



UCA

Universidad
de Cádiz





DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS EPISODIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICOS EN ESPAÑA

Tesis Doctoral presentada por:

Pilar Bas Sarmiento

Directores:

Dr. D. José Almenara Barrios

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cádiz.

Dra. Doña. M^a José Casas Gil

Departamento de Psicología. Universidad de Cádiz.

*En memoria de mi padre, a su mirada, el reflejo de mi sana autoestima.
A mi hijo, Miguel, con todo mi amor.*

Agradecimientos

A lo largo de todo el proceso de desarrollo de esta Tesis Doctoral he contraído deudas de reconocimiento con personas e instituciones a las que quisiera expresar mi más sincero agradecimiento.

Sin el permiso concedido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que posibilitó el acceso a los datos no hubiese sido posible llevar a cabo este trabajo. Los funcionarios responsables en dicha institución siempre respondieron amablemente a mis dudas y demandas de información. También agradecer al Instituto Nacional de Estadística los datos aportados.

Quiero hacer este agradecimiento extensivo a los miembros del proyecto, Patrones de Uso de Servicios de Salud Mental, financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad (ETES), y de la extinta red RIRAG financiada por la misma entidad. De entre ellos señalar de manera muy especial a José Alberto Salinas Pérez, miembro del Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial (GEMP), por la elaboración de los mapas, lo que ha facilitado enormemente la visión de conjunto de los datos.

Desgraciadamente, la persona que hizo posible que se iniciara este trabajo, mi amigo y primer Director de Tesis, el Dr. D. Cesáreo García Ortega, no podrá leer estas líneas. Él fue quién me animó a realizar este estudio y cuando las circunstancias, un cáncer, requerían mostrar la debilidad humana, me ratificó su extraordinaria condición como persona, se preocupó de dejarme en buenas manos, me alentó y me enseñó, con su ejemplo, la lección más importante que posiblemente aprenderé jamás. Espero haber cumplido con sus expectativas y con la confianza que depositó en mí.

A mis Directores, por sus sabias sugerencias. Especialmente al Dr. D. José Almenara Barrios, que me ha guiado, acompañado y motivado con cariño. No olvidaré, la dedicación, las lecciones magistrales de estadística, las valoraciones ocurrentes, las tertulias taurinas...ese buen hacer que le hace responsable del rigor que pueda contener este trabajo, gracias por todo.

A mi Director de Departamento y amigo, Dr. D. Luis Moreno Corral, por respetar el tiempo que he tenido que dedicar a esta tarea no involucrándome demasiado, como de costumbre, en otros menesteres.

A Martina, profesora Titular de la E.U. de Enfermería, por su compañía, sus ocurrencias, por conocer como nadie las actualizaciones de la normativa de Vancouver y por aguantarme cuando asumo mi derecho a no ser asertiva.

Al resto de compañeros y amigos que se han leído este trabajo y a los que se han interesado por su evolución y me han hecho sentir que podía contar con ellos. Gracias a todos por entender mis peculiares abstracciones.

A mi familia, especialmente a Miguel, por el apoyo logístico, por todos los días, por esas cenas y sobre todo por hacer que nuestro hijo no notara mis ausencias.



ÍNDICE

ACRÓNIMOS XIX**PRESENTACIÓN** XXI**I. INTRODUCCIÓN** 1

I.1. Epidemiología en Salud Mental	6
I.1.1. Campo de Estudio y Consideraciones Específicas	6
I.1.2. Evolución de la Epidemiología Psiquiátrica	6
I.1.3. Características Epidemiológicas Básicas de los diferentes Trastornos Mentales	9
I.1.3.1. Trastorno Psicótico	9
I.1.3.2. Depresión	10
I.1.3.3. Trastornos relacionados con Abuso de Sustancias	10
I.1.4. La Distribución de la Enfermedad Mental en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud	11
I.1.5. Perspectivas Futuras para la Epidemiología de los Trastornos Mentales	12

II. EL SISTEMA DE SALUD MENTAL 15

II.1. Evolución del Sistema de Salud Mental: la Reforma Psiquiátrica	17
II.1.1. Diferencias Interterritoriales	19
II.2. Características Específicas del Sistema de Salud Mental	21
II.2.1. Características Específicas respecto al Sistema Sanitario General	21
II.2.3. Red de Dispositivos de Salud Mental	23
II.2.3. Diferencias Interterritoriales respecto a los Recursos	25
II.2.3.1. Distribución de los Recursos en las Unidades de Hospitalización Breve	27

III. SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL 31

III.1.	Descripción de los Sistemas de Información	34
III.2.	Desarrollo de los Sistemas de Información en España	34
III.3.	Sistemas de Información Vigentes en nuestro País	37
III.4.	Indicadores Sanitarios	39
III.4.1.	<i>Indicadores de Salud Mental</i>	39
III.4.2.	<i>Indicadores para la Medición de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas</i>	45
III.5.	Sistemas de Clasificación	46
III.5.1.	<i>Las Clasificaciones en Psicopatología</i>	46
III.5.1.1.	Evolución Histórica	52
III.5.1.2.	Clasificaciones Internacionales Vigentes	59
III.5.1.2.1.	La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)	59
III.5.1.2.2.	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)	62
III.5.2.	<i>Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)</i>	65
III.5.2.1.	Descripción	65
III.5.2.2.	Evolución	66
III.5.2.3.	Uso Internacional	69
III.5.2.4.	Los GRD en España	70
III.5.2.5.	Aplicación de los GRD	71
III.5.2.5.1.	Uso Clínico de la Información Basada en GRD	71
III.5.2.5.2.	Conocer la Actividad y Funcionamiento Hospitalario	72
III.5.2.5.3.	Monitorización de la Calidad de los Cuidados	73
III.5.2.5.4.	Aplicación de los GRD en Psicopatología	73

IV. FINALIDAD, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

79

IV.1.	Finalidad	81
IV.2.	Justificación	82
IV.3.	Objetivos	86
IV.3.1.	Objetivo General	86
IV.3.2.	Objetivos Específicos	86

V. MATERIAL Y MÉTODO

87

V.1.	Aspectos Generales: Diseño del estudio	89
V.2.	El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH)	91
V.2.1.	Definición	91
V.2.2.	Contenido del CMBDAH	91
V.2.3.	Recogida de Información	93
V.2.4.	Descripción del Software Utilizado para la Obtención del CMBDAH	93
V.3.	Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (Diagnosis Related Groups)	94
V.3.1.	Definición	94
V.3.2.	Características del Esquema de Clasificación de Pacientes por GRD	94
V.3.3.	Variables Implicadas en la Clasificación	95
V.3.3.1.	Categorías Diagnósticas Mayores (CDM)	96
V.3.4.	Los GRD en Psiquiatría	97
V.3.4.1.	CDM 19. Trastornos Mentales	97
V.3.4.2.	CDM 20. Uso de Drogas/Alcohol y Trastornos Mentales Orgánicos Inducidos	98
V.3.5.	Software Utilizados para la Asignación de GRD: Programas CLINOS y PC-GROUPER	100

V.4.	Sistemas de Información Geográfica (SIG)	101
V.5.	Análisis Estadístico	102
V.5.1.	<i>Introducción</i>	102
V.5.2.	Medida de la Incidencia de los Ingresos por Patologías Mentales	103
V.5.2.1.	Incidencia Acumulada o Riesgo	103
V.5.2.2.	Densidad de Incidencia o Tasa de Incidencia	103
V.5.3.	Análisis Multivariante	106
V.5.3.1.	Análisis de Componentes Principales	106
V.5.3.2.	Análisis Cluster	107

VI. RESULTADOS

109

VI.1.	Población Estudiada	111
VI.2.	Episodios de Hospitalización	114
VI.2.1.	<i>Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia Anual</i>	114
VI.2.2.	<i>Distribución por Sexos, CCAA y Razón</i>	117
VI.3.	El Diagnóstico Principal según CIE-9-MC	121
VI.3.1.	Ingresos en CDM19	121
VI.3.1.1.	Distribución del Diagnóstico Principal según Género	122
VI.3.1.2.	Distribución de la Incidencia según Diagnóstico y CCAA	123
VI.3.1.3.	Morbilidad Psiquiátrica Hospitalaria más frecuente: Representación Cartográfica, Distribución por Género y CCAA	126
VI.3.2.	Ingresos en CDM20	133
VI.3.2.1.	Distribución del Diagnóstico Principal según Género	134
VI.3.2.2.	Distribución de la Incidencia según Diagnóstico y CCAA	135
VI.3.2.3.	Morbilidad Psiquiátrica Hospitalaria más Frecuente: Representación Cartográfica, Distribución por Género y CCAA	136

VI.4.	Estancias Hospitalarias	144
VI.4.1.	<i>Datos Generales</i>	144
VI.4.2.	<i>Distribución Territorial</i>	145
VI.4.2.1.	CDM 19	145
VI.4.2.2.	CDM 20	147
VI.4.3.	<i>Distribución por CCAA y Sexo</i>	148
VI.4.3.1.	CDM 19	148
VI.4.3.2.	CDM 20	149
VI.4.4.	<i>Diagnósticos más Frecuentes</i>	150
VI.5.	Entidades Diagnósticas más Relevantes: Análisis del Cuarto Dígito de la CIE 9-MC	157
VI.5.1.	<i>El Diagnóstico Principal 295: Trastornos Esquizofrénicos</i>	157
VI.5.2.	<i>Diagnóstico Principal 296: Psicosis Afectivas</i>	172
VI.5.3.	<i>Diagnóstico Principal 300: Trastornos Neuróticos</i>	186
VI.6.	Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico	201
VI.6.1.	<i>GRD CDM 19</i>	201
VI.6.1.1	GRD 424: Procedimiento Quirúrgico con Diagnóstico Principal de Enfermedad Mental	203
VI.6.1.2.	GRD 425: Reacción de Adaptación Aguda y Trastorno de Disfunción Psicosocial	207
VI.6.1.3.	GRD 426: Neurosis Depresiva	211
VI.6.1.4.	GRD 427: Neurosis Excepto Depresiva	215
VI.6.1.5.	GRD 428: Trastornos de la Personalidad y del Control de Impulsos	219
VI.6.1.6.	GRD 429: Alteraciones Orgánicas y Retraso Mental	223
VI.6.1.7.	GRD 430: Psicosis	227
VI.6.1.8.	GRD 431: Trastornos Mentales de la Infancia	231
VI.6.1.9.	GRD 432: Otros Diagnósticos de Trastorno Mental	235
VI.6.1.10.	GRD 483: Traqueotomía Excepto por Trastorno de Boca, Laringe o Faringe	239

VI.6.2.	GRD CDM20	239
VI.6.2.1.	GRD 743: Abuso o Dependencia de Opiáceos, Alta Voluntaria	241
VI.6.2.2.	GRD 744: Abuso o Dependencia de Opiáceos, Con Complicaciones	245
VI.6.2.3.	GRD 745: Abuso o Dependencia de Opiáceos, Sin Complicaciones	249
VI.6.2.4.	GRD 746: Abuso o Dependencia de Cocaína u Otras Drogas, Alta Voluntaria	253
VI.6.2.5.	GRD 747: Abuso o Dependencia de Cocaína u Otras Drogas Con Complicaciones	257
VI.6.2.6.	GRD 748: Abuso o Dependencia de Cocaína u Otras Drogas Sin Complicaciones	261
VI.6.2.7.	GRD 749: Abuso o Dependencia de Alcohol, Alta Voluntaria	265
VI.6.2.8.	GRD 750: Abuso o Dependencia de Alcohol Con Complicaciones	268
VI.6.2.9.	GRD 751: Abuso o Dependencia de Alcohol Sin Complicaciones	272
VI.6.2.10.	GRD 470: Invalidados	275
VI.6.2.11.	GRD 483: Traqueotomía Excepto por Trastorno de Boca, Laringe o Faringe	275
VI.7.	Creación de Índices Multivariantes	277

VII. DISCUSIÓN

287

VII.1.	Epidemiología General: Morbilidad Hospitalaria en Salud Mental	291
VII.1.1.	Diagnóstico Principal según CIE-9-MC	294
VII.1.2.	Estancias Hospitalarias	295

VII.2. Influencia del Género en los Ingresos Psiquiátricos	297
VII.2.1. Tipología según Género	297
VII.2.2. Estancias Hospitalarias, Edad de Ingreso y Género	301
VII.3. Influencia del Área en los Ingresos Psiquiátricos	304
VII.3.1. Tipología Regional	304
VII.3.2. Estancias y Edad de Ingreso: Diferencias Regionales ..	307
VII.4. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico	309
VII.4.1. GRD CDM 19	309
VII.4.2. GRD CDM 20	311
Nivel de Recursos Asistenciales, Planificación en Salud	
VII.5. Mental en el Estado de las Autonomías, Curso de la	315
Reforma Psiquiátrica y Variabilidad en la Práctica Clínica ..	
VII.6. Limitaciones	317

VIII. CONCLUSIONES 321

VIII.1. Epidemiología General	324
VIII.1.1. Diagnóstico Principal según CIE 9-MC	325
VIII.1.2. Estancias Hospitalarias	325
VIII.2. Influencia de Género en los Ingresos Psiquiátricos	326
VIII.3. Influencia del Área en los Ingresos Psiquiátricos	328
VIII.4. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico	330

IX. BIBLIOGRAFÍA 335

Índice de Figuras

Figura 1.	Indicadores relacionados con la Planificación de la Salud Mental	5
Figura 2.	Modelo de Goldberg y Huxley	12
Figura 3.	Total profesionales por 100.000 habitantes en Hospitalización Breve de Adultos por CCAA	29
Figura 4.	Esquema del Proyecto “Monitoring Mental Health System and Services”	40
Figura 5.	Dificultades existentes en el establecimiento de indicadores de salud mental en nuestro País	43
Figura 6.	Algoritmo de clasificación de los episodios en GRD a partir de los datos del CMBDAH	95
Figura 7.	Representación Gráfica de la Tasa de Incidencia anual de episodios de hospitalización en CDM 19 por CCAA	115
Figura 8.	Representación gráfica de la tasa de incidencia anual de episodios de hospitalización en CDM 20 por CCAA	117
Figura 9.	Representación gráfica de la razón hombre/mujer de los episodios de hospitalización en CDM 19	118
Figura 10.	Representación gráfica de la razón hombre/mujer de los episodios de hospitalización en CDM 20	120
Figura 11.	Representación gráfica, en porcentajes, de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 19, por CCAA	130
Figura 12.	Representación gráfica, en porcentajes, de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 20, por CCAA	140
Figura 13.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización, en los distintos tipos de trastornos esquizofrénicos, según CIE-9-MC	158
Figura 14.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización, en los distintos tipos de Psicosis Afectivas, según CIE-9-MC	173
Figura 15.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización, en los distintos tipos de trastornos neuróticos, según CIE-9-MC	187
Figura 16.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 424 por sexos	204
Figura 17.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 425 por sexos	207
Figura 18.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 426 por sexos	211
Figura 19.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 427 por sexos	215
Figura 20.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 428 por sexos	219
Figura 21.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 429 por sexos	223
Figura 22.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 430 por sexos	227
Figura 23.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 431 por sexos	231
Figura 24.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 432 por sexos	235
Figura 25.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 743 por sexos	242

Figura 26.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 744 por sexos	245
Figura 27.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 745 por sexos	249
Figura 28.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 746 por sexos	253
Figura 29.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 747 por sexos	257
Figura 30.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 748 por sexos	261
Figura 31.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 749 por sexos	265
Figura 32.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 750 por sexos	268
Figura 33.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 751 por sexos	272
Figura 34.	Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 483 por sexos	276
Figura 35.	Cluster de las comunidades para las puntuaciones en las componentes principales	284

Índice de Mapas

Mapa 1.	Total de camas psiquiátricas por 10.000 habitantes	22
Mapa 2.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia anual de EH en CDM 19	115
Mapa 3.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia anual de EH en CDM 20	117
Mapa 4.	Distribución Territorial de la razón de los EH en CDM 19	119
Mapa 5.	Distribución Territorial de la razón de los EH en CDM 20	120
Mapa 6.	Distribución Territorial de la incidencia de Trastornos Esquizofrénicos	126
Mapa 7.	Distribución Territorial de la incidencia de Psicosis Afectivas	127
Mapa 8.	Distribución Territorial de la incidencia de Trastornos Neuróticos	127
Mapa 9.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia de Trastornos de la Personalidad	128
Mapa 10.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia de Otras Psicosis Orgánicas .	128
Mapa 11.	Distribución Territorial de la incidencia de Psicosis Alcohólica	136
Mapa 12.	Distribución Territorial de la incidencia de Psicosis por Drogas	137
Mapa 13.	Distribución Territorial de la incidencia del Síndrome de Dependencia del Alcohol	137
Mapa 14.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia por Dependencia de Drogas	138
Mapa 15.	Distribución Territorial de la incidencia de Abuso de Drogas sin Dependencia	138
Mapa 16.	Distribución por CCAA de la mediana de estancia en CDM 19	146
Mapa 17.	Distribución por CCAA de la mediana de estancia en CDM 20	147
Mapa 18.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 424	205
Mapa 19.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 425	208
Mapa 20.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 426	212
Mapa 21.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 427	216
Mapa 22.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 428	220
Mapa 23.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 429	224
Mapa 24.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 430	228
Mapa 25.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 431	232
Mapa 26.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 432	236
Mapa 27.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 743	243
Mapa 28.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 744	246
Mapa 29.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 745	250
Mapa 30.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 746	254
Mapa 31.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 747	258
Mapa 32.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 748	262
Mapa 33.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 749	266
Mapa 34.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 750	269
Mapa 35.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 751	273
Mapa 36.	Distribución Territorial de la tasa de incidencia GRD 470	275
Mapa 37.	Puntuaciones Componentes por CCAA	282

