreas más específicas y de menor escala.

Uno de los posibles destinos de la explotación de estas encuestas periódicas es la creación de sistemas de información sobre salud mental continuos. Estos sistemas son necesarios y en la actualidad escasean. Se necesitan emplear estándares metodológicos ya consolidados en otros sistemas para su comparabilidad y robustez (84) . En nuestro caso, el proyecto PEGASUS-Murcia utiliza diseños y análisis ya empleados en otras encuestas internacionales, no suponen un elevado coste, emplean herramientas de diagnóstico y son útiles para monitorear el estado mental de la población dentro de un sistema sanitario, con el objetivo de detectar cambios en la prevalencia de las enfermedades.

Además, para construir un sistema de información en salud mental suficientemente exhaustivo se necesita partir de muestras representativas recogidas en estudios trasversales, que garanticen un tamaño muestral de la población participante que permita el análisis por sexo, dadas las diferencias conocidas que existen en la prevalencia de las diferentes enfermedades mentales (9). Este trabajo ha evidenciado la necesidad de incrementar los tamaños muestrales, pese a la calibración de factores de ponderación en muestras complejas, en determinadas áreas con poca población o con sospecha de una participación limitada. Para el fenómeno de trastornos más específicos y poco prevalentes o sobre conducta suicida se hace aún más necesario el esfuerzo de incrementar el número de participantes por cada área para llegar a estimaciones precisas.

La detección de estas diferencias geográficas que se dan en un momento dado, como en un contexto temporal de recesión económica, con elevadas cifras de destrucción de empleo y con grandes desigualdades, ha sido posible dentro del proyecto PEGASUS-Murcia, a través de la encuesta con el cuestionario CIDI utilizado internacionalmente y con posibilidad de comparación entre regiones (95). Estas diferencias se han llegado a

detectar bajo un diseño muestral representativo por cada área sanitaria, por la definición de una de ellas como referencia y el empleo de medidas de exceso de riesgo de trastorno mental o de riesgo de no utilización de servicios en salud mental por parte del paciente psiquiátrico a través de modelos multivariantes que responden a una metodología consolidada y comparable (83). Ello ha permitido detectar que el Área V Altiplano y el Área IX Vega Alta necesitan valorar exhaustivamente la prevalencia de enfermedad y la utilización de servicios de salud mental de personas con trastornos mentales.

Dentro de un enfoque administrativo, para el análisis geográfico de las diferencias en salud y acceso a recursos, el proyecto PEGASUS-Murcia es una herramienta útil para establecer un sistema estándar de información epidemiológica sobre la patología mental en general y para detectar áreas de especial necesidad de dotación de servicios adecuados para la atención a los pacientes con enfermedades mentales, como sugieren algunos autores sobre el establecer modelos de información para la investigación de diferencias, carencias, cambios en el tiempo y comparabilidad entre zonas geográficas en Salud Mental (42). Además, el proyecto se considera como un sistema de referencia temporal, habiendo incluido la presencia de trastornos tanto en la vida como en el último año, en un contexto de crisis económica y como situación de referencia previa a cambios importantes sobre la sociedad, como situaciones de catástrofes naturales futuras, de crisis sanitarias, sobre auge económico o pre-pandemias.

Otra fuente utilizada en un sistema de información son las que se encuentra desde registros clínicos, especialmente a través de la historia clínica. Estos sistemas pueden estar dejando fuera información valiosa sobre personas con patología que no recurren a los servicios públicos de salud mental, generando sesgos en los propios sistemas ya que la información puede no estar normalizada, falta de información relativa a posibles confusores y dificultad para diferenciar casos prevalentes e incidentes (77) . El proyecto PEGASUS, dado que es un estudio observacional y por ende unido a las limitaciones asociadas a este diseño, suple las carencias de los sistemas de información a base de registros sanitarios ya que genera estimaciones poblacionales sobre prevalencia,

además de permitir analizar simultáneamente el efecto del área de residencia. Pese a ello, el proyecto que se ha llevado a cabo entre 2011-2012, no ha cumplido la característica de periodicidad en el tiempo, para que sea un sistema de información sistemático tal cual sugiere la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AETS y como reiteradamente lo vienen sugiriendo las Estrategias de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y los Planes de Salud Mental de la Región de Murcia, cuyos objetivos comparten en lo relativo a establecer sistemas de detección de zonas vulnerables y su evolución.

7.2. Método empleado para establecer diferencias geográficas en salud mental

Para poder realizar un análisis geográfico y epidemiológico de la salud mental en las áreas sanitarias de la Región de Murcia, la metodología aquí empleada a través de modelos de regresión logística ha servido para detectar la heterogeneidad geográfica de la epidemiología de la salud mental en nuestra Región, y con ello la necesidad de crear sistemas de información para una escala infra-regional con gestión sanitaria propia. Esta metodología no es de análisis espacial como los estudios de mortalidad o de incidencia del cáncer a nivel poblacional para los que las unidades espaciales son, por ejemplo, secciones censales. En nuestro estudio las unidades espaciales son las 9 áreas de salud, lo que representa un número bajo para estudiar efecto espacial de la distribución del fenómeno. Debido a este escaso número de unidades geográficas, se han podido establecer modelos de regresión con covariable área de salud y ver sus diferencias sobre la prevalencia.

Con los resultados obtenidos, se ha detectado la necesidad de estudiar más en profundidad las zonas no urbanas, donde se han hallado patrones heterogéneos entre ellas. Esto es debido a que las zonas rurales no son siempre homogéneas en cuanto al estado de salud poblacional, el nivel socioeconómico ni en acceso a recursos sanitarios (110). Sin embargo, el trabajo llevado a cabo por la Xunta de Galicia en 2017 de similar metodología, los modelos de regresión logística no hallaron diferencias entre este tipo

de zonas ni entre municipios en cuanto a prevalencias de trastornos mentales en la vida, en el último año ni sobre de ideación suicida (29).

Para el estudio de la epidemiología de la salud mental en nuestro caso, la estimación de la prevalencia poblacional de algún trastorno mental en la vida y en el último año para cada área sanitaria, ha alcanzado estimaciones con precisión estadística aceptable. Sin embargo, para trastornos más específicos, como ansiedad o del estado del ánimo en el último año, el tener un número bajo de casos ha propiciado falta de precisión en las estimaciones dentro de algunas zonas. Además, la información se ha estratificado por sexo, ya que se han evidenciado diferencias en la prevalencia de diferentes tipos de trastornos en la Región, siendo menos presente en hombres los trastornos de la ansiedad y la depresión que en las mujeres, y más prevalentes el consumo de sustancias (9). Para el caso de la ideación suicida, las estimaciones por áreas han ofrecido una precisión aceptable, tanto en la vida como en el último año. Sin embargo no se ha podido estimar con suficiente precisión la planificación ni la tentativa para el estudio del comportamiento suicida.

Otro punto a destacar ha sido el empleo de modelos multivariantes de regresión logística para estimar el efecto de la exposición área de residencia. Estos modelos han tenido la finalidad de detectar posibles diferencias específicamente geográficas en la prevalencias estudiadas ajustando por factores relativos a ingresos, nivel educativo, sexo, calidad de vida y discapacidad (9,111,112). Este análisis ha permitido, incluso para fenómenos poco prevalentes, la posibilidad de mejorar la detección de diferencias entre áreas de una forma más precisa, corroborando la hipótesis de partida de que la prevalencia de los trastornos mentales no se distribuyen por igual entre las áreas sanitarias. Ahora bien, los modelos aquí planteados han resultado satisfactorios para detectar diferencias territoriales siempre y cuando se ha estudiado la presencia de algún trastorno alguna vez en la vida y sobre la ideación suicida, así como en trastornos específicos de la ansiedad o del estado del ánimo. Con respecto a detectar diferencias entre áreas sobre prevalencias en el último año, la muestra recogida no ha sido

suficiente, generando modelos con una baja calidad de ajuste, por lo que sugiere un cambio en la construcción del modelo desde las variables independientes para este caso concreto de referencia temporal. En base a los modelos que han incluido variables de ajuste, se ha podido comprobar que en la mayoría de estos las diferencias entre áreas en cuanto a prevalencia de trastornos mentales se han mantenido, independientemente del modelo ajustado, mientras que en el caso de prevalencias relativas a servicios, las diferencias no se han mantenido en todos los modelos. Aún así, en este último análisis, con el modelo de regresión también hemos podido detectar diferencias entre áreas en cuanto a utilización, especialmente en servicios de salud mental, como también se han detectado en otros estudios recientes sobre unidades territoriales de gestión sanitaria (113).

Todas estas diferencias entre áreas sanitarias se han establecido como tales a partir de considerar una mayor prevalencia en un área determinada sobre otra de referencia de manera estadísticamente significativa. El criterio para establecer como referencia determina las diferencias geográficas. De cualquier modo, para comprobar si así se mantenían significativas estas diferencias geográficas independientemente del área de referencia considerada, se fue cambiando esta para comprobar si se mantenía el exceso de prevalencia en las áreas con excesos significativos detectados, donde ha persistido dicha significación en las áreas identificadas como más vulnerables a la patología o el uso de servicios.

El empleo de la regresión logística para la detección de áreas vulnerables sobre alguna determinada patología ya ha sido empleada anteriormente en estudios trasversales. Como ejemplo se tiene un estudio ya citado realizado por la Xunta de Galicia sobre la prevalencia en 2017 de ideación e intento de suicidio que recurrió a modelos de regresión logística para comparar el exceso de prevalencia en territorios de tipo urbano frente a rural (29). Otros trabajos publicados en la literatura científica también han trabajado con diseños de encuestas trasversales junto a estos modelos de regresión para cuantificar las diferencias de riesgo de enfermedad mental según el lugar de residencia,

caracterizado este por su tamaño poblacional, o por entorno rural/urbano o directamente por municipios, no por áreas sanitarias que implican menor escala (114–118). Incluso, podemos encontrar otro enfoque metodológico a través de modelos de regresión logística multinivel para el estudio de diferencias en la autopercepción de síntomas mentales según el barrio y las condiciones de este (119). Con todo ello, pese a ser una metodología de análisis empleada en el contexto de estudios trasversales, no es usual la utilización del área sanitaria como unidad de análisis geográfico para el estudio de la distribución de la prevalencia de la patología mental y utilización de servicios en salud.

