



# SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



MINISTERIO  
DE ECONOMÍA, INDUSTRIA  
Y COMPETITIVIDAD

MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD



Instituto  
de Salud  
Carlos III



Red  
Nacional de  
Vigilancia  
Epidemiológica

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
Instituto de Salud Carlos III  
Ministerio de Economía y Competitividad  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
Monforte de Lemos, 5 – Pabellón 12  
28029 MADRID (ESPAÑA)  
Tel.: 91 822 26 12  
Fax: 91 387 78 16

Catálogo general de publicaciones oficiales:  
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Para obtener este informe de forma gratuita en Internet (formato pdf):  
<http://publicaciones.isciii.es>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es/>

EDITA: CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA  
Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

N.I.P.O. pdf: 062-17-0373  
N.I.P.O. e-pub: 062-17-0389  
I.S.B.N.: No (Free online version)

Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.  
Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID

**Editores:**

Jesús de Pedro Cuesta  
Isabel Noguer Zambrano  
Fernando García López  
Carmen Rodríguez Blázquez  
*Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

**Autores participantes:**

Javier Almazán Isla  
*Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

Manuel Arrojo Romero  
*Facultativo Especialista de Área. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela.*

Miquel Bernardo Arroyo  
*Director de la Unidad de Esquizofrenia, Hospital Clínic de Barcelona. Profesor Titular de Psiquiatría de la Universitat de Barcelona.*

Antonio Bulbena Vilarrasa  
*Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universitat Autònoma Barcelona. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, Parc de Salut Mar. Barcelona.*

Jesús de Pedro Cuesta  
*Centro Nacional de Epidemiología y Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

Rafael Fernández-Cuenca  
*Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III y Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.*

Iñaki Galán Labaca  
*Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

Fernando José García López  
*Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

Juan Manuel González Pérez  
*Responsable área clínica. Subdirección Xeral de Sistemas y Tecnologías de la Información. Conselleria de Sanidade. Santiago de Compostela.*

Mariana Haebeler  
*Epidemiologist, QuintilesIMS. Madrid.*

Esther Jordà Sampietro  
*Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.*

Cristina Molina Parrilla  
*Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.*

M.ª Consuelo Morant Ginestar.  
*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid.*

Isabel Noguer Zambrano  
*Directora. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

Alicia Padrón-Monedero  
*Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

Diego José Palao Vidal  
*Director ejecutivo de Salud Mental, Hospital Universitario Parc Taulí. Profesor Titular de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona.*

Mario Páramo Fernández  
*Jefe de Servicio. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Servizo Galego de Saúde.*

Jorge Prado Casal

*Jefe de Servicio. Subdirección Xeral de Sistemas y Tecnologías de la Información. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela.*

Bibiana Prat i Pubill

*Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.*

Miquel Roca Bennasar

*Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS/IDISPA), Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (Rediapp), Hospital Juan March, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca.*

Carmen Rodríguez Blázquez

*Centro Nacional de Epidemiología y Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

Jerónimo Saiz Ruiz

*Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM), Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid.*

Juan Manuel Sendra Gutiérrez

*Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid.*

María Tajés Alonso

*Jefa de Servicio Salud Mental y Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela.*

## ÍNDICE

<b>SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL: CÓMO AFRONTAR CON EFICACIA LA VIGILANCIA PARA UNA ACCIÓN SANITARIA MÁS EFECTIVA</b> .....	11
Enfermedad física <i>versus</i> enfermedad mental .....	11
La situación actual .....	11
La respuesta reciente del sistema .....	12
Grandes avances, grandes lagunas .....	12
Nuevas perspectivas más adecuadas a las necesidades .....	13
Información para la acción .....	14
Prioridades .....	14
Adaptación a los nuevos retos .....	14
Agradecimientos .....	15
Referencias .....	16
<b>MARCO GENERAL PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD</b> .....	17
Introducción .....	17
Aspectos de mayor interés .....	18
Comentarios .....	22
Agradecimientos .....	24
Referencias .....	24
<b>HACIA UNA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA EN SALUD MENTAL</b> .....	27
Introducción .....	27
Prevención primaria de trastornos mentales .....	28
Vigilancia de los trastornos mentales y de las intervenciones sobre poblaciones clínicas o dirigidas a detección precoz .....	30
Prevención terciaria de trastornos mentales .....	34
Comentarios .....	35
Agradecimientos .....	36
Referencias .....	36
<b>INDICADORES DE SALUD MENTAL EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> .....	39
Introducción .....	39
Indicadores de Salud Mental .....	40
Desarrollo de indicadores de Salud Mental .....	40
Indicadores de Salud Mental en España .....	41
Problemas y limitaciones en la utilización de indicadores de salud mental .....	43
Perspectivas de futuro en el desarrollo y utilización de indicadores de salud mental .....	44
Cinco retos para el futuro .....	45
Referencias .....	45
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL EN PAÍSES EUROPEOS</b> .....	47
Introducción .....	47

Políticas y Prácticas Europeas en Salud Mental .....	47
Encuestas de salud mental en Europa .....	48
Ejemplos de sistemas de información de salud mental en países europeos .....	50
Conclusiones .....	51
Referencias .....	52
<b>LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA .....</b>	<b>54</b>
Introducción .....	54
La Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 .....	54
Evolución de la medición de la salud mental en la Encuesta Nacional de Salud .....	55
Prevalencia de problemas de salud mental según la Encuesta Nacional de Salud .....	57
Conclusiones .....	59
Referencias .....	60
<b>EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN CATALUNYA .....</b>	<b>62</b>
Introducción .....	62
Los sistemas de información .....	62
Los sistemas de información integrados .....	65
Productos .....	66
Enlaces .....	68
Agradecimientos .....	68
<b>EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL EN GALICIA .....</b>	<b>69</b>
Introducción .....	69
Registro de datos clínicos de salud mental en Galicia .....	69
Registro de datos relativos a la atención sanitaria a los trastornos adictivos y patología dual .....	72
Teleasistencia, salud mental y registro de información .....	73
El observatorio de suicidio en Galicia .....	74
Conclusiones .....	74
Referencias .....	74
<b>NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA ASISTENCIAL .....</b>	<b>76</b>
Introducción .....	76
Fuentes de información y barreras para su aplicación asistencial .....	77
Necesidades de información en la práctica asistencial .....	79
Conclusiones .....	82
Agradecimiento .....	83
Referencias .....	83
<b>TRASTORNOS MENTALES EN LOS DIAGNÓSTICOS HOSPITALARIOS EN ESPAÑA: 2004-2013 .....</b>	<b>85</b>
Introducción .....	85
Métodos .....	85
Resultados .....	87
Discusión .....	100
Conclusiones .....	102
Referencias .....	103

<b>ASOCIACIÓN E IMPACTO DE LA SALUD MENTAL EN LA DISCAPACIDAD GRAVE EN PERSONAS DE EDAD MEDIA Y AVANZADA EN ARAGÓN .....</b>	<b>104</b>
Introducción .....	104
Metodología .....	105
Resultados .....	106
Comentarios .....	110
Referencias .....	112
<b>CARGA DE ENFERMEDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO .....</b>	<b>114</b>
Introducción .....	114
Carga de enfermedad: 20 años de historia .....	114
Breve apunte metodológico .....	115
Fuentes de datos .....	116
Datos de carga de enfermedad en España .....	117
Conclusiones .....	118
Referencias .....	119
<b>MORTALIDAD POR SUICIDIO .....</b>	<b>121</b>
Introducción .....	121
El suicidio en el mundo .....	122
El suicidio en la Unión Europea .....	123
El suicidio consumado en España .....	125
Conclusiones y recomendaciones. Visión futura .....	135
Referencias .....	136

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Diez requisitos necesarios para la implementación de sistemas de información en salud mental (extraído y adaptado de Moreno-Küstner, 2012) .....	45
Tabla 2.	Otras encuestas europeas que recogen datos sobre salud mental .	50
Tabla 3.	Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta .....	57
Tabla 4.	Indicadores de consenso internacional para la asistencia en salud mental .....	80
Tabla 5.	Patrones diagnósticos correspondientes a códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9.ª revisión, modificación clínica ...	86
Tabla 6.	Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013 .....	88
Tabla 7.	Distribución de frecuencias de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico en los ingresos en hospitales generales durante el año 2013 .....	89
Tabla 8.	Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año y por sexos en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013 .....	90
Tabla 9.	Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año y por grupos de edad en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013 .....	92
Tabla 10.	Número de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal por año en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013 .....	95
Tabla 11.	Distribución de frecuencias de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal en los ingresos en hospitales generales durante el año 2013 .....	95
Tabla 12.	Número de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal por año y por sexos en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013 .....	96
Tabla 13.	Número de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal por año y por grupos de edad en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013 .....	97
Tabla 14.	Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99) .....	105
Tabla 15.	Características de la población a estudio según presencia o no de enfermedad mental (valores y porcentajes entre paréntesis) .....	106
Tabla 16.	Efecto en discapacidad de diversas variables de la muestra incluida la presencia de enfermedad mental (OR con IC95%) y proporción atribuible poblacional (PAp) para enfermedad mental .....	107
Tabla 17.	Efecto (OR con IC95%) en diversos dominios de discapacidad según lista de comprobación de diversas variables (enfermedad mental) con proporción atribuible poblacional .....	108
Tabla 18.	Efecto (OR e IC 95%) en discapacidad grave/completa con proporción atribuible poblacional de diversas categorías de trastornos mentales .	109



Tabla 19. Efecto (OR e IC95%) y proporción atribuible poblacional de diversas categorías de trastornos mentales en diversos dominios de discapacidad según lista de comprobación .....	110
Tabla 20. Número de AVAD por grupo de edad y sexo para trastornos mentales y por uso de sustancias, neoplasias y enfermedades cardiovasculares y porcentaje de cada grupo de causas y causa específica respecto al total .....	118
Tabla 21. Años potenciales de vida perdidos. Tasa ajustada por 100.000 habitantes. 2011-2015 .....	127
Tabla 22. Tasas crudas y razón de tasas (RT) de suicidio por grupo de edad en España. Periodo 2011-2015 .....	129

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Evolución de la medición de la salud mental en adultos en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud (EES) en España .....	56
Figura 2.	Evolución de la medición de la salud mental en menores en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) .....	56
Figura 3.	Prevalencia declarada de trastornos mentales en hombres y mujeres en la Encuesta Europea de Salud en España 2014, por Comunidades Autónomas .....	58
Figura 4.	Estructura del Sistema integrado de información de Salud de Cataluña (SIIS) .....	66
Figura 5.	Imágenes de algunos de los productos realizados .....	67
Figura 6.	Tasa estandarizada de suicidio por 100.000 habitantes en 2014. Fuente: Eurostat, 2014 .....	124
Figura 7.	Tasa estandarizada de suicidio por 100.000 habitantes en 2013. Fuente: Eurostat, 2013 .....	124
Figura 8.	Mortalidad por suicidio en España 1975-2015. Tasa ajustada por 100.000 habitantes. Mayores de 14 años .....	126
Figura 9.	Mortalidad por suicidio 1975-2015. Años potenciales de vida perdidos ajustados a la población europea .....	127
Figura 10.	Tasa de suicidio por 100.000 habitantes por grupos de edad 2011-2015. ....	128
Figura 11.	Mortalidad por suicidio 1975-2015. Tasas crudas por 100.000 habitantes por grupo de edad. ....	130
Figura 12.	Tasas crudas de suicidio crudas por 100.000 habitantes según el estado civil por grupos de edad tomando como referencia la población del censo del 2011 .....	131
Figura 13.	Método empleado en porcentaje. Periodo 2011-2015 .....	132
Figura 14.	Tasas de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según métodos y grupos de edad. Periodo 2011-2015 .....	132
Figura 15.	Mortalidad por suicidio según método empleado 1975-2015. Tasa ajustada por 100.000 habitantes. Mayores de 14 años .....	133
Figura 16.	Mortalidad por suicidio 2009-2013. Distribución provincial. Tasa ajustada por 100.000 habitantes .....	133
Figura 17.	Mortalidad por suicidio 2009-2013. Distribución provincial. Tasa ajustada por 100.000 habitantes. Mayores 14 años .....	134

# **SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL: CÓMO AFRONTAR CON EFICACIA LA VIGILANCIA PARA UNA ACCIÓN SANITARIA MÁS EFECTIVA**

*Isabel Noguera Zambrano, Jerónimo Saiz Ruiz, Miquel Bernardo Arroyo, Miquel Roca Bennasar*

## **ENFERMEDAD FÍSICA VERSUS ENFERMEDAD MENTAL**

La enfermedad mental (EM) ha venido marcada a través de la historia por la ignorancia, y el miedo, siendo las personas con frecuencia objeto de abandono, exclusión social o persecución (Foucault, 1997). Siglos después el estigma y la discriminación asociados a la enfermedad mental siguen siendo importantes obstáculos para un abordaje normalizado de salud pública. La vinculación social entre EM y conductas agresivas y su vinculación con el suicidio añaden obstáculos para afrontar un problema de salud pública de primera magnitud. De hecho, el 90% de los suicidios están ligados a uno o varios trastornos mentales, entre los que la depresión es el más frecuente. La ocurrencia de un suicidio marca y estigmatiza una familia, y cuando ocurre en la infancia o la adolescencia las consecuencias se multiplican (Pitman y cols., 2017; World Health Organization, 2017). En Europa, el suicidio se sitúa entre las primeras causas de mortalidad en adultos jóvenes. En España, la incidencia de suicidios en ciertos grupos de población es elevada si se compara con otras muertes evitables, por ejemplo, en 2015 fue la primera causa de mortalidad en hombres de 25 a 44 años, superando a los accidentes de tráfico.

A lo largo de las últimas décadas la mortalidad general y la correspondiente a personas con edad inferior a 70 años ha sufrido un importante descenso, gracias a los grandes avances médicos. Como consecuencia ha aumentado la esperanza de vida para buena parte de la población mundial y más aún en los países desarrollados, como España. La mortalidad por enfermedades infecciosas viene descendiendo hace décadas, la debida a enfermedades cardiovasculares ha descendido de forma muy importante en hombres jóvenes. Los accidentes vasculares cerebrales ya pueden no ser causa de discapacidad si se tratan pocas horas después de su aparición y el SIDA, la denominada plaga del siglo XX, se ha convertido en una enfermedad crónica. Sin embargo, las cifras de suicidios, con pequeñas variaciones, han permanecido constantes en los últimos 20 años, pareciendo no haberse beneficiado de los avances médicos (Suelves y Robert, 2012; Regidor y Gutiérrez-Fisac, 2012).

## **LA SITUACIÓN ACTUAL**

Un indicador sintético que combina mortalidad y discapacidad (años de vida perdidos ajustados por discapacidad-AVAD) estima para las enfermedades mentales en España valores equiparables a las crónicas más frecuentes (cardiovasculares y cáncer). La depresión tiene un papel protagonista encabezando estas cifras (Whiteford y cols., 2013). La razón del elevado número de AVAD atribuibles a la enfermedad mental se justifica por una historia natural de las enfermedades con inicio muy precoz

(50% en la niñez, 75% en jóvenes adultos) y una elevada prevalencia y duración de los trastornos mentales en adultos.

Para ofrecer un panorama general de la dimensión del problema entre los vivos, según estimaciones recientes en población general, una de cada 4 personas experimenta un trastorno mental común y entre el 0,5 y el 1% un trastorno mental grave (Roca y cols., 2009; Giner y cols., 2014).

## **LA RESPUESTA RECIENTE DEL SISTEMA**

La desigual trayectoria histórica de la EM frente a otras enfermedades ha justificado movimientos profesionales y sociales que abrieron grandes expectativas, pero cosecharon escasos resultados en términos de salud para los pacientes y de mejoras en su frágil entorno.

No es de extrañar que el enfoque estructuralista del siglo XX desembocara en una nueva forma de abordar la salud mental que revolucionó la Europa Occidental y también España en las décadas de los 70 y 80 (Basaglia, 2013). La reforma psiquiátrica fue la punta del iceberg que facilitó una atención más personalizada y adecuada a la cultura de bienestar y de derechos de la Europa occidental y una mayor efectividad en el ámbito bio-psico-social.

Los esfuerzos por la normalización del paciente mental y su integración en la atención sanitaria común cosecharon mayores frutos en el ámbito de la clínica que en el de la salud pública. La vinculación entre salud física y salud mental avanzaron especialmente en el ámbito de las patologías de mayor morbimortalidad (cardiovasculares, cáncer, y otras), recomendándose con frecuencia atención especializada para abordar sus consecuencias emocionales y su potencial asociación con trastornos mentales (Páez y cols., 2007; Gil Moncayo y cols., 2008). Otro buen ejemplo fue la incorporación progresiva de nuevas opciones terapéuticas para pacientes mentales (pisos de acogida, hospitales de día, etc).

A pesar de estos grandes avances en el abordaje multidimensional del binomio salud/enfermedad mental, la tradicional división entre salud física y salud mental sigue siendo una barrera para abordar los trastornos mentales y su prevención de una forma integral, de acuerdo con las definiciones de salud y bienestar al uso (Giner y cols., 2014). En sus informes de 2004 y 2005 sobre la salud en el mundo, la OMS insiste en que «la salud mental es más que la ausencia de enfermedad, o su presencia está íntimamente conectada con la salud física».

## **GRANDES AVANCES, GRANDES LAGUNAS**

La investigación reciente ha aportado grandes avances en el conocimiento del cerebro, su funcionamiento, potencialidades y consecuencias en la salud mental. Se han asociado alteraciones bioquímicas a trastornos emocionales, síndromes o enfermedades mentales específicas, abriéndose un gran camino donde la epigenética y los marcadores biológicos podrán discriminar abordajes terapéuticos personalizados y una mayor efectividad en el control de las EM. Estos hallazgos abren un camino esperanzador de cara a la normalización de la enfermedad mental y su equiparación a cualquier otra patología atribuible a factores o riesgos desencadenantes. Sin embargo

el enfoque de determinantes ambientales, conductuales o sociales continúa siendo una asignatura pendiente para un abordaje integral de la EM.

La salud pública, siempre preocupada con la amenaza constante de las enfermedades transmisibles y sus eficaces herramientas de control, no ha sido capaz de prever estratégicamente la necesidad de abordar la EM dentro del grupo de las enfermedades y factores de riesgo. Tampoco ha sido consciente de la necesidad de abordar la salud o su ausencia como un todo, donde la enfermedad mental es una patología más y el sujeto que la padece un ser tan susceptible o más a otras patologías somáticas o derivadas de su estilo de vida.

Existe evidencia abundante de que la enfermedad mental es un factor de riesgo para las enfermedades transmisibles y no transmisibles, contribuyendo a aumentar el riesgo de lesiones accidentales y no accidentales. La EM también es un factor de riesgo para la transmisión de enfermedades y esta asociación hace complejo su abordaje y su tratamiento. La asociación entre adicciones y accidentes mortales también ofrece evidencias sobradas (Patel y cols., 2014).

Como contrapartida en el espectro de la atención sanitaria o socio-sanitaria es común la estampa del paciente psiquiátrico en régimen de hospitalización o de internamiento con acceso ilimitado al tabaco o a dietas inadecuadas, por no aludir a la promoción del ejercicio físico o a las necesidades de mejora del tratamiento de las adicciones en pacientes con patología dual. No es de extrañar la sobremortalidad de las personas con EM por patologías comunes o su esperanza de vida reducida frente al resto de la población (Druss y cols., 2011).

## **NUEVAS PERSPECTIVAS MÁS ADECUADAS A LAS NECESIDADES**

La historia reciente ha podido jugar un papel relevante en las nuevas perspectivas para el control de la EM tan lejano al marco de la salud pública y sus tradicionales métodos para el control de enfermedades.

En 2005 la OMS lanzó su propuesta de «*No health without mental health*» haciendo frente a la injustificada marginación de la salud mental en las políticas sanitarias (World Health Organization, 2005).

Años más tarde, en 2013 dio un nuevo impulso a la salud mental en el marco de la salud pública con la publicación de la estrategia y Plan de acción en salud mental 2013-2020 (World Health Organization, 2013a).

Con esta iniciativa, quedaron vinculadas al marco de salud pública la promoción de la salud mental (atendiendo a sus determinantes), la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Hoy día la evidencia disponible muestra una batería importante de intervenciones efectivas en todos esos ámbitos aplicados a la EM.

Existe un amplio recorrido en oportunidades para la prevención primaria de EM o la secundaria para evitar nuevos brotes que merman el pronóstico de algunas patologías crónicas, trabajando en el marco definido por la OMS.

## INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN

Información para la toma de decisiones es la principal meta en vigilancia de la salud pública, que es el marco en el que trabajamos. La interpretación adecuada de una información de calidad así como de los resultados de investigación y evidencias disponibles constituye el estándar deseable en vigilancia de enfermedades. Sin embargo, las fuentes y sistemas de información disponibles para afrontar una visión integrada de la EM en España y la respuesta que nuestro Sistema Nacional de Salud está dando son diversas, dispersas y sujetas a una calidad, consistencia y validez heterogénea. La mortalidad es la fuente más estable, aunque no la más eficiente para dimensionar el problema de la EM. Los registros al alta hospitalaria son también estables en el tiempo, aunque la exhaustividad, homogeneidad y calidad en la codificación de la EM es en general mejorable. Las referencias sobre salud mental en las encuestas poblacionales son marginales, aportando salvo excepciones escasa información de utilidad para la toma de decisiones. Los estudios centinela en colaboración con centros de salud mental son escasos y reducidos territorialmente y el uso de la información disponible en registros clínicos electrónicos no suele ser objeto de prioridad frente a otras patologías. Finalmente, los indicadores de intensidad de utilización de recursos sanitarios ofrecen un panorama más homogéneo, aunque más indefinido en cuanto al tipo de pacientes y de adecuación de infraestructuras a necesidades. Este panorama hace difícil cualquier abordaje inicial en el marco de la vigilancia en salud pública.

## PRIORIDADES

Para avanzar en la vigilancia es necesario mejorar la codificación de los procesos y recibir un apoyo continuado para interpretar desde un punto de vista epidemiológico las observaciones realizadas a partir de las diferentes fuentes. Los trastornos mentales recogidos en ICD-10 (World Health Organization, 2004) y DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), a pesar de la controversia generada con estas clasificaciones (Bernardo y Bioque, 2013), podrían priorizarse agrupándolos en los más prevalentes (incluyendo ansiedad o depresión) y los más severos (Roca y cols., 2009), además de aquellos que afectan a jóvenes y adolescentes.

La OMS, por ejemplo, ha identificado las intervenciones más coste-efectivas en el ámbito de la EM incluyendo el diagnóstico y tratamiento de las depresiones con psicofármacos y psicoterapia a demanda, la restricción del acceso al alcohol y el tratamiento de las psicosis con los psicofármacos clásicos y apoyo psicosocial (World Health Organization, 2013b).

## ADAPTACIÓN A LOS NUEVOS RETOS

Asumiendo la trayectoria histórica y complejidad que supone el abordaje de la EM en la perspectiva de salud pública, esta primera monografía elaborada a partir del intercambio de experiencias y del diálogo entre psiquiatras y epidemiólogos (de Pedro-Cuesta y cols., 2016) pretende acercar puntos de vista, identificar necesidades y retos y vincular la perspectiva de salud pública a la valoración, abordaje y control de la EM.

Sin embargo, y conscientes de la amplitud de esta tarea, nuestra meta es aún modesta, tratando de generar consenso e intercambio de conocimientos con la idea común de incorporar la EM a la vigilancia de enfermedades y la de enfermedades a la de la EM.

Somos conscientes de los retos que para los epidemiólogos puede suponer esta nueva iniciativa, acostumbrados a definir objetivos de vigilancia y a coleccionar datos basados en esos objetivos. Por esta razón, la incorporación de la EM en los sistemas de vigilancia requerirá consenso y diálogo permanente con los psiquiatras y un cambio de paradigma, olvidando antiguas prácticas para adaptar objetivos y características de los sistemas de vigilancia a los datos disponibles, allá donde estén y sean cuales sean sus características.

## **AGRADECIMIENTOS**

Nuestro agradecimiento por su contribución a:

Antonio Bulbena Vilarrasa, Cataluña

Carlos Mur de Viu, Madrid

Consuelo Morant Ginestar, Madrid

Diego J. Palao Vidal, Cataluña

Enrique Echeburúa Odriozola, País Vasco

Fernando García López, Madrid

Francisco Ferre Navarrete, Madrid

Guillermo Barrera Hernández, Madrid

Iñaki Galán Labaca, Madrid

Javier Almazán Isla, Madrid

Javier Damián Moreno, Madrid

Jesús de Pedro Cuesta, Madrid

José Rodríguez Escobar, Madrid

Juan Manuel Sendra Gutiérrez, Madrid

Luis Rojo Moreno, Valencia

Manuel Arrojo Romero, Galicia

Mariana Haeberer, Madrid

Mario Páramo Fernández, Galicia

Miguel Gutiérrez Fraile, País Vasco

Paloma Casado Durández, Madrid

Rafael Fernández Cuenca, Madrid

## REFERENCIAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) 5.ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S. A.
2. Basaglia F. (2013). La condena de ser loco y pobre. Buenos Aires: Editorial Topía.
3. Bernardo M, Bioque M. (2013). DSM-5. Quo vadis? Barcelona: Ed. Ediveramérica.
4. De Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguer I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, 23, 67-73.
5. Druss BG, Zhao L, Von Esenwein S, Morrato EH, Marcus SC. (2011). Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey. *Medical Care*, 49, 599-604. doi: 10.1097/MLR.0b013e31820bf86e.
6. Foucault M. (1997). Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica.
7. Gil Moncayo FL, Costa Requena G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130, 90-92. doi: 10.1157/13115354.
8. Giner J, Saiz Ruiz J, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, Rico-Villademoros F, Álamo C, Cervilla JA, Ibáñez Cuadrado Á, Ibáñez Guerra E, López S, Morán P, Palao DJ, Romacho M; Development Group Recommendations on Physical Health in Patients with Depression (2014). Spanish consensus on the physical health of patients with depressive disorders. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 195-207. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.05.003.
9. Páez MB, Luciano C, Gutiérrez O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75-95.
10. Patel V, Minas H, Cohen A, Prince MJ. (2014). *Global Mental Health. Principles and Practice*. New York: Oxford University Press.
11. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1, 86-94. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70224-X.
12. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. (2012). *Patrones de mortalidad en España, 2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
13. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, Comas A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.014.
14. Suelves JM, Robert A. (2012). La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Revista Española de Medicina Legal*, 38, 137-142.
15. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382, 1575-1586. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
16. World Health Organization (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Geneva: WHO. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (accedido: 11/10/2017).
17. World Health Organization (2005). *Mental Health: Facing the challenges, building solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf). (accedido: 4/10/2017).
18. World Health Organization (2013a). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Geneva: WHO. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf). (accedido: 19/09/2017).
19. World Health Organization (2013b). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: WHO. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf). (accedido: 4/10/2017).



# MARCO GENERAL PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

*Jesús de Pedro Cuesta, Isabel Noguez Zambrano*

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el programa de Salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por trastornos mentales los clasificados en el capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento, F00- F99 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10.<sup>a</sup> revisión, CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Este incluye las siguientes categorías:

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos;

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento causados por consumo de sustancias psicoactivas;

F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes;

F30-F39 Trastornos del humor (afectivos);

F40-F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos;

F50-F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos;

F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos;

F70-F79 Retraso mental;

F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico;

F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia; y

F99, Trastornos mentales no especificados.

La OMS ha desarrollado progresivamente la visión de la Salud Mental en el siglo XXI basándose en el modelo de la discapacidad (World Health Organization, 2001). En el Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011 se señalaban los pasos que deben darse para mejorar la participación e inclusión de las personas con discapacidades, incluidas las que tienen discapacidades mentales (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011). En 2012, la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país, reconoce la magnitud de discapacidad que originan los trastornos mentales. La 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA66.8, adopta

el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 e insta a los Estados Miembros a que pongan en práctica las acciones allí propuestas para los Estados Miembros, adaptadas a las prioridades nacionales y a las circunstancias concretas de los países. Este capítulo aborda el tema de la prevención de trastornos mentales basada en evidencias enfatizando temas fundamentales para poblaciones como la española (envejecida, industrial, en el marco del estado de bienestar y con un sistema nacional de salud) a partir de los contenidos del citado Plan (Organización Mundial de la Salud, 2013).

El Plan de Salud Mental de la OMS reconoce que los trastornos mentales se encuadran en un amplio abanico que incluye trastornos neurológicos y conductuales, así como los derivados del consumo de sustancias, que son causa importante de discapacidad y exigen una respuesta coordinada del sector de la salud y el sector social. De acuerdo con la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (Nueva York, 19 y 20 de septiembre de 2011), se reconoce que los trastornos mentales y neurológicos, incluida la enfermedad de Alzheimer, son una causa importante de la morbilidad y contribuyen a la carga mundial de estos trastornos. Los avances en este siglo en la (a) comprensión de las enfermedades crónicas conformacionales o proteínopáticas, abiotrofias denominadas así por los depósitos de proteínas de estructura anormal en el sistema nervioso central causantes de trastornos de memoria y cognición y etiología genética, ambiental o desconocida (formas esporádicas) (Sweeney y cols., 2017) y (b) su relevancia en la alteración de funciones mentales y discapacidad (Almazán-Isla y cols., 2014; Rodríguez-Blázquez y cols., 2016), refuerzan la necesidad de abordar la prevención de los trastornos mentales en perspectiva OMS integral (Organización Mundial de la Salud, 2016), de acuerdo con su informe para demencia (Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International, 2013).

## ASPECTOS DE MAYOR INTERÉS

A continuación se mencionan brevemente los objetivos e intervenciones en pro de la salud mental, más reconocidos, por su vigencia actual o con un probable futuro próximo.

### F00-F09 Trastornos mentales orgánicos

Demencia en la enfermedad de Alzheimer (EA), vascular (DV) y mixtas (F00 y F01): sin que exista una delimitación clara entre estas enfermedades, se considera que el control de factores asociados de tipo vascular (hipercolesterolemia, hipertensión arterial en edades medias, dieta mediterránea, nivel de educación) puede contribuir tras periodos de latencia prologados a su prevención. Crece la interpretación de la asociación con inactividad física como atribuible a causalidad inversa en periodo subclínico, es decir como consecuencia de enfermedad. Las propuestas de prevención inespecíficas se enmarcan en actividades de atención primaria y hábitos de vida saludable (Ruiz-Tovar y cols., 2011; Norton y cols., 2014). Ello sucede en presencia de una reducción de incidencias de la enfermedad cerebrovascular aguda y de demencias, en general para estas últimas a través de su detección por cribado cognitivo.

Demencia en otras enfermedades (F02): por su alta frecuencia destaca la demencia frontotemporal, anteriormente conocida como enfermedad de Pick (F02.0) que

presenta una serie de variantes bien establecidas, compartiendo depósitos de proteína mal plegada con la esclerosis lateral amiotrófica, y otras taupatías, algunas de ellas con factores de riesgo similares a los de la EA y DV. Por su letalidad destaca la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica (F02.1) existiendo recomendaciones en países industrializados para la prevención de su posible transmisión quirúrgica en medio hospitalario (Ruiz-Tovar y cols., 2011).

Enfermedad de Huntington (F02.2): patología genética de herencia dominante. La prevención corresponde al consejo genético y reproducción asistida válida también para la prevención de la proporción familiar, en general de un 5%-10% relacionada con mutaciones, de otras demencias como EA, taupatías o ECJ.

Las denominadas sinucleinopatías como la demencia por cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson (F02.3), en la que la mayoría de afectados desarrollan una demencia, no disponen de medidas de prevención definidas. La transmisión quirúrgica de una forma rápida e infrecuente de parkinsonismo esporádico, la atrofia multisistémica, ha sido propuesta recientemente por Prusiner y otros en base a su confirmación para cultivos celulares y en animales de experimentación (Prusiner y cols., 2015).

Síndromes amnésicos, delirios de etiología no específica y trastornos mentales incluidos los de la personalidad debidos a disfunción cerebral y/o enfermedad física (F04-F09): dada su variable naturaleza, su frecuente carácter secundario a patologías previamente diagnosticadas y siendo difícil identificar aspectos de los mismos compartidos en prevención primaria, remitimos al lector a una monografía sobre estas patologías (Griswold y cols., 2015).

## **F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas**

El uso de algunas sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico, heroína, etc.) conduce a veces a un nivel mayor o menor de dependencia o adicción, cuya manifestación central es el consumo compulsivo, que el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5.<sup>a</sup> Edición (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) categoriza como trastorno por uso de sustancias (TUS). Además estas sustancias pueden inducir intoxicación aguda, abstinencia y otros trastornos mentales. Por lo tanto, en un sentido amplio la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas abarcaría todas las acciones de control de la oferta y de reducción de la demanda de estas sustancias, tanto aquellas destinadas a prevenir el inicio en el consumo, a retrasarlo, a evitar que se intensifique o tenga peores consecuencias, y a tratar y reinsertar a las personas con TUS. Las intervenciones pueden darse a múltiples niveles, sin olvidar las regulaciones legales, que pueden ser claves para prevenir estos trastornos, sobre todo en el caso de las drogas psicoactivas de comercio legal. En lo que toca a las intervenciones destinadas a prevenir el inicio en el consumo basadas en la reducción de la demanda (lo que algunos consideran en sentido estricto prevención), hay múltiples clasificaciones de acuerdo con diversos criterios. Una de las más útiles es la que los clasifica según el ámbito en programas escolares, familiares, laborales, comunitarios y otros ámbitos. La mayor parte de las intervenciones no han sido evaluadas adecuadamente y, al menos en el caso de las sustancias de comercio ilegal, existen pocas evidencias claras de efectividad, más allá de algunos programas escolares de mejora de las habilidades generales para la vida

y las entrevistas motivacionales breves en el contexto de la asistencia sanitaria (Faggiano y cols., 2005; Gates y cols., 2006). Por lo tanto, resulta muy difícil diseñar una estrategia preventiva basada en la evidencia.

El tratamiento del TUS pretende alcanzar la abstinencia o controlar el uso compulsivo de drogas, reduciendo así el riesgo de intoxicación aguda y otros problemas físicos o mentales, y mejorando el funcionamiento familiar, laboral, escolar y social del consumidor. Suele ser largo, con recaídas, y exige varios intentos, y muchos cambios de conducta. Suele ser más complicado cuando existen otros trastornos mentales. Sin embargo, no es menos efectivo que en otras enfermedades crónicas. El apoyo de los profesionales de atención primaria de salud y de otros servicios sociales comunitarios es fundamental tanto en el inicio y elección del tratamiento como en el seguimiento de los largos procesos de deshabituación.

Finalmente, considerando la alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en consumidores de alcohol y drogas psicoactivas ilegales, hay que abordar de forma integral el diagnóstico y tratamiento del TUS y de otros problemas concomitantes de salud mental. En este sentido en los centros de tratamiento del abuso/dependencia de drogas debería ser habitual el uso de cuestionarios de cribado de salud mental para detectar estos problemas y tratarlos o derivarlos a la red específica de salud mental, considerando cuando sea necesario el internamiento para pacientes con estas comorbilidades con el fin de facilitar su diagnóstico preciso y estabilización.

## **F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes**

En las últimas décadas crece la consideración de la esquizofrenia como un síndrome de gran heterogeneidad y de difícil delimitación que se acompaña de trastornos de funciones cerebrales del sistema límbico y lóbulo frontal con características fenotípicas psicométricas y de imagen propias de las patologías del desarrollo cerebral y conexiones neuronales detectables ya en la infancia. A pesar de las dificultades de categorización clínica se identifican asociaciones con susceptibilidad genéticas (por ejemplo variantes polimórficas de los genes *CACNA1C* y *ZNF804A*) y exposiciones durante la gestación (infecciones y dieta) estrés psicosocial, edad paternal avanzada y uso de cannabis.

Aunque en la actualidad la prevención primaria de la esquizofrenia se considera no estar establecida, es de interés señalar el comienzo del desarrollo de modelos de prevención como el de sensibilización de los receptores  $\alpha 7$  nicotínicos por suplementación maternal dietética con colina (Ross y cols., 2010). Su desarrollo y validación para autismo y esquizofrenia a partir de experimentación con modelos animales genéticos y su perfeccionamiento operativo mimetiza el de la prevención de la espina bífida por suplementación de ácido fólico.

Existe por el contrario un amplio espacio para prevención secundaria de estos trastornos a partir del diagnóstico y tratamiento precoz incluida la integración social. Los modelos de buenas prácticas más aceptados son multidisciplinares, orientados a la recuperación, incluyendo intervenciones farmacológicas y psicosociales, estas últimas a todos los niveles posibles de apoyo. La familia y la primera edad adulta enmarcan las actuaciones hacia una remisión estable (Chan, 2016).

## F30-F39 Trastornos afectivos

La mayor parte de autores reconocen la ausencia de una base racional para prevención primaria del trastorno bipolar (F31), hipomanía (F30) y episodios depresivos recurrentes o no (F32-33). Sin embargo dentro del amplio territorio de la depresión, en línea con lo expuesto en prevención de conductas adictivas, se consideran intervenciones preventivas aquellas llevadas a cabo antes de que los individuos con síntomas desarrollen procesos que cumplan criterios formales de depresión. Por el contrario, son las intervenciones destinadas a preservar la denominada resiliencia, resistencia o capacidad de afrontamiento, las que se encuadran en la promoción de la salud mental afectiva más acorde con el concepto tradicional de prevención primaria.

En general esas intervenciones se clasificaban como las señaladas para conductas adictivas en universales, selectivas o indicadas en personas en riesgo. En un documento de consenso monográfico para depresión del *EU —Mental Health Compass Survey 2015-2018* (Cuipers y cols., 2016), 13 de 21 países reconocían haber llevado a cabo intervenciones en grupos vulnerables promocionando la resistencia y en 12 de 21 países las orientadas a identificación de depresión. Las intervenciones mejor valoradas fueron: en ámbito escolar, los programas de terapia cognitivo-conductual o información con efectividad moderada en reducción de riesgo durante los meses siguientes; en medio laboral las de tipo universal (manejo de estrés, pase y actividad física) con reducción moderada de síntomas depresivos; en grupos posparto, siendo las de tipo psicológico en el domicilio las más efectivas (riesgo relativo, RR: 0,78 sobre prevalencias del 10%-15%); en grupos con patologías físicas de alto riesgo a partir de entrenamiento de personal de enfermería en atención primaria; en mayores de 75 años en Países Bajos, donde las tasas de suicidio eran más altas, un programa de cuidados incluyendo intervención escalada (fundamentalmente informativa) redujo los episodios depresivo/ansiosos de 24% a 11% (van Veer-Tazelaar y cols., 2006). Un meta análisis de 35 intervenciones universales, selectivas o individuales de diversos tipos en poblaciones no diagnosticadas de depresión señaló unas diferencias de incidencia de depresión entre grupos de un 21% (van Zoonen y cols., 2014). De entre las intervenciones auto administradas siguiendo guías vía internet o para móviles son aquellas orientadas a prevenir depresión, aunque con escasos estudios, las que más claramente parecen ser eficaces (Ebert y cols., 2017).

## F40-F48 Trastornos neuróticos, relacionados con estrés o somatomorfos

En este grupo se incluyen entre otros diversos tipos fobias, obsesiones, hipocondría y somatizaciones, a menudo asociadas a patologías físicas (Witthauer y cols., 2016), y acompañadas de ansiedad y/o precedidas de episodios de estrés. Un meta análisis de 15 estudios de prevención de aparición de síntomas de ansiedad mediante intervenciones cognitivo-conductuales mostró una eficacia modesta (Zalta, 2011). Por otra parte, en el medio escolar han llegado a desarrollarse intervenciones universales con eficacia moderada y más alta en los orientados a poblaciones más vulnerables o a trastornos de estrés postraumáticos o episodios de pánico (Lau y cols., 2011).

## F50-F59 Síndromes del comportamiento asociados a alteraciones fisiológicas y factores físicos

La prevención de estas patologías donde destacan, particularmente en mujeres adolescentes y adultos jóvenes, las de la ingestión de alimentos, ha despertado gran

interés. En un meta análisis de 98 estudios se concluyó que la prevención indicada utilizando intervenciones con terapia cognitiva y sobre disonancia cognitiva son efectivas en estos trastornos siendo solo prometedoras las selectivas basadas en terapia cognitiva (Le y cols., 2015). El mismo grupo en Australia muestra que el coste-efectividad en gasto sanitario de una intervención escolar para prevención de anorexia y bulimia en Australia en jóvenes de 15-18 años con trastorno de imagen corporal se mantuvo hasta el quinto año tras la intervención (Lee y cols., 2017).

### **F70-F79 Retraso mental**

El retraso mental, término en desuso, corresponde a una serie de síndromes y trastornos caracterizados por un bajo coeficiente intelectual y limitaciones en la conducta adaptativa (Salvador-Carulla y cols., 2011). Es de destacar la asociación de discapacidad intelectual con prematuridad, una circunstancia de frecuencia creciente con el aumento de la edad maternal. La gran diversidad de etiologías solo discernible en cohortes de nacimiento estudiadas en profundidad (Karam y cols., 2015) (secuelas neonatales 13%, genéticas o cromosómicas, 13%, ambientales 44%, otras enfermedades 9%, o idiopáticas 16%) plantea serios problemas para el diseño de intervenciones de impacto. El diagnóstico de errores innatos del metabolismo está bien establecido en nuestro país. La prevalencia de síndrome de Down se reduce tras la implantación de programas de cribado.

### **F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico**

Se incluyen trastornos específicos del lenguaje, los del espectro autista y síndromes como los de Rett y Asperger. La repetidamente observada relación entre suplementación periconcepcional de la dieta materna con ácido fólico y reducción de prevalencia de déficit grave del lenguaje y de trastornos del espectro autista observada en países industriales (Surén y cols., 2013) reafirma la necesidad de intervenir en países donde la deficiencia de hierro y ácido fólico son más frecuentes (Haider y Bhutta, 2015).

### **F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia**

Destacando entre ellos el síndrome de hiperactividad y déficit de atención/concentración, de prevalencia 1%-2% a los 2-5 años, asociado con fracaso escolar, traumatismos, accidentes de tráfico, conductas auto agresivas y —según una observación reciente— demencia, su posibilidad de tratamiento confiere una importancia singular a su detección y monitorización de servicios (Danielson y cols., 2017).

## **COMENTARIOS**

Esta breve revisión muestra una compleja panorámica de trastornos desde los relacionados con lesiones de origen vascular o degeneración neuronal, como las demencias neurodegenerativas o mixtas a las psicosis esquizofreniformes en las que la base orgánica durante las primeras décadas aparece como una disfunción límbico/frontal o los trastornos afectivos donde predomina por prevalencia la depresión en mayores y su asociación a patologías físicas. En otro orden se presentan trastornos en edades juveniles, a menudo presentes al nacer o muy relacionados con el desarrollo

pero de causas múltiples o indeterminadas. La difícil delimitación de patologías tanto en los síndromes juveniles como en las de la senilidad y los recientes avances en la identificación de aspectos anormales en ciertas funciones mentales durante la juventud así como la evidencia de asociaciones entre determinadas patologías, sugieren la existencia de grandes grupos patofisiológicos de probable etiología diferente. Por una parte el de las demencias neurodegenerativas (F00-F10) para las que los avances en el comportamiento de modelos experimentales apuntan a una etiología infecciosa, si bien más que trasmisible, inducible por procesos infecciosos en edades tempranas (de Pedro-Cuesta y col., 2016). Por la otra, las psicosis esquizofreniformes de raíz causal poco clara y comienzo juvenil (F20-F29) y los trastornos afectivos (F30-F39) fundamentalmente depresión más relacionadas con estrés y patología orgánica con biomarcadores de inflamación y presente en todas las edades aunque más en mayores. Finalmente, los últimos grupos (F70-F98) abarcan desde trastornos del desarrollo del sistema nervioso importante pues se acompañan de discapacidad intelectual y del comportamiento social/comunicativo de frecuencia baja y probablemente descendente a otros más frecuentes y susceptibles de tratamiento como los síndromes de hiperactividad y déficit de atención/concentración. Los trastornos de la alimentación más recientemente aparecidos han surgido de forma secundaria a demandas socio-culturales.

Las grandes avenidas de la prevención parecen diferir. La prevención primaria de las demencias, aunque de base científica difícil de interpretar y a menudo cuestionada, parece plantearse por modificación de factores de riesgo (hábitos de vida saludable en dieta, hábito tabáquico, actividad física, desarrollo educativo -reserva cognitiva- y tratamiento de hipertensión arterial en edades medias) en un campo compartido con las patologías vasculares y el cáncer (Winblad y cols., 2016). En demencias de curso rápido degenerativas y por priones se abre recientemente el debate sobre el riesgo quirúrgico en salud mental (de Pedro-Cuesta y col., 2016). En esquizofrenia y trastornos afectivos juveniles, las medidas predominantes parecen ser las de prevención secundaria con diagnóstico precoz y evitación del impacto en el curso vital y la discapacidad. En la depresión, también parecen predominar las intervenciones de detección y tratamiento precoz con prevención secundaria. De naturaleza similar son las intervenciones propuestas para los trastornos del desarrollo y más selectivas que universales las sugeridas para trastornos de la alimentación. En resumen las tendencias en prevención de demencia y las de la discapacidad intelectual (de naturaleza primaria) difieren de las el resto de los trastornos mentales, en las que predomina la secundaria muy ligada a la asistencia. España se encuentra en un nivel propio de países miembros de la UE organismo que ha comenzado a considerar en diversos documentos la situación comparativa en sus miembros este terreno.

En el informe de 2017 del citado Plan de Acción de la UE (Caldas de Almeida y cols., 2017), se señalan avances en los estados miembros y algunos asociados, recomendando mejoras en los campos siguientes: sistemas y flujos de información, legislación y políticas, recursos financieros, organización, desarrollo y calidad de servicios, salud mental escolar y prevención del suicidio. Es en este marco y situación donde la vigilancia de la salud pública en España ha de encontrar su justa dimensión.

## AGRADECIMIENTOS

A Gregorio Barrio, Javier Damián y Fernando García López, del Instituto de Salud Carlos III, por las aportaciones y revisión crítica del texto.

## REFERENCIAS

1. Almazán-Isla J, Comín-Comín M, Damián J, Alcalde-Cabero E, Ruiz C, Franco E, Martín G, Larrosa-Montañés LA, de Pedro-Cuesta J; DISCAP-ARAGON Research Group (2014). Analysis of disability using WHODAS 2.0 among the middle-aged and elderly in Cinco Villas, Spain. *Disability and Health Journal*, 7, 78-87. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.08.004.5.
2. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* 5.ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S. A.
3. Caldas de Almeida JM, Frasilho D, Mateus P, Antunes A, Cardoso G, Silva M, Parkkonen J. (2017). Summary and analysis of key developments in member states and stakeholders. Annual Report 2017. EU Compass for Action on Mental Health and Well-being. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/2017\\_msactivities\\_sum\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_msactivities_sum_en.pdf) (accedido: 4/9/2017).
4. Chan V. (2017). Schizophrenia and Psychosis. Diagnosis, current research trends, and model treatment approaches with implications for transitional age youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26, 341-366. doi: 10.1016/j.chc.2016.12.014.
5. Cuijpers P, Shields-Zeeman L, Hipple Walters B, Petrea I. (2016). Prevention of depression and promotion of resilience. Consensus Paper. EU Compass for Action on Mental Health and Well-being. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/ev\\_20161006\\_co03\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co03_en.pdf) (accedido: 4/9/2017).
6. Danielson ML, Visser SN, Gleason MM, Peacock G, Claussen AH, Blumberg SJ. (2017). A National Profile of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosis and Treatment Among US Children Aged 2 to 5 Years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 38, 455-464. doi: 10.1097/DBP.0000000000000477.
7. De Pedro-Cuesta J, Martínez-Martín P, Rábano A, Ruiz-Tovar M, Alcalde-Cabero E, Calero M. (2016). Etiologic framework for the study of neurodegenerative disorders as well as vascular and metabolic comorbidities on the grounds of shared epidemiologic and biologic features. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8, 138. doi: 10.3389/fnagi.2016.00138.
8. Ebert DD, Cuijpers P, Muñoz RF, Baumeister H. (2017). Prevention of Mental Health Disorders Using Internet- and Mobile-Based Interventions: A Narrative Review and Recommendations for Future Research. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 116. doi: 10.3389/fpsy.2017.00116.
9. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003020.
10. Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft DR. (2006). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD005030.
11. Griswold KS, Del Regno PA, Berger RC. (2015). Recognition and differential diagnosis of psychosis in primary care. *American Family Physician*. 15, 91, 856-863.
12. Haider BA, Bhutta ZA (2015). Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, CD004905. doi: 10.1002/14651858. CD004905.pub4.
13. Karam SM, Riegel M, Segal SL, Félix TM, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Giugliani R, Black M. (2015). Genetic causes of intellectual disability in a birth cohort: A population-based study. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 167, 1204-1214. doi: 10.1002/ajmg.a.37011.
14. Lau EX, Rapee RM. (2011). Prevention of anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 13, 258-266. doi: 10.1007/s11920-011-0199-x.
15. Le LK, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. (2015). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 53, 46-58. doi: 10.1016/j.cpr.2017.02.001.
16. Lee YC, Chatterton ML, Magnus A, Mohebbi M, Le LK, Mihalopoulos C. (2017). Cost of high prevalence mental disorders: Findings from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1:4867417710730. doi: 10.1177/0004867417710730.



17. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurology*, 13, 788-794. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70136-X.
18. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/302/Informe\\_discapacidad\\_spa.pdf?sequence=1](http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/302/Informe_discapacidad_spa.pdf?sequence=1) (accedido: 4/9/2017).
19. Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf) (accedido: 4/9/2017).
20. Organización Mundial de la Salud, Alzheimer's Disease International (2013). Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, DC: OPS. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1) (accedido: 4/9/2017).
21. Organización Mundial de la Salud (2016). Demencia. Informe de la Secretaría. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB139/B139\\_3-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_3-sp.pdf) (accedido: 4/9/2017).
22. Organización Panamericana de la Salud (2010). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10.a revisión. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V> (accedido: 4/9/2017).
23. Prusiner SB, Woerman AL, Mordes DA, Watts JC, Rampersaud R, Berry DB, Patel S, Oehler A, Lowe JK, Kravitz SN, Geschwind DH, Glidden DV, Halliday GM, Middleton LT, Gentleman SM, Grinberg LT, Giles K. (2015). Evidence for  $\alpha$ -synuclein prions causing multiple system atrophy in humans with parkinsonism. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112, E5308-5317. doi: 10.1073/pnas.1514475112.
24. Rodríguez-Blázquez C, Damián J, Andrés-Prado MJ, Almazán-Isla J, Alcalde-Cabero E, Forjaz MJ, Castellote JM, González-Enríquez J, Martínez-Martín P, Comín M, de Pedro-Cuesta J; DISCAP-ARAGON Research Group (2016). Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations and participation restrictions: a cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations. *BMJ Open*, 6, e010446. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010446.6.
25. Ross RG, Stevens KE, Proctor WR, Leonard S, Kisley MA, Hunter SK, Freedman R, Adams CE. (2010). Research review: Cholinergic mechanisms, early brain development, and risk for schizophrenia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 535-549. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02187.x.
26. Ruiz-Tovar M, de Pedro-Cuesta J, Smith A, Alonso C, Calero M, Pocchiari M, Turner ML, Ward H, Will R. (2011). Review of guidelines for prevention of Creutzfeldt-Jakob disease transmission in medical settings in EU member states and Norway. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Disponible en: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1106\\_TER\\_Review\\_of\\_guidelines\\_for\\_prevention\\_of%20CJD.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1106_TER_Review_of_guidelines_for_prevention_of%20CJD.pdf) (accedido: 4/9/2017).
27. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM, Cooper SA, Martinez-Leal R, Bertelli M, Adnams C, Cooray S, Deb S, Akoury-Dirani L, Girimaji SC, Katz G, Kwok H, Luckasson R, Simeonsson R, Walsh C, Munir K, Saxena S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for «mental retardation/intellectual disability» in ICD-11. *World Psychiatry*, 10, 175-180.
28. Surén P, Roth C, Bresnahan M, Haugen M, Hornig M, Hirtz D, Lie KK, Lipkin WI, Magnus P, Reichborn-Kjennerud T, Schjølberg S, Davey Smith G, Øyen AS, Susser E, Stoltenberg C. (2013). Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism spectrum disorders in children. *JAMA*, 309, 570-577. doi: 10.1001/jama.2012.155925.
29. Sweeney P, Park H, Baumann M, Dunlop J, Frydman J, Kopito R, McCampbell A, Leblanc G, Venkateswaran A, Nurmi A, Hodgson R. (2017). Protein misfolding in neurodegenerative diseases: implications and strategies. *Translational Neurodegeneration*, 6, 6. doi: 10.1186/s40035-017-0077-5.
30. Van Veer-Tazelaar N, van Marwijk H, van Oppen P, Nijpels G, van Hout G, Cuijpers P, Stalman W, Beekman A. (2006). Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. *BMC Public Health*, 6, 186. doi: 10.1186/1471-2458-6-186.
31. Van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF, Beekman ATF, Cuijpers P. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions. *International Journal of Epidemiology*, 43, 318-329. doi: 10.1093/ije/dyt175.
32. Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H, Cedazo-Minguez A, Dubois B, Edvardsson D, Feldman H, Fratiglioni L, Frisoni GB, Gauthier S, Georges J, Graff C, Iqbal K, Jessen F, Johansson G,

- Jönsson L, Kivipelto M, Knapp M, Mangialasche F, Melis R, Nordberg A, Rikkert MO, Qiu C, Sakmar TP, Scheltens P, Schneider LS, Sperling R, Tjernberg LO, Waldemar G, Wimo A, Zetterberg H. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurology*, 15, 455-532. doi: 10.1016/S1474-4422(16)00062-4.
33. Witthauer C, Ajdacic-Gross V, Meyer AH, Vollenweider P, Waeber G, Preisig M, Lieb R. (2016). Associations of specific phobia and its subtypes with physical diseases: an adult community study. *BMC Psychiatry*, 21, 155. doi: 10.1186/s12888-016-0863-0.
34. World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
35. Zalta AK. (2011). A meta-analysis of anxiety symptom prevention with cognitive-behavioral interventions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 749-760.

# HACIA UNA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA EN SALUD MENTAL

Jesús de Pedro Cuesta

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con una trasposición literal de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la vigilancia en salud pública al territorio de la salud mental (World Health Organization, 2012) y aceptando su denominación como vigilancia de la salud mental en salud pública (VSMSP), esta consistiría en la recogida, análisis e interpretación continua y sistemática de 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 y 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. La VSMSP sería el marco óptimo para el control de trastornos mentales y la toma de decisiones basadas en la evidencia, y su definición incluiría todos los ámbitos en los que la autoridad sanitaria interviene (análisis de situación de salud mental, definición de prioridades, evaluación de políticas e investigación sanitaria) (Lee y Thacker, 2011). Su carácter eminentemente pragmático demanda reconocimiento por parte de la autoridad sanitaria, capacidad ejecutiva y una presencia relevante en las administraciones sanitarias del conjunto del país. En un reciente editorial de Gaceta Sanitaria se describen características de la situación y requerimientos para el desarrollo de la vigilancia en salud pública señalando aspectos relacionados con las enfermedades crónicas de reconocida validez en VSMSP, como la estrecha relación con la asistencia sanitaria (AS), la necesidad de definir sistemas de vigilancia específicos, y las experiencias pioneras en este terreno de algunas comunidades autónomas y de otros países (Noguer y cols., 2017). Los mayores problemas que plantea esta reflexión son: 1) la gran variedad de patologías, servicios asistenciales implicados y factores físicos, sociales y personales relacionados con su etiología e impacto en discapacidad; 2) la falta de conocimiento causal firme para diseños de prevención primaria de muchos de los trastornos graves más frecuentes y; 3) el elevado coste de la asistencia sanitaria y social.

El objetivo de este capítulo es identificar territorios de VSMSP de potencial interés inmediato en España, teniendo en cuenta las aportaciones de una reunión *ad hoc* de un grupo reducido de profesionales (de Pedro-Cuesta y cols., 2016), en la que se realizó una puesta en común de problemáticas y posibles alternativas sobre el tema. También se incorporan al presente capítulo las reflexiones sobre grandes categorías CIE-10 de trastornos mentales y sobre intervención en salud pública reseñadas en el capítulo «Marco general para la prevención de enfermedades mentales según la OMS» y otros de esta Monografía. Adoptamos para esta revisión el orden señalado en el capítulo citado para cada uno de los tres espacios de prevención: 1) el de la primaria orientada

a control de factores de riesgo que abarca intervenciones universales y selectivas en general orientadas a modificar determinadas exposiciones o conductas aunque en menor medida destinadas a la intervención individual, por ejemplo las campañas de información o de mejora de comunidades; 2) el de la prevención secundaria relacionada con las intervenciones individuales y el diagnóstico precoz y finalmente 3) el de la prevención terciaria centrado en discapacidad incluyendo trastornos no diagnosticados, particularmente en mayores, sensible a efectos bien conocidos de factores ambientales tanto físicos como sociales. Teniendo en cuenta las sugerencias con las que se concluyó dicha reunión (de Pedro-Cuesta y cols., 2016) se mencionan, no solo al final sino a lo largo del texto, algunas propuestas específicas.

## **PREVENCIÓN PRIMARIA DE TRASTORNOS MENTALES**

Descartando el abordaje de la vigilancia de la salud mental positiva, muy próxima a los conceptos de bienestar, planteada en algunas poblaciones como la canadiense, esta VSMSP cubriría la vigilancia de los factores de riesgo de trastornos mentales y medidas de salud pública al respecto. La diversidad de los planteamientos de salud pública en todas las políticas sectoriales (alimentación, empleo, vivienda, transporte, etc) hace de esta tarea un arduo ejercicio de investigación social a partir de las nociones expresadas en el capítulo antes citado «Marco general para la prevención de enfermedades mentales según la OMS». A continuación se abordan algunos ejemplos de distinta naturaleza entre los múltiples disponibles.

### **Mantenimiento/Mejora del ambiente social/urbano**

Dada la relación observada entre regeneración de barrios y nivel de salud mental (White y cols., 2017), particularmente en el binomio ansiedad/depresión, la monitorización de las condiciones de vida en unidades residenciales y la evitación del deterioro podría formar parte de la vigilancia de determinantes sociales de la salud mental. La estrecha relación de ciertas características residenciales con condiciones de vida, y la alta prevalencia de trastornos (particularmente ansiedad) atribuidos a la crisis económica, pudiera ser el germen de un sistema de vigilancia de características geográficas relacionadas con la deprivación social como: seguridad (iluminación, etc.); educación (disponibilidad de asistentes escolares); salud (equipos deporte/actividad física); vivienda y espacios (reparación vivienda deteriorada); apoyo profesional a desempleados, etc. Destaca en este ejemplo la naturaleza fundamentalmente intersectorial que desborda el espacio de acción de las autoridades sanitarias.

### **Intervenciones orientadas a prevención de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas**

La identificación de frecuencias de uso de alcohol, cocaína y sustancias psicoestimulantes supone la existencia de sistemas de información al respecto. En España desde inicios de los años 90 hay un sistema de encuestas (Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES, en la población general o Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES, en los escolares), al que se unen el sistema de indicadores de demandas de tratamiento, urgencias o mortalidad asociadas al consumo de drogas, o las Encuestas de consumidores en tratamiento (Infante y cols., 2003).

De acuerdo con el Centro Europeo de Monitorización de Drogas y Drogadicción (<http://www.emcdda.europa.eu/topics/prevention>) esta prevención consiste en la promoción de la socialización basada en evidencia que genere conductas socialmente apropiadas por decisión individual. El objetivo es prevenir el uso de sustancias (heroína, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico, etc.) o retrasar la iniciación o intensificación del mismo. De acuerdo con el ya clásico abordaje a partir de evaluación de intervenciones (Institute of Medicine, 1994) refrendado en la actualidad (Cuijpers y cols., 2016) estas pueden ser:

- Universales, dirigidas a población general y focalizadas en el desarrollo de capacidades, valores, mejora de la percepción de normas y de la interacción social.
- Selectivas, dirigidas grupos vulnerables y orientadas hacia a la mejora de condiciones de vida y sociales.
- Indicadas; dirigidas a individuos vulnerables y orientadas a manejar rasgos de personalidad.

Como intervenciones más frecuentes (Institute of Medicine, 1994; Cuijpers y cols., 2016), cuyo desarrollo haya que tener en cuenta en la vigilancia de acciones en salud pública destacan los/las:

- Programas escolares de prevención.
- Programas para padres.
- Intervenciones para compañeros o próximos.
- Intervenciones en ocio alternativo.
- Campañas en medios de comunicación.
- Abordajes en ambientes nocturnos.
- Intervenciones para motivación de jóvenes usuarios de alcohol o drogas.
- Normas de regulación para industria.
- Mejoras del ambiente escolar.

Las intervenciones varían en relación con la existencia de diversos ámbitos de aplicación en relación con usos y medios específicos (alcohol, cannabis, opiáceos, fármacos psicoestimulantes, disolventes orgánicos, múltiples drogas). La priorización de acciones y su evaluación plantea serios problemas relacionados con evidencias de eficacia y naturaleza de los problemas de salud subyacentes.

Fuera de consideración en esta sección quedan la ludopatía y otros trastornos adictivos en ausencia de «sustancias psicoactivas» de particular interés y frecuencia creciente en jóvenes (uso de teléfonos móviles, internet, etc).

Es posible que una de las prioridades de la vigilancia en salud pública sea la orientada a la monitorización de las intervenciones en prevención de las adicciones en niños y adolescentes. Algunos autores sostienen que el conocimiento adquirido acerca de factores de riesgo y efectividad de los programas de prevención permite elaborar recomendaciones fundamentalmente en el campo de la educación y profesionales de la prevención (Kempf y cols. 2017). La heterogeneidad de objetivos y tipos de programas y la necesidad de uso de herramientas compartidas supondrán exigencias suplementarias a la hora de plantearse la vigilancia de estos procesos.

Estos dos ejemplos ilustran la diversidad real y potencial de la vigilancia de trastornos mentales en prevención primaria.

## **VIGILANCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DE LAS INTERVENCIONES SOBRE POBLACIONES CLÍNICAS O DIRIGIDAS A DETECCIÓN PRECOZ**

La gran variación en incidencia/prevalencia y en impacto en salud de los trastornos mentales (véase capítulo sobre «Marco general para la prevención de enfermedades mentales según la OMS») plantea en primer lugar la necesidad de una descripción mixta por tipo de metodología y objetivos de estas tareas. Los trastornos más prevalentes en los últimos 12 meses en población española adulta, son los de ansiedad y los afectivos, con prevalencias del 9,7% (7,6-12,2) y 6,6% (5,5-8,1) respectivamente en un estudio reciente (Navarro-Mateu y cols., 2015). Entre los de mayor impacto en discapacidad y letalidad destacan las demencias y depresión mayor.

### **Vigilancia con fuentes secundarias de datos diagnósticos**

#### ***Altas o visitas en registros de servicios sanitarios o sociales***

Las herramientas más frecuentemente utilizadas son aquellas en las que se procesa información diagnóstica con base poblacional. Son particularmente apropiadas para poblaciones como la española con gran cobertura de sistemas públicos de atención, sobre todo si existe la posibilidad de cruce de datos con otras de servicios. Los bancos de datos del Servicio de Atención a la Dependencia (SADD), mortalidad y altas hospitalarias (CMBD) ofrecen esta posibilidad. Los estudios más frecuentes con estas fuentes son los de riesgo ambiental (geográfico) y tendencias temporales. Sin embargo, los trastornos mentales crónicos se manejan de forma progresiva preferentemente en medio ambulatorio. El avance en desarrollo tecnológico en atención ambulatoria sea especializada o primaria incrementa notablemente el acceso a datos en atención como reflejan los capítulos relativos a Galicia y Cataluña. El hecho de que en muchos casos la naturaleza de la información es de utilización de servicios refleja tanto variaciones en la prevalencia o incidencia como aspectos relativos a la demanda de servicios y el acceso a los mismos. Ello puede limitar considerablemente la interpretabilidad de los resultados requiriéndose investigación ágil y más directa. El retraso habitual en la disponibilidad de datos (a veces con años de retraso) impide la visualización temprana que permita una acción eficaz. Una posibilidad de mejora la ofrece el cruce de datos individuales, lo que suele requerir la disponibilidad de un número o identificador personal. Por ejemplo, aunque entre las hipersomnias, solo las no orgánicas (F51,1) se clasifican entre los trastornos mentales, la detección de narcolepsia como efecto secundario de vacunación antigripal H1N1 en Finlandia (G47,4) fue posible al disponer de cruce de datos de la cohorte vacunada con las altas del sistema sanitario (Nohynek y cols., 2012).

#### ***Sistemas integrados***

Un caso especial de sistemas de vigilancia de trastornos mentales con fuentes secundarias es el de los sistemas integrados de vigilancia de enfermedades crónicas. Probablemente su complejidad solo se supera cuando el objetivo es ambicioso. Uno de los ejemplos más notables es el de Canadá, con cobertura poblacional 97%, donde utilizando fuentes de diversos sistemas de información como beneficiarios de

seguridad social, usuarios de servicios sanitarios y certificados de defunción desde 1996 proporciona datos de prevalencia de uso de servicios y comorbilidad, permitiendo la monitorización de diversos procesos (Public Health Agency of Canada, 2015). Cubriendo diagnósticos CIE-9 290-319 y CID-10 F00-F99, el grupo de edad más afectado por trastornos mentales de cualquier tipo es el de los mayores de 85 años (24%), siendo la curva por edades de aparición trimodal. El aumento más importante en el periodo 1999-2016 fue el de los trastornos mentales con hiperactividad en adolescentes.

### ***Vigilancia con registros específicos de enfermedades***

#### **DEMENCIA (F00-F09)**

Uno de los mayores problemas de salud mental en términos de discapacidad lo constituyen las personas mayores con demencia, de las que en poblaciones españolas una proporción menor de la mitad podría estar diagnosticada y un tercio de ésta institucionalizada (estudio DEMINVALL 2009-2010). Muchos países y organizaciones, por ejemplo el Programa Conjunto Europeo de Investigación en Enfermedades Neurodegenerativas (JPND), disponen de planes de atención y prevención de demencias, sin olvidar el apoyo a cuidadores y la investigación ([www.neurodegenerationresearch.eu](http://www.neurodegenerationresearch.eu)). Ciertos países disponen de registros, grupos organizados en red de clínicos que sistemáticamente recogen y analizan datos sobre una temática monográfica que a menudo proporciona una visión completa de la asistencia y nivel de salud de estas poblaciones clínicas. El registro sueco de demencias acumula datos de más de 30.000 pacientes (Religa y cols., 2015). El Plan de atención, prevención e investigación en enfermedad de Alzheimer en España, actualmente en elaboración, podría constituir el documento guía inicial en reducción y monitorización del desempeño en personas con demencia.

#### **TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)**

Habiendo tratado los muy relevantes aspectos de prevención primaria, el manejo de la discapacidad relacionada con alcohol y la secundaria a drogodependencias plantea objetivos diferenciados de salud pública. En nuestro país probablemente debido al impacto diferencial en estigma social entre los primeros y los segundos y a la relación de estos últimos con infecciones virales, particularmente VIH, las consideraciones en vigilancia y otras tareas de la salud pública obligan a abordar de forma separada cada uno de dichos y trastornos. Por la particular importancia cultural y la extensión de lo tratado en la sección de prevención primaria, no detallaremos más estas tareas.

#### **ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y DELIRANTES DEL ADULTO (F20-F29)**

La gravedad de estos trastornos está dada por la naturaleza de los síntomas y por la discapacidad secundaria a esquizofrenia y psicosis crónica en el adulto joven (F20-F29), que afecta más a la participación social y aspectos fundamentales (educación, trabajo, economía) que a actividades básicas, aunque estas también se encuentran relacionadas con la sintomatología clínica (Schaub y cols., 2011). Sin embargo su presencia determina un deterioro a lo largo del curso vital bien conocida y los beneficios del trabajo en perspectiva comunitaria son bien conocidos. La calidad de

los recursos de rehabilitación, su valoración (cobertura, utilidad) desde una perspectiva de la epidemiología clínica así como la existencia de relaciones entre atención primaria y la especializada mental (King y Nazareh, 1996; Becker y cols., 2002; Marshall y Rathbone, 2011) plantean a menudo la puesta en marcha de herramientas de base en unidades clínicas para diagnósticos de salud mental aunque no de patologías específicas, así como el establecimiento de redes de trabajo de *unidades clínicas* mencionadas anteriormente. La vigilancia del funcionamiento social puede ser llevada a cabo por registros nacionales basados en unidades clínicas, incorporando gestores de casos, como el registro ESTRELLA sueco de comienzo en el año 2000 donde se acumulan datos de más de 5000 enfermos del sector público y privado (Ivarsson y cols., 2011). Es posible que la disponibilidad de sistemas de información como el equivalente a la historia clínica informatizada (Ianus), descrito por Prado Casal y colaboradores en el capítulo sobre el «Sistema de información en salud mental en Galicia» pueda ser compatible con el diseño de esquemas de vigilancia. De hecho el desarrollo de registros de enfermedades específicas por clínicos lleva a la sustitución de la historia clínica por estos esquemas mucho más orientados a objetivos poblacionales (ejemplo calidad asistencia) que la historia clínica cuyo carácter es más individual y menos transversal.

## VIGILANCIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL ADULTO (F30-F39)

Por su alta prevalencia, impacto funcional/vital y diversidad etiopatogénica, etaria, etc., y posibilidad de tratamiento eficaz, estos trastornos constituyen probablemente un eje alrededor del que se articulan numerosas patologías tanto de base orgánica (vascular, neurodegenerativa, etc.) como relacionadas con factores ambientales sociales. Esta problemática se aborda aquí en diversos capítulos como los relacionados con las altas diagnósticas hospitalarias o con suicidio y en general aparece en la literatura distribuida alrededor de grupos de riesgo (edad, ambientes laboral, posparto, ancianos, multimorbilidad) y en la clínica relacionada con seguimientos protocolizados. Por otra parte, la depresión mayor constituye una causa de discapacidad grave entre las predominantes en personas mayores de 75 años, siendo importante en mayores de 65 años por su gran frecuencia, tema a tratar en el de prevención terciaria. Entendiendo que esta discapacidad está a menudo relacionada con causas físicas o ambientales de la depresión o ausencia de diagnóstico y tratamiento y su elevada frecuencia en otros grupos de edad consideraremos estos problemas en el apartado de cribado y (aunque aquí no abordado) el relacionado con la prevención primaria ligado a ambiente social y laboral. La vigilancia epidemiológica del uso de antidepresivos, particularmente factible en nuestro país, podría detectar infradiagnóstico de esta patología en áreas geográficas concretas. La amplia variación de los contextos en los que se hace relevante la depresión tratados en el capítulo de prevención, plantea la vigilancia de la práctica de intervenciones en los diversos medios: el escolar, el laboral, las cohortes posparto o de enfermos con patologías físicas múltiples y el de la depresión en mayores. Así mismo, la disponibilidad de tecnologías y los programas dirigidos a promocionar la resiliencia, aunque escasamente evaluados son merecedores de atención específica de acuerdo con un documento de consenso, el EU —*Mental Health Compass Survey 2015-2018* (Caldas de Almeida y cols., 2017). Por añadidura, es probablemente en lo relativo a depresión donde el cribado de trastornos mentales es más oportuno considerar.



El cribado o detección en al menos dos fases en población no seleccionada está justificado por la utilidad del tratamiento y por la posibilidad de control de factores de riesgo. La *Task Force* de los servicios de prevención de los Estados Unidos ha evaluado el balance positivo daño/beneficio de posibles cribados para 129 entidades o situaciones varias de ellas de salud mental (depresión, autismo, deterioro cognitivo, etc.) (U. S. Preventive Services Task Force, 2017). Siendo el objetivo identificar a personas que sufren de depresión con el objeto de proporcionar la ayuda que necesiten, este grupo recomienda desde 2013 con nivel de fuerza B (los posibles beneficios superan los posibles daños) el cribado en adultos mayores de 18 años incluyendo mujeres embarazadas o tras parto reciente, en un contexto de sistemas asistenciales con capacidad diagnóstica y de tratamiento y seguimiento de los positivos al cribado. En caso de no disponerse de estas capacidades no lo recomienda aunque hace excepción en situaciones especiales. Entre los instrumentos de cribado cita el *Patient Health Questionnaire* y otros cuyos índices de sensibilidad y especificidad oscilan entre 80%-90% y 75%-85% respectivamente. Por el contrario, la asociación canadiense a través de evaluaciones utilizando el sistema GRADE no considera existe la suficiente evidencia científica de beneficio proporcionado como para recomendar el cribado de depresión (Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2013).

En España, el estudio PEGASSUS en Murcia, donde recientemente se encontró una prevalencia a 12 meses de depresión mayor, distimia y trastorno bipolar del 6,6% (5,5-8,1), se consideró que la escala CES-D del Centro de Estudios epidemiológicos sobre Depresión proporcionaba una sensibilidad del 0,83 y una especificidad del 0,78 aceptables para el cribado, aunque dependiendo de objetivos específicos (Vilagut y cols., 2016).

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON ESTRÉS Y SOMATOMORFOS (F40-F48) Y DE COMPORTAMIENTO RELACIONADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS (F50-F59)

Destacan entre los primeros las fobias y entre los segundos los trastornos alimentarios. La vigilancia podría tener un espacio en el campo de la prevención secundaria de estos últimos (véase el capítulo sobre «Marco general para la prevención de enfermedades mentales según la OMS»).

## TRASTORNOS MENTALES DE COMIENZO EN NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Considerados como trastornos del desarrollo embrionario o post natal, abarcan una serie de trastornos relacionados con el retraso mental (F70-79), los del desarrollo psicológico (F80-F89), los emocionales y del comportamiento de comienzo en infancia y adolescencia (F90-F99) y las dificultades de aprendizaje (trastorno de atención/concentración) cubiertos por las rúbricas F90-F98. Parece necesario diferenciar entre diversos grupos y características clínicas. El grupo de enfermos que abarcan las rúbricas F60-F98 (retrasos del desarrollo cognitivo y psicológico y otros de comienzo en niñez y adolescencia) afecta a un amplio grupo de población inmersa en el ambiente familiar (característica tan general de trastornos mentales en poblaciones sudeuropeas). La discapacidad difícil de medir por imbricarse con el funcionamiento durante el desarrollo, y su observación ligada a la actividad clínica, puede demandar apoyo especial trans sectorial en educación, ocio y servicios sociales. La importancia de los mismos parece recomendar el estudio de forma monográfica a partir de diagnósticos en unidades asistenciales ambulatorias o redes de colaboración monográficas. Un

caso particular lo constituyen los trastornos emergentes en adolescentes y jóvenes al que hace referencia la propuesta de la reunión y algunos sistemas de vigilancia como el canadiense antes citado.

La estrecha relación con la atención sanitaria sugiere la consideración de la existencia de un inventario de base poblacional de recursos para actuaciones en el terreno de los servicios sociales (formación, empleo protegido, etc.) por ejemplo a partir de la propuesta del proyecto EU-project eDESDE-LTC (Weber y cols., 2009; Salvador-Carulla y cols., 2015).

## PREVENCIÓN TERCIARIA DE TRASTORNOS MENTALES

A diferencia de la noción de capacidad (funcionamiento potencial óptimo), la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud considera el desempeño como el funcionamiento en situación «normalizada» que en estudios españoles implica funcionamiento real con disponibilidad de ayuda física (mecánica por ejemplo) y personal. Las dificultades para culminar acciones o tareas en participación social constituyen el grado de discapacidad. Las deficiencias en funciones corporales más relevantes para la discapacidad son las mentales seguidas a gran distancia por las musculoesqueléticas (Rodríguez Blázquez y cols., 2016). Esto caracteriza de lleno la naturaleza de esta sección. Por otra parte, la escasa utilización de servicios sociales, aunque disponibles, por enfermos con demencia tipo Alzheimer y sus familiares está bien documentada (Almazán-Isla y cols., 2017).

En España, la atención a la dependencia en personas no institucionalizadas se apoya en un sistema de raíz familiar en transición hacia el señalado en la Ley de Autonomía de 2006. Una de las debilidades del mismo, emergida en el contexto de la debilitación de roles familiares, particularmente la relacionada con el de la mujer y de la actual crisis económica, es el de la existencia ya estructural de lo que Peña-Longobardo y colegas han denominado como «limbo de la dependencia», es decir, la existencia de un elevado número de personas que teniendo derecho por ley a servicios sociales no los reciben (Peña-Longobardo y cols., 2016).

De acuerdo con estudios en poblaciones españolas y prevalencias altas de patologías más discapacitantes en mayores, la discapacidad se asocia fundamentalmente a demencia, ictus y depresión (Virués-Ortega y cols., 2011) por lo que en nuestra perspectiva correspondería a Trastornos mentales orgánicos (F00- F09), y Trastornos afectivos (F30-F39) y en concreto a demencia y depresión, patologías que se ha observado permanecen sin diagnosticar en la mitad de casos prevalentes en múltiples estudios con cribado recientes (ARIADNA, DEMINVALL, NEDICES, ZARADEMP). La herramienta española fundamental para la monitorización de esta discapacidad son las amplias encuestas nacionales de discapacidad que se realizan cada diez años aproximadamente, la última en 2008 (Instituto Nacional de Estadística, 2008) cuyo análisis sugería la existencia de un millón de personas con discapacidad grave/extrema, la mayoría en personas mayores de 60 años (Maierhofer y cols., 2011). Su distribución mediante un indicador individual de nivel de discapacidad por diagnósticos subyacentes y geografía está pendiente de estudio. Aunque son frecuentes en diversos países, por ejemplo Francia o Irlanda, la gran duración del periodo intermedio y la falta de indicadores personales de discapacidad dificultan su uso para monitorización o vigilancia.

En un estudio puerta a puerta en personas mayores de 50 años en Aragón en 2008-2009, una de las poblaciones a incluir en el denominado «limbo de la dependencia» correspondía a las personas que viviendo en sus domicilios presentan discapacidad grave/completa según la escala WHODAS 2.0, sin utilizar ningún tipo de servicios sociales públicos o privados y siendo asistidos en todo caso por cuidadores informales (Almazán-Isla y cols., 2017). Esta discapacidad alcanza en general el nivel III de dependencia (necesidad de cuidador personal o supervisión desde varias veces a las 24 horas del día) según el baremo de la Ley de Autonomía de 2006 (Almazán-Isla y cols., 2017). La encuesta proporciona una visión hasta ahora desconocida de este grupo. Uno de cada tres no disponía de cuidador principal claramente identificable. Aunque solo el 16% de los no usuarios tenía registrado en historia clínica de atención primaria un diagnóstico de demencia, el 60% tenía una puntuación menor de o igual a 25 puntos en el test cognitivo de Lobo (MMSE adaptado) y un 52% una puntuación mayor de cuatro puntos en el test EURO-D para detección de síntomas depresivos sugiriendo respectivamente demencia o depresión subyacentes. La mitad no tenían estudios primarios o estos eran incompletos. Un tercio tenía dificultades para llegar a fin de mes y un 80% estaba confinado en su domicilio. Estando estas cifras de acuerdo con un número en torno a 500.000 personas en todo el país y en concordancia con datos similares acerca del bajo uso de servicios disponibles y propuestas OMS de monitorización de equidad en salud (Artazcoz y Rueda, 2016) y la necesidad de investigar a fondo estos problemas (World Health Organization, 2013) parece evidente: 1) que la salud mental es de gran relevancia en este grupo y 2) sería urgente vigilar la discapacidad grave/extrema no atendida incluyendo la calidad del diagnóstico. Un sistema de vigilancia piloto por personal de enfermería de atención primaria, con monitorización de los cambios temporales en provisión de servicios en las poblaciones vigiladas, podría ventajosamente llevarse a cabo con el banco de datos oficial del Servicio de Atención a la Dependencia. La colaboración con unidades de memoria y de depresión o psicogeriatría en el diagnóstico podría ser necesaria.

## COMENTARIOS

En el capítulo precedente sobre «Marco general para la prevención de enfermedades mentales según la OMS» parecían identificarse cuatro grandes grupos de trastornos, (a) las abiotrofias relacionadas con el deterioro cognitivo y caracterizadas por depósitos proteico/conformacionales y patología vascular, (b) los trastornos afectivos ligados a marcadores de inflamación microglial a menudo también presentes en las abiotrofias con pérdida neuronal, (c) las psicosis esquizofreniformes como disfunciones límbico/frontales) y (d) los trastornos del desarrollo o de las edades juveniles con o sin discapacidad intelectual. La variedad de intervenciones a desarrollar en diversos campos en prevención primaria sugiere la necesidad de trabajo focal tanto descriptivo epidemiológico como de monitorización de las acciones. El diagnóstico precoz y la vigilancia de cursos de enfermedad parece aconsejar el trabajo en redes específicas, de clínicos, unidades clínicas o mediante registros. La vigilancia de la prevención terciaria maximizando el funcionamiento por garantía de disponibilidad de ayuda personal parece justificada en poblaciones de edad avanzada confinadas en domicilio.

Algunas de las recomendaciones de la reunión citada parecen coincidir con observaciones en sociedades industriales, como la del aumento de trastornos en jóvenes el interés del cribado de depresión y la denuncia de inequidad en mayores

con discapacidad grave insuficientemente atendida. Por todo ello podrían ser considerados en las estrategias sobre neurodegeneración y/o salud mental o el plan sobre Alzheimer la definición operativa (objetivos, métodos, costes, calendario) de acciones de vigilancia en salud pública sobre los siguientes:

1. Problemas prioritarios: trastornos mayores, suicidios, tentativas de suicidio, nuevos pacientes psicóticos y trastornos de personalidad y de conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes.
2. Creación de una o más redes clínicas de SM de base poblacional y cobertura por especialistas capaz de revelar y evaluar determinados eventos centinela en Salud Mental siguiendo experiencias en otros países.
3. Realización de estudios de prevalencia (encuestas sobre determinadas problemáticas) en muestras de población asistida en centros específicos.

## AGRADECIMIENTOS

A Luis Sordo por su revisión, comentarios y sugerencias en aspectos relacionados con conductas adictivas y a Nerea Fernández de Larrea por el apoyo bibliográfico.

## REFERENCIAS

1. Almazán-Isla J, Comín-Comín M, Alcalde-Cabero E, Ruiz C, Franco E, Magallón R, Damián J, de Pedro-Cuesta J, Larrosa-Montaños LA, DISCAP-ARAGON Research Group (2017). Disability, support and long-term social care of an elderly Spanish population, 2008-2009: an epidemiologic analysis. *International Journal for Equity in Health*, 16, 4. doi: 10.1186/s12939-016-0498-2.
2. Artazcoz L, Rueda S. (2007). Social inequalities in health among the elderly: a challenge for public health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 466-467. doi: 10.1136/jech.2006.058081.
3. Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene A, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL. (2002). The EPSILON Study - a study of care for people with schizophrenia in five European centres. *World Psychiatry*, 1, 45-47.
4. Caldas de Almeida JM, Frasilho D, Mateus P, Antunes A, Cardoso G, Silva M, Parkkonen J. (2017). Summary and analysis of key developments in member states and stakeholders. Annual Report 2017. EU Compass for Action on Mental Health and Well-being. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/2017\\_msactivities\\_sum\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_msactivities_sum_en.pdf) (accedido: 4/9/2017).
5. Canadian Task Force on Preventive Health Care (2013). Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ*, 185, 775-782. doi: 10.1503/cmaj.130403.
6. Cuijpers P, Shields-Zeeman L, Hipple Walters B, Petrea I. (2016). Prevention of depression and promotion of resilience. Consensus Paper. EU Compass for Action on Mental Health and Well-being. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/ev\\_20161006\\_co03\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co03_en.pdf) (accedido: 4/9/2017).
7. De Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguera I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, 23, 67-73.
8. Infante C, Barrio G, Martín E. (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones*, 15, 77-96.
9. Instituto Nacional de Estadística (2008). Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175) (accedido: 27/9/2017).
10. Institute of Medicine (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/2139.
11. Ivarsson B, Lindström L, Malm U, Norlander T. (2011). Consumer satisfaction, quality of life and distress with regard to social function and gender in severe mental illness. *Open Journal of Psychiatry*, 1, 88-97.

12. Kempf C, Llorca P-M, Pizon F, Brousse G and Flaudias V. (2017). What's new in addiction prevention in young people: a literature review of the last years of research. *Front. Psychol.* 8:1131. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01131.
13. King M, Nazareth I. (1996). Community care of patients with schizophrenia: the role of the primary health care team. *British Journal of General Practice*, 46, 231-237.
14. Lee LM, Thacker SB. (2011). The Cornerstone of Public Health Practice: Public Health Surveillance, 1961-2011. *MMWR Supplements*, 60, 15-21.
15. Maierhofer S, Almazán-Isla J, Alcalde-Cabero E, de Pedro-Cuesta J (2011). Prevalence and features of ICF-disability in Spain as captured by the 2008 National Disability Survey. *BMC Public Health*, 11, 897. doi: 10.1186/1471-2458-11-897.
16. Marshall M, Rathbone J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD004718. doi: 10.1002/14651858. CD004718.pub3.
17. Michael M, Peter G. (2013). Importance of monitoring health inequalities. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347, f6576 doi: 10.1136/bmj.f6576.
18. Navarro-Mateu F, Tormo MJ, Salmerón D, Vilagut G, Navarro C, Ruíz-Merino G, Escámez T, Júdez J, Martínez S, Kessler RC, Alonso J. (2015). 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*, 10, e0137293. doi: 10.1371/journal.pone.0137293.
19. Noguer I, Alonso JP, Arteagoitia JM, Astray J, Cano R, de Pedro J, Gutiérrez G, Hervada X, Margolles M, Nicolau A, Nuñez D, Pollán M, Ramos JM, Sierra JM, Vanoclocha H. (2017). Vigilancia en salud pública: una necesidad inaplazable. *Gaceta Sanitaria*, 31, 283-285. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.11.002.
20. Nohynek H, Jokinen J, Partinen M, Vaarala O, Kirjavainen T, Sundman J, Himanen SL, Hublin C, Julkunen I, Olsén P, Saarenpää-Heikkilä O, Kilpi T. (2012). AS03 adjuvanted AH1N1 vaccine associated with an abrupt increase in the incidence of childhood narcolepsy in Finland. *PLoS ONE*, 7, e33536. doi: 10.1371/journal.pone.0033536.
21. Peña-Longobardo, LM, Oliva-Moreno J, Garca Armesto S, Hernandez-Quevedo C. (2016). The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act. *Health Policy*, 120, 1177-1182. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.08.012.
22. Public Health Agency of Canada (2015). Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Mental Illness in Canada, 2015. Ottawa: Public Health Agency of Canada. Disponible en: <http://healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/alt/mental-illness-2015-maladies-mentales-eng.pdf> (accedido: 27/9/2017).
23. Religa D, Fereshtehnejad SM, Cermakova P, Edlund AK, Garcia-Ptacek S, Granqvist N, Hallbäck A, Kåwe K, Farahmand B, Kilander L, Mattsson UB, Nägga K, Nordström P, Wijk H, Wimo A, Winblad B, Eriksdotter M. (2015). SveDem, the Swedish Dementia Registry – A Tool for Improving the Quality of Diagnostics, Treatment and Care of Dementia Patients in Clinical Practice. *PLoS ONE*, 10, e0116538. doi: 10.1371/journal.pone.0116538.
24. Rodríguez-Blázquez C, Damián J, Andrés-Prado MJ, Almazán-Isla J, Alcalde-Cabero E, Forjaz MJ, Castellote JM, González-Enríquez J, Martínez-Martín P, Comín M, de Pedro-Cuesta J, DISCAP-ARAGON Research Group (2016). Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations and participation restrictions: a cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations. *BMJ Open*, 6, e010446. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010446.
25. Ruiz-Tovar M, de Pedro-Cuesta J, Smith A, Alonso C, Calero M, Pocchiari M, Turner ML, Ward H, Will R. (2011). Review of guidelines for prevention of Creutzfeldt-Jakob disease transmission in medical settings in EU member states and Norway. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Disponible en: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1106\\_TER\\_Review\\_of\\_guidelines\\_for\\_prevention\\_of%20CJD.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1106_TER_Review_of_guidelines_for_prevention_of%20CJD.pdf) (accedido: 4/9/2017).
26. Salvador-Carulla L, Amaddeo F, Gutiérrez-Colosía MR, Salazzari D, Gonzalez-Caballero JL, Montagni I, Tedeschi F, Cetrano G, Chevreul K, Kalseth J, Hagmair G, Straßmayr C, Park AL, Sfetcu R, Wahlbeck K, Garcia-Alonso C. (2015). Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: the REMAST research protocol and its contribution to better integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 15, e042.
27. Schaub D, Brüne M, Jaspén E, Pajonk FG, Bierhoff HW, Juckel G. (2011). The illness and everyday living: close interplay of psychopathological syndromes and psychosocial functioning in chronic schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261, 85-93.

28. U. S. Preventive Services Task Force (2017). Published Recommendations for Primary Care Practice. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Search?s=> (accedido: 27/9/2017).
29. Vilagut G, Forero CG, Barbaglia G, Alonso J. (2016). Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 11, e0155431. doi:10.1371/journal.pone.0155431.
30. Virués-Ortega J1, de Pedro-Cuesta J, del Barrio JL, Almazan-Isla J, Bergareche A, Bermejo-Pareja F, Fernández-Mayoralas G, García FJ, Garre-Olmo J, Gascon-Bayarri J, Mahillo I, Martínez-Martín P, Mateos R, Rodríguez F, Rojo-Pérez F, Avellanal F, Saz P, Seijo-Martínez M, Spanish Epidemiological Study Group on Aging (2011). Medical, environmental and personal factors of disability in the elderly in Spain: a screening survey based on the International Classification of Functioning. *Gaceta Sanitaria*, 25 (Suppl 2), 29-38. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.021.
31. Weber G, Brehmer B, Zeilinger E, Salvador-Carulla L. (2009). A European classification of services for long-term care—the EU-project eDESDE-LTC. *International Journal of Integrated Care*, 9 (Suppl), e174.
32. White J, Greene G, Farewell D, Dunstan F, Rodgers S, Lyons RA, Humphreys I, John A, Webster C, Phillips CJ, Fone D. (2017). Improving Mental Health Through the Regeneration of Deprived Neighborhoods: A Natural Experiment. *American Journal of Epidemiology*, 186, 473-480. doi: 10.1093/aje/kwx086.
33. World Health Organization (2012). Definition Public Health Surveillance. Disponible en: [http://www.who.int/topics/public\\_health\\_surveillance/en/](http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/) (accedido: 24/10/2016).
34. World Health Organization (2013). Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/9789241548632.pdf?ua=1> (accedido: 27/9/2017).

## INDICADORES DE SALUD MENTAL EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

*Juan Manuel Sendra Gutiérrez*

### INTRODUCCIÓN

Quizás lo primero que tendríamos que considerar es una posible definición de indicador de salud. En función de la fuente que utilicemos podemos obtener diversas descripciones. Buscando puntos de unión, podríamos afirmar que todas ellas nos hablan de que son variables o factores que miden aspectos relacionados con la salud de la comunidad y cuyos fines son valorar cambios, evaluar resultados, comparar situaciones y justificar acciones públicas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Basado en esta diferente utilidad encontramos diversas clasificaciones de indicadores como la del Sistema Nacional de Salud (SNS), que clasifica los siguientes indicadores clave tipos (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2014):

- Indicadores del nivel de salud: orientan los principales problemas de salud y la prevalencia de los factores determinantes del nivel de salud, así como identifican desigualdades en términos de salud.
- Indicadores estructurales: suministran información de referencia para analizar la oferta y la distribución de los recursos sanitarios.
- Indicadores de utilización del sistema sanitario: informan sobre la frecuentación de la población, las tasas de utilización de diversos procedimientos y tecnologías, y el conocimiento del consumo de recursos sanitarios.
- Indicadores de accesibilidad al sistema sanitario: identifican la existencia de problemas para acceder a los servicios sanitarios.
- Indicadores de gasto: dan información de interés sobre los recursos económicos invertidos en los presupuestos y cuentas oficiales.
- Indicadores de calidad de la atención en el SNS: son los que suministran información sobre prestación de servicios sanitarios efectivos y de calidad por lo que orientan sobre problemas y variabilidad en la provisión de estos servicios.

La utilización de indicadores de salud se enmarca dentro del más amplio desarrollo de sistemas de información sanitaria, los cuales se fundamentan en la necesidad de asegurar la cohesión de los sistemas sanitarios, para lo cual deben permitir poner a disposición de todos los niveles la información necesaria para conocer en cada momento el grado de consecución de los objetivos planteados, así como facilitar la toma de decisiones por parte de los responsables y autoridades sanitarias.

En este sentido, un sistema de información sanitaria debería ser contemplado para dar respuesta a una serie de colectivos, como a las mencionadas autoridades sanitarias para la elaboración y desarrollo de políticas de salud, a los profesionales

para mejorar sus conocimientos y actitudes clínicas, a los ciudadanos para facilitar las medidas de autocuidado y aumentar su conocimiento en la utilización y funcionamiento correcto de los servicios sanitarios, y a las organizaciones/asociaciones del ámbito de la salud para potenciar la participación de la sociedad en el sistema sanitario.

## INDICADORES DE SALUD MENTAL

Dentro del campo de la salud mental (SM), los indicadores forman parte y son una herramienta fundamental de los sistemas de información de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2010). Sirven para resumir grandes cantidades de información sobre un fenómeno o situación, y medir el cambio a lo largo del tiempo, lo cual es útil para los propios servicios de SM y para la propia población de referencia. Hay que diferenciar los indicadores de los simples datos brutos, considerando que son un paso más allá en forma de un conjunto de datos mínimos que habitualmente contienen un denominador referencial.

Entre las utilidades de los indicadores de SM podemos citar las siguientes (Organización Mundial de la Salud, 2010):

- Valorar las necesidades de SM de la población.
- Conocer los recursos que es necesario invertir en el sistema de atención a la SM, tanto los recursos humanos como los materiales (p.ej. financiación y uso de medicamentos).
- Monitorizar los procesos, entendidos como la forma de desarrollar las actividades de los servicios.
- Evaluar los resultados obtenidos en salud, como efectos atribuibles a las acciones llevadas a cabo por los servicios de SM en relación a la población atendida.

Es precisamente en esta última aplicación donde se evidencian más problemas, por una parte debido a una ausencia notable de información sobre las actividades y procesos desarrollados en SM, y por otra a la dificultad de atribuir resultados de forma directa a la prestación de servicios debido a la intervención de otros factores difícilmente evaluables. Debido a estas limitaciones se ha sugerido la posibilidad de combinar diversas fuentes de información que aporten datos complementarios (utilización de servicios, encuestas de satisfacción y calidad, resultados clínicos...) para mejorar nuestro conocimiento sobre los resultados.

## DESARROLLO DE INDICADORES DE SALUD MENTAL

Existen múltiples propuestas de creación de indicadores de salud mental en los diferentes países y también establecidas por organismos e instituciones internacionales con el denominador común de la heterogeneidad. Un ejemplo relevante a citar es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha desarrollado un instrumento de evaluación para sistemas de SM (WHO-AIMS), que es una herramienta para recoger información esencial de un país o una región, cuyo propósito es mejorar los sistemas de salud mental y proporcionar un marco para monitorizar cambios, con especial interés en los países de bajos y medios ingresos (World Health Organization, 2009). Por su parte, los *Centers for Disease Control and Prevention* se centran en la



importancia de considerar indicadores de SM en contraposición de los mayores recursos y esfuerzos dedicados a los desarrollados para la detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). En este sentido diversos investigadores han sugerido indicadores que abarcarían tres dominios fundamentales de SM (Ryff y Keyes, 1995; Keyes, 1998): el bienestar emocional (satisfacción percibida con la propia vida, felicidad, alegría, tranquilidad), el bienestar psicológico (autoaceptación, crecimiento personal, optimismo, esperanza, sentido de la vida, espiritualidad, autodirección...) y el bienestar social (aceptación social, creencias en el potencial de las personas y la sociedad, autoestima en relación con la utilidad para la sociedad...). En este último grupo es importante considerar los determinantes sociales de la SM que están íntimamente relacionados con los determinantes sociales de la salud general, como la vivienda adecuada, el vecindario y entorno seguro, los empleos y salarios equitativos, la educación de calidad y la equidad en el acceso a la atención sanitaria de calidad.