Índice de Tablas

Tabla 1.	Ejemplos de estudios epidemiológicos de salud mental en España	8
Tabla 2.	Situación actual de los antiguos hospitales psiquiátricos	20
Tabla 3.	Dispositivos de la red de salud mental	24
Tabla 4.	Profesionales de la red de salud mental por 100.000 habitantes	26
Tabla 5.	Número de camas de hospitalización breve por 1.000 habitantes	27
Tabla 6.	Unidades específicas en hospitalización breve de adultos	28
Tabla 7.	Profesionales por 100.000 habitantes en hospitalización breve de adultos	29
Tabla 8.	Sistemas de Información	38
Tabla 9.	Ejemplos de estudios sobre indicadores de salud mental a nivel internacional	41
Tabla 10.	Ejemplos de estudios sobre indicadores de salud mental a nivel nacional	44
Tabla 11.	Población Española, total, por CCAA y por sexos	90
Tabla 12.	Distribución de los episodios de hospitalización según criterios de clasificación	112
Tabla 13.	Distribución de los episodios de hospitalización incluidos en la CDM 19 y 20 por CCAA	112
Tabla 14.	Población adscrita a las diferentes comunidades Españolas, proyección de población año 2002	113
Tabla 15.	EH con diagnóstico psicopatológico (CDM 19), proyección de población a mitad del periodo y tasa de incidencia (personas-periodo de seguimiento)	114
Tabla 16.	EH con abuso de drogas (CDM 20), proyección de población a mitad del periodo y tasa de incidencia (personas-periodo de seguimiento)	116
Tabla 17.	Distribución de la población de los EH en CDM 19 según género, CCAA y razón hombre/mujer	118
Tabla 18.	Distribución de la población por sexos y por EH en CDM 20, según género, CCAA y razón hombre/mujer por diagnóstico	119
Tabla 19.	Distribución del diagnóstico principal según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización en CDM 19	121
Tabla 20.	Distribución del diagnóstico principal según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, según género	122
Tabla 21.	Distribución por CCAA de las tasas de incidencia por 100.000 habitantes de los EH según diagnóstico principal CIE-9-MC en CDM 19	123
Tabla 22.	Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 19, ordenados por CCAA y expresados en porcentajes	129
Tabla 23.	Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 19, ordenados por CCAA y expresados en porcentajes para el sexo masculino	132
Tabla 24.	Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 19, ordenados por CCAA y expresados en porcentajes para el sexo femenino	133
Tabla 25.	Distribución del diagnóstico principal según CIE-9-MC de los EH en CDM 20	134
Tabla 26.	Distribución del diagnóstico principal según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 20, según género	134
Tabla 27.	Distribución por CCAA de las tasas de incidencia por 100.000 habitantes de los EH según diagnóstico principal CIE-9-MC en CDM 20	135
Tabla 28.	Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 20, ordenados por CCAA y expresados en porcentajes ...	139

Tabla 29.	Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 20, ordenados por CCAA y expresados en porcentajes para el sexo masculino	142
Tabla 30.	Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 20, ordenados por CCAA y expresados en porcentajes para el sexo femenino	143
Tabla 31.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 19	144
Tabla 32.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 19 para el sexo masculino	144
Tabla 33.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 19 para el sexo femenino ..	144
Tabla 34.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20	145
Tabla 35.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20 para el sexo masculino ..	145
Tabla 36.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20 para el sexo femenino .	145
Tabla 37.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 19 por CCAA	146
Tabla 38.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20 por CCAA	147
Tabla 39.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 19, por CCAA para el sexo masculino	148
Tabla 40.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 19, por CCAA para el sexo femenino	148
Tabla 41.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20, por CCAA para el sexo masculino	149
Tabla 42.	Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20, por CCAA para el sexo femenino	150
Tabla 43.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295	151
Tabla 44.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296	153
Tabla 45.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300	155
Tabla 46.	Distribución por CCAA de las tasas de incidencia por 100.000 habitantes y razón hombre/mujer de los EH según diagnóstico principal 295 CIE-9-MC ..	157
Tabla 47.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos	158
Tabla 48.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos, según género	159
Tabla 49.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos, por CCAA, y expresados en porcentajes	159

Tabla 50.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos, por CCAA, y expresados en porcentajes, para el sexo masculino	160
Tabla 51.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos, por CCAA, y expresados en porcentajes, para el sexo femenino	160
Tabla 52.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.0	162
Tabla 53.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.1	163
Tabla 54.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.2	164
Tabla 55.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.3	165
Tabla 56.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.4	166
Tabla 57.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.5	167
Tabla 58.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.6	168
Tabla 59.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.7	169
Tabla 60.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.8	170
Tabla 61.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 295.9	171
Tabla 62.	Distribución por CCAA de las tasas de incidencia por 100.000 habitantes y razón hombre/mujer de los EH según diagnóstico principal 296 CIE-9-MC ..	172
Tabla 63.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas	172
Tabla 64.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas	173
Tabla 65.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas, por CCAA, y expresados en porcentajes	174
Tabla 66.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas, por CCAA, y expresados en porcentajes, para el sexo masculino	174
Tabla 67.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas, por CCAA, y expresados en porcentajes, para el sexo femenino	175
Tabla 68.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.0	176
Tabla 69.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.1	177
Tabla 70.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.2	178
Tabla 71.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.3	179

Tabla 72.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.4	180
Tabla 73.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.5	181
Tabla 74.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.6	182
Tabla 75.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.7	183
Tabla 76.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.8	184
Tabla 77.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 296.9	185
Tabla 78.	Distribución por CCAA de las tasas de incidencia por 100.000 habitantes y razón hombre/mujer de los EH según diagnóstico principal 300 CIE-9-MC .	186
Tabla 79.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos	186
Tabla 80.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos, según género	187
Tabla 81.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos, por CCAA, y expresados en porcentajes	188
Tabla 82.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos, por CCAA, y expresados en porcentajes, para el sexo masculino	189
Tabla 83.	Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos, por CCAA, y expresados en porcentajes, para el sexo femenino	189
Tabla 84.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.0	191
Tabla 85.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.1	192
Tabla 86.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.2	193
Tabla 87.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.3	194
Tabla 88.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.4	195
Tabla 89.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.5	196
Tabla 90.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.6	197
Tabla 91.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.7	198
Tabla 92.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.8	199
Tabla 93.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA para el diagnóstico 300.9	200
Tabla 94.	Distribución de los EH por GRD en CDM 19	201
Tabla 95.	Distribución de los EH por GRD en CDM 19, por sexos y razón hombre-mujer	202

Tabla 96.	Distribución de los EH por GRD y CCAA expresados en tasas por 100.000 habitantes (CDM 19)	203
Tabla 97.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 424, según género ..	204
Tabla 98.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 424)	206
Tabla 99.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 425, según género ..	208
Tabla 100.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 425)	210
Tabla 101.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 426, según género ..	212
Tabla 102.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 426)	214
Tabla 103.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 427, según género ...	216
Tabla 104.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 427)	218
Tabla 105.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 428, según género ..	220
Tabla 106.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 428)	222
Tabla 107.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 429, según género ..	224
Tabla 108.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 429)	226
Tabla 109.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 430, según género ..	228
Tabla 110.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 430)	230
Tabla 111.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 431, según género ...	232
Tabla 112.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 431)	234
Tabla 113.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 432, según género ..	236
Tabla 114.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 432)	238
Tabla 115.	Distribución de los EH por GRD en CDM 20	239
Tabla 116.	Distribución de los EH por GRD en CDM 20, por sexos y razón hombre-mujer	240
Tabla 117.	Distribución de los EH por GRD y CCAA expresados en tasas por 100.000 habitantes (CDM 20)	241
Tabla 118.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 743, según género ...	242
Tabla 119.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 743)	244
Tabla 120.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 744, según género ...	246
Tabla 121.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 744)	248
Tabla 122.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 745, según género ...	250
Tabla 123.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 745)	252
Tabla 124.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 746, según género ...	254
Tabla 125.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 746)	256
Tabla 126.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 747, según género	258
Tabla 127.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 747)	260
Tabla 128.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 748, según género ..	262

Tabla 129.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 748)	264
Tabla 130.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 749, según género ...	265
Tabla 131.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 749)	267
Tabla 132.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 750, según género ..	269
Tabla 133.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 750)	271
Tabla 134.	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 751, según género ...	272
Tabla 135.	Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y CCAA (GRD 751)	274
Tabla 136.	Estadísticos descriptivos de los indicadores	278
Tabla 137.	Varianza total explicada	279
Tabla 138.	Correlación entre indicadores y componentes	280
Tabla 139.	Matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en las componentes	282
Tabla 140.	Puntuaciones componentes. Orden descendiente por CCAA	282

Acrónimos

- AC: Auxiliar de Clínica
- ACP: Análisis de Componentes Principales
- AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- APA: Asociación Psiquiátrica Americana
- CCAA: Comunidades Autónomas
- CDM: Categoría Diagnóstica Mayor
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
- CMBDAH: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria
- CSM: Centro de Salud Mental
- CP: Componentes Principales
- DALIs: Años de Vida Ajustados por Discapacidad
- DGPNSD: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- EH: Episodios de Hospitalización
- EM: Estancia Media
- GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo
- OED: Observatorio Español sobre Drogas
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PASPEMGC: Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental
- PIB: Producto Interior Bruto
- RACP: Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos
- RDC: Criterios Diagnósticos de Investigación
- RIRAG-SMD: Red de Investigación de Resultados Aplicados a la Gestión de la Salud Mental y la discapacidad del Instituto de Salud Carlos III
- SCP: Sistema de Clasificación de Pacientes
- SEIT: Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías
- SI: Sistema de Información
- SIG: Sistema de Información Geográfica
- SISMA: Sistema de Información de Salud mental en Andalucía
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- TO: Terapeuta Ocupacional
- TS: Trabajador Social
- UDH: Unidades de Desintoxicación Hospitalaria
- UE: Unión Europea
- USMH: Unidad de Salud Mental Hospitalaria
- USMI: Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil
- WHO: World Health Organization

Presentación

La presente Tesis se encuentra enmarcada dentro de los proyectos de investigación siguientes:

- Patrones de uso de servicios de salud mental.
Entidad financiadora: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad. Fondos FIS. Exp. PI05/90210.
- Patrones de uso de los servicios de salud mental de Andalucía.
Entidad financiadora: Junta de Andalucía-Unión Europea-FEDER.
Incentivo a proyectos de investigación de excelencia en equipos de investigación y a la actividad interanual de los grupos de investigación y desarrollo tecnológico andaluces (Orden de 20 de febrero de 2006-BOJA 2).

En la Introducción se describe la epidemiología en el campo específico de la salud mental, lo que se ha denominado “epidemiología psiquiátrica”, su evolución y perspectiva de futuro, evidenciando la importancia que actualmente tienen este tipo de estudios.

En el Capítulo II, se desarrollan las características propias del Sistema de Salud Mental, como ha influido el curso de la reforma psiquiátrica en nuestro país y, por último, se especifican los recursos hospitalarios en salud mental.

En el capítulo III, dedicado a los sistemas de información, se realiza una exposición exhaustiva respecto a los indicadores sanitarios específicos del área, y los sistemas de clasificación psicopatológicos vigentes en nuestro país (entre los que se encuentra el utilizado en el presente trabajo) así como el SCP adoptado por la administración sanitaria (GRD), que podría ser útil como fuente de información epidemiológica en el estudio de entidades nosológicas en salud mental como queda reflejado en el apartado GRD y psicopatología.

Estos capítulos contextualizan la segunda parte de este trabajo (que engloba desde el capítulo IV al VIII) donde se presenta la justificación y objetivos, metodología empleada, los resultados hallados en función de los datos de los ingresos psiquiátricos hospitalarios correspondientes al año 2002, discusión y conclusiones aportadas.



I. Introducción

Harán mejores conjeturas los que tengan más experiencia, porque tienen la mayoría de las señales con las cuales hacer la conjetura”

THOMAS HOBBES.

Según el Informe de Salud Mundial 2001 de la OMS alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales a nivel mundial. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida¹. Las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 30% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALIs –por su siglas en inglés-) y se estima que para el año 2020 aumentarán en un 15%². La depresión unipolar, por sí sola, será la responsable del 5,7% de los DALIs, convirtiéndose en la segunda causa de enfermedad más importante en el mundo, en términos de su peso global. Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas.

La preocupación creciente por este fenómeno se evidencia, en las últimas décadas, en la proliferación de informes institucionales, planes y programas preventivos para reducir el riesgo de los trastornos mentales³⁻⁶, trastornos relacionados con el abuso de sustancias⁷ y suicidio⁸.

El Estado español obtiene en los primeros años de la década de los 90 unas tasas de mortalidad por trastornos mentales de 13,3 casos por cada 100.000 en los varones y de 21,4 por cada 100.000 en las mujeres, lo cual es superior a las tasas de países como Portugal, Inglaterra, Gales, Italia o Austria, e inferiores a países como Finlandia, Francia y Alemania. En términos generales se considera que un 2% de la población española padece un trastorno mental severo y que entre un 10 y un 20% presenta un trastorno psíquico⁹⁻¹¹ con diferencias entre el medio urbano y rural.

Los diferentes estudios realizados en nuestro país^{10,12-19} obtuvieron unos porcentajes de prevalencia para las mujeres entre el 20 y el 34% y entre el 8 y el 21% para los hombres.

Recientemente, se han presentado los primeros resultados del proyecto ESEMeD-España (2006), estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en nuestro país. Un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia²⁰.

Las tasas de enfermedades mentales tratadas son muy inferiores a las estimaciones de incidencia general de trastorno psiquiátrico. Se estima que por cada paciente tratado existen 20 personas fuera de los círculos asistenciales, lo que se denomina “morbilidad psiquiátrica oculta”²¹. Las cifras de frecuentación de los servicios de medicina general por pacientes mayores de 14 años con trastornos mentales es del 24%, si se excluyen los “trastornos psicósomáticos”²² e incluyendo éstos se ofrecen cifras que oscilan entre un 30-50% de los problemas de salud atendidos por los equipos de atención primaria²³⁻²⁶.

El impacto económico de los trastornos mentales es amplio, imponen una serie de costes en los individuos, familias y comunidades. En los EE.UU. el total de los costes anuales relacionados con los trastornos mentales suponen más que los costes atribuidos al cáncer, enfermedades respiratorias o SIDA²⁷. A pesar de que las estimaciones de los costes directos, en los países de bajos ingresos, no alcanzan estos niveles debido a la poca disponibilidad y cobertura de los servicios de atención de salud mental, los costes indirectos que surgen de la pérdida de productividad representan una proporción mayor de los gastos generales¹. La pérdida de empleo, la reducción de la productividad, el impacto en la familia y en los proveedores de cuidado personal, los niveles de criminalidad y seguridad pública y el impacto negativo de la mortalidad prematura suponen un alto coste indirecto. Se ha estimado que el coste por trastornos mentales se aproxima al 3% del PNB en los países con una economía de mercado²⁸.

Los trastornos mentales, incluyendo los trastornos del uso de sustancias, incrementarán su presencia como causa de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestro país exigiendo que servicios sanitarios, gestores, planes y políticas de salud estén a la altura de las circunstancias. Según datos de la Organización Mundial de la Salud se prevé que en Europa se de un considerable incremento de trastornos mentales por causas relacionadas con el envejecimiento, el estilo de vida (alcohol, violencia, estrés, comportamientos sexuales, etc.) y la exposición a situaciones psicosociales adversas, el debilitamiento de los vínculos sociofamiliares, el desempleo, la movilidad geográfica y las crecientes bolsas de exclusión social (marginales,

inmigrantes, sin techo, etc.). Por tanto, se hace necesario el manejo epidemiológico de estos problemas, estimaciones actualizadas de trastorno en la población, de uso y distribución de servicios y las valoraciones de costes asociados ya que los factores más importantes que determinan la planificación de la Salud Mental son las características sociodemográficas, la morbilidad psiquiátrica y la utilización de servicios de salud mental.

Figura 1. Indicadores relacionados con la planificación de la salud mental.



Fuente: Garrido, Salvador-Carulla, Salinas, Almenara, en prensa¹⁹.

I.1. Epidemiología en Salud Mental.

I.1.1. Campo de Estudio y Consideraciones Específicas.