7.3. Epidemiología de los trastornos mentales

El presente trabajo ha evidenciado que sufrir algún trastorno mental alguna vez en la vida es común en todas las áreas sanitarias, al igual que sucede en el conjunto regional (9). Pese a ello, se han detectado diferencias geográficas en la distribución de la prevalencia de los trastornos mentales entre las diferentes áreas sanitarias de la Región de Murcia. Las diferencias geográficas se han dado en lo relativo a los trastornos de la ansiedad en la vida, no así en los relativos al estado del ánimo que ha tenido una distribución geográfica similar. El Área III Lorca ha presentado la menor prevalencia de trastorno mental alguna vez en la vida en ambos sexos, tanto sobre ansiedad como en estado de ánimo, situándola como el área de menor morbilidad. Se trata de un área con gran dispersión de la población en entornos rurales, lo que concuerda con hallazgos ya descritos sobre menor prevalencia de patología mental (110,120,121) . Sin embargo, hace unos años se publicó el análisis específico del trastorno por estrés postraumático en el área de Lorca con la misma base de datos del proyecto PEGASUS-Murcia, en comparación con el resto de la Región de Murcia, para analizar el impacto de la exposición a los terremotos de Lorca del año 2011 (89). En ese estudio lorquino se identificaron diferencias significativas en la prevalencia en los últimos 12 meses en todos los trastornos mentales, con una significativa menor prevalencia con respecto a la regional, salvo para la prevalencia del trastorno por estrés post-traumático (Lorca: 3.6% vs resto de Murcia: 0.5%, $p \leq 0.05$) y sin diferencias para los trastornos del estado del

ánimo y adicción a sustancias. Por el contrario, el área IX Vega Alta del Segura ha sido, junto a su área vecina V Altiplano, las áreas que se ha identificado una mayor estimación puntual de prevalencia de los diferentes trastornos estudiados, a pesar del limitado tamaño muestral, salvo en el estado del ánimo que no se ha detectado diferencias entre áreas. Las estimaciones del Área IX Vega Alta han tenido mayor error de muestreo, no así el resto, lo que nos conduce a tomar estas elevadas prevalencias con cierto grado de incertidumbre. Esta mayor prevalencia puede ser debido en parte por la muestra seleccionada que ha sido únicamente de entornos no rurales, estando en línea con la evidencia ya estudiada de una leve asociación entre ansiedad y entornos urbanos (120), aunque los términos de rural y urbano no están estandarizados según la escala geográfica de comparación. Por otro lado, las diferencias sociales entre ambas áreas han sido que el Área IX Vega Alta ha tenido una muestra poblacional más envejecida, mayor desempleo y un inferior nivel económico que su área vecina. Otras áreas que también han presentado mayor prevalencia de algún trastorno mental han sido Área II Cartagena y Área VIII Mar Menor, también vecinas, donde esta última además ha destacado por mayor prevalencia de trastornos por ansiedad. Según datos de la Consejería de Salud de la Región de Murcia en 2015, a través del sistema de información Estratificación Poblacional por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), que miden la proporción anual de población de cobertura sanitaria con alguna patología específica desde bases de datos clínicas, todas estas áreas salvo la V Altiplano presentan prevalencias ligeramente superiores al conjunto regional para trastornos del estado del ánimo (depresión) especialmente en mujeres mayores de 65 años, mientras que el área III Lorca presenta menor prevalencia tanto en hombres como en mujeres sobre la población con cobertura sanitaria (122).

Se desconoce la causa de que las zonas de la Vega Alta del Segura (municipios de Cieza, Abarán y Blanca) y el Altiplano (municipios de Jumilla y Yecla) tengan mayor morbilidad mental que Lorca, que cuentan también con población residente en entornos rurales, aunque según el Censo oficial de 2011 del Instituto Nacional de Estadística, INE (www.ine.es/censos2011/tablas/Inicio.do), en estos municipios se registró una mayor tasa de paro, menor nivel de estudios y mayor tasa de inactividad laboral, así como

residencia en vivienda de mayor antigüedad y sin disponibilidad de una segunda residencia, todo ello con respecto al conjunto regional y especialmente con mayor diferencia en el caso de los municipios pertenecientes al Área IX Vega Alta. Únicamente el área VIII Mar Menor tuvo unas cifras similares a la Región. Ello puede estar evidenciando una mayor deprivación socioeconómica a través de unas condiciones sociolaborales más desfavorables en el área IX Vega Alta con mayor riesgo de trastornos mentales, especialmente trastornos por ansiedad. Sería conveniente analizar las características de esta área y tratar de identificar si se trata de una zona de especial vulnerabilidad en la enfermedad a través de estudios más exhaustivos.

7.4. Ideación suicida

La ideación suicida es un fenómeno poco prevalente en la Región con una mayor prevalencia en el caso de las mujeres (91), como así se ha detectado en todas las áreas sanitarias. Las diferencias nuevamente se han dado en el conjunto de área V Altiplano y Área IX Vega Alta, especialmente para la primera. Aunque existe una baja asociación entre ideación y mortalidad por suicidio (123) , un proyecto nacional publicado en 2016 incluía un atlas interactivo sobre la mortalidad por suicidio en España, donde los municipios de Yecla y Jumilla, es decir, el Área V Altiplano, mostraron una mayor tasa con respecto al conjunto nacional (124). Estas áreas también han destacado por una elevada prevalencia de ansiedad en la vida, donde según una revisión de la literatura se halló una asociación entre sufrir trastorno por ansiedad y mayor riesgo de ideación suicida, aunque esta asociación no se consideró suficientemente fuerte (125). Otros factores de riesgo sobre la ideación han sido identificados como tener algún trastorno mental, sexo femenino, edades jóvenes, no tener pareja, el nivel educativo o factores económicos (14,126) , donde el caso del área IX Vega Alta ha presentado en este trabajo mayor proporción de personas sin pareja o separados/divorciados, mayor tasa de inactividad laboral y prevalencia de patología mental. Además, cabe resaltar que en un trabajo de 2013 de la Consejería de Salud, en el área IX Vega Alta se dio una mayor tasa de atención hospitalaria sobre episodios de suicidio por habitantes, con un descenso en

los años posteriores (127), lo que nos sugiere poder considerar esta zona como de especial atención sobre la patología mental e ideación suicida, aunque se debe de monitorizar estos indicadores en el tiempo para comprobar continuidad.

7.5. Utilización de servicios sanitarios

Al igual que para el estudio de la prevalencia de los principales trastornos mentales desde el presente trabajo, un sistema de información que incluya también prevalencias de utilización de recursos en una escala infra-regional, como es en áreas sanitarias, también se puede ver condicionado a alcanzar suficientes tamaños de muestras para permitir el análisis específico en determinadas áreas sanitarias.

El área de menor prevalencia de utilización de servicios estimada ha sido el Área VIII Mar Menor. Cuando la persona tiene alguna patología mental, esta área continua siendo de la de menor prevalencia de uso en servicios de salud mental. Esta área en el momento de la encuesta no contaba con un centro de salud mental propio, pero en la actualidad esta situación ha cambiado. Tales circunstancias han servido para considerarla como un área de referencia en un escenario donde el uso de servicios sanitarios, especialmente los de salud mental, han sido muy bajos, de hecho los usuarios de servicios tales como psiquiatría o psicología se debían de trasladar al área II Cartagena. Además, esta área ha estado acompañada por las áreas II Cartagena, V Altiplano y IX Vega Alta en la baja utilización asistencial, unido a que han presentado una elevada prevalencia de patología mental, se trata de un hecho que se da en otros trabajos llevados a cabo sobre la baja prevalencia de utilización de servicios en personas con la patología (36,128). Estos hallazgos sugieren además que posiblemente la severidad en estas zonas no sea lo suficientemente elevada para que no se esté llegando a una prevalencia de uso de recursos acorde con la presencia de la enfermedad (35,128). Otros factores asociados a no hacer uso de servicios en pacientes con trastornos ya han sido descritos con anterioridad, donde destaca el sexo masculino, edades jóvenes o avanzadas, un nivel

educativo bajo, el convivir con pareja o estar casado y tener unos ingresos bajos (128). Todos estos factores se han tenido en cuenta para detectar diferencias entre las áreas y pese a ello estas áreas han presentado un bajo uso en servicios en salud mental. El enfoque geográfico pone de manifiesto que existen zonas vulnerables en cuanto a presencia de la enfermedad y demanda de recursos, como han sido las áreas vulnerables de Área II Cartagena, Área VIII Mar Menor y especialmente el conjunto de Área V Altiplano y Área IX Vega Alta, donde ha existido sistemáticamente en nuestros resultados una elevada morbilidad y una baja utilización de recursos asistenciales en salud mental entre aquellas persona con patología. Cerca de la mitad de personas con esta morbilidad no recibe tratamiento en España (36). Los motivos no se han recogido en este estudio, pero por otros estudios transversales de similares características como es la Encuesta Nacional de Salud 2011-12 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística INE, las principales razones de no utilización a servicios en salud en general fueron por tiempo de demora en ser atendido seguido de no acudir por posible próxima recuperación de la enfermedad, mientras que en pacientes de salud mental el no acceso (que no utilización) a servicios sanitarios fue por razones económicas reflejado en la misma encuesta del año 2017 (129). Además cabe resaltar que las áreas V Altiplano y IX Vega Alta, además de mayor prevalencia de trastornos, presentan mayor ideación suicida, donde un estudio mundial llevado a cabo en 2011 sobre encuestas nacionales detectó una baja prevalencia de utilización de recursos en personas con ideación suicida, especialmente en zonas de pocos recursos económicos, donde las principales razones fueron la baja percepción de necesidad de ayuda asistencial, además de razones económicas (130).