Contemplada de forma global la heterogeneidad encontrada en la elaboración de los diferentes indicadores de SM está condicionada de forma importante por los propósitos para los que son creados. Así, existen propuestas de amplio rango muy genéricas constituidas por indicadores muy simples que van dirigidas a la consecución de objetivos de planificación y gestión sanitaria, como utilización de servicios, desarrollo de programas de promoción o preventivos, construcción de conjuntos mínimos de indicadores..., que podríamos ejemplificar en el *Mental Health Action Plan WHO 2013-2020* (World Health Organization, 2013). Por el contrario, encontramos otros desarrollos más útiles en niveles más concretos y definidos como el de los servicios asistenciales, con una descripción de indicadores de interés claramente más clínico basado en los cuidados, el tratamiento y los resultados obtenidos (Hermann y Mattke, 2004). Es interesante realizar una mención a los indicadores de resultados habitualmente empleados, ya que muchos de ellos están basados en la mortalidad de estos procesos. Quizás sería necesario reflexionar sobre si realmente este es un indicador de resultados o más bien lo que representa es un fracaso de prevención de los sistemas sanitarios, y en este sentido se deberían realizar mayores esfuerzos para desarrollar indicadores de resultados de salud positiva y no negativa.

## INDICADORES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

En relación al desarrollo llevado a cabo en España existen experiencias desde diferentes ámbitos. Desde el ámbito institucional y administrativo el Ministerio de Sanidad en la última Estrategia en SM 2009-2013 marca cinco líneas estratégicas, y en cada una de ellas establece diferentes indicadores (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). La línea en la que se desarrollan más indicadores es la de Promoción de la SM, prevención de la enfermedad y erradicación del estigma, sobre temáticas como la mala SM, la prevalencia de trastornos como la ansiedad y la depresión, el consumo de drogas y alcohol, las autolesiones y suicidios... La segunda línea estratégica es la Atención Sanitaria de SM, donde se recogen indicadores relativos al cumplimiento de los criterios de calidad del SNS a través de guías de práctica clínica y al consumo per cápita de algunos fármacos (antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos/ hipnóticos) entre otros. Las otras líneas corresponden a la coordinación intra e interinstitucional (mapa de dispositivos de SM y ratio poblacional de psiquiatras), a la formación (informe cualitativo) y a la investigación (proyectos de investigación).

Analizando de forma más detallada el contenido expuesto anteriormente llama la atención los aspectos tan diferentes que se abordan en cada línea estratégica, algunos de los cuales no parecen tener mucha relación con las mismas (p. ej. los indicadores dotacionales de servicios dentro de la línea de promoción y prevención). Por otra parte destaca la escasa definición y concreción de otros indicadores que generan dudas acerca de su potencial utilidad práctica (p. ej. informe cualitativo y número de proyectos).

Las sociedades científicas también se han interesado por este tema. Destaca el trabajo realizado por la Sociedad Española de Psiquiatría hace unos años cuyo objetivo fue desarrollar un conjunto básico de indicadores de salud mental, apto para su uso en la planificación basada en la evidencia, comparación interterritorial y monitorización de los sistemas de salud mental (Salvador-Carulla, 2010). La idea genérica era crear una clasificación y una ordenación de los indicadores que facilitaran el uso de los mismos en las tareas de planificación de SM. Se crearon grupos de trabajo para la selección de los indicadores de SM empleando la metodología cualitativa del grupo nominal y panel Delphi. Se identificaron más de 600 indicadores que se organizaron jerárquicamente en cuatro dominios (contexto, recursos, utilización y resultados), 12 subdominios y 56 tipos. De todos ellos los paneles de expertos identificaron 200 indicadores relevantes en el sistema sanitario español, lo que remarca la complejidad de estudio en este campo.

Utilizando otra metodología la Asociación Española de Neuropsiquiatría construyó en 2002 un observatorio de SM disponible actualmente a través de su página web que pretende ofrecer un sistema de información para conocer el estado de la organización y evolución de los servicios de SM en las diferentes Comunidades Autónomas españolas (CCAA). Desde un generador de estadísticas y mediante diversos filtros se puede acceder a tablas y gráficos desglosados por CCAA que nos ofrecen resultados en forma de indicadores centrados básicamente en planificación sobre modelos de organización, red asistencial, docencia e investigación y recursos humanos (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

Durante los últimos años se han desarrollado nuevas herramientas para representar la información sobre recursos de salud mental desde una perspectiva espacial. Los mapas de salud mental son considerados instrumentos de gran utilidad para la planificación de servicios basada en la evidencia. Estos mapas permiten conocer los distintos tipos de recursos disponibles, su ubicación geográfica y las áreas de atención asignadas de forma gráfica y fácilmente comprensible. También es posible representar la distribución geográfica de los profesionales, las camas asignadas, las plazas de ocupación y los lugares de residencia, así como la morbilidad de los trastornos mentales y el uso de los servicios de salud mental. La OMS ha publicado desde el año 2001 diversos atlas de recursos de salud mental, cuya última actualización corresponde a 2014. El objetivo es recopilar y difundir información sobre políticas, financiación, servicios, profesionales, tratamientos, organización y sistemas de información sobre salud mental en el mundo (World Health Organization, 2015).

Siguiendo esta tendencia la Estrategia en SM del SNS antes citada establece como tercera línea estratégica la coordinación intra e interinstitucional a través del indicador mapa de dispositivos de SM. Algunas CCAA han prestado atención al desarrollo de indicadores de SM para conocer la situación y funcionamiento de las redes de SM, siempre desde una óptica de gestión y planificación sanitaria utilizando herramientas como los Atlas de SM que pretenden representar de forma geográfica esta realidad.

Cataluña publicó en 2010 un atlas integral de servicios de atención a la salud mental en su territorio (Salvador-Carulla y cols., 2010). La finalidad del proyecto fue ofrecer un instrumento de apoyo a la decisión desde el punto de vista gestor y planificador mediante la utilización de sistemas de información geográfica, que permitan el análisis de la disponibilidad geográfica y el análisis espacial de los diversos indicadores utilizados. La información se clasifica en tres dimensiones integradas: catálogo estandarizado de servicios de SM (descripción estandarizada de las tipologías de atención e información sobre funcionamiento y recursos de cada servicio para permitir comparaciones interterritoriales), mapas de servicios de SM en Cataluña (elaboración de mapas de recursos a partir del catálogo a diferentes escalas y temáticas) y sistemas de apoyo a la decisión (análisis avanzado espacial de la utilización de la atención especializada que permita por ejemplo identificar zonas de alta o baja prevalencia de trastornos mentales). Siguiendo los mismos objetivos y metodología en 2013 se publicó el Atlas de SM de Bizkaia, que representa otro ejemplo de cómo los mapas de SM son un instrumento de gran utilidad para la planificación de servicios basada en la evidencia (Red de Salud Mental de Bizkaia-Osakidetza, 2013).

Otras herramientas donde encontramos de forma implícita el desarrollo de indicadores de SM son los Planes de Salud Mental de las distintas CCAA, en los que se suelen incluir indicadores de recursos y de actividad asistencial. También existen instrumentos específicos de análisis de la situación del estado de salud de la población a nivel territorial. Este es el caso del Informe del Estado de Salud de la Población, elaborado en la Comunidad de Madrid de forma bianual, que pretende dar información actualizada sobre la situación de salud y su evolución temporal. En el capítulo 6 de este documento se aborda el objetivo de mejorar la SM, calculando indicadores relacionados con la mortalidad, la morbilidad hospitalaria y la atendida en AP (Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2014).

## **PROBLEMAS Y LIMITACIONES EN LA UTILIZACIÓN DE INDICADORES DE SALUD MENTAL**

La utilización de indicadores de salud útiles para implementar sistemas efectivos de vigilancia en SM es todavía una tarea pendiente tanto a nivel nacional como internacional. Tradicionalmente se han considerado indicadores de SM algunos como las tasas de suicidio, las de hospitalización, las de utilización de recursos sanitarios y aquellos basados en la autodeclaración a través de encuestas de salud en el uso de servicios y trastornos de SM. Desafortunadamente y por diversas razones ninguno de los mismos recoge la complejidad y el espectro completo de severidad que caracteriza a este campo de la atención sanitaria y sólo ofrecen una visión parcial del problema. Por poner algunos ejemplos, el suicidio representa una manifestación extrema aguda de unos factores y condicionantes previos que habitualmente quedan encubiertos. Por su parte los indicadores basados en la utilización de servicios hospitalarios recogen la pequeña proporción de la población de enfermos en el grupo de mayor intensidad sintomática, ignorando lo que sucede en otros ámbitos como el comunitario de mayor carga asistencial (Tannenbaum y cols., 2009).

Otro aspecto limitante clásico en nuestro país es la imposibilidad en el ámbito sanitario de relacionar distintas bases de datos que contienen información no sólo

de salud sino de datos externos al sistema sanitario, como sí es posible en otros ámbitos, como por ejemplo el de la Seguridad Social donde es posible tener acceso al registro de mortalidad para dar bajas y a la generación de la Vida Laboral de cada persona en base a los contratos de las diferentes empresas empleadoras (Moreno-Küstner, 2012).

La transferencia de la gestión sanitaria a las CCAA ha supuesto el desarrollo de sistemas de información diversos en cada una de ellas realizados bajo diferentes criterios, lo que ha dado lugar a una dificultad añadida para obtener indicadores de SM que suministren una información homogénea y comparable a nivel nacional.

Por otra parte, y como se ha descrito anteriormente, el desarrollo de indicadores de SM hasta la fecha está principalmente basado en ofrecer herramientas para la planificación y gestión de las políticas y los servicios asistenciales a nivel territorial, olvidando con mucha frecuencia la necesidad de suministrar resultados relevantes en términos de salud poblacional que sean útiles a dos interlocutores fundamentales del sistema sanitario como son los ciudadanos y pacientes, y también los profesionales del mismo.

## **PERSPECTIVAS DE FUTURO EN EL DESARROLLO Y UTILIZACIÓN DE INDICADORES DE SALUD MENTAL**

El estudio paralelo de varias fuentes de información de las que se pueda obtener el mismo indicador, el uso combinado de diferentes indicadores que describan el mismo fenómeno y la posibilidad de medir de forma repetida y fiable en el tiempo los valores y las tendencias de un determinado indicador son algunas de las cuestiones que es necesario resolver en un futuro próximo.

Otro aspecto crucial para obtener un sistema de vigilancia efectivo, y que es urgente abordar, es la importancia de poder enlazar a través de un identificador común diferentes bases de datos que contienen datos individuales, lo que ahora sólo puede ser explorado de forma independiente. Esto no solamente es importante realizarlo dentro del ámbito sanitario, sino también debería ser posible relacionar esta información con datos sociales, económicos, educativos... del mismo sujeto. Para ello es necesario llevar a cabo cambios y una flexibilización del marco legislativo y normativo actual sumamente proteccionista y garantista en nuestro país.

Relacionado con el punto anterior, se debería ofrecer un mayor nivel de acceso a la información junto con una estabilidad en la estructura y atributos de las bases de datos a lo largo del tiempo, lo que permitiría a investigadores cualificados realizar estudios longitudinales de seguimiento con indicadores de SM.

Las ventajas de efectuar estos y otros cambios serán obtener un marco más informativo, completo y fiable del estado de SM de la población. Para conseguir unos indicadores de SM válidos y fiables es necesario que nuestros sistemas de información en SM cumplan una serie de requisitos básicos en su diseño, como algunos autores han apuntado y que a modo de decálogo se encuentran descritos en la siguiente tabla.

**Tabla 1. Diez requisitos necesarios para la implementación de sistemas de información en salud mental (extraído y adaptado de Moreno-Küstner, 2012)**

- 1 Los sistemas de información deben estar centrados en el paciente.
- 2 La información debe ser longitudinal, acumulable y exhaustiva.
- 3 El sistema de información debe estar integrado.
- 4 Es necesario definir un conjunto mínimo básico de datos.
- 5 Se deben desarrollar medidas que garanticen la confidencialidad informativa.
- 6 Se deben implantar criterios para garantizar la calidad de la información.
- 7 La explotación de la información debe ser ágil, rápida, flexible y útil.
- 8 Se debe tener en cuenta la opinión de los clínicos en el diseño.
- 9 Es necesario crear unidades de apoyo y mantenimiento de los sistemas.
- 10 Es necesario contar con el suficiente apoyo de las instituciones.

## CINCO RETOS PARA EL FUTURO

1. Conseguir una atención integral para la SM en un entorno de alta complejidad por variedad de servicios y de interlocutores.
2. Integrar fuentes de información diversas disponibles.
3. Mejorar la investigación epidemiológica y de resultados con nuevos desarrollos (marcadores biológicos, homogeneización de clasificaciones...).
4. Resolver problemas estructurales de infradotación e infrafinanciación y creación de registros nacionales estandarizados.
5. Homogeneizar terminología y construir consensos nacionales/internacionales sobre elaboración de conjuntos de indicadores esenciales de SM.

## REFERENCIAS

1. Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002). Observatorio de Salud Mental de la AEN. Disponible en: <http://www.observatorio-aen.es/>
2. Centers for Disease Control and Prevention (2013). Mental Health Basics. Atlanta, USA. Disponible: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/basics.htm>
3. Consejería de sanidad. Comunidad de Madrid (2014). Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2014. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.
4. Hermann R, Mattke S and the members of the OECD Mental Health Care Panel (2004). Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in OECD Countries. OECD Health Technical Papers no.17.
5. Keyes CLM. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
8. Moreno-Küstner B. (2012). ¿Por qué no funcionan los sistemas de información en salud mental? Diez requisitos necesarios para su implementación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 29-38.
9. Organización Mundial de la Salud (2010). Sistemas de información en salud mental. Ginebra. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental.

10. Ryff CD, Keyes CLM. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
11. Salvador-Carulla L, Salinas JA, Martín M, Grané M, Gibert K, Roca M et al en representación del Grupos de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Psiquiatría (GClin SEP) (2010). Indicadores para la evaluación de sistemas de salud mental en España. Sociedad Española de Psiquiatría.
12. Salvador-Carulla L, Serrano-Blanco A, Garcia-Alonso C, Fernandez A, Salinas -Perez JA, Gutiérrez-Colossía MR. (2013). GEOSCAT: Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010. Barcelona. Plan director de salud mental y adicciones. Barcelona: Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, Generalitat de Cataluña [Traducido del Catalán].
13. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2014). Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
14. Tannenbaum C, Lexchin J, Tamblyn R, Romans S. (2009). Indicators for measuring mental health: towards better surveillance. *Healthcare Policy*, 5, e-177-186.
15. World Health Organization (2009). Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS crossnational analysis. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
16. World Health Organization (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
17. World Health Organization (2015). Mental Health Atlas 2014. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL EN PAÍSES EUROPEOS

Carmen Rodríguez Blázquez, Jesús de Pedro Cuesta, Mariana Haebeler

### INTRODUCCIÓN

En Europa, los trastornos mentales constituyen uno de los mayores retos para la Salud Pública. Los problemas de salud mental afectan anualmente a un tercio de la población europea y suponen casi el 20% de la carga de enfermedad (World Health Organization, 2014). Nueve de los 20 países con las tasas más altas de suicidio en el mundo son europeos, con una media de 13,9 suicidios por 100.000 habitantes (WHO Regional Office for Europe, 2015). En función de las diferentes condiciones socio-económicas de los países europeos, existen grandes variaciones en las frecuencias de los diversos trastornos, así como en la provisión de recursos para la atención a salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de información de salud mental (SISM) permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende (Organización Mundial de la Salud, 2010). Existe consenso por parte de organismos internacionales y expertos en que la gestión y provisión de servicios de salud mental debe basarse en información correcta, estandarizada y comparable, relevante y reciente, que integre el conocimiento sobre necesidades de atención no satisfechas y los aspectos de salud física (Wykes y cols., 2015; Alonso y cols., 2007).

Desde hace unos años, en Europa se han puesto en marcha diversos registros de enfermedades no transmisibles específicos para patologías concretas como los registros de cáncer o de malformaciones congénitas, especialmente en los países occidentales de la Unión Europea, pero esto se ha logrado escasamente en el ámbito de la salud mental. Más habituales son las encuestas de base poblacional sobre trastornos mentales que se han llevado a cabo en diversos países europeos, tales como el *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD/MHEDEA), que reúne a seis países (Alonso y cols., 2004), e iniciativas tales como las encuestas de salud nacionales, como la Encuesta Nacional de Salud en España (Instituto Nacional de Estadística, 2011), que incluyen preguntas sobre sintomatología relacionada con trastornos mentales.

En este capítulo se revisan los sistemas de información de salud mental existentes en Europa, tanto regionales, como nacionales y supranacionales.

### POLÍTICAS Y PRÁCTICAS EUROPEAS EN SALUD MENTAL

En 2008, la Oficina Regional para Europa de la OMS publicó los resultados de la primera encuesta de evaluación de los sistemas de salud mental (WHO Europe, 2008).

A través de un cuestionario de 90 preguntas sobre legislación, políticas y recursos de salud mental, se recogieron datos de 42 países europeos. Uno de los aspectos evaluados en este informe es la existencia de sistemas de información de salud mental y de sistemas de producción y difusión de guías clínicas basadas en la evidencia. En este sentido, según el informe, el 95% de los países encuestados (el 100% en el caso de los países de la Unión Europea) recogían un conjunto mínimo de datos procedentes de atención hospitalaria de salud mental, y un 79% procedentes de atención de salud mental comunitaria. El 81% de los países declaraba publicar regularmente informes sobre salud mental, bien de forma integrada en informes sobre salud en general, o bien de forma específica, y el 69% contaban con una institución u organismo responsable de publicar y difundir guías clínicas basadas en la evidencia sobre salud mental.

El informe enumera países sin sistemas de información o con sistemas no integrados o no operativos, tales como Grecia y Hungría, y, por otra parte, destaca países o regiones cuyos sistemas de información pueden constituir un ejemplo, como Alemania, Polonia o Escocia (Reino Unido). En Grecia, por ejemplo, aunque en 1996 se definió una lista de indicadores (DATAPSY), en 2006 no se habían recogido datos, mientras que en Hungría en lugar de una red que integre toda la información de los recursos de salud mental, se dispone de una base de datos que incluye un número limitado de clínicas y hospitales.

Por el contrario, en Polonia, el Instituto de Psiquiatría y Neurología recoge y publica estadísticas sobre los servicios de salud mental de forma anual desde 1968. En Escocia cuentan con un sistema de indicadores de salud mental, con datos que se recogen sistemáticamente y se publican anualmente. En Alemania existe una situación intermedia: mientras que el sistema de documentación básica (BaDo) ha estandarizado la recogida de información hospitalaria, lo cierto es que concurren muchos problemas de implementación a nivel nacional, por lo que solo se cuenta con información completa en algunas regiones, como Baden-Württemberg.

El informe concluye identificando como desafíos para el futuro la integración de los sistemas de información entre los distintos niveles de atención (hospitalario, comunitario, social) y el intercambio de experiencias entre los distintos países europeos.

## ENCUESTAS DE SALUD MENTAL EN EUROPA

La principal fuente de datos sobre salud en general y salud mental en particular en Europa lo constituye Eurostat, la oficina estadística de la Unión Europea. La información sobre salud mental disponible en Eurostat proviene de diversas encuestas, tales como la *European Health Interview Survey* (EHIS) y la *European Quality of Life Survey* (EQLS), así como de los datos que proporcionan los países de la UE sobre utilización de recursos sanitarios (incluyendo servicios de salud mental) y causas de muerte (que incluyen muertes por enfermedades neurodegenerativas y suicidio). Además, como parte de la encuesta *Statistics on Income and Living Conditions* (SILC), existe un módulo (*Minimum European Health Module*, MEHM) con tres preguntas sobre salud percibida, problemas crónicos de salud (incluyendo enfermedad mental) y limitaciones en la vida diaria debida a problemas de salud (*Global Activity Limitation Indicator*, GALI), que permite el cálculo de los años de vida saludable (European Health Expectancy Monitoring Unit, EHEMU, 2010).



La EHIS (Eurostat, 2016) se lleva a cabo cada cinco años en los países participantes. La primera oleada se desarrolló entre 2006 y 2009 en 17 países de la UE, así como Suiza y Turquía, mientras que la segunda se llevó a cabo entre 2013 y 2015 en todos los países miembros de la UE, además de Islandia y Noruega. La encuesta, destinada a la población a partir de 15 años o más que vive en domicilios de todo el territorio nacional de los países participantes, está compuesta por cuatro módulos: estado de salud (que incluye el MEHM), determinantes, servicios de salud y variables demográficas y socio-económicas. Las cuestiones sobre salud mental aparecen en el módulo de estado de salud y se refieren a estrés psicológico y bienestar mental en la primera oleada, y la existencia de síntomas depresivos y diagnóstico de depresión en la segunda oleada. En el módulo de determinantes de salud también se incluyen preguntas sobre adicción a sustancias.

La EQLS (Eurofound, 2016) se realizó por primera vez en 2003, y desde entonces ha tenido cuatro oleadas. La última oleada de la que se disponen datos es la de 2012, en la que participaron 27 estados miembros de la UE y siete estados no-miembros. La población a la que va dirigida son los mayores de 18 años residentes en dichos países, seleccionada mediante muestreo aleatorio multietápico y estratificado. La encuesta incluye secciones sobre empleo y vida laboral, familia y vida social, salud y uso de servicios, vivienda y entorno, percepción de la calidad de la sociedad, exclusión social e integración comunitaria, nivel de vida y privación, y bienestar subjetivo. El módulo de salud incluye preguntas sobre sintomatología ansiosa y depresiva así como la escala *WHO-5 Mental Wellbeing Index*, para detección de depresión en población general. La encuesta contiene 26 preguntas relativas al bienestar subjetivo, de las que se puede extraer seis índices sintéticos (Eurofound, 2013).

La UE ha desarrollado un conjunto de 88 de indicadores de salud, el *European Core Health Indicators* (ECHI) (Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIAC), 2013), como parte del 1997-2002 *EU Health Monitoring Programme*. El listado de indicadores se puede clasificar en cinco capítulos: factores demográficos y socio-económicos, estado de salud, determinantes de salud, intervenciones y servicios y promoción de salud; y en cinco áreas relativas a políticas de salud: servicios y cuidados de salud, envejecimiento y población, determinantes de salud, enfermedades y salud mental y salud en todas las políticas. La mayor parte de los datos provienen de Eurostat, aunque también se utilizan otras fuentes tales como la OMS, OCDE, programas específicos y bases de datos especializadas. Los indicadores de salud mental están comprendidos en los capítulos de estado de salud y determinantes y son: mortalidad debido a uso de drogas y alcohol, demencia/Alzheimer, prevalencia de depresión, intentos de suicidio, salud percibida, morbilidad percibida, distrés y bienestar psicológicos y apoyo social.

Existen otras iniciativas europeas que proporcionan información sobre salud mental en colectivos específicos. El *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) recoge indicadores epidemiológicos sobre uso de drogas y sus consecuencias de salud y sociales en los distintos países miembros de la UE, además de publicar el *European Drug Report* anualmente (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017).

La encuesta longitudinal de salud, envejecimiento y jubilación (*Survey on Health, Ageing and Retirement*, SHARE) recoge información sobre diversos aspectos relativos a la población europea mayor de 50 años en diversas oleadas. La primera oleada tuvo

lugar en 2004 en nueve países, la sexta se llevó a cabo a lo largo de 2015 (Börsch-Supan y cols., 2013).

Otras encuestas que generan datos de salud mental relevantes aparecen en la [Tabla 2](#).

**Tabla 2. Otras encuestas europeas que recogen datos sobre salud mental**

Encuesta	Enlace
EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative (EU-WMH)	<a href="http://www.eu-wmh.org">www.eu-wmh.org</a>
OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI)	<a href="http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm">www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm</a>
Urban Health Indicators Systems (EURO-URHIS)	<a href="http://www.urhis.eu">www.urhis.eu</a>
Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	<a href="http://www.hbsc.org">www.hbsc.org</a>
Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría	<a href="http://www.observatorio-aen.es/">http://www.observatorio-aen.es/</a>

## EJEMPLOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL EN PAÍSES EUROPEOS

Algunos países europeos han implementado sistemas de información de enfermedades mentales. Entre estos destaca Italia, en donde funciona desde 2008 un sistema de vigilancia coordinado por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Salud (Gigantesco y cols., 2012). Los datos son recogidos por psiquiatras centinelas, entrenados en la entrevista clínica estructurada del DSM-IV, en 22 centros de salud mental comunitarios, que representan el 3% de la población total atendida por dichos centros. Entre las fortalezas de dicho sistema destacan la alta fiabilidad de los diagnósticos, la simplicidad de los formularios, la utilización de una plataforma web, y la estandarización de los indicadores (gravedad clínica y funcionamiento psicosocial). Sus principales limitaciones son la falta de representatividad y la alta rotación de los psiquiatras.

En Dinamarca tienen establecido el *Psykiatriske Centralregister* (registro psiquiátrico centralizado) desde 1938 (Mors y cols., 2011) que incluye datos de todos los hospitales y departamentos psiquiátricos, así como de los servicios de salud mental y de urgencia. Forma parte del registro nacional de pacientes de Dinamarca y está gestionado por el Centro de Investigación Psiquiátrica del Hospital Universitario de Aarhus. En 2000 el registro se dividió en dos partes: el registro psiquiátrico de investigación y el de tratamiento. Los pacientes se identifican mediante un número individual de identificación (CPR), compuesto por la fecha de nacimiento y el sexo, que permite enlazarlo con otros registros poblacionales daneses. Las variables que incluye el registro son: fecha de ingreso y alta o de inicio y finalización de cualquier tipo de tratamiento ambulatorio, incluyendo visitas a urgencias, diagnóstico, tipo de derivación, lugar de tratamiento con identificación del departamento concreto, lugar de residencia y tipo de ingreso (agudo o planeado). Los diagnósticos se recogen mediante códigos CIE-10 (CIE-8 hasta 1994). Los responsables del registro han realizado estudios sistemáticos de validación de los datos y, en menor medida, de los diagnósticos (Uggerby y cols., 2013).

En Suecia tienen un sistema de registros de calidad de la atención a diversos tipos de trastornos, que incluye varios registros relacionados con la salud mental: infanto-juvenil, trastorno bipolar, psicosis, trastornos de la alimentación, psiquiatría forense y monitorización de la atención psiquiátrica («The Quality Star») (Nationella Kvalitetsregister, 2017).

Otros países europeos tienen sistemas de información o registros psiquiátricos regionales o de menor escala (*Small Scale Psychiatric Case Registers, SS-PCRs*) (Amaddeo, 2014). Es el caso de la región de Verona, con un registro psiquiátrico establecido en 2000 en un área de cobertura de alrededor de 450.000 habitantes (Rossi y cols. 2002). Holanda cuenta con cuatro registros psiquiátricos correspondientes a las áreas norte y centro del país y a las ciudades de Maastricht y Rotterdam (Wiersma, 1997; Wierdsma y cols., 2008; Smeets y cols., 2011). En Reino Unido destacan los ejemplos de Escocia, en marcha desde la década de 1960 (Baldwin y cols., 1965; McConville y Walker, 2000) y del área sur de Londres, con un registro psiquiátrico que funciona desde 2008 (Perera, 2016). Una revisión de diferentes registros psiquiátricos existentes puede encontrarse en Byrne y cols., 2005, que analiza especialmente los estudios de validez de los diagnósticos, si bien no existen artículos posteriores actualizados.

## CONCLUSIONES

Esta revisión recoge aspectos muy variados de la información sobre salud mental existente en diversos países europeos. En general pueden diferenciarse tres grupos:

- Encuestas poblacionales, a menudo nacionales, de salud con componentes importantes de salud mental, como por ejemplo: la Encuesta Europea de Salud en España.
- Sistemas de información asentados en la asistencia definida por el carácter de las instituciones (asistencia psiquiátrica o a drogodependencias) establecidos sobre una red de unidades con gran apoyo mixto administrativo-clínico. En este grupo podemos destacar el ejemplo de Escocia.
- Sistemas de información definidos por una red de participantes con objetivos predeterminados. En este grupo destaca el sistema italiano de psiquiatras centinelas.

En general, podemos concluir que en Europa existen sistemas de información en salud mental orientados a vigilancia y/o llevados a cabo como proyectos de investigación en muy diversos grados de desarrollo. Algunos de ellos contribuyen a la vigilancia de manera inespecífica (enfermedades crónicas) o específica (trastornos mentales). La traslación al sistema español de parte de estos sistemas, como los de Escocia o Italia, puede ser útil.

Entre las limitaciones de los sistemas existentes podemos señalar que a menudo los datos hospitalarios, comunitarios y de servicios sociales no están unificados, que existe una considerable heterogeneidad referida a sistemas salud, lenguaje, conceptos y métodos, y que los sistemas de vigilancia de salud mental son relativamente recientes, por lo que aún existe poca evidencia sobre su utilidad, así como sobre la calidad de la información que recogen (estudios de validación de diagnósticos).

## REFERENCIAS

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H. (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420, Suppl., 8-20.
2. Alonso J, Lépine JP; ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, Suppl 2, 3-9.
3. Amaddeo F. (2014). The small scale clinical psychiatric case registers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130, 80-82. doi: 10.1111/acps.12280.
4. Baldwin JA, Innes G, Millar WM, Sharp GA, Dorricott N. (1965). A Psychiatric Case Register in North-East Scotland. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 19, 38-42.
5. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, Kneip T, Korbmayer J, Malter F, Schaap B, Stuck S, Zuber S; SHARE Central Coordination Team (2013). Data Resource Profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42, 992-1001. doi: 10.1093/ije/dyt088.
6. Byrne N, Regan C, Howard L. (2005). Administrative registers in psychiatric research: a systematic review of validity studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 409-414.
7. Eurofound (2013). Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Subjective well-being. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
8. Eurofound (2016). European Quality of Life Surveys, EQLS. Disponible en: <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys>. (accedido: 12-9-2017).
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). European Drug Report 2017: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
10. European Health Expectancy Monitoring Unit, EHEMU (2010). The Minimum European Health Module. Background documents. EHEMU Technical report 2010\_4.6.
11. Eurostat (2016). European Health Interview Survey (EHIS). Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth\\_det\\_esms.htm](http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm). (accedido: 12-9-2017).
12. Gigantesco A, Lega I, Picardi A. (2012). The Italian SEME Surveillance System of Severe Mental Disorders Presenting to Community Mental Health Services. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 7-11.
13. Instituto Nacional de Estadística, INE (2011). Encuesta Nacional de Salud en España, 2011-2012. Disponible en: [www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175). (accedido: 12-9-2017).
14. McConville P, Walker NP. (2000). The reliability of case register diagnoses: a birth cohort analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 121-127.
15. Mors O, Perto GP, Mortensen PB. (2011). The Danish Psychiatric Central Research Register. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, Suppl. 7, 54-57. doi: 10.1177/1403494810395825.
16. Nationella Kvalitetsregister, 2017. Disponible en: <http://kvalitetsregister.se/englishpages/findaregistry/allswedishqualityregistries.2028.html>. (accedido: 12-9-2017).
17. Organización Mundial de la Salud (2010). Sistemas de información en salud mental. (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
18. Perera G. (2016). Cohort profile of the South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLaM BRC) Case Register: current status and recent enhancement of an Electronic Mental Health Record-derived data resource. *BMJ Open*, 1, e008721. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008721.
19. Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium, PHEIAC (2013). Evaluation of the Use and Impact of the European Community Health Indicators. Final report.
20. Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. (2002). Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 181, 331-338.
21. Smeets HM, Laan W, Engelhard IM, Boks MP, Geerlings MI, de Wit NJ. (2011). The psychiatric case register middle Netherlands. *BMC Psychiatry*, 11, 106. doi: 10.1186/1471-244X-11-106.
22. Uggerby P, Østergaard SD, Røge R, Correll CU, Nielsen J. (2013). The validity of the schizophrenia diagnosis in the Danish Psychiatric Central Research Register is good. *Danish Medical Journal*, 60, A4578.

23. World Health Organization (2014). Global Health Estimates (GHE). Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/) (accedido: 11/9/2017).
24. World Health Organization (2015). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
25. WHO Europe (2008). Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf) (accedido: 12-9-2017).
26. Wiersma D. (1997). Prevalence of long-term mental health care utilization in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 247-253.
27. Wierdsma AI, Sytema S, van Os JJ, Mulder CL. (2008). Case registers in psychiatry: do they still have a role for research and service monitoring? *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 379-384. doi: 10.1097/YCO.0b013e328304d99b.
28. Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarragó C, Arango C, Ayuso-Mateos JL. (2015). Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry*, 2, 1036-1042. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00332-6.

# LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

Carmen Rodríguez-Blázquez, Iñaki Galán Labaca

## INTRODUCCIÓN

Las encuestas nacionales de salud constituyen una valiosa fuente de información sobre el estado de salud de la población, además de ser un pilar importante en cualquier sistema sanitario. El principal objetivo de dichas encuestas es proporcionar datos de calidad para la planificación, monitorización y evaluación de las políticas sanitarias, así como para la investigación en salud pública (Andersen, 2008). Las encuestas nacionales de salud permiten además conocer los indicadores de salud poblacional, analizar tendencias y establecer comparaciones entre grupos de población.

Las primeras encuestas de salud datan de la década de 1930 en Estados Unidos (Falk y cols., 1933). Desde entonces, en muchos países occidentales se recogen de manera sistemática datos de salud mediante encuestas nacionales (Berk y cols., 2007). La *National Health Interview Survey* de Estados Unidos (National Center for Health Statistics, 2017) se lleva realizando de manera continua desde 1957. En Gran Bretaña, se han recogido datos de salud desde la década de los 70 mediante la *General Household Survey* y la *General Lifestyle Survey* (Office for National Statistics, 2011), mientras que en Canadá se realiza de manera periódica la *National Population Health Survey (NPHS)* (Statistics Canada, 2011), desde 1978.

En España, las primeras encuestas de salud fueron la Encuesta de Salud de Barcelona, en 1983, y la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCV), en 1986 (Requena y cols., 2013). En 1987 se lanzó la primera Encuesta Nacional de Salud (ENSE) en España, cuyo trabajo de campo fue realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (1987). La ENSE se ha venido desarrollado de forma periódica en los años 1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006 y 2011-2012.

España participa también en otra encuesta de salud, la Encuesta Europea de Salud en España (EES) (Instituto Nacional de Estadística, 2014), que se lleva a cabo en otros países europeos simultáneamente. Su periodicidad es quinquenal (2009 y 2014), alternándose cada dos años y medio con la ENSE, con la que comparte un grupo de variables armonizadas.

El objetivo de este capítulo es revisar la evaluación de los aspectos relativos a la salud mental en las distintas ediciones de la ENSE.

## LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2011-2012

La ENSE 2011-2012 (Instituto Nacional de Estadística, 2011) es una encuesta sobre la salud y sus factores determinantes que se realiza en dos fases: en la primera fase se identifica a las personas residentes en viviendas familiares principales con el

Cuestionario de Hogar. En la segunda, se recoge información de una única persona de 15 y más años, seleccionada aleatoriamente dentro del hogar, y de una única persona menor (personas de 0 a 14 años) de cada hogar si las hubiere, también seleccionada aleatoriamente. La información de los menores se recoge mediante entrevista a sus padres o tutores.

La recogida de información se efectúa durante un período de 12 meses, en los cuales se entrevista a una muestra seleccionada de la población española mediante muestreo polietápico estratificado. En dicho muestreo, las unidades de primera etapa son las secciones censales y las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Las unidades de primera etapa se agrupan en seis estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenece la sección. Para cada comunidad autónoma se diseña una muestra independiente que la representa. El tamaño muestral de la ENSE 2011-2012 fue de 21007 adultos y 5495 menores.

La información se recoge mediante tres cuestionarios: hogar, adultos (15 años o más) y menores (0 a 14 años), y se agrupa en tres módulos: estado de salud, asistencia sanitaria y determinantes de salud. Además se incluyen variables de clasificación: geográficas, socio-demográficas (edad, sexo, nivel de estudios, etc.) y socio-económicas (ocupación, clase social, etc.).

El método de recogida de información actualmente es el de entrevista personal asistida por ordenador (CAPI) que se complementa, en casos excepcionales, mediante entrevista telefónica. Las entrevistas se realizan en las viviendas seleccionadas.

Desde 2009, la ENSE se alterna con la Encuesta Europea de Salud (EES) en España. La EES entrevista a personas de 15 y más años que residen en viviendas familiares en todo el territorio nacional. Su objetivo principal es obtener datos sobre el estado de salud, la utilización de los servicios sanitarios y los factores determinantes de salud, de manera armonizada y comparable a nivel europeo. Su periodicidad es quinquenal, alternándose cada dos años y medio con la ENSE, con la que comparte un grupo de variables armonizadas (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

## **EVOLUCIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD**

La evolución de la medición de la salud mental en las distintas ediciones de la ENSE y la EES tanto en adultos como en menores aparece en las [Figuras 1 y 2](#).

En la primera edición de la ENSE en 1987 se incluyó una pregunta sobre la presencia de «problemas de nervios, depresión, trastornos mentales» como parte de un listado de enfermedades crónicas, tanto en el cuestionario de adultos como en el de menores. En este último se incluyó también la presencia de retraso mental. Esta misma pregunta, con algunas variaciones, se mantuvo en las ediciones de 1993 a 2001, mientras los estudios de campo de la ENSE fueron gestionados por el CIS, y en la de 2003, ya bajo responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística.

En el cuestionario para adultos de la ENSE de 2006, además de incluir «depresión, ansiedad y trastornos mentales» en el listado de enfermedades, se introdujo por primera vez una escala de evaluación estandarizada de la salud mental, el cuestionario de salud general en su versión de 12 ítems (*General Health Questionnaire*, GHQ-12) (Goldberg y Hillier, 1979). Además, se incluyó una pregunta sobre estrés laboral y

otra sobre satisfacción con el trabajo. En el cuestionario para menores de 16 años se incluyó por primera vez el Cuestionario de capacidades y dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ) (Barriuso-Lapresa y cols., 2014), además de la presencia de trastornos de la conducta y trastornos mentales en el listado de enfermedades.

En la ENSE de 2011-2012, además del GHQ-12 y el SDQ, se utilizan dos instrumentos de evaluación de la calidad de vida, el EQ-5D-5L (The EuroQoL Group, 1990) para adultos y el cuestionario KIDSCREEN-10 para menores (The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

**Figura 1. Evolución de la medición de la salud mental en adultos en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud (EES) en España**

CIS Centro Investigaciones Sociológicas					INE Instituto Nacional de Estadística				
ENSE Año 1987	ENSE 1993	ENSE 1995	ENSE 1997	ENSE 2001	ENSE 2003	ENSE 2006	2009-10 Encuesta Europea	ENSE 2011-12	2014-15 Encuesta Europea
N=29647	21120	6400	6400	21120	21650	29478	22188	21007	22842
Problemas de nervios, depresión, trastornos mentales	-	-	-	-	¿Le ha dicho un médico que padece de forma crónica en la actualidad?: • Depresión • Otros trastornos mentales	Alguna vez/último año: • Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales  Diagnóstico médico	Alguna vez/último año: • Ansiedad crónica • Depresión crónica • Otros problemas mentales  Diagnóstico médico	Alguna vez/último año: • Ansiedad crónica • Depresión crónica • Otros problemas mentales  Diagnóstico médico	Alguna vez/último año: • Ansiedad crónica • Depresión crónica • Otros problemas mentales  Diagnóstico médico
						GHQ-12	SF-36 Ítems de salud mental positiva y disfunción psicológica	GHQ-12  EuroQol En el día de hoy: <input type="checkbox"/> No estoy ansioso ni deprimido <input type="checkbox"/> Estoy levemente ... <input type="checkbox"/> Estoy moderadamente ... ... <input type="checkbox"/> Estoy muy ... <input type="checkbox"/> Estoy extremadamente ... ...	PHQ-8 Patient Health Questionnaire depression scale

**Figura 2. Evolución de la medición de la salud mental en menores en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE)**

CIS Centro investigaciones Sociológicas					INE Instituto Nacional de Estadística		
ENSE Año 1987	ENSE 1993	ENSE 1995	ENSE 1997	ENSE 2001	ENSE 2003	ENSE 2006	ENSE 2011-12
N=10104	5280	2000	2000	5280	6463	9122	5495
Problemas de nervios, depresión, trastornos mentales	-	-	-	-	-	Alguna vez/último año: • Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad) • Trastornos mentales (depresión, ansiedad...)  Diagnóstico médico	Alguna vez/último año: • Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad) • Trastornos mentales (depresión, ansiedad...)  Diagnóstico médico
						SDQ	SDQ



Por su parte, la EES contiene un listado de trastornos en el que aparecen depresión, ansiedad y otros problemas mentales. En la EES de 2009 se utilizaron además varias preguntas del cuestionario SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) relativas a cuatro dimensiones de salud mental: impacto emocional, cansancio psicológico, vitalidad y estado de ánimo, de las que se puede extraer una puntuación combinada para salud mental positiva y otra para disfunción psicológica. En la EES de 2014 se utilizó el cuestionario *Patient Health Questionnaire* (PHQ-8) (Kroenke y cols., 2009), para evaluar síntomas depresivos.

## PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

### Adultos

A pesar de sus limitaciones, los datos de la ENSE resultan de utilidad para analizar la prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con otras variables. En la [Tabla 3](#) se muestra la prevalencia de trastornos mentales declarada por la población adulta entre 2006 y 2014. En general, las mujeres muestran mayor prevalencia declarada de trastornos mentales que los hombres en las distintas ediciones de las encuestas, lo que también se aprecia en la [Figura 3](#).

De acuerdo con el listado de enfermedades crónicas de la ENSE 2006, el 11,6% de los adultos encuestados manifestaron tener depresión, ansiedad u otros trastornos mentales. El 21,3% de la población (15,6% de los hombres y 26,8% de las mujeres) obtuvo una puntuación  $\geq 3$  en el GHQ-12, indicativa de riesgo de mala salud mental (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2006).

En la ENSE 2011, el 9,6% de la población adulta refirió tener ansiedad, depresión crónica y otros problemas mentales. Según el punto de corte del GHQ-12, el 20,4% de la población tenía riesgo de mala salud mental, mientras que según el ítem específico del EQ-5D-5L, la ansiedad/depresión afectó al 14,6% de los entrevistados. El 3,4% de los hombres y el 4,1% de las mujeres acudieron a un psicólogo o psicoterapeuta en los últimos 12 meses (Instituto Nacional de Estadística, 2011).

**Tabla 3. Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta\***

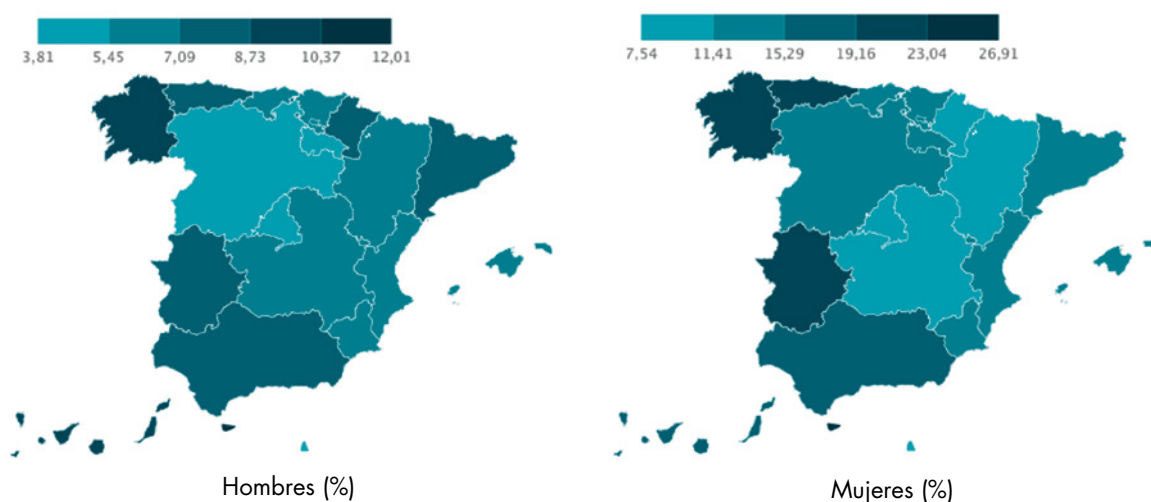
CCAA	Años											
	2006			2009			2011			2014		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Andalucía	7,3	18,1	12,8	6,2	12,2	9,3	5,6	13,2	9,5	7,6	17,0	12,4
Aragón	5,0	13,2	9,1	5,5	9,0	7,3	4,5	11,3	7,9	5,7	11,3	8,5
Asturias, Principado de	9,3	25,2	17,6	5,4	13,9	9,9	12,1	19,0	15,7	7,7	19,3	13,8
Baleares, Illes	10,3	19,2	14,7	6,7	14,7	10,7	5,0	12,7	8,9	6,0	15,0	10,5
Canarias	6,2	13,3	9,8	8,7	15,9	12,3	7,6	16,1	11,9	9,0	17,8	13,4
Cantabria	5,2	13,4	9,4	6,5	13,7	10,2	6,6	8,7	7,7	5,8	14,4	10,2
Castilla y León	6,2	12,2	9,3	4,2	11,2	7,7	4,7	12,2	8,5	4,4	14,2	9,4

CCAA	Años											
	2006			2009			2011			2014		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Castilla-La Mancha	6,3	14,7	10,5	6,1	14,4	10,2	4,2	18,0	11,1	6,1	10,3	8,2
Cataluña	6,0	15,2	10,7	5,8	12,1	9,0	6,8	14,9	11,0	8,0	14,1	11,1
Comunitat Valenciana	5,8	16,2	11,0	5,4	15,4	10,4	5,0	13,7	9,4	6,4	12,0	9,2
Extremadura	9,0	16,9	13,0	5,7	15,6	10,7	3,4	17,7	10,6	7,8	20,0	13,9
Galicia	9,5	23,0	16,6	8,1	19,3	14,0	8,0	17,9	13,2	9,1	21,3	15,5
Madrid, Comunidad de	5,5	14,1	10,0	4,5	10,4	7,6	4,0	6,7	5,4	3,8	10,5	7,3
Murcia, Región de	7,3	18,9	13,1	6,4	23,0	14,6	6,9	17,9	12,4	6,7	14,1	10,4
Navarra, C. Foral de	8,2	15,3	11,8	5,4	12,2	8,8	5,6	16,5	11,1	8,1	10,3	9,2
País Vasco	5,6	16,0	10,9	6,1	8,3	7,3	4,6	11,5	8,2	6,3	11,9	9,2
La Rioja	2,1	6,3	4,2	5,0	11,1	8,1	3,5	5,5	4,5	4,2	13,7	9,0
Ceuta	6,6	13,7	10,2	1,9	9,7	5,8	4,7	11,1	8,2	12,0	26,9	18,9
Melilla	6,6	13,7	10,2	4,3	7,2	5,8	4,1	2,5	3,4	4,1	7,5	5,9
<b>España</b>	<b>6,6</b>	<b>16,3</b>	<b>11,6</b>	<b>5,9</b>	<b>13,2</b>	<b>9,6</b>	<b>5,7</b>	<b>13,4</b>	<b>9,6</b>	<b>6,7</b>	<b>14,4</b>	<b>10,7</b>

\* Porcentaje de adultos que en las encuestas declaran haber «padecido en los últimos 12 meses» un trastorno mental y «le ha dicho un médico que lo padece».