Se puede definir la epidemiología de los trastornos mentales o epidemiología psiquiátrica como el conjunto de saberes que, utilizando los principios, conceptos, métodos y estrategias de investigación de la epidemiología, se encarga del estudio de los trastornos mentales en una población dada, incluyendo el estudio de las variaciones en la distribución de los trastornos específicos y de los factores que determinan esta distribución.

La epidemiología psiquiátrica mantiene estrechas relaciones con la epidemiología social y psicosocial. Sin embargo, mientras que la epidemiología psiquiátrica solo se define por el objeto de estudio y es ecléctica con respecto a las teorías de las causas de enfermedad mental, la epidemiología social y psicosocial tienen una clara orientación con relación a los determinantes sociales y psicosociales y no se limitan al estudio de los trastornos mentales, sino también a un amplio rango de experiencias y enfermedades humanas^{29, 30}.

Como han señalado algunos autores^{29, 31}, una característica distintiva de esta área es que los trastornos mentales se manifiestan en dos niveles: como conducta y como elemento de la vida mental del sujeto (por ejemplo, la conducta de vomitar y los pensamientos acerca del peso o imagen en una anorexia) lo que le confiere una complejidad singular y hace que sea difícil, si no imposible, usar los criterios tradicionalmente aplicados al estudio de otros problemas de salud. La especificidad clínica de los trastornos mentales ha obligado a los epidemiólogos a utilizar modalidades propias para definir lo que es un caso, un control, un expuesto, y un no expuesto, por ejemplo. Esta complejidad se manifiesta a veces en la necesidad de considerar diferentes aspectos. Así, por ejemplo, en el campo de la investigación epidemiológica del suicidio, podemos distinguir el estudio del suicidio consumado, intentos de suicidio e ideación suicida.

Aunque se han realizado notables avances en el conocimiento de las funciones del sistema nervioso central y de sus estructuras, hasta el momento no existe ningún marcador objetivo de trastorno mental, ni siquiera en áreas particulares de estudio, como en la epidemiología de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas³². Así, una parte sustancial de la epidemiología psiquiátrica se ha dedicado a la elaboración de instrumentos, que tienen como base el autoinforme, para la medición de los trastornos mentales en la comunidad³³.

I.1.2. Evolución de la Epidemiología Psiquiátrica.

Según Dohrenwend, la historia de la epidemiología psiquiátrica se constituye de tres generaciones sucesivas de estudios: *la primera generación*, antes de la segunda guerra mundial, utilizaba el estudio estadístico, de carácter administrativo, para analizar la relación de variables sociodemográficas con trastornos mentales específicos; *la segunda generación*, en parte impulsada por los cambios acaecidos en la nomenclatura psiquiátrica, propiciados por la guerra, se caracterizó por el uso de métodos censales y muestras de la población general para el estudio de síndromes generales, no prestando mucho interés a los trastornos mentales específicos. *La tercera generación*, se inicia a partir de los años ochenta y surge como resultado del gran cambio

en los sistemas diagnósticos generados por la aparición del DSM-III; en ella se ha combinado la utilización de las técnicas muestrales con un interés por los trastornos mentales específicos.

El inicio de la tercera generación lo marcó el desarrollo del *Epidemiologic Catchment Area (ECA)*, del *National Institute of Mental Health*³⁴. Dicho estudio tenía como objetivos: estimar la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en la población general, estudiar las causas y consecuencias de estos trastornos y estimar el grado de utilización de los recursos sanitarios. Se llevó a cabo con un diseño longitudinal en una muestra de 5 comunidades diferentes de los Estados Unidos. El ECA supuso un hito en los estudios epidemiológicos convirtiéndose en referencia imprescindible para los trabajos posteriores. Proporcionó datos para toda la gama de trastornos mentales referidos a dimensiones temporales, tales como la prevalencia para un mes, seis meses y toda la vida.

La realización del *National Co-morbidity Survey*³⁵, supuso un paso más en el estudio de los trastornos mentales en la comunidad. Como principales avances, respecto a estudios previos, los diagnósticos estaban basados en el DSM-III-R, que se diseñó como un estudio de factores de riesgo y no sólo de incidencia y prevalencia (como ocurrió con el ECA) y que se desarrolló en una muestra nacional representativa de Estados Unidos. Confirmando hallazgos previos, este estudio demostró que en las mujeres predominaban los trastornos afectivos y por ansiedad y en los hombres, los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos antisociales de la personalidad³⁰.

En nuestro medio, el proyecto ESEMeD-España producirá una información científica sobre la epidemiología de los trastornos mentales sin precedentes en nuestro país. El estudio ESEMeD-España es parte de un proyecto europeo sobre epidemiología de los trastornos mentales enmarcado dentro de una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud llamada Encuestas de Salud Mental en el mundo. Los objetivos del estudio son estimar la prevalencia de los trastornos mentales en España; analizar su asociación con variables sociodemográficas y factores predisponentes y protectores, y describir y evaluar la atención sanitaria que reciben las personas con trastornos mentales. El instrumento de evaluación es la nueva versión de la Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI)³⁶. Como ya hemos mencionado, recientemente se han publicado los primeros resultados respecto a la prevalencia-vida y prevalencia-año del trastorno mental en la población española²⁰.

Tabla 1. Ejemplos de estudios epidemiológicos de salud mental en España.

TÍTULO DEL ESTUDIO	CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS	PAÍSES IMPLICADOS	TERRITORIOS EN ESPAÑA	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Life time and 12 month prevalence of DSMIII-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI ³⁷	Trastornos mentales en personas sin hogar	España	Madrid	Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997.
Mental disorders on the Island of Formentera ^{18,38}	Trastornos mentales en general	España	Isla de Formentera (Canarias)	Gili, Ferrer, Roca y Bernardo, 1998. Roca, Gili, Ferrer y Bernardo, 2001.
EURODEM ^{39,40}	Demencia y depresión en mayores de 65 años	Europa	Zaragoza	Prince, Beekman, Deeg, Fuhrer, Kivella, Lawlor, et al., 1999. Andersen, Launer, Dewey, Letenneur, Ott, Copeland, et al., 1999.
The Galicia study of Mental Health of the elderly ⁴¹	Trastornos mentales en población mayor de 60 años	España	Galicia	Mateos, González, Páramo, García, Carollo, Rodríguez-López, 2000.
Alcohol consumption in a Southern European region ⁴²	Abuso de alcohol	España	Galicia	Mateos, Paramo, Carrera, Rodríguez-López, 2002.
Estudio Científico sobre la depresión en la sociedad europea (Depresión Research in European Society Study – DEPRES) ⁴³	Depresión	Bélgica Francia Alemania Holanda España Reino Unido	Toda España	Angst, Gamma, Gastpar, Lepine, Mendlewicz y Tylec, 2002.
ODIN ^{44,45}	Depresión	Reino Unido Irlanda Noruega Finlandia España	Santander (Cantabria)	Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Dowick, Lehtinen, Dalgard, Casey, et al., 2001. Lehtinen, Michalak, Wilkinson, Dowrick, Ayuso-Mateos, Dalgard, et al., 2003.
Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Project ESEMED/MEDE A 2000) ^{20,36}	Trastornos Mentales por grupos	Alemania Bélgica Francia Holanda Italia España	Toda España	Haro, Palacín, Vilagut, Romera, Codony, Autonell, et al., 2003. Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal, Luque, et al., 2006.
Equipo Europeo de Evaluación Psiquiátrica (European Psychiatric Assessment Team-EPCAT) ⁴⁶	Trastornos mentales en general	Italia España	Burlada (Navarra) Granada Norte(Andalucía) Dis. Salamanca (Madrid) Gavá (Cataluña)	Salvador-Carulla y Garrido, 2004.

Fuente: Elaboración propia (ampliado a partir de Garrido, Salvador-Carulla, Salinas, Almenara, en prensa)¹⁹.

I.1.3. Características Epidemiológicas Básicas de los Diferentes Trastornos Mentales.

I.1.3.1. Trastorno Psicótico.

Las enfermedades psicóticas tienen una aparición pico en la adolescencia tardía o adultez temprana⁴⁷. La esquizofrenia es la enfermedad psicótica de mayor frecuencia, la prevalencia en el transcurso de la vida es de aproximadamente 1%. En el estudio de 2000 “Carga Global de la Enfermedad”, se observó que el 2,8% de los Años de Vida Perdidos debido a Muerte (YLD) y el 1,1% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALIs) eran atribuidos a la esquizofrenia⁴⁸.

La esquizofrenia es un trastorno con expresión fenotípica variable y una etiología malentendida que involucra una importante contribución genética, así como factores ambientales que interactúan con las susceptibilidad genética^{49,50}. La vulnerabilidad genética es compleja y, actualmente, se considera que comprende una combinación variable de genes múltiples de pequeño efecto. Entre los factores ambientales que pueden crear un estado de vulnerabilidad neuroevolutiva, se encuentran: complicaciones obstétricas, trauma infantil, migración, calidad del ambiente de crianza, desventajas socioeconómicas y nacimiento urbano⁵¹.

Las teorías biológicas del riesgo incluyen la hipótesis viral, que sugiere que la exposición a agentes virales en el segundo trimestre del embarazo tiene un efecto sobre el desarrollo neurológico que eventualmente conduce a experimentar una enfermedad psicótica⁵². Otros estudios sugieren que las complicaciones durante el embarazo y el parto contribuyen al desarrollo de la esquizofrenia⁵³⁻⁵⁵. En relación con las hipótesis de causa social se encuentra el hallazgo de que las personas que viven en áreas urbanas son más propensas a desarrollar una enfermedad psicótica que las que viven en áreas rurales^{50,56}. El uso de drogas ilícitas, especialmente la marihuana, es un importante factor de riesgo causal, generalmente aceptado, para el desarrollo de psicosis.

Las tasas de prevalencia de la esquizofrenia en España varían en un rango de 1,3 a 10,8 por 1000, siendo esta variación de casi 10 puntos, como en otros estudios internacionales. El estudio de Primeros Episodios de Esquizofrenia en Cantabria, con un diseño prospectivo de recogida de primeros contactos psiquiátricos, proporcionó las primeras tasas de incidencia representativas de los primeros episodios de esquizofrenia en nuestro medio⁵⁷. La tasa estimada fue del 0,8 por 10.000 habitantes y año. Estas tasas son más altas que las detectadas por el resto de los estudios de primeras admisiones y se sitúan en el límite superior de los estudios de primeros contactos como el estudio multicéntrico de la OMS Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders, llevado a cabo en los años 80.

I.1.3.2. Depresión.

La depresión representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. En el 2002, el 4,5% de todos los DALIs fueron atribuidos a la depresión unipolar². Es la causa principal de discapacidad en la región europea. Se espera que la depresión unipolar se convierta en la segunda causa, en orden de importancia, de carga de enfermedad en el 2020, atribuyéndose el 5,7% de los DALIs, inmediatamente después de la enfermedad coronaria isquémica. Esto significa que la depresión unipolar por sí sola es responsable de la tercera parte de toda la discapacidad a nivel mundial causada por condiciones neuropsiquiátricas, y por tanto, se convierte en el trastorno mental más importante de afrontar.

Una amplia variedad de factores maleables, de riesgo y protección, influyen en la aparición de la depresión y su recurrencia. Estos incluyen factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que están distribuidos en forma desigual en la población.

I.1.3.3. Trastornos Relacionados con el Abuso de Sustancias.

El término “sustancia psicoactiva” abarca tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como solventes y drogas psicoactivas de prescripción. En todo el mundo, cerca de dos billones de personas consumen bebidas alcohólicas y más de 75 millones son diagnosticados con trastornos por el consumo de alcohol⁵⁸. El alcohol como un factor de riesgo causa el 4% de la carga total de discapacidad⁵⁹.

En países de altos ingresos, el 25% de los hombres y el 10% de las mujeres consumen alcohol a niveles peligrosos y dañinos para su salud y la prevalencia de la dependencia del alcohol varía del 3 al 5%.

Aparte de los efectos directos de intoxicación y dependencia que causan trastornos por el uso de alcohol, se estima que el alcohol es responsable del 20 al 30% de cada una de las siguientes condiciones a nivel mundial: cáncer esofágico, cáncer hepático, cirrosis hepática, homicidio, epilepsia y accidentes automovilísticos.

Se estima que el 4,2% de la población global de 15 años o más usan drogas ilícitas, causando el 0,8% de la carga total de discapacidad⁵⁹.

Los últimos datos facilitados por el Observatorio Español sobre Drogas (2002)⁶⁰ nos indican las tendencias de los últimos años de los problemas generados por el consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país.

La heroína continúa siendo la responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con el consumo de drogas detectados en España, aunque en los últimos años ha disminuido significativamente su peso relativo. En poco más de una década el número de tratados por heroína inyectada ha disminuido cinco veces, siendo sustituida esta vía principalmente por la vía pulmonar. El número de tratamientos por cocaína aumentó extraordinariamente entre 1991 y 1999, sobre todo a partir de 1995. En el 2000, sin embargo, se produjo cierto descenso. En 2001 el número de tratamientos volvió a aumentar y en 2002 se superaron claramente los niveles de 1999. En los casos sin tratamiento previo por esta droga,

se observa esta misma tendencia. A partir de 1999 la cocaína es la droga más mencionada en las urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas, por delante de la heroína. Este aumento se debe fundamentalmente al consumo por vía intranasal o esnifada. Se ha producido un incremento de la edad media de los consumidores de heroína y, en los últimos años, se detecta un ligero descenso de la edad media de los tratados por cocaína.

El número de tratamientos por cannabis ha pasado de 1613 en 1996 a 4772 en 2002, y la proporción sobre el total de tratamientos por sustancias psicoactivas del 3% en 1996 al 10,2% en 2002. Este aumento se debe sobre todo a los tratados por primera vez en la vida. Se advierte un cierto descenso de la edad media de inicio en el consumo.

Los problemas en relación al consumo de éxtasis o derivados de la feniletilaminas y por hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos) han aumentado considerablemente en los últimos años. Los problemas relacionados con el consumo de anfetaminas y alucinógenos están relativamente estabilizados.

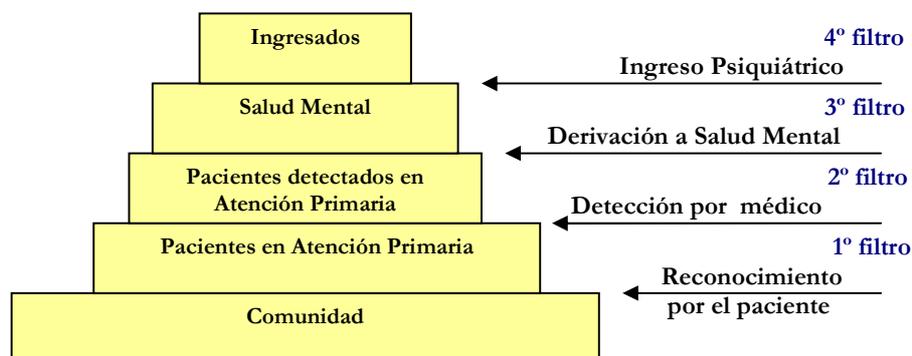
El consumo problemático de drogas afecta principalmente a varones. En la última década ha aumentado la proporción de mujeres con problemas de drogas captadas por los indicadores urgencias y mortalidad por reacción aguda a drogas facilitado por el Observatorio Español sobre Drogas⁶⁰, mientras que se ha mantenido constante la proporción de tratamientos ambulatorios.

I.1.4. La Distribución de la Enfermedad Mental en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud.

Los estudios epidemiológicos sobre la población general dan una idea de las enfermedades en su conjunto, pero en ocasiones puede resultar más interesante conocer las tasas de enfermedad que padecen los pacientes que acuden a los distintos servicios. Así se realizan estudios de prevalencia asistida basados en analizar los datos de los pacientes atendidos en los centros de atención primaria o en los centros de salud mental.

El modelo clásico a la hora de intentar describir los estratos en los que se distribuye la patología mental dentro de los sistemas de salud data de 1980. Fue entonces cuando Goldberg y Huxley propusieron el modelo de cinco niveles y cuatro filtros que se utiliza como referencia al tratar sobre la distribución de la patología mental en el sistema sanitario (Fig. 2).

Fig.2. Modelo de Goldberg y Huxley²¹, 1980.



El ejemplo más reciente de este fenómeno lo podemos apreciar en los trabajos del Epidemiologic Catchment Area (ECA)³⁴, donde se encontró que sólo el 9% de los casos de depresión, el 14% de los casos de esquizofrenia y el 6% de los casos de abuso de sustancias habían consultado con un especialista de los servicios de salud.

Como afirma Borges, Medina y López-Moreno³¹, la casi totalidad de lo que sabemos sobre el proceso de búsqueda de atención especializada en los problemas psiquiátricos, así como los determinantes de la selección entre las alternativas de tratamiento, provienen de estudios epidemiológicos.

I.1.5. Perspectivas Futuras para la Epidemiología de los Trastornos Mentales³¹.

