

Madrid

2007

Informe

del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid

Objetivo 6
Mejorar la salud mental

6

Objetivo 6. Mejorar la salud mental

Para el año 2020, se deberá mejorar el bienestar psicosocial de la población y ofrecer servicios completos mejores y más accesibles a las personas con problemas de salud mental.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de Salud Siglo 21 OMS):

- *Se presta más atención a la promoción y la protección de la salud mental a lo largo de toda la vida, en especial, a los grupos más desfavorecidos desde el punto de vista social y económico;*
- *Los entornos de vida y trabajo se configuran para contribuir a que las personas de todas las edades cuenten con un sentido de coherencia vital, construyan y mantengan relaciones sociales y sean capaces de hacer frente a las situaciones y a los acontecimientos difíciles;*
- *Los profesionales sanitarios y de otros sectores relacionados con el cuidado de las personas reciben una buena formación en materia de detección precoz de los problemas de salud mental y de intervenciones adecuadas;*
- *Los servicios destinados a las personas con problemas de salud mental proporcionan una atención sanitaria de buena calidad, con una buena combinación de servicios de base comunitaria y servicios hospitalarios, prestando especial atención a las intervenciones en momentos de crisis, así como a las minorías y a los grupos más desfavorecidos;*
- *Los derechos humanos se respetan y se mejora la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, en especial, de las personas que padecen trastornos crónicos.*

6.1. Morbilidad ambulatoria

Los datos que se comentan en este apartado se han elaborado a partir de los registros de casos psiquiátricos que se atienden en los Centros de Salud Mental pertenecientes a la sanidad pública de la Comunidad de Madrid y que son enviados por los centros a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Se presenta información de los años 1995 y 2004, lo cual da una visión de la evolución que la asistencia psiquiátrica ha sufrido en la Comunidad en una década. Se analizan las asistencias por grupo de edad, sexo y diagnóstico (CIE-9-MC). La población de referencia para el cálculo de las tasas procede del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, desagregada por edad y sexo.

6.1.1. Casos nuevos atendidos

En 1995 se registró una tasa de 805 casos nuevos por 100 mil habitantes y en 2004 la tasa ascendió a 958 casos nuevos por 100 mil. La tasa global de casos psiquiátricos es mayor en mujeres (923 en 1995, 1.116 en 2004) que en hombres (677 en 1995 y 788 en 2004), aunque por edad en algunos grupos se invierte este orden.

En hombres, los grupos en los que se dan las tasas más altas son los menores de 18 años y los mayores de 85, junto con el grupo de 35-44 años. Sin embargo, en las mujeres los grupos que tienen la tasa más alta y en los que se ha producido el incremento mayor es entre 18 y 44 años (figura 6.1).

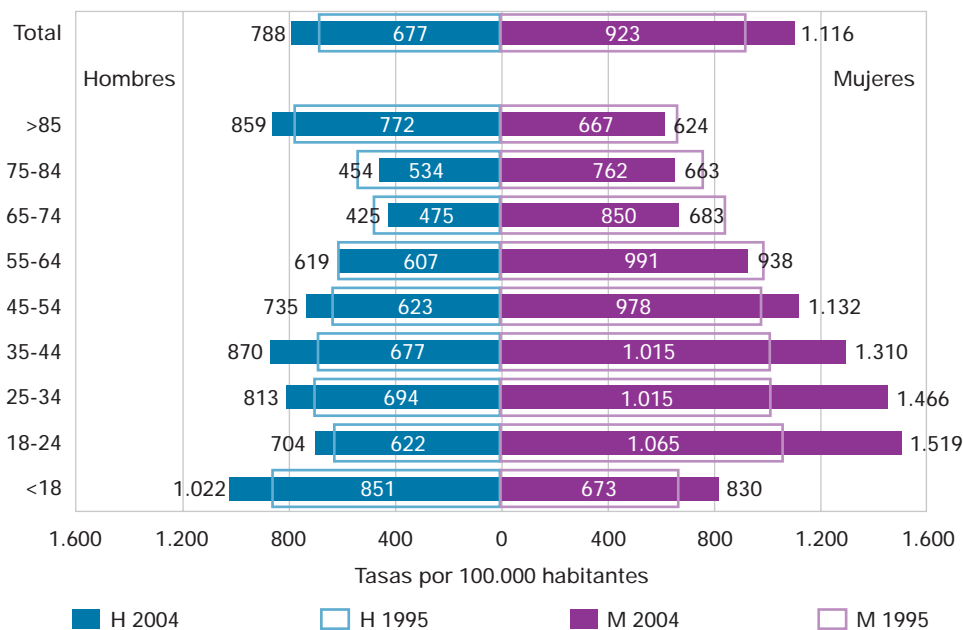


Figura 6.1. Comunidad de Madrid. Tasas de casos nuevos de asistencia psiquiátrica en Centros de Salud Mental, por sexo y grupos de edad. Años 1995 y 2004.

Fuente: Base de datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid, y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

A continuación se analizan los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Para ello se han clasificado en siete categorías diagnósticas con la siguiente composición según códigos CIE-9-MC:

- Psicosis orgánicas: 290-294
- Psicosis no orgánicas del adulto: 295-298
- Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros no psicóticos: 300-302, 306-312, 316
- Dependencia a drogas y alcohol: 303-305
- Trastornos propios de la niñez, psicóticos y neuróticos: 299, 313-315
- Retraso mental: 317-319
- Códigos V: V40, V60-V62, V65, V71, V72, V77, V79.

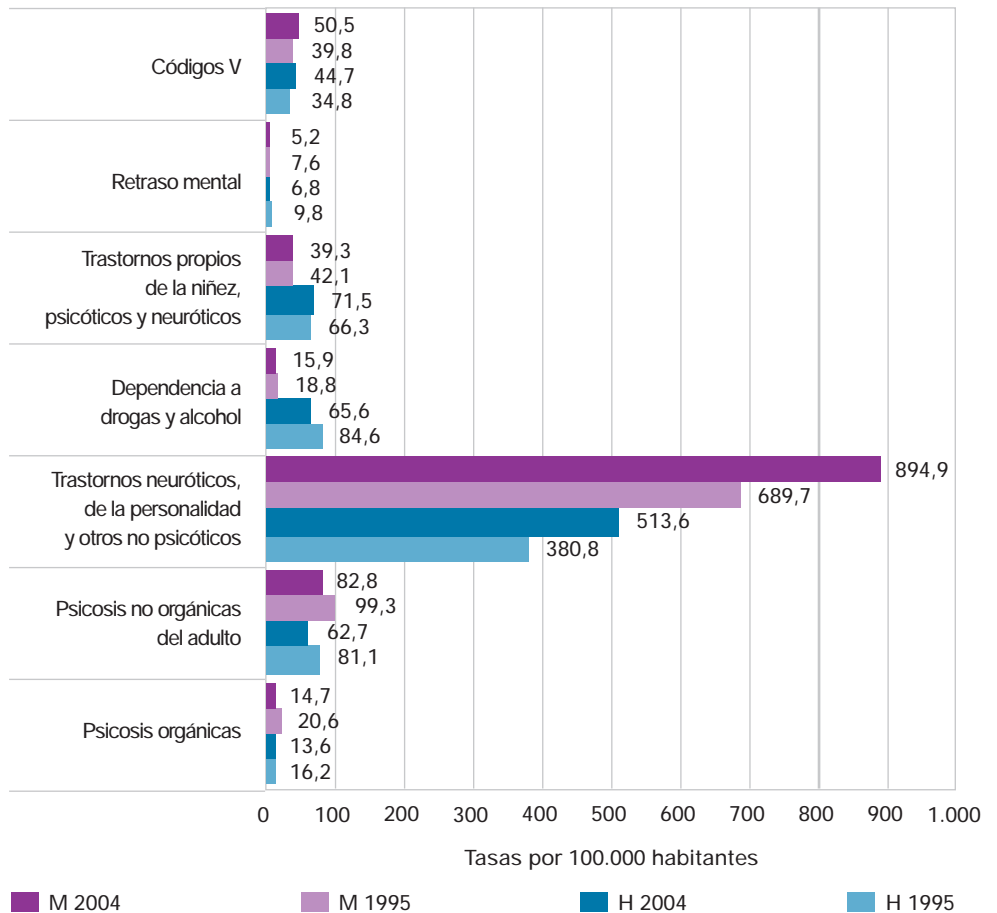
Las tasas más altas de casos nuevos atendidos son las de los trastornos neuróticos, de la personalidad y otros no psicóticos, tanto en hombres como en mujeres y son también los que han sufrido el mayor incremento en los años estudiados. Las psicosis no orgánicas del adulto han tenido un ligero descenso en la tasa así como los trastornos por dependencia de drogas y alcohol.