También se ha de mencionar el caso de Área II Cartagena, la cual tuvo la segunda mayor tasa de episodios de urgencia hospitalaria de trastornos mentales por habitante (17.7 episodios por cada 100 000 hab.), por detrás del Área VII Murcia-Este, según los datos recogidos en el informe de Urgencias hospitalarias a partir del CMBD de la Consejería de Salud en el año 2015 (el más próximo a la fecha de este trabajo disponible). De hecho, para el resto de áreas aquí destacadas como de bajo uso, estas cifras asistenciales fueron menores a la regional (131). El caso del Área V Altiplano, que según el trabajo de la

Consejería fue la que menor tasa de urgencia tuvo (8.9), sugiere un menor uso de servicios en salud mental especialmente en episodios agudos. Aunque estas cifras no indiquen un uso de recursos, sí nos aproximan a conocer la frecuentación de uso sobre atención hospitalaria de urgencia, que también se acumula a la sospecha de bajo uso en los episodios de ideación suicida.

En caso contrario se ha estado la Área IV Noroeste, que aunque haya tenido poca muestra y mostrar estimaciones con error de muestreo elevado, existe una baja prevalencia de patología mental y un mayor uso de servicios, especialmente en psiquiatría, lo que la convierte en un área donde se hace un uso suficiente de los recursos asistenciales. Este resultado lo podemos atribuir al hecho de que esta área tiene una baja densidad de población en un entorno rural y esta característica geográfica se asocia con mayor uso de servicios sanitarios en salud mental, con una mayor sensibilización por recurrir a servicios asistenciales que con respecto a otras zonas de mayor densidad (113).

Atendiendo a estos factores de contexto y siguiendo las indicaciones para elaborar atlas integrales de salud mental (42) e indicadores remendados por el Ministerio de Sanidad para describir el contexto sanitario y asistencial de una zona (25), en este trabajo se han recopilado un conjunto de aquellos que se encuentran accesibles desde fuentes oficiales (Anexo 3). Sobre los indicadores estructurales del sistema en cada área, podemos comprobar que estas cuatro áreas de baja utilización han contado en los años de realización de la encuesta recursos asistenciales no inferiores al resto de áreas, salvo el área VIII Mar Menor. En el caso del área V Altiplano, se trata de una zona con una elevada ratio de recursos asistenciales por habitante, pese a ser una de las más bajas densidades de población, lo que puede estar provocado por el desajuste de la demanda de estos pacientes sin motivo aparente, o bien motivado por la inaccesibilidad física a los recursos sanitarios, por cuestiones laborales o de otra índole que será necesario investigar. De igual modo, aunque en magnitud levemente inferior, los ratios asistenciales en el área IX de Vega Alta del segura también se entiende que dan una cobertura asistencial

suficiente, estando ésta cerca del conjunto regional pese a que se trata de un área con alta prevalencia de trastornos y bajo uso de servicios. Si nos fijamos ahora en el Área II Cartagena, encontramos que es el área de menor ratio de centros y programas de salud mental por habitante, lo que puede ser susceptible de mejora para adecuar la oferta y demanda de servicios en esta zona relativos a la salud mental. Aun con ello, el establecer relación entre los resultados de este trabajo observacional transversal obtenidos según áreas sanitarias sobre la utilización de servicios y su comparabilidad con la contextualización por diferentes indicadores es una técnica correlacional con importantes limitaciones, especialmente coyunturales. A la hora de detectar diferencias entre áreas sanitarias sobre utilización de servicios es recomendable emplear características individuales y contextuales de disgregación geográfica (132).

7.6. Comparativa con otros estudios

Comparar resultados aquí hallados entre las diferentes áreas de salud de la Región de Murcia con otros trabajos sobre estas mismas unidades de análisis no ha sido posible ya que no se ha encontrado ningún estudio transversal que, tanto en el diseño como en el análisis, haya tenido en cuenta una escala inferior a la comunidad autónoma. Aún con ello, estas cifras regionales comparadas con otros estudios también presentan resultados similares, donde el caso de la prevalencia de los trastornos mentales en Europa para el año 2013 se situó en el 33% de la población, con cifras para los trastornos más comunes tales como la depresión, ansiedad alrededor del 19% de la población (133). Estas cifras son similares a las recogidas entre las áreas sanitarias, salvo para aquellas detectadas como más vulnerables con prevalencias estimadas aún mayores.

A nivel nacional, la Encuesta Nacional de Salud ENSE no recoge información por área sanitaria, pese a esto, a nivel regional en el año 2011 la prevalencia estimada poblacional de haber sido diagnosticado de algún problema de salud mental en el último año (depresión o ansiedad) en la Región de Murcia fue del 22.9 [20.1,25.9], con el 18.1

[14.5,22.4] en hombres y el 26.9 [22.9,31.3] en mujeres, con cifras murcianas algo superiores a las nacionales y existiendo un gradiente de clase social, desfavorable para estratos sociales más bajos (71). En concreto, la estimación de la prevalencia de ansiedad en esta encuesta nacional fue del 7.5 en adultos (mujeres un 11.7 y hombres un 3.6), mientras que la de depresión se situó en un 8.4 (12.3 femenino, 4.6 masculino). Estos resultados contrastan con los del presente trabajo que han tenido cifras inferiores salvo en el caso de la ansiedad, aunque la comparabilidad de resultados entre estas encuestas está condicionada por las diferencias metodológicas, como por ejemplo las definiciones de enfermedad, instrumentos empleados a través de cuestionarios, diseños muestrales e información autodeclarada. Con respecto al propio cuestionario de la encuesta nacional, tanto las preguntas sobre las que se han medido prevalencia en adultos como en la medición de padecer algún trastorno fue a través del cuestionario GHQ-12, que es un instrumento de cribado y no de diagnóstico (134). Sobre los determinantes de la enfermedad referidos a clase social, en el caso de PEGASUS-Murcia, este factor se ha medido a través de nivel de estudios y renta económica, que no ha resultado ser especialmente de riesgo cuando se ha tenido en cuenta la calidad de vida y discapacidad del individuo, estas dos últimas sí han sido un factor de riesgo destacable junto con el área sanitaria. Sobre trastornos relativos a la ansiedad, se han dado estimaciones inferiores (especialmente en mujeres) a las aquí presentadas y superiores en el problema de depresión.

En Europa, según la *World Mental Health Survey (WMH)* en 2008 se estimó una prevalencia de ideación suicida alguna vez en la vida del 8.2% [7.6,8.8] (14). En nuestro país, según el estudio ESEMeD publicado en 2007, se estimó esta misma prevalencia en 4.4 [3.8,5.0], un 1.4 [1.0,1.8] en planificación alguna vez en la vida y un 1.3 [1.1,1.9] sobre tentativa (15). Para el caso de nuestra Región, la prevalencia de ideación suicida alguna vez en la vida estimada desde el proyecto PEGASUS-Murcia fue del 8.0 [6.9,9.1], de planificación un 2.1 [1.8,2.4] y de tentativa un 1.1 [0.9,1.3] (91). Se podría asumir, ya que la metodología lo permite, que la prevalencia de la ideación regional es superior a la nacional, convirtiendo a la Región de Murcia en una zona con mayor ideación, especialmente sobre las áreas II Cartagena, V Altiplano, VII Murcia Este y VIII Mar Menor.

Sobre acceso a la atención sanitaria, volviendo a la Encuesta Nacional de Salud, en este caso de 2017 (con una tasa de respuesta del 73.0% y con 29 195 personas entrevistadas), el 1% de la población española no ha podido acceder a la atención médica de salud mental por motivos económicos, siendo la prevalencia de haber hecho uso de un servicio sanitario en salud mental en el último año (psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra) del 5.4% en la población adulta, más en mujeres que en hombres, y cabe destacar que esta encuesta arroja un resultado sobre una evolución favorable entre 2011 y 2017 para el uso de estos profesionales, reflejando un aumento progresivo entre 2011 y 2017 en la población adulta (en el año 2011 ha sido del 3.5%). La mayoría de indicadores en este campo de la encuesta se han mantenido estables en los últimos años, salvo la utilización de servicios en salud mental en la población infantil (129). Estos resultados están por debajo de lo estimado en el presente proyecto, de nuevo con limitaciones en la comparabilidad por motivos metodológicos entre ambas encuestas.

Realizar comparaciones entre regiones sobre el estado de salud mental de una población se hace especialmente difícil al no haber estándares sobre la metodología e instrumentos a emplear. Pese a que es un objetivo el construir un sistema de indicadores sobre estas enfermedades, sigue existiendo falta de unificación y consenso para monitorizar la morbilidad mental. La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) no están orientadas a detectar diferencias geográficas a una escala más específica que la autonómica, lo que las lleva a no ser un instrumento útil para poder desarrollar políticas locales de distribución de recursos en salud mental. Pese a ello, algunos estudios han buscado un patrón geográfico que describa la heterogeneidad de la presencia de los trastornos mentales a escala de Comunidad Autónoma, que tratan de explicar la variabilidad entre zonas a través de la evaluación de factores individuales relacionados con la salud mental como lo son el apoyo social, la situación sociolaboral y factores contextuales de la zona donde reside la persona y el momento en que se miden que van desde el producto interior bruto o el

gasto per cápita en sanidad a la propia práctica clínica de la zona y los recursos de ésta (71).

7.7. Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones del proyecto PEGASUS-Murcia y del presente trabajo han sido:

1. El diseño transversal que, si bien permite el estudio de la asociación entre determinantes y enfermedad mental, limita la posibilidad interpretación causal de los hallazgos, ya que no se determina causa efecto. Sin embargo, estos hallazgos pueden proporcionar nuevas hipótesis, como las aquí creadas sobre determinadas áreas sanitarias con elevada morbilidad psiquiátrica e ideación suicida, lo que abre una nueva línea de investigar en posibles razones de desigualdades geográficas y focalizar esfuerzos en salud pública.

2. La información aquí recogida es autodeclarada frente al entrevistador, aunque algunas partes del cuestionario han sido llevadas a cabo por un psiquiatra clínico. Además, el cuestionario CIDI es suficientemente exhaustivo y adaptado al referente para el diagnóstico de la enfermedad mental, esto es, al cuestionario Structured Clinical Interview para DSN-IV (SCID) (95,96) .