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2006 y 2011, MSSSI/INE. Encuesta Europea de Salud en España, 2009 y 2014, INE/MSSSI. Extraído de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (14/9/2017).

**Figura 3. Prevalencia declarada de trastornos mentales en hombres y mujeres en la Encuesta Europea de Salud en España 2014, por Comunidades Autónomas**



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España, 2014. Extraído de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (14/9/2017).

Diversos estudios han analizado la asociación de los trastornos mentales con otras variables utilizando los datos de la ENSE 2006 y 2011. Ruiz-Pérez y cols. (2011) y González de Paz y cols. (2016) han analizado la relación de los aspectos sociodemográficos, de salud y la participación en trabajo reproductivo (tareas de

cuidado informal y domésticas) con el distrés psicológico, medido con el GHQ-12. La percepción de problemas en el entorno físico (ruido, contaminación, falta de espacios verdes) y otras variables ambientales como la exposición al humo de tabaco y su influencia sobre los trastornos mentales han sido el objeto del estudio de Rocha y cols. (2012) y Ballbé y cols. (2015). La reciente crisis económica y su influencia sobre la salud mental han sido analizadas en varios estudios (Bartoll y cols., 2014; Urbanos-Garrido y Lopez-Valcarcel, 2015), utilizando datos de la ENSE.

## Menores

Los resultados de la ENSE de 2006 indican que el 22% de la población de 4 a 15 años (el 23,2% de los niños y 21,0% de las niñas) presentaba riesgo de mala salud mental según el SDQ (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2006). Por tipo de trastornos mentales, el 11,5% de los menores presentaban problemas emocionales, el 10,2% problemas conductuales, el 14,7% hiperactividad, el 10,1% problemas en las relaciones con iguales, y el 0,9% problemas en la conducta prosocial (Basterra, 2016).

En la ENSE 2011, el porcentaje de población infantil con riesgo de mala salud mental había descendido al 17% (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). La distribución por tipo de trastornos era: 8,5% con problemas emocionales, 6,7% con problemas conductuales, 10,2% con hiperactividad, 7,7% con problemas en las relaciones con iguales, y 0,7% con problemas en la conducta prosocial (Basterra, 2016).

Al igual que en la población adulta, diversos estudios han analizado las variables asociadas a los problemas de salud mental en menores a partir de los resultados de la ENSE. En el estudio de Fajardo Bullón y cols. (2012), con los datos de la ENSE 2006, no se apreciaron diferencias significativas en salud mental en función de variables sociodemográficas como el sexo o el tamaño del municipio, pero sí según el estado de salud. Sin embargo, Barriuso-Lapresa y cols. (2014) encontraron diferencias significativas por sexo en las puntuaciones de los distintos tipos de trastornos que mide el SDQ: las niñas mostraron mayores puntuaciones en las dimensiones emocional y prosocial, mientras que las puntuaciones de los niños fueron mayores en hiperactividad. Las variables socioeconómicas (menor nivel educativo de las familias, clase social más baja, desempleo y familias monoparentales) mostraron asociación con un mayor riesgo de mala salud mental (Sonogo y cols., 2013; Barriuso-Lapresa y cols., 2014; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), con datos de la ENSE 2006 y de la ENSE 2011. Las puntuaciones de dificultad total en el SDQ fueron más elevadas (peores) en los niños que declararon pasar más de 2 horas diarias delante de pantallas, no desayunar antes de salir de casa y consumo diario o casi diario de comida rápida (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Padrón y cols. (2016) han publicado un estudio en el que se evidencia la asociación entre la exposición al humo de tabaco y el mayor riesgo de mala salud mental en menores.

## CONCLUSIONES

La medición de la salud mental en la ENSE y la EES es de indudable interés ya que proporciona datos de prevalencia de los trastornos mentales, de su asociación

con otras variables y del uso de servicios sanitarios. Sin embargo, la forma de evaluar dichos trastornos ha sido muy variable en el tiempo y presenta limitaciones, ya que recoge información autodeclarada o, en el caso de los menores, declarada por los cuidadores, y se emplean escalas de evaluación como el GHQ o el SDQ que estiman el riesgo de mala salud mental, en lugar de morbilidad psiquiátrica.

A pesar de estas consideraciones, los datos de la ENSE y la EES proporcionan una valoración global de la salud mental en la población española, que resultan de gran utilidad para la planificación de actividades preventivas y de promoción de la salud mental, la monitorización y la evaluación del impacto de las políticas socio-sanitarias, la comparación entre regiones, y el estudio de los factores de riesgo y determinantes de los trastornos mentales. Avanzar hacia la homogeneización y estandarización de las medidas de salud mental en futuras ediciones de las encuestas permitiría monitorizar la evolución en el tiempo de los problemas de salud mental y la comparación con otros países.

## REFERENCIAS

1. Andersen RM. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46, 647-653. doi: 10.1097/MLR.0b013e31817a835d.
2. Ballbè M, Martínez-Sánchez JM, Gual A, Martínez C, Fu M, Sureda X, Padrón-Monedero A, Galán I, Fernández E. (2015). Association of second-hand smoke exposure at home with psychological distress in the Spanish adult population. *Addictive Behaviors*, 50, 84-88. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.06.020
3. Barriuso-Lapresa L, Hernando-Arizaleta L, Rajmil L. (2012). Social inequalities in mental health and health-related quality of life in children in Spain. *Pediatrics*, 130, e528-35. doi: 10.1542/peds.2011-3594.
4. Barriuso-Lapresa LM, Hernando-Arizaleta L, Rajmil L. (2014). Reference values of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) version for parents in the Spanish population, 2006. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42, 43-48.
5. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24, 415-418. doi: 10.1093/eurpub/ckt208.
6. Basterra V. (2016). Porcentaje de población infanto-juvenil española con problemas psicoemocionales y sus diferencias entre 2006 y 2012. *Medicina Clínica*, 147, 393-396. doi: 10.1016/j.medcli.2016.07.019.
7. Berk ML, Schur CL, Feldman J. (2007) Twenty-five years of health surveys: does more data mean better data? *Health Affairs*, 26, 1599-1611.
8. Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS (1987). Encuesta Nacional de Salud de España. Disponible en: [www.cis.es/cis/open/cm/ES/1\\_encuestas/estudios/listaCuestionarios.jsp?estudio=681](http://www.cis.es/cis/open/cm/ES/1_encuestas/estudios/listaCuestionarios.jsp?estudio=681). (accedido: 12-9-2017).
9. Fajardo Bullón F, León del Barco B, Felipe Castaño E, Ribeiro dos Santos EJ. (2012). Salud mental en el grupo de edad 4-15 años a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 445-451. doi: 10.4321/S1135-57272012000400011.
10. Falk IS, Klem MC, Sinai N. (1933). *The Incidence of Illness and the Receipt and Costs of Medical Care among Representative Family Groups*. Chicago: University of Chicago Press.
11. Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
12. González de Paz L, Real J, Borrás-Santos A, Martínez-Sánchez JM, Rodrigo-Baños V, Dolores Navarro-Rubio M. (2016). Associations between informal care, disease, and risk factors: A Spanish country-wide population-based study. *Journal of Public Health Policy*, 37, 173-189. doi: 10.1057/jphp.2016.3.
13. Instituto Nacional de Estadística, INE (2014). Encuesta Europea de Salud en España Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultados&secc=1254736194728&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&secc=1254736194728&idp=1254735573175). (accedido: 12-9-2017).
14. Instituto Nacional de Estadística, INE (2011). Encuesta Nacional de Salud en España, 2011-2012. Disponible en: [www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175). (accedido: 12-9-2017).

15. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 114, 163-73. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.026.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2006). Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm> (accedido: 12/9/2017).
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Salud mental y calidad de vida en la población infantil. Serie Informes monográficos n.º 2. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
18. National Center for Health Statistics (2017). National Health Interview Survey. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm>. (accedido: 12-9-2017).
19. Office for National Statistics, ONS (2011). General Lifestyle Survey. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/personalandhouseholdfinances/incomeandwealth/compendium/generallifestylesurvey/2013-03-07>. (accedido: 12-9-2017).
20. Padrón A, Galán I, García-Esquinas E, Fernández E, Ballbè M, Rodríguez-Artalejo F. (2016). Exposure to secondhand smoke in the home and mental health in children: a population-based study. *Tobacco Control*, 25, 307-312. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-052077.
21. Requena ML, Suárez M, Pérez O. (2013). Encuestas de salud en España: situación actual. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 549-573.
22. Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Obiols JE, Borrell C. (2012). Perception of environmental problems and common mental disorders (CMD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1675-1684. doi: 10.1007/s00127-012-0474-0.
23. Ruiz-Pérez I, Ricci-Cabello I, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar MI, Escibá-Agüir V. (2011). The relationship between reproductive work and sociodemographic and psychosocial factors in regard to psychological distress in men and women in Spain. *Prevention Science*, 12, 423-434. doi: 10.1007/s11121-011-0224-7.
24. Salvador-Piedrafita M, Malmusi D, Borrell C. (2017). Time trends in health inequalities due to care in the context of the Spanish Dependency Law. *Gaceta Sanitaria*, 31, 11-17. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.06.006.
25. Sonego M, Llácer A, Galán I, Simón F. (2013). The influence of parental education on child mental health in Spain. *Quality of Life Research*, 22, 203-211. doi: 10.1007/s11136-012-0130-x.
26. Statistics Canada (2011). National Population Health Survey (NPHS). Disponible en: <https://www.statcan.gc.ca/eng/survey/household/3225> (accedido: 12-9-2017).
27. The EuroQoL Group (1990). EuroQoL – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
28. The KIDSCREEN Group Europe (2006). The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Pabst-Science-Publishers.
29. Urbanos-Garrido RM, Lopez-Valcarcel BG. (2015). The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *European Journal of Health Economics*, 16, 175-184.
30. Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

## EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN CATALUNYA

*Antonio Bulbena Vilarrasa, Bibiana Prat i Pubill, Esther Jordà Sampietro, Cristina Molina Parrilla*

### INTRODUCCIÓN

En muchos sistemas sanitarios es habitual que la atención a la salud mental haya transcurrido por caminos distintos y a menudo más rezagada que la atención sanitaria general. Ello ha hecho que los sistemas de información respectivos hayan seguido caminos poco convergentes y poco sincronizados. En Catalunya como en toda España, la atención a la salud mental era competencia de las diputaciones provinciales que disponían de la información de ingresos en centros hospitalarios y solo a finales del siglo XX la atención a la salud mental fue pasando a los departamentos de salud de las comunidades autónomas. La creación de los centros de salud mental invitó a desarrollar métodos y sistemas de información para conocer y evaluar el desarrollo, funciones y utilidad de esa incipiente red, que mucho más tarde quedó unificada con la red general.

La primera base de datos de la red de centros de salud mental de Barcelona (aún por entonces dependiente de la Diputación) fue encargada por la entonces Jefe de los Servicios de Psiquiatría de la Diputación de Barcelona, Dra. Roser Pérez Simó. Junto con el Prof. Valentín Barenblit como asesor y Antonio Bulbena como epidemiólogo psiquiátrico, tuvimos ocasión de analizar las 92.100 visitas que se habían producido en el primer semestre del año 1990; todo ello merced a una ficha que se rellenaba en cada visita. Dicha ficha, en papel, había sido elaborada y consensuada con considerable esfuerzo durante el año precedente entre los profesionales de salud mental y los técnicos de la Diputación. En esa primera experiencia aparecieron datos curiosos, como por ejemplo, que el diagnóstico más frecuente fue el de neurosis (que por aquel entonces incluía la depresiva) que alcanzaba como grupo al 27% mientras que el de esquizofrenia le seguía con un 20%. Como era de esperar había mucha heterogeneidad al diagnosticar, pero no tanto en el número de visitas por diagnóstico que se situaba en 5,4. El sistema de información fue clave para llevar a cabo la tarea de incrementar la fiabilidad y validez de los instrumentos y en consecuencia, los profesionales tuvieron ocasión de mejorar y calibrar su comunicación y los gestores clínicos empezaban a disponer de herramientas cada vez más útiles para evaluar las tareas desarrolladas. Desde entonces el sistema ha ido creciendo en calidad y consistencia, pero especialmente, ha ido hablando el «lenguaje» del sistema sanitario general, que a su vez ha aprendido a «hablar» también el lenguaje de la salud mental.

### LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En la actualidad en Cataluña existen varias bases de datos que recogen información relativa a la salud mental y las adicciones. Algunas son específicas como son el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de centros ambulatorios de salud mental (CMBD-SM),

el CMBD de centros hospitalarios de salud mental (CMBD-AHSM), el registro del Código Riesgo de Suicidio (CRS) o el sistema de información de las drogodependencias (SIDC). En cambio, otras son bases de datos o encuestas que, aun no siendo específicas, contemplan o recogen información relativa a la salud mental y las adicciones; algunos ejemplos son la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA), el registro de productos farmacéuticos o el CMBD de Atención Primaria de Salud (CMBD-APS).

El **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)** es un registro sistemático de la morbilidad y de la actividad asistencial que constituye una herramienta muy útil para los centros sanitarios y sociosanitarios, para las entidades proveedoras y para las administraciones sanitarias, porque permite conocer la patología atendida y cómo evoluciona en el tiempo, así como las características de la atención prestada y la distribución de la actividad en el territorio. Estos datos no solo tienen que ser útiles para conocer la patología atendida, sino también para evaluar el funcionamiento de los recursos, apoyar y mejorar la planificación sanitaria, dirigir la compra de servicios y modular el sistema de pago.

La historia del CMBD en Catalunya se inicia formalmente con la Orden del 23 de noviembre de 1990 que establece la obligación de todos los hospitales públicos y privados de Catalunya de elaborar un conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria con la información de la actividad de hospitalización de agudos. Desde entonces, el esfuerzo realizado por los hospitales y la Administración ha permitido mejorar la calidad y la exhaustividad de los datos y hacerlas más asequibles.

Recordemos que a finales del año 1992 (octubre) se finalizan los traspasos de competencias en salud mental de las diputaciones provinciales. La culminación de este largo proceso de integración fue la promulgación del Decreto 213/1999, mediante el cual se creó la «Red de centros, servicios y establecimientos de salud mental de utilización pública de Cataluña» y la firma de los «Acuerdos de reordenación de los servicios de atención psiquiátrica y salud mental» (septiembre 1999).

A partir del año 1995 se inició la notificación sistematizada de la actividad de los hospitales psiquiátricos monográficos y en el año 1998 se creó el CMBD de los centros ambulatorios de salud mental. A partir de los datos notificados en los registros se elaboran diversos informes periódicos de calidad de los datos y de retorno de la información a los centros.

Es importante subrayar que la información de los registros del CMBD está a disposición de los gestores, de los profesionales asistenciales y de los investigadores que la requieran, respetando en todo momento la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

En el año 2018, el CMBD de centros de salud mental ambulatoria pondrá en marcha el registro (una a una) de cada visita. Además, está prevista también la creación de dos nuevos CMBD de salud mental, el de Hospitales de Día de Salud Mental y el de Centros de Día de Salud Mental. Por otra parte, se plantea abordar una de las tareas pendientes del sistema, como es integrar la atención de drogodependencias al sistema de salud mental y por tanto existe un plan específico de incorporación de los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias a la notificación al CMBD de los centros de salud mental ambulatoria, con la inclusión correspondiente de variables y categorías específicas.

El **CMBD de Atención Primaria de Salud (CMBD-APS)** recoge de forma específica si el motivo de la consulta es un tema relacionado con la salud mental y si

el paciente presenta algún diagnóstico de salud mental. Recientemente se han puesto en funcionamiento el CMBD de Urgencias y el CMBD de Consultas externas y ambos registros recogen la actividad relacionada con la salud mental y las adicciones.

El **sistema de información sobre drogodependencias de Catalunya (SIDC)** incluye distintos indicadores para monitorizar la prevalencia de consumo de sustancias susceptibles de producir dependencia, los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) y los problemas de salud y psicosociales asociados al consumo problemático de drogas; además, el sistema recoge información sobre la actividad asistencial realizada por los distintos centros de la red de Atención a las Drogodependencias. Los indicadores que se analizan han estado consensuados a nivel europeo.

La **base de datos de productos farmacéuticos** de Catalunya recoge información relativa a la prescripción por parte del facultativo y a su ulterior dispensación por parte de las oficinas de farmacia. Se recoge la información relativa a los medicamentos usados en el tratamiento de las patologías mentales. Con la instauración de la receta electrónica (Proyecto rec@t) se realiza una gestión óptima y más eficiente de la prestación farmacéutica y se mejora el control y seguimiento de esta prestación a través de la gestión de los planes de medicación de los pacientes. Esto facilita incorporar filtros de optimización tanto en la prescripción como en la dispensación y consecuentemente, se identifican alertas e interacciones, se evitan prescripciones potencialmente elevadas, se reduce el número de visitas de los pacientes a los centros de atención primaria y se mejora la calidad de la asistencia.

El registro del **Código Riesgo de Suicidio (CRS)** se inició durante el segundo trimestre de 2014 y es pionero en el estado y en Europa en cuanto a la información que se recoge (tentativas de suicidio) y al alcance (toda Catalunya).

El registro empieza con la información relativa a la atención en el servicio de urgencias de la persona que ha realizado un episodio de conducta suicida. Contempla la asistencia hospitalaria, así como la primera visita post alta realizada por el centro de seguimiento de salud mental, a los 10 días en el caso de los adultos y a los 3 días en el caso de los menores de edad. También se informa de la llamada que realiza el 061 Calsalut Respon a los 30 días. Cuando la persona que ha realizado el episodio de conducta suicida es dada de alta del servicio de urgencias, automáticamente se envía un mail informando al centro de salud mental que le toca por zona que se le deriva el caso. Al mismo tiempo, se envía automáticamente otro mail al 061 Calsalut Respon.

El CRS, en sus inicios en junio de 2014, abarcaba en fase piloto al 40% de la población de Catalunya, la segunda fase de implantación fue en septiembre de 2015 y la tercera y última en enero de 2016 completando así todo el territorio catalán. La implantación del CRS, al igual que la implantación de muchos otros sistemas de información, no ha estado exenta de dificultades.

Desde el Plan Director de Salud Mental y Adicciones (PDSMiA) y con el fin de que el registro contenga información de calidad y esta sea similar en todo el territorio; se llevan a cabo continuas sesiones de formación, los facultativos tienen contacto directo con los responsables territoriales del registro del CRS, se realizan informes de control de calidad de los datos e informes de seguimiento que son remitidos a cada centro.

También existe un registro de solicitudes de la tarjeta sanitaria **Cuida'm** que identifica aquellas personas que por sus características clínicas específicas necesitan un conjunto de actuaciones diferenciadas en su relación con los profesionales y



servicios sanitarios. Identificar desde el momento de acceso a los servicios de salud las personas con la tarjeta sanitaria **Cuida'm**, permite que sean inmediatamente reconocidas por parte del equipo asistencial y se les pueda prestar una atención diferenciada y más adaptada a sus necesidades. Los beneficiarios son, entre otros, personas con discapacidad intelectual grave y profunda, o bien con discapacidad intelectual leve o moderada con trastornos de conducta, así como personas con trastorno del espectro autista con trastorno de conducta.

La **Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA)** es una encuesta poblacional sobre el estado de salud de la población, los comportamientos relacionados con la salud, así como el uso de servicios sanitarios. La ESCA aporta información relevante para establecer y evaluar las políticas sanitarias explicitadas en el Plan de Salud de Catalunya. Consiste en una entrevista personal que los encuestadores y encuestadoras hacen en el domicilio de las personas seleccionadas. Desde julio de 2010 se hacen de manera ininterrumpida 5.000 entrevistas al año en toda Catalunya. Se pregunta a los encuestados sobre ítems de depresión y ansiedad como dimensión de calidad de vida relacionada con la salud, así como sobre el consumo de tabaco, alcohol y cánnabis. También se utiliza la ESCA para valorar la intención de conducta de la población con relación a las personas que sufren problemas de salud mental.

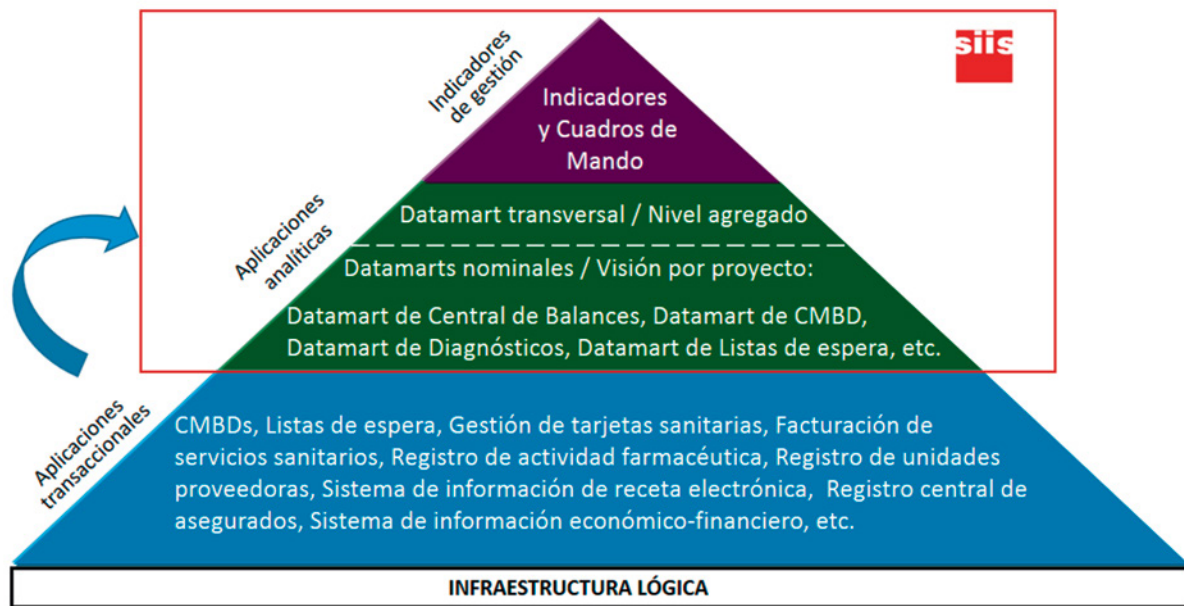
El **Plan de encuestas de satisfacción (PLAENSA<sup>®</sup>)** es un proyecto que empezó en el año 2001 con el fin de evaluar la calidad del servicio y el grado de satisfacción de las personas usuarias con los diferentes servicios sanitarios públicos, con el objetivo de obtener información que resulta muy valiosa para diseñar e implementar estrategias de mejora de la calidad en la provisión de estos servicios. La satisfacción es un sentimiento subjetivo de la persona receptora del servicio, que tiene un gran valor para la gestión. Cuantificarla permite evaluar la aceptabilidad de los esfuerzos de planificación y provisión de servicios y complementar los aspectos de eficiencia y efectividad. Cada 3 años se realiza la encuesta de satisfacción PLAENSA a los centros de atención ambulatorio y a los centros hospitalarios de salud mental.

## LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INTEGRADOS

Todas estas bases de datos adquieren mayor potencia si se pueden entrecruzar entre ellas, de aquí la importancia de los sistemas de información integrados (Figura 4).

El **Sistema integrado de información de Salud de Cataluña (SIIS)** nace con el objetivo principal de organizar toda la información de salud disponible, integrarla y normalizarla, para ampliar así su alcance a través de un repositorio accesible, seguro y confidencial, que permita distribuirla en la forma que se considere más conveniente y facilitar la toma de decisiones a todos los niveles y en todos los órganos del Departament de Salut y del Servei Català de la Salut (CatSalut). El SIIS no debe entenderse solo como otro sistema de información más sino como un proyecto, mucho más ambicioso, que persigue conseguir una visión transversal, homogénea e integrada de todos los ámbitos tratados en materia de salud. Es una plataforma de «business intelligence» que no requiere de conocimientos expertos para acceder a la información y que permite tratarla según las necesidades de sus usuarios. El sistema de información SIIS, tiene un alto grado de seguridad que a través de diferentes niveles regula el acceso a la información disponible. Actualmente, solo los profesionales debidamente acreditados pueden acceder al mismo.

Figura 4. Estructura del Sistema integrado de información de Salud de Cataluña (SIIS)



La **Base de Datos de Morbilidad Poblacional (BBDD MP)** integra y reestructura la información más relevante de las grandes bases de datos del CatSalut; el Registro Central de Asegurados (Tarjeta Sanitaria), los diferentes CMBD's, farmacia y facturación. La BBDD MP se fundamenta sobre un sistema de tablas relacionadas que pivotan alrededor de una tabla de población, que recoge los principales datos de todos los residentes en Catalunya, tales como los sociodemográficos, el estado de salud o un resumen de su utilización de servicios sanitarios. Alrededor de esta tabla pivotan otras tres tablas: una con todos los diagnósticos notificados por los diferentes proveedores sanitarios, otra con los distintos contactos realizados por los pacientes con los servicios sanitarios (ingresos hospitalarios, visitas a Atención Primaria de Salud, Consultas Externas o Centros de Salud Mental, utilización de transporte sanitario, de servicios de rehabilitación...) financiados por el CatSalut, y finalmente, una tercera tabla, con la medicación dispensada a cada paciente, tanto las recetas de Atención Primaria de Salud como la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria. Esta estructura, debidamente anonimizada, posee una elevada capacidad para llevar a cabo análisis longitudinales, permitiendo conocer las diferentes «trayectorias» (tanto diagnósticas, como de utilización de servicios) que han seguido diferentes perfiles de pacientes. Sus utilidades son, prácticamente inabarcables: el cálculo de prevalencias e incidencias, el análisis de supervivencia (de cualquier evento: mortalidad, ingreso, aparición de comorbilidades), la estratificación poblacional según el riesgo, el análisis del gasto sanitario, análisis predictivos, etc. La BBDD MP está en funcionamiento desde el año 2011 y en la actualidad contiene más de 1.500 millones de registros, sumando los de las diferentes tablas que la conforman.

## PRODUCTOS

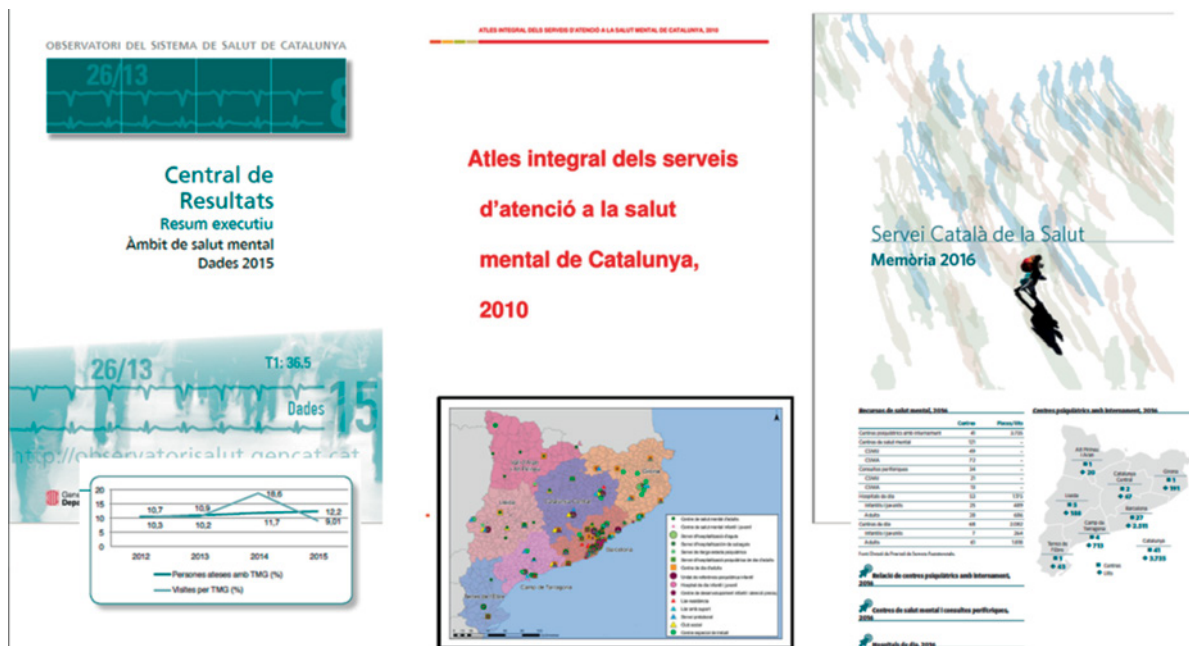
La realización de informes y aplicaciones interactivas son de especial importancia para tener conocimiento de lo que está sucediendo en el sistema sanitario público en general y en el ámbito de la salud mental y las adicciones en particular. Aparte de los

informes monográficos que se realizan de cada una de las bases de datos del sistema, estas bases de datos y sistemas de información permiten también la realización de diversos informes y facilitan la elaboración de distintos estudios, como es el caso del informe anual de Central de resultados: ámbito salud mental, la Memoria anual del Servei Català de la Salut, o el Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental en Catalunya.

Los **Módulos de Seguimiento de Indicadores de Calidad (MSIQ)** es una aplicación web, diseñada con el fin de facilitar la comparabilidad (benchmarking) entre proveedores y entre territorios, con el objetivo último de detectar posibles áreas de mejora. En la actualidad esta aplicación presenta información estructurada y comparable sobre cerca de 600 indicadores de eficiencia y calidad de la asistencia sanitaria. A esta aplicación puede tener acceso cualquier profesional sanitario de Catalunya (mediante usuario y contraseña genérico). Si bien todavía no existe ningún módulo específico para los centros de salud mental, el módulo generado a partir de la mencionada BBDD MP, ofrece la posibilidad de conocer las características sociodemográficas, la mortalidad y la utilización de servicios de algunos colectivos de pacientes con determinadas patologías, entre los que se encuentran el de los pacientes con depresión, o los pacientes con patologías crónicas de salud mental. Esta información permite conocer para el global de Catalunya, pero también para otras divisiones territoriales (desde Región Sanitaria a Área Básica de Salud), la prevalencia e incidencia, la mortalidad, la tasa de internamientos en unidades de psiquiatría, la media de visitas a los CSMA, a APS o a urgencias, el gasto medio en farmacia, etc. de cada uno de esos colectivos en cada unidad territorial analizada.

Además, actualmente se está trabajando en la creación de un **Plan de Intervención Individual y Compartido de Salud Mental (PIIC-SM)**. Es un documento que recoge los datos de salud y sociales más importantes de una persona con patología crónica compleja en salud mental y es accesible desde un entorno compartido de información.

Figura 5. Imágenes de algunos de los productos realizados



## ENLACES

1. Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD): <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/registres-catalegs/registres/cmbd/>
2. Sistema de información sobre drogodependencias de Catalunya (SIDC): <http://drogues.gencat.cat/ca/professionals/epidemiologia/sid/>
3. Base de datos de productos farmacéuticos Proyecto rec@t: <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/prestacio-farmaceutica/projecte-recat/>
4. Código Riesgo de Suicidio (CRS): [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/normatives\\_instruccions/any\\_2015/instruccio\\_10\\_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf)
5. Cuida'm: <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/tsi-cuidam/>
6. Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA): [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/)
7. Plan de encuestas de satisfacción (PLAENSA©): <http://catsalut.gencat.cat/es/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/millora-qualitat-serveis/pla-enquestes/index.html>
8. Central de resultados: ámbito salud mental: [http://observatorisalut.gencat.cat/es/central\\_de\\_resultats/](http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/)
9. Memoria anual del Servei Català de la Salut <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/informes-memories-activitat/>
10. Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental en Catalunya: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/salut\\_mental/documents/pdf/memoria\\_atles\\_integral\\_version\\_castellana.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/memoria_atles_integral_version_castellana.pdf)

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos especialmente la colaboración en este capítulo de: Imma Bosch Coma (Oficina eSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya), Montserrat Camí (Gerencia de Sistemas de Información. CatSalut. Generalitat de Catalunya), Oriol García Codina y Antonia Medina Bustos (Dirección General de Atención en Salud. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya), Xavier Majó i Roca (Subdirección General de Drogodependencias. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya), Emili Vela (Unidad de Información y Conocimiento. CatSalut. Generalitat de Catalunya) y Roser Vicente Martínez (División de Análisis de la Demanda y la Actividad. CatSalut. Generalitat de Catalunya).

## EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL EN GALICIA

*Jorge Prado Casal, Juan Manuel González Pérez, María Tajés Alonso, Mario Páramo Fernández, Manuel Arrojo Romero*

### INTRODUCCIÓN

Según el último estudio epidemiológico disponible en población gallega (Mateos y Beneyto, 2009) el 21,6% de los adultos gallegos experimentaron algún trastorno mental en algún momento de su vida, y el 7,4% durante el último año. Estos datos están en línea con los hallazgos del estudio ESEMED, en el que se estima que en torno a un 20% de las personas tendrán un trastorno mental en algún momento de su vida, y un 8,4% lo habrán padecido en el último año (Haro y cols., 2006).

La frecuencia relativa de los grandes síndromes psiquiátricos en Galicia cambia si consideramos la prevalencia vida (PV) y la prevalencia año (PA). Según el mencionado estudio, el episodio depresivo mayor (PV 9,4%, PA 3,6%) y el abuso de alcohol (PV 9,5% y PA 1,6%) son los trastornos específicos más frecuentes. Estos datos vuelven a coincidir con los nacionales que arrojan unas cifras de 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida para el trastorno depresivo mayor, siguiendo por orden de frecuencia la fobia específica y el abuso de alcohol.

Es por ello que en la Revisión del Plan de Prioridades Sanitarias como en la Estrategia SERGAS 2020 estas patologías se han identificado como prioritarias y se han desarrollado objetivos específicos, entre los que se encuentra incrementar su conocimiento y detección a través de diferentes indicadores. La planificación sanitaria ha de apoyarse no solo en los estudios epidemiológicos y los sistemas sanitarios han de diseñar herramientas costo-efectivas y ágiles para poder evaluar la incidencia de patologías, especialmente aquellas que, como en el caso de la depresión y otros trastornos mentales, son potencialmente tratables y que generan una morbimortalidad relevante. Describimos a continuación diferentes herramientas utilizadas en el sistema sanitario gallego a partir de las cuales podemos extraer información relativa a la asistencia a los trastornos mentales y diseñar los planes de salud.

### REGISTRO DE DATOS CLÍNICOS DE SALUD MENTAL EN GALICIA

En Galicia, la historia clínica electrónica recibe el nombre de Ianus. Es un desarrollo propio de la Consellería de Sanidade y el Servizo Galego de Saúde que comenzó su despliegue en el mes de diciembre de 2004 en el C. H. de Pontevedra. En el año 2007 Ianus estaba ya en funcionamiento en todos los hospitales y en el año 2008 en la práctica totalidad de los centros de salud. En octubre de 2008 comenzó el despliegue de la receta electrónica gallega (e-receta), que se completó en apenas dos años. Desde el año 2010 la totalidad de centros de sanitarios integran en su funcionamiento cotidiano Ianus y la receta electrónica, con tasas de uso

cercanas al 100% de profesionales y registrando la práctica totalidad de la nueva información clínica generada.

Este despliegue a nivel técnico se ha acompañado de una serie de iniciativas a nivel normativo. Aunque previamente se habían dictado una serie de instrucciones, está regulada por el Decreto 29/2009, de 5 de febrero, convirtiéndose en ese momento en la primera comunidad autónoma que elaboraba una normativa de ese rango para delimitar claramente aspectos como el uso, acceso, derechos y deberes. Uno de los principales aspectos a destacar es la definición de Ianus como contenedor común y único de la historia clínica digital para todos los ámbitos sanitarios, incluso para la información que se cree en otros sistemas departamentales complementarios, que deberán integrar su información en Ianus.

También se ha integrado en Ianus toda la información generada por los centros concertados por la asistencia sanitaria prestada a los pacientes que les hayan sido remitidos y la información clínica generada en aquellas actuaciones sanitarias derivadas de programas de salud pública, bajo el principio de integrar toda aquella información que pueda ser relevante para una mejor asistencia futura.

Gracias a todo este esfuerzo técnico, normativo y principalmente asistencial, Ianus permite que en todos y cada uno de los centros sanitarios del sistema público de salud de Galicia los profesionales autorizados puedan compartir toda la información que constituye la historia clínica, integrando así la red sanitaria en todos sus niveles asistenciales y convirtiendo la información en uno de los activos principales de la red sanitaria.

Entre los beneficios que ha proporcionado la puesta en marcha de Ianus podemos destacar:

- Accesibilidad completa de la información en los diferentes niveles asistenciales: la historia clínica electrónica está disponible en todos los puntos de asistencia de forma simultánea e inmediata. Al actualizarse de forma continua la información de centros de salud, centros hospitalarios y del resto de centros y unidades de apoyo a la asistencia sanitaria, se ha conseguido que los profesionales de los distintos niveles asistenciales trabajen en base a la misma información, mejorando de forma notable la coordinación asistencial, la eficiencia del sistema y evitando la repetición de pruebas y desplazamientos innecesarios.
- Continuidad de los cuidados del paciente: al integrar información de toda la red sanitaria, los profesionales pueden hacer un seguimiento conjunto e integrado de los cuidados del paciente, facilitando que todos los pacientes puedan acceder a niveles de cuidados semejantes, independientemente de su lugar de residencia o del centro sanitario que les corresponda. Con ello también se ha conseguido facilitar el aprendizaje y capacitación de los profesionales, que adquieren un conocimiento basado en compartir información sobre casos prácticos tratados de forma común por un equipo de profesionales de diversas especialidades y centros.
- Unificación de la información: los profesionales disponen de una fuente de información que le proporciona una visión integral de la historia clínica del paciente, disponible para todos los profesionales que atienden a dicho

paciente. Dado que ahora se mueve la información y no el paciente, se ha avanzado en la atención no presencial, que permite ampliar el rango de profesionales involucrados en la asistencia a un paciente y acercar el conocimiento necesario para la asistencia de forma inmediata. Gracias a esta unificación se ha conseguido también construir una inmensa base de datos de información clínica cuyo potencial a efectos de mejora de la asistencia y de creación de nuevo conocimiento solo estamos comenzado a intuir.

Sirva como ejemplo del cambio que las tecnologías de la información han supuesto en la asistencia sanitaria en el sistema público gallego, que cada año, para atender los 37 millones de actos clínicos registrados se hacen 41 millones de accesos y se realizan 45 millones de anotaciones en Ianus, se almacenan 210 millones de imágenes médicas y se dispensan 63 millones de recetas usando medios y procesos totalmente digitales.

Para la gestión de la asistencia proporcionada a los pacientes en el ámbito de la salud mental, se ha creado dentro de Ianus un apartado específico, que presenta una zona de trabajo unificada especialmente diseñada para las unidades implicadas en este ámbito. Este módulo proporciona utilidades que permiten dar soporte a la gestión de pacientes con seguimiento especial, así como la información clínica generada sobre ellos.

El acceso a este módulo de Ianus, denominado «Salud Mental» se hace a través del historial clínico electrónico del paciente. Como ocurre con el resto de módulos de Ianus, solo los profesionales con permisos específicos podrán crear información nueva en este módulo; el resto de profesionales con acceso a Ianus sí que podrán consultar la información generada.

El módulo permite crear nuevos episodios a pacientes que hayan tenido contacto a través de consultas externas con servicios de Psiquiatría, e incluso en el caso de aquellos pacientes que no hayan tenido un contacto administrativo registrado, se podrán dar de alta los servicios disponibles que no tiene añadidos el paciente hasta ese momento, que aparecerán a partir del momento de su creación registrados como consultas externas.

El modo de registro en Ianus de estos episodios se realiza a través de lo que se denomina «curso clínico». La peculiaridad para los cursos clínicos del módulo de Salud Mental será su funcionalidad específica. Así, para que pueda ser guardado correctamente un Curso Clínico, debe contener obligatoriamente un nombre identificativo del curso clínico, que debe ser distinto al resto de nombres de cursos clínicos creados en el servicio en el mismo nodo de Consultas Externas.

Además del nombre, se pueden establecer un diagnóstico principal, y uno o varios diagnósticos secundarios y se podrá marcar si el paciente necesita seguimiento especial o no.

Los diagnósticos principales se introducen a través de una ventana de búsqueda, donde se puede usar como criterios el «Código CIE-10» (código de diagnóstico) o «Descripción CIE-10» (descripción de diagnóstico).

Los diagnósticos correspondientes a los códigos CIE-10 comprendidos entre el «F-20» y el «F-31» (ambos incluidos) se han identificado con el requerimiento de Seguimiento Especial, por lo que en estos casos se marcará automáticamente el *check*

«¿Necesita Seguimiento Especial?» y no podrá ser modificado por el facultativo, a menos que se cambie el diagnóstico principal por otro que no esté en este grupo. Para el resto de códigos CIE-10 el (*check*) de Seguimiento Especial no se marcará por defecto, pero el profesional puede marcarlo si desea hacer ese seguimiento sobre el paciente.

Que un curso clínico de un paciente se encuentre marcado como de Seguimiento Especial, implica que ese paciente se mostrará en una Lista de Trabajo identificada como de Pacientes de Especial Seguimiento a la que solo tendrán acceso aquellos profesionales que cuenten con el permiso correspondiente. Los pacientes con la marca de Seguimiento Especial tendrán además asociadas notificaciones cuando el sistema identifique que no acuden a alguna consulta, que podrán gestionarse e incluso generar alertas para garantizar el correcto seguimiento de estos pacientes.

Se pueden asociar al curso clínico de Salud Mental uno o varios diagnósticos secundarios, independientemente de si se ha seleccionado un diagnóstico primario o no. Si el diagnóstico secundario requiere Seguimiento Especial, el *check* de «¿Necesita Seguimiento Especial?» se marcará automáticamente. Se podrá indicar tantos diagnósticos secundarios como sean necesarios.

Dentro de los cursos clínicos existe también la posibilidad de añadir un informe de anamnesis y de crear notas evolutivas, que se mostrarán dentro de dicho curso clínico. También es posible asociar documentos a los cursos clínicos.

Se pueden crear prescripciones desde el propio curso clínico de salud mental. A la hora de crearlas se puede hacer tanto por Principio Activo como por Especialidad para continuidad terapéutica, desde la propia vista del curso clínico. Es un acceso directo a las funcionalidades incluidas en el módulo de prescripción vinculado a la e-recita, pero con el valor adicional de que la prescripción creada queda asociada al curso clínico.

También se pueden hacer solicitudes de transporte sanitario no urgente vinculadas a los cursos clínicos de salud mental.

## **REGISTRO DE DATOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS TRASTORNOS ADICTIVOS Y PATOLOGÍA DUAL**

En la comunidad autónoma gallega la atención desde el sistema público de salud a las personas con trastornos adictivos se realiza en 17 unidades asistenciales de drogodependencias, ocho unidades de día y cuatro comunidades terapéuticas, dispositivos concertados e integrados funcionalmente en el sistema gallego de salud. En el año 2016 más de 12.700 gallegos fueron atendidos en estos dispositivos por problemas relacionados con el uso de alcohol, drogas ilegales o problemas relacionados con el juego y otras adicciones comportamentales, habiéndose incrementado en un 3,77% el número de personas que inician tratamiento en estos programas terapéuticos con respecto al año previo. Dado que son dispositivos dependientes de los servicios de psiquiatría de la red pública de salud, los médicos y psicólogos clínicos de estos centros también recogen la información clínica de sus usuarios en la historia clínica electrónica y realizan las prescripciones con dicha herramienta. Sin embargo, la especificidad de los tratamientos realizados en estas unidades y la heterogeneidad de los profesionales que constituyen los equipos asistenciales hacen necesaria para su funcionamiento y coordinación interdisciplinar e interdepartamental



de una herramienta específica. Esta herramienta, denominada XECEAS WEBv2, se ha desarrollado a partir del GECEAS Clipper, que fue la utilizada previamente, adaptándose a los nuevos programas terapéuticos e indicadores asistenciales y simplificando módulos. Se ha diseñado para su utilización por parte de las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UADs) y Unidades de Tratamiento de Alcoholismo (UTA), y se contempla su implantación durante el último cuatrimestre del año 2017.

Las funcionalidades principales del XECEAS WEB son:

- Registro de información estadística de los pacientes drogodependientes atendidos y de su proceso asistencial, según lo estipulado por el Plan Nacional sobre Drogas.
- Facilitar los procesos relativos la administración y almacenamiento de derivados opiáceos.
- Recoger la información procedente de los urinoanálisis que se hacen en estas unidades.
- Facilitar un módulo de recogida de datos asistenciales a los trabajadores no sanitarios de estos dispositivos.

La aplicación cuenta con los siguientes módulos básicos: módulo de farmacia, módulo de stock de farmacia, módulo de pedidos de medicamentos, historia terapéutico-educativa e historia social.

Las aplicaciones XECEAS web y IANUS están interconectadas de modo que se puede acceder a un informe resumido de la evolución del paciente en los programas de tratamiento de drogodependencias a través de un *link* de IANUS, lo que nuevamente redundará en una óptima coordinación entre los profesionales, lo que es especialmente relevante en la asistencia urgente ya que permitirá conocer los tratamientos que recibe el paciente.

El programa XECEAS web se complementa con las aplicaciones XEPACS y XESAPI. El XEPACS recoge la información procedente de los 8 dispositivos conveniados para la atención y asesoramiento de pacientes de la red de drogodependencias con problemas de índole legal, y el XESAPI recoge la información procedente de los programas de incorporación social personalizados desarrollados en la red de drogodependencias.

Otras fuentes de información sobre el consumo de drogas son los estudios EDADES y ESTUDES promovidos desde el Observatorio Nacional de Drogas, ampliándose la muestra correspondiente a la población gallega a fin de conocer con mayor exactitud las prevalencias de consumos.

## **TELEASISTENCIA, SALUD MENTAL Y REGISTRO DE INFORMACIÓN**

En el ámbito de la salud mental, el sistema gallego de salud ha pilotado dos proyectos de telemedicina, que son la terapia cognitivo conductual para trastorno depresivo leve-moderado *online* y la teleconsulta entre salud mental y atención primaria. Para ello se han creados dos soluciones que dan soporte a estas actividades. Para la primera el sistema TELEA, una plataforma orientada a la programación y seguimiento de actividades realizadas por los pacientes dentro de un proceso de atención sanitaria y para la segunda el sistema CETIR bajo el que se realizan las actividades de videoconferencia.

TELEA es una plataforma que permite establecer protocolos asistenciales en pacientes que se encuentran en situación ambulatoria, de forma que las distintas actividades de control o terapéuticas que estos pacientes realizan son seguidas y controladas por personal sanitario de manera no presencial. En el momento actual se está modificando la herramienta de modo que permita generar avisos al profesional en caso de que a lo largo del seguimiento el paciente presente empeoramiento de su cuadro depresivo o ideación suicida.

CETIR es una plataforma que permite establecer comunicaciones entre usuarios en múltiples modalidades: audio y videoconferencia, mensajería electrónica, sesiones interactivas y de compartir documentos *online*. CETIR usa un portal web específico permitiendo la trazabilidad de las comunicaciones realizadas y la explotación de datos relativos al conjunto de comunicaciones realizadas. Además tiene otros servicios, como la posibilidad de integrarse con los sistemas de información de la organización para acceder desde otras aplicaciones a las funcionalidades de la plataforma (configuración, explotación de datos, establecimiento de comunicaciones, etc.). A través de esta plataforma los profesionales del ámbito de la atención primaria pueden realizar de forma segura, ágil y confidencial consultas relativas a sus pacientes con problemas de salud mental.

## EL OBSERVATORIO DE SUICIDIO EN GALICIA

Dicho observatorio, cuya creación está contemplado en el marco del desarrollo del Plan de Suicidio en Galicia, tiene como finalidad complementar la información aportada por las fuentes utilizadas actualmente, como son el registro de mortalidad o los informes del instituto de medicina legal o forense, a través de la adaptación del programa de vigilancia epidemiológica VIXIA.