En los últimos años, muchos investigadores han expuesto sus opiniones y recomendaciones sobre la dirección que deben tomar los nuevos estudios de la epidemiología psiquiátrica, con opiniones no siempre coincidentes^{29, 33,61, 62}. Sin embargo, podemos distinguir los siguientes aspectos que parecen centrales en el desarrollo epidemiológico venidero.

Diferentes aspectos de la *medición de los trastornos mentales* en la comunidad son urgentes. Algunos de ellos tienen que ver con aspectos básicos de estos trastornos, y deben desarrollarse de tal manera que las mediciones en comunidad permitan influir en la definición de las necesidades de atención clínica⁶². Este es el caso, por ejemplo, de la medición de la discapacidad asociada a los trastornos mentales.

Asimismo, se espera disolver las diferencias entre la tradición clínica y la tradición psicométrica de los trastornos mentales. Otros aspectos tienen que ver con avances instrumentales, como la introducción de entrevistas por computadoras y la interfase con la entrevista clínica como validación de las mediciones comunitarias.

Por otro lado, muchos de los factores de riesgo para los trastornos mentales son de los llamados distales, es decir, de un pasado remoto. Cómo obtener información de estos factores en personas que sufren enfermedades que debilitan la memoria y el juicio objetivo es un problema fundamental que necesita atención especial.

La epidemiología psiquiátrica sigue siendo restringida en cuanto a los *diseños de estudio* que despliega con mayor frecuencia. Aunque el propio objeto de estudio plantea limitaciones al respecto, es necesario plantear acercamientos novedosos.

En la actualidad es indispensable superar la metodología basada en la aplicación de encuestas epidemiológicas de prevalencia y orientar las prioridades hacia la investigación causal^{63, 64}.

Por otra parte, los estudios transculturales y de inmigrantes plantean un reto importante en el nuevo milenio, que estará caracterizado por una gran movilidad humana.

Aunque no ausente de controversia, algunos autores han planteado que el futuro de la epidemiología de los trastornos mentales provendrá de la *epidemiología genética*⁶⁵. En la medida en la que avance nuestro conocimiento de la genética de los principales trastornos mentales, esperamos un avance concomitante en la comprensión que juegan los factores sociales en la producción de estos mismos fenómenos^{65, 66}.

Por último, una limitación importante de la epidemiología de los trastornos mentales ha sido la escasa interfase con *los servicios de salud*⁶⁷. No está del todo claro que la estrategia utilizada hasta ahora para la realización de los estudios en comunidad tenga una traducción inmediata para los servicios clínicos. Es necesario orientar las investigaciones futuras hasta la promoción de este acercamiento^{68, 69}. Por todo ello, la evaluación de los servicios de salud mental se convertirá, sin duda, en un campo muy activo durante el siglo XXI.



II. **El Sistema de
Salud Mental**

“La medida de salud mental de una sociedad será su estadística hospitalaria”
P. MARSET

II.1. Evolución del Sistema de Salud Mental: la Reforma Psiquiátrica.

En 1965 se promulgó en EEUU la llamada Ley Kennedy, que puede ser considerada como el punto de partida oficial de los movimientos de reforma ocurridos en todo el mundo occidental durante las siguientes dos décadas. Probablemente la insatisfacción con el régimen hospitalcéntrico que había regido la asistencia de los enfermos mentales desde el S.XV, junto con la posibilidad, a partir de 1950, de tratar a los pacientes psicóticos graves fuera del hospital con tratamientos farmacológicos eficaces, así como el movimiento social conocido como “contracultura” que estaba teniendo lugar simultáneamente en USA y en Europa, constituyen algunos de los ingredientes que dieron impulso y contenido a estos movimientos reformistas⁷⁰.

En España, en 1983 se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en cuyo Informe, emitido dos años después, se establecen las bases para la reforma⁷¹. Se aconsejaba la potenciación de los servicios comunitarios de salud mental, sin dependencia estratégica del hospital y con mención especial al papel de los servicios de atención primaria. El concepto de “reforma” hacía referencia al necesario cambio del modelo asistencialista previo sin limitarse a una simple modernización de las estructuras asistenciales. Se trataba de sustituir un modelo de atención institucional por otro comunitario, superando las concepciones puramente sanitaristas para asumir las intervenciones desde una perspectiva integradora, permitiendo la ordenación de los recursos y su gestión según las demandas y las necesidades, y no según la lógica del sistema⁷² y orientando las líneas estratégicas hacia una adecuada orientación de los servicios, lograr mayor eficiencia y efectividad partiendo de la interrelación entre profesionales y usuarios, así como asegurar la equidad y la solidaridad.

El marco legislativo de la reforma psiquiátrica en España se apoyó en la Ley General de Sanidad⁷³, origen del actual Sistema Nacional de Salud y que, en su artículo 20, establecía el carácter comunitario de los servicios de salud mental, con derecho de los pacientes al acceso a los mismos, de carácter público, universal y gratuito, debiendo potenciar las estructuras intermedias y extrahospitalarias, y con mención expresa a la hospitalización psiquiátrica en unidad de los hospitales generales, desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social, con importante consenso entre los profesionales comprometidos con la equidad y la evitación de la estigmatización de los enfermos, así como la implicación ciudadana a través de asociaciones de familiares y usuarios.

A los 6 años de la presentación del informe de la comisión, en 1991, una evaluación de los cambios estructurales del proceso de la reforma⁷⁴ detectaba que solo en tres comunidades (Andalucía, Asturias y Navarra) que representaban a un 22% de la población española se había consolidado el modelo, mientras que en 6 comunidades (Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia y Murcia) con una representación del 19,06% de la población todavía no se había iniciado un proceso claro de reforma, incluso había otras dos comunidades (País Vasco y Cataluña) con un modelo mixto con marcado acento institucional.

A estas alturas siguen existiendo voces que se preguntan si la reforma es posible. Como señala Aparicio⁷⁵ son necesarios algunos elementos para un cambio real: el marco legislativo permite el desarrollo de planes estratégicos, el modelo comunitario aún no asumido por los diferentes sectores intervinientes en la psiquiatría; el compromiso de quienes a través del poder político han de aportar bases presupuestarias sólidas para financiar el proceso; existencia de un grupo de trabajadores de la salud mental suficientemente motivado para ir desarrollando y creando una nueva cultura multidisciplinar y comunitaria.

Como señala Espino⁷⁶, la implantación de los procesos de reforma psiquiátrica tuvo algunos efectos de gran interés: avances en la integración sanitaria de la red para la atención del enfermo mental; avances de la red extrahospitalaria y comunitaria, diversificando los programas de atención; nuevas formas de relación interprofesional, incremento de la oferta asistencial; cambios en la estructura de la red psiquiátrica al priorizar la hospitalización frente a las camas asilares; reducción de las vulneraciones de los derechos cívicos; incorporación de nuevas técnicas de intervención e investigación, etc. Pero también se ha acompañado de sombras en el camino: mayor medicalización y tendencias a la uniformidad en las prácticas

propias de la especialidad; incremento de la demanda con nuevos problemas y nuevas patologías a atender; nuevos problemas asociados a la organización de los cuidados sociosanitarios; debilidad manifiesta de los programas de rehabilitación y resocialización; sin programas de evaluación, etc.

Los datos disponibles para evaluar el sistema español de salud mental, y por tanto las consecuencias de la reforma, son incompletos y no están actualizados. Hasta el momento, las fuentes principales son las estadísticas oficiales publicadas por el Ministerio de Sanidad^{77,78} y los documentos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría^{79,80}.

En el Estado español, se ha dado una tendencia hacia la reducción del número de camas en los hospitales psiquiátricos que ha sido clara, aunque con retraso, respecto a otros países de nuestro entorno. En 1975, existían 43.000 camas en los 117 hospitales psiquiátricos (123 camas/100.000 habitantes) pero para 1991 ya se habían reducido al 55%, 23.282 camas. Al mismo tiempo ha aumentado progresivamente el número de unidades y camas en hospitales generales siguiendo las recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Sin embargo, parece que en los últimos años esta tendencia no ha seguido su curso, no correspondiéndose los recursos con las necesidades existentes.

II.1.1. Diferencias Interterritoriales.

En las Comunidades Autónomas el desarrollo de la reforma psiquiátrica fue desigual. La Ley General de Sanidad⁷³ adjudicó la responsabilidad de transformar y organizar la atención a la salud mental a las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas (CCAA). Cada una de ellas acometió el proceso de reforma con arreglo a su propia historia, y es por ello que, en cada una de ellas el desarrollo de dicha reforma ha sido diferente, provocando grandes desigualdades en las prestaciones de los servicios de salud mental⁸⁰.

El proceso de transferencias sanitarias desde el estado a las autonomías se ha realizado en los últimos años. Desde enero de 2002 la gestión de la salud y, por ende de la salud mental, es responsabilidad de las Consejerías de Salud o Sanidad de cada CCAA. Para ello, fue necesaria la transformación del Sistema Nacional de Salud y el impulso del Consejo Interterritorial como órgano de coordinación entre las CCAA y el Estado. Para regular esta coordinación se estableció un marco legal mediante la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud⁸¹.

En la tabla 2 se presenta la situación actual de los Hospitales Psiquiátricos, en las diferentes comunidades autónomas, según los últimos datos aportados por el Observatorio de Salud Mental⁸⁰.

Tabla 2. Situación actual de los antiguos hospitales psiquiátricos.

CCAA	Hosp. Psiquiátrico	Denominación
Andalucía	No	-
Aragón	Si	Centros de Rehabilitación Psicosocial
Asturias	No	-
Baleares	Si	Área de Salud Mental
Canarias	No	-
Cantabria	Si	Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas y Padre Menni
Castilla la Mancha	Si	Hospital Psiquiátrico de Alcohete
Castilla León	Si	Unidad Residencial Psiquiátrica de Referencia Regional
Cataluña	Si	Hospital Monográfico
Euskadi	Si	Hospital Psiquiátrico y/o Monográfico
Extremadura	Si	Hospital Psiquiátrico
Galicia	Si	Hospital Psiquiátrico
Madrid	Si	Hospital Psiquiátrico
Melilla	No	-
Murcia	Si	Unidades de: Agudos, Subagudos y Rehabilitación-Crónicos y Psicogeriatría.
Navarra	No	-
Rioja	Si	Centro Asistencial Reina Sofía
Valencia	Si	Hospital Psiquiátrico y Sanatorio de Santa Fe.

Fuente: Observatorio de Salud Mental⁸⁰.

II.2. Características Específicas del Sistema de Salud Mental.

II.2.1. Características Específicas Respecto al Sistema Sanitario General.

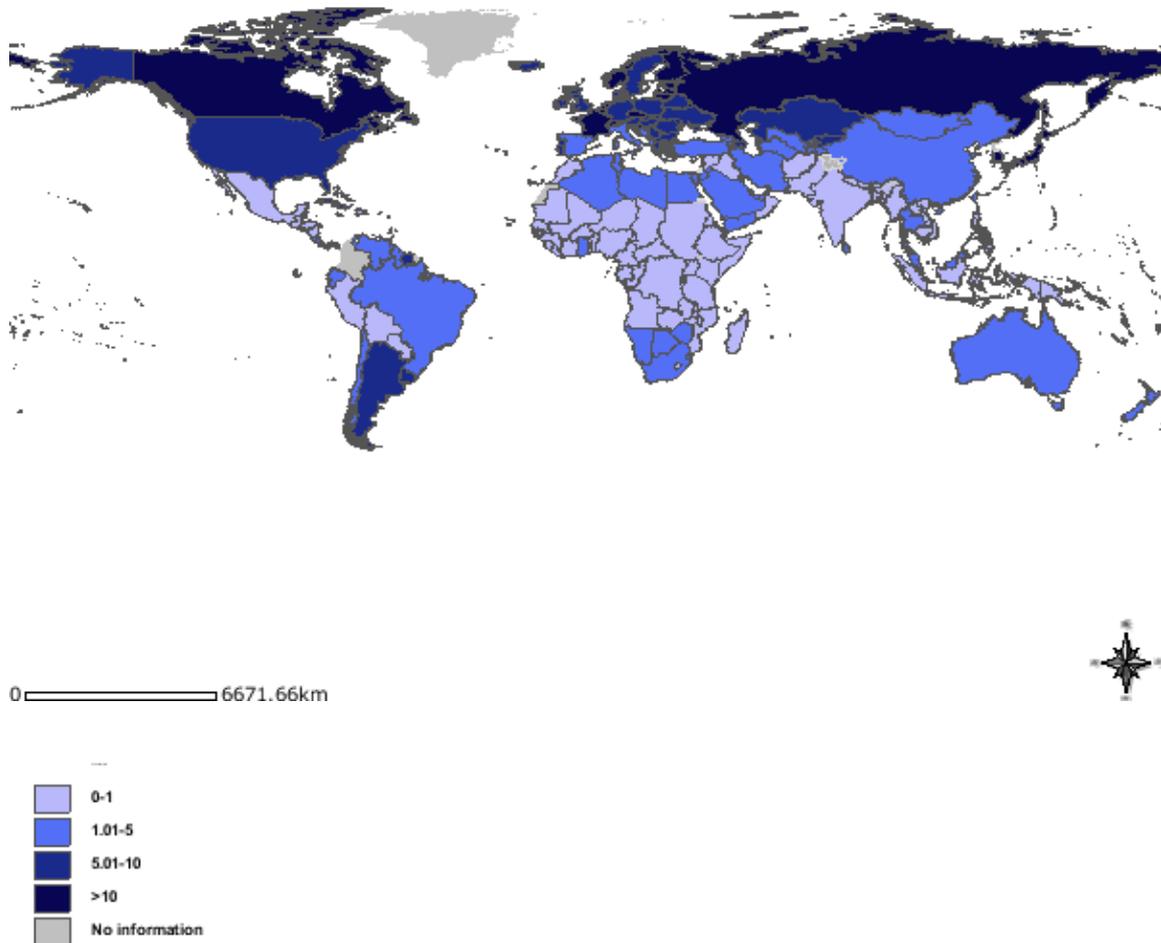
Como señalan algunos autores⁷⁰ el paso de mayor alcance para la reforma psiquiátrica fue la incorporación de la psiquiatría por ley (Ley General de Sanidad) al sistema sanitario general como una especialidad médica.

Sin embargo, las deficiencias crónicas de los servicios de salud mental se relacionan con una infrafinanciación histórica en comparación con los servicios sanitarios generales. La Psiquiatría se incorporó tarde al proceso de transformación de la provisión de servicios experimentado por el resto de la medicina. De hecho, la Psiquiatría ha sido considerada la cenicienta de la Medicina⁷⁰.

En la versión actualizada del Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud⁸² se muestra que los recursos mundiales dedicados a la salud mental son manifiestamente insuficientes y están distribuidos de manera desigual en el mundo. Según afirma el Dr. Benedetto Sarraceno, Director del Departamento de Salud mental y Abuso de Sustancias de la OMS, “las conclusiones del nuevo Atlas reflejan la realidad actual de que se sigue concediendo a la asistencia de salud mental una prioridad baja dentro de la salud pública”.

Según datos de dicho Atlas, España está entre los cinco países de Europa que menos camas psiquiátricas tiene (Mapa 1) -4,40 por 10.000 (MH) frente a las 22,10 de Bélgica-. De éstas, 0,60 son en hospitales generales, 0,10 en otros dispositivos y 3,70 en hospitales psiquiátricos. Igualmente, España es uno de los países Europeos más infradotado en recursos humanos.

Mapa 1. Total de camas psiquiátricas por 10.000 habitantes.



Fuente: World Health Organization⁸².

El esquema básico de la prestación de salud mental se articula a través de una red que tiene su eje en el Centro de Salud Mental. Este centro, posiblemente por las reticencias que genera el paciente psiquiátrico, se ha constituido frecuentemente al margen de los Centros de Salud, de tal modo que la red de salud mental es una red especial, débilmente integrada en la red sanitaria general, con excepción de las unidades de hospitalización de corta estancia de los hospitales generales⁸³.

Los trastornos mentales crean en los gestores sanitarios, generalmente poco conocedores de la Psiquiatría, una cierta inseguridad que afecta al desarrollo de la salud mental en nuestro país. Esta inseguridad se debe a ⁸⁴:

1. La cronicidad y recurrencia de la gran mayoría de los trastornos psiquiátricos, especialmente de los más severos, y las discapacidades asociadas frecuentemente al proceso de enfermedad que afectan al área personal, familiar, social y laboral.
2. La evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento modulada en muchas ocasiones por factores ajenos a la propia patología y que tienen que ver con el entorno familiar o social.
3. La relación entre diagnóstico y necesidad asistencial no resulta frecuentemente clara ni unívoca.
4. Las necesidades asistenciales pueden ser múltiples y muy variables a lo largo de todo el proceso asistencial, con implicación de los servicios sociales y de otras administraciones.
5. La elevada dependencia de los servicios sanitarios.
6. El proceso asistencial de la persona con enfermedad mental es, en muchos casos, la resultante de un conjunto de actuaciones asistenciales que exigen la participación integrada de diferentes recursos y profesionales, lo que aumenta notablemente la complejidad de su evaluación.

II.2.2. Red de Dispositivos de Salud Mental.