3. Los resultados hallados pueden estar influidos por sesgos de información, ya que se trata de un cuestionario de larga duración (alrededor de 75 minutos la versión breve) y donde se recoge información prospectiva y retrospectiva, pudiendo existir sesgo de recuerdo, así como sesgo de no respuesta ante preguntas sobre salud mental, ya que se tratan de enfermedades con estigma, donde los entrevistados por razones culturales o de género rehúsan a ser sinceros (135). Ello conduce a posible infraestimación de la

prevalencia de determinados trastornos mentales (136) y de la utilización de los servicios sanitarios (137).

4. Este estudio recoge información en un momento dado, sin conocer la persistencia en el tiempo de estos resultados. Los años de recogida de la información han sido 2011 y 2012, donde además no se dispone de información pasada o más reciente por áreas sanitarias. De cualquier modo los indicadores aquí empleados, tanto de la prevalencia de trastornos mentales como de utilización de recursos sanitarios, el empleo de la referencia temporal a alguna vez en la vida ha sido el analizado y sobre el que se apoyan las estimaciones y diferencias geográficas sobre las que se apoyan nuestras conclusiones, intentando así evitar el efecto coyuntural que pueda tener la entrevista, que han sido bajo unas circunstancias de crisis económica en la Región.

5. El tamaño muestras ha sido escaso en determinadas áreas sanitarias, especialmente en el área IX Vega Alta del Segura y el área IV Noroeste, que además se ve reducido en las variables para el cálculo de prevalencia de la ansiedad y la utilización de servicios sanitarios con número reducido de entrevistados en la submuestra. Por ello encontramos estimaciones poco precisas que hay que tomar con cautela, especialmente en la estimación de las odds ratio para el análisis geográfico en determinadas áreas para los trastornos de la ansiedad y del ánimo. Para las diferencias geográficas ha sido necesaria la unión de las áreas IX Vega Alta del Segura y V Altiplano, ya que ambas presentaban menor muestra ya que son zonas donde ha habido menor población residente en el año 2011 y aunque geográficamente se tratan de áreas vecinas, pueden generar heterogeneidad de prevalencia y uso de recursos, sin quedar representadas las zonas rurales. Por ello, sería necesario ampliar el tamaño muestral para ganar potencia estadística en determinadas áreas sanitarias, especialmente sobre aquellas que presentan poca población y pocos casos prevalentes.

6. No se ha podido profundizar en estimaciones sobre patologías más específicas ni en algunas componentes del comportamiento suicida (planificación o tentativa) para no incurrir en elevados errores de muestreo en determinadas áreas de reducido tamaño muestral. De la misma forma, no se ha podido analizar la prevalencia en cada sexo o la prevalencia de algún trastorno mental en el último año y, por consiguiente, en la persistencia de estos. Ello conduce a la necesidad de llevar a cabo esfuerzos económicos en ampliar muestra si se pretende detectar necesidades más específicas en cada área para poder optimizar recursos asistenciales y sociales, así como dirigir medidas de prevención.

7. No se ha estudiado la severidad de la patología. Esto ha podido afectar a la detección de áreas de baja prevalencia en utilización de recursos, donde trastornos con mayor severidad sí presentan mayor uso que aquellos más leves (35,128). Esto puede estar afectando al resultado de utilización de servicios en salud mental en aquellas áreas de mayor prevalencia pero de baja severidad, que hacen uso de recursos en menor proporción.

9. No ha sido posible conocer la prevalencia de otros trastornos mentales y de abuso de sustancias que generan ingresos hospitalarios. Al igual que la limitación del tamaño muestral y la especificidad de los trastornos mentales, no ha sido posible conocer la prevalencia de otros trastornos sobre el impulso o las adicciones patológicas, delirium, de la personalidad o adaptativos dentro de cada área sanitaria, muy importantes también en la construcción del marco sobre políticas sanitarias en salud mental.

7.8. Fortalezas del estudio

1. Se trabajó con una muestra representativa a nivel de área sanitaria, sexo, edad y tipo de residencia para el conjunto de trastornos mentales, lo que ha permitido dar estimaciones poblacionales de varios efectos sobre prevalencia de morbilidad y

utilización de servicios. De hecho, este estudio transversal ha sido el primero llevado a cabo en la Región, con lo que lo convierte en un sistema de información sanitaria a escala local, que complementa a otras ya existentes (CMBD y DASE del Servicio Murciano de Salud - Servicio de Planificación) sobre trastornos de la ansiedad y del estado del ánimo, ayudando a la planificación de la salud mental en áreas administrativas.

2. Pese a las características del estudio, los eventos estudiados se han referenciado a preguntas clave sobre el estado mental referenciado a alguna vez en la vida, lo que permite eliminar el efecto circunstancial de la muestra y detectar diferencias geográficas de consistencia en el tiempo. No así para la referencia en el último año, que bien pueda verse afectada por el efecto contextual del momento de la entrevista, un momento en teoría de final de crisis socioeconómica (pérdidas de puestos de trabajo, ralentización de crecimiento económico y falta de financiación) que generó un incremento de la prevalencia de peor salud mental en la población española con el desempleo como mayor factor de riesgo (138), aunque como se ha visto en el presente trabajo, la situación laboral no ha sido un determinante para la patología mental, ni tampoco la económica.

3. En este trabajo se ha hecho uso de una metodología consolidada sobre la estimación de la prevalencia poblacional ajustada y posibles factores asociados, lo que hace posible la comparabilidad con otros estudios y en el tiempo. Concretamente, el proyecto PEGASUS ha empleado modelos de regresión logística multivariante sobre patologías mentales frecuentes y poco frecuentes, donde estos modelos son ampliamente utilizados por los estudios y publicaciones derivados de la *World Mental Health Survey Initiative* (WMH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

4. Se han empleado instrumentos de medida internacionales y validados. En este trabajo se ha empleado el cuestionario internacional CIDI de la OMS, que se trata de una entrevista estructurada que proporciona diagnósticos DSM-IV y CIE-10 de los diferentes

trastornos y está validada internacionalmente. El empleo de esta entrevista estándar permite la comparabilidad entre regiones y es empleada en estudios epidemiológicos de salud mental en más de 70 países.

5. Se ha recogido una amplia información sobre múltiples factores de riesgo sobre la patología así como otros resultados como lo son en la utilización de servicios. Además se han considerado potenciales confusores, como lo son nivel de ingresos, estado civil, situación laboral, discapacidad, calidad de vida y nivel educativo.

6. La metodología para la detección de diferencias geográficas se ha hecho a través del empleo de modelos de regresión logística multivariante como herramienta útil en el campo de la investigación científica en salud y epidemiología, tal y como se viene empleando en la WMH. Gracias al propio diseño del estudio ha sido posible detectar diferencias geográficas entre áreas sanitarias, una vez controlado posibles factores confusores individuales. Ello hace necesario el considerar el territorio en el diseño de una encuesta para adecuar la prevención y servicios.

7. El proyecto PEGASUS ha tenido un enfoque de Salud Pública. No solo se han recogido variables de salud mental, sino además de un amplio espectro asistencial y del entorno social de la persona de una manera exhaustiva, recogiendo la heterogeneidad entre áreas. Ello permite abordar la perspectiva de Salud Pública de la salud mental sobre el territorio, no únicamente dirigida al individuo, sino además a las condiciones de uso asistencial (133).

8. Se ha estudiado también la ideación suicida, un fenómeno estudiado únicamente sobre comunidades autónomas o provincias (139–142), donde particularmente en España ha experimentado un aumento de las tasas de mortalidad femenina desde 2010, reseñable en el caso de mujeres (16).

7.9. Recomendaciones para programas en salud mental local

1) Recomendaciones sobre sistemas de información epidemiológica:

Se hace necesario implementar sistemas de información epidemiológica con metodología común usada por diferentes organismos nacionales e internacionales. El ejemplo de la encuesta de salud mental del proyecto PEGASUS-Murcia, con un enfoque epidemiológico desde la salud pública, utiliza un método comparable entre regiones y en el tiempo que puede ser útil para la toma de decisiones sobre prevención y planificación que llevan a cabo redes de organización dentro del sistema de salud mental. Estos sistemas deben de recoger información de manera periódica para la monitorización de la salud mental a una escala inferior a la comunidad autónoma, contando con información de prevalencias y necesidades asistenciales del paciente. La escala geográfica se debe de reducir a unidades territoriales con capacidad de gestión sanitaria, ya que posibilita dar una respuesta más específica y óptima ante necesidades y deficiencias en áreas de especial vulnerabilidad de los trastornos mentales.

2) Recomendaciones específicas sobre prevalencia de enfermedad y uso de servicios en las áreas sanitarias:

- Las áreas más vulnerables detectadas por su alta prevalencia en la vida en la patología mental han sido el área IX Vega Alta del Segura, área V Altiplano, área II Cartagena y área VIII Mar Menor. Estas áreas, bien por su alta carga de enfermedad entre la población o bien por su escasa tendencia a utilizar los recursos sanitarios específicos en salud mental en la vida, las convierten en áreas donde hay que focalizar la investigación en conocer el por qué se produce desigualdad de presencia de enfermedad y de utilización de recursos asistenciales en salud mental tanto públicos como privados, buscando recoger factores contextuales e individuales no recogidos en este trabajo y que pudieran estar provocando la desigualdad geográfica.

- Sobre aquellas áreas detectadas con mayor prevalencia de morbilidad y no utilización de recursos, se hace necesario desarrollar ensayos comunitarios para hacer partícipes a la sociedad sobre el establecimiento de posibles causas que empujan a establecer desigualdad entre zonas geográficas en cuanto a la salud mental y en especial a la paradoja de la existencia de recursos sanitarios disponibles, como es el caso del área V Altiplano. Incluso en un ámbito tan limitante y de pérdida de calidad de vida física y mental como es la ideación suicida, se ha de diseñar proyectos participativos en comunidades de personas afectadas para conocer qué elementos del sistema pueden no estar llegando a satisfacer la demanda necesaria.