En la figura 6.2 se pueden observar también las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a patología, ya que si bien los trastornos neuróticos tienen tasas más altas entre las mujeres, en hombres las tasas de la dependencia de drogas y los trastornos propios de la niñez son considerablemente mayores.

En las psicosis la tasa es ligeramente mayor también en mujeres que en hombres, aunque si analizamos el tipo de psicosis cambia esta situación.

Figura 6.2. Comunidad de Madrid. Tasas de casos nuevos psiquiátricos por sexo y categoría diagnóstica. Años 1995 y 2004.

Fuente: Base de datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid, y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.



6.1.2. Casos totales atendidos

Muchas de las enfermedades mentales, sobre todo las más graves, tienen un curso crónico que se refleja en las múltiples asistencias registradas a lo largo de los años. Por tanto la frecuencia de patologías entre el total de casos asistidos difiere de la de los casos nuevos (figura 6.3).

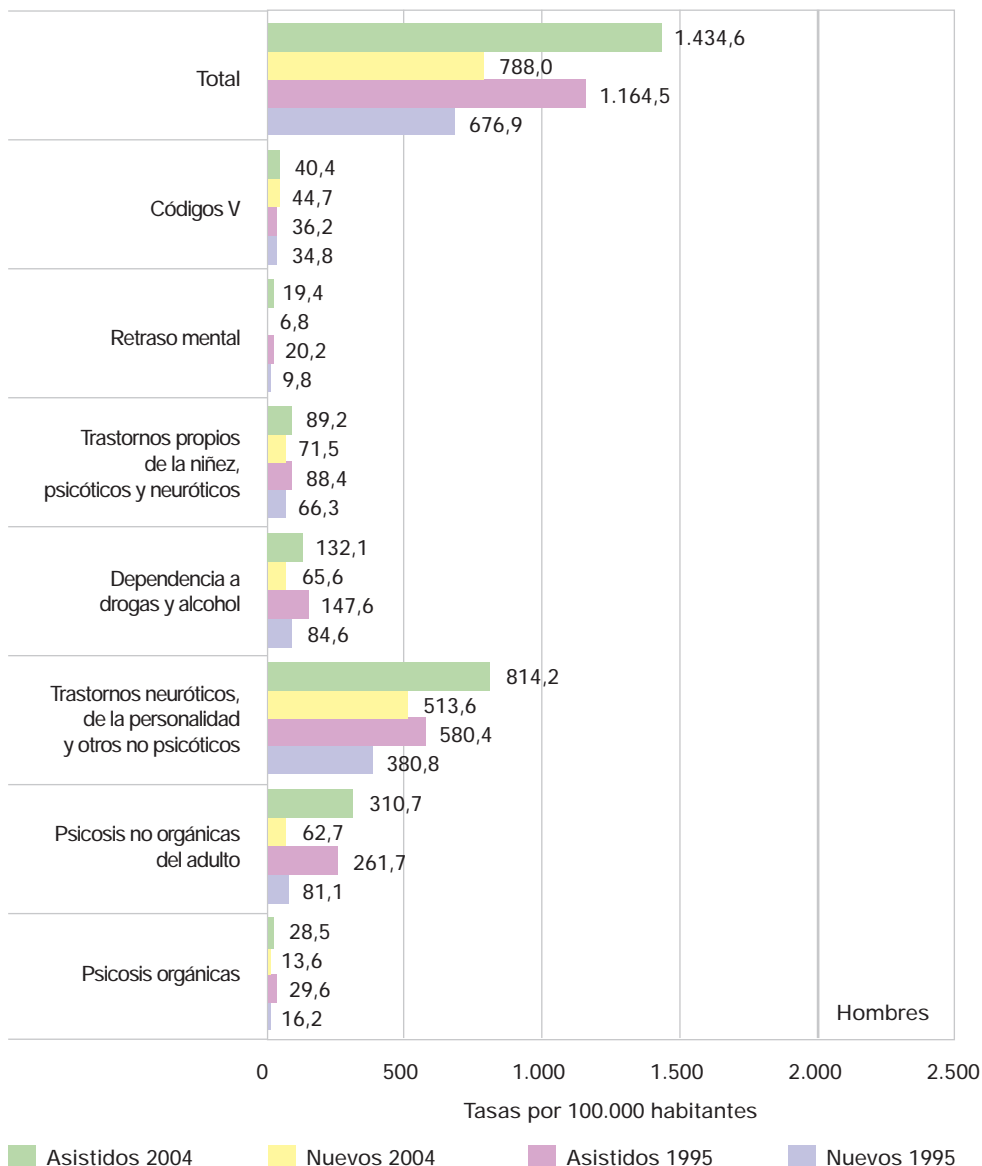
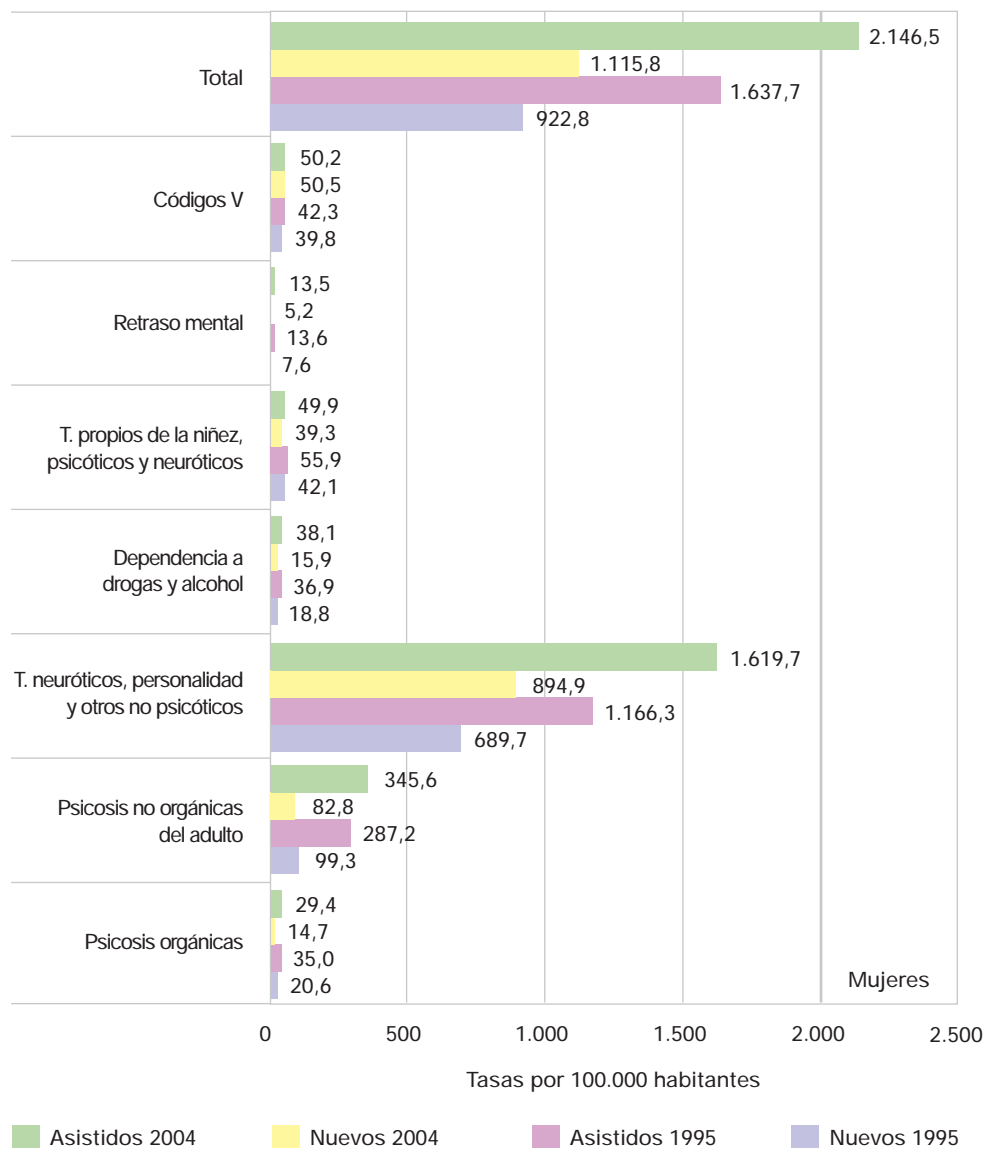


Figura 6.3. Comunidad de Madrid. Tasas de casos nuevos y casos asistidos psiquiátricos por sexo y categoría diagnóstica. Años 1995 y 2004.