Desarrollar favorablemente los procesos de desinstitucionalización lleva parejo la existencia de estructuras adecuadas a las necesidades de los pacientes.

En ocasiones la estancia en la comunidad depende de costes, de tolerancia social, de la oferta de recursos, o de planes psiquiátricos con atención comunitaria, más que de factores relacionados con la psicopatología. En lo que se ha venido llamando “enfermedad mental grave” son frecuentes las crisis y el incremento de reingresos favoreciendo la evolución en “puertas giratorias”, que se reducirían notablemente con amplios recursos y dispositivos en la comunidad.

La atención continuada se relaciona con una concepción evolutiva del paciente⁸⁵ ya que se requieren respuestas diferenciadas en los diversos períodos del proceso. Harris y Bergman⁸⁶ describieron como fundamental la continuidad de la estrategia terapéutica, la continuidad de la asistencia a las personas vulnerables y la continuidad de los cuidadores partícipes del tratamiento.

En España, se ha creado una amplia red de dispositivos de atención a la salud mental aunque ha sido desigual en las distintas comunidades y no ha sido, en la mayoría de las ocasiones, fruto de criterios objetivos de evaluación.

En la tabla 3 se resumen los distintos dispositivos que forman parte de la red de salud mental.

Tabla 3. Dispositivos de la Red de Salud Mental.

Sanitarios	Intermedios	Sociales	Comunitarios
Centro de Salud Mental	Centro de Día/Centro de Rehabilitación Psicosocial	Servicios Sociales de Base	Club social, asociaciones
Hospital de Día	Centro de Rehabilitación Laboral	Talleres Ocupacionales	Empleo protegido
Unidades de Hospitalización Breve	Piso Terapéutico	Pisos y/o pensión protegida	Empleo normalizado
	Residencia Asistida	Ayudas económicas e invalidez	Piso normalizado
	Hogar a Medio Camino		
Objetivos			
Estabilidad clínica. Rehabilitación	Rehabilitación y reinserción.	Dotación de recursos para la rehabilitación y reinserción.	Integración social

Basado en: Igartua, Iraurgi, Páez y Velorio⁸⁷; Markez, Póo, Ariño, Córdoba, Merino y Romera⁸⁸. Modificado

Las Unidades o Centros de Salud Mental son el eje de la red de salud mental y responsables del proceso asistencial del paciente. Es en este centro clave donde se decide, tras la pertinente evaluación del paciente, si éste puede ser tratado por el propio centro en régimen ambulatorio, o precisa de una vigilancia o tratamiento más intensivo, que sólo puede ser realizado por los dispositivos hospitalarios (hospital de día, unidad de hospitalización breve o de corta estancia), o eventualmente tras un primer período de atención en el propio centro en fase aguda de su proceso, precisa un dispositivo rehabilitador que le facilite su reincorporación activa a la sociedad (centro de día, unidad de rehabilitación, centro de rehabilitación psicosocial, unidad de terapia ocupacional, taller protegido, grupo de autoayuda, club de ocio, atención a domicilio), incluida en su caso la reinserción laboral (centro especial de empleo, apoyo al empleo normalizado). Asimismo, es en este centro donde se evalúa la adecuación del entorno familiar o residencial en relación con el pronóstico del proceso, y por consiguiente, la necesidad o no de ser referido a un dispositivo residencial de la propia red de salud mental o de una red socio-sanitaria complementaria (comunidad terapéutica, piso protegido, vivienda tutelada, minirresidencia, unidad de hospitalización de media/larga estancia).

En la medida que el proceso remite y si el paciente va recuperando plenamente el control de su vida, se produce una transferencia inversa, hacia el centro de salud mental, para su control posterior por éste en la medida que sea preciso, e incluso al centro de salud de atención primaria. Igualmente, si en el curso del proceso se produce la necesidad de una atención urgente, el paciente puede ser transferido a la correspondiente unidad de urgencias de referencia, volviendo tras ser resuelta ésta al dispositivo asistencial pertinente⁷⁸.

Las estructuras intermedias son recursos, dispositivos y actuaciones para personas que ya no requieren de la hospitalización pero transitoriamente necesitan otros apoyos mientras desarrollan su autonomía para vivir y relacionarse en la comunidad de modo que eviten su desarraigo. Los dispositivos intermedios son un recurso complementario de los centros de salud mental comunitarios con cuyo equipo mantienen una estrecha relación, refiriéndose su apoyo tanto en la capacidad de contención como en la dinamización y vinculación de las intervenciones desinstitucionalizadoras. Las estructuras intermedias son consideradas por los profesionales sanitarios como instrumentos indispensables para desarrollar procesos de

desinstitucionalización de pacientes que están en el hospital psiquiátrico, y para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental y en las unidades de hospitalización de corta estancia.

Una asistencia de calidad en salud mental implica la coordinación entre los distintos dispositivos de la red sanitaria y no sanitaria implicados por un lado, y por otro la coordinación entre las administraciones con alguna responsabilidad en salud mental. Además esta asistencia de calidad implica que estas coordinaciones han de estar apoyadas desde una organización que las regule y garantice, tanto mediante la ordenación de las acciones que deben llevarse a cabo, como la valoración del tiempo de los profesionales dedicado a ellas.

La falta de coordinación de los recursos se ha considerado como uno de los mayores problemas de las redes de salud mental de gestión pública⁸⁹ que se incrementa cuando varias empresas han de coordinarse⁹⁰.

Tras el estudio efectuado por el Observatorio de Salud Mental⁸⁰, las unidades funcionales de coordinación solamente existen en:

- Castilla La Mancha: denominada Comisión Consultiva.
- Galicia.
- Madrid: denominada Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Igualmente, las coordinaciones entre administraciones existen en todas las comunidades autónomas, excepto en Canarias, Castilla León y Valencia.

Parece que existen en casi todas las comunidades algún tipo de coordinación entre los dispositivos, aunque sólo se conoce que esté regulada formalmente como tal en:

- Andalucía: denominada Junta de Área.
- Castilla La Mancha: denominada Comité Técnico de Coordinación de Área de Salud.
- Euskadi: denominada Comisiones de Salud Mental.
- Madrid: denominada Comisión de Asistencia de Área.

II.2.3. Diferencias Interterritoriales Respecto a los Recursos.

La plena integración de la atención a la salud mental en la salud general es ya un hecho. En todas las CC.AA., la atención a la salud mental está integrada en la Sanidad General, tal como recomienda la Ley General de Sanidad. En líneas generales, la gestión se organiza desde las Consejerías de Sanidad.

Sin embargo, hemos de señalar que, en algunas CC.AA. como Cantabria, Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid y Valencia participan en esta gestión otras administraciones como las consejerías de servicios sociales y las diputaciones y ayuntamientos.

Es especialmente significativo la participación de la Consejería de Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma de Madrid que elaboró, en 1997, un “Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (PASPEMGC)”, complementario al Plan de Salud Mental de la Consejería de Sanidad.

Una organización de la atención en salud mental implica un servicio de planificación, gestión y financiación específica. Sin embargo, no existe, en muchas comunidades (Cantabria, Melilla, Rioja y Valencia), un servicio de planificación para la salud mental, falta financiación específica (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Madrid, Melilla, Navarra, Rioja y Valencia) y existe una carencia de gestión específica (Andalucía, Baleares, Cantabria, Extremadura, Melilla, Rioja y Valencia).

Solamente las comunidades de Aragón, Asturias, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Galicia, Murcia y Navarra tienen una gestión específica para Salud Mental.

La distribución de los recursos es muy desigual entre comunidades, tanto en el número de dispositivos, como en número de plazas disponibles, cantidad y tipo de profesionales y unidades específicas. Es significativa la falta de coordinación entre los distintos dispositivos en Aragón, Baleares, Cantabria y Valencia. Las denominaciones de los dispositivos varían de unas comunidades a otras al igual que la dependencia administrativa. En el siguiente apartado podremos comprobarlo para el caso concreto que nos ocupa en este trabajo, las unidades de hospitalización.

Profesionales de la Red de Salud Mental:

Tabla 4. Profesionales de la Red de Salud Mental por 100.000 habitantes.

CCAA	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	ENFERMERÍA	T.S	A.C	T. O	OTROS	TOTAL(*)
Andalucía	5,28	2,59	6,23	1,54	9,98	0,44	3,14	15,64
Aragón	7,76	3,90	10,54	3,36	25,08	1,20	-	25,56
Asturias	7,46	2,77	11,48	1,44	12,92	0,76	2,20	23,15
Baleares	5,90	5,20	11,91	2,31	20,71	0,46	9,25	25,32
Canarias	4,96	3,39	8,90	1,40	13,47	0,22	5,61	18,65
Cantabria	7,40	8,16	10,81	3,41	-	1,14	-	29,78
Castilla Mancha	6,84	6,23	9,82	3,20	28,05	1,63	13,8	26,09
Castilla León	5,82	3,21	7,53	1,20	10,59	0,36	1,63	17,76
Cataluña	7,06	4,90	5,75	2,10	-	-	-	19,81
Euskadi	10,80	4,56	17,81	3,60	14,66	10,86	54,36	36,77
Extremadura	6,32	6,79	6,3	1,98	36,7	0,84	3,3	21,39
Galicia	5,46	2,74	6,12	1,26	10,6	0,51	3,82	15,58
Madrid	7,44	4,73	7,56	2,03	8,76	1,12	3,02	21,76
Melilla	3,17	3,17	11,11	0	9,52	0	1,59	17,45
Murcia	3,82	3,82	7,22	1,68	-	0,67	0,50	16,54
Navarra	4,40	4,40	12,59	1,44	1,62	0,9	45,52	22,83
Rioja	3,88	3,88	12,36	0,71	25,77	1,41	-	20,83
Valencia (2002)	2,64	2,64	4,93	1,11	7,01	-	6,63	11,32

Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio de Salud Mental⁸⁰.

(*) El total de profesionales en la red de salud mental no puede obtenerse dado que faltan datos en algunas comunidades, el total de la tabla anterior se ha obtenido del total de profesionales en los que tenemos datos para todas las comunidades: Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras/os y Trabajadores Sociales.

II.2.3.1. Distribución de los Recursos en las Unidades de Hospitalización Breve.

Según recomienda la Ley General de Sanidad, ya en todas las comunidades autónomas, se han creado unidades de hospitalización en los hospitales generales. Sin embargo, siguen existiendo Unidades de Hospitalización Breve en los Hospitales Psiquiátricos en: Baleares, Cataluña, País Vasco, Extremadura, Madrid y Valencia.

En el Cuaderno Técnico de la AEN la estimación de necesidades de plazas de hospitalización breve para la población adulta es de entre un 12 y un 15 por 100.000 habitantes. Actualmente, la media en las comunidades se sitúa en torno al 9,95.

En lo que se refiere al número de camas de hospitalización breve en la tabla 5 se especifica el número de camas por 1000 habitantes en las distintas comunidades autónomas según el último informe del Observatorio de Salud Mental⁸⁰. El menor número de camas se encuentra en Cantabria y el mayor en Cataluña y Baleares.

Tabla 5. Número de camas de hospitalización breve.

CCAA	Nº Camas/1000 habitantes
Andalucía	0,074
Aragón	0,10
Asturias	0,08
Baleares	0,16 (*)
Canarias	0,084
Cantabria	0,060
Castilla la Mancha	0,088
Castilla León	0,106
Cataluña	0,17
Euskadi	0,129
Extremadura	0,108
Galicia	0,090
Madrid	0,113
Melilla	0,09
Murcia	0,09
Navarra	0,1
Rioja	0,0918
Valencia (2002)	0,0574

Fuente: Asociación Española de Neuropsiquiatría⁸⁰.

(*) Este dato, presentado por el Observatorio de Salud Mental, no es un dato fiable puesto que no se corresponde con los resultados mostrados en el mismo documento respecto a un análisis comparativo entre las camas en hospital psiquiátrico y hospital general. En el resto de las cinco comunidades donde se realiza tal comparación la suma de los datos, como es lógico, da como resultado el número total de camas disponibles, excepto en Baleares que se ha realizado una resta. Si se sumase el dato el resultado sería 0,45 y no 0,16.

Algunas comunidades tienen unidades específicas en hospitalización breve de adultos. Así, hay unidades de desintoxicación en Andalucía (aunque no se aporta el dato en el informe presentado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría⁸⁰), Asturias, Baleares y País Vasco y de alcoholismo en: Cataluña, Extremadura, Galicia y Madrid. En la tabla 6 se presentan las comunidades que tienen unidades específicas.

Tabla 6. Unidades específicas en hospitalización breve adultos.

CCAA	UNIDAD ESPECÍFICA
Aragón	Unidad Trastornos de Conducta Alimentaria
Asturias	Unidad Trastornos de Conducta Alimentaria. Unidad Desintoxicación.
Baleares	Unidad Trastornos de Conducta Alimentaria. Unidad Desintoxicación.
Cantabria	Patología Dual. Trastornos Conducta Alimentaria.
Castilla la Mancha	Unidad Trastornos Conducta Alimentaria.
Castilla León	Unidad Trastornos Conducta Alimentaria.
Cataluña	Alcoholismo. Unidad Trastornos Conducta Alimentaria. Patología Dual.
País Vasco	Unidad Desintoxicación.
Extremadura	Alcoholismo
Galicia	Alcoholismo. Unidad Trastornos de Conducta Alimentaria.
Madrid	Unidad Trastornos de Conducta Alimentaria. Gerontología. Alcoholismo.

Fuente: Asociación Española de Neuropsiquiatría⁸⁰.

Respecto al número de profesionales, no existen datos de Cataluña ni Cantabria. Del resto de comunidades los datos de los profesionales por 100.000 habitantes se reflejan en la tabla 7.

- Psiquiatras: el menor número está en Valencia con 0,97 y el mayor en Melilla con 3,17.
- Psicólogos clínicos: no existe ningún profesional en Asturias ni en Melilla. El mayor número está en Murcia con 0,67.
- Enfermería: el menor número está en Valencia con 2,01 y el mayor en Baleares con 7,4.
- Trabajador Social: no hay ningún profesional en Asturias, Melilla y La Rioja. El mayor número lo tienen Canarias y Navarra con 0,36.
- Terapeuta Ocupacional: no hay ningún profesional en Aragón, Asturias, Baleares, Extremadura, Melilla, Navarra, La Rioja y Valencia. El mayor número está en Canarias con 1,65.

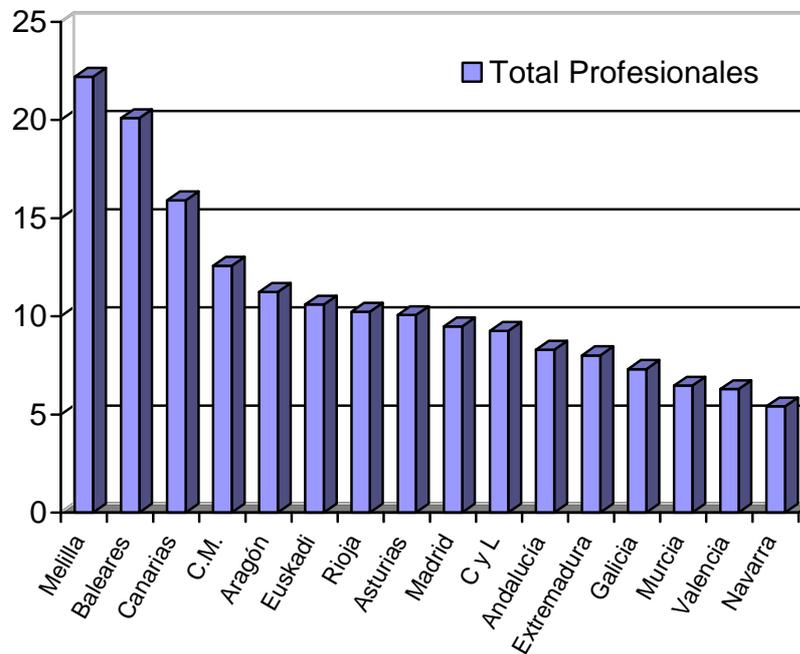
Tabla 7. Profesionales por 100.000 habitantes en Hospitalización Breve Adultos.

CCAA	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	ENFERMERÍA	T.S	A.C	T. O	OTROS	TOTAL
Andalucía	1,13	0,19	2,6	0,07	4,21	0,013	0,08	8,29
Aragón	1,74	0,33	4,23	0,29	4,65	-	-	11,24
Asturias	1,62	0	5,16	0	3,82	0	-	10,06
Baleares	2,60	0,46	7,40	0,26	9,37	-	-	20,09
Canarias	1,62	0,27	4,17	0,36	5,94	1,65	1,89	15,9
Castilla la Mancha	1,12	0,39	3,20	0,17	6,85	0,11	0,73	12,57
Castilla León	1,27	0,12	3,40	0,18	4	0,02	0,26	9,25
Euskadi	2,11	0,48	3,36	0,19	-	0,14	4,32	10,6
Extremadura	1,6	0,38	2,45	0,19	2,26	-	1,13	8,01
Galicia	1,48	0,31	2,74	0,24	2,45	0,092	-	7,31
Madrid	1,95	0,46	2,76	0,40	3,69	0,22	-	9,48
Melilla	3,17	0	9,52	0	9,52	0	0	22,21
Murcia	1,85	0,67	3,61	0,25	-	0,08	-	6,46
Navarra	1,26	0,18	3,60	0,36	0	0	-	5,4
Rioja	1,41	0,35	3,53	0	4,94	0	-	10,23
Valencia	0,87	0,05	2,01	0,04	3,04	-	0,28	6,29

Fuente: Observatorio de Salud Mental⁸⁰.