## CONCLUSIONES

Atendiendo a las recomendaciones de las últimas guías de práctica clínica y de la OMS (World Health Organization, 2008), desde los dispositivos de salud mental convendría impulsar la formación en identificación de pacientes de alto riesgo, dotando de herramientas e indicadores a los profesionales de atención primaria, diseñando circuitos de atención en la urgencia y haciendo hincapié en priorizar su atención desde los dispositivos de salud mental como medidas de prevención secundaria y terciaria.

## REFERENCIAS

1. Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica. DOG Núm. 34.
2. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES 2015-2016. [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015\\_EDADES\\_Informe\\_.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES_Informe_.pdf)
3. Estrategia SERGAS 2020. Disponible en: [http://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS\\_ESTRATEXIA\\_2020\\_280316\\_gal.pdf](http://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_gal.pdf)
4. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451. doi: 10.1157/13086324.

5. Mateos Alvarez R, Gómez Beneyto M. (2009). Prevalencia dos trastornos mentais en Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Disponible en: [https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/prevalencia\\_dos\\_trastornos\\_mentais\\_galego\\_def2.pdf](https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/prevalencia_dos_trastornos_mentais_galego_def2.pdf)
6. Revisión del Plan de Prioridades sanitarias. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/PIOrSanitaria/PDF-2361.pdf>
7. World Health Organization (2008). mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1)

# NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA ASISTENCIAL

Diego José Palao Vidal

## INTRODUCCIÓN

La perspectiva de salud pública sobre la población general incluye necesariamente a la salud mental ya que «no hay salud sin salud mental» (Prince y cols, 2007). Tal y como se detalla en otros capítulos de esta monografía, existen múltiples y variadas fuentes de información sobre los problemas de salud mental que padecen o pueden padecer las personas en la comunidad. Desde los estudios epidemiológicos poblacionales —como el *ESEMeD-España* (Haro y cols., 2006)—, los realizados en grupos o niveles asistenciales específicos —p. ej. el estudio *DASMAP* en atención primaria; Serrano-Blanco y cols. 2010—, hasta los datos que proporcionan los registros sanitarios electrónicos —p.ej. CMBD-SM ambulatorio creado en 1998 en Cataluña—, pasando por las encuestas de salud poblacionales —ENSE, EES o ESCA—, realmente la información sobre salud mental a la que tenemos acceso hoy en día es abrumadora. Pero, además, se han elaborado y propuesto múltiples y diversos indicadores de salud mental a nivel nacional (Salvador-Carulla y cols., 2010; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) e internacional (Hermann y Mattke, 2004), así como mapas de recursos (Salvador-Carulla y cols., 2013). Estos indicadores facilitan potencialmente los análisis, la evaluación de resultados y la realización de comparaciones. Los indicadores de salud mental tienen como objetivo último la extracción de conclusiones operativas y aplicables en la práctica a diferentes niveles para facilitar políticas de salud (macrogestión), la dirección sanitaria (mesogestión) y la gestión clínica (microgestión). Toda esta información, que hoy resulta fácilmente accesible, puede orientar estrategias preventivas y políticas sanitarias más eficaces, mejorar la planificación y la evaluación de los servicios de salud mental que se prestan en distintos niveles y, en la práctica asistencial, puede conducir a una mejora de los resultados en la salud mental de la población, tanto a nivel de prevención y promoción de la salud mental, como del tratamiento de trastornos mentales ya instaurados.

Sin embargo, desde una perspectiva estrictamente asistencial, podemos decir que esta ingente cantidad de información sobre distintos aspectos de la salud mental no tiene siempre la repercusión y el impacto en la salud de las personas que esperamos. Existe una enorme variabilidad en su utilización entre profesionales, servicios y áreas de salud. Y finalmente, estas diferencias acaban limitando los resultados globales e impidiendo, por ejemplo, que mejore la esperanza de vida de los pacientes que padecen trastornos mentales graves o que se reduzcan las tasas de mortalidad por suicidio, tal y como proponen todos los planes nacionales de salud a partir del Plan de Acción 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2013).

En este capítulo se analizan los principales factores que dificultan la aplicación en la práctica asistencial, de la información disponible sobre salud mental. Además,

se elaboran propuestas concretas y factibles a corto y medio plazo para mejorar los tratamientos, la continuidad asistencial y la coordinación de cuidados y, consecuentemente, la respuesta en la salud de los pacientes. Disponemos de mucha información sobre salud mental pero su aplicación en la práctica asistencial tiene una variabilidad injustificada, que perjudica seriamente la consecución de resultados esperables con el nivel de conocimientos actual.

## **FUENTES DE INFORMACIÓN Y BARRERAS PARA SU APLICACIÓN ASISTENCIAL**

Los estudios epidemiológicos proporcionan una valiosa información sobre incidencia y prevalencia de trastornos en la población general (p. ej. la incidencia de primeros episodios psicóticos de 30 casos por 100.000 h; Kirkbride y cols., 2012) o en atención primaria (p. ej. prevalencia de depresión atendida en primaria del 9,6%; Serrano-Blanco y cols., 2010), pero rara vez esta información se adapta a nivel local para monitorizar si todos los casos esperables anualmente reciben el tratamiento indicado en los servicios sanitarios y sociales correspondientes. Es necesario que la información epidemiológica de incidencia o prevalencia esperadas de los principales trastornos mentales (p. ej. depresión en atención primaria; primeros episodios psicóticos, psicosis, autismo o anorexia en los servicios especializados) se adapte a nivel local para que los servicios desarrollen programas proactivos que faciliten la accesibilidad. La principal barrera que impide que los servicios de salud asuman su responsabilidad en la detección y el seguimiento continuado de los casos esperables en una población de la que son referentes, es la fragmentación de los servicios. En muchos casos, ni siquiera existe una estrategia activa de integración de servicios sanitarios y sociales en un territorio considerando las dimensiones administrativas y clínicas (Palao y Cavero, 2012). La integración de servicios de salud mental, nucleados en el centro de salud mental comunitario, puede mejorar la accesibilidad y la continuidad de cuidados para los pacientes que sufren los trastornos más graves y con mayor riesgo de afectación funcional crónica. La segmentación de servicios sanitarios de primaria, centros de salud mental ambulatorios y centros de drogodependencias, servicios de urgencias, de hospitalización y rehabilitación psicosocial, se agrava especialmente en el caso de la salud mental debido a las dificultades administrativas y organizativas para incorporar sinérgicamente otros servicios comunitarios que requieren los pacientes más graves (p.ej. servicios sociales o educativos para lograr una escolarización inclusiva). La atención fragmentada en salud mental es sumamente ineficiente pero también ineficaz. Sin una estrategia de cambio que comporte una integración territorial de los servicios, la presión asistencial que suponen los pacientes descompensados que requieren ingreso, puede reforzar la justificación de mantener el desequilibrio actual entre recursos de hospitalización y comunitarios.

La información sobre los determinantes sociales de los trastornos mentales (nivel de pobreza, pacientes sin techo, niveles de paro, ayudas sociales...) debería contribuir a planificar la estructura de los servicios para mejorar su efectividad en las áreas más desfavorecidas. Los servicios dispuestos en áreas con población en riesgo de marginación deberían disponer de programas comunitarios más proactivos y con mayores recursos. Pero la información socioeconómica, aunque está disponible a nivel de las direcciones regionales o de áreas sanitarias, no siempre se aplica en la práctica en planificación de servicios.

Los indicadores de información estructural y de recursos (p. ej. camas de agudos o subagudos, plazas de hospitales de día, de rehabilitación comunitaria o el número de psiquiatras o psicólogos por 100.000 habitantes; disponibilidad de plazas residenciales o de pisos asistidos) que suelen estar disponibles, tampoco se aplican de forma sistemática para la planificación más equilibrada de servicios, considerando las ponderaciones correspondientes (dispersión geográfica, densidad de población y nivel socioeconómico). El resultado es un mapa sanitario y social inequitativo que condiciona diferencias de accesibilidad y de calidad asistencial en la población, no atribuibles a la pericia de los equipos o al grado de integración territorial. En cualquier caso, los modelos integrados de servicios de salud mental y sociales son generalmente, más eficientes y pueden alcanzar mejores resultados de salud que los modelos compartimentados, aunque dispongan de mayores recursos en relación con la población atendida.

Las encuestas nacionales de salud permiten conocer tendencias en problemas prevalentes como la depresión o la ansiedad y los consumos de drogas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, opiáceos, psicoestimulantes...). El valor de estas estimaciones es incuestionable pero no debemos olvidar que reflejan situaciones de riesgo de mala salud mental y no la prevalencia de trastornos mentales. A pesar de esta característica inherente a las encuestas, la información que proporcionan puede ser especialmente útil para el desarrollo de programas preventivos adaptados a nivel local y regional. Por la naturaleza de los datos que proporciona, su aplicabilidad podría ser de mayor impacto si, además de utilizarse para evaluar políticas de salud, se utilizan más intensivamente para enfocar las intervenciones preventivas y de promoción de la salud mental a nivel escolar para menores y en los centros de trabajo en el caso de los adultos.

La otra gran fuente de información es la derivada de los registros sanitarios electrónicos, que pueden proporcionar una ingente cantidad de datos asistenciales y de tratamiento (p. ej. CMBD de agudos, urgencias y ambulatorio de salud mental, disponible en Cataluña desde hace años o los datos de prescripción de receta electrónica). Esta información crece exponencialmente como consecuencia de la implementación de las historias clínicas informatizadas. Gracias a ella podemos realizar múltiples análisis cuya principal limitación será la calidad de los registros, no solo a nivel de calidad de datos (errores, omisiones), sino de validez y consistencia de los mismos. Por este motivo, la extraordinaria variabilidad entre territorios que aparecen en algunas memorias no siempre será atribuible a una variabilidad en la práctica clínica injustificada, sino más bien a diferencias en la calidad del registro (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2016). Así que la mejora de la calidad de los registros sanitarios de salud mental debe ser una prioridad institucional y para ello es imprescindible que faciliten un *feedback* ágil a los profesionales para que sea útil en la gestión clínica de sus pacientes (Moreno-Küstner, 2011). Esta es la única forma de que los profesionales se impliquen definitivamente en mejorar la calidad de los datos.

Actualmente, los nuevos registros de casos pueden generarse a partir de la información incluida en la historia clínica electrónica. Sin ninguna duda, los registros de casos estratificados por gravedad o riesgo pueden facilitar de forma extraordinaria la mejora de calidad de la atención de los pacientes incluidos. En primer lugar, hay que recordar la utilidad de los registros de categorías que se han considerado «administrativas» como los pacientes crónicos complejos en salud mental —los

Trastornos Mentales Graves o TMG—. Estos registros de «pacientes TMG», permiten protocolizar e integrar la asistencia en salud mental y en salud física, facilitar el trabajo de los profesionales del equipo multidisciplinar, a través de la elaboración conjunta de Planes Terapéuticos Individualizados, actuar preventivamente en situaciones de riesgo de desvinculación asistencial o trabajar sinérgicamente en pro de la recuperación funcional de los pacientes a todos los niveles. El resultado final puede valorarse con indicadores no fácilmente disponibles de integración social, acceso al mercado laboral o de calidad de vida. Pero también tenemos un ejemplo reciente con el Registro del Código Riesgo Suicidio en Cataluña (Departament de Salut de Catalunya, 2015), que ya cuenta con más de 7.000 casos (julio 2017) desde el inicio de su implementación progresiva en 2014-2015. Es evidente que los registros de casos de programas especiales de primeros episodios psicóticos o de patologías específicas (esquizofrenia, trastorno bipolar, anorexia, autismo...) también son de extraordinaria utilidad en la mejora de los procesos.

Uno de los cuatro objetivos estratégicos de la OMS (World Health Organization, 2013) consiste precisamente en el fortalecimiento de los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental. En relación con los estudios epidemiológicos sobre incidencia, prevalencia y factores de riesgo, la OMS señala el sesgo atribuible a que la investigación se realice casi siempre en los países de altos ingresos. Pero el desfase entre las personas que sufren trastornos mentales y las que reciben tratamientos o tienen acceso a los servicios adecuados (especialmente los servicios sociales), es un problema que la información disponible pone en evidencia, sin que se observe un esfuerzo continuado para reducirlo. No se ha logrado a nivel global instaurar un sistema de vigilancia epidemiológica que permita evaluar los servicios básicos de salud mental y servicios sociales o de salud general de los pacientes con trastornos más graves, que siguen teniendo una esperanza de vida reducida en relación con el resto de la población. Pero tampoco se han consolidado sistemas de indicadores de calidad que reduzcan la variabilidad entre servicios ni siquiera en una misma comunidad, a pesar de contar con propuestas de consenso interesantes (Roca y cols., 2016).

La principal barrera para reducir esta distancia entre la morbilidad psiquiátrica a nivel poblacional y la población real que se beneficia de los servicios sanitarios y sociales, no es, como vemos, la ausencia de información o la limitada calidad de los datos (siempre mejorable). El principal obstáculo es el uso deficiente de esta información que en algunos casos puede estar atomizada y dispersa y, en otros, resultar inaplicable por servicios fragmentados.

## **NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL**

Los profesionales que trabajan en clínica requieren de información estructurada e integrada que les permita mejorar la eficiencia y la efectividad de las intervenciones, optimizando los resultados a nivel de prevención y salud. No entraremos a detallar los indicadores básicos de actividad que se requieren, por ejemplo, para la gestión de centros de salud mental comunitarios (Palao y Cavero, 2012) o para otros dispositivos. Estos indicadores de actividad están orientados a mejorar la eficiencia a través de una re-organización del trabajo y, por su naturaleza, son fragmentados. En todo caso, pueden contribuir a la mejora de los resultados finales de salud de forma indirecta. En la medida en que la actividad clínica se organiza por procesos y programas

específicos, las necesidades de información se incrementan, pero no tanto cuantitativamente, sino más bien cualitativamente.

Los clínicos preocupados por los resultados en sus pacientes precisan disponer de un número reducido de indicadores que contribuyan a mejorar de forma sustancial aspectos esenciales del proceso asistencial y que, por otra parte, no requieran unas exigencias desmesuradas de registro. Un buen ejemplo que podría servir de punto de partida son los 12 indicadores propuestos por la OECD (Hermann y Mattke, 2004) que vemos en la [Tabla 4](#).

**Tabla 4. Indicadores de consenso internacional para la asistencia en salud mental**

Área	Nombre del indicador
Continuidad de cuidados	Tiempo hasta el seguimiento ambulatorio post-alta hospitalaria
	Continuidad de visitas post-alta en patología dual
	Discrepancias en el seguimiento en minorías
	Continuidad de visitas post-alta hospitalaria
Coordinación	Gestión de casos en pacientes con TM Grave
Tratamiento	Visitas durante el tratamiento agudo de la depresión
	Re-hospitalización en pacientes psiquiátricos
	Duración del tratamiento en trastornos por uso de sustancias
	Uso de antidepresivos anticolinérgicos en ancianos*
	Continuidad del tratamiento antidepresivo en fase aguda
	Continuidad del tratamiento antidepresivo en fase de mantenimiento
Resultado en pacientes	Mortalidad de personas con TM Grave

\* Este indicador ha quedado obsoleto por el bajo uso en nuestro país de antidepresivos anticolinérgicos; se podría sustituir por «uso de benzodiazepinas como tratamiento crónico en ancianos o el de antipsicóticos atípicos de forma prolongada en demencias». Fuente: OECD, Hermann y Mattke, 2004.

El enfoque en la mejora de la continuidad de cuidados y de la coordinación de este panel de indicadores, los hacen especialmente interesantes en la gestión clínica de servicios integrados. Además, 4 de los 12 indicadores pueden ser útiles para la monitorización del proceso específico de atención de la depresión mayor. Esto es especialmente interesante ya que la depresión es actualmente la enfermedad que lidera la lista de trastornos que causan mayor discapacidad en todo el mundo (World Health Organization, 2017). El modelo más efectivo para mejorar nuestros resultados en depresión es la gestión integrada a través de la aplicación de modelos escalonados atención primaria-salud mental. Desde hace años, disponemos de evidencias sobre la mayor efectividad de la aplicación del modelo de gestión de pacientes crónicos en depresión (Woltmann y cols., 2012), incluso con adaptaciones en nuestro entorno (Aragón y cols., 2012). Si escogemos el proceso de atención específica de la depresión mayor como ejemplo, probablemente tendríamos que enriquecer el panel propuesto con al menos tres indicadores específicos: a) uno de prevalencia esperada de depresión atendida en atención primaria (debería aproximarse al 8-9%; Serrano y cols., 2010); b) un indicador de detección de comorbilidad física y psiquiátrica, especialmente el consumo de alcohol; c) dos indicadores de resultado: uno positivo —como sería la monitorización de bajas laborales—, y otro negativo —monitorización de conductas suicidas.



Siguiendo este ejemplo, la implementación de procesos clínicos específicos de patologías graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, también podrían incorporar indicadores de proceso y de resultado que podrían seleccionarse entre los propuestos por las sociedades científicas (Roca y cols., 2016), atendiendo a criterios de simplicidad y factibilidad. Los programas de psicosis incipiente también deben contar con indicadores específicos de proceso, como el tiempo sin tratar, y también de resultado (McFarlane, 2011).

La monitorización de la mortalidad de las personas con TMG puede ser especialmente relevante porque implica necesariamente un abordaje integrado que solo puede producirse de forma eficaz desarrollando el modelo de psiquiatría comunitaria. Este modelo incorpora programas escalonados de colaboración con la atención primaria. La mejora de la esperanza de vida de las personas que padecen TMG requiere de la implementación de políticas decididas para mejorar las intervenciones preventivas también desde otras especialidades, más allá del riesgo cardiovascular y metabólico, como por ejemplo la mejora en la detección precoz de cánceres ginecológicos en mujeres con TMG.

En este panel, se han obviado los indicadores de resultado relacionados con la monitorización de las conductas suicidas. Desde el año 2004 en que se publicaron, la evidencia a favor de la posibilidad efectiva de prevenir el suicidio no ha hecho más que crecer bajo el impulso de estrategias multinivel como la de la *European Alliance Against Depression* (Ulrich y cols., 2008). Hoy sabemos que el suicidio está estrechamente asociado a la enfermedad mental —especialmente depresión—, como ponen de manifiesto los estudios de autopsias psicológicas (Yoshimasu y cols., 2008). Finalmente, la propia Organización Mundial de la Salud ha establecido como objetivo una reducción de la tasa de suicidio del 10% para 2020 (World Health Organization, 2014). Para lograr este objetivo, se precisa contar con información específica que permita actuar sobre los principales factores de riesgo potencialmente modificables: la enfermedad mental, el consumo de alcohol y los antecedentes recientes de tentativas suicidas. La propuesta concreta es la de disponer de dos tipos de registros:

- *Registros de Tentativas de Suicidio*, como el que se está implementando en Cataluña con el Código Riesgo Suicidio (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2015). Este registro puede facilitar la aplicación de programas de intervención breve post-alta que aseguren la continuidad asistencial a los supervivientes atendidos en urgencias o detectados en otros niveles asistenciales. Además, facilita un estándar de tentativas esperadas (40-90 casos por 100.000 habitantes y año; Cebrià y cols., 2012), que puede estimular la implementación de los programas de prevención, reduciendo la variabilidad. Además, este tipo de programas cuenta con evidencias meta-analíticas acerca de su efectividad en la reducción de reintentos de suicidio (Inagaki y cols. 2015) y, más recientemente, sobre la propia mortalidad por suicidio (Riblet y cols., 2017).
- *Registro de suicidios consumados*. No se trata solo de revisar la estadística administrativa del INE que se publica con dos años de retraso. Se trata de disponer de un registro fiable, elaborado desde los Institutos de Medicina Legal de cada comunidad, en colaboración con los responsables sanitarios, que facilite la información a los centros de salud mental en cuyas áreas se han producido los suicidios. Y que además se haga regularmente, para permitir un análisis de cada caso en las semanas posteriores al fallecimiento. Las

posibilidades de análisis de los factores asociados son evidentes, incluyendo el estudio de los factores relacionados con la atención sanitaria (Parra y cols., 2017). Así, se ha podido constatar que un 70% de los fallecidos por suicidio no recibían atención especializada en servicios de salud mental, aunque sí habían sido visitados durante los meses o semanas previos en atención primaria. Es evidente que disponer de la información adecuada puede ayudar a implementar medidas preventivas eficaces a nivel de primaria y mejorar la continuidad asistencial en salud mental, como propone el programa multinivel EAAD. Pero también permitiría ofrecer ayuda psicológica sistemáticamente a los familiares de los fallecidos —los llamados «supervivientes»— en las semanas posteriores a su pérdida.

En el caso del ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil, estos indicadores de continuidad y coordinación propuestos por la OECD también pueden ser aplicables. Pero a nivel asistencial habría que contar con indicadores adicionales para mejorar la gestión de procesos específicos de alta prevalencia, como son el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Autismo y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). En este ámbito, un indicador de resultado especialmente relevante sería el de fracaso escolar. No hay que olvidar que el 50% de los trastornos mentales que observamos en los adultos, comienzan antes de los 14 años. Este dato orienta claramente a qué franja de edad tenemos que dirigir las estrategias preventivas comunitarias, a medida que se obtengan evidencias sobre su impacto real en salud.

## CONCLUSIONES

Las fuentes de información sobre salud mental disponibles actualmente son inabarcables desde el ámbito asistencial. Los indicadores de incidencia y prevalencia atendida esperables deberían incorporarse a los cuadros de gestión de los servicios de salud mental, para incentivar que medidas de mejora de la accesibilidad.

Se requiere la selección de un panel reducido de indicadores (p. ej. el de la OECD) que se oriente a los procesos asistenciales y que proporcione información sobre continuidad de cuidados y coordinación, para mejorar los resultados de salud. Por su especial impacto sanitario y social, la depresión mayor debe contar con un seguimiento específico en un modelo asistencial integrado de enfermedad crónica atención primaria-salud mental.

Los indicadores de resultado deben incluir elementos positivos (tasa de empleo o de integración en actividades comunitarias), pero no puede obviarse la monitorización de la mortalidad en pacientes con TMG. Es imprescindible implementar a nivel territorial registros de tentativas de suicidio y de suicidios consumados que impulsen intervenciones preventivas que han demostrado eficacia, si se pretende alcanzar el objetivo de la OMS de reducir la mortalidad por suicidio en un 10%.

En psiquiatría infantil los indicadores específicos para mejorar la atención en las patologías más prevalentes (TDAH, Autismo, TCA), así como monitorizar el indicador de fracaso escolar, que tiene especial relevancia para realizar intervenciones preventivas. Las intervenciones preventivas sobre el consumo de alcohol, cannabis y otras sustancias, así como los abusos y agresiones en la infancia (en el ámbito familiar o escolar), pueden tener un impacto en la prevención primaria de la salud mental extraordinario.

## AGRADECIMIENTO

A la Dra. Myriam Cavero Álvarez, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona, por sus aportaciones y revisión crítica del texto.

## REFERENCIAS

1. Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, López-Cortacans G, Casaus P, Hernández JM, Badia W, Folch S. (2012). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *Journal of Affective Disorders*, 142, 297-305.
2. Cebria AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, Laredo A, Vallès V, Cavero M, Oliva JC, Hegerl U, Pérez-Solà V, Palao DJ. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders* 147, 269-276.
3. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2015). Codi Risc Suïcidi. Disponible en: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/normatives\\_instruccions/any\\_2015/instruccio\\_10\\_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf)
4. Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ, Morgan C, Jackson D, Boydell J, Murray RM, Jones PB. (2012). Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 7(3): e31660. doi: 10.1371/journal.pone.0031660.
5. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J; Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
6. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C, Gusmao R, Kopp M, Löhr C, Maxwell M, Meise U, Mirjanic M, Oskarsson H, Sola VP, Pull C, Pycha R, Ricka R, Tuulari J, Värnik A, Pfeiffer-Gerschel T. (2008). The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World Journal of Biological Psychiatry*, 9 51-58.
7. Hermann R, Mattke S and the members of the OECD Mental Health Care Panel (2004). Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in OECD Countries. *OECD Health Technical Papers no.17*.
8. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, Ikeshita K, Eto N, Tachikawa H, Shiraishi Y, Yamada M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 66-78.
9. McFarlane WR. (2011). Prevention of the First Episode of Psychosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 95-107.
10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
11. Moreno-Küstner B. (2012). ¿Por qué no funcionan los sistemas de información en salud mental? Diez requisitos necesarios para su implementación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 29-38.
12. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2016). Central de Resultats. Àmbit de salut mental. Dades 2015. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible en: [http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central\\_de\\_resultats/informes\\_cdr/informe\\_d\\_anys\\_anteriors/](http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/informe_d_anys_anteriors/)
13. Palao D, Cavero M. (2012). Dirección de centros de salud mental comunitarios. En: Anseán A (coord.), *Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental*, Vol. II (pp29-296). Madrid: Edicomplet, Grupo Saned.
14. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, Oquendo MA, Palao-Vidal D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 163.
15. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
16. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. (2017). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 210, 396-402.

17. Roca Bennasar M, Ignacio García E (coord.) y comité científico. (2016). Criterios de calidad en psiquiatría: Esquizofrenia; Depresión; Trastorno Bipolar. Madrid: Luzan Eds.
18. Salvador-Carulla L, Salinas JA, Martín M, Grané M, Gibert K, Roca M, en representación del Grupos de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Psiquiatría (GClín SEP). (2010). Indicadores para la evaluación de sistemas de salud mental en España. Sociedad Española de Psiquiatría.
19. Salvador-Carulla L, Serrano-Blanco A, Garcia-Alonso C, Fernandez A, Salinas -Perez JA, Gutiérrez-Colossía MR, Marfull-Blanc T, Rodero-Cosano ML, Prat-Pubill B, Molina C. (2013). GEOSCAT: Atles integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya. Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recursos Sanitaris, Generalitat de Catalunya.
20. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, Roura P, Bertsch J, Mercader M, Haro JM. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 201-210.
21. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. (2012). Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169, 790-804.
22. World Health Organization. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)
23. World Health Organization. (2014). Suicide Prevention: a global imperative. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf)
24. World Health Organization. (2017). Depression let's talk. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/)
25. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K; Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13, 243-256.

# TRASTORNOS MENTALES EN LOS DIAGNÓSTICOS HOSPITALARIOS EN ESPAÑA: 2004-2013

*Fernando José García López*

## INTRODUCCIÓN

La medición de la morbilidad existente en una población se puede abordar mediante el uso que esa población hace del sistema sanitario. La frecuentación sanitaria, medida mediante consultas o ingresos hospitalarios, permite evaluar la carga de enfermedad de la sociedad, al menos la que es atendida por el sistema sanitario, que suele ser la más importante. En salud mental, la frecuentación sanitaria se centra, sobre todo, en las consultas extrahospitalarias en centros de salud mental y en consultas externas hospitalarias, en centros de salud y en la práctica psiquiátrica y psicológica privada. Sin embargo, aunque en un porcentaje pequeño con respecto al total de la atención sanitaria en salud mental, los ingresos hospitalarios con diagnósticos psiquiátricos permiten evaluar aquellos trastornos de salud mental más graves. Este artículo se propone evaluar la carga de enfermedad psiquiátrica en los diagnósticos de los ingresos hospitalarios en hospitales generales de agudos en España en los últimos años.

## MÉTODOS

### Fuente de datos

#### *Conjunto Mínimo Básico de Datos*

Para la determinación de los casos diagnosticados con trastornos de salud mental recurrimos al Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias (CMBD), que es un registro de las altas hospitalarias de la atención especializada en la red de hospitales generales agudos del sistema nacional de salud en España. Esta red incluye los hospitales públicos, los hospitales pertenecientes a la red de utilización pública y los hospitales administrados públicamente o con concierto sustitutorio. También incluye a los hospitales monográficos que forman complejo con hospitales generales o de área. No incluye los hospitales psiquiátricos ni los hospitales de larga estancia.

En cada registro de altas hay información relativa al paciente (fecha de nacimiento, sexo, código de residencia), a la información administrativa del episodio (fechas de ingreso y alta, tipo de ingreso —urgente, programado o tras un procedimiento de técnica especial o por cirugía mayor ambulatoria—, financiador, tipo de alta —domicilio, traslado a otro hospital, alta voluntaria, fallecimiento, traslado a un centro socio-sanitario, fuga u hospitalización a domicilio—, servicios de ingreso y alta) y a la información clínica del episodio (los diagnósticos y procedimientos del episodio).

En cada ingreso se codifican hasta 14 diagnósticos: un diagnóstico principal, que es el que motivó el ingreso de acuerdo con el criterio del servicio o del facultativo que

atendió al paciente, y hasta 13 diagnósticos secundarios, que pueden ser patologías que coexisten con el diagnóstico principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo del ingreso siempre que influyan en la duración del ingreso o en el tratamiento administrado. En el momento en el que se codificaron los diagnósticos se empleó el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9.<sup>a</sup> revisión, modificación clínica. La codificación de las altas se efectúa de modo descentralizado en cada hospital por personal destinado a esa función, a partir de la información aportada en los informes de alta que emiten los servicios.

Los diagnósticos de salud mental contenidos en el CMBD son los comprendidos entre los códigos 290 y 319 (Tabla 5). No se estudiaron los intentos de suicidio ni los suicidios consumados, que son objeto de otro capítulo en esta monografía.

Se solicitaron al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el organismo que gestiona el CMBD, todos los registros de altas entre 2004 y 2013 que contuvieran entre sus 14 diagnósticos cualquiera de los códigos comprendidos entre 290 y 319.

### **Información de los hospitales psiquiátricos y de la actividad psiquiátrica extrahospitalaria**

Aunque los hospitales psiquiátricos monográficos no están incluidos en el CMBD, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sí proporciona información anual acerca del número de camas, altas y estancias en las unidades de agudos y en las unidades de media y larga estancia de los hospitales psiquiátricos, aunque esta información no está desglosada por diagnósticos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Asimismo, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad también proporciona información anual acerca del número de consultas externas atendidas en los servicios de Psiquiatría de los hospitales públicos y privados y en los centros de especialidades dependientes de esos hospitales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

**Tabla 5. Patrones diagnósticos correspondientes a códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9.<sup>a</sup> revisión, modificación clínica**

PS1: 290	Demencias (senil, presenil, vascular...)
PS2: 291-292	Trastornos mentales inducidos por alcohol y/o drogas
PS3: 293-294	Trastornos mentales transitorios o persistentes debidos a enfermedades clasificadas en otro lugar
PS4: 295	Trastornos esquizofrénicos
PS5: 296	Trastornos episódicos del humor
PS6: 297	Trastornos delirantes
PS7: 298	Otras psicosis no orgánicas
PS8: 300	Trastornos de ansiedad y disociativos
PS9: 301	Trastornos de la personalidad
PS10: 302	Trastornos sexuales y de identidad sexual
PS11: 303	Síndrome dependencia alcohol
PS12: 304-305	Dependencia/abuso drogas
PS13: 307	Síntomas o síndromes especiales (anorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación, tics, trastornos del sueño...)
PS14: 308-309	Reacción aguda estrés/adaptación
PS15: 311	Trastorno depresivo

PS16: 312	Perturbación del comportamiento, no clasificada bajo otros conceptos
PS17: 313	Perturbación de emociones específicas de infancia y adolescencia
PS18: 299, 306, 310, 314-319	Otros problemas mentales

---

## Análisis estadístico

Las variables categóricas se describieron mediante tablas de frecuencia. Cada registro del CMBD se codificó para indicar si contenía o no alguno de los 18 patrones en que se agruparon los códigos diagnósticos. Como el CMBD es un registro de episodios hospitalarios, no de pacientes —por lo que hubo muchos casos con reingresos codificados igual durante el mismo año—, por cada paciente se escogió solo el primer episodio con el mismo patrón diagnóstico por año, para no contar a cada paciente más de una vez por año. Posteriormente, se efectuaron tablas de frecuencia de los patrones diagnósticos por año, globalmente y estratificados por sexo y por grupos de edad (menos de 50 años, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 a 89 y más de 90 años). El análisis se efectuó con el programa SAS, versión 9.2 (SAS Inc, Cary, Carolina del Norte, EE. UU.).

## Aspectos éticos

Todos los registros fueron anónimos, es decir, estuvieron desprovistos de información personal identificatoria, la única información geográfica fue la comunidad autónoma de origen y los números de historia de los pacientes fueron ficticios.

## RESULTADOS

En el periodo entre 2004 y 2013 hubo un total de 6.725.216 altas hospitalarias en donde alguno de sus diagnósticos era un diagnóstico psiquiátrico. Tras eliminar aquellos ingresos repetidos del mismo paciente durante el mismo año, quedaron 4.947.157 pacientes que ingresaron con algún diagnóstico psiquiátrico al menos una vez en un año.

En la [Tabla 6](#) se muestra el número de pacientes que ingresaron anualmente en los distintos patrones diagnósticos psiquiátricos, siempre que estos diagnósticos estuvieran en alguno de los 14 diagnósticos codificados en los informes de alta. En general, se apreció un aumento en los ingresos en todos los patrones diagnósticos, en especial en las reacciones agudas al estrés o a la adaptación, la perturbación de comportamiento no clasificada bajo otros conceptos —trastornos de socialización con o sin agresividad, adicción al juego, cleptomanía, piromanía, conducta impulsiva y otros trastornos de conducta—, trastornos de ansiedad y disociativos, síntomas o síndromes especiales —anorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación, tics, trastornos del sueño...—, y trastornos de la personalidad. En todos ellos, el número de pacientes con esos diagnósticos al año aumentó más del 25% desde 2010 hasta 2013 y más de 3 veces desde 2004 hasta 2013. Un caso especial lo constituyen las perturbaciones de emociones específicas de la infancia y la adolescencia, que fue el diagnóstico que más aumentó desde 2004 hasta 2013 (4,17 veces), aunque en los últimos años, entre 2010 y 2013, solo aumentó un 19%.

En la **Tabla 7** se clasifican los patrones diagnósticos de los pacientes ingresados en 2013 por orden decreciente de frecuencia. Los diagnósticos más comunes fueron los trastornos inducidos por alcohol o por otras drogas y los trastornos mentales debidos a enfermedades orgánicas, con más de 500.000 pacientes en cada uno de estos patrones. La dependencia o abuso de drogas y la dependencia del alcohol sumaron casi 500.000 pacientes. Otros patrones también frecuentes fueron el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad y disociativos.

**Tabla 6. Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013**

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Demencias	30.509	39.478	44.692	51.437	55.814	59.607	63.796	69.548	73.287	74.965
Trastornos inducidos por alcohol o drogas	399.871	429.713	437.591	464.896	500.386	528.467	531.141	544.855	551.800	556.864
Trastornos por otras enfermedades	399.675	429.594	437.499	464.803	500.310	528.404	531.072	544.795	551.750	556.816
Esquizofrenia	14.891	18.941	21.524	24.038	26.304	27.692	29.937	32.706	34.501	34.891
Trastornos episódicos del humor	11.351	14.735	17.653	20.455	23.327	25.277	28.123	30.997	33.213	35.044
Trastornos delirantes	1.755	2.273	2.976	3.311	4.052	4.373	4.950	5.604	6.004	6.393
Otras psicosis no orgánicas	5.768	7.884	9.370	10.944	12.138	13.198	14.720	16.552	17.291	18.356
Trastornos de ansiedad y disociativos	35.344	46.244	56.176	68.381	77.684	87.444	97.601	109.779	119.352	130.456
Trastornos de la personalidad	9.852	12.287	14.549	17.143	19.553	21.143	23.272	25.905	27.677	29.123
Trastornos sexuales y de identidad sexual	469	460	521	636	660	770	753	751	729	746
Dependencia del alcohol	40.164	49.311	55.607	63.119	66.778	71.889	76.650	82.319	85.142	87.819
Dependencia o abuso de drogas	212.602	248.847	267.172	295.202	311.987	331.718	343.730	358.297	362.134	370.277
Síndromes especiales (alimentación, sueño...)	6.784	8.565	10.239	12.126	13.705	15.562	17.020	18.634	20.236	21.981
Reacción aguda estrés/adaptación	5.625	7.027	8.365	10.422	12.369	14.286	16.560	18.631	20.409	22.854
Trastorno depresivo	51.596	66.759	77.342	93.384	103.525	112.375	119.067	131.838	137.059	143.854
Otras perturbaciones del comportamiento	2.082	2.793	3.349	4.021	4.704	5.172	5.715	6.411	6.819	7.729
Perturbaciones de la infancia o adolescencia	95	158	165	227	270	349	333	394	402	396
Otros problemas mentales	11.574	15.443	17.619	21.162	22.793	24.808	26.267	28.574	29.627	31.445



**Tabla 7. Distribución de frecuencias de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico en los ingresos en hospitales generales durante el año 2013**

Patrón diagnóstico	2013
Trastornos inducidos por alcohol o drogas	556.864
Trastornos por otras enfermedades	556.816
Dependencia o abuso de drogas	370.277
Trastorno depresivo	143.854
Trastornos de ansiedad y disociativos	130.456
Dependencia del alcohol	87.819
Demencias	74.965
Trastornos episódicos del humor	35.044
Esquizofrenia	34.891
Otros problemas mentales	31.445
Trastornos de la personalidad	29.123
Reacción aguda estrés/adaptación	22.854
Síndromes especiales (alimentación, sueño...)	21.981
Otras psicosis no orgánicas	18.356
Otras perturbaciones del comportamiento	7.729
Trastornos delirantes	6.393
Trastornos sexuales y de identidad sexual	746
Perturbaciones de la infancia o adolescencia	396

Del total de altas con algún diagnóstico psiquiátrico recogidas en el CMBD, 8% ingresaron en servicios de psiquiatría y el resto ingresaron a cargo de otros servicios médicos o quirúrgicos.

En la [Tabla 8](#) se muestra la evolución entre 2004 y 2013 de las frecuencias de pacientes varones y mujeres ingresados anualmente con alguno de los patrones diagnósticos estudiados. Los síndromes de dependencia del alcohol y de otras drogas y los trastornos sexuales y de identidad sexual fueron aproximadamente el doble de frecuentes en varones que en mujeres, mientras que los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos fueron aproximadamente un 50% más frecuentes en mujeres que en varones.

En la [Tabla 9](#) se muestra la evolución por grupos de edad entre 2004 y 2013 de las frecuencias de pacientes ingresados anualmente con alguno de los patrones diagnósticos estudiados. Excepto en los casos de demencias y trastornos depresivos, en donde hubo más casos diagnosticados con más de 50 años, el número absoluto de casos en todos los patrones diagnósticos fue mayor en edades menores de 50 años.

En la [Tabla 10](#) se muestra la evolución anual del número de pacientes con alguno de los patrones diagnósticos estudiados codificados como diagnóstico principal en sus altas. Solo dos patrones tuvieron un aumento de la frecuencia superior al 25% entre 2010 y 2013, las reacciones agudas al estrés o a la adaptación y la perturbación de comportamiento no clasificada bajo otros conceptos. En seis patrones diagnósticos hubo un aumento entre 2004 y 2013 de más de tres veces del número de casos anuales con esos patrones como diagnóstico principal: las reacciones agudas al estrés

o a la adaptación, la perturbación de emociones específicas de infancia y adolescencia, los trastornos delirantes, la perturbación de comportamiento no clasificada bajo otros conceptos, otras psicosis no orgánicas y los trastornos depresivos.

En la **Tabla 11** se muestra la distribución de frecuencias de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal en los ingresos en hospitales generales durante el año 2013. En ella se observa que ingresaron más de 500.000 pacientes por trastornos inducidos por alcohol o por otras drogas y otros tantos por trastornos mentales debidos a enfermedades orgánicas. Del resto de patrones diagnósticos como diagnóstico principal, el número de pacientes ingresados fue muy inferior, con 20.000 pacientes o menos.

En la **Tabla 12** se muestra la evolución anual por sexos de los pacientes en donde el diagnóstico principal de sus ingresos fue uno de los patrones diagnósticos estudiados. Se aprecia que el patrón con más predominio de varones con respecto a las mujeres fue el de trastornos sexuales y de identidad sexual, seguido del síndrome de dependencia o abuso de alcohol o de otras drogas. El número de mujeres fue superior al de varones en al menos un 30% en los ingresos motivados por los síntomas o síndromes especiales (anorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación, tics, trastornos del sueño...) o por los trastornos de ansiedad y disociativos.

En la **Tabla 13** se muestra la evolución anual por grupos de edad de la frecuencia de pacientes con algún diagnóstico principal de los patrones diagnósticos estudiados. Se vio que, con excepción de la demencia, en todos los patrones diagnóstico, incluidos los trastornos depresivos, hubo muchos más pacientes menores de 50 años que mayores de esa edad.

**Tabla 8. Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año y por sexos en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013**

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Demencias</b>										
Varones	12.475	17.028	20.165	23.745	25.765	27.559	29.913	32.711	34.255	35.204
Mujeres	18.026	22.448	24.526	27.688	30.047	32.046	33.879	36.833	39.030	39.760
<b>Trastornos inducidos por alcohol o drogas</b>										
Varones	240.153	254.618	255.771	268.122	288.413	300.959	301.752	305.919	305.073	304.190
Mujeres	159.621	175.082	181.802	196.758	211.934	227.469	229.367	238.902	246.696	252.635
<b>Trastornos por otras enfermedades</b>										
Varones	240.005	254.520	255.705	268.052	288.363	300.914	301.696	305.877	305.035	304.155
Mujeres	159.573	175.061	181.776	196.735	211.908	227.451	229.354	238.884	246.684	252.622
<b>Esquizofrenia</b>										
Varones	9.644	12.105	13.507	14.713	16.144	16.800	17.904	19.331	19.985	20.000
Mujeres	5.241	6.834	8.016	9.324	10.158	10.889	12.031	13.372	14.516	14.891
<b>Trastornos episódicos del humor</b>										
Varones	5.027	6.902	8.414	9.663	11.093	11.786	13.201	14.595	15.570	16.276
Mujeres	6.320	7.833	9.239	10.792	12.233	13.491	14.920	16.401	17.642	18.767
<b>Trastornos delirantes</b>										
Varones	888	1.149	1.543	1.694	2.077	2.187	2.496	2.780	2.951	3.127
Mujeres	867	1.124	1.433	1.617	1.974	2.185	2.454	2.824	3.053	3.265

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Otras psicosis no orgánicas</b>										
Varones	3.091	4.273	5.091	5.903	6.598	7.164	7.923	8.889	9.099	9.738
Mujeres	2.676	3.610	4.278	5.041	5.539	6.034	6.795	7.661	8.190	8.617
<b>Trastornos de ansiedad y disociativos</b>										
Varones	12.538	17.304	21.745	27.218	30.595	34.688	39.527	44.605	48.558	52.569
Mujeres	22.800	28.939	34.428	41.162	47.080	52.754	58.072	65.169	70.792	77.884
<b>Trastornos de la personalidad</b>										
Varones	5.085	6.333	7.611	8.797	9.913	10.708	11.701	13.044	13.779	14.333
Mujeres	4.763	5.954	6.938	8.345	9.639	10.432	11.570	12.860	13.898	14.789
<b>Trastornos sexuales y de identidad sexual</b>										
Varones	437	403	456	537	520	581	540	535	470	469
Mujeres	30	57	65	99	131	168	203	214	252	268
<b>Dependencia del alcohol</b>										
Varones	34.088	40.434	43.995	48.435	51.199	54.526	56.475	59.199	60.091	60.692
Mujeres	6.065	8.876	11.612	14.682	15.574	17.359	20.173	23.116	25.049	27.124
<b>Dependencia o abuso de drogas</b>										
Varones	158.497	178.761	185.349	199.198	214.779	224.776	228.658	233.980	231.886	233.435
Mujeres	54.047	70.076	81.809	95.993	97.187	106.928	115.065	124.295	130.228	136.815
<b>Síndromes especiales (alimentación, sueño...)</b>										
Varones	2.610	3.664	4.479	5.588	6.185	7.138	7.981	8.599	9.492	10.142
Mujeres	4.173	4.900	5.760	6.538	7.520	8.424	9.039	10.035	10.744	11.838
<b>Reacción aguda estrés/adaptación</b>										
Varones	2.651	3.400	4.263	5.254	6.190	7.158	8.288	9.248	10.152	10.959
Mujeres	2.974	3.627	4.102	5.167	6.179	7.128	8.272	9.382	10.257	11.895
<b>Trastorno depresivo</b>										
Varones	17.386	24.410	30.093	37.395	41.122	44.215	48.688	54.455	56.809	59.421
Mujeres	34.197	42.349	47.248	55.989	62.400	68.158	70.379	77.379	80.246	84.432
<b>Otras perturbaciones del comportamiento</b>										
Varones	1.352	1.748	2.031	2.456	2.850	3.121	3.417	3.822	4.032	4.508
Mujeres	730	1.045	1.318	1.564	1.854	2.050	2.298	2.589	2.787	3.220
<b>Perturbaciones de la infancia o adolescencia</b>										
Varones	54	85	79	125	140	197	200	220	232	220
Mujeres	41	73	86	102	130	152	133	174	170	176
<b>Otros problemas mentales</b>										
Varones	6.262	8.364	9.646	11.524	12.485	13.639	14.598	15.645	16.105	17.191
Mujeres	5.311	7.077	7.973	9.636	10.306	11.167	11.668	12.929	13.521	14.254

**Tabla 9. Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año y por grupos de edad en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013**

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Demencias</b>										
0-49 años	1.492	3.517	5.271	7.030	7.127	7.492	8.657	9.930	10.298	10.715
50-59 años	819	1.722	2.526	3.434	3.811	4.109	5.045	6.025	6.601	7.290
60-69 años	1.547	2.424	3.212	4.063	4.457	5.098	5.971	6.821	7.657	8.455
70-79 años	7.128	8.803	9.751	10.890	11.582	11.921	12.155	12.821	13.220	13.099
80-89 años	14.397	17.009	17.580	19.309	21.362	22.957	23.618	24.923	25.734	25.666
+90 años	5.126	6.003	6.347	6.709	7.473	8.030	8.349	9.028	9.777	9.740
<b>Trastornos inducidos por alcohol o drogas</b>										
0-49 años	147.230	153.239	154.557	159.021	161.207	166.341	161.749	160.683	154.310	154.260
50-59 años	60.901	64.998	65.999	70.443	76.985	82.606	85.499	88.537	90.102	93.728
60-69 años	60.419	64.511	64.945	68.438	76.106	82.480	84.106	87.052	89.856	92.459
70-79 años	71.159	77.675	78.302	84.025	90.702	92.904	91.637	92.393	92.298	90.789
80-89 años	48.951	56.285	59.438	67.062	76.846	83.886	86.720	92.455	98.569	98.290
+90 años	11.189	12.979	14.322	15.871	18.509	20.215	21.390	23.735	26.665	27.338
<b>Trastornos por otras enfermedades</b>										
0-49 años	147.090	153.144	154.494	158.960	161.159	166.296	161.702	160.645	154.281	154.225
50-59 años	60.875	64.990	65.983	70.433	76.977	82.601	85.494	88.529	90.095	93.718
60-69 años	60.408	64.503	64.941	68.429	76.101	82.475	84.098	87.047	89.849	92.457
70-79 años	71.145	77.668	78.295	84.017	90.693	92.900	91.630	92.389	92.295	90.788
80-89 años	48.947	56.284	59.436	67.058	76.842	83.882	86.718	92.450	98.565	98.290
+90 años	11.188	12.979	14.322	15.870	18.508	20.215	21.390	23.735	26.665	27.338
<b>Esquizofrenia</b>										
0-49 años	9.824	11.495	12.113	12.815	13.506	13.664	13.786	14.354	14.192	13.695
50-59 años	1.911	2.557	2.988	3.484	3.917	4.293	4.949	5.532	5.990	6.181
60-69 años	1.389	1.813	2.319	2.693	3.083	3.330	3.845	4.318	4.671	5.049
70-79 años	1.160	1.873	2.342	2.727	3.157	3.278	3.664	3.991	4.444	4.424
80-89 años	511	1.016	1.431	1.901	2.156	2.559	2.973	3.649	4.088	4.391
+90 años	95	187	330	418	484	568	720	862	1.116	1.151
<b>Trastornos episódicos del humor</b>										
0-49 años	5.604	6.886	7.702	8.554	9.473	9.796	10.376	10.999	11.083	11.321
50-59 años	1.863	2.322	2.874	3.354	3.839	4.252	4.925	5.459	5.797	6.337
60-69 años	1.695	2.180	2.664	2.988	3.407	3.922	4.273	4.836	5.273	5.744
70-79 años	1.504	2.240	2.748	3.208	3.840	4.042	4.435	4.857	5.282	5.486
80-89 años	597	973	1.399	1.948	2.328	2.776	3.447	4.027	4.763	4.972
+90 años	88	134	266	403	440	489	667	819	1.015	1.184
<b>Trastornos delirantes</b>										
0-49 años	764	903	1.180	1.290	1.430	1.499	1.621	1.848	1.770	1.870
50-59 años	307	396	482	535	670	706	839	912	1.036	1.108
60-69 años	245	324	434	451	578	666	791	890	910	1.002
70-79 años	286	386	544	537	744	790	808	949	1.019	1.019
80-89 años	132	230	285	409	517	589	715	806	1.044	1.127
+90 años	21	34	51	89	113	123	176	199	225	267