Fuente: Base de datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid, y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.



Las tasas de casos totales asistidos en 2004 fueron de 1.435 por 100 mil en hombres y de 2.146 por 100 mil en mujeres, lo cual supone el doble de la tasa de casos nuevos.

Si bien la tasa más alta sigue siendo la de los trastornos neuróticos, son las psicosis las que tienen una mayor razón de casos asistidos sobre casos nuevos, llegando a 4,96 en hombres y 4,18 en mujeres. Esto refleja la importancia y la cronicidad de estas enfermedades.

6.1.3. Trastornos más frecuentes

La proporción de los diez grupos diagnósticos (codificación a tercer dígito de la CIE-9-MC) más frecuentes en hombres y mujeres atendidos en la red de centros de salud mental de la Comunidad de Madrid, en los dos años estudiados, se presenta en la tabla 6.1, tanto en casos nuevos como en casos asistidos.

Tabla 6.1. Distribución proporcional de los grupos diagnósticos más frecuentes atendidos en los centros de salud mental de la Comunidad de Madrid. Casos nuevos y casos asistidos, por sexo. Años 1995 y 2004.

Fuente: Base de datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

Hombres 2004				Mujeres 2004			
Casos nuevos		Casos asistidos		Casos nuevos		Casos asistidos	
CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%
300	27,8	300	24,1	300	36,5	300	36,0
309	22,8	309	17,6	309	30,9	309	25,1
303	6,4	295	10,1	296	5,1	296	7,4
313	4,0	303	7,5	308	3,4	301	4,6
296	3,8	296	6,2	301	2,8	295	4,1
308	3,5	301	5,5	TCA	2,6	311	3,2
301	3,5	313	3,1	313	2,2	TCA	2,9
307	3,2	307	2,4	311	2,2	313	2,0
295	2,7	314	2,2	307	1,9	307	1,7
312	2,3	311	2,2	295	1,3	308	1,5

Hombres 1995				Mujeres 1995			
Casos nuevos		Casos asistidos		Casos nuevos		Casos asistidos	
CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%
300	27,3	300	24,4	300	44,8	300	43,7
309	13,1	295	12,2	309	17,6	309	13,4
303	10,3	303	12,0	296	6,2	296	9,4
313	5,7	309	9,3	301	3,6	295	4,9
295	5,7	296	6,6	313	3,6	V40	3,6
301	4,9	313	4,5	TCA	3,4	301	3,3
307	4,7	301	4,2	V40	2,8	313	2,8
296	4,7	307	4,1	295	2,7	TCA	2,4
V40	3,4	V40	4,0	307	2,5	307	2,3
312	1,9	297	1,7	290	1,8	303	2,0

Literales de los códigos CIE-9-MC del grupo diagnóstico:

290: Psicosis orgánica senil y presenil	312: Perturbación de conducta no clasificada en otra parte
295: Psicosis esquizofrénica	313: Perturbación de las emociones propias de la niñez y adolescencia
296: Psicosis afectivas	314: Trastorno hiperactivo de la conducta
297: Estados paranoides	315: Trastornos del desarrollo
299: Psicosis peculiares de la niñez	317: Retraso mental discreto
300: Trastornos neuróticos	318: Otro retraso mental especificado
301: Trastornos de la personalidad	V40: Problemas mentales y de la conducta
303: Síndrome de dependencia del alcohol	V60: Circunstancias relacionadas con el alojamiento, domésticas y económicas
307: Síntomas o síndromes no clasificados en otra parte (exceptuando TCA)	V61: Otras circunstancias familiares
TCA: Trastornos del comportamiento alimentario, códigos 307.1 y 307.5	V62: Otras circunstancias psicosociales
308: Reacción aguda ante gran tensión	V71: Observación y evaluación de presunta enfermedad mental
309: Reacción de adaptación	
311: Trastornos depresivos no clasificados en otra parte	

Los trastornos neuróticos (300) y los adaptativos (309) son los que representan la mayor proporción de casos. Estos últimos son a su vez los que mayor incremento han sufrido, más llamativo entre los hombres, donde pasa en estos diez años de representar el 13% al 23% de los casos nuevos y a situarse en el segundo puesto en casos asistidos desplazando a la psicosis esquizofrénica.

Como datos reseñables en cuanto a diferencias entre hombres y mujeres, se aprecia que existe una mayor proporción de psicosis esquizofrénica en hombres mientras en mujeres hay una mayor proporción de psicosis afectivas. Por otro lado, mientras en mujeres los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) representan un porcentaje importante de patología, en hombres lo son el resto de trastornos adscritos al código 307.

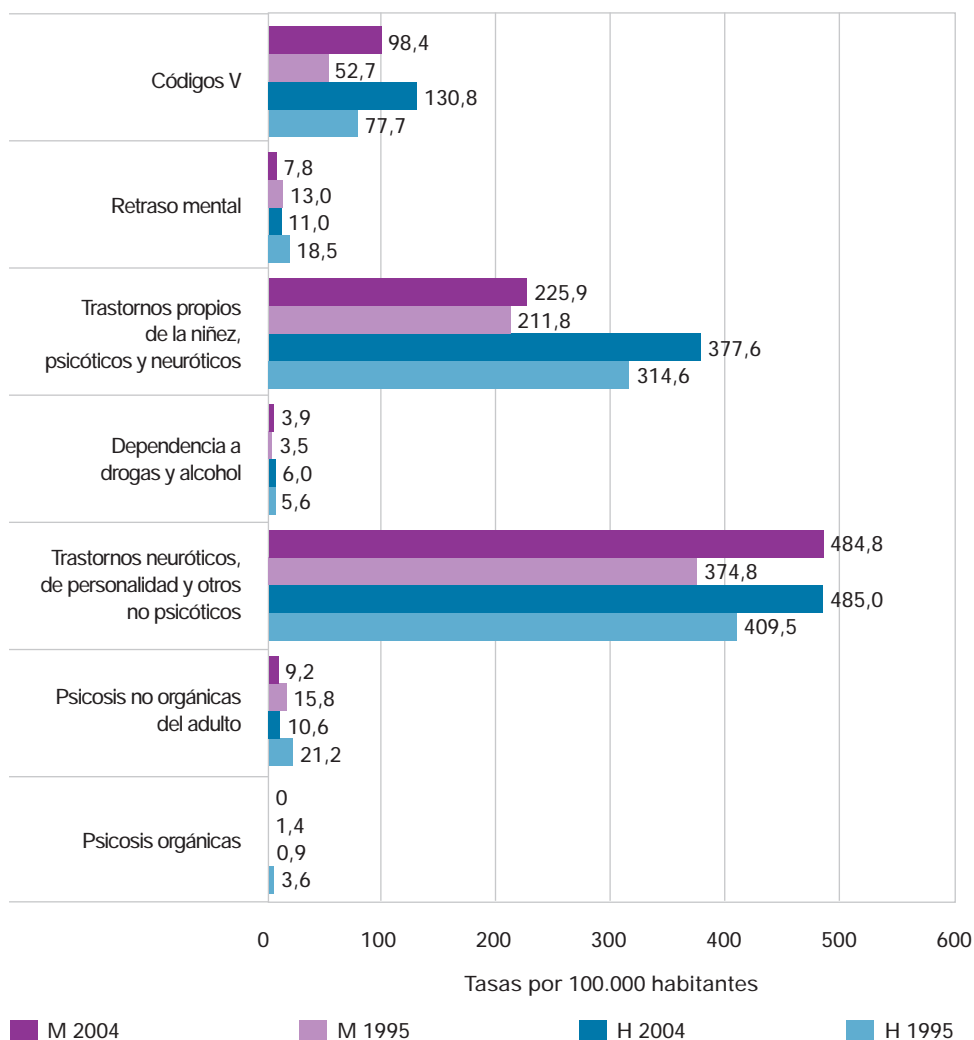
Por último, el hecho de que en 2004 aparezca la reacción aguda ante gran tensión (308) entre los diez diagnósticos más frecuentes tanto en hombres como en mujeres, refleja el efecto de los atentados terroristas del 11 de marzo.