Respecto al total de profesionales (figura 3): el menor número lo tiene Navarra con 5,4 por 100.000 habitantes y el mayor número Melilla con 22,21.

Figura 3. Total Profesionales por 100.000 habitantes en Hospitalización Breve Adultos por CCAA.



Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio de Salud Mental⁸⁰.

Hospitalización Breve Infanto-juvenil: sólo en las CCAA de Andalucía, Cataluña, Euskadi, Madrid y Valencia disponen de un dispositivo de hospitalización breve para la población Infanto-Juvenil. Difieren en número de unidades, camas disponibles y en el rango de edad asignado.



**III. Sistemas de Información
en Salud Mental**

“Suelo decir que cuando puedes medir aquello de lo que estás hablando, y expresarlo con números, es que sabes algo de ello”
KELVIN.

La necesidad de que el sistema sanitario, y en especial el hospital, disponga de sistemas de información y herramientas de gestión similares a los utilizados en otros ámbitos constituye una idea relativamente nueva en el tiempo. La necesidad de la evaluación de la actividad, así como la necesidad de confrontar resultados, bien desde requerimientos propios de control interno o bien por parte de terceros⁹¹, ha propiciado el desarrollo de los sistemas de información oportunos, que han facilitado esos objetivos.

En la presente investigación, la principal herramienta de trabajo es el empleo de los sistemas de información sanitarios como fuente de datos. Los mismos han sido inicialmente modelos administrativos que algunos han evolucionado hasta llegar al rango de auténticos sistemas de clasificación de pacientes con validez y rango de sistemas de clasificación epidemiológicos.

III.1. Descripción de los Sistemas de Información.

Un Sistema de Información Sanitaria (SI) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “una estructura para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y la docencia”⁹² conservando dicha definición hoy día toda su vigencia. A nivel hospitalario, los sistemas de información pueden definirse como aquellas actividades dedicadas a la recogida, almacenamiento, procesado, recuperación y difusión de la información clínica y administrativa relevante para todas las actividades y funciones del hospital, satisfaciendo los requerimientos prácticos de todos los usuarios autorizados⁹³. Siendo un buen sistema de información aquel que proporciona una información adecuada en el tiempo oportuno⁹⁴.

III.2. Desarrollo de los Sistemas de Información en España.

El desarrollo de los sistemas de información en nuestro país ha ido paralelo al desarrollo del sistema sanitario, de la epidemiología, la salud pública y la estadística médica.

La reorganización de los servicios sanitarios se inicia en España en 1904 con la publicación de la “Ley de Instrucción General de Sanidad Pública”. La “Instrucción” española es el texto más largo y minucioso en la legislación sanitaria internacional comparada. Regula la organización sanitaria, el ejercicio profesional y el régimen sanitario interior (higiene municipal, escuelas, enfermedades “infectivas y contagiosas”, estadística sanitaria,...)⁹⁵. En 1910 se reforma el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII estableciendo una Sección de Epidemiología, primera unidad específica de esta materia creada en nuestro país⁹⁶.

En el año 1925 se crean las Secciones de Epidemiología y Desinfección en los Institutos Provinciales de Higiene, donde se producirá un notable desarrollo de la Epidemiología como herramienta de la Salud Pública. Este avance conceptual hizo necesario un uso mayor de la estadística, que se manifestó incluso en el hecho de sustituir el término de Desinfección por Estadística en la denominación de las Secciones de Epidemiología de los Institutos Provinciales de Higiene⁹⁶.

En España, la creación del Servicio de Estadísticas Sanitarias en 1930, dependiente de la Dirección General de Sanidad⁹⁷, simboliza la importancia que para los higienistas españoles de aquella época merecen los indicadores sanitarios y la vigilancia epidemiológica. Marcelino Pascua, cabeza visible de este movimiento, que poseía una sólida formación adquirida con Frost y Pear en Estados Unidos y con Greenwood en Inglaterra, presentó la comunicación “*Organización del Servicio de Estadísticas Sanitarias y Utilización*” en el I Congreso Nacional de Sanidad de 1934, donde manifiesta la necesidad de disponer de datos sobre accidentes, vacunaciones, admisiones hospitalarias, actividad de los dispensarios y las migraciones, además de las enfermedades infecto-contagiosas⁹⁸. Además de sus trabajos sobre mortalidad, “*Mortalidad Específica en España*” y “*La Mortalidad Infantil en España*”, hay que destacar su labor en la consolidación de los sistemas de información sanitaria^{99,100}.

En 1932 se promulga la Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios, como un intento de ordenar el sector sanitario, que se vería continuada en 1936 con la creación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuya dirección sería encomendada a Federica Montseny. Estos movimientos cuantificadores desaparecieron tras la guerra civil española, quedándose los indicadores sanitarios limitados al control de las Enfermedades Infecciosas de Declaración Obligatoria (EDO), cuyo sistema de registro había comenzado en 1930.

Tras la guerra civil, en agosto de 1939, se crea en el Ministerio de Trabajo la Dirección General de Estadística, a la que se le atribuyen todos los servicios de índole estadística y la recogida de datos, salvo los propios de otros departamentos ministeriales o de los sindicatos. El 31 de diciembre de 1945 se aprueba la Ley de Estadística, en la que se reorganiza la estadística oficial y se crea el Instituto Nacional de Estadística (INE), el cual se concebía, en el orden científico, como un centro dedicado a la observación y estudio de los fenómenos colectivos de la vida española y, en el administrativo, como una Dirección General dependiente de la Presidencia del Gobierno¹⁰¹.

En 1946 se inició en España la creación de tablas de mortalidad. Las primeras se referían al bienio 1930-31, dirigidas por Ros Jimeno y después, en 1952, Saura del Campo elaboró las del período 1900-1940^{101,102}.

En torno a los años 1945-1950 se completa en España la transición epidemiológica, al abandonarse el viejo patrón caracterizado por una elevada mortalidad (sobre todo infantil) con las enfermedades infecciosas como principales responsables de la misma, a favor de un nuevo perfil donde ha descendido de forma importante la mortalidad y son las enfermedades no infecciosas las principales causas de defunción¹⁰³.

La encuesta de Morbilidad Atendida en los Hospitales comenzó a realizarse por el INE en 1951. A partir de 1963, con la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social, el sistema sanitario público español experimenta un importante impulso en estrecha relación con el incipiente desarrollo económico tras el Plan de Estabilización, con la apertura de nuevos intercambios científico-técnicos con el exterior y con la progresiva ampliación de la cobertura a un mayor número de trabajadores asalariados¹⁰⁴.

En 1964 se dispuso la formación del Censo de Establecimientos Sanitarios y Benéficos y del Catálogo General de Hospitales. El primer catálogo dio un total de 1365 hospitales más 46 hospitales militares. Los hospitales civiles poseían unas 157000 camas y los militares unas 14000, lo que representaba 4,64 camas por 1000 habitantes¹⁰⁵.

Durante la década de los 60 y primera mitad de la década de los 70, la situación sanitaria en España se caracteriza por un desarrollo vertiginoso en la creación de centros hospitalarios. Existía una situación económica favorable, con excedentes económicos en la Seguridad Social, que favorecieron la formación de nuevos y cualificados especialistas médicos y la era dorada del crecimiento de la tecnología sanitaria. La centralización hospitalaria favoreció una medicina de alta calidad, pero aumentó la separación entre la medicina hospitalaria y la extra hospitalaria (medicina de cabecera y especialistas de ambulatorios)¹⁰⁶.

En este período se promulgaron diferentes textos legales, entre los que hemos de destacar la Ley General de Seguridad Social de 1963 y el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1974, en un intento de ordenar y coordinar el sistema sanitario de aquel momento. No obstante, dicho sistema se caracterizó por una falta de definición sobre su organización y financiación, una multiplicidad de organismos e instituciones con competencias sanitarias y la existencia de tres redes de asistencia sanitaria pública (Estatal, Seguridad Social y las Corporaciones Locales)¹⁰⁷.

En 1977, tras el Real Decreto 1360 de 21 de mayo de 1976 (BOE de 23 de junio) por el que se estableció el uso obligatorio del Libro de Registro en hospitales públicos y privados, la encuesta de morbilidad hospitalaria se modifica sustancialmente, con el objetivo de superar las tres limitaciones principales de la anterior: cobertura parcial al incluir solo con carácter obligatorio los hospitales públicos, incluir el diagnóstico definitivo y contabilizar los días de estancia hospitalaria¹⁰⁸. Tras los cambios introducidos, la patología atendida en los hospitales puede ser seguida a través de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria con cierta fiabilidad a partir de 1977¹⁰⁹.

En España, hasta el año 1977, la sanidad era gestionada por la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio del Interior, creándose en dicho año el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. En 1982 se dividirá en Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y en Ministerio de Sanidad, adquiriendo una estructura similar a la que poseían la mayor parte de los países de Europa desde hacía bastantes años.

Nos encontramos en una época de importantes cambios socio-políticos en nuestro país, cuyo máximo exponente es la promulgación de la Constitución Española en 1978, texto en el que encontramos importantes declaraciones en materia de salud, a saber: Artículo 43, en el que se reconoce el derecho a la protección de la salud, estableciendo que compete a los poderes públicos el organizar y tutelar la salud pública, y fomentar la educación sanitaria, la salud pública y el deporte; Art. 41: Seguridad Social para todos los ciudadanos; Art. 49: la previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos; Art. 50: la atención a los problemas específicos de salud durante la tercera edad. Se declaran competencias del Estado (Art. 149) la sanidad exterior, la coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos. Se declaran competencias de las Comunidades Autónomas (Art. 148) la asistencia social, la sanidad e higiene y la gestión en materia de protección del medio ambiente.

El estudio moderno de los indicadores del funcionamiento del sistema sanitario se inicia con la publicación de la Orden del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de 2 de septiembre de 1978 que establece el sistema de indicadores de rendimiento hospitalario y en la Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de 4 de octubre de 1978 por la que se desarrolla el sistema de indicadores de rendimiento a que han de ajustarse las instituciones hospitalarias, y específicamente el funcionamiento de los servicios sanitarios.

La resolución anterior definió en su anexo I, de manera clara y precisa por primera vez en nuestro país, los conceptos básicos (cama hospitalaria, estancia, enfermo, primera consulta, período) para la obtención de los indicadores. Los principales indicadores según la mencionada resolución son: índice de ocupación, índice de rotación enfermo-cama, estancia media general,

estancia media preoperatorio, promedio diario de urgencias atendidas, promedio diario de pacientes atendidos en consultas externas, etc.

III.3. Sistemas de Información Vigentes en Nuestro País.

En la última década se ha producido un salto cualitativo de enorme importancia a nivel de los sistemas de información sanitaria cuya trascendencia será notable en los próximos años.

En diciembre de 1987 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el llamado Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH), compuesto por 14 variables con el intento de dar respuesta a la necesidad de disponer de una información fiable, normalizada y comparable a nivel nacional e internacional^{95,110}.

El CMBDAH del paciente hospitalizado puede definirse como un conjunto de variables obtenidas en el momento del alta, que proporcionan información sobre el paciente, su entorno, la institución que lo atiende y su proceso asistencial. Representa aquella información básica cuya necesidad es común a diferentes usuarios (clínicos, gestores, planificadores,...) sin que esto signifique que sea suficiente para cada uno de ellos¹¹¹. Sus antecedentes hay que situarlos en el *Uniform Hospital Discharge Data Set* (UHDSS) de 1972 dado por el *National Committee on Vital and Health Statistics de Estados Unidos*¹¹² y en el *European Minimum Basic Data Set* del Comité de Información y Documentación Científica y Tecnológica de la CEE¹¹³. Este último fue desarrollado a finales de la década de los 70, tras recoger la experiencia y opinión de 82 hospitales de diferentes países, estando constituido por 13 ítems, que son datos disponibles en todos los centros y que permiten un mayor número de aplicaciones.

El CMBDAH aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el prototipo de base de datos clínico-administrativa. Su característica fundamental es el ser extensivo (recoge todas las altas) y homogéneo en cuanto al tipo y codificación de las variables incluidas.

El CMBDAH utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades, en la actualidad en su novena edición, Modificación Clínica (CIE-9-MC)¹¹⁴ para la codificación de los diagnósticos y los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

La estructura del CMBDAH es la siguiente:

1. Datos administrativos:
 - a. Identificación del Hospital.
 - b. Identificación del paciente.
 - c. Sexo.
 - d. Fecha de nacimiento.
 - e. Residencia.
2. Datos del proceso asistencial:
 - a. Financiación.
 - b. Fecha de ingreso.
 - c. Circunstancias al ingreso (urgente, programado).

- d. Fecha de alta.
 - e. Circunstancias del alta (curación, traslado, éxitus, alta voluntaria).
3. Datos clínicos:
- a. Diagnóstico principal.
 - b. Otros diagnósticos.
 - c. Procedimiento quirúrgico y/o obstétrico.
 - d. Otros procedimientos.

En el caso de la salud mental, según los últimos datos del Observatorio de Salud Mental⁸⁰, el desarrollo de los sistemas de información es insuficiente en la mayoría de las comunidades autónomas y muchas veces cada administración responsable tiene su propia metodología de recogida de datos y sistemas de información que no operan de forma integrada.

Tabla 8. Sistemas de Información.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SISTEMA DE INFORMACIÓN	RECOGIDA DE DATOS
Andalucía	SI	SI
Aragón	En elaboración	SI
Asturias	SI	SI
Baleares	NO	NO
Canarias	SI	SI
Cantabria	NO	NO
Castilla La Mancha	Estructura y actividad	General sistema sanitario
Castilla León	SI	SI
Cataluña	SI	SI
Euskadi	SI	RACP y CMBD
Extremadura	NO	SI
Galicia	SI	RACP (implantación parcial), CMBD, SISINFO
Madrid	SI	RACP y Sistemas Generales de Atención Especializada: SISCAM, HP-HIS
Melilla	SI	SI
Murcia	SI	SI
Navarra	SI	SI
Rioja	SI	RACP
Valencia (2002)	NO	SI

Fuente: Observatorio de Salud Mental: análisis de recursos de salud mental en España⁸⁰.

Así, sólo se ha informado de la recogida de datos en formato de Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP) en Euskadi, Galicia (implantación parcial), Madrid y La Rioja.

Existen otros sistemas de recogida de datos e información. Además del RACP, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se utiliza en Euskadi y Galicia. El SISINFO también en Galicia, y los sistemas de recogida de datos de Atención Especializada (HP-HIS, SISCAM) en Madrid. En Castilla la Mancha, la recogida de datos se realiza dentro del Sistema Sanitario Especializado.

Baleares y Cantabria no cuentan con un sistema de recogida de datos, ni con un sistema de información.

En Aragón se está elaborando el Sistema de Información, que tampoco existe en Extremadura ni Valencia.

III.4. Indicadores Sanitarios.

III.4.1. Indicadores de Salud Mental.

La investigación sanitaria y la evaluación han de intentar medir la efectividad en la medida que alcance los objetivos pretendidos. Los indicadores sanitarios orientan sobre los programas y servicios. Sin embargo, en el caso concreto de la salud mental, ha tropezado con importantes dificultades, una de ellas la escasa sensibilidad para considerar la evaluación como necesaria en cualquier servicio.

Existe escaso entusiasmo por registrar adecuadamente los datos y conductas asistenciales. A pesar de ello no son pocos los autores quienes han señalado las condiciones necesarias para los procesos de evaluación en los servicios de salud mental. Se citan algunos parámetros organizativos: capacidad de investigación, soporte administrativo, estructura organizativa, contexto medioambiental y disposición para la innovación. Pero lo primero debe de ser tener un buen sistema de registro que pueda ofrecer al menos la información sobre el perfil sociodemográfico de la población, el funcionamiento de los servicios receptores de las demandas de la población, la financiación y la actividad de los diferentes dispositivos de atención.

Se han descrito demasiados criterios, normas, estándares e indicadores en el campo de la salud mental. La tendencia actual consiste en seleccionar unos pocos “indicadores” factibles, que son variables medibles y bien definidas en relación con los resultados de las actividades médicas. En la reunión de los centros europeos colaboradores de la OMS (Lille, 2001), se presentó un amplio estudio que está siendo llevado a cabo por un equipo de investigadores de Londres con la finalidad de obtener indicadores simples y fiables¹¹⁵. Un subgrupo del grupo de trabajo de la OMS sobre “Evaluación en Salud Mental” está trabajando sobre la selección de 5 indicadores generales de salud mental a añadir a la base de datos HFA-21 de la OMS¹¹⁶.