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Otras psicosis no orgánicas</b>										
0-49 años	2.911	3.618	4.176	4.751	5.250	5.651	6.003	6.659	6.650	6.746
50-59 años	487	727	981	1.105	1.291	1.391	1.678	1.916	2.119	2.388
60-69 años	535	722	915	1.046	1.158	1.372	1.550	1.832	1.932	2.192
70-79 años	860	1.267	1.490	1.776	1.967	2.026	2.225	2.426	2.390	2.607
80-89 años	789	1.258	1.461	1.784	1.997	2.175	2.629	2.962	3.251	3.447
+90 años	186	292	347	482	475	583	633	757	949	976
<b>Trastornos de ansiedad y disociativos</b>										
0-49 años	11.831	14.975	17.850	21.412	23.711	25.914	27.973	30.310	31.342	33.891
50-59 años	5.375	6.931	8.261	10.030	11.446	13.186	14.896	16.864	18.315	20.934
60-69 años	5.975	7.498	9.032	10.727	12.368	14.195	16.148	18.158	20.138	22.306
70-79 años	7.561	9.940	11.792	14.296	16.036	17.560	19.142	20.921	22.011	23.692
80-89 años	4.041	5.978	7.826	10.092	11.951	13.991	16.207	19.360	22.281	23.914
+90 años	560	921	1.413	1.821	2.170	2.598	3.232	4.166	5.265	5.719
<b>Trastornos de la personalidad</b>										
0-49 años	7.232	8.250	9.132	10.035	11.556	11.854	12.323	13.080	13.178	13.454
50-59 años	996	1.413	1.658	2.166	2.488	2.825	3.370	3.829	4.058	4.617
60-69 años	642	914	1.252	1.538	1.811	2.111	2.444	2.878	3.237	3.492
70-79 años	608	952	1.357	1.772	1.916	2.141	2.429	2.765	3.042	3.201
80-89 años	314	635	933	1.319	1.434	1.801	2.203	2.711	3.279	3.437
+90 años	60	123	217	312	348	411	502	642	883	922
<b>Trastornos sexuales y de identidad sexual</b>										
0-49 años	236	218	222	268	327	421	428	411	412	371
50-59 años	120	107	139	138	134	127	120	126	104	133
60-69 años	92	87	105	136	122	124	115	124	92	112
70-79 años	15	34	42	55	42	59	54	47	56	60
80-89 años	4	11	11	27	28	36	27	31	52	51
+90 años	2	3	2	11	7	3	8	12	13	19
<b>Dependencia del alcohol</b>										
0-49 años	15.736	18.180	20.008	22.048	22.942	23.398	23.788	24.147	23.233	22.911
50-59 años	9.549	11.306	12.243	13.530	14.467	15.747	16.802	17.766	18.401	19.145
60-69 años	7.490	9.283	10.341	11.427	12.284	13.746	14.714	16.040	16.776	17.824
70-79 años	5.484	7.210	8.458	10.069	10.425	11.350	11.912	13.081	13.511	14.016
80-89 años	1.677	2.870	3.822	5.081	5.555	6.410	7.816	9.249	10.736	11.209
+90 años	228	462	734	964	1.103	1.238	1.618	2.036	2.485	2.714
<b>Dependencia o abuso de drogas</b>										
0-49 años	97.210	108.253	113.244	119.720	120.621	125.175	123.063	124.014	118.404	118.910
50-59 años	38.867	44.727	47.269	52.232	57.572	62.859	66.201	69.580	70.901	74.761
60-69 años	34.430	40.083	42.028	46.180	51.379	56.060	59.105	61.615	63.717	66.236
70-79 años	30.061	37.019	40.035	45.486	48.280	49.922	51.872	53.519	53.877	53.826
80-89 años	10.669	16.050	20.597	26.249	28.448	31.555	35.983	40.702	44.541	45.411
+90 años	1.358	2.705	3.987	5.318	5.679	6.140	7.498	8.867	10.694	11.133

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Síndromes especiales (alimentación, sueño...)</b>										
0-49 años	4.494	5.106	5.869	6.466	7.051	7.847	8.069	8.308	8.621	9.243
50-59 años	472	673	884	1.179	1.420	1.654	1.836	2.137	2.402	2.674
60-69 años	459	728	868	1.111	1.292	1.514	1.763	2.157	2.335	2.605
70-79 años	684	982	1.292	1.607	1.755	1.940	2.234	2.466	2.674	2.908
80-89 años	542	880	1.069	1.395	1.728	2.086	2.482	2.777	3.251	3.500
+90 años	126	196	254	363	455	519	636	789	953	1.051
<b>Reacción aguda estrés/adaptación</b>										
0-49 años	2.765	3.251	3.886	4.474	5.351	6.001	6.459	6.999	7.200	7.926
50-59 años	702	924	1.062	1.472	1.764	2.061	2.511	2.791	3.208	3.734
60-69 años	650	834	1.004	1.246	1.474	1.847	2.171	2.569	2.851	3.239
70-79 años	862	1.110	1.258	1.659	1.863	2.106	2.546	2.805	3.071	3.331
80-89 años	539	743	941	1.268	1.560	1.885	2.352	2.825	3.292	3.666
+90 años	106	164	211	300	356	382	520	642	787	958
<b>Trastorno depresivo</b>										
0-49 años	11.219	15.173	18.084	21.855	22.853	24.112	25.473	27.301	26.965	27.975
50-59 años	7.649	9.560	10.856	13.235	14.769	16.177	17.333	19.423	20.036	21.714
60-69 años	9.765	12.090	13.366	15.767	17.790	19.416	20.754	22.846	23.789	25.319
70-79 años	13.765	17.201	19.410	22.740	24.854	26.497	26.577	28.509	28.947	29.789
80-89 años	8.100	11.069	13.368	16.799	19.643	22.117	24.102	27.982	30.383	31.559
+90 años	1.097	1.666	2.256	2.983	3.614	4.056	4.827	5.777	6.939	7.498
<b>Otras perturbaciones del comportamiento</b>										
0-49 años	1.456	1.755	1.989	2.291	2.582	2.739	2.835	3.040	2.986	3.405
50-59 años	164	240	366	410	529	546	696	799	903	996
60-69 años	156	224	293	345	428	500	556	678	765	855
70-79 años	173	277	378	501	575	616	714	842	869	992
80-89 años	104	248	259	395	486	641	733	847	1.027	1.173
+90 años	29	49	64	78	104	130	181	205	269	308
<b>Perturbaciones de la infancia o adolescencia</b>										
0-49 años	82	124	137	173	198	257	233	271	262	264
<b>Otros problemas mentales</b>										
0-49 años	5.381	6.830	7.590	8.527	9.268	10.191	10.641	11.243	11.183	12.113
50-59 años	1.089	1.568	1.853	2.321	2.527	2.801	3.132	3.595	3.742	4.188
60-69 años	1.056	1.397	1.732	2.181	2.523	2.755	3.048	3.505	3.765	4.037
70-79 años	1.693	2.354	2.728	3.392	3.494	3.601	3.801	4.054	4.163	4.195
80-89 años	1.812	2.538	2.867	3.708	3.847	4.233	4.399	4.804	5.226	5.342
+90 años	541	755	849	1.031	1.134	1.227	1.246	1.373	1.548	1.570

**Tabla 10. Número de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal por año en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013**

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Demencias	1.470	2.003	2.310	2.656	2.869	2.998	3.280	3.575	3.706	3.764
Trastornos inducidos por alcohol o drogas	335.927	374.485	388.781	418.866	447.865	472.076	475.506	490.728	496.497	503.372
Trastornos por otras enfermedades	332.825	371.923	386.662	417.008	445.865	470.288	473.729	489.049	494.854	501.874
Esquizofrenia	9.720	12.186	13.885	15.188	16.586	17.106	18.311	19.794	20.532	20.517
Trastornos episódicos del humor	7.415	9.455	11.263	12.691	14.137	15.107	16.534	17.961	18.895	19.774
Trastornos delirantes	1.184	1.535	2.002	2.147	2.623	2.795	3.142	3.524	3.688	3.840
Otras psicosis no orgánicas	3.150	4.047	4.913	5.758	6.634	7.251	8.091	9.119	9.521	10.036
Trastornos de ansiedad y disociativos	3.935	4.893	5.798	6.807	7.524	8.250	9.001	10.083	10.508	11.208
Trastornos de la personalidad	3.236	3.963	4.806	5.710	6.199	6.610	7.359	8.158	8.252	8.656
Trastornos sexuales y de identidad sexual	333	310	336	343	369	468	405	386	371	373
Dependencia del alcohol	3.548	4.411	5.225	5.968	6.364	6.456	7.157	7.773	8.073	8.120
Dependencia o abuso de drogas	3.336	4.089	4.738	5.483	5.945	6.041	6.509	6.696	6.845	7.283
Síndromes especiales (alimentación, sueño...)	2.237	2.544	3.003	3.446	3.754	3.994	4.288	4.631	4.869	5.152
Reacción aguda estrés/adaptación	1.847	2.373	2.965	3.602	4.263	4.735	5.462	6.107	6.635	7.371
Trastorno depresivo	1.021	1.330	1.635	1.906	2.142	2.367	2.630	2.931	3.124	3.192
Otras perturbaciones del comportamiento	777	998	1.233	1.466	1.607	1.790	1.858	2.166	2.238	2.488
Perturbaciones de la infancia o adolescencia	48	70	73	92	114	145	140	162	185	166
Otros problemas mentales	1.274	1.607	1.837	2.206	2.361	2.606	2.754	2.949	2.850	3.193

**Tabla 11. Distribución de frecuencias de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal en los ingresos en hospitales generales durante el año 2013**

Patrón diagnóstico	2013
Trastornos inducidos por alcohol o drogas	503.372
Trastornos por otras enfermedades	501.874
Esquizofrenia	20.517
Trastornos episódicos del humor	19.774
Trastornos de ansiedad y disociativos	11.208
Otras psicosis no orgánicas	10.036
Trastornos de la personalidad	8.656

Patrón diagnóstico	2013
Dependencia del alcohol	8.120
Reacción aguda estrés/adaptación	7.371
Dependencia o abuso de drogas	7.283
Síndromes especiales (alimentación, sueño...)	5.152
Trastornos delirantes	3.840
Demencias	3.764
Otros problemas mentales	3.193
Trastorno depresivo	3.192
Otras perturbaciones del comportamiento	2.488
Trastornos sexuales y de identidad sexual	373
Perturbaciones de la infancia o adolescencia	166

**Tabla 12. Número de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal por año y por sexos en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013**

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Demencias</b>										
Varones	718	995	1.125	1.301	1.411	1.534	1.699	1.803	1.948	1.871
Mujeres	752	1.008	1.185	1.355	1.458	1.464	1.581	1.772	1.758	1.893
<b>Trastornos inducidos por alcohol o drogas</b>										
Varones	199.653	219.999	225.708	240.054	257.303	267.778	269.448	274.420	273.192	273.726
Mujeres	136.186	154.475	163.057	178.800	190.536	204.278	206.048	216.279	223.284	229.616
<b>Trastornos por otras enfermedades</b>										
Varones	197.164	217.920	224.015	238.582	255.742	266.381	268.058	273.145	271.914	272.589
Mujeres	135.575	153.992	162.631	178.414	190.097	203.887	205.661	215.875	222.919	229.255
<b>Esquizofrenia</b>										
Varones	6.451	7.973	8.847	9.552	10.423	10.579	11.157	11.876	12.203	11.998
Mujeres	3.265	4.211	5.037	5.635	6.161	6.524	7.152	7.915	8.329	8.519
<b>Trastornos episódicos del humor</b>										
Varones	3.315	4.478	5.384	6.018	6.792	7.147	7.889	8.587	9.039	9.392
Mujeres	4.099	4.977	5.879	6.673	7.344	7.960	8.643	9.373	9.855	10.381
<b>Trastornos delirantes</b>										
Varones	577	778	1.024	1.070	1.326	1.390	1.541	1.688	1.761	1.859
Mujeres	607	757	978	1.077	1.297	1.405	1.601	1.836	1.927	1.980
<b>Otras psicosis no orgánicas</b>										
Varones	1.716	2.257	2.735	3.134	3.659	4.011	4.387	4.962	5.077	5.409
Mujeres	1.433	1.789	2.177	2.624	2.975	3.240	3.704	4.156	4.442	4.626
<b>Trastornos de ansiedad y disociativos</b>										
Varones	1.499	1.993	2.473	2.919	3.178	3.461	3.958	4.325	4.571	4.849
Mujeres	2.434	2.900	3.325	3.888	4.344	4.789	5.043	5.758	5.937	6.359



Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Trastornos de la personalidad</b>										
Varones	1.612	1.957	2.432	2.830	3.075	3.279	3.614	3.990	4.002	4.119
Mujeres	1.622	2.006	2.374	2.880	3.124	3.329	3.745	4.168	4.250	4.536
<b>Trastornos sexuales y de identidad sexual</b>										
Varones	321	273	306	303	335	395	317	306	261	249
Mujeres	11	37	30	40	33	71	88	80	107	121
<b>Dependencia del alcohol</b>										
Varones	2.680	3.268	3.733	4.175	4.431	4.439	4.778	5.044	5.138	5.046
Mujeres	867	1.143	1.492	1.793	1.933	2.017	2.379	2.729	2.935	3.074
<b>Dependencia o abuso de drogas</b>										
Varones	2.501	3.020	3.358	3.818	4.032	4.124	4.285	4.270	4.321	4.476
Mujeres	833	1.068	1.380	1.665	1.913	1.917	2.223	2.426	2.524	2.806
<b>Síndromes especiales (alimentación, sueño...)</b>										
Varones	552	798	997	1.292	1.420	1.514	1.707	1.841	1.976	1.990
Mujeres	1.684	1.745	2.006	2.154	2.334	2.480	2.581	2.790	2.893	3.161
<b>Reacción aguda estrés/adaptación</b>										
Varones	927	1.194	1.480	1.813	2.194	2.475	2.833	3.187	3.332	3.610
Mujeres	920	1.179	1.485	1.788	2.069	2.260	2.629	2.919	3.303	3.761
<b>Trastorno depresivo</b>										
Varones	443	598	763	892	1.006	1.154	1.279	1.429	1.492	1.507
Mujeres	578	732	872	1.014	1.136	1.213	1.351	1.502	1.632	1.685
<b>Otras perturbaciones del comportamiento</b>										
Varones	491	607	727	878	956	1.080	1.107	1.244	1.306	1.440
Mujeres	286	391	506	588	651	709	751	922	932	1.048
<b>Perturbaciones de la infancia o adolescencia</b>										
Varones	28	43	31	43	59	81	81	92	107	89
Mujeres	20	27	42	49	55	64	59	70	78	77
<b>Otros problemas mentales</b>										
Varones	767	954	1.053	1.242	1.386	1.480	1.631	1.690	1.613	1.821
Mujeres	507	653	784	963	975	1.125	1.123	1.259	1.237	1.372

**Tabla 13. Número de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal por año y por grupos de edad en los ingresos en hospitales generales durante el periodo 2004-2013**

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Demencias</b>										
0-49 años	91	197	277	371	356	412	467	558	538	581
50-59 años	68	95	154	191	224	250	282	325	365	420
60-69 años	166	202	224	283	303	322	377	379	450	456
70-79 años	476	645	670	692	789	727	802	861	769	742
80-89 años	553	711	818	904	972	1.037	1.073	1.184	1.247	1.223
+90 años	116	153	166	215	225	250	278	268	337	342

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Trastornos inducidos por alcohol o drogas</b>										
0-49 años	126.695	135.790	139.080	144.775	145.499	150.008	146.628	146.433	140.385	140.810
50-59 años	49.432	55.174	57.179	61.936	67.046	71.820	74.420	77.499	78.563	82.552
60-69 años	48.785	54.399	55.953	59.996	66.282	71.277	72.911	75.958	78.309	80.984
70-79 años	58.999	66.921	69.163	75.333	81.005	82.943	81.871	83.098	82.782	81.798
80-89 años	42.082	50.333	54.108	61.863	70.660	77.082	79.641	85.454	91.361	91.405
+90 años	9.914	11.844	13.272	14.929	17.344	18.911	19.998	22.286	25.097	25.823
<b>Trastornos por otras enfermedades</b>										
0-49 años	124.702	134.177	137.734	143.648	144.297	148.951	145.603	145.480	139.417	139.942
50-59 años	48.969	54.771	56.840	61.621	66.725	71.511	74.102	77.204	78.296	82.316
60-69 años	48.505	54.154	55.757	59.810	66.066	71.098	72.722	75.777	78.144	80.807
70-79 años	58.766	66.719	69.019	75.193	80.861	82.810	81.735	82.972	82.656	81.700
80-89 años	41.975	50.254	54.033	61.787	70.563	76.990	79.550	85.347	91.260	91.299
+90 años	9.888	11.825	13.253	14.915	17.325	18.893	19.980	22.269	25.081	25.810
<b>Esquizofrenia</b>										
0-49 años	7.505	8.685	9.141	9.556	10.074	10.070	10.037	10.439	10.152	9.647
50-59 años	1.086	1.446	1.766	2.033	2.263	2.450	2.872	3.174	3.348	3.514
60-69 años	525	788	1.102	1.279	1.487	1.564	1.842	2.054	2.328	2.449
70-79 años	373	712	1.004	1.154	1.420	1.429	1.665	1.811	2.065	2.061
80-89 años	184	461	685	936	1.086	1.264	1.503	1.858	2.015	2.206
+90 años	47	94	186	230	255	329	392	458	624	640
<b>Trastornos episódicos del humor</b>										
0-49 años	4.181	5.034	5.602	6.068	6.598	6.811	7.122	7.467	7.432	7.483
50-59 años	1.248	1.518	1.904	2.152	2.417	2.631	2.997	3.230	3.436	3.693
60-69 años	983	1.284	1.541	1.689	1.918	2.148	2.343	2.575	2.745	3.041
70-79 años	722	1.102	1.398	1.618	1.915	1.962	2.158	2.347	2.507	2.621
80-89 años	243	446	681	944	1.067	1.302	1.579	1.922	2.248	2.334
+90 años	38	71	137	220	222	253	335	420	527	602
<b>Trastornos delirantes</b>										
0-49 años	599	714	918	978	1.088	1.126	1.204	1.330	1.282	1.319
50-59 años	218	295	353	358	474	480	576	640	686	727
60-69 años	155	192	276	265	366	418	471	571	558	603
70-79 años	149	202	296	293	407	418	452	492	539	517
80-89 años	57	117	133	213	238	287	363	396	501	555
+90 años	6	15	26	40	50	66	76	95	122	119
<b>Otras psicosis no orgánicas</b>										
0-49 años	2.213	2.674	2.985	3.363	3.788	4.129	4.379	4.816	4.859	4.869
50-59 años	269	394	518	608	716	780	957	1.088	1.184	1.348
60-69 años	237	293	413	452	563	605	742	885	987	1.079
70-79 años	238	363	528	647	768	803	888	1.056	995	1.104
80-89 años	165	277	388	557	652	749	913	1.022	1.152	1.298
+90 años	28	46	81	131	147	185	211	252	344	338

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Trastornos de ansiedad y disociativos</b>										
0-49 años	2.288	2.618	2.961	3.402	3.607	3.930	3.958	4.318	4.091	4.416
50-59 años	568	759	856	994	1.159	1.288	1.453	1.696	1.761	1.916
60-69 años	440	537	691	789	891	1.028	1.128	1.283	1.485	1.577
70-79 años	398	594	721	892	1.007	1.052	1.214	1.359	1.356	1.489
80-89 años	218	336	469	612	710	781	1.021	1.123	1.474	1.436
+90 años	23	49	100	117	149	171	227	304	341	374
<b>Trastornos de la personalidad</b>										
0-49 años	2.584	2.930	3.371	3.754	4.077	4.115	4.371	4.672	4.367	4.501
50-59 años	264	387	467	641	669	799	988	1.105	1.100	1.228
60-69 años	169	220	324	408	484	543	640	750	859	913
70-79 años	124	229	335	468	484	577	607	705	783	806
80-89 años	78	159	248	347	382	466	600	753	896	942
+90 años	17	38	61	92	103	110	153	173	247	266
<b>Trastornos sexuales y de identidad sexual</b>										
0-49 años	159	157	141	155	185	258	241	237	237	210
50-59 años	97	79	111	83	94	89	72	70	49	69
60-69 años	69	56	69	76	72	92	64	62	50	57
70-79 años	7	14	11	14	8	22	19	12	16	20
80-89 años	0	3	4	10	6	7	7	4	17	11
+90 años	1	1	0	4	4	0	2	1	2	6
<b>Dependencia del alcohol</b>										
0-49 años	2.305	2.656	2.866	3.187	3.345	3.198	3.389	3.414	3.260	3.075
50-59 años	755	940	1.073	1.178	1.307	1.372	1.501	1.704	1.812	1.806
60-69 años	268	383	503	598	659	723	858	1.027	1.060	1.181
70-79 años	144	244	434	553	552	569	680	723	827	868
80-89 años	60	157	281	369	402	492	583	735	879	915
+90 años	16	31	68	83	99	102	146	170	235	275
<b>Dependencia o abuso de drogas</b>										
0-49 años	2.896	3.307	3.520	3.846	4.086	3.930	3.960	3.733	3.524	3.705
50-59 años	189	265	377	482	572	665	765	850	946	1.027
60-69 años	111	188	268	341	391	434	495	630	660	739
70-79 años	88	179	289	422	446	453	594	645	727	760
80-89 años	43	120	223	316	358	450	550	685	754	812
+90 años	9	30	61	76	92	109	145	153	234	240
<b>Síndromes especiales (alimentación, sueño...)</b>										
0-49 años	1.830	1.896	2.083	2.212	2.393	2.518	2.497	2.573	2.597	2.781
50-59 años	107	141	206	293	367	361	426	507	539	545
60-69 años	88	158	213	281	298	330	383	464	475	531
70-79 años	125	181	252	327	343	356	437	475	507	527
80-89 años	69	143	213	264	277	344	442	484	603	601
+90 años	18	25	35	67	76	85	103	128	148	167

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Reacción aguda estrés/adaptación</b>										
0-49 años	1.271	1.453	1.762	1.943	2.372	2.620	2.804	2.957	3.030	3.324
50-59 años	207	284	346	523	614	696	798	935	1.044	1.228
60-69 años	126	220	275	371	421	444	560	674	770	862
70-79 años	161	247	306	389	430	461	623	705	768	840
80-89 años	68	130	217	302	345	414	545	673	814	888
+90 años	13	38	59	74	80	99	131	163	209	229
<b>Trastorno depresivo</b>										
0-49 años	483	625	732	829	888	995	1.021	1.052	1.097	1.141
50-59 años	144	181	234	297	350	335	409	525	527	523
60-69 años	139	171	205	246	280	328	384	417	442	473
70-79 años	163	207	253	291	359	389	400	464	471	446
80-89 años	77	133	182	201	225	270	336	371	491	496
+90 años	15	13	29	42	40	50	80	102	96	113
<b>Otras perturbaciones del comportamiento</b>										
0-49 años	619	711	851	950	1.046	1.146	1.107	1.246	1.183	1.303
50-59 años	41	67	100	134	161	154	205	225	279	263
60-69 años	51	59	91	115	111	143	153	189	215	241
70-79 años	39	74	103	135	146	168	180	234	208	293
80-89 años	22	69	71	110	119	140	176	210	278	315
+90 años	5	18	17	21	24	39	37	62	75	73
<b>Perturbaciones de la infancia o adolescencia</b>										
0-49 años	44	58	64	73	95	120	111	118	133	127
50-59 años	0	5	3	3	4	4	4	8	11	12
60-69 años	3	4	1	4	5	8	7	13	7	5
70-79 años	0	1	4	7	4	8	10	12	15	10
80-89 años	1	2	0	2	5	3	8	10	12	11
+90 años	0	0	1	3	1	2	0	1	7	1
<b>Otros problemas mentales</b>										
0-49 años	872	1.063	1.139	1.268	1.423	1.518	1.587	1.535	1.367	1.556
50-59 años	86	138	147	202	211	263	260	339	321	410
60-69 años	105	119	149	190	205	205	248	290	314	365
70-79 años	110	144	216	278	258	281	290	338	349	373
80-89 años	80	122	146	230	222	271	294	352	383	398
+90 años	21	21	40	38	42	68	75	95	116	91

## DISCUSIÓN

En el periodo comprendido entre 2004 y 2013, el número de pacientes ingresados en hospitales generales con diagnósticos psiquiátricos aumentó considerablemente, aunque el aumento fue considerablemente menor en los últimos cuatro años. Los diagnósticos más frecuentes tuvieron que ver con los trastornos inducidos por alcohol y por otras drogas, con la dependencia al alcohol y a otras drogas y con los trastornos mentales ocasionados por enfermedades somáticas. En los últimos años hubo más

pacientes ingresados con algunos trastornos específicos, como las reacciones agudas al estrés o a la adaptación, la perturbación de comportamiento no clasificada bajo otros conceptos, trastornos de ansiedad y disociativos, síntomas o síndromes especiales y trastornos de la personalidad. En el mismo periodo también se observó un aumento en el número de pacientes que ingresaron en un hospital general como consecuencia de trastornos mentales. Los ingresos por reacciones agudas al estrés o a la adaptación y la perturbación de comportamiento no clasificada bajo otros conceptos aumentaron más en los últimos años. Las principales causas de ingreso hospitalario por problemas mentales fueron, con diferencia, los trastornos inducidos por alcohol o por otras drogas y los trastornos mentales ocasionados por enfermedades somáticas.

Este estudio presenta varias limitaciones importantes. En primer lugar, su fuente de datos son datos administrativos que no están suficientemente validados. La información codificada en el CMBD se hace a partir de los informes de alta de los pacientes, con lo que el número de diagnósticos codificados y su validez dependen de la calidad del informe de alta. La pericia y experiencia de los codificadores también influye en su validez. Apenas ha habido estudios de validez y de fiabilidad del CMBD en patologías concretas, pero estos estudios señalan la presencia de importantes problemas de validez (Librero y cols., 1998; Reyes Domínguez y cols., 2001; Barba y cols, 2006; Redondo-González, 2015; Caverro-Carbonell y cols., 2017). No ha habido estudios específicos de la validez del CMBD en salud mental.

Otro problema es que, a lo largo del tiempo, el CMBD se ha ido incorporando progresivamente en los distintos hospitales. Por una parte, cada vez ha incluido más hospitales generales, tanto públicos como privados. Por otra parte, cada vez ha incluido más altas cada año, de modo que en los últimos años la cobertura ha tendido a ser mucho más completa que en años anteriores. Por último, el número de diagnósticos por alta parece haber aumentado con el tiempo. En consecuencia, el aumento de los diagnósticos mentales en el CMBD a lo largo de los años puede ser, en parte, fruto de una codificación más completa. Sin embargo, este fenómeno de incorporación creciente de diagnóstico parece haberse detenido en los últimos años. Mientras que el número total de altas registradas por cualquier causa en 2013 fue un 38% superior al de 2004, el número de altas se estabilizó a partir de 2010, de modo que en 2013 fue prácticamente el mismo número que en 2010. Sin embargo, en algunos diagnósticos mentales, el crecimiento en el número de pacientes afectados sobrepasa con creces el aumento en el número global de altas, lo que hace probable que el aumento de los diagnósticos sea en parte un fenómeno real. Sobre todo, los aumentos que se han observado en el último periodo, entre 2010 y 2013.

Otra limitación del estudio es que únicamente tiene en cuenta los casos ingresados, sin tener en cuenta las poblaciones de donde provienen, en un periodo en el que hubo cambios demográficos importantes con la llegada de población inmigrante antes de la crisis económica, la salida de parte de esa población inmigrante durante la crisis, el envejecimiento progresivo de la población y la emigración de población joven a otros países. No se han calculado tasas poblacionales.

Para interpretar los resultados, conviene poner los hallazgos en el contexto de la asistencia sanitaria global en salud mental en España. Por un lado, una parte de esa asistencia sanitaria se provee en los hospitales psiquiátricos, tanto en sus unidades de agudos, como en las de mediana y larga estancia. No disponemos de estadísticas sobre los diagnósticos de esas altas, pues estos hospitales no están incluidos en el registro del CMBD. Pero, entre 2010 y 2013, el número de altas en estos hospitales se

mantuvo prácticamente estable, en 100.000 al año. Hubo un ligero aumento en las altas de los ingresos de unidades de agudos —que representan, aproximadamente, un 90% del total de ingresos en los hospitales psiquiátricos—, un 4% en los hospitales públicos y un 1,5% en los crónicos, mientras que hubo un leve descenso en las altas en las unidades de mediana y larga estancia. Por otro lado, el grueso de la asistencia psiquiátrica se efectúa en los centros de salud mental y en las consultas externas hospitalarias. En conjunto, en 2013 hubo poco más de 700.000 primeras consultas y prácticamente 5 millones de consultas totales, cifras muy superiores a las de pacientes con diagnósticos mentales en los hospitales generales. El volumen de primeras consultas y de consultas totales representa un aumento porcentual con respecto al año 2010 del 18% y del 25%, respectivamente, lo que también apunta a un aumento en la frecuentación sanitaria en la población por motivos de salud mental. Por último, buena parte de la asistencia también se efectúa en los centros de atención primaria, aunque el estudio de su volumen no se ha incluido en este estudio.

El hecho de que de 2010 a 2013 hubiera habido un aumento en el número de pacientes ingresados por determinadas patologías mentales como diagnóstico principal es difícil de explicar completamente por cambios en la codificación del CMBD y apunta a que es un fenómeno real.

El aumento del número de pacientes con diagnósticos mentales en los hospitales generales puede deberse a un aumento de la incidencia y prevalencia de esos trastornos, pero otros factores también entran en juego. Puede haber cambios en los criterios diagnósticos de pacientes ingresados en servicios no psiquiátricos de los hospitales generales, de modo que cada vez se diagnostiquen más casos que antes pasaban desapercibidos. También puede ocurrir que se hayan modificado los criterios de indicación de ingreso hospitalario, de modo que ahora se ingresen en hospitales generales algunos pacientes que antes no se ingresaban, debido a la disponibilidad de nuevos tratamientos o a otros factores.

Este estudio es una primera aproximación al estudio de las altas hospitalarias en salud mental y deberá continuarse con un seguimiento posterior en años futuros. Mientras tanto, será importante llevar a cabo estudios de validación y fiabilidad de los diagnósticos de salud mental que se codifican en el CMBD, ahora con la nueva codificación (10.<sup>a</sup> revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades). Deberá completarse con información sobre los diagnósticos de los pacientes atendidos en los centros de salud mental, en las consultas externas hospitalarias, en los hospitales de día psiquiátricos, en los pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos y en los centros de atención primaria. El conocimiento de los diagnósticos de trastornos mentales y de su evolución es crucial para conocer la realidad de la salud mental y de la asistencia sanitaria que la atiende.

## CONCLUSIONES

El número de pacientes con diagnósticos relativos a la salud mental fue en aumento entre 2004 y 2013, aunque parte de ese aumento pudo ser debido a una codificación insuficiente de los diagnósticos al alta en los primeros años. Los trastornos inducidos por alcohol o por otras drogas, la dependencia al alcohol y a otras drogas y los trastornos mentales ocasionados por otras enfermedades somáticas son los principales diagnósticos en aquellos pacientes que ingresan como consecuencia de un trastorno mental. En los últimos años hubo un aumento mayor de algunos

trastornos, como las reacciones agudas al estrés o a la adaptación, la perturbación de comportamiento no clasificada bajo otros conceptos, trastornos de ansiedad y disociativos, síntomas o síndromes especiales, y trastornos de la personalidad. Esta información deberá completarse con la de los diagnósticos de trastornos mentales atendidos en el medio ambulatorio y en los hospitales psiquiátricos monográficos. La evaluación periódica de los diagnósticos de trastornos mentales aporta una información muy valiosa para la planificación sanitaria y la gestión de los recursos.

## REFERENCIAS

1. Barba R, Losa JE, Guijarro C, Zapatero A. (2006). Fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica. *Medicina Clínica*, 127, 255-257.
2. Cavero-Carbonell C, Gimeno-Martos S, Zurriaga O, Rabanaque-Hernández MJ, Martos-Jiménez C. (2017). La validez del Conjunto Mínimo Básico de Datos como fuente de identificación de las anomalías congénitas en la Comunitat Valenciana. *Gaceta Sanitaria*, 31, 220-226.
3. Libro J, Ordinanza R, Peiró S. (1998). Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. *Gaceta Sanitaria*, 12, 9-21.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada / Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI). Información anual. Disponible en: URL: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/anteriores.htm> (accedido: 9/10/2017).
5. Redondo-González O. (2015). Validity and reliability of the minimum basic data set in estimating nosocomial acute gastroenteritis caused by rotavirus. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 107, 152-161.
6. Reyes Domínguez A, González Borrego A, Rojas García MF, Montero Chaves G, Marín León I, Lacalle Remigio JR. (2001). Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Revista Clínica Española*, 201, 685-689.

## ASOCIACIÓN E IMPACTO DE LA SALUD MENTAL EN LA DISCAPACIDAD GRAVE EN PERSONAS DE EDAD MEDIA Y AVANZADA EN ARAGÓN

Jesús de Pedro Cuesta, Javier Almazán Isla, Carmen Rodríguez Blázquez

### INTRODUCCIÓN

Aunque las enfermedades mentales tienen a veces un impacto en mortalidad importante (véase capítulo sobre Mortalidad por suicidio) la merma en autonomía por afectación de funciones mentales es paradigmática. Estos aspectos adquieren relevancia superior en perspectiva de la Organización Mundial de la Salud expresa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (World Health Organization, 2001).

El objetivo de este capítulo es abordar aunque de forma preliminar el estudio de la discapacidad por pérdida de salud mental, inicialmente definida por la presencia de trastornos mentales. Aunque el estudio de la discapacidad en series de casos definidas por un diagnóstico, por ejemplo depresión mayor, es bien conocida y ha generado instrumentos específicos (CIF-Core sets), la perspectiva poblacional ha sido poco frecuente quedando reducida a la utilización de instrumentos generales como el *WHO Disability Assessment Scale* (WHODAS 2.0).

El modelo CIF permite estimar la dimensión de la discapacidad en diversos terrenos. Uno de ellos, el de los diagnósticos, tiene su referencia clave en los listados en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) donde se incluyen los «Trastornos mentales y del comportamiento» (Tabla 14). Esa lista de entidades clínicas es la que se considera en el capítulo de esta monografía sobre el marco de prevención y abarca múltiples y diversas categorías diagnósticas del campo de la salud mental. Sin embargo, esa elección supondría la infraestimación de la discapacidad relacionada con afectación de las funciones mentales de patologías encefálicas que algunos autores sugieren incluir en el territorio de la salud mental, por ejemplo la enfermedad de Parkinson o la esclerosis múltiple (Prince y cols., 2007). Esta señalización apunta a una segunda posibilidad de análisis a partir de las alteraciones de funciones mentales, bien clasificadas en la CIF como funciones corporales (*body functions*) que abarcan los códigos b110-b139 para las globales y b140-b189 para las específicas (World Health Organization, 2001). Aunque todavía no están bien establecidas la parametrización y validez de la medida de los cinco niveles CIF del déficit en Funciones Corporales, este abordaje de la salud mental podría ser ventajoso frente a una clasificación clínica de diagnósticos reforzada por la valoración clínica de gravedad de la enfermedad. Este es justamente el sistema propuesto por la Asociación Médica Americana (American Medical Association, 2008) incorporado al nuevo baremo de medida de la discapacidad en España (Instituto de Salud Carlos III, 2016) que en parte soslaya la valoración del funcionamiento individual a partir de información no siempre fácil de verificar en gabinete (por ejemplo acerca de desempeño en autocuidado o vida cívica y social). Las medidas de discapacidad basadas en una



traslación del déficit al impacto en actividades de la vida diaria suponen ignorar la presencia de factores ambientales (barreras o facilitadores). Entre estos últimos son de particular relevancia para la enfermedades mentales los factores sociales (familiares, sanitario/asistenciales, laborales, etc).

**Tabla 14. Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)**

F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
F30-F39	Trastornos del humor [afectivos]
F40-F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
F50-F59	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F70-F79	Retraso mental
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico
F90-F98	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
F99	Trastorno mental no especificado
Las categorías con asterisco para este capítulo (clasificadas en otra parte) son:	
F00*	Demencia en la enfermedad de Alzheimer
F02*	Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte

En este estudio se propuso cuantificar el sobre riesgo y fracción etiológica para discapacidad grave/completa de los grandes grupos de diagnósticos en salud mental en una población aragonesa de mayores de 49 años, utilizando metodología CIF para estudios epidemiológicos.

## METODOLOGÍA

En la población aragonesa de beneficiarios de servicios sanitarios con tarjetas sanitarias (98% población cubierta) se identificó una muestra representativa de población mayor o igual de 50 años, con probabilidad 1/9 en la comarca de Cinco Villas (CV) y 1/25 en la ciudad de Zaragoza. Tras contacto telefónico y actualización del censo, se llevaron a cabo visitas a domicilio o en residencia institucional en la comarca de CV en 2008-2009 y en dos distritos de la ciudad de Zaragoza en 2011-2012 en dos fases: en la primera se recogieron datos sociodemográficos y de cribado cognitivo y de discapacidad utilizando el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y la *WHO Disability Assessment Scale* (WHODAS 2.0), con punto de corte una o más respuestas positivas, y en segundo lugar una evaluación de datos médicos y salud (diagnósticos de centros de Atención Primaria), discapacidad y uso de servicios. La población a estudio fue constituida por 1.723 personas, 1.216 en Cinco Villas (CV) y 507 en Zaragoza capital. De todas ellas 950 fueron positivas a cribado y de estas 168, un 17%,

tenían en su historia clínica en atención primaria un diagnóstico de enfermedad mental, incluyendo síndromes de ansiedad, depresión y demencia o enfermedad mental grave recogidos según la lista de diagnósticos especificada previamente (Almazan-Isla y cols., 2014) o síntomas depresivos equivalentes a depresión mayor según DSM-IV utilizando un algoritmo a partir de la escala EURO-D (Braam y cols., 2010).

La discapacidad según WHODAS 2.0 de 36 ítems generada por entrevista a cuidadores se categorizó en nula, leve o moderada versus grave o completa. Prevalencias por edad y sexos de estas categoría para CV se encuentran publicadas (Almazán-Isla y cols., 2014). En abordajes infrecuentes se computaron niveles de discapacidad para Actividad/Participación según la lista de comprobación de la CIF. Los diagnósticos de enfermedad mental de las 168 personas se agruparon en grandes categorías (demencias, psicosis y otras enfermedades mentales graves, depresión/síntomas depresivos, síndromes de ansiedad). Las comparaciones se llevaron a cabo utilizando modelos de regresión logística. Como variables de ajuste se utilizaron, edad, sexo, residencia y puntuación del MEC excepto, para este último parámetro, al modelizar el riesgo para demencias. Se obtuvieron estimadores puntuales de proporción atribuible poblacional, PAp para discapacidad grave/completa (en adelante discapacidad grave) según  $PAp = [OR-1]/[OR-1 + (1/Pe)]$  siendo Pe la proporción de expuestos en nuestra población (cribada +).

## RESULTADOS

Las características de las poblaciones positivas a cribado con y sin enfermedad mental o con y sin discapacidad grave se presentan en la [Tabla 15](#). En ella se observa entre la población con EM predominios de mujeres, edad superior, porcentaje institucionalizado, y mayor proporción con discapacidad.

**Tabla 15. Características de la población a estudio según presencia o no de enfermedad mental (valores y porcentajes entre paréntesis)**

Variable	Con EM (168)	Sin EM (782)
<b>Sexo:</b> Hombre	43 (25,6%)	294 (37,6%)
Mujer	125 (74,4%)	488 (62,4%)
<b>Edad (media)</b>	74,4	72,5
<b>Institucionalizado</b>	25 (14,9%)	42 (5,4%)
<b>Nivel educación primaria o inferior</b>	77 (45,8%)	338 (43,2%)
<b>Trabajando</b>	10 (6,0%)	86 (11,0%)
<b>Con discapacidad grave (WHODAS 2.0)</b>	56 (33,3%)	83 (10,6%)

EM: enfermedad mental.

En la [Tabla 16](#) se muestra el efecto en discapacidad grave/completa de diversas variables de la muestra, incluida la presencia de enfermedad mental y la proporción de discapacidad grave/extrema que se explicaría por cada una de las mismas. La *odds ratio* (OR) obtenida para EM referente a discapacidad grave cuando se mide por WHODAS 2.0, 3,68 (IC95%: 2,37-5,71) es mucho menor que la que arrojan medidas de

CIF según lista de comprobación 13,96 (IC95%: 4,87-40,05) siendo las respectivas PAp 0,32 y 0,70.

**Tabla 16. Efecto en discapacidad de diversas variables de la muestra incluida la presencia de enfermedad mental (OR con IC95%) y proporción atribuible poblacional (PAp) para enfermedad mental**

Variable	WHODAS 2.0 Nivel grave	Actividad/Participación (según lista de comprobación de la CIF en desempeño)
<b>Enfermedad Mental</b>	3,68 (2,37-5,71) <i>PAp: 0,32</i>	13,96 (4,87-40,05) <i>PAp: 0,70</i>
<b>Sexo</b>	1,64 (1,04-2,58)	1,24 (0,43-3,56)
<b>Edad</b>	1,08 (1,05-1,1)	1,14 (1,07-1,21)
<b>N.º enf. físicas'2</b>	1,22 (1,06-1,4)	1,05 (0,75-1,46)
	—	—
<b>Residencia en Cinco Villas</b>	0,72 (0,46-1,13)	—
<b>Institucionalizado</b>	1,95 (1,02-3,72)	1,31 (0,4-4,28)

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; PAp: proporción atribuible poblacional; WHODAS 2.0: WHO Disability Assessment Schedule (36 ítems).

La **Tabla 17** muestra el efecto de la enfermedad mental en distintos dominios de la CIF y sus respectivas PAp. La afectación de áreas vitales es generalizada siendo los mayores efectos en D3, comunicación, D7 Relaciones interpersonales y D9. Vida social y comunitaria con ORs 9,25; 6,18; 4,43 respectivamente y proporciones atribuible poblacionales de 0,9, 0,48 y 0,40 respectivamente. Tras ajustes, la residencia en CV implica excesos de riesgo considerables en D1 aprendizaje (18,98), D6 vida doméstica (9,95) y D9 vida social (37,5).

**Tabla 17. Efecto (OR con IC95%) en diversos dominios de discapacidad según lista de comprobación de diversas variables (enfermedad mental) con proporción atribuible poblacional**

Discapacidad grave por dominios Lista de Comprobación	Enfermedad mental (n=168)	Sexo	Edad incremento anual	≥2 enfermedades crónicas	Residencia en Cinco Villas	Institucionalizado
<b>D1</b>	4,45 (1,98-0,03) <i>PAp: 0,38</i>	0,63 (0,28-1,38)	1,11 (1,06-1,17)	1,07 (0,82-1,4)	18,98 (2,47-145,57)	2,54 (1-6,48)
<b>D2</b>	4,30 (2,67-6,93) <i>PAp: 0,37</i>	1,33 (0,81-2,18)	1,08 (1,05-1,1)	1,16 (0,99-1,36)	3,3 (1,69-6,43)	1,88 (0,98-3,62)
<b>D3</b>	9,25 (4,96-7,23) <i>PAp: 0,59</i>	0,91 (0,47-1,77)	1,1 (1,06-1,14)	0,89 (0,72-1,11)	0,64 (0,31-1,32)	3,5 (1,6-7,65)
<b>D4</b>	3,32 (1,91-5,75) <i>PAp: 0,29</i>	0,94 (0,54-1,64)	1,11 (1,07-1,14)	1,07 (0,9-1,28)	0,92 (0,5-1,7)	2,31 (1,13-4,73)
<b>D5</b>	3,58 (0,67-19,08) <i>PAp: 0,31</i>	2,29 (0,26-20,29)	1,1 (1-1,21)	0,95 (0,51-1,74)	1,94 (0,21-17,77)	—
<b>D6</b>	3,74 (2,22-6,29) <i>PAp: 0,33</i>	0,58 (0,35-0,96)	1,04 (1,01-1,06)	1,06 (0,89-1,26)	9,96 (3,07-2,33)	1,79 (0,89-3,61)
<b>D7</b>	6,18 (3,87-9,87) <i>PAp: 0,48</i>	0,79 (0,49-1,26)	1,07 (1,05-1,1)	0,99 (0,85-1,16)	0,51 (0,31-0,83)	3,89 (2,04-7,4)
<b>D8</b>	4,6 (2,71-7,79) <i>PAp: 0,39</i>	1,21 (0,7-2,09)	1,07 (1,04-1,1)	1,13 (0,95-1,36)	37,52 (5,1-275,9)	1,22 (0,57-2,59)
<b>D9</b>	4,73 (2,66-8,41) <i>PAp: 0,40</i>	0,96 (0,53-1,75)	1,08 (1,05-1,12)	1,25 (1,03-1,51)	3,42 (1,46-8,01)	1,35 (0,6-3,04)

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; PAp: proporción atribuible poblacional.

Dominios WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 36 ítems): D1: aprendizaje y aplicación del conocimiento; D2: tareas y demandas generales; D3: comunicación; D4: movilidad; D5: autocuidado; D6: vida doméstica; D7: interacciones y relaciones interpersonales; D8: áreas principales de la vida; D9: vida comunitaria, social y cívica.

La **Tabla 18** presenta el efecto de diversas categorías de enfermedades mentales (demencia, depresión, otra enfermedad mental grave y síndrome de ansiedad) en discapacidad grave con OR y fracciones etiológicas en demencias 7,41 (IC95%: 3,45-15,9; PAp: 0,30) y síntomas depresivos 4,84 (IC95%: 1,74-13,49; PAp: 0,09) según WHODAS 2.0 y mucho más elevados para demencias 37,7 (IC95%: 10,96-129,73; PAp: 0,71) según la lista de comprobación de la CIF.

**Tabla 18. Efecto (OR e IC 95%) en discapacidad grave/completa con proporción atribuible poblacional de diversas categorías de trastornos mentales**

Exposición/grupo diagnóstico	Discapacidad grave WHODAS 2.0	Discapacidad grave Lista de comprobación CIF Actividad/Participación
<b>Depresión</b> N=25	4,84 (1,74-13,49) <i>PAp: 0,09</i>	—
<b>Otra enf. mental grave</b> N=15	0,56 (0,04-7,18) <i>PAp: -0,01</i>	—
<b>Demencia</b> N=63	7,41 (3,45-15,9) <i>PAp: 0,30</i>	37,7 (10,96-129,73) <i>PAp: 0,71</i>
<b>Síndrome de ansiedad</b> N=76	0,68 (0,27-1,72) <i>PAp: -0,03</i>	0,59 (0,05-7,42) <i>PAp: -0,03</i>

Ajustado por edad, sexo, número de otras patologías, zona de residencia y vida en comunidad.  
OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; PAp: proporción atribuible poblacional.