6.1.4. Morbilidad ambulatoria en el grupo específico de menores de 18 años

Como se veía en el análisis global, la tasa de trastornos mentales en menores de 18 años ha aumentado en 2004 respecto a 1995, pasando en niños de 851 a 1.022 por 100 mil habitantes, y en niñas de 673 a 830. En la figura 6.4 se representan las tasas de cada categoría diagnóstica en este grupo de edad.

Figura 6.4. Tasas de casos nuevos psiquiátricos por categoría diagnóstica en menores de 18 años, por sexo. Años 1995 y 2004.

Fuente: Base de datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid, y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.



Las tasas de los trastornos más frecuentes en los menores se han incrementado en 2004 respecto a 1995, excepto las psicosis no orgánicas del adulto, la dependencia a drogas y alcohol y el retraso mental, al igual que sucedía en adultos.

Los trastornos propios de la niñez, psicóticos y neuróticos son más frecuentes en niños que en niñas, con una razón de tasa de 1,7, mientras que la tasa de trastornos neuróticos, de la personalidad y otros no psicóticos es similar en niños y niñas.

En la tabla 6.2 se presenta la proporción de los diez diagnósticos más frecuentes en este grupo de edad, tanto en casos nuevos como en casos totales atendidos. En ambos sexos los trastornos más frecuentes son los emocionales, sean los propios de la niñez (313) o los trastornos adaptativos (309). Tal como se reflejaba en las tablas generales, los trastornos propios de la niñez tienen tasas más altas entre los niños y este exceso es fundamentalmente a costa del trastorno hiperactivo de la conducta (314), que en niños supone el 11% de todos los casos nuevos en 2004 mientras en niñas es únicamente el 3,2%, y de los trastornos del desarrollo (315), que supone en los niños el 6,6% de todos los casos asistidos y en niñas el 3,6%. Por otro lado, los trastornos neuróticos (300) son mucho más frecuentes en las niñas, al igual que los TCA con un 5,8% de todos los casos asistidos.

Hombres < de 18 años 2004				Mujeres < de 18 años 2004			
Casos nuevos		Casos asistidos		Casos nuevos		Casos asistidos	
CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%
313	19,8	313	19,9	309	21,7	313	25,5
309	16,2	314	15,8	313	21,6	309	19,6
314	11,0	309	12,8	300	14,5	300	10,1
300	9,5	312	8,5	307	6,9	307	7,0
307	8,5	300	7,8	TCA	6,1	TCA	5,8
312	7,9	307	7,4	312	4,0	314	4,5
315	5,5	315	6,6	V61	3,8	V40	4,1
V40	4,7	V40	5,0	V40	3,4	312	3,9
V61	3,1	V61	3,4	V71	3,4	V61	3,7
V71	2,9	V71	2,0	314	3,2	315	3,6

Tabla 6.2. Distribución proporcional de los grupos diagnósticos más frecuentes atendidos en los centros de salud mental de la Comunidad de Madrid en menores de 18 años. Casos nuevos y casos asistidos, por sexo. Años 1995 y 2004.

Fuente: Base de datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

Hombres < de 18 años 1995				Mujeres < de 18 años 1995			
Casos nuevos		Casos asistidos		Casos nuevos		Casos asistidos	
CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%
313	22,2	313	21,9	313	26,3	313	26,6
307	15,1	307	16,6	309	15,1	309	13,6
309	12,6	309	12,8	307	12,0	307	12,1
300	8,2	V40	8,8	300	11,8	300	10,1
314	7,6	314	8,5	TCA	8,9	V40	8,5
315	6,6	312	6,6	V40	4,7	TCA	8,1
312	6,0	315	5,7	312	3,2	312	3,8
V40	5,5	300	5,2	315	3,0	315	3,4
301	2,1	V61	1,7	301	2,2	V61	1,9
TCA	1,7	TCA	1,6	314	2,1	314	1,7

(ver literales de grupos diagnósticos en tabla 6.1)

Respecto a las diferencias con los casos más frecuentes en 1995, en 2004 emergen una serie de diagnósticos enmarcados en los códigos V que corresponden a trastornos relacionados con circunstancias familiares (V61) y Observación y evaluación para presunta enfermedad mental (V71). La entidad diagnóstica que mayor aumento ha sufrido en la proporción de casos atendidos es el Trastorno hiperkinético de la conducta (314), tanto en hombres como en mujeres. Por último, hay que señalar que las Psicosis peculiares de la niñez (299), si bien no aparecen entre los diez diagnósticos más frecuentes, han aumentado su proporción de casos en 2004 respecto a 1995, situándose por delante de las psicosis propias del adulto.

6.2. Morbilidad hospitalaria

A continuación se analiza la morbilidad psiquiátrica hospitalaria a partir de las altas registradas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del año 2005.

Se analizan en primer lugar los casos registrados con diagnóstico principal perteneciente al capítulo 5 (Trastornos mentales) de la CIE-9-MC que comprende los códigos 290-319. A continuación se estudiarán los casos correspondientes a patologías del sistema nervioso encuadradas en el capítulo 6 de la CIE-9-MC.

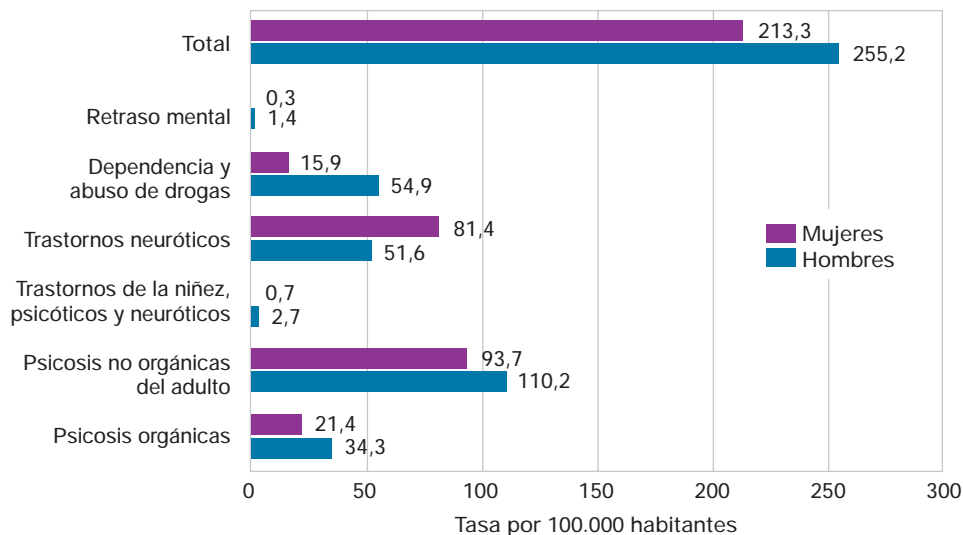
Se utiliza la misma distribución en categorías diagnósticas que en el análisis de la morbilidad ambulatoria.

6.2.1. Ingresos por causa psiquiátrica en el total de la población

La tasa de frecuentación hospitalaria por causa psiquiátrica en el año 2005 fue de 255 casos por 100 mil personas en hombres y 213 en mujeres. Por categoría diagnóstica, las tasas más altas se producen en las Psicosis no orgánicas del adulto. En el caso de la morbilidad hospitalaria, las tasas son mayores en hombres que en mujeres, exceptuando los trastornos neuróticos (figura 6.5).

Figura 6.5. Comunidad de Madrid. Tasas de frecuentación hospitalaria por principales categorías de causas psiquiátricas, por sexo. Año 2005.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.



Por grupo de edad, las mayores diferencias en las tasas se producen en los jóvenes y en mayores de 85 años, como corresponde a las diferencias en las patologías más frecuentes (psicosis orgánicas y no orgánicas, además de dependencia y abuso de drogas).