- Sobre la utilización de servicios, las áreas XIII Mar Menor, V Altiplano, IX Vega Alta del Segura y II Cartagena han evidenciado un menor uso de servicios de salud mental entre las personas con alguna patología. Sobre ellas se deben de emplear estrategias para acercar los servicios al paciente mental, especialmente en entornos urbanos o semiurbanos.

8. CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

- 1) El Proyecto PEGASUS-Murcia, como encuesta transversal diseñada sobre áreas sanitarias que emplea un cuestionario diagnóstico internacional, es una herramienta útil para poder detectar zonas de mayor prevalencia de trastornos mentales, ideación suicida y utilización de servicios en salud mental. Esta herramienta puede servir de apoyo en futuras toma de decisiones sobre distribución de recursos sanitarios a escala infra-regional.
- 2) En la prevalencia de trastornos mentales en la vida se han detectado diferencias geográficas: el área de salud III Lorca ha presentado la menor prevalencia mientras que las áreas V Altiplano y IX Vega Alta del Segura han sido las de mayor morbilidad mental. Este conglomerado, con unas condiciones socioeconómicas más deprivadas, se considera de especial vulnerabilidad a la enfermedad y en él se hace necesario establecer una estrategia específica sobre medidas preventivas y atención sanitaria en salud mental.
- 3) La ideación suicida también ha presentado diferencias entre las áreas sanitarias, donde aquellas con mayor prevalencia de trastornos mentales en la vida también han sido las de mayor ideación, esto es, las áreas V Altiplano y IX Vega Alta del Segura.
- 4) Han existido diferencias geográficas entre las áreas sanitarias en cuanto a los trastornos de la ansiedad en la vida, no así en los relativos al estado de ánimo. Para los primeros, las diferencias desfavorables han estado de nuevo en las áreas V Altiplano junto a la IX Vega Alta, acompañados también del área VIII Mar Menor.
- 5) En referente a la prevalencia de utilización de servicios sanitarios por parte de personas con algún trastorno mental en la vida, las áreas VIII Mar Menor, II Cartagena, V Altiplano y VIII Vega Alta han sido las que menor prevalencia de

utilización de servicios han mostrado, existiendo un bajo uso sobre aquellos con patología pese a tener suficiente oferta sanitaria, donde en ellas se hace necesario incentivar y facilitar el acceso a los recursos disponibles en salud mental.

- 6) Se debe destinar esfuerzo en conocer las causas subyacentes a la diferencia geográfica que presenta el norte de la Región de Murcia en relativo a prevalencia de morbilidad mental, especialmente en trastornos por ansiedad, ideación suicida y utilización de recursos en salud mental, en sus áreas del Altiplano (con municipios Jumilla y Yecla) y de la Vega Alta (de municipios Abarán, Cieza y Blanca).
- 7) Se hace necesario implantar un sistema periódico de información sanitaria en salud mental en base a encuestas poblacionales en la Región de Murcia que incluya información infra-regional, con la finalidad de conocer necesidades y adecuar oferta para una efectiva promoción, prevención y rehabilitación de la patología mental.

9. BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope [Internet]. World Health Organization; 2001 [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
2. Mental health action plan 2013 - 2020 [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506021>
3. Organización Mundial de la Salud, OMS. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. 2011 dic. (130th session, Provisional agenda item 6.2). Report No.: EB130/9.
4. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564779>
5. Montenegro CR, Ortega F. Thinking beyond implementation: context and culture in global mental health. *BMJ Glob Health*. diciembre de 2020;5(12):e004539.
6. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención - ClinicalKey [Internet]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134593416000105?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1134593416000105%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
7. Pedro-Cuesta J de, Noguer I, Garcia Lopez FJ, Rodriguez-Blazquez C. Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica. 2018; Disponible en: <https://repisalud.isciii.es/handle/20.500.12105/6906>
8. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc)*. 1 de abril de 2006;126(12):445-51.
9. Navarro-Mateu F, Tormo MJ, Salmerón D, Vilagut G, Navarro C, Ruíz-Merino G, et al. Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLoS One*. 2015;10(9):e0137293.
10. Chabaud F, Benradia I, Bouet R, Caria A, Roelandt JL. [Sociodemographic and mental health risk factors: Global and local conditions according to the Survey results «mental health in the general population» in 18 international locations]. *Encephale*. diciembre de 2017;43(6):540-57.
11. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2010;22(3):389-95.
12. Alonso J, Lépine JP, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 2:3-9.

13. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. Hoboken, NJ, US: Jossey-Bass/Wiley; 1999. xiv, 704 p. (Jacobs DG. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention).
14. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. febrero de 2008;192(2):98-105.
15. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. [Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study]. *Med Clin (Barc)*. 13 de octubre de 2007;129(13):494-500.
16. Cayuela A, Cayuela L, Sánchez Gayango A, Rodríguez-Domínguez S, Pilo Uceda FJ, Velasco Quiles AA. Suicide mortality trends in Spain, 1980-2016. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. junio de 2020;13(2):57-62.
17. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 19 de marzo de 2016;387(10024):1227-39.
18. Grigoroglou C, Munford L, Webb RT, Kapur N, Ashcroft DM, Kontopantelis E. Prevalence of mental illness in primary care and its association with deprivation and social fragmentation at the small-area level in England. *Psychol Med*. enero de 2020;50(2):293-302.
19. Gascon M, Zijlema W, Vert C, White MP, Nieuwenhuijsen MJ. Outdoor blue spaces, human health and well-being: A systematic review of quantitative studies. *Int J Hyg Environ Health*. noviembre de 2017;220(8):1207-21.
20. Fone D, White J, Farewell D, Kelly M, John G, Lloyd K, et al. Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: a multilevel population-based longitudinal study. *Psychol Med*. agosto de 2014;44(11):2449-60.
21. Kirkbride J, Coid JW, Morgan C, Fearon P, Dazzan P, Yang M, et al. Translating the epidemiology of psychosis into public mental health: evidence, challenges and future prospects. *J Public Ment Health*. junio de 2010;9(2):4-14.
22. Moreno B, García-Alonso CR, Negrín Hernández MA, Torres-González F, Salvador-Carulla L. Spatial analysis to identify hotspots of prevalence of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. octubre de 2008;43(10):782-91.
23. Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr Psychiatry Rep*. 17 de septiembre de 2018;20(11):95.
24. Amaddeo F, Salazzari D, Salinas-Perez JA. Is a geographical approach worthwhile for epidemiological research in mental health? *Epidemiol Psychiatr Sci*. febrero de 2015;24(1):38-41.
25. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud [Publicación en Internet] [Internet]. 2014. Disponible en: www.msssi.gob.es

26. Weltgesundheitsorganisation, editor. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 chapter V, primary care version. Seattle Toronto Bern Göttingen: Hogrefe and Huber; 1996. 95 p.
27. Shields RE, Korol S, Carleton RN, McElheran M, Stelnicki AM, Groll D, et al. Brief Mental Health Disorder Screening Questionnaires and Use with Public Safety Personnel: A Review. *Int J Environ Res Public Health*. 3 de abril de 2021;18(7):3743.
28. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2002;11(2):55-67.
29. Alvarez Mateos Raimundo GBM, Domínguez Santos María Dolores HAJM. Prevalencia de los trastornos mentales en Galicia [Internet]. Xunta de Galicia Servicio Gallego de Salud; 2017. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2620-es.pdf>
30. Montoya I, Esnaola S, Calvo M, Aldasoro E, Audicana C, Marí-Dell'Olmo M. Estimación de indicadores de salud en áreas pequeñas a partir de datos de la Encuesta de Salud de Euskadi. *Gac Sanit*. 1 de mayo de 2019;33(3):289-92.
31. Salvador-Carulla L, Alvarez-Galvez J, Romero C, Gutiérrez-Colosía MR, Weber G, McDaid D, et al. Evaluation of an integrated system for classification, assessment and comparison of services for long-term care in Europe: the eDESDE-LTC study. *BMC Health Serv Res*. 15 de junio de 2013;13:218.
32. Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, Martín M, Grané MS, Gibert K, Roca M, et al. A preliminary taxonomy and a standard knowledge base for mental-health system indicators in Spain. *Int J Ment Health Syst*. 1 de diciembre de 2010;4:29.
33. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2 de junio de 2004;291(21):2581-90.
34. Group BMJP. Health Care Needs Assessment: The Epidemiologically Based Needs Assessment Reviews. *BMJ*. 5 de noviembre de 1994;309(6963):1241.
35. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2 de junio de 2004;291(21):2581-90.
36. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry*. abril de 2007;190:299-306.
37. Teixeira SMA, Coelho JCF, Sequeira CA da C, Lluch I Canut MT, Ferré-Grau C. The effectiveness of positive mental health programs in adults: A systematic review. *Health Soc Care Community*. septiembre de 2019;27(5):1126-34.