La **Tabla 19** muestra el efecto de estas categorías en cada uno de los nueve dominios de discapacidad abordados en la lista de comprobación. Destacan el efecto generalizado de la demencia en todos los dominios con OR > 10 en aprendizaje, tareas generales y comunicación (PAp: 0,40-0,47) así como en interacciones interpersonales, áreas principales de la vida y vida social y comunitaria (PAp: 0,37-0,48) y el de síntomas depresivos en vida doméstica, áreas principales de la vida y vida comunitaria social y cívica. Demencia es el factor de mayor efecto en autocuidado, OR 4,02 (IC95%: 0,48-33,72; PAp: 0,17) y otras enfermedades mentales graves tiene un efecto considerable en comunicación OR 20,2 (IC95%: 2,02-202,34).

**Tabla 19. Efecto (OR e IC95%) y proporción atribuible poblacional de diversas categorías de trastornos mentales en diversos dominios de discapacidad según lista de comprobación**

Discapacidad grave para dominios	Síntomas Depresivos (n=25)	Otra enfermedad mental grave (n=15)	Demencia (n=64)	Síndrome ansiedad (n= 76)
<b>D1</b>	5,66 (0,5-64,45) <i>PAP: 0,11</i>	1,02 (0,06-18,08) <i>PAP: 0,00</i>	10,89(2,89-41,01) <i>PAP: 0,40</i>	1,82 (0,43-7,73) <i>PAP: 0,06</i>
<b>D2</b>	3,08 (0,94-10,03) <i>PAP: 0,05</i>	5,41 (0,63-46,37) <i>PAP: 0,07</i>	14,07 (6,14-32,23) <i>PAP: 0,47</i>	0,63 (0,22-1,8) <i>PAP: -0,03</i>
<b>D3</b>	—	20,2 (2,02-202,34) <i>PAP: 0,23</i>	12,63 (4,94-32,24) <i>PAP: 0,44</i>	0,64 (0,08-5,33) <i>PAP: -0,03</i>
<b>D4</b>	1,27 (0,16-10,24) <i>PAP: 0,01</i>	—	7,55 (3,32-17,2) <i>PAP: 0,31</i>	1,29 (0,45-3,69) <i>PAP: 0,02</i>
<b>D5</b>	—	—	4,02 (0,48-33,72) <i>PAP: 0,17</i>	2,48 (0,22-27,83) <i>PAP: 0,11</i>
<b>D6</b>	4,58 (1,67-12,59) <i>PAP: 0,09</i>	1,93 (0,29-13,03) <i>PAP: 0,01</i>	5,01 (2,27-11,01) <i>PAP: 0,21</i>	1,69 (0,73-3,9) <i>PAP: 0,05</i>
<b>D7</b>	2,95 (0,81-10,73) <i>PAP: 0,05</i>	1,07 (0,13-8,85) <i>PAP: 0,00</i>	14,57 (6,7-31,67) <i>PAP: 0,48</i>	1,1 (0,4-3,03) <i>PAP: 0,01</i>
<b>D8</b>	9,67 (3,57-26,22) <i>PAP: 0,19</i>	0,87 (0,07-11,4) <i>PAP: 0,00</i>	9,65 (4,19-22,25) <i>PAP: 0,37</i>	0,74 (0,26-2,12) <i>PAP: -0,02</i>
<b>D9</b>	4,72 (1,21-18,36) <i>PAP: 0,09</i>	—	14,72 (5,94-36,45) <i>PAP: 0,48</i>	0,45 (0,09-2,22) <i>PAP: -0,05</i>

180 diagnósticos en 168 personas. Controlado por edad, sexo, número de enfermedades crónicas, residencia CV vs urbana, vida en comunidad.

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; PAP: proporción atribuible poblacional.

Dominios WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 36 ítems): D1: aprendizaje y aplicación del conocimiento; D2: tareas y demandas generales; D3: comunicación; D4: movilidad; D5: autocuidado; D6: vida doméstica; D7: interacciones y relaciones interpersonales; D8: áreas principales de la vida; D9: vida comunitaria, social y cívica.

## COMENTARIOS

Este estudio aborda desde una perspectiva CIF la presencia de la enfermedad mental con diagnósticos de atención primaria en la población de edad media y avanzada, con discapacidad mínima o superior. La prevalencia de EM en esta población es alta 17,7%, destacando la presencia de síntomas depresivos y ansiedad. En perspectiva de discapacidad los grupos más afectados de esta última en niveles graves o extremos son los que padecen demencias y síntomas depresivos. De acuerdo con las medidas de impacto los porcentajes de discapacidad grave/completa atribuibles a esos diagnósticos serían muy elevados aunque la prevalencia de síntomas depresivos en CV fue hallada menor de lo esperado (Damián y cols., 2013). En dominios particulares, como los del autocuidado que demandan ayuda personal considerable, la demencia parece como la de más relevancia. En general, el patrón por dominios de discapacidad para EM coincide con el de la demencia, aunque el predominio en zonas rurales solo se confirma para algunos dominios (Virués-Ortega y cols., 2011).

Entre las limitaciones de este estudio están en primer lugar las relacionadas con la selección de la población a estudio por cribado. Es posible que el hecho de poderse

hallar bien establecidos ciertos diagnósticos de enfermedad mental entre la población cribada negativa, por ejemplo síndromes de ansiedad, haya inducido sobrestimación del efecto o impacto de los mismos en discapacidad. Sería improbable al estar los OR para ansiedad en su mayoría próximos a 1. Por el contrario, el uso como referencia del grupo sin enfermedad mental (que incluye personas con y sin enfermedad física) en cada una de las categorías, podría suponer infraestimaciones de los esperados con grupos de comparación libres de enfermedad. En resumen, creemos que los OR por EM globalmente o por grupos suponen más bien infraestimaciones. En lo referente a PAp destaca el impacto de la demencia que explica cifras próximas a la mitad de toda la discapacidad grave y mayores al ser medidas con lista de comprobación, probablemente más sensible que el WHODAS 2.0.

En la misma población de estudio un análisis orientado hacia la predicción de discapacidad medida según WHODAS 2.0 con regresión ordinal por niveles de déficit funcional moderado o grave para funciones corporales arrojó OR máximos para funciones mentales, OR 212,8 (IC95%: 72 -628,9); neuromusculares, OR 44,8 (24,2 a 82,8); y sensoriales (oído y visión fundamentalmente) y dolor, OR 6,3 (3,5 a 11,2). Las proporciones de la población afectadas por ese tipo de deficiencias moderada a completa eran: para mentales 7,3%, para neuromusculares 10,3% y para las sensoriales y dolor 19,3% (Rodríguez-Blázquez y cols., 2016). Aunque desde el punto de vista de la calidad de las mediciones de deficiencia funcional es posible que el análisis sea inferior al basado en diagnósticos, es posible que la perspectiva CIF a partir de funciones corporales pueda ser ventajosa en la apreciación de las dimensiones del problema. Quedan para abordajes más adecuados la integración del papel de los factores ambientales, (barreras versus facilitadores) sobre todo sociales (empleo protegido, dependencia económica no satisfecha, etc..) en esta visión.

Los estudios poblacionales de discapacidad y enfermedad mental en España son escasos. Los grupos de Vázquez Barquero y Ayuso-Mateos fueron pioneros en el estudio de discapacidad en series clínicas y otros desarrollos CIF (Ayuso-Mateos y cols., 2006). Sin embargo los estudios poblacionales de discapacidad por EM son escasos. Barbaglia y cols. (2013), en un estudio transversal de la población general adulta de España (n = 2121) en el que se evaluó la presencia de trastorno mental no psicótico con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta y los trastornos físicos fueron auto reportados, se analizó la dimensión de actividades de la vida diaria (discapacidad funcional) obteniendo el número de días del mes precedente en que los/as participantes presentaron una limitación total o parcial para realizar actividades de la vida diaria. Los trastornos mentales y físicos mostraron igual número de días con discapacidad funcional total (20 días/año). En cambio, los trastornos mentales se asociaron al doble de días con discapacidad funcional parcial que los trastornos físicos (42 frente a 21 días, respectivamente). Los autores concluyen que es necesario incorporar la discapacidad en la agenda de salud pública española con el fin de reducir la limitación funcional entre los individuos con trastornos frecuentes. Es muy probable que la muestra de este estudio donde se excluyen psicosis orgánicas (donde entran las demencias) y no orgánicas corresponda a la parte de nuestra muestra con trastornos de ansiedad y síntomas depresivos. Nuestros datos, que muestran una mayor amplitud del impacto de la enfermedad mental en discapacidad reforzarían su conclusión acerca de la necesidad de incorporar esta dimensión a la agenda de salud pública. La pregunta que se suscita inmediatamente es cuál es el marco de acción más adecuado para la reducción de esta discapacidad.

En un estudio internacional del mismo grupo (Barbaglia y cols., 2017) se analizaron muestras representativas de población general adulta (18-64 años, n = 13.666) de 10 países europeos participantes en la Iniciativa Mundial de Encuestas para la Salud Mental (*World Mental Health Surveys Initiative*), agrupados en tres regiones. Los trastornos mentales y físicos fueron importantes contribuyentes a la discapacidad total (PAp: 62,6%) y en menor medida a la discapacidad parcial (46,6%). Los trastornos mentales son los que contribuyen más a la discapacidad total y parcial en los países del Centro-Oeste y del Sur. Nuestros resultados complementan la visión de estos estudios proporcionando datos sobre impacto de enfermedades mentales en discapacidad que cubren la población adulta total y sugieren que el predominio del efecto de salud mental sobre la somática o física sucede a todas las edades de la vida adulta.

De acuerdo con planteamientos y observaciones previas podría haber dos aspectos de la vigilancia de la discapacidad en enfermedades mentales susceptibles de mejora de la atención. En una publicación previa hemos sugerido el diseño y estudio piloto de un servicio de vigilancia de discapacidad grave no atendida en mayores. Este sistema debería poder proporcionar una visión de la discapacidad relacionada con demencia y depresión (diagnosticadas o no). La vigilancia de la discapacidad en enfermedad mental en edad laboral (presumiblemente correspondiente a depresión y a psicosis sin demencia y en menor grado a discapacidad intelectual) sin cubrir en este estudio podrían coincidir con la del seguimiento de los pacientes graves y la prevención secundaria de la discapacidad en áreas principales de la vida como la laboral. Es muy posible que la separación de iniciativas en función del diferente grado de responsabilidad en seguimiento clínico por especialidades diferentes en nuestro país sea un elemento a discutir en el que los resultados de este estudio puedan jugar un papel determinante en el diseño de prioridades e intervenciones dependiendo de las circunstancias locales.

En conclusión, las enfermedades mentales en población adulta de edad media y avanzada tienen un impacto en discapacidad muy importante, aproximadamente la mitad de la discapacidad grave/completa. Destaca en ese panorama el impacto de la demencia y depresión.

## REFERENCIAS

1. Almazán-Isla J, Comín-Comín M, Damián J, Alcalde-Cabero E, Ruiz C, Franco E, Martín G, Larrosa-Montañés LA, and de Pedro-Cuesta J, on behalf of the DISCAP-ARAGON Research Group (2014). Analysis of disability using WHODAS 2.0 among the middle-aged and elderly in Cinco Villas, Spain. *Disability and Health Journal*, 7, 78-87. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.08.004.
2. American Medical Association (2008). *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, Clarifications and Corrections*. Chicago: AMA.
3. Ayuso-Mateos JL, Nieto-Moreno M, Sánchez-Moreno J, Vázquez-Barquero JL. (2006) Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 126, 461-466.
4. Barbaglia G, Duran N, Vilagut G, Forero CG, Haro JM, Alonso J. (2013). Effects of common mental disorders and physical conditions on role functioning in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 27, 480-486. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.03.006.
5. Barbaglia G, Adroher ND, Vilagut G, Bruffaerts R, Bunting B, Caldas de Almeida JM, Florescu S, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Hinkov H, Kovess-Masfety V, Matschinger H, Alonso J. (2017). Health conditions and role limitation in three European Regions: a public-health perspective. *Gaceta Sanitaria*, 31, 2-10. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.07.008.



6. Braam AW, Beekman AT, Dewey ME, Delespaul PA, Fichter M, Lobo A, Magnússon H, Pérès K, Reischies FM, Roelands M, Saz P, Schoevers RA, Skoog I, Copeland JR. (2010). Depression and parkinsonism in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 679-687. doi: 10.1002/gps.2407.
7. Damian J, de Pedro-Cuesta J, Almazán J, Comín-Comín M, Quintanilla MA, Lobo A. (2013). Depressive symptoms and associated factors in an older Spanish population positively screened for disability. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 745-755. doi:10.1002/gps.3886
8. Instituto de Salud Carlos III (2016). Informe sobre el «Estudio para la validación de la propuesta técnica de adecuación de los baremos de valoración de la situación de discapacidad, establecidos en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF-OMS/2001)». Informe sin publicar según convenio con IMSERSO.
9. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
10. Virués-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Seijo-Martínez M, Saz P, Sánchez-Sánchez F, Rojo-Pérez F, Rodríguez F, Mateos R, Martínez-Martín P, Mahillo I, Gascon-Bayarri J, Garre-Olmo J, García FJ, Fernández-Mayoralas G, Bermejo-Pareja F, Bergareche A, Almazan-Isla J, del Barrio JL. (2011). Prevalence of disability in a composite  $\geq 75$  year-old population in Spain: a screening survey based on the International Classification of Functioning. *BMC Public Health*, 11, 176. doi: 10.1186/1471-2458-11-176.
11. World Health Organization (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (accedido: 3/10/2017).

## **CARGA DE ENFERMEDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO**

*M.º Consuelo Morant Ginestar*

### **INTRODUCCIÓN**

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD o DALY en su término inglés) es un indicador sintético de salud que incluye, teniendo en cuenta el factor tiempo, datos de mortalidad, incidencia o prevalencia y discapacidad que las enfermedades o lesiones producen, siguiendo la premisa de que la enfermedad no solo tiene importancia por su consecuencia última, la muerte, sino también por el grado de dolor, merma de autonomía, sufrimiento, etc. que provoca y que estas consecuencias no mortales de la enfermedad deben de tenerse en cuenta para evaluar la salud de la población con el fin de realizar las actuaciones necesarias para mejorarla (Pereira y cols., 2001).

### **CARGA DE ENFERMEDAD: 20 AÑOS DE HISTORIA**

A principios de los 90, Murray y López en su estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (CGE) (Murray y López, 1996) utilizaron el AVAD para estimar y comparar la magnitud de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en las diferentes regiones del mundo. En el Informe de la salud en el Mundo de 1999 (Organización Mundial de la Salud, 1999), la OMS incluye los resultados del estudio de Murray y López, publicando, junto con los datos de mortalidad por regiones, los AVAD por regiones y tablas comparativas de ambos indicadores.

La aparición de este primer estudio de CGE, dio un vuelco a las estadísticas sanitarias al poner de relieve, mediante la cuantificación de la discapacidad, la importancia que tienen para la salud de las poblaciones, enfermedades que hasta entonces habían permanecido en la sombra, como son las Enfermedades Mentales, que generan poca mortalidad pero alta discapacidad. Así, aparece la Depresión Unipolar como la 5.ª causa de Carga de Enfermedad (CdE) en el mundo con el 4,2% del total de años de vida perdidos ajustados por discapacidad; mientras que, a su vez, el conjunto de las enfermedades Neuropsiquiátricas (en el primer estudio se presentaban en conjunto las enfermedades Neurológicas y los Trastornos Mentales) producen el 23,5% de AVAD en los países desarrollados, por delante del conjunto de las Enfermedades Cardiovasculares y del conjunto de las Neoplasias (siendo estos dos grupos de enfermedades las principales causas de mortalidad en los países desarrollados).

La elaboración del primer estudio puso de relieve también la escasez de datos epidemiológicos de calidad en la mayoría de los países, que fuesen fiables y comparables entre poblaciones, lo cual llevó a la OMS a promover amplios estudios poblacionales, estandarizando los métodos y adaptando los instrumentos de medida

para obtener datos de mejor calidad. En concreto, para las enfermedades mentales, se adaptó un instrumento para realizar encuestas en la población general: la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) (Rubio-Stipec y cols., 1991) una entrevista estructurada que generase, de forma rápida, un gran número de diagnósticos comparables, basados en criterios comunes, en diferentes escenarios y culturas, y que pudiese ser administrada por entrevistadores legos con el fin de disminuir los costes de los estudios poblacionales. Las pruebas de campo de la CIDI realizadas en diferentes partes del mundo han contribuido a su evaluación transcultural, realizándose los estudios de fiabilidad y validez de la entrevista (Wittchen, 1994).

El International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE) establecido en 1998, era el encargado de impulsar la recogida de encuestas epidemiológicas basadas en la CIDI y reunía los datos obtenidos con el propósito de permitir análisis comparativos (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000).

Las estimaciones obtenidas a partir de estas encuestas poblacionales fueron las utilizadas para el cálculo del indicador en el segundo gran estudio de CGE realizado para el año 2000. También se mejoró la estimación de la Discapacidad con desagregación de las enfermedades en niveles de severidad y ampliándose además el número de enfermedades y estados de salud analizados (Murray y cols., 2002).

En 2001, la OMS dedicó su Informe sobre la Salud en el Mundo a la Salud Mental. (Organización Mundial de la Salud, 2001).

En el GBD 2010, auspiciado por el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) y realizado por un gran equipo internacional de investigadores, se introduce un importante cambio metodológico utilizando la perspectiva de prevalencia, se introduce la comorbilidad en los cálculos que modifica las estimaciones de prevalencia y las discapacidades, se ha continuado aumentando el número de enfermedades y factores de riesgo estudiados y se han mejorado las estimaciones de discapacidad (Murray y cols., 2012) utilizando nuevos métodos y realizando encuestas que abarcan a un gran número de población, de forma que progresivamente se ha ido mejorando la fiabilidad y validez del indicador.(Murray y cols., 2012).

## BREVE APUNTE METODOLÓGICO

Los AVAD son la suma de los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVP) + Años de vida perdidos por discapacidad (AVD) (Pereira y cols., 2001).

Por tanto, las variables necesarias para calcular los AVP son:

- Mortalidad de la población desagregada por causa de defunción, grupos de edad y sexo.
- Esperanza de vida a cada edad y para cada sexo utilizando las tablas de vida estándar de baja mortalidad.

Para calcular los años de vida perdidos por discapacidad (AVD) se requieren las siguientes variables:

- Incidencia o Prevalencia por grupos de edad y sexo de las diferentes enfermedades y lesiones, así como de sus grados de severidad.
- Duración media de cada una de las enfermedades para los diferentes grupos de edad y sexo.

- Edad de inicio media de cada enfermedad para cada grupo de edad y sexo cuando se usa la perspectiva de incidencia (usada en los primeros estudios).
- Severidad de la discapacidad, valorada en una escala entre 0 = perfecta salud y 1 = muerte. Estos son los llamados Pesos de discapacidad o Disability Weights en su término inglés (DW).

Para la definición de caso se utiliza la Clasificación de Carga de enfermedad, basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), debiendo especificarse los códigos CIE que conforman cada una de las causas de enfermedad que se incluyen, para permitir la comparación entre los estudios en el tiempo entre diferentes países que han realizado estudios propios.

La discapacidad para el cálculo de este indicador se conceptualiza como las pérdidas en salud que se producen tanto por sufrimiento físico como psíquico y emocional, limitaciones funcionales tanto físicas como cognitivas, en definitiva, trata de valorar todas las consecuencias que la enfermedad produce en el individuo. El peso por discapacidad o DW tiene un valor que va desde el 0 (salud perfecta) al 1 (muerte); como ejemplo diremos que en el último estudio el valor de DW para 1 episodio moderado de Depresión Mayor es de 0,406 (IC 95% 0,276-0,551) y el de 1 episodio grave es de 0,655 (IC 95% 0,469- 0,816), de forma que el tiempo que una persona vive con depresión (expresado en años) multiplicado por el DW correspondiente, sería la pérdida de vida por discapacidad en cada caso.

## FUENTES DE DATOS

Para el cálculo de este indicador complejo se necesitan una gran cantidad de datos que deben obtenerse de las estadísticas poblacionales, registros de mortalidad y morbilidad, encuestas de salud, estudios epidemiológicos de base poblacional, datos sobre el curso de las enfermedades y los grados de severidad en su afectación de la salud y por último la valoración de la discapacidad que cada enfermedad o lesión produce, todo ello distribuido por grupos de edad y sexo; en su defecto, deben realizarse complejas estimaciones epidemiológicas a partir de los datos disponibles.

Son escasos los estudios poblacionales realizados en España para determinar la prevalencia de las enfermedades mentales. Cabe señalar entre los estudios europeos con participación española, el estudio ODIN (Ayuso y cols., 2001) que sirvió de base para obtener la estimación de carga de enfermedad 2000-2002 y en el ámbito de las enfermedades mentales en mayores de 65 años, el estudio Zaragoza realizado por Lobo y cols. y que formó parte del proyecto EURO-Dep (Copeland y cols., 1999) y el Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD). (Alonso y cols., 2002).

El proyecto ESEMeD España (Haro y cols., 2006) es el primer estudio realizado en este país con una muestra poblacional representativa de la población general mayor de 18 años. La evaluación se realizó con la CIDI, por lo que los datos obtenidos, además de ser comparables con otros países de nuestro entorno que también participan en el estudio, permite extraer prevalencias poblacionales a nivel nacional en mayores de 18 años además de ofrecer datos de comorbilidad y demanda de tratamiento, entre otros.

## DATOS DE CARGA DE ENFERMEDAD EN ESPAÑA

Para ofrecer los datos disponibles para España, me centraré en la última actualización disponible (año 2015) del estudio de CGE 2010. Los datos y toda la información elaborada a partir de ellos están accesibles en la página web del *Institute for Health Metrics and Evaluation* (<http://www.healthdata.org/gbd>).

Los datos desagregados por causa, edad y sexo se muestran en la [Tabla 20](#), de elaboración propia a partir de los datos disponibles en el IHME, agosto 2017 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>).

La CdE global para España en 2015 se estima en 11.021.593 AVAD, ligeramente superior en hombres (5.759.610 AVAD) que en mujeres (5.261.983 AVAD). La CdE de las enfermedades mentales y del comportamiento (que incluyen los trastornos por uso de sustancias) se estima en 1.155.322 AVAD (10,5% del global), 558.160 AVAD en hombres (9,7% del global) y 597.162 AVAD en mujeres (11,3% del global). En comparación con causas de enfermedad que producen importante mortalidad, la CdE de las neoplasias supone el 18,3% del global (21,7% en hombres y 14,6% en mujeres) y las enfermedades cardiovasculares suponen el 14,4% del global (15,5% en los hombres y 13,1% en las mujeres).

De las enfermedades mentales, la que provoca un mayor número de AVAD es la depresión unipolar (depresión mayor y distimia) que se sitúa en el ranking global de las enfermedades específicas en 5.º lugar, por delante del cáncer de pulmón, las enfermedades cerebrovasculares o la diabetes (Institute of Health Metrics and Evaluations, 2017, <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>).

La depresión unipolar supone el 2,9% de los AVAD en los hombres y el 4,9% en las mujeres.

Si analizamos por grupos de edad, es en los jóvenes en los que la CdE de las enfermedades mentales y los trastornos por uso de sustancias cobra mayor importancia, siendo el 19% de la carga global en el grupo de 5-14 años y el 23% de la carga en la población de 15-49 años muy por delante de las neoplasias (4,2% y 9,7% respectivamente) y las enfermedades cardiovasculares (0,65% y 4,8% respectivamente).

La esquizofrenia constituye el 2,2% del total de AVAD en hombres de 15-49 años y el 1,65% en las mujeres; el trastorno bipolar tiene una carga menor, el 1,45% en hombres y el 2,2 % en mujeres. En este grupo de edad, también el autismo produce un gran número de AVAD, 24.713 en hombres (1,5%) y 8.403 en mujeres (0,53%).

Es destacable la importancia de las pérdidas de salud que el abuso de drogas y alcohol produce en hombres entre 15-49 años, con 96.249 AVAD (5,9% del total).

En los menores de 5 años, las enfermedades mentales producen 3.156 AVAD (2.223 en niños y 933 en niñas) que suponen respectivamente el 2,2 % y el 1,1% de la carga global en ese grupo de edad, siendo los trastornos del espectro autista los que provocan las mayores pérdidas de vida sana con 2.260 AVAD, 1.771 en los niños y 489 en las niñas.

En cuanto a diferencias por sexos, como se desprende de los datos, la depresión unipolar y los trastornos de ansiedad causan mayor pérdida de vida sana en mujeres mientras los trastornos por abuso de sustancias (alcohol y drogas) así como los trastornos del espectro autista y trastornos de conducta son mayores en los hombres. La carga de la esquizofrenia es similar en hombres y en mujeres, cercana al 1% del total.

Presentamos en la tabla los datos de CdE atribuida al suicidio, que aunque no está incluida en el grupo de los trastornos mentales y del comportamiento, está directamente relacionado con éstos. Se estima que el suicidio causa el 1,4% de la CdE global, 2% en hombres y 0,75% en mujeres. Sin embargo, en el grupo de 15-49 años es el 4,8% en hombres y el 1,5% en mujeres. En el estudio de 2010 se ha calculado la carga atribuible a cada una de las enfermedades o trastorno mental que se ha demostrado directamente relacionado, aumentando así la relevancia de las enfermedades mentales al añadirse una proporción de la CdE por suicidio.

**Tabla 20. Número de AVAD por grupo de edad y sexo para trastornos mentales y por uso de sustancias, neoplasias y enfermedades cardiovasculares y porcentaje de cada grupo de causas y causa específica respecto al total**

	AVAD	%	AVAD	%	AVAD	%	AVAD	%	AVAD	%	AVAD	%
HOMBRES	Todas las edades		Menos de 5 años		5-14 años		15-49 años		50-69 años		70+ años	
Todas las causas	5759610	100	100996	100	147439	100	1636239	100	1908906	100	1966030	100
Neoplasias	1247965	21,67	2649	2,62	6641	4,50	158623	9,69	611458	32,0	468595	23,83
E. Cardiovasculares	893389	15,51	992	0,98	1028	0,70	112729	6,89	310756	16,3	467884	23,80
T. Mentales y por uso de sustancias	558160	9,69	2223	2,20	27809	18,86	368788	22,54	118960	6,2	40379	2,05
Esquizofrenia	55871	0,97	0	0,00	20	0,01	36074	2,20	16883	0,9	2894	0,15
Abuso de alcohol	31344	0,54	6	0,01	145	0,10	19254	1,18	9574	0,5	2366	0,12
Abuso de drogas	87641	1,52	2	0,00	99	0,07	76995	4,71	8270	0,4	2274	0,12
Depresión unipolar	166465	2,89	4	0,00	3854	2,61	103278	6,31	42251	2,2	17078	0,87
Trastorno bipolar	32140	0,56	0	0,00	395	0,27	23657	1,45	6455	0,3	1633	0,08
Trastorno de ansiedad	54335	0,94	98	0,10	4849	3,29	33432	2,04	12075	0,6	3881	0,20
T. Comportamiento alimentario	4355	0,08	0	0,00	131	0,09	4224	0,26	0	0,0	0	0,00
Espectro autista	44291	0,77	1771	1,75	5199	3,53	24713	1,51	9128	0,5	3480	0,18
Deficit de atención/hiperactividad	3851	0,07	45	0,04	1205	0,82	2593	0,16	8	0,0	0	0,00
Trastorno de conducta	15202	0,26	0	0,00	9579	6,50	5623	0,34	0	0,0	0	0,00
T. idiopático del desarrollo	15169	0,26	298	0,29	2332	1,58	9481	0,58	2519	0,1	539	0,03
Otros TM	47495	0,82	0	0,00	0	0,00	29464	1,80	11798	0,6	6234	0,32
Suicidio	118731	2,06	0	0,00	489	0,33	78426	4,79	29569	1,5	10247	0,52
MUJERES	Todas las edades		Menos de 5 años		5-14 años		15-49 años		50-69 años		70+ años	
Todas las causas	5261983	100	86655	100	126314	100	1575724	100	1375528	100	2097761	100
Neoplasias	770843	14,65	2338	2,70	4780	3,78	154209	9,79	330512	24,03	279003	13,30
E. Cardiovasculares	691691	13,15	804	0,93	755	0,60	41447	2,63	121866	8,86	526819	25,11
T. Mentales y por uso de sustancias	597162	11,35	933	1,08	24677	19,54	361910	22,97	144019	10,47	65622	3,13
Esquizofrenia	47648	0,91	0	0,00	22	0,02	26057	1,65	17157	1,25	4411	0,21
Abuso de alcohol	7907	0,15	6	0,01	72	0,06	5347	0,34	1870	0,14	612	0,03
Abuso de drogas	25733	0,49	4	0,00	59	0,05	20095	1,28	3628	0,26	1947	0,09
Depresión unipolar	257971	4,90	4	0,00	5337	4,23	150815	9,57	66924	4,87	34892	1,66
Trastorno bipolar	51231	0,97	0	0,00	392	0,31	34930	2,22	12145	0,88	3764	0,18
Trastorno de ansiedad	121825	2,32	179	0,21	9432	7,47	70720	4,49	28788	2,09	12706	0,61
T. Comportamiento alimentario	19480	0,37	0	0,00	544	0,43	18935	1,20	0	0,00	0	0,00
Espectro autista	15771	0,30	489	0,56	1714	1,36	8403	0,53	3444	0,25	1721	0,08
Deficit de atención/hiperactividad	1426	0,03	15	0,02	413	0,33	993	0,06	6	0,00	0	0,00
Trastorno de conducta	7652	0,15	0	0,00	4981	3,94	2671	0,17	0	0,00	0	0,00
T. idiopático del desarrollo	12672	0,24	236	0,27	1712	1,36	7465	0,47	2506	0,18	754	0,04
Otros TM	27846	0,53	0	0,00	0	0,00	15480	0,98	7550	0,55	4815	0,23
Suicidio	39815	0,76	0	0,00	301	0,24	23929	1,52	11242	0,82	4343	0,21

## CONCLUSIONES

- Los trastornos mentales y del comportamiento producen 1.155.322 AVAD (10,5% del global) en la población española en 2015, 558.160 AVAD en hombres (9,7% del global) y 597.162 AVAD en mujeres (11,3% del global). La depresión unipolar es la principal causa (9,7% en hombres y 11,3% en mujeres).

- Los trastornos mentales y del comportamiento son importantes en la salud de los jóvenes: entre los 15-49 años suponen el 23% de las pérdidas totales en ambos sexos.
- En los niños entre 5-14 años, las pérdidas de salud por trastorno mental suponen el 19% del total, siendo los trastornos que generan mayor carga de enfermedad, la depresión y los trastornos por ansiedad así como los trastornos de conducta.
- En los menores de 5 años, los trastornos del espectro autista más los trastornos idiopáticos del desarrollo generan cerca del 2% de la carga total en niños y del 1% de la carga total en niñas. La carga de estos trastornos se prolonga a lo largo de la vida, causando un número considerable de AVAD en todos los grupos de edad.
- El suicidio, igualmente, es una causa importante de pérdidas de salud en las edades jóvenes; en hombres entre 15-49 años, los AVAD por suicidio suponen el 4,8% de las pérdidas totales de salud y en mujeres del mismo grupo de edad, el 1,5% del total.
- Los AVAD son unos indicadores esenciales en la valoración de los trastornos mentales, al incluir la discapacidad en el cálculo y equiparar las pérdidas de salud por muerte a las pérdidas por discapacidad.
- Los AVAD son indicadores poblacionales y cobran su mayor sentido al aplicarse a todas las enfermedades y lesiones, permitiendo así comparar los diferentes problemas de salud con un único indicador y ofreciendo una mayor información para priorizar actuaciones sanitarias.
- Su cálculo es complejo y requiere una gran cantidad de datos epidemiológicos poblacionales; esto dificulta la realización de estudios propios en cada país. No obstante, la importante mejora de la metodología a lo largo de los años permite asumir con garantías de validez y fiabilidad de los datos obtenidos por los estudios internacionales.
- Las estimaciones disponibles en el IHME, se basan en los datos proporcionados por cada país o región y por ello, unos sistemas de información de calidad son fundamentales para generar los datos primarios necesarios para el cálculo de la CdE.

## REFERENCIAS

1. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacín C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Arbabzadeh-Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55-67.
2. Ayuso JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G; ODIN Group (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
3. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, Lobo A, Magnusson H, Mann AH, Meller I, Prince MJ, Reischies F, Turrina C, deVries MW, Wilson KC. (1999). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *British Journal of Psychiatry*, 174, 312-321.
4. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J; Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.

5. Murray CJL, Lopez AD. (1996). *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2010*. Boston: Harvard University Press.
6. Murray CJL, Mathers CD, Salomon JA, Lopez AD, Eds. (2002). *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications* Geneva: World Health Organisation.
7. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2197–2223.
8. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, Naghavi M, Salomon JA, Shibuya K, Vos T, Wikler D, Lopez AD. (2012). GBD 2010: design, definitions and metrics. *Lancet*, 380, 2063-2066.
9. Organización Mundial de la Salud (1999). *Informe sobre la salud en el mundo 1999: cambiar la situación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/whr/previous/en/index.html>
10. Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/whr/previous/en/index.html>
11. Pereira J, Cañón J, Álvarez E, Gènova R. (2001). La medida de la magnitud de los problemas de salud en el ámbito internacional: los estudios de carga de enfermedad. *Revista Administración Sanitaria*, 5, 441-466.
12. Rubio-Stipec M, Bravo M, Canino G. (1991). La Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI): un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*, 37, 191-204.
13. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 413-426.
14. Wittchen HU. (1994). Reliability and validity studies of the WHO- composite international diagnostic interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.



## MORTALIDAD POR SUICIDIO

Alicia Padrón-Monedero, Rafael Fernández-Cuenca

### INTRODUCCIÓN

El suicidio proviene etimológicamente de las palabras *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). Durkheim en su obra «El suicidio» de 1897 lo define como: «Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado».

Durkheim fue el primero que insistió en que había que dar una explicación sociológica al suicidio, considerándolo un hecho social producto de fuerzas o factores externos al individuo. En este contexto establece una tipología del suicidio en permanente relación con estados de organización social determinando así que la única vía para explicar la cifra de suicidios en su contexto social, es a partir de la Sociología (Velasco Salles y Pujal i Llombart, 2005). Sin embargo no siempre el resultado es de muerte, pudiéndose hablar entonces de intento de suicidio.

Kreitman, en 1969 introduce el término de parasuicidio para referirse a «aquellas lesiones autoinflingidas, no mortales, independientes del grado de letalidad de las mismas y sin intención letal al cometerlas» (Kreitman y cols., 1969).

En la presente monografía nos vamos a centrar en el suicidio como muerte que resulta de un acto suicida.

Las causas del suicidio son complejas y multifactoriales, y no existen explicaciones sencillas. Dada la complejidad, se han presentado una variedad de modelos de estudio para explicar los orígenes de los comportamientos suicidas que tienden a centrarse en dominios explicativos particulares especiales, como psiquiátricos, psicológicos o sociales (Wasserman y Sklodowsky, 2016).

Entre los modelos que lo analizan destacan el modelo de estrés-diátesis y el modelo del suicidio como proceso (Nordentoft, 2007). Los factores de riesgo se clasifican en: individuales, en los que el componente genético juega un papel importante, socioculturales y situacionales (World Health Organization, 2012). Más en detalle, entre los principales factores que se han identificado como predisponentes se encuentran el abuso de alcohol y drogas (Nordentoft, 2007; World Health Organization, 2012), los antecedentes de abuso en la infancia (físico o sexual), el aislamiento social, los problemas psiquiátricos (Nordentoft, 2007), las enfermedades somáticas (sobre todo dolorosas o incapacitantes) (Nordentoft, 2007), la disposición de medios de suicidio accesibles (Organización Panamericana de la Salud, 2002; World Health Organization, 2012) la sensación de desesperanza, la existencia de un intento de suicidio previo, la historia familiar de suicidio, factores genéticos y biológicos principalmente los relacionados con niveles bajos de serotonina (World Health Organization, 2014) y encontrarse institucionalizado (Nordentoft, 2007). Por otro lado existen factores protectores que pueden reducir la susceptibilidad de una persona al suicidio (World Health Organization, 2012) como el aumento de la

resiliencia (World Health Organization, 2014), factores individuales como la autoconfianza, la capacidad de petición de ayuda, factores familiares, como las buenas relaciones y el apoyo, factores culturales y sociales, como las relaciones de amistad, apoyo social, integración en grupos (culturales, religiosos, etc.) o factores como estilos de vida saludables.

Los dos modelos pueden complementarse para poder comprender mejor la dinámica de la interacción entre las personas suicidas y su ambiente y poder estudiar la comunicación suicida entre el individuo suicida y su familia y otras personas clave, así como la interacción heredada y las condiciones adquiridas (Wasserman, 2016).

El suicidio es, por definición, un acto deliberado. Pero los componentes psicológicos inconscientes juegan un papel importante. Si no hay una carta de despedida, a veces resulta difícil conocer las razones de un suicidio, o si se trata de un paso deliberado o uno accidental sin intención de morir, de hecho detrás de muchos suicidios probablemente no haya intención de morir (Wasserman, 2016).

El suicidio constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial ya que según la OMS cada año se producen aproximadamente 800.000 muertes por suicidio (World Health Organization, 2014) y se ha estimado que para el año 2020 contribuirá a más del 2% de la carga de enfermedad a nivel mundial (World Health Organization, 2012). Por otro lado ha sido evidenciado que el suicidio es potencialmente prevenible (World Health Organization, 2014).

En 2013, la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer Plan de acción sobre salud mental (Plan de acción sobre salud mental 2013-2020), y la prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, en el que se propone reducir las tasas de suicidio en un 10% para el 2020 (World Health Organization, 2014) y el 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (World Health Organization, 2013).

## EL SUICIDIO EN EL MUNDO

Según la OMS cada año se producen aproximadamente 800.000 muertes por suicidio, una cada 40 segundos (Organización Panamericana de la Salud, 2002) y en 2015 constituyó la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años. Por todo ello es considerado un grave problema de salud pública que es prevenible mediante actuaciones eficaces de bajo coste (Organización Panamericana de la Salud, 2002). Adicionalmente constituye un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo, de hecho en 2015 el 78% de los suicidios se produjeron en países de renta media y baja. El principal método de suicidio a nivel mundial es el envenenamiento con pesticidas (30%) seguido del ahorcamiento y el empleo de armas de fuego (World Health Organization, 2017). Globalmente constituye el 50% de muertes violentas en hombres y el 71% en mujeres (World Health Organization, 2014) produciéndose tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino (Organización Panamericana de la Salud, 2002; World Health Organization, 2014). Las tasas aumentan con la edad, siendo en aquellos de 75 y más años casi el triple de los de 15 a 24 años, aunque en grupo de población de menos edad (entre los 15 y los 44) representa un problema importante porque constituye la cuarta causa de muerte y la sexta de mala salud y discapacidad a nivel mundial (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

La tasa ajustada de suicidio a nivel mundial según la edad, es de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres) (World Health Organization, 2014) siendo en general las tasas más elevadas en los países de Europa oriental y las más bajas en América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Entre los países no europeos encontramos las tasas más altas de suicidio en Guyana, con tasas ajustadas de 70,8 y 22,1 en hombres y mujeres respectivamente, seguido por Sri Lanka (46,4 y 11,9) y Surinam (44,5 y 11,9) (Fleischmann, 2016). Entre los países europeos fuera de la Unión Europea las tasas más altas las encontramos a Rusia (35,1 y 6,2) y Bielorrusia (32,7 y 6,4) (Fleischmann, 2016).

La razón entre hombres y mujeres varía según países, siendo como media de 1,9 pero con variaciones importantes. Solo en China, Indonesia e Irak se encuentran tasas ajustadas más altas en mujeres que en hombres.

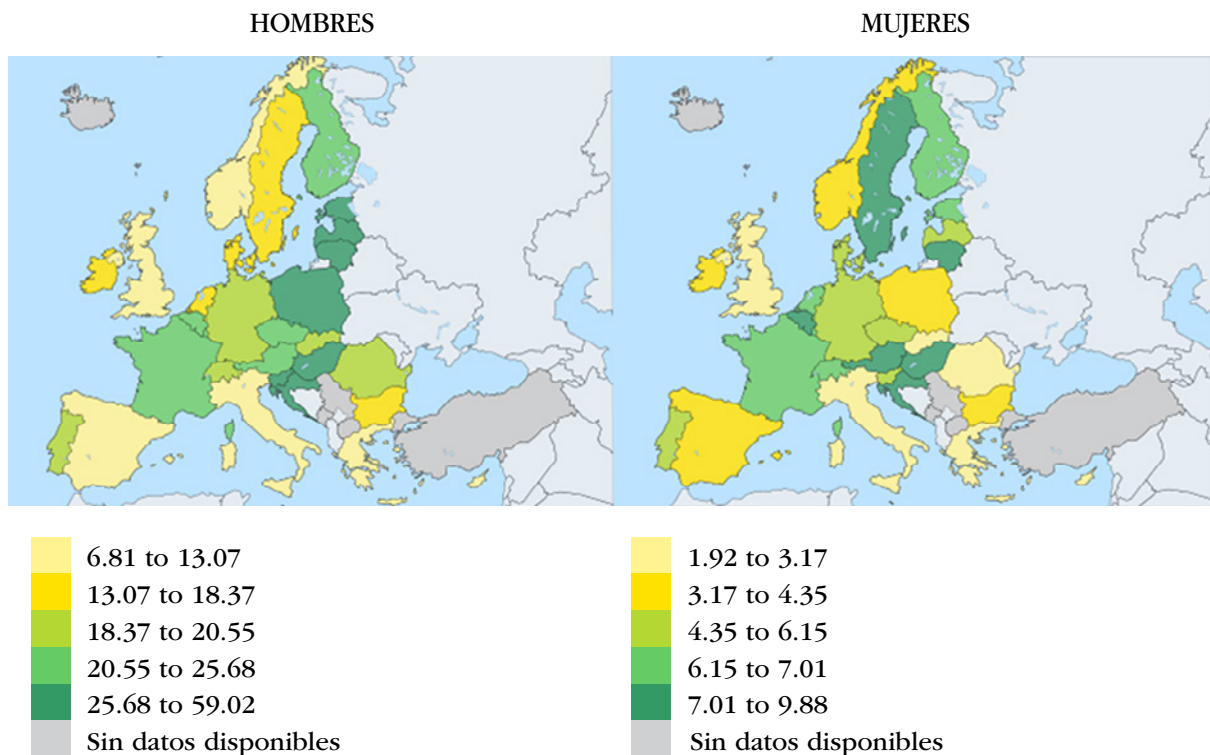
Sin embargo, según la OMS, existen importantes cuestiones que obligan a considerar estos datos con precaución. De los 172 estados miembros sobre los que se han realizado las estimaciones, únicamente 60 tienen datos de registros vitales de una calidad óptima que puedan ser empleados directamente para estimar las tasas de suicidio. De los otros 112 (71% de los suicidios globales) los datos se obtienen de estimaciones producidas por modelos. Como puede esperarse los datos de mejor calidad provienen de países de ingresos altos (World Health Organization, 2014).

A nivel mundial el suicidio consumado representa un porcentaje mínimo de los intentos autodestructivos, ya que una proporción muy importante de individuos se autolesionan sin llegar a consumar el suicidio y un número aún mayor presentan ideación suicida y necesitarían asistencia médica. Por cada suicidio consumado se estima que hay entre 8 y 20 intentos aunque existen amplias variaciones en la proporción de intento-muerte, en la tasa de letalidad y en la tasa de conducta suicida por región, sexo, edad y método. En mayores de 65 años por cada suicidio consumado se producen de dos a tres intentos y en jóvenes menores de 25, de 100 a 200 y en último término el 10% de las personas que intentan suicidarse acaba por quitarse la vida (Organización Panamericana de la Salud, 2002). Un intento de suicidio tiene valor predictivo muy importante de un suicidio consumado en los seis meses subsiguientes (Organización Panamericana de la Salud, 2002). Los registros hospitalarios exhaustivos aportan información de interés acerca de los intentos, razón intento/consumación, métodos, aunque hay que tener en cuenta que tan solo el 25% de los que llevan a cabo actos suicidas acuden a un hospital público. Por otro lado ha sido descrito que aquellos con ideación suicida tienen 35 veces más riesgo de acabar suicidándose (Pitchot y cols., 2008).

## EL SUICIDIO EN LA UNIÓN EUROPEA

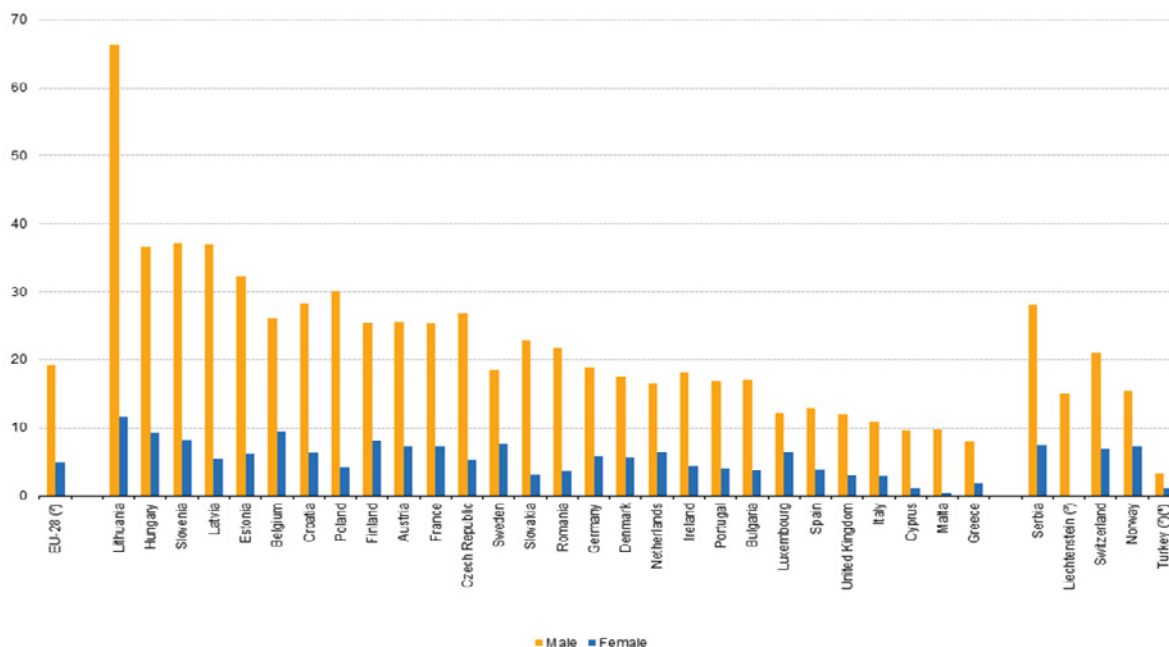
Por término medio, se registraron 11,7 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes en la EU-28 en 2013. España se encuentra entre los países con menores tasas de mortalidad por suicidio (Figuras 6 y 7). Las tasas de mortalidad estandarizadas por suicidio más bajas de toda la UE en 2013 se registraron en Grecia (4,8 muertes por cada 100.000 habitantes) y Malta (5,1). Chipre, Italia y el Reino Unido también presentaban tasas relativamente bajas (inferiores a ocho muertes por cada 100.000 habitantes). Por el contrario la tasa de mortalidad estandarizada por suicidio en Lituania (36,1 muertes por cada 100 000 habitantes) fue tres veces la media de la EU-28, mientras que la tasa en Eslovenia y Hungría (21,7 y 21,2 muertes por cada 100.000 habitantes, respectivamente) fue casi el doble de la media de la UE (Eurostat, 2014).

Figura 6. Tasa estandarizada de suicidio por 100.000 habitantes en 2014. Fuente: Eurostat, 2014



© European Union, 1995-2017

Figura 7. Tasa estandarizada de suicidio por 100.000 habitantes en 2013. Fuente: Eurostat, 2013



(\*) The figure is ranked on the average of male and female.