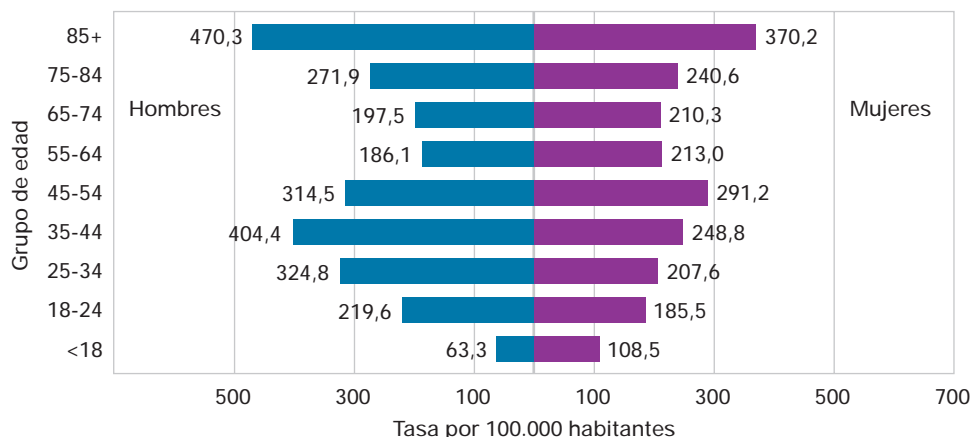


Figura 6.6. Comunidad de Madrid. Tasas de frecuentación hospitalaria por causas psiquiátricas, por sexo y edad. Año 2005.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

Los diagnósticos más frecuentes en hombres son las Psicosis esquizofrénicas y en mujeres las Psicosis afectivas, lo cual produce que la mayor tasa de ingresos se produzca en hombres a edades más tempranas que en las mujeres. En cuanto a los trastornos neuróticos, en mujeres son los TCA los responsables de la mayor tasa de ingresos en mujeres jóvenes; los trastornos de esta categoría que mayor número de ingresos causan son los de la personalidad (301) en ambos sexos. En las figuras 6.7 y 6.8 se visualiza la distribución de ingresos por trastornos y grupo de edad para hombres y mujeres.

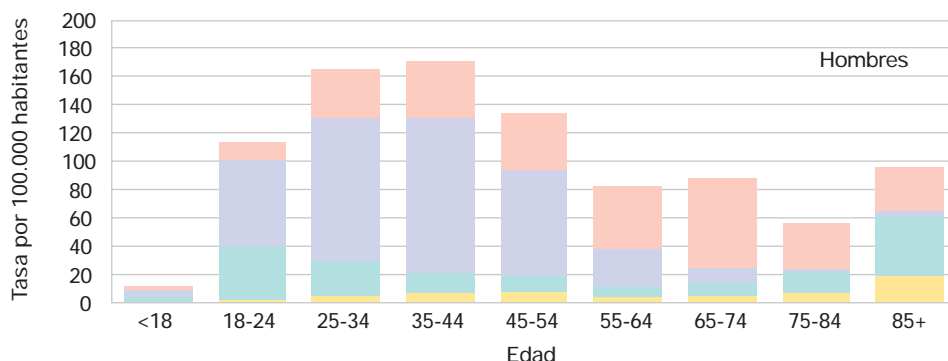


Figura 6.7. Comunidad de Madrid. Tasas de frecuentación hospitalaria por psicosis no orgánicas por sexo, edad y categoría diagnóstica. Año 2005.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

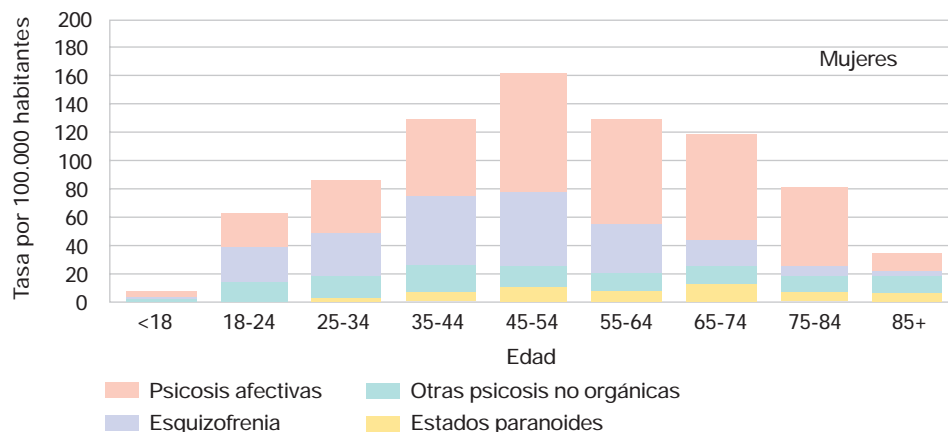
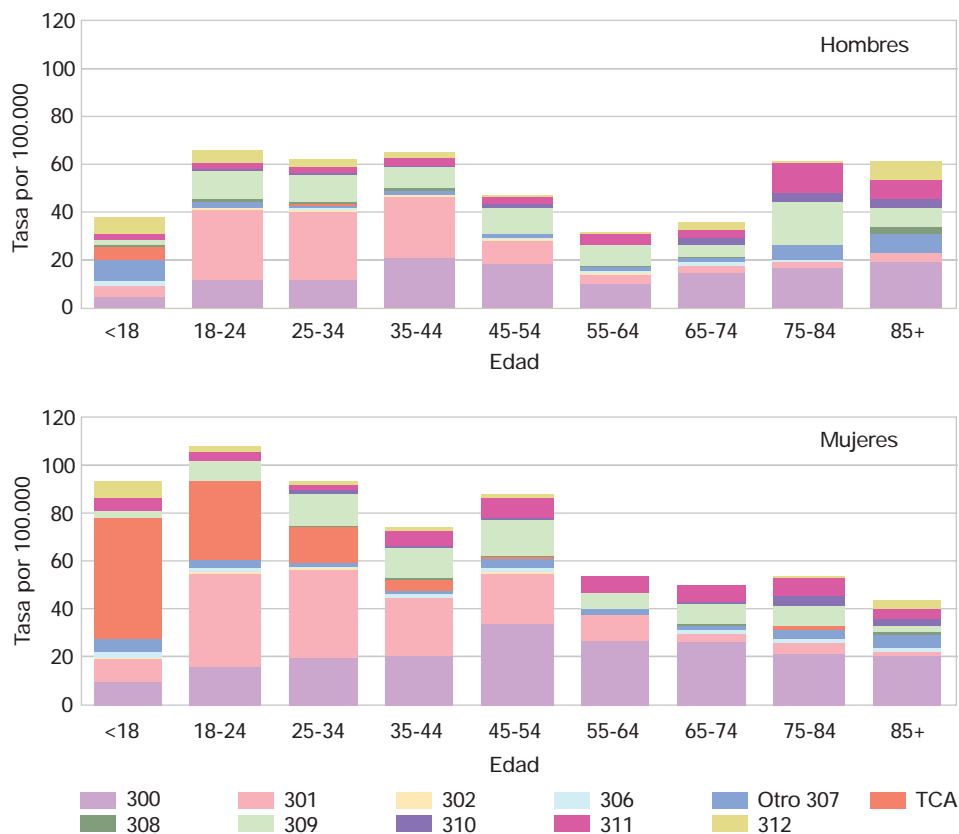


Figura 6.8. Comunidad de Madrid. Tasas de frecuentación hospitalaria por trastornos neuróticos por sexo, edad y categoría diagnóstica. Año 2005.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.



Literales de los códigos de categorías diagnósticas CIE 9-MC

- 300: Trastornos neuróticos
- 301: Trastornos de la personalidad
- 302: Desviaciones y trastornos sexuales
- 306: Disfunción fisiológica con origen en factores mentales
- Otro 307: Síntomas o síndromes no clasificados en otra parte (exceptuando TCA)
- TCA: Trastornos del comportamiento alimentario, códigos 307.1 y 307.5
- 308: Reacción aguda ante gran tensión
- 309: Reacción de adaptación
- 310: Trastornos mentales no psicóticos por lesiones orgánicas
- 311: Trastornos depresivos no clasificados en otra parte
- 312: Perturbación de conducta no clasificada en otra parte

6.2.2. Ingresos por causa psiquiátrica en menores de 18 años

La tasa de ingresos en este grupo de edad fue de 63,3 por 100 mil habitantes en hombres y 108,5 por 100 mil en mujeres. Por categoría diagnóstica, en niños destaca la tasa por trastornos propios de la niñez, mucho más alta que en niñas. En éstas sobresale la frecuentación por TCA. La mitad de los ingresos por Trastornos neuróticos son debidos, en ambos sexos, a trastornos de la personalidad (301).

En la figura 6.9 se representa la distribución de estos ingresos por grupos de edad en esta población.