A nivel internacional, el grupo europeo EPCAT (European Psychiatric Assessment Team) ha desarrollado una batería de instrumentos para la evaluación de sistemas de salud mental en áreas sanitarias pequeñas. Por un lado ha creado el instrumento ESMS (European Service Mapping Schedule) para la descripción estandarizada de servicios de salud mental en áreas sanitarias pequeñas en Europa y el instrumento ESDS (European Socio-Demographic Schedule) para la recogida de información acerca de las características sociodemográficas de la población relevantes para la planificación de la salud mental.

En el proyecto europeo Stakes (2002), de indicadores de salud mental, se seleccionaron un total de 36 indicadores agrupados en los cuatro dominios siguiendo el modelo propuesto por la Red Europea *European Community Health Indicators Project* (ECHI) (2001). Los dominios y los subdominios que se seleccionaron fueron:

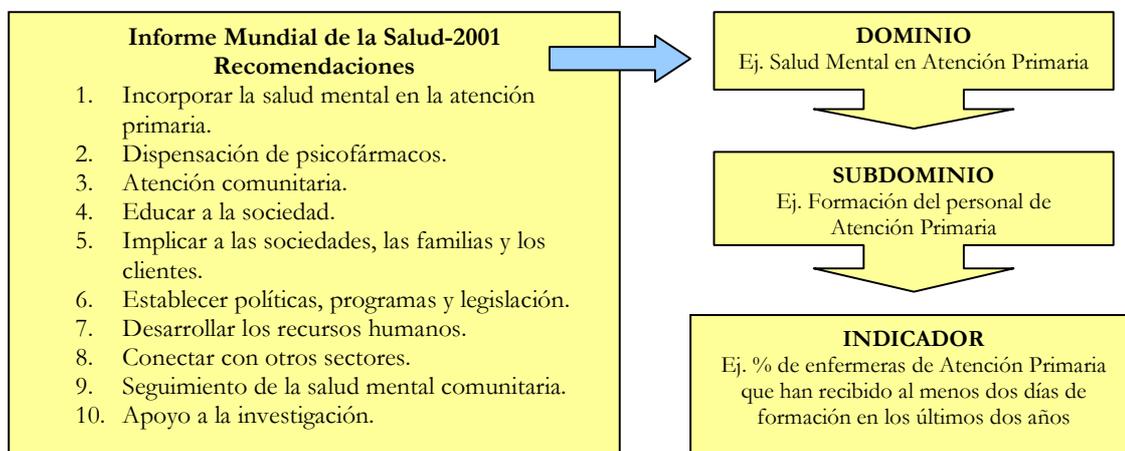
1. Demográfico y socio-económico.
2. Estado de salud: a) mortalidad; b) morbilidad, por enfermedades específicas; c) morbilidad genérica.
3. Determinantes de la salud: a) condiciones personales; b) ambiente social y cultural.
4. Sistemas de salud: a) prevención, protección y promoción de la salud; b) recursos de atención sanitaria; c) utilización de servicios de salud; d) gasto sanitario; e) calidad de la atención sanitaria.

A partir de esta estructura se seleccionó un listado definitivo de 36 indicadores para la planificación de la salud mental dentro de la Unión Europea.

Por su parte el proyecto europeo *Mental Health Economic* (MHE) que está actualmente en desarrollo, pretende la selección de un conjunto de indicadores y de datos útiles para medir las características y condiciones económicas relacionadas con la atención de la salud mental en los países que forman la Unión Europea.

Así mismo, la OMS está desarrollando un proyecto titulado “*Monitoring Mental Health System and Services*” el cual se basa en las diez recomendaciones incluidas en el Informe Mundial de la Salud 2001. Estas recomendaciones hacían referencia a todos los componentes del sistema de salud mental, incluida la prevención, la promoción, el seguimiento y la investigación. En este proyecto, cada una de las recomendaciones representa un dominio del sistema de salud mental, mientras que sus respectivos subdominios suponen los temas específicos dentro de cada dominio (Figura 4).

Figura 4. Esquema del proyecto “Monitoring Mental Health System and Services”.



Fuente: Monitoring Mental Health System and Services¹¹⁷

En la tabla 9 se señalan una serie de proyectos científicos para el establecimiento y desarrollo de indicadores para la planificación y gestión de la salud mental en el ámbito internacional.

Tabla 9. Ejemplos de estudios sobre Indicadores de Salud Mental a Nivel Internacional.

PROYECTOS DE INDICADORES DE SALUD MENTAL INTERNACIONALES	
ESMS (European Service Mapping Schedule) ¹¹⁸ ESDS (European Socio-Demographic Schedule) ¹¹⁹	Johnson, Kuhlmann y EPCAT Group, 2000 Beecham, Johnson y EPCAT Group, 2000
Establishment Set of Mental Health Indicators ¹²⁰	Stakes, 2001
Monitoring Mental Health System and Services: Monitoring Instrument ¹¹⁷	World Health Organization, 2005
Mental Health Economics (MHE) ¹²¹	Mental Health Economics, 2002-04
Atlas OMS ⁸²	World Health Organization, 2005

Fuente: Garrido, Salvador-Carulla, Salinas, Almenara¹⁹.

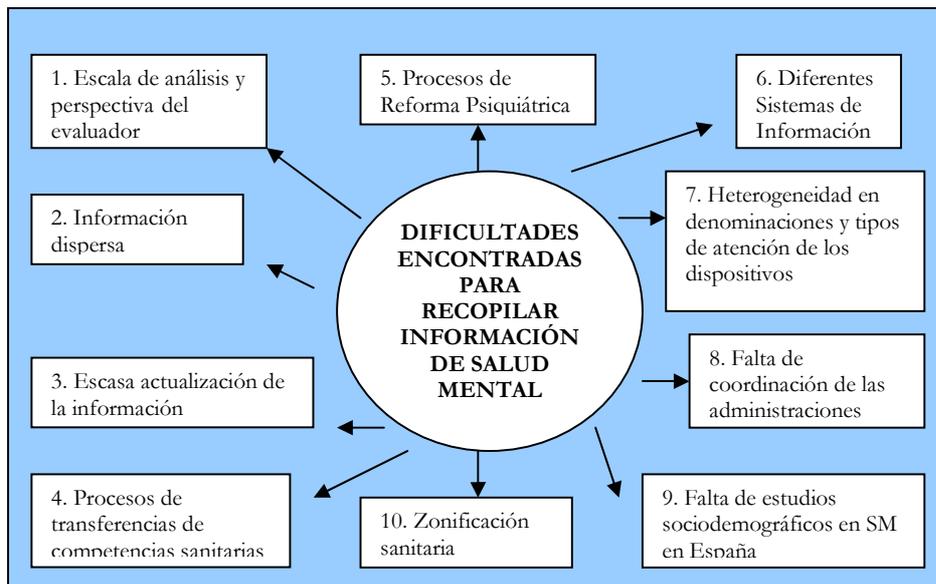
En España los estudios que han utilizado y analizado indicadores específicos en salud mental son escasos. Así, los datos de Salud Mental referidos a España que recoge el Atlas de recursos de Salud Mental publicado por la OMS (2001)¹²², provienen del estudio Sistema de Información en Salud Mental: Indicadores año 1996, realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1998)⁷⁷. En 2005 se ofrece un nuevo atlas con información general de recursos.

Las dificultades específicas del proceso de recopilación de información de Salud Mental en nuestro país explican en gran medida dicha escasez (figura 5):

1. **Escala de análisis y perspectiva del evaluador.** La importancia de cada indicador varía según la escala o nivel de análisis (macro: país o región; meso: área sociosanitaria y micro: servicio sanitario), y la perspectiva del evaluador (usuario, gestor de salud, político).
2. **Información dispersa.** La disponibilidad de datos de salud mental está muy dispersa y a menudo requiere un gran trabajo de recopilación. Ello se debe a que existe una gran variedad de fuentes de información, que aportan información parcial de salud mental: memorias sanitarias, memorias de salud mental, responsables de organismos de salud mental, profesionales de la salud, artículos, portales de Internet... Las memorias anuales sanitarias generales que se realizan desde las distintas administraciones autonómicas suponen, en ocasiones, la única fuente de información pública acerca de la gestión, los presupuestos, los recursos existentes y la actividad en los dispositivos.
3. **Escasa actualización de la información.** Ello obliga a utilizar datos referidos a periodos diferentes.
4. **Procesos de transferencias de competencias sanitarias.** Nos encontramos con CCAA en donde existen diversos organismos de gestión de la salud mental (Ej. la Comunidad de Madrid en donde convive el SERMAS, el IMSALUD y el Ayuntamiento de Madrid) y donde la información no está integrada y otras como Cataluña con una larga experiencia en la gestión de los servicios sanitarios.

5. **Procesos de Reforma Psiquiátrica.** Los profundos cambios acaecidos en Salud Mental han hecho que, al contrario que en otras especialidades médicas, no se haya consensado aún un modelo básico de atención. Los datos de salud mental están en continua transformación, así se cierran dispositivos asistenciales y se crean nuevos constantemente, desde que comenzara la Reforma Psiquiátrica.
6. **Diferentes sistemas de información.** Algunas CCAA utilizan sistemas de información propios por lo que la información no siempre puede ser comparada (p.ej. Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía -SISMA-).
7. **Heterogeneidad en denominaciones y tipos de atención de los dispositivos.** Los recursos son de tipología muy diversa, en cuanto a su denominación, tipo de atención que prestan y a su estructura organizativa. Dependiendo de la comunidad autónoma, encontramos dispositivos que, aún prestando el mismo servicio, poseen denominaciones distintas. Así pues, la desigual nomenclatura utilizada para definir los servicios supone una gran dificultad a la hora de recopilar información comparable acerca de dispositivos de salud mental.
8. **Falta de coordinación entre las administraciones.** En la mayoría de las ocasiones, las administraciones competentes de la gestión de la salud mental, normalmente dividida entre sanitarias y sociales, están poco o nada coordinadas.
9. **Falta de estudios sociodemográficos en salud mental en España.** La evidencia científica de la utilidad de indicadores sociodemográficos en relación a la salud mental procede principalmente de estudios anglosajones, registrándose un escaso número de estudios sobre la validez y fiabilidad en el entorno socioeconómico y cultural español.
10. **Zonificación sanitaria.** Existen pocas CCAA que posean datos sociodemográficos referidos a las áreas de salud mental.

Figura 5. Dificultades existentes en el establecimiento de indicadores de salud mental en nuestro país.



Fuente: Garrido, Salvador-Carulla, Salinas y Almenara¹⁹.

Tras el comienzo de la Reforma Psiquiátrica en España, todos los estudios que se han realizado en nuestro país de búsqueda de datos referentes a indicadores de salud mental se han encontrado con una gran carencia de datos estandarizados a nivel nacional que permitan realizar comparaciones de los sistemas de atención en salud mental existentes en cada CCAA.

Fruto de esta insuficiencia y promovido por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) se propone la creación de un Observatorio Específico de Salud Mental. La AEN planteó como objetivo de dicho observatorio “ofrecer un análisis permanente del Sistema de Salud Mental facilitando información objetiva, fiable y comparable de las diferentes comunidades autónomas”.

Para la instauración del observatorio se organiza un grupo de trabajo constituido por la participación de todas las asociaciones autonómicas integradas en la AEN con el primer objetivo de recabar información sobre los recursos en salud mental en España. Fruto de este trabajo se publica en 2005 el “Observatorio de Salud Mental: análisis de los recursos de Salud Mental en España” (datos actualizados de diciembre de 2003)⁸⁰. Este informe recoge, exclusivamente, algunos indicadores de política sanitaria y de la red asistencial.

La presentación oficial del 2º Observatorio de Salud Mental de la AEN (Diciembre de 2005) se ha realizado en el XXIII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: “Abriendo claros, construyendo compromisos” celebrado el pasado 10 de mayo de 2006 en Bilbao.

El estudio realizado por la asociación científica Psicost y la red SIG-RIRAG-DSM de comparación de cuatro sistemas de salud mental en España^{123,46}, constituyó el primer análisis sistemático de la situación comparada de la atención de la salud mental tras la reforma psiquiátrica. En dicho estudio se presenta información comparable acerca de un conjunto de

indicadores referidos a cuatro comunidades autónomas (Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra) adecuados para la planificación sanitaria. Este estudio facilitó el establecimiento de la base de datos sobre planificación, gestión y dispositivos de atención en salud mental referidos a todas las CCAA españolas que realizó, y hemos citado anteriormente, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

En la tabla 10 aparecen recogidos algunos de los estudios científicos llevados a cabo en España relacionados con el establecimiento de indicadores y estudios de sistemas de información de salud mental.

Tabla 10. Ejemplos de estudios sobre indicadores en salud mental a nivel nacional.

PROYECTOS DE INDICADORES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA	
Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores año 1996⁷⁷.	Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998
Programa Europeo ESPRIT. Batería de indicadores y programa informático de evaluación de la discapacidad. AID¹²⁴	Alonso Trujillo, Rodríguez, Almenara, et al., 1998.
Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental. Las Personas con Enfermedad Mental Crónica que Reciben Atención no Hospitalaria en la CAPV⁸⁸.	Markez, Póo, Ariño, Cordoba, Merino, Romera, 2000
Hacia una Atención Comunitaria de Salud Mental de Calidad⁷⁹.	Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000
Directorio de Registros Sanitarios Españoles de Utilidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias¹²⁵.	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), 2000
Indicadores Tratamiento, Urgencias y Mortalidad del Observatorio Español sobre Drogas. Informe año 2001⁶⁰.	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002
Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación Actual y Recomendaciones¹²⁶.	Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002
Informe SESPAS 2002: la Salud Mental en España: Cenicienta en el País de las Maravillas⁷⁰.	Salvador-Carulla, Bulbena, Vázquez-Barquero, Muñoz, Gómez-Beneyto, Torres, 2002
Informe de Situación de Salud Mental⁷⁸.	Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002
Informe Psicost/Catsalut 2003¹²³.	Salvador-Carulla, Romero, Garrido, Salinas, Ochoa, 2003
Proyecto DESDE. Descripción Estandarizada de Servicios de Discapacidad en España¹²⁷.	Salvador-Carulla, Romero y Poole, 2004.
El Registro de Casos de Esquizofrenia en Granada¹²⁸.	Moreno, 2005
El Observatorio de Salud Mental: análisis de los Recursos de Salud Mental en España⁸⁰.	Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005
La salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud (*)¹²⁹.	Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006
Atlas de Salud Mental de Andalucía 2005¹⁹.	Garrido, Salvador-Carulla, Salinas y Almenara, en prensa.
Análisis de Índices Multivariantes en el Análisis Epidemiológico de la Salud Mental en Andalucía (España)¹³⁰.	Garrido, Almenara y Salvador-Carulla, en revisión.
Proyecto ETES. Informe sobre Episodios de Hospitalización en el CMBD de Cataluña¹³¹.	Documento sin publicar, 2006.

Fuente: Elaboración propia.

(*) No se trata de un informe propio de salud mental, pero aparecen indicadores de salud mental como, por ejemplo, tasas de suicidio.

III.4.2. Indicadores para la Medición de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas.

En 1985, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, se decidió impulsar el desarrollo de indicadores para monitorizar las tendencias temporales y geográficas de los problemas derivados del consumo de drogas. En 1987 comenzaron a funcionar los indicadores tratamiento ambulatorio, urgencias y mortalidad, constituyendo lo que se denominó el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

Hasta 1996 los tres indicadores se centraron, exclusivamente, en los problemas generados por el consumo de opiáceos y cocaína, y a partir de dicho año se amplió la recogida de información a todas las sustancias psicoactivas.

Los indicadores indirectos no permiten una estimación precisa de la prevalencia de consumo, pero son útiles para realizar estimaciones mínimas sobre la magnitud del consumo y sobre su distribución social y geográfica.

En 1998 los tres indicadores del SEIT pasaron a integrarse en el Observatorio Español sobre Drogas (OED).

En el informe del año 2002 “Indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad del Observatorio Español sobre Drogas”, se publican los últimos resultados obtenidos tras el análisis de dichos indicadores⁶⁰.

III.5. Sistemas de Clasificación.

La generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad hospitalaria requiere de clasificaciones que permitan asignar códigos a las entidades nosológicas y a los procedimientos practicados al paciente durante el episodio de atención a la salud. Tales estadísticas son de gran importancia para conocer el perfil epidemiológico de la población, los resultados de la atención, el desempeño de los servicios de salud y para planear la atención. La información que brindan es útil tanto para los directivos y administradores de los servicios como para los investigadores.

III.5.1. Las Clasificaciones en Psicopatología.

Los pioneros de la psiquiatría tuvieron que decidir cómo rotular a las personas que actuaban como incapacitadas y a la vez presentaban ciertos tipos de síntomas neuromusculares y sensoriales. Anteriormente a Charcot, a todos aquellos que no tenían una enfermedad orgánica demostrable se les consideraba habitualmente falsos enfermos. Charcot los reclasificó y los llamó histéricos. Los trastornos mentales responden a una situación humana que es catalogada y así aparecen las etiquetas de enfermedad.