38. Salvador-Carulla L, Romero C, Martínez A, Haro JM, Bustillo G, Ferreira A, et al. Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;405:24-32.
39. Romero-López-Alberca C, Gutiérrez-Colosía MR, Salinas-Pérez JA, Almeda N, Furst M, Johnson S, et al. Standardised description of health and social care: A systematic review of use of the ESMS/DESDE (European Service Mapping Schedule/Description and Evaluation of Services and DirectoriEs). *Eur Psychiatry.* septiembre de 2019;61:97-110.
40. Fernandez A, Salinas-Perez JA, Gutierrez-Colosia MR, Prat-Pubill B, Serrano-Blanco A, Molina C, et al. Use of an integrated Atlas of Mental Health Care for evidence informed policy in Catalonia (Spain). *Epidemiol Psychiatr Sci.* diciembre de 2015;24(6):512-24.
41. Salvador-Carulla L, Amaddeo F, Gutiérrez-Colosía MR, Salazzari D, Gonzalez-Caballero JL, Montagni I, et al. Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: the REMAST research protocol and its contribution to better integrated care. *Int J Integr Care.* diciembre de 2015;15:e042.
42. Salinas-Pérez JA, Gutiérrez-Colosia MR, Romero López-Alberca C, Poole M, Rodero-Cosano ML, García-Alonso CR, et al. Todo está en el mapa: Atlas Integrales de Salud Mental para la planificación de servicios. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria.* 1 de enero de 2020;34:11-9.
43. Rodríguez JAP. Indicadores Hospitalarios de la Región de Murcia 2017. Evolución 2004 – 2017. *Consejería Salud;* 2019.
44. Antó JM, Martínez Navarro JF, Sunyer J. La epidemiología ambiental. *Salud Pública.* Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1998. 259-271 p.
45. Evans GW. The built environment and mental health. *J Urban Health.* diciembre de 2003;80(4):536-55.
46. Jemal A, TL, Soerjomataram I, BF. The Cancer Atlas. Third Ed. Atlanta, GA [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2019 [citado 10 de noviembre de 2022]. Report No.: Third Ed. Disponible en: https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/10/ACS_CA3_Book.pdf
47. Martínez-Beneito MA, Vergara-Hernández C, Botella-Rocamora P, Corpas-Burgos F, Pérez-Panadés J, Zurriaga Ó, et al. Geographical Variability in Mortality in Urban Areas: A Joint Analysis of 16 Causes of Death. *Int J Environ Res Public Health.* 25 de mayo de 2021;18(11):5664.
48. Mental Health ATLAS 2017 [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514019>
49. Nykiforuk CIJ, Flaman LM. Geographic information systems (GIS) for Health Promotion and Public Health: a review. *Health Promot Pract.* enero de 2011;12(1):63-73.
50. Smith-East M, Neff DF. Mental Health Care Access Using Geographic Information Systems: An Integrative Review. *Issues Ment Health Nurs.* febrero de 2020;41(2):113-21.

51. Neighborhood differences in psychoses: Prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona - ClinicalKey [Internet]. [citado 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0920996409001662?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0920996409001662%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
52. Corpas-Burgos F, García-Donato G, Martínez-Beneito MA. Some findings on zero-inflated and hurdle poisson models for disease mapping. *Stat Med*. 15 de octubre de 2018;37(23):3325-37.
53. Bagheri N, Batterham PJ, Salvador-Carulla L, Chen Y, Page A, Caelear AL, et al. Development of the Australian neighborhood social fragmentation index and its association with spatial variation in depression across communities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. octubre de 2019;54(10):1189-98.
54. Pinault L, Thomson EM, Christidis T, Colman I, Tjepkema M, van Donkelaar A, et al. The association between ambient air pollution concentrations and psychological distress. *Health Rep*. 29 de julio de 2020;31(7):3-11.
55. Henson P, Pearson JF, Keshavan M, Torous J. Impact of dynamic greenspace exposure on symptomatology in individuals with schizophrenia. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238498.
56. Behrens-Wittenberg E, Wedegaertner F. Identifying Individuals at High Risk for Permanent Disability From Depression and Anxiety. *Front Psychiatry*. 2020;11:740.
57. Fone D, Dunstan F, Lloyd K, Williams G, Watkins J, Palmer S. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *Int J Epidemiol*. abril de 2007;36(2):338-45.
58. Chaix B, Merlo J, Subramanian SV, Lynch J, Chauvin P. Comparison of a spatial perspective with the multilevel analytical approach in neighborhood studies: the case of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use in Malmö, Sweden, 2001. *Am J Epidemiol*. 15 de julio de 2005;162(2):171-82.
59. Chaix B, Leyland AH, Sabel CE, Chauvin P, Råstam L, Kristersson H, et al. Spatial clustering of mental disorders and associated characteristics of the neighbourhood context in Malmö, Sweden, in 2001. *J Epidemiol Community Health*. mayo de 2006;60(5):427-35.
60. Gispert Magarolas R, Puig Oriol X, Palomera Fanegas E, Autonell Caldenteny J, Giné Giné JM, Ribas Serra G, et al. [Individual and ecological factors related to the geographical variability of psychological distress among small areas: a multilevel analysis in Catalonia, Spain]. *Rev Esp Salud Publica*. 2006;80(4):335-47.
61. Bower P, Grigoroglou C, Anselmi L, Kontopantelis E, Sutton M, Ashworth M, et al. Is health research undertaken where the burden of disease is greatest? Observational study of geographical inequalities in recruitment to research in England 2013-2018. *BMC Med*. 18 de mayo de 2020;18(1):133.
62. Salvador-Carulla L, Costa-Font J, Cabases J, McDaid D, Alonso J. Evaluating mental health care and policy in Spain. *J Ment Health Policy Econ*. junio de 2010;13(2):73-86.

63. Walsan R, Pai N, Dawes K. The relationship between environment and mental health: How does geographic information systems (GIS) help? *Australas Psychiatry*. junio de 2016;24(3):315.
64. Levav I, Rutz W. The WHO World Health Report 2001 new understanding--new hope. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2002;39(1):50-6.
65. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 8 de septiembre de 2007;370(9590):859-77.
66. Bhavsar V, Zhang S, Bhugra D. Conceptualizing globalization for mental health research. *Int J Soc Psychiatry*. marzo de 2019;65(2):87-91.
67. Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):464-74.
68. Hudson CG. Disparities in the geography of mental health: implications for social work. *Soc Work*. abril de 2012;57(2):107-19.
69. Chanoit PF, Nasr M. [Epidemiology and prevention of mental disorders]. *Ann Med Psychol (Paris)*. mayo de 1991;149(5):381-92.
70. Kessler RC, Haro JM, Heeringa SG, Pennell BE, Ustün TB. The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2006;15(3):161-6.
71. Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L. [Mental health in Spain and differences by sex, and by autonomous communities]. *Gac Sanit*. 2020;34(2):114-9.
72. Mulley AG. The global role of health care delivery science: learning from variation to build health systems that avoid waste and harm. *J Gen Intern Med*. septiembre de 2013;28 Suppl 3(Suppl 3):S646-653.
73. Clarke KC, McLafferty SL, Tempalski BJ. On epidemiology and geographic information systems: a review and discussion of future directions. *Emerg Infect Dis*. 1996;2(2):85-92.
74. Sierra López et al. Piédrola Gil. *Medicina preventiva y salud pública*.
75. Kramers PGN. The ECHI project: health indicators for the European Community. *Eur J Public Health*. septiembre de 2003;13(3 Suppl):101-6.
76. Gliklich RE, Dreyer NA, Leavy MB, editores. *Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide* [Internet]. 3rd ed. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 [citado 30 de noviembre de 2022]. (AHRQ Methods for Effective Health Care). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK208616/>
77. Thygesen LC, Ersbøll AK. When the entire population is the sample: strengths and limitations in register-based epidemiology. *Eur J Epidemiol*. agosto de 2014;29(8):551-8.
78. Salvador-Carulla L, Dimitrov H, Poole M, Ruiz Gutiérrez-Colosía M, Broshtilov, Romero C, et al. *DESDE-LTC Pilot Study. Comparison of availability of services for Long Term Care in Madrid (Spain) and Sofia (Bulgaria)*. 2011.

79. Bayesian Disease Mapping: Hierarchical Modeling in Spatial Epidemiology, Third Edition [Internet]. Routledge & CRC Press. [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.routledge.com/Bayesian-Disease-Mapping-Hierarchical-Modeling-in-Spatial-Epidemiology/Lawson/p/book/9780367781224>
80. Kulldorff M. Tests of Spatial Randomness Adjusted for an Inhomogeneity: A General Framework. *Journal of the American Statistical Association*. 1 de febrero de 2006;101:1289-305.
81. Salinas-Pérez JA, García-Alonso CR, Molina-Parrilla C, Jordà-Sampietro E, Salvador-Carulla L, GEOSCAT Group. Identification and location of hot and cold spots of treated prevalence of depression in Catalonia (Spain). *Int J Health Geogr*. 24 de agosto de 2012;11:36.
82. Furst MA, Gandré C, Romero López-Alberca C, Salvador-Carulla L. Healthcare ecosystems research in mental health: a scoping review of methods to describe the context of local care delivery. *BMC Health Serv Res*. 18 de marzo de 2019;19(1):173.
83. Navarro-Mateu F, Tormo M, Vilagut G, Alonso J, Ruíz-Merino G, Escámez T, et al. Epidemiology and genetics of common mental disorders in the general population: the PEGASUS-Murcia project. *BMJ Open*. 3 de diciembre de 2013;3(12):e004035.
84. Funk, Michelle, Ruiz MS, Caldas de Almeida, Miguel. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 p. 116.
85. Navarro-Mateu F, Rubio-Aparicio M, Cayuela P, Álvarez FJ, Roca-Vega A, Chirlaque MD, et al. The association of telomere length with substance use disorders: systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev*. 1 de diciembre de 2019;8(1):298.
86. Navarro-Mateu F, Quesada MP, Escámez T, Alcaráz MJ, Seiquer de la Peña C, Salmerón D, et al. Childhood adversities and 5-HTTLPR polymorphism as risk factors of substance use disorders: retrospective case-control study in Murcia (Spain). *BMJ Open*. 4 de septiembre de 2019;9(9):e030328.
87. Husky MM, Bharat C, Vilagut G, Salmerón D, Martínez S, Navarro C, et al. Birth-sex cohort alcohol use transitions in the general population: the cross-sectional PEGASUS-Murcia project. *Adicciones*. 1 de abril de 2020;32(2):94-104.
88. García Herrero AM, Sánchez-Meca J, Álvarez Muñoz FJ, Rubio-Aparicio M, Navarro-Mateu F. [Neuroticism and suicidal thoughts: a meta-analytic study]. *Rev Esp Salud Publica*. 16 de agosto de 2018;92:e201808049.
89. Navarro-Mateu F, Salmerón D, Vilagut G, Tormo MJ, Ruíz-Merino G, Escámez T, et al. Post-Traumatic Stress Disorder and other mental disorders in the general population after Lorca's earthquakes, 2011 (Murcia, Spain): A cross-sectional study. *PLoS One*. 2017;12(7):e0179690.
90. Navarro-Mateu F, Escámez T, Koenen KC, Alonso J, Sánchez-Meca J. Meta-analyses of the 5-HTTLPR polymorphisms and post-traumatic stress disorder. *PLoS One*. 2013;8(6):e66227.