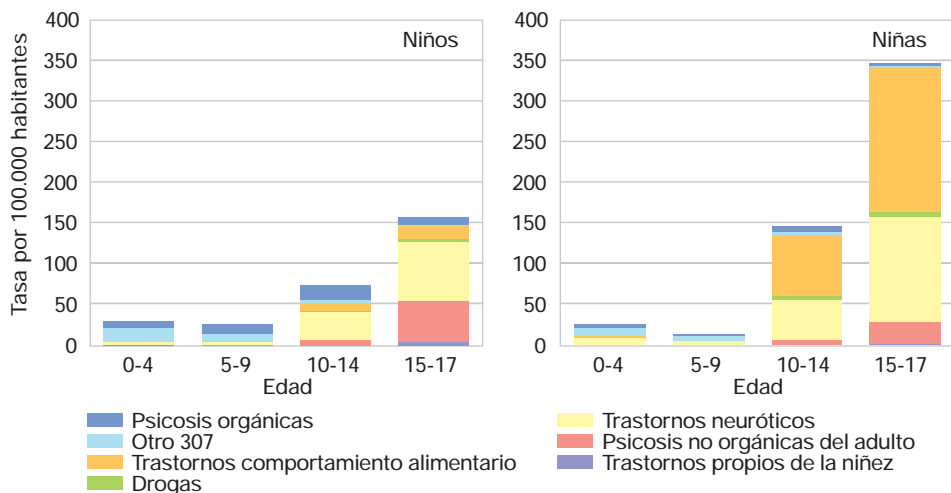


Figura 6.9. Comunidad de Madrid. Tasas de frecuentación hospitalaria por enfermedades psiquiátricas en menores de 18 años, por sexo, edad y categoría diagnóstica. Año 2005.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

Como se puede observar, entre 14 y 17 años empiezan a cobrar importancia los ingresos por Psicosis no orgánicas del adulto, más acusado en varones, mientras en niñas la tasa total se eleva fuertemente a partir de los diez años como consecuencia de los ingresos por TCA.

6.2.3. Ingresos por causa neurológica en el total de la población

Entre las enfermedades del sistema nervioso central (SNC) y periférico (SNP), el mayor número de ingresos en ambos sexos se produjo por mononeuritis del miembro superior: 1.260 ingresos en hombres (27% del total de este grupo) y 5.041 en mujeres (57% del total). Por grupos de edad, en niños destacan las epilepsias y en mayores de 60 años las enfermedades degenerativas del SNC, aunque siguen teniendo mucha importancia las enfermedades del SNP. En la figura 6.10 se muestra la distribución por edad y sexo de las categorías pertenecientes a este grupo de patologías.

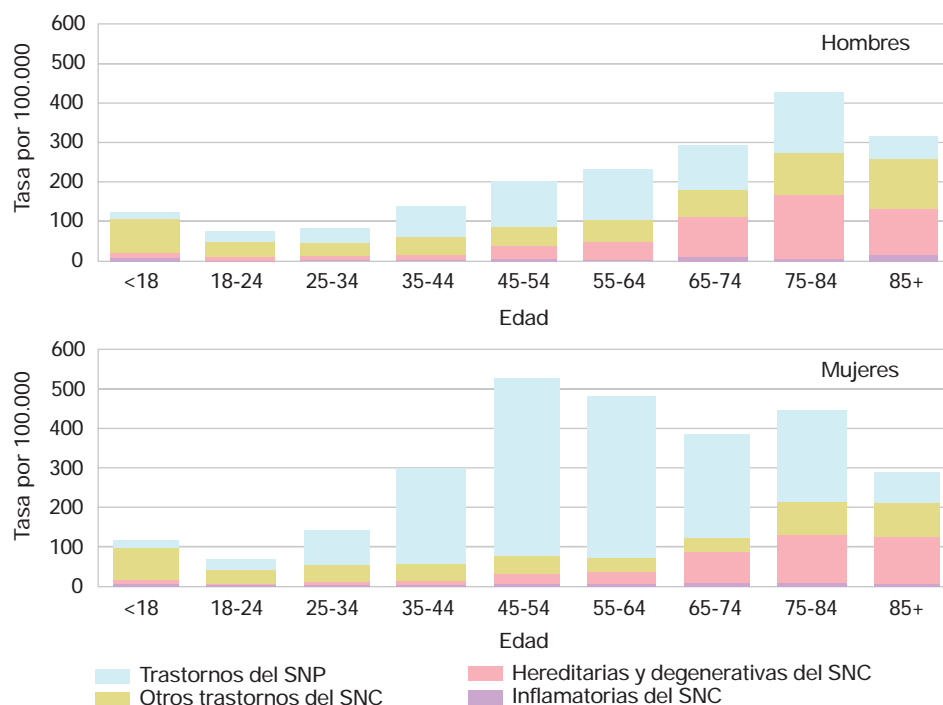


Figura 6.10. Comunidad de Madrid. Tasas de frecuentación hospitalaria por trastornos del sistema nervioso central (SNC) y periférico (SNP), por sexo, edad y categoría diagnóstica. Año 2005.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

Las rúbricas más frecuentes son la epilepsia (incluida en el grupo de Otros trastornos del SNC (67% en hombres y el 55% en mujeres)) y, dentro de las enfermedades hereditarias y degenerativas del SNC, la enfermedad de Alzheimer, que supone el 27% de los casos en hombres y el 29% en mujeres, junto con la enfermedad de Parkinson (el 23,7% en hombres y el 18% en mujeres). La entidad diagnóstica de otros síndromes extrapiramidales supone el 22,5% en hombres y el 28% en mujeres.

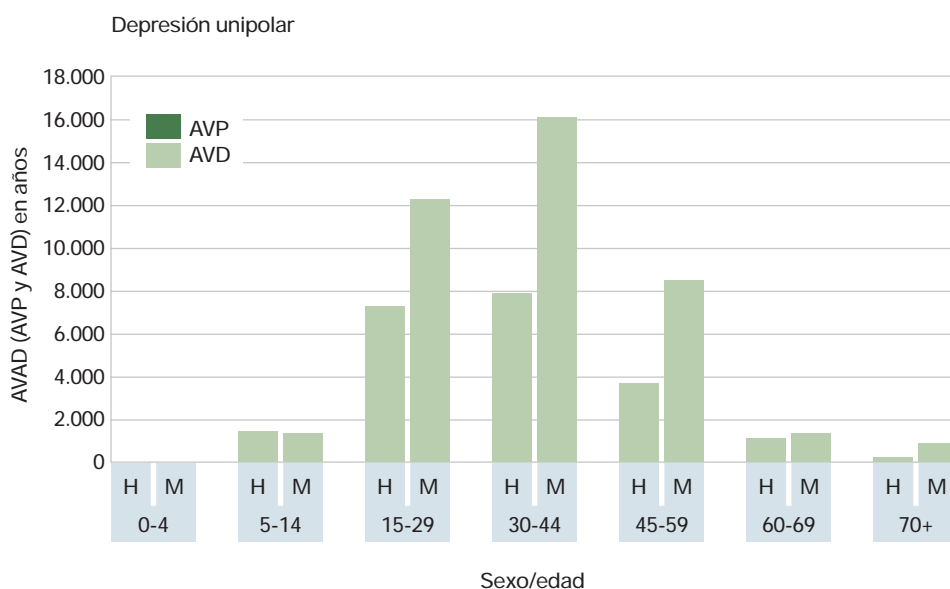
6.3. Carga de enfermedad por enfermedades neuropsiquiátricas

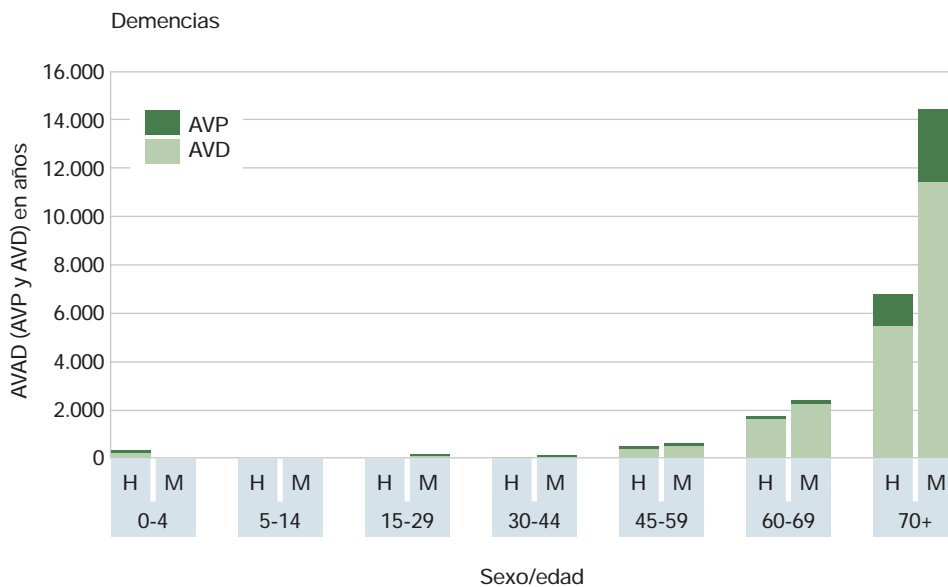
Las enfermedades neurológicas y psiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la Comunidad de Madrid. En 2005, de un total de 612 mil años de vida sanos perdidos, a este grupo de enfermedades correspondieron 197 mil (un 32,3 por ciento del total), por encima de los tumores o las enfermedades cardiovasculares. El componente de discapacidad y mala salud tiene en ellas un peso (94,4 por ciento) mucho mayor que el atribuible a la mortalidad.