Kraepelin trató de poner un orden en el reino de la locura y mediante una clasificación buscó las leyes que gobiernan el curso de la enfermedad psíquica. Consideraba a la persona mentalmente enferma como una colección de síntomas, lo que le llevó a centrar todo su interés en la forma y los tipos de las enfermedades mentales más que en sus contenidos intencionales. A partir de entonces, la nosología se convierte en el elemento central de la psiquiatría. Su clasificación fue aceptada en aquellos países en los que la psiquiatría había adquirido cierta entidad, como Alemania, Francia, Países Escandinavos, Inglaterra, pero adaptada a la psiquiatría de cada lugar respectivo.

El avance de la psiquiatría en este siglo, está relacionado muy estrechamente con el avance que se ha producido en la labor de clasificación de las enfermedades mentales, de tal forma que, como afirma Lara¹³²: “La clasificación de los trastornos mentales es el primer paso, tanto para identificar su etiopatogenia como para prescribir tratamientos eficaces”.

Para Ontiveros¹³³, clasificar es una forma de ver el mundo e implica crear, definir o confirmar límites entre los conceptos. En general, las categorías son convenientes de cara a la conceptualización y a la comunicación. “Clasificar significa buscar lo unitario en lo múltiple, lo genérico en lo individual”¹³⁴.

Las clasificaciones psiquiátricas intentan describir los diferentes síndromes. Los síndromes recogen los síntomas (proporcionados por el propio enfermo), signos (observados por el explorador) y el curso de la enfermedad. “Se conciben las categorías de trastorno mental como construcciones conceptuales con fines operativos-instrumentales, como instrumentos de evaluación de los problemas psicopatológicos”¹³⁴. En psiquiatría, se intentó agrupar los síntomas en torno a una especificidad lesional, funcional, etiológica similar a la “especie morbosa” imperante en la patología y basándose en esto, Kraepelin defendió su “unidad nosológica” que daría lugar al enfoque nosológico que sigue contando con múltiples seguidores sin que faltasen también las críticas en cuanto que no se han encontrado todavía las lesiones, ni trastornos, ni causas específicas. “Se trataba de describir cada vez mejor los diferentes

trastornos para, en un segundo momento buscar su especificidad anatómica o etiopatogénica. Este programa ha fracasado estrepitosamente”¹³⁴.

La mayoría de los padecimientos psiquiátricos carecen de etiología conocida e, históricamente, cuando ésta ha sido conocida, el padecimiento ha dejado de ser “psiquiátrico”. Cuando se descubrieron las vitaminas, los trastornos psiquiátricos ocasionados por avitaminosis dejaron de ser tratados por los psiquiatras y lo mismo ocurrió con la sífilis.

Algunas clasificaciones psiquiátricas reposaban enteramente en criterios etiológicos, como en el caso de la nosología alemana tradicional. La CIE-9 hace intervenir criterios etiológicos hipotéticos. Sin embargo, la mayoría de las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas reconocen que sólo logran, en general, agrupar síntomas o síndromes¹³⁵. Así, en el DSM-III, la utilización de criterios etiológicos pretende limitarse a trastornos en los que existen factores orgánicos (biológicos, genéticos, tóxicos) o psíquicos (estrés psicosocial en relación temporal con el trastorno) demostrables.

Polaino-Lorente está de acuerdo con Laín Entralgo cuando afirma “frente a una realidad, cualquiera que ésta sea, el hombre discierne, compara y clasifica”, pero nos advierte que es preciso definir con cautela las características que debe cumplir una clasificación, para no caer en criterios puramente personales cuando no absurdos, ya que no se dispone de un criterio nosotáxico único que haya demostrado fehacientemente su validez. A lo largo de la historia se han seguido distintos criterios que sintetiza como sigue:

1. Un criterio clínico-descriptivo más o menos estricto, dando lugar a la construcción de síndromes y cuadros clínicos.
2. Un criterio patocrónico, atendiendo al curso de las enfermedades (agudas y crónicas, por ejemplo).
3. Un criterio etiopatogénico, atendiendo a la causa inmediata del proceso morboso (trastornos psicógenos, somatógenos y endógenos).
4. Un criterio localizador o anatomopatológico, considerando los trastornos en base a su localización orgánica.
5. Criterios no vinculados al modelo médico-clínico sino al estrictamente psicopatológico, tal como los psicodinámicos (fijación en el desarrollo libidinal, nivel de estructuración del yo, mecanismos de defensa) y los fenomenológicos (reacciones vivenciales, desarrollos de la personalidad, procesos morbosos).

En la práctica, las distintas clasificaciones psiquiátricas utilizan algunos de estos criterios e incluso varios a la vez¹³⁶.

Vázquez¹³⁷ en un interesante capítulo sobre la clasificación en psicopatología afirmó que “uno de los problemas básicos de la actividad científica en Psicopatología es el de la clasificación. En torno a él se articulan algunos de los retos y controversias más importantes de dicha disciplina. El problema de la clasificación en Psicopatología ha suscitado polémicas apasionantes, pues bajo su rúbrica subyacen problemas tan esenciales como la distinción entre normalidad y anormalidad o la covariación de síntomas”. Y posteriormente advierte un hecho sumamente importante: muchas de las críticas que se han realizado a las clasificaciones psiquiátricas, se han hecho desde las clasificaciones en uso, no desde la teoría de la clasificación, de tal forma que muchas de las posturas “anticlasificadoras” están basadas en el

análisis de determinados sistemas clasificatorios, cuestionando la legitimidad de la actividad de clasificar. Por ello, sugiere que se distinga claramente entre las bases teóricas de la clasificación y los sistemas clasificatorios que se utilicen. “Si no se hace esto, se corre el riesgo, como suele ser habitual, de plantear críticas obsoletas y estereotipadas respecto a la clasificación”¹³⁷.

“Una clasificación es válida cuando predice el máximo posible de hechos y por esta razón en cualquier campo de la ciencia, solamente hay una clasificación válida”¹³². Estas palabras contienen una sobrada carga de razón, hecho que hace que podamos sentir cierto desánimo si pensamos en la enorme variedad de clasificaciones y propuestas nosológicas que se han hecho a lo largo de la historia para los trastornos mentales, sin que hayamos conseguido en la actualidad alcanzar esa “única clasificación válida”.

Si nos centramos en las clasificaciones internacionales actuales (CIE y DSM) encontramos que no están exentas de críticas y problemas de difícil solución, entre los que Vázquez¹³⁷ señala: (a) confusión entre descripción y etiología, ya que algunas etiquetas diagnósticas hacían referencia a etiologías no demostradas (ej. psicosis reactiva); (b) ausencia de criterios objetivos que permitieran cuantificar y sopesar síntomas; (c) falta de definición de los síntomas y síndromes. La DSM-III¹³⁸ produce un verdadero cambio en esta situación, mejorando la fiabilidad y utilidad clínica de la clasificación. Vázquez¹³⁷ señala dos claros precursores de este cambio. Por un lado, los criterios de Feighner et al¹³⁹; por otro, los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC)¹⁴⁰.

El trabajo de Feighner et al¹³⁹, desde el Departamento de Psiquiatría de la Washington University de St.Louis, fue el sistema clasificatorio de más impacto en los años 70¹³⁷, con una clara tradición diagnóstica descriptiva, considerada el origen del denominado movimiento “neokraepeliano”¹⁴¹. Los criterios de Feighner et al¹³⁹ “consisten en una serie de reglas operativas muy precisas que señalan qué síntomas son necesarios y cuántos bastan para efectuar el diagnóstico de una categoría dada”¹⁴².

Numerosos autores^{140, 143-146} demostraron cómo tanto los criterios de Feighner, como los RDC y la DSM-III, han supuesto una asombrosa mejora con respecto a los sistemas clasificatorios anteriores. Sin embargo, también contenían determinados problemas. En general, tanto los criterios de Feighner como los RDC tenían un campo de aplicación restringido¹⁴², al poseer unos criterios diagnósticos bastante estrictos y limitados. Por ejemplo, Ries, Bokan y Schuckit¹⁴⁷ señalaron que un 40% de los pacientes que solicitan ayuda no tenían cabida en el sistema clasificatorio de Feighner. No obstante, de lo que no cabe duda, es que ambos estudios fueron el origen de un notable cambio en la clasificación de los trastornos psiquiátricos, permitiendo la aparición de sistemas nosológicos cada vez con mayor fiabilidad y utilidad clínica.

Junto a las clasificaciones internacionales conviven numerosos intentos de mejorar y avanzar en la nosología psiquiátrica, basados en la concepción particular del autor que los propone. Todo ello contribuye a dificultar el acuerdo y unicidad entre los diferentes autores, y nos impide encontrar esa “clasificación idónea” de la que hablábamos anteriormente. Como señalaron Giner, Fernández-Argüelles y Blanco¹⁴⁸: “Hemos de reconocer que actualmente no existe nosología psiquiátrica alguna que sea totalmente satisfactoria”.

Ontiveros¹³³ enumera una serie de **razones que han dificultado el establecimiento de un único sistema clasificatorio** en el campo de la psiquiatría. En primer lugar, señala como una importante dificultad el hecho de que no se consiga elaborar una conexión coherente entre aspectos fundamentales del trastorno mental, como son los síntomas clínicos, los factores causales específicos, los modelos patogénicos y el pronóstico. Otro obstáculo para alcanzar la clasificación única lo coloca la autora en la gran diversidad de opiniones y puntos de vista en cuanto a la naturaleza de las alteraciones psiquiátricas, destacando dos posturas principales:

- (a) Aquélla que considera los trastornos psiquiátricos similares a los de la medicina en general, que deben definirse como enfermedades con causas, síntomas, curso y pronóstico.
- (b) Aquélla que considera a éstos como respuestas a causas no específicas, por lo que resulta difícil encontrar un sistema apropiado que los clasifique como entidades separadas.

En tercer lugar, la autora afirma que existe una resistencia cultural a aceptar los sistemas de diagnóstico y clasificación, y afirma: “las culturas tienen diferente tolerancia a los conflictos no resueltos y a las contradicciones; hay quienes prefieren mantener una posición indeterminada a aceptar trabajar con clasificaciones que requieren de la asignación inmediata a una clase, en base a información incompleta”. En cuarto y último lugar, citando a Spitzer et al¹⁴⁹, afirman que la diversidad de servicios, unida a la separación de sus sistemas administrativos, ha originado el desarrollo de diferentes lenguajes y sistemas clasificatorios.

No obstante, a pesar de estas y otras dificultades que nos encontramos a la hora de clasificar este campo de la ciencia, como podrían ser las numerosas corrientes desde las que aún se trabaja en el campo de la salud mental, con las conocidas impregnaciones ideológicas, que influyen decisivamente en la utilización por parte del clínico de un sistema nosológico de carácter internacional; los diferentes intereses creados desde las grandes organizaciones, que no permiten llegar a una posición unívoca con una única forma de clasificar y delimitar los trastornos psiquiátricos; el objetivo particular del profesional que va a hacer uso de una clasificación (clínico, de investigación...); los criterios desde los que se elabora la clasificación (descriptivos, etiológicos, estadísticos...); el desconocimiento de las bases biológicas de los trastornos mentales; la gran diversidad de variables que deben tenerse en cuenta; etc., afortunadamente, se ha producido un importante avance en nuestro campo, que favorece el desarrollo de una clasificación psiquiátrica adecuada¹⁵⁰. De forma general, podemos afirmar que, hoy en día, las posturas “antinosologistas” no tienen prácticamente cabida¹⁴⁸.

Ontiveros¹³³ señala algunos hechos que han contribuido a este avance:

- (a) La mayor prioridad concedida a los programas de salud mental en muchos países, especialmente los desarrollados.
- (b) El esfuerzo realizado en muchos países por incorporar en el sistema primario la salud mental, que ha supuesto una simplificación de las técnicas terapéuticas y una mejora de la definición y clasificación de los trastornos, muchos de los cuales se presentan primeramente en la atención médica primaria.

- (c) El avance en tecnología radiológica y de radioisótopos, en clinimetría y el uso de computadores que han favorecido la investigación en grandes grupos de pacientes, junto a los estudios transculturales que han permitido validar las clasificaciones.
- (d) La mayor comunicación con los psiquiatras del tercer mundo, que ha supuesto respetar y tener en cuenta sus opiniones.
- (e) El desarrollo del sistema de clasificación multiaxial, debido al esfuerzo que ha tenido que hacerse para que las clasificaciones reflejen las diversas características de las personas que acuden a consulta.
- (f) Las revisiones completas que muchos países han hecho de sus sistemas de clasificación.
- (g) El aumento del interés por las clasificaciones que la industria farmacológica ha propiciado, debido a que las agencias reguladoras de fármacos piden como requisito esencial a los investigadores que especifiquen el sistema diagnóstico utilizado en los ensayos clínicos.

Sin embargo, quizás la falta de fiabilidad y la escasa utilidad clínica del diagnóstico, constituyen las dos críticas más severas y reales que numerosos autores han realizado a las clasificaciones psiquiátricas. Spitzer y Wilson¹⁵¹ mostraron datos bastante desmoralizadores a este respecto.

A continuación presentamos los requisitos que propuso Norman Sartorius, Director de la División de Salud Mental de la OMS, para una clasificación internacional de trastornos mentales, los cuales han sido tenidos en cuenta en la elaboración de la ICD-10¹⁴⁹:

- (1) Debe estar basada en los puntos de acuerdo entre los profesionales de la salud mental, así como entre éstos y otros usuarios, para que sea útil.
- (2) Debe ser sencilla y comprensible para que pueda utilizarse.
- (3) Debe servir y no dominar a las clasificaciones con la que ya se cuenta, es decir, una clasificación internacional no debe invalidar o entrar en pugna con las clasificaciones locales y regionales que se tengan, las cuales, generalmente son muy valiosas.
- (4) Debe ser poco teórica y conservadora para que sea aceptada por la mayor parte de los posibles usuarios con diferentes orientaciones y conocimientos.
- (5) Debe ser estable: sólo se introducirán cambios cuando haya suficientes datos científicos que los apoyen y justifiquen.
- (6) Deben tenerse en cuenta tanto el idioma del cual se tradujo como a los que se va a traducir posteriormente.
- (7) Debe asegurarse una cierta continuidad en las posibles posteriores revisiones, tanto por razones científicas como por razones económicas.

El campo de la salud mental, como la mayoría de las áreas del conocimiento científico, es un mundo cambiante, a expensas de los nuevos avances propulsados por la investigación y el trabajo científico, por lo que es posible que jamás podamos obtener la “clasificación válida”, de forma estable y definitiva, sino que tendrá que irse modificando en función del progreso en el conocimiento de los trastornos mentales. La nosología del presente tiene la característica de ser provisional y ésta le viene dada en función de que con los conocimientos que en la actualidad posee la ciencia psiquiátrica no podemos hablar de enfermedades como “especies morbosas” sino como “tipos clínicos” y/o “formas de reacción”. Es, pues, necesaria y obligada

la revisión periódica de la misma para ajustarse a los nuevos avances que se vayan produciendo¹⁴⁸. En el mismo sentido señala Berlanga¹⁵²: “Los criterios diagnósticos, tanto en la aplicación clínica como en la investigación, no son de ninguna manera perfectos, por lo que es indispensable revisarlos y modificarlos continuamente. Mientras se llega al equilibrio, es totalmente válido y aceptable que la investigación no se limite a las clasificaciones oficiales y que, incluso, utilice sistemas más flexibles. Es precisamente el resultado de estas investigaciones lo que permitirá ir reajustando los sistemas de clasificación con el fin de hacerlos más operacionales”.

En la actualidad, la cuestión queda lejos de estar resuelta, y si bien es cierto que una inmensa mayoría de profesionales aceptan como válidas y útiles la CIE y la DSM, existen no pocos autores que encuentran en ellas dificultades y problemas que deben ser resueltos, mostrándose contrarios y opuestos a la utilización de las mismas.

A pesar de todos los problemas, resaltamos la importancia y la necesidad de las clasificaciones en psiquiatría ya que son muchas las ventajas que nos ofrecen, y lo que es más importante, nos permiten avanzar en el conocimiento de este mundo complejo de los trastornos mentales. Es evidente que la nosología es totalmente necesaria en el campo de la salud mental, ya que nos facilita cuestiones tan primordiales como realizar un diagnóstico preciso, sabiendo qué casos quedan dentro de la categoría y cuáles no, sin incurrir en la inclusión de casos que no pertenecen a ella o dejar fuera otros que sí, y poseer criterios precisos para realizar estudios epidemiológicos¹⁴⁸. Además, las clasificaciones sirven para poner orden en el caos del extenso conocimiento que poseemos sobre el tema, eliminar ambigüedades y zonas de solapamiento, avanzar en la investigación de los trastornos y favorecer el acuerdo y la comunicación entre los diferentes profesionales.

Vázquez¹³⁷, respondiendo a la pregunta “¿para qué sirven las clasificaciones?”, señala seis funciones básicas y específicas de las mismas: organizar la información, facilitar la comunicación entre profesionales, predecir el curso clínico y la respuesta al tratamiento, seleccionar el tratamiento adecuado, clarificar la