91. Navarro-Mateu F, Salmerón D, Vilagut G, Husky M, Ballesta M, Chirlaque MD, et al. Childhood adversities and suicidal behavior in the general population. The cross-sectional PEGASUS-Murcia Project. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 21 de octubre de 2020;S1888-9891(20)30116-6.
92. Seoane T, Martín-Sánchez E, Martín JLR, Lurueña-Segovia S, Alonso Moreno FJ. Capítulo 3: La investigación a partir de la observación. *Estudios descriptivos. Estudios analíticos. SEMERGEN - Medicina de Familia*. 1 de mayo de 2007;33(5):250-6.
93. Sánchez GS, Rodríguez-Arango GO. Epidemiología y metodología científica aplicada a la pediatría (II): diseños de investigación epidemiológica. *Anales españoles de pediatría: Publicación oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*. 1998;49(5 (NOVIEMBRE)):527-38.
94. Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia [Internet]. *Murciasalud*. [citado 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/-/legislacion-154278?redirect=%2F-%2Flegislacion-154278>
95. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006;15(4):167-80.
96. Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):122-39.
97. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.
98. Harkness J, Pennell BE, Villar A, Gebler N, Aguilar-Gaxiola S, Bilgen I. Translation procedures and translation assessment in the World Mental Health Survey Initiative. *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. 2008;91-113.
99. Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v 3.0) for use in Spain | *Gaceta Sanitaria* [Internet]. [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/en-estadisticas-S0213911112002191>
100. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. marzo de 1996;34(3):220-33.
101. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):38-46.

102. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, et al. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* enero de 2009;39(1):33-43.
103. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976 [Internet]. World Health Organization; 1980 [citado 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>
104. S C, Cf L, M C, Cm B. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2 (WHODAS 2.0): remarks on the need to revise the WHODAS. *Cadernos de saude publica* [Internet]. 29 de julio de 2019 [citado 1 de diciembre de 2022];35(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31365697/>
105. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, Regidor E, Borrell C, Fernández E. [Odds ratio or prevalence ratio? Their use in cross-sectional studies]. *Gac Sanit.* 2003;17(1):70-4.
106. Wolter KM. Introduction to variance estimation. New York (N.Y.) : Springer,; 1985.
107. West BT, Sakshaug JW, Aurelien GAS. Accounting for Complex Sampling in Survey Estimation: A Review of Current Software Tools. *Journal of Official Statistics.* 1 de septiembre de 2018;34(3):721-52.
108. Andersen PK. 3. Applied Logistic Regression. 2nd edn. David W. Hosmer and Stanley Lemeshow. Wiley, New York, 2000. No. of pages: xii+373. Price: £60.95. ISBN 0-471-35632-8. *Statistics in Medicine.* 2002;21(13):1963-4.
109. Lemeshow S, Letenneur L, Dartigues JF, Lafont S, Orgogozo JM, Commenges D. Illustration of analysis taking into account complex survey considerations: the association between wine consumption and dementia in the PAQUID study. *Personnes Ages Quid. Am J Epidemiol.* 1 de agosto de 1998;148(3):298-306.
110. Jensen L, Monnat SM, Green JJ, Hunter LM, Sliwinski MJ. Rural Population Health and Aging: Toward a Multilevel and Multidimensional Research Agenda for the 2020s. *Am J Public Health.* septiembre de 2020;110(9):1328-31.
111. Stegmann ME, Ormel J, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G, Demyttenaere K, et al. Functional disability as an explanation of the associations between chronic physical conditions and 12-month major depressive episode. *J Affect Disord.* julio de 2010;124(1-2):38-44.
112. Scott KM, Collings SCD. Gender and the association between mental disorders and disability. *J Affect Disord.* septiembre de 2010;125(1-3):207-12.
113. L M, L SR, R J, B LE, S J. Investigating geographical variation in the use of mental health services by area of England: a cross-sectional ecological study. *BMC health services research* [Internet]. 9 de noviembre de 2021 [citado 22 de febrero de 2023];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34507575/>

114. Inder KJ, Handley TE, Johnston A, Weaver N, Coleman C, Lewin TJ, et al. Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location. *BMC Psychiatry*. 23 de julio de 2014;14:208.
115. Butterworth P, Kelly BJ, Handley TE, Inder KJ, Lewin TJ. Does living in remote Australia lessen the impact of hardship on psychological distress? *Epidemiol Psychiatr Sci*. 3 de abril de 2017;27(5):500-9.
116. Wu X, Tao S, Zhang Y, Li S, Ma L, Yu Y, et al. Geographic Distribution of Mental Health Problems Among Chinese College Students During the COVID-19 Pandemic: Nationwide, Web-Based Survey Study. *J Med Internet Res*. 29 de enero de 2021;23(1):e23126.
117. Astell-Burt T, Feng X. Health and the 2008 Economic Recession: Evidence from the United Kingdom. *PLoS One*. 20 de febrero de 2013;8(2):e56674.
118. McDowell RD, Ryan A, Bunting BP, O'Neill SM, Alonso J, Bruffaerts R, et al. Mood and anxiety disorders across the adult lifespan: a European perspective. *Psychol Med*. marzo de 2014;44(4):707-22.
119. Reijneveld SA, Verheij RA, de Bakker DH. The impact of area deprivation on differences in health: does the choice of the geographical classification matter? *J Epidemiol Community Health*. abril de 2000;54(4):306-13.
120. Kovess-Masféty V, Alonso J, de Graaf R, Demyttenaere K. A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study. *Can J Psychiatry*. diciembre de 2005;50(14):926-36.
121. Inder KJ, Holliday EG, Handley TE, Fragar LJ, Lower T, Booth A, et al. Depression and Risk of Unintentional Injury in Rural Communities-A Longitudinal Analysis of the Australian Rural Mental Health Study. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de septiembre de 2017;14(9):1080.
122. Titos Gil S, Abellán Pérez V, Palomar Rodríguez JA. Estratificación poblacional según la morbilidad, Región de Murcia 2015 [Internet]. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.; 2015. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/377864-1608_Informe_estratificacion_2015.pdf
123. Harmer B, Lee S, Duong T vi H, Saadabadi A. Suicidal Ideation. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
124. Francisca Corpas Burgos, Carlos Vergara Hernández, Paloma Botella Rocamora, Jordi Pérez Panadés, Hèctor Perpiñán Fabuel, Miguel Ángel Martínez Beneito. Atlas Nacional de Mortalidad en España ANDEES [Internet]. FISABIO y Dirección General de Salud Pública de la Generalitat Valenciana; 2016 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://medea3.shinyapps.io/atlas_nacional/
125. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. febrero de 2016;43:30-46.

126. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med.* febrero de 2011;72(4):608-16.
127. García Pina R, Monteagudo Pérez JF. Suicidio y urgencias hospitalarias. Servicio Murciano de Salud. 2013 - 2020. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2203. Murcia [Internet]. Consejería de Salud de la Región de Murcia; 2022. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/506629-2203_El_suicidio_a_traves_de_la_asistencia_sanitaria_V6.pdf
128. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet.* 8 de septiembre de 2007;370(9590):841-50.
129. SG Información Sanitaria. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
130. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, et al. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry.* julio de 2011;199(1):64-70.
131. Gómez Gómez JH, Hernando Arizaleta L. Urgencias hospitalarias a partir del CMBD. Servicio Murciano de Salud, 2013. Indicadores poblacionales: otros indicadores y motivos de consulta/diagnósticos. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1509. Murcia. Consejería Sanidad y Política Social; 2015.
132. O'Campo P. Invited commentary: Advancing theory and methods for multilevel models of residential neighborhoods and health. *Am J Epidemiol.* 1 de enero de 2003;157(1):9-13.
133. World Health Organization. Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013–2020 [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2015 [citado 1 de diciembre de 2022]. 19 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672>
134. Gureje O, Obikoya B. The GHQ-12 as a screening tool in a primary care setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* septiembre de 1990;25(5):276-80.
135. Thomas SP. The WHO World Mental Health Survey: its strengths and weaknesses. *Issues Ment Health Nurs.* 2008;29(2):99-100.
136. Simon GE, VonKorff M. Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiol Rev.* 1995;17(1):221-7.
137. Ritter PL, Stewart AL, Kaymaz H, Sobel DS, Block DA, Lorig KR. Self-reports of health care utilization compared to provider records. *J Clin Epidemiol.* febrero de 2001;54(2):136-41.
138. Gili M, García Campayo J, Roca M. [Economic crisis and mental health. SESPAS report 2014]. *Gac Sanit.* junio de 2014;28 Suppl 1:104-8.

139. Borrell C, Mari-Dell'Olmo M, Gotsens M, Calvo M, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, et al. Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. *BMC Public Health*. 4 de octubre de 2017;17(1):772.
140. Santurtún M, Santurtún A, Zarrabeitia MT. Does the environment affect suicide rates in Spain? A spatiotemporal analysis. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2018;11(4):192-8.
141. Alameda-Palacios J, Ruiz-Ramos M, García-Robredo B. [Suicide Mortality in Andalusia, Spain: geographical Distribution and Relationship with Antidepressants, Altitude and Socioeconomic Inequalities]. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(3):283-93.
142. Salmerón D, Cirera L, Ballesta M, Navarro-Mateu F. Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of undetermined intent in Spain, 1991-2008. *J Public Health (Oxf)*. junio de 2013;35(2):237-45.