La carga de enfermedad por enfermedades neuropsiquiátricas recoge el impacto en la salud de la población de causas de distinta naturaleza, lo que se traduce en esquemas por edad y sexo asimismo diferentes. La depresión, el abuso de drogas y el abuso de alcohol suponen pérdidas especialmente a edades jóvenes (la primera de ellas más en mujeres, las dos siguientes más en varones), y en ellos el efecto de la mortalidad es muy reducido. El otro grupo con mayor presencia, las demencias, afecta en cambio tanto más cuanto mayor es la edad, y a partir de los 70 años registran un componente creciente de mortalidad (figura 6.11).

Figura 6.11. Comunidad de Madrid. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por depresión unipolar y por demencias, por sexo, edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Año 2005.

Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.





6.4. Mortalidad

6.4.1. Mortalidad por trastornos mentales y del sistema nervioso

En 2005 se produjeron en la Comunidad de Madrid 987 defunciones por trastornos mentales (291 en hombres y 696 en mujeres), con unas tasas brutas respectivas de 16,55 por 100 mil, 10,08 y 22,63. La mayor parte de estas defunciones se concentran en edades muy altas y corresponden a demencias (trastornos mentales orgánicos seniles y preseniles, con 951 muertes del total). Por su parte, las enfermedades del sistema nervioso sumaron 1.588 muertes (599 en hombres y 989 en mujeres), con tasas de 26,63 por cien mil en ambos sexos, 20,74 en hombres y 32,15 en mujeres. La principal causa específica dentro de este grupo es la enfermedad de Alzheimer, asimismo concentrada en edades elevadas.

La mortalidad por enfermedades del sistema nervioso sigue una tendencia ascendente en el último cuarto de siglo, una vez ajustada por edad (figura 6.12). Por su parte, la evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad por trastornos mentales muestran un fuerte crecimiento desde los bajos niveles de primeros de los años ochenta hasta máximos a mediados de los años noventa, pero posteriormente la serie cambia de tendencia. Esta evolución debe ponerse en relación con la seguida por el grupo de demencias no especificadas, cuya tasa tiende a disminuir, y las tasas de la enfermedad de Alzheimer (pertenecientes al capítulo de enfermedades neurológicas o del sistema nervioso), que a finales de los noventa, coincidiendo con el cambio de revisión de la clasificación internacional de enfermedades (de CIE-9 a CIE-10), aumentan considerablemente no sólo por su mayor incidencia, sino también por recibir parte de los casos anteriormente codificados como demencias inespecíficas (figura 6.13).

Figura 6.12. Comunidad de Madrid. Tasas estandarizadas de mortalidad por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, por sexo. Años 1980 a 2005.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Vigilancia de la mortalidad On Line. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

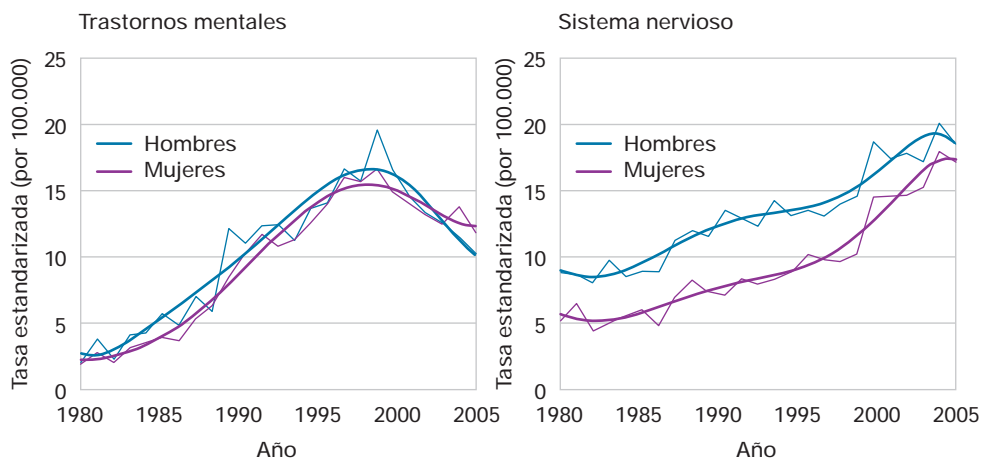
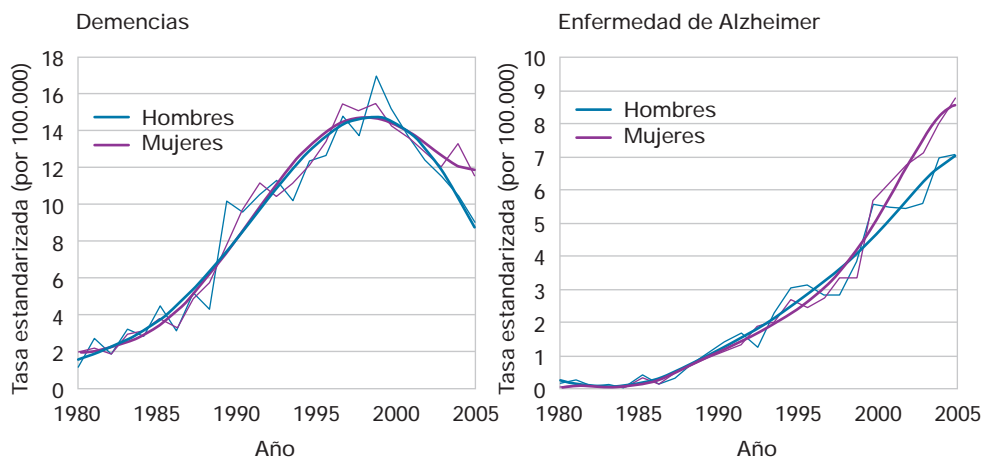


Figura 6.13. Comunidad de Madrid. Tasas estandarizadas de mortalidad por demencias y por enfermedad de Alzheimer, por sexo. Años 1980 a 2005.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Vigilancia de la mortalidad On Line. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



6.4.2. Mortalidad y morbilidad por suicidio

La mortalidad por suicidio, englobada en la clasificación internacional de enfermedades dentro del capítulo de las causas externas, está íntimamente vinculada a los trastornos mentales. Abundando en la información que se puede consultar al respecto en el capítulo 9 de este Informe se presentan a continuación algunos datos referidos al año 2005.

En la Comunidad de Madrid se produjeron 190 muertes por suicidio en hombres y 65 en mujeres en el año 2005, lo que supone una tasa por 100 mil habitantes de 6,6 en hombres y 2,1 en mujeres. Los grupos de edad donde las tasas son más altas son los mayores de 65 años, aunque la importancia relativa de la muerte por suicidio es mayor en jóvenes, causando el 8,5% de todas las muertes en hombres entre 15 y 34 años de edad y el 9,5% en mujeres (figura 6.14).