(\*) For the age standardisation, among older people, the age group aged 85 and over was used rather than separate age groups for 85–89, 90–94 and 95 and over.

(\*) Female: not available.

(\*) 2012.

Source: Eurostat (online data code: h1th\_cd\_asdr2)

© European Union, 1995-2017

## EL SUICIDIO CONSUMADO EN ESPAÑA

### Fuentes de datos

Cuando se produce un fallecimiento que obedezca o se sospeche que pueda ser debido a alguna causa externa, como es el caso de suicidio, es preceptiva la intervención judicial y la práctica de autopsia médico-legal para determinar la causa y circunstancias de la muerte (Fernández-Cuenca y cols., 2014; Barbería y cols., 2014). El secretario judicial es el responsable, a partir del informe forense, de cumplimentar el Boletín Estadístico de Defunción Judicial (BEDJ) (Ministerio de Justicia, 2009) (hasta 2009 se empleaba el documento MNP-52), que es el documento con finalidad estadística a partir del que se selecciona la causa básica de defunción que se codifica de acuerdo con la CIE vigente para la elaboración, por parte del Instituto Nacional de Estadística (INE), de la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

Los datos de mortalidad por suicidio a nivel nacional provienen de los microdatos de la Estadística de Defunciones según la causa de muerte proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y se refieren a residentes en España.

Los códigos referidos a la mortalidad por suicidio tienen la denominación de: lesiones autoinfligidas intencionalmente y corresponden para las clasificaciones CIE-8 y CIE-9 a los códigos E950-E959 y para la CIE-10 (vigente desde 1999) a los códigos X60-X84 e Y87.

Los datos se analizaron por sexo y edad. Se calcularon la edad media a la defunción (EMD), las tasas crudas, específicas por edad y ajustadas por edad a la población europea por 100.000 habitantes, tanto de mortalidad como de años potenciales de vida perdidos entre 1 y 70 años (APVP1-70). Se calculó la razón de masculinidad (H/M), como cociente entre las tasas de hombres y de mujeres. Para el cálculo de tasas se utilizaron las Estimaciones Intercensales de Población para el período 1975-2001 y las Cifras de Población para el período 2002-2011 y años subsiguientes, elaboradas por el INE. Para el ajuste de tasas se utilizó el método directo, tomando como referencia la población propuesta para la población europea por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) (Waterhouse y cols., 1976).

Durante el período 2011-2015 se contabilizaron en España un total de 17.855 (13.502 hombres y 4.353 mujeres) muertes por suicidio correspondientes a residentes en España mayores de 14 años. La media anual para estos últimos cinco años fue de 3.571 defunciones por suicidio consumado (2.700 en hombres y 871 mujeres). La tasa cruda de mortalidad por 100.000 habitantes (tomando como denominador la población mayor de 14 años) fue de 9,03 (13,99 en el caso de los hombres y 4,30 en el de las mujeres). La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes ajustada por el método directo para mayores de 14 años fue de 8,2 (12,72 en el caso de los hombres y de 3,94 en el de las mujeres). A efectos comparativos, si tomásemos en cuenta toda la población, incluidos los menores de 15 años, la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes en España ajustada por el método directo habría sido de 6,36 (9,92 en el caso de los hombres y de 3,07 en el de las mujeres) por lo que España presenta unas bajas tasas de mortalidad con respecto a los datos internacionales (tasa estandarizada de mortalidad mundial por suicidio por 100.000 habitantes de 11,4, 15,0 en el caso de los hombres y 8,0 en el de las mujeres) (World Health Organization, 2014) y el resto de

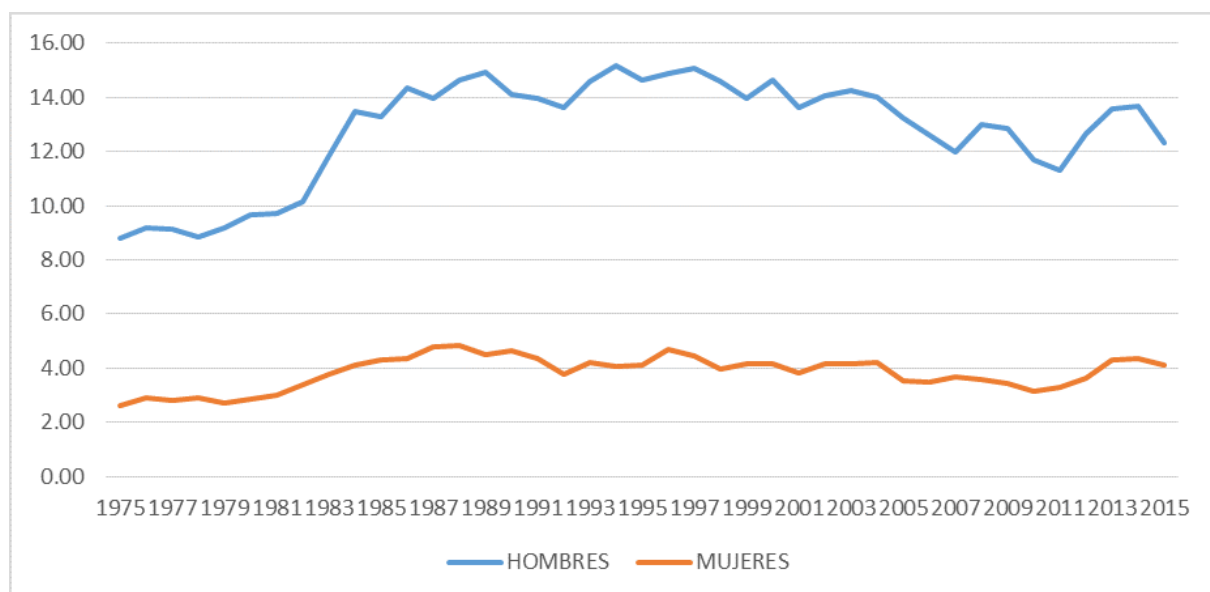
países de Europa Occidental siendo solo superiores a las de Grecia, Malta, Chipre, Italia y el Reino Unido (Figuras 6 y 7).

La mayor mortalidad por suicidio en el caso de los hombres con respecto a las mujeres podría explicarse por las diferencias de sexo. Los factores sociales, especialmente ligados a los papeles de sexo y los cambios en estos papeles, son las explicaciones más probables. El papel masculino en las culturas occidentales implica no percibir o admitir la ansiedad, los problemas y las cargas. Un ejemplo podemos encontrarlo en el empleo: la pérdida de empleo o el desempleo durante grandes períodos son más atribuibles a fracasos individuales que a problemas sociales y resultan en problemas de identidad, pérdida de control, desamparo y depresión. El varón puede reaccionar con estrategias adaptativas poco adecuadas como inexpresividad emocional, no solicitar ayuda, agresividad, conductas de riesgo, violencia, consumo de sustancias y suicidio (Möller-Leimhühler, 2003; Ruiz-Pérez y cols., 2006). Adicionalmente puede influir la diferente letalidad de los métodos empleados entre los dos sexos siendo mayor en el caso de los hombres (Nordentoft, 2007).

En los últimos dos años se ha producido un descenso de la tendencia ascendente que se había mantenido desde el inicio del último quinquenio (Figura 8). En 2015 se produjo un descenso con respecto al 2014 de -9,9% en hombres y -5,7% mujeres. Entre 2013 y 2015 el descenso fue del -9,1% y -4,9% para hombres y mujeres respectivamente.

En el periodo 2011-2015 la edad media a la defunción para hombres en España fue de 75,6 años para todas las causas y de 55,2 años en el caso del suicidio consumado, y para mujeres de 82,2 años para todas las causas y de 54,8 en el caso del suicidio lo que resulta consistente con los datos internacionales sobre la edad media de defunción para el suicidio consumado (Pitchot y cols., 2008).

**Figura 8. Mortalidad por suicidio en España 1975-2015. Tasa ajustada por 100.000 habitantes. Mayores de 14 años**



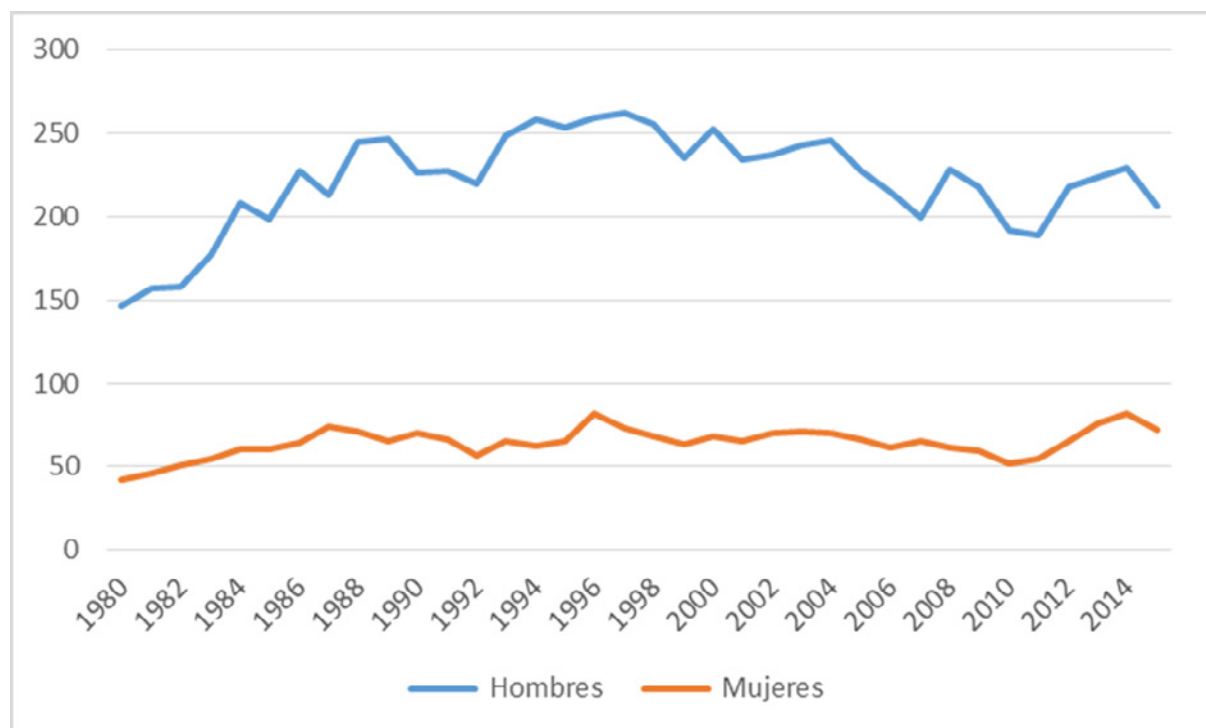
## El suicidio y otras causas de mortalidad

A raíz de los datos presentados y dado que los años potenciales de vida perdidos (APVP) (entre los 1 y 70 años) permiten una mejor apreciación del impacto de la muerte a edades tempranas, teniendo en cuenta los años que se dejan de vivir si se fallece a una edad prematura, como hemos objetivado previamente que sucede en este colectivo, se han calculado las tasas ajustadas a la población europea (Waterhouse y cols., 1976) de los años de vida perdidos por 100.000 habitantes durante el periodo 2011-2015 para cada sexo, se ha realizado un comparativo con las principales causas de años de vida perdidos (Tabla 21) y se ha estudiado la tendencia de los APVP por suicidio durante los últimos treinta y cinco años (Figura 9). Durante el periodo 2011-2015 para hombres el suicidio fue causa del 6,6% de los APVP y el 1,3% de la mortalidad por todas las causas y para mujeres 4,4% de los APVP y el 0,5% de la mortalidad por todas las causas.

Tabla 21. Años potenciales de vida perdidos. Tasa ajustada por 100.000 habitantes. 2011-2015

HOMBRES		MUJERES	
Ca. pulmón	326.94	Ca mama	171.55
Isquemia cardíaca	255.27	Ca. pulmón	112.54
SUICIDIO	213.1	SUICIDIO	69.9
Acc. tráfico vehículos de motor	156.62	Ca. colon	53,1
Cirrosis hepática	129.02	Enf cerebrovascular	51.59

Figura 9. Mortalidad por suicidio 1975-2015. Años potenciales de vida perdidos ajustados a la población europea



## Mortalidad por suicidio según la edad y sexo

Existen diferencias evidentes en la mortalidad por suicidio según el sexo y el grupo de edad (Suelves y Robert, 2012). En España el riesgo de suicidio aumenta con la edad (Figura 10 y Tabla 22) (Suelves y Robert, 2012), lo que es coherente con los datos internacionales (De Leo y cols., 2001; García-Resa y cols., 2002; Pitchot y cols., 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2002) donde señalan que las tasas de suicidio más altas se producen entre las personas mayores de 75 años (Organización Panamericana de la Salud, 2002; García-Resa y cols., 2002; World Health Organization, 2012; World Health Organization, 2014). Al igual que en años previos las tasas de mortalidad más bajas se producen en el grupo 15 a 24 años. Con respecto a estos, aquellos de 75 y más años presentan unas tasas tres veces mayores en el caso de las mujeres y más de seis veces superiores en el caso de los hombres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Es interesante señalar que en el caso de las mujeres se produce un aumento de las tasas hasta los 35-44 años manteniéndose posteriormente relativamente constantes. En varones se produce un aumento hasta los 45 años, seguido de una estabilización de las tasas hasta los 65 años a partir de los cuales sufre una marcada tendencia creciente (Figura 10).

Figura 10. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes por grupos de edad 2011-2015

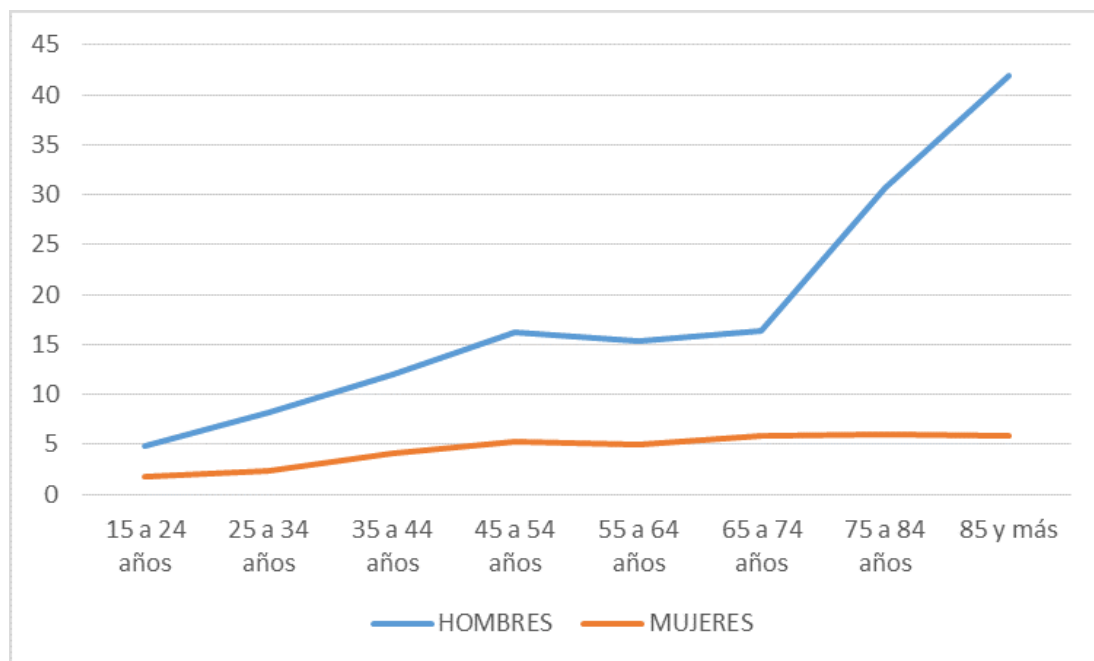




Tabla 22. Tasas crudas y razón de tasas (RT) de suicidio por grupo de edad en España. Periodo 2011-2015

Grupo edad	Hombres		Mujeres		Razón de masculinidad
	Tasa	RT <sup>a</sup>	Tasa	RT	TasaH/Tasa M
15 a 24 años	4,83	1 (Referencia)	1,73	1(Referencia)	2,78
25 a 34 años	8,23	1,70**	2,32	1,34*	3,55
35 a 44 años	12,02	2,49**	4,11	2,37**	2,93
45 a 54 años	16,19	3,35**	5,32	3,07**	3,04
55 a 64 años	15,38	3,18**	4,91	2,83**	3,13
65 a 74 años	16,37	3,39**	5,84	3,37**	2,80
75 a 84 años	30,62	6,34**	6,01	3,47**	5,09
85 y más	41,91	8,68**	5,82	3,36**	7,20

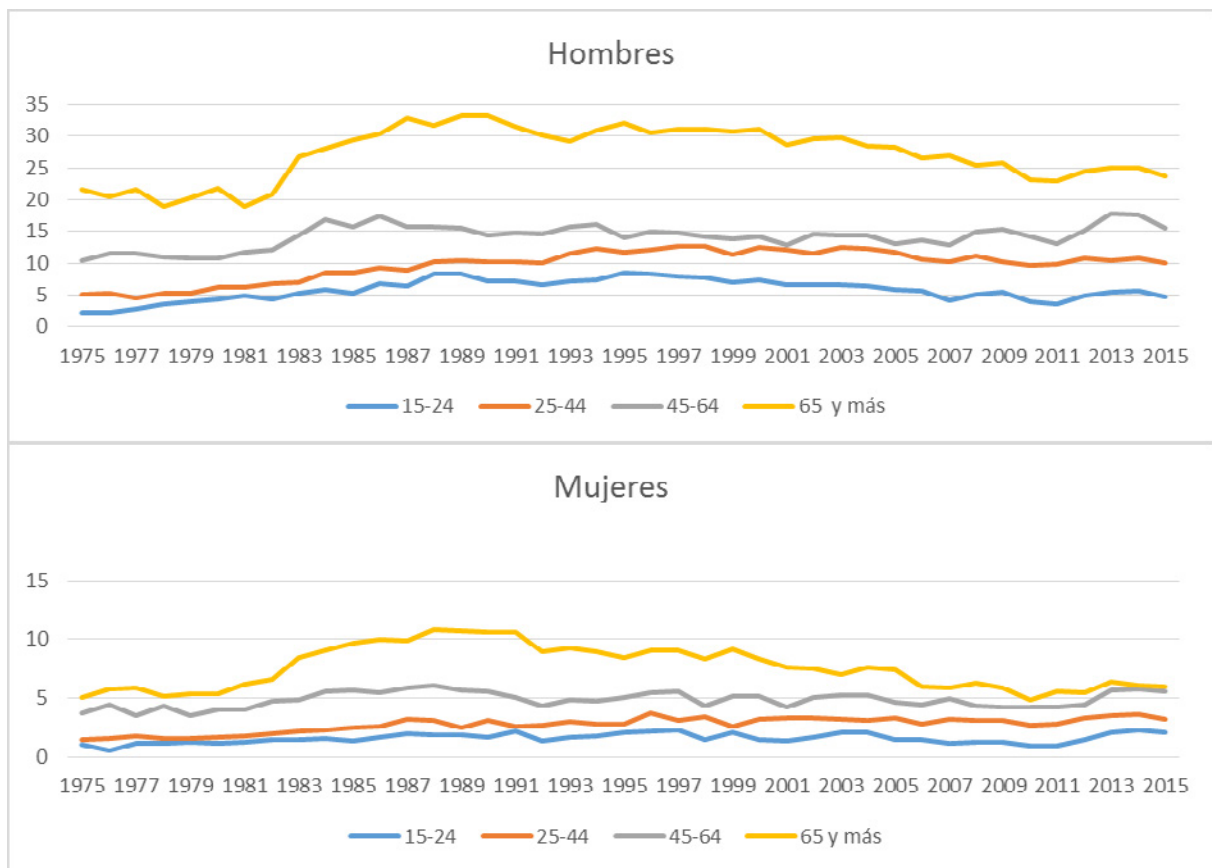
\*  $p < 0,01$  \*\*  $p < 0,001$ .

<sup>a</sup> Calculados mediante modelos de regresión de Poisson.

Aunque las tasas aumentan con la edad, el suicidio no constituye una de las principales causas de muerte en mayores. Sin embargo el suicidio en poblaciones jóvenes tiene una gran importancia porque constituye una de las principales causas de mortalidad. En concreto en el año 2015, de forma consistente con otros estudios, en el grupo de edad de 25 a 44 años fue primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres después del cáncer de mama (Pitchot y cols., 2008) (13,6% de todas las muertes en hombres y 8,3% en mujeres). Entre los 15 y 24 años fue la segunda causa de mortalidad, detrás de los accidentes de tráfico (Pitchot y cols., 2008; World Health Organization, 2012), suponiendo el 16,3 % y el 16,6% de todos los fallecimientos, respectivamente en hombres y mujeres lo que es consistente con datos internacionales (World Health Organization, 2014).

Asimismo las tendencias de mortalidad por suicidio durante los últimos cuarenta años presentan variaciones según los grupos de edad para los dos sexos al igual que en otros países europeos (Nordentoft, 2007). Durante el último decenio del siglo pasado aumentó levemente la mortalidad entre los varones y se produjo una leve disminución en mujeres. Durante el primer decenio de este siglo XXI se produjo un pequeño descenso en varones y una moderada estabilización en mujeres. A inicios de este último quinquenio 2010-2015 para ambos sexos se produjo un aumento de las tasas seguido de un descenso durante los años 2014-2015 (Figura 11).

Figura 11. Mortalidad por suicidio 1975-2015. Tasas crudas por 100.000 habitantes por grupo de edad



### Suicidio y estado civil

El estado civil es un elemento determinante en los suicidios consumados (García-Resa y cols., 2002). En ambos sexos y para casi todos los grupos de edad las tasas de suicidio son mayores en los viudos y divorciados que para aquellos casados (Figura 12) lo que es consistente con estudios previos (García-Resa y cols., 2002; Pitchot y cols., 2008) y se ha señalado que principalmente en varones el riesgo de cometer suicidio es alto el primer año tras la muerte del cónyuge (Hinojal Fonseca y cols., 1993). En las mujeres las tasas de suicidio son mayores entre las divorciadas y viudas que para las casadas (García-Resa y cols., 2002). De forma consistente con los datos internacionales entre mujeres las tasas de suicidio son mayores entre las mujeres viudas de 15 a 34 años que en mujeres de otros grupos de edad (García-Resa y cols., 2002). Por otro lado es interesante señalar que ha sido descrito que el efecto protector del matrimonio no parece marcado cuando este se produce a edades precoces, lo que podría deberse a que dichos matrimonios pueden estar asociados a la decisión de escapar de núcleos familiares originales problemáticos (Pitchot y cols., 2008), lo que podría ser más importante en el caso de las mujeres. Adicionalmente el efecto protector del matrimonio es potenciado por la paternidad por lo que el abandono de los hijos del hogar parental podría incrementar la decisión de cometer un acto suicida (Pitchot y cols., 2008).

**Figura 12. Tasas crudas de suicidio crudas por 100.000 habitantes según el estado civil por grupos de edad tomando como referencia la población del censo del 2011**

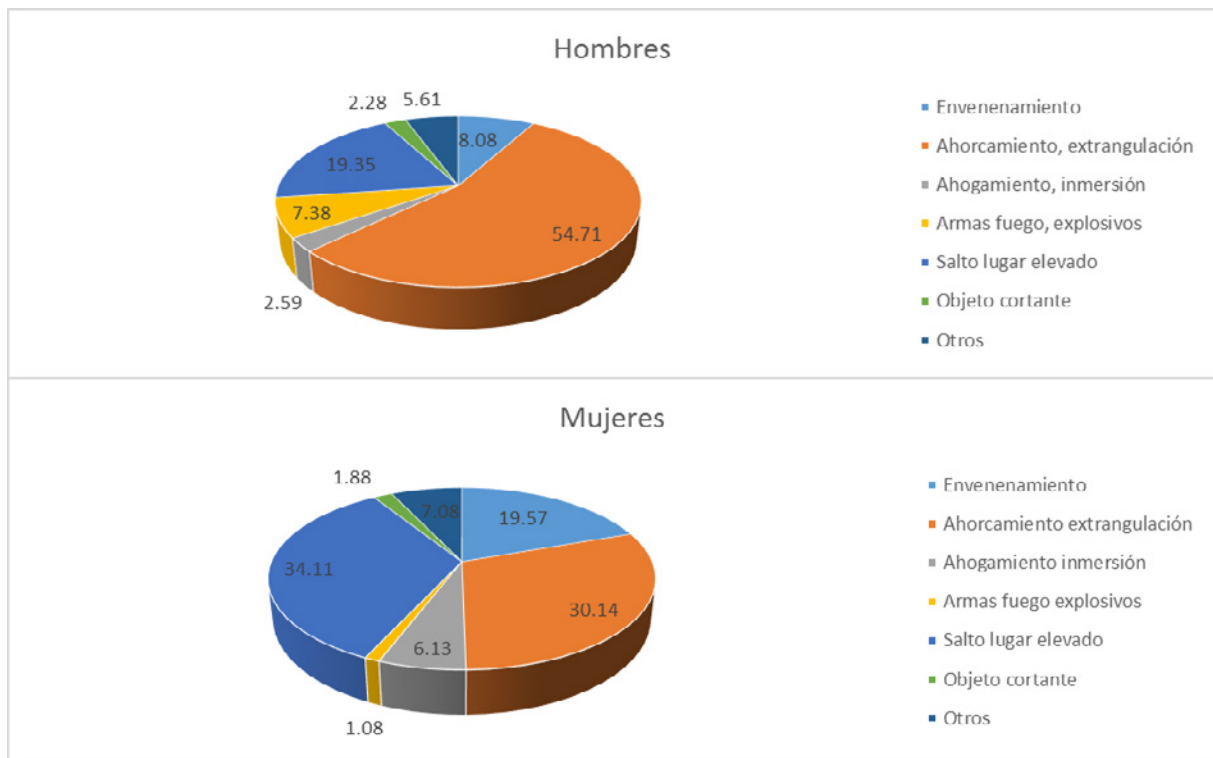


### Suicidio según método empleado

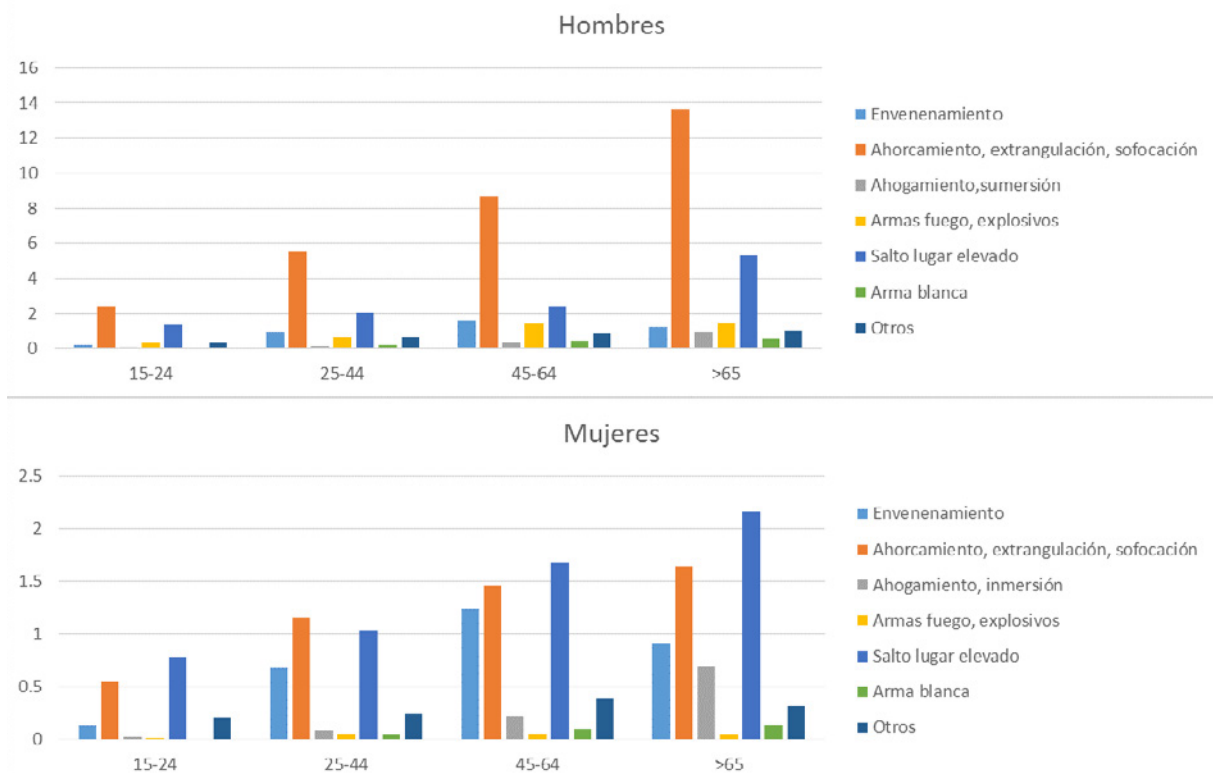
Los métodos de suicidio más frecuentemente empleados en España fueron el ahorcamiento, salto desde un lugar elevado y envenenamiento en el caso de los hombres y salto desde un lugar elevado, ahorcamiento y envenenamiento por ese orden en el de las mujeres (Figura 13), y consistentemente con estudios previos las mujeres tienden a recurrir a métodos menos violentos de suicidio (envenenamiento) que los hombres (De Leo y cols., 2001). En concreto el suicidio mediante armas de fuego supone solo el 1,1% del total de suicidios en las mujeres y el 7,4 en los hombres. Adicionalmente, y al igual que otros estudios (Nordentoft, 2007) se ha objetivado que la preferencia del método de suicidio varía para los diferentes grupos de edad según el sexo (Figura 14).

En lo que se refiere a su tendencia temporal durante los últimos cuarenta años (Figura 15), se aprecia una diferente tendencia temporal entre los diferentes métodos. Se ha evidenciado que en los últimos años ha disminuido el suicidio mediante el ahorcamiento/estrangulación y ha aumentado el salto desde un lugar elevado para ambos sexos y adicionalmente el envenenamiento en las mujeres.

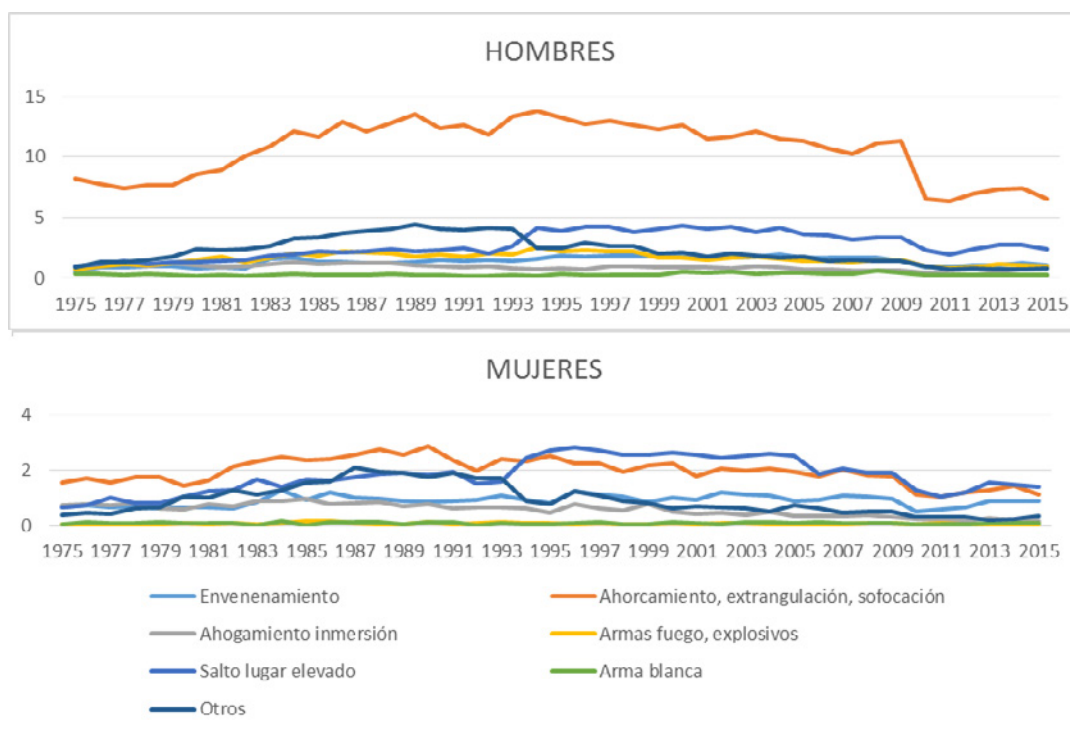
**Figura 13. Método empleado en porcentaje. Periodo 2011-2015**



**Figura 14. Tasas de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según métodos y grupos de edad. Periodo 2011-2015**



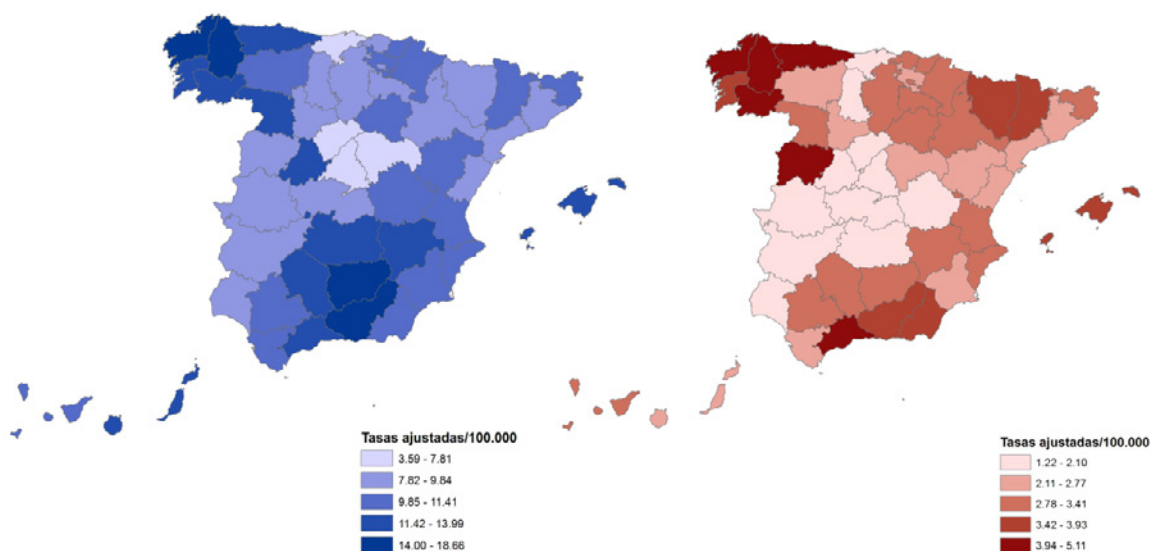
**Figura 15. Mortalidad por suicidio según método empleado 1975-2015. Tasa ajustada por 100.000 habitantes. Mayores de 14 años**



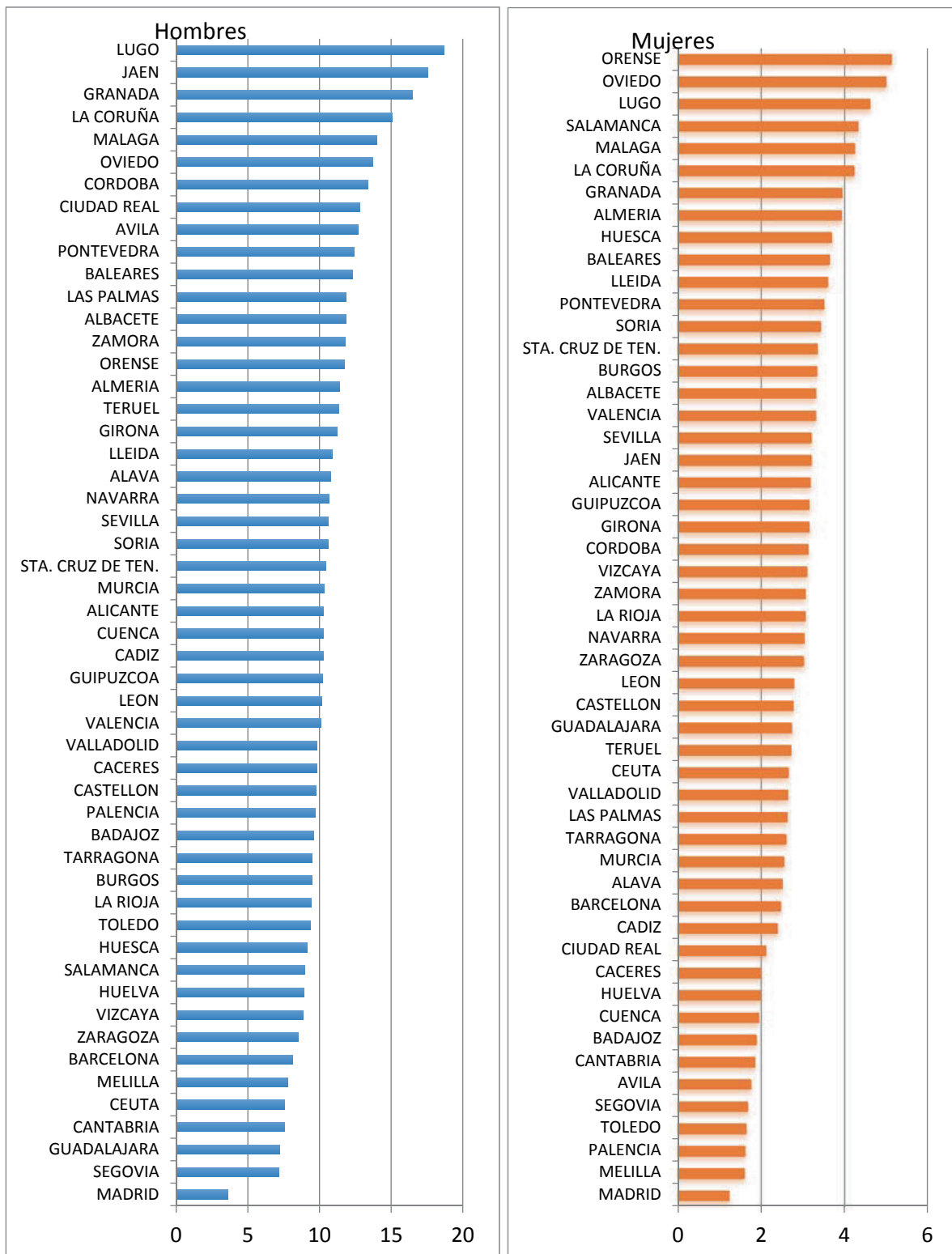
### Mortalidad por suicidio según distribución provincial

En el quinquenio 2009-2013, se encontraron en hombres las mayores tasas de suicidio (por 100.000 habitantes ajustadas por edad) en parte de Galicia (Lugo y A Coruña) y Andalucía (Jaén y Granada) y las menores en Madrid, Segovia, Guadalajara y Ceuta. En el caso de las mujeres las mayores tasas de suicidio se encontraron también en Galicia (Orense y Lugo), así como en Asturias y Salamanca; por el contrario las menores tasas de suicidio se obtuvieron también en Madrid, así como en Melilla, Palencia y Toledo (Figuras 16 y 17).

**Figura 16. Mortalidad por suicidio 2009-2013. Distribución provincial. Tasa ajustada por 100.000 habitantes**



**Figura 17. Mortalidad por suicidio 2009-2013. Distribución provincial. Tasa ajustada por 100.000 habitantes. Mayores 14 años**



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. VISIÓN FUTURA

La reducción de las tasas de suicidio es un objetivo prioritario para la OMS (World Health Organization, 2012). El suicidio constituye un importante problema de salud pública (World Health Organization, 2014), y tiene un impacto elevado en poblaciones jóvenes en España y a nivel mundial (World Health Organization, 2012).

Existe una mayor mortalidad por suicidio en el caso de los hombres con respecto a las mujeres. En ambos sexos y para casi todos los grupos de edad las tasas de suicidio son mayores en los viudos, divorciados y solteros que para aquellos casados lo que es consistente con estudios previos, aunque existen grandes diferencias según las edad y el sexo.

La OMS recomienda que las estrategias de prevención del suicidio deben adaptarse a las características culturales, económicas demográficas y necesidades sociales de cada país por lo que la base de la prevención del suicidio consiste, en la identificación de los factores de riesgo relevantes según el contexto y la aplicación de las medidas preventivas que se consideren más pertinentes (World Health Organization, 2014). La principal dificultad existente es que el desenlace del suicidio parte de comportamientos complejos y existen muchos factores que contribuyen y mecanismos causales variados. Adicionalmente en el caso del suicidio hay que tomar en consideración los factores preventivos, principalmente aquellos relacionados con el aumento de la resiliencia (World Health Organization, 2014).

Restringir el acceso a los métodos de suicidio es una de las estrategias que se han evidenciado como eficaces para la prevención del suicidio (Nordentoft, 2007; Suelves y Robert, 2012; World Health Organization, 2014), principalmente en los suicidios impulsivos, dado que las personas con sentimientos suicidas son ambivalentes sobre vivir o morir (World Health Organization, 2014) y los impulsos suicidas suelen ser temporales (Nordentoft, 2007). Por ello, perseverar en la restricción del acceso a: lugares elevados (colocación de barreras en puentes y edificios emblemáticos), pesticidas, venenos, medicamentos (la regulación de la prescripción de ciertos medicamentos (como barbitúricos y ciertos antidepresivos), la limitación de la venta y de la cantidad de unidades en cada paquete de paracetamol y salicilatos a un máximo de 32), a fuentes de monóxido de carbono (incluir convertidores catalíticos en los coches para reducir la letalidad de los gases, reducir progresivamente el número de hogares que emplean gas con monóxido de carbono, evitar los medios de ahorcamiento (principalmente en ambientes controlados como hospitales y prisiones) y aunque sea menos frecuente en nuestro medio, el acceso a armas de fuego, ya que existe una asociación muy fuerte entre poseer un arma y el suicidio mediante arma de fuego, principalmente durante la primera semana tras la adquisición, y las leyes que han restringido la compra de armas han tenido un impacto importante sobre las tasas de suicidio (Cavanagh y cols., 2003; Nordentoft, 2007; World Health Organization, 2014).

Aunque la restricción de los métodos de suicidio disponibles sea una estrategia probadamente eficaz en la prevención del suicidio, resulta evidente que debe combinarse con otros abordajes preventivos, dado que existen más factores que determinan el suicidio (Nordentoft, 2007).

Entre los factores de riesgo socioculturales destaca el estigma asociado a la búsqueda de ayuda y la exposición a comportamientos suicidas a través de los medios de comunicación (World Health Organization, 2012). Se ha recomendado que los

medios de comunicación eviten el sensacionalismo, la gratuidad de imágenes y la excesiva información sobre los métodos a la hora de informar sobre un suicidio, especialmente en el caso de personajes famosos para evitar conductas de imitación, ya que la exposición a modelos de suicidio ha evidenciado incrementar el riesgo de suicidio (World Health Organization, 2012; World Health Organization, 2014) y su aceptabilidad social (Nordentoft, 2007). El auge los medios de comunicación a través de internet, principalmente en el caso de los jóvenes, podría agravar este problema y deberían anticiparse actuaciones oportunas.

Los suicidios son prevenibles, pero su abordaje debe ser multisectorial con la colaboración de diferentes sectores tanto sanitarios como no sanitarios, gubernamentales de varios ámbitos y niveles administrativos y organizaciones no gubernamentales (World Health Organization, 2014). Adicionalmente a la restricción del acceso a los métodos de suicidio y mensajes responsables desde los medios de comunicación, son especialmente importantes las estrategias integrales sobre salud mental y la prevención del abuso de sustancias como el alcohol (World Health Organization, 2012; Suelves y Robert, 2012; World Health Organization, 2014).

España cuenta con una Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad donde se recoge que se realizan acciones específicas en ciertas CCAA con la intención de reducir las tasas de depresión y de suicidio (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011); dentro de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se recomienda la realización de intervenciones preventivas del suicidio en grupos de riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

## REFERENCIAS

1. Barbería E, Xifró A, Suelves JM, Arimany J. (2014). La proyección social y sanitaria de los institutos de medicina legal en España: más allá de la justicia. *Medicina Clinica*, 142 (Supl 2), 3-13.
2. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
3. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, Hjelmeland H, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonnqvist J, Michel K. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 300-310.
4. Eurostat. (2013). Deaths from suicide — standardised death rate, 2013. Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Deaths\\_from\\_suicide\\_%E2%80%94\\_standardised\\_death\\_rate,\\_2013.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Deaths_from_suicide_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2013.png). (accedido: 19/09/2017).
5. Eurostat. (2014). Causes of death. Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/causes\\_of\\_death\\_statistics/es](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/causes_of_death_statistics/es). (accedido: 19/09/2017).
6. Fernández-Cuenca R, Llacer A, López-Cuadrado T, Gómez-Barroso D. (2014). Mortalidad por causas externas en España. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 22, 56-76.
7. Fleischmann A. (2016). *Suicide in the world. Suicide: an unnecessary death*. (2nd. ed.). Oxford: Oxford University Press.
8. García-Resa E, Braquehais D, Blasco H, Ramírez A, Jimenez L, Díaz-Sastre C, Baca-García E., Sáiz J. (2002). Aspecto sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 112-119.
9. Hinojal Fonseca R, Bobes García J, López García MB. (1993). El suicidio: aspectos conductuales, doctrinales, epidemilógicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3, 309-411.
10. Instituto Nacional Estadística. (2009). *Boletín Estadístico de Defunción con Intervención Judicial*. Disponible en: [http://www.ine.es/metodologia/t15/cues\\_bedj\\_2009.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t15/cues_bedj_2009.pdf). (accedido: 19/09/2017).
11. Kreitman N, Philip AE, Greer S, Bagley CR. (1969). Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 115, 746-747.



12. Ministerio de Justicia. (2009). Instrucción 1/2009 de la Secretaria General de la Administración de Justicia, sobre cumplimentación de Estadísticas Oficiales en soporte electrónico. Disponible en: [https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA\\_WebApp\\_SGNTJ\\_NPAJ/descarga/Instrucci%C3%B3n\\_1-2009.pdf?idFile=4a2c7bf7-a8c8-44e6-80cb-7a4533416c24](https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Instrucci%C3%B3n_1-2009.pdf?idFile=4a2c7bf7-a8c8-44e6-80cb-7a4533416c24). (accedido: 19/09/2017).
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
15. Möller-Leimkühler AM. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 1-8.
16. Nordentoft M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Danish Medical Bulletin*, 54, 306-369.
17. Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
18. Pitchot W, Paquay C, Anseau M. (2008). Suicidal behaviour: psycho-social and psycho-pathological risk factor. *Revue Medicale de Liege*, 63, 396-403.
19. Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl 1), 25-31.
20. Suelves JM, Robert A. (2012). La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Revista Española de Medicina Legal*, 38, 137-142.
21. Velasco Salles MM, Pujal i Llombart M. (2005). Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Athenea Digital*, 7, 133-147.
22. Wasserman D. (2016). The suicidal process. *Suicide: an unnecessary death*. (2nd. ed.). Oxford: Oxford University Press.
23. Wasserman D, Sklodowsky M. (2016). Stress-vulnerability model of suicidal behaviours. *Suicide: an unnecessary death*. (2nd. ed.). Oxford: Oxford University Press.
24. Waterhouse J, Correa P, Muir C, Powell J. (1976). Cancer incidence in five continents. Lyon: International Agency for Research on Cancer and the International Association of Cancer Registries. Scientific Publications. (Vol 3).
25. World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide a framework. Geneva: World Health Organization.
26. World Health Organization. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf). (accedido: 19/09/2017).
27. World Health Organization. (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo legal. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1). (accedido: 19/09/2017).
28. World Health Organization. (2017) Suicide Fact Sheet. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>. (accedido: 19/09/2017).