10. ANEXOS

10.ANEXOS

Anexo 1. Descripción de la versión adaptada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS (OMS-CIDI) utilizada en el proyecto PEGASUS-Murcia

Sections	Module	Number of items	Rules for administration*
Household listing	Methodological	5	All respondents
screening (SCR)	Screening	51	All respondents
Minimental state examination	Risk factors		If older than 60 years old
Quality/lie subscale‡	Functioning and physical disorder	24	Random assignment to the beginning of the questionnaire or at the end
Depression	Mood disorder	189	Screening questions (SCR)
Mania	Mood disorder	95	Screening questions (SCR)
Panic disorder	Anxiety	106	Screening questions (SCR)
Specific phobia	Anxiety	143	Screening questions (SCR)
Social phobia	Anxiety	85	Screening questions (SCR)
Agoraphobia	Anxiety	84	Screening questions (SCR)
General anxiety disorder	Anxiety	116	Screening questions (SCR)
Suicidality	Other diagnostic	46	All respondents
Use of services	Treatment	243	All respondents
Group of questions (tobacco and physical exercise)	Risk/protective factors	22–32	All respondents
Pharmacoepidemiology	Treatment	241	All respondents
Substances	Substance abuse	182	Long path
Post-traumatic stress disorder	Anxiety	464–491	Long path
Chronic conditions	Functioning and physical disorder	201	Long path
30 days functions	Functioning and physical disorder	75	Long path
30 days symptoms	Functioning and physical disorder	75	Long path
Eating disorders	Other diagnostic	80	50% of long path
Obsessive-compulsive disorder	Anxiety	124	33% of long path
CAPE	Psychosis	42–84	All respondents
CFQ	Risk factors	25	All respondents
SLE	Risk factors	13–39	All respondents
Neuroticism and extroversion subscales‡	Risk/protective factors	12	All respondents
Resilience scale	Protective factors	25	All respondents
Employment	Sociodemographics	121	Long path
finances	Sociodemographics	21	Long path
Marriage	Sociodemographics	91	All respondents
Partner violence	Risk factors	2–15	All respondents
Children	Sociodemographics	44	Long path
Social networks	Risk/protective factors	16	All respondents
Adult demographics	Sociodemographics	68	Long path
Child demographics	Sociodemographics	34	Long path
Demographic short	Sociodemographics	25–36	Long path
Childhood	Risk/protective factors	110	Long path
Attention hyperactivity	Childhood	90	Long path and screening
Oppositional defiant	Childhood	46	Long path and screening
Conduct disorder	Childhood	54	Long path
Separation anxiety disorder	Childhood	86	Screening questions (SCR)
Family burden	Risk factors	40	Long path
Quality/lie subscale‡	Functioning and physical disorder	26	Random assignment to the beginning of the questionnaire or at the end
Respondent contacts	Methodological	19	All respondents
Interviewer observation	Methodological	14	All respondents

*Long path inclusion criteria: (1) all individuals who could be considered as 'high-risk individuals', because they had positively answered a number of specific questions related to mood and anxiety disorders, and (b) a random subsample (25%) of the respondents without symptoms ('low-risk individuals'). The remaining 75% of respondents without screening symptoms not randomly selected for the long path followed the short path of the questionnaire.

‡Neuroticism and extroversion subscales of the abbreviated version of the Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A).

‡Lie subscale of the abbreviated version of the EPQR-A; PEGASUS-Murcia, Psychiatric Enquiry to General Population in Southeast Spain-Murcia.

CAPE, Community Assessment of Psychic Experiences; CFQ, Cognitive Failure Questionnaire; EQ-5D, European Quality of Life Scale; SF-12 v2, Short Form 12 Health Questionnaire; SLE, Stressful Life Events.

Anexo 2. STROBE Checklist para estudios epidemiológicos observacionales
 trasversales sobre el presente trabajo

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	13-16
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	13-16
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	19-67
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	79
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	83
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	84
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	86-87
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	93-97
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	94-97
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	86-88,91
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	88
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	93-97
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	97-102
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	No aplic.
		(c) Explain how missing data were addressed	No aplic.
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	98

(e) Describe any sensitivity analyses			No aplic.
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	87-88
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	87-88
		(c) Consider use of a flow diagram	87-88
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	107
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	-
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	1220-165
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	131-139
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	131-139
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	131-139
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	131-139
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	171-185
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	186-188
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	183-186
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	188-190
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	102

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Anexo 3. Indicadores contextuales sobre áreas sanitarias: estructurales, asistenciales y de salud. Región de Murcia, 2011/12

Tabla 32. Contexto de sanitario sobre los principales indicadores en salud mental descriptivos por áreas sanitarias. Región de Murcia

Indicador año 2011/12	Área									Total
	I M. Oeste	II Cartag.	III Lorca	IV NOest.	V Altipl.	VI V. Med.	VII M. Este	VIII Mar M.	IX V. Alta	
Estructurales										
Densidad pobl. N ^o hab/Km ²	146	241	71	30	37	296	781	346	96	129
Media habitantes por ZBS	17 215	16 863	15 734	12 001	19 861	15 377	16 459	20 792	13 703	16 303
% Nivel económico bajo o medio bajo ^a	76,2%	34,3%	44,6%	56,6%	56,0%	46,3%	75,5%	48,5%	75,3%	55,1%
% Nivel educativo sin estudios/primaria ^a	25,4%	25,0%	30,6%	35,2%	26,1%	11,0%	26,2%	25,7%	27,3%	24,2%
Asistenciales										
N ^o Psiquiatras/10 ⁵ hab.	1.9	6.3	5.8	8.1	9.9	4.3	9.0	0.0	7.3	5.3
N ^o prof. drogod./10 ⁵ hab.	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.3
N ^o enfermero/10 ⁵ hab.	1.9	5.2	5.2	8.1	8.2	2.7	7.0	0.0	5.5	4.4
N ^o trabajador social/10 ⁵ hab.	1.6	4.5	5.8	6.7	8.2	2.7	6.5	0.0	3.6	4.0
N ^o terapeutas/10 ⁵ hab.	0.4	1.7	2.3	1.3	1.6	0.8	2.5	0.0	0.0	1.3
N ^o total de recursos prof/10 ⁵ hab.	7.8	27.1	28.3	32.4	36.2	13.2	36.0	0.0	20.0	21.1
Centros de Salud Mental	4	1	2	1	2	2	1	0	1	14
C. At. Drogodependientes	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total centros /10 ⁵ hab.	1.6	0.3	1.2	1.3	3.3	0.8	1.0	0.0	1.8	1.0
Programas atención adultos	4	1	2	1	2	2	1	0	1	15
Programas atención infanto-juvenil	2	1	2	1	2	1	0	0	0	10
Programas rehabilit. psiquiátrica	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Programas atención drogodependientes	1	1	2	1	2	0	0	0	1	8
Total programas /10 ⁵ hab.	2.7	1.4	4.0	4.0	9.9	1.2	0.5	0.0	3.6	2.2
Salud										
Razón de mortalidad estándar, RME	99.5	100.9	111.5*	104.9	105.2	91.3*	94.5*	94.2	112.1*	100.0
RME Causas externas	86,8	94,4	146,0*	86,6	151,1*	86,1	88,5	89,8	130,1	100,0
RME TM abuso alcohol	96.6	120.8	144.8	-	416.3	1502.9	63.1	-	-	100.0
RME Suicidio y lesiones autoinfligidas	108.8	86.2	139.3	79.3	127.0	276.3	89.9	129.7	179.7	100.0
Razón años potenc. vida perdidos, RAPVP	92,5	107,5	122,0*	111,6	98,2	84,6*	87,7	104,2	124,9	100,0
RAPVP Causas externas	80,4	102,8	139,4	119,7	166,4	79,2	76,0	99,4	145,2	100,0
Total episodios psiquiatría /10 ⁵ hab.	210,9	186,7	142,1	234,1	201,3	173,8	179,3	156,9	158,6	189,4

Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria de la Consejería de Sanidad, Recursos asistenciales y Conjunto Mínimo de Datos CMBD

Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia, CREM

Los programas de atención son relativos al año 2012 * RME o Razón de años potenciales significativa con p<0.05 a: Estimado a través de la muestra PEGASUS-Murcia

Tabla 33. Contexto sanitario sobre programas asistenciales en salud mental por áreas sanitarias en 2012. Región de Murcia

Área MS 2009	Descriptivo Área MS 09	Centro	Descriptivo Centro	Municipio	Adultos	Infanto Juvenil	Drogodep.	Rehab	U.H.P
1	Murcia Oeste	CAD	CAD DE Murcia	Murcia			X		HVA/RA
1	Murcia Oeste	CSM	CSM Alcantarilla	Alcantarilla	X				HVA/RA
1	Murcia Oeste	CSM	CSM H Virgen de la Arrixaca	Murcia	X				HVA/RA
1	Murcia Oeste	CSM	CSM Mula	Mula	X	X			HVA/RA
1	Murcia Oeste	CSM	CSM San Andrés	Murcia	X	X		X	HVA/RA
1	Murcia Oeste	URC	URC Día HP Román Alberca	Murcia				X	HVA/RA
2	Cartagena	CSM	CSM Cartagena	Cartagena	X	X	X	X	HRosell
2	Cartagena	CSM	URC Día de Cartagena	Cartagena				X	HRosell
3	Lorca	CSM	CSM Águilas	Águilas	X	X	X		HRMen
3	Lorca	CSM	CSM Lorca	Lorca	X	X	X	X	HRMen
4	Noroeste	CSM	CSM Caravaca	Caravaca	X	X	X		
5	Altiplano	CSM	CSM Jumilla	Jumilla	X	X	X		
5	Altiplano	CSM	CSM Yecla	Yecla	X	X	X		
6	Vega Alta del Segura	CSM	CSM H Morales Meseguer	Murcia	X				HMM
6	Vega Alta del Segura	CSM	CSM Molina de Segura	Molina de Segura	X	X			HMM
7	Murcia/Este	CSM	CSM Infante	Murcia	X				HRS
9	Vega Alta del Segura	CAD	CAD de Cieza	Cieza			X		
9	Vega Alta del Segura	CSM	CSM Cieza	Cieza	X				

CAD: Centro de atención a drogodependientes CSM: Centro de salud mental

URC: Unidad de rehabilitación y centro de día U.H.P.: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria de la Consejería de Sanidad, Recursos asistenciales