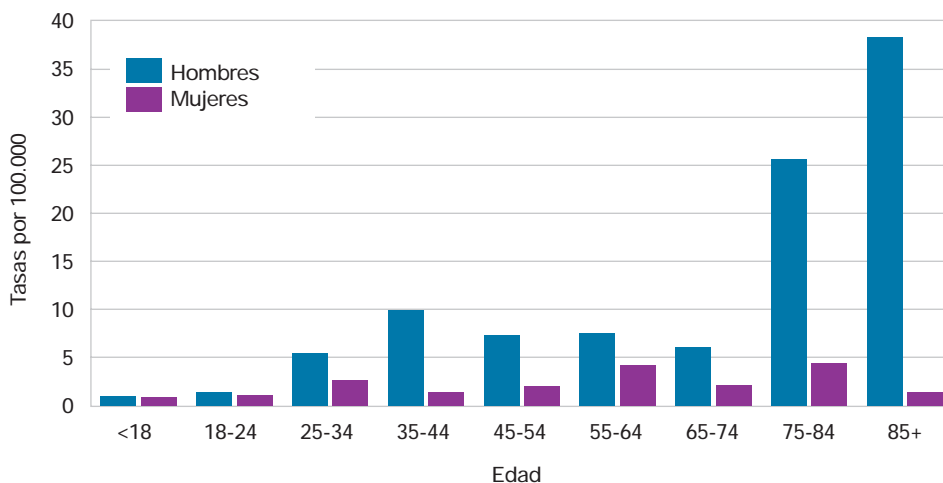


Figura 6.14. Comunidad de Madrid. Tasas específicas de mortalidad por suicidio, por edad y sexo. Año 2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población (IECM) y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

La importancia de la mortalidad por suicidio en las edades jóvenes queda puesta especialmente en evidencia al estimar los Años Potenciales de Vida Perdidos y compararlos con el total de AVP por todas las causas, según el grupo de edad. Sobre el total de AVP por todas las causas y ambos sexos en 2005, apenas el 1,88 por ciento son atribuibles a fallecimientos por suicidio (2,25 por ciento en hombres, 1,31 en mujeres). Sin embargo, tal como se aprecia en la figura 6.15, el peso relativo de los AVP por edad es singularmente importante en los menores de 45 años.

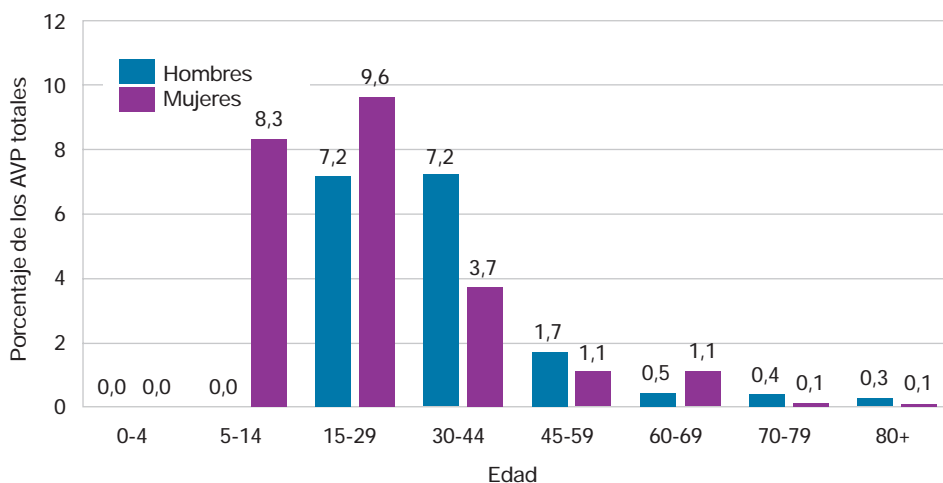


Figura 6.15. Comunidad de Madrid. Proporción de Años Potenciales de Vida Perdidos por Suicidio, por edad y sexo. Año 2005.

Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

No todos los intentos de suicidio acaban en fallecimiento. En 2005 se registraron 793 casos de intento de suicidio que requirieron ingreso hospitalario, de los cuales el 40 por ciento (314) se dieron en hombres y el 60 por ciento (479) en mujeres. La tasa de frecuentación fue de 13,3 casos por 100 mil habitantes, 10,9 en hombres y 15,6 en mujeres.

La media de edad fue de 42,3 (DE 16,27) años en los hombres y de 38,6 (DE 18,34) en las mujeres. En la tabla 6.3 se muestra la distribución del número de intentos de suicidio por grupo de edad y sexo que necesitaron hospitalización. Se puede apreciar que el

mayor porcentaje se da en adultos jóvenes, aunque habría que destacar el importante porcentaje en mujeres menores de 19 años (15,9%). En el 74% de los casos el método empleado fue la ingestión de tóxicos y medicamentos.

Tabla 6.3. Comunidad de Madrid. Número y proporción de intentos de suicidio que necesitaron hospitalización, por edad y sexo. Año 2005.

Fuente: CMBD. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
10-14	5	1,6	35	7,3	40	5,0
15-19	5	1,6	41	8,6	46	5,8
20-24	25	8,0	43	9,0	68	8,6
25-29	38	12,1	56	11,7	94	11,9
30-34	36	11,5	48	10,0	84	10,6
35-39	48	15,3	45	9,4	93	11,7
40-44	56	17,8	54	11,3	110	13,9
45-49	21	6,7	39	8,1	60	7,6
50-54	16	5,1	39	8,1	55	6,9
55-59	16	5,1	19	4,0	35	4,4
60-64	7	2,2	9	1,9	16	2,0
65-69	14	4,5	13	2,7	27	3,4
70-74	10	3,2	10	2,1	20	2,5
75-79	5	1,6	14	2,9	19	2,4
80-84	7	2,2	7	1,5	14	1,8
85 y más	5	1,6	7	1,5	12	1,5
Total	314	100	479	100	793	100

En el 82,5 por ciento de los casos (654) consta registrado uno o más diagnósticos de patología mental, bien como diagnóstico principal (123 casos) o secundario. La distribución de grupos diagnósticos entre los que tienen como diagnóstico principal alguna patología mental se puede apreciar en la tabla 6.4:

Tabla 6.4. Comunidad de Madrid. Casos de intento de suicidio que necesitaron hospitalización con una patología mental como diagnóstico principal. Año 2005.

Fuente: CMBD. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

	Diagnóstico principal (CIE-9-MC)	
	Casos	%
Psicosis (295-298)	40	32,5
Trastornos neuróticos (300)	15	12,2
Trastornos de la personalidad (301)	29	23,6
Abuso sustancias (303 y 305)	12	9,8
Trastornos adaptativos y otras depresiones (309 y 311)	26	21,1
Otros	1	0,8
Total	123	100,0

Entre los diagnósticos secundarios, los que aparecen en mayor proporción son los relacionados con el abuso de sustancias (35%) seguido de los trastornos adaptativos y otras depresiones (18%). Le siguen los trastornos de la personalidad con el 16,6% y las psicosis con el 11,2%. Por último, los trastornos neuróticos se presentan en el 10% y los trastornos de la alimentación con el 4,3% (debe recordarse que un caso puede tener dos o más diagnósticos secundarios).

6.5. Conclusiones y recomendaciones

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la Comunidad de Madrid, con un claro predominio del componente de discapacidad sobre el de mortalidad.

La tasa de casos psiquiátricos atendidos en los Centros de Salud Mental en 2004 fue de 1.435 por 100 mil en hombres y 2.146 por 100 mil en mujeres. La patología más frecuente, tanto en casos nuevos como casos totales atendidos, la constituyen los trastornos neuróticos y adaptativos, grupo en el que se ha producido un incremento importante en los últimos diez años. Las patologías que producen el mayor número de ingresos hospitalarios son las psicosis propias del adulto y los trastornos de la personalidad, así como los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en las mujeres jóvenes.

La tasa de trastornos mentales en la infancia y adolescencia fue de 1.022 por 100 mil en niños y 830 por 100 mil en niñas en 2004, habiéndose incrementado respecto a 1995, al igual que en adultos. La atención adecuada de este grupo de población, tanto de los trastornos propios de la niñez como de los trastornos graves de inicio precoz, fundamentalmente las psicosis y los TCA, permite mejorar el pronóstico y disminuir la discapacidad que estas enfermedades generan.

La mortalidad en este grupo de enfermedades se produce fundamentalmente por enfermedades degenerativas del sistema nervioso central que afectan a personas de edad avanzada, mientras las enfermedades propiamente psiquiátricas generan mortalidad principalmente por suicidio: las tasas más altas se dan en mayores de 75 años pero su importancia relativa es muy grande en jóvenes, entre quienes constituye la segunda causa de muerte tras los accidentes de tráfico.

En definitiva, podemos concluir que la patología psiquiátrica afecta fundamentalmente a personas jóvenes en ambos sexos, lo cual, unido a la importante discapacidad y cronicidad que generan, determina el impacto que este grupo de enfermedades tiene en la salud de la población.

6.6. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar este objetivo

- ***Programa de apoyo y asesoramiento a grupos de ayuda mutua.***
- ***Programa de Salud Pública en colectivos en situación de especial vulnerabilidad.***
- ***Programa de prevención y promoción de la salud en personas mayores.***
- ***Programa de promoción y educación en alimentación y nutrición.***
- ***Programa de evaluación de factores socioculturales asociados a la educación para la salud.***
- ***Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008 (Consejería de Sanidad).***
- ***Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 (Consejería de Familia y Asuntos Sociales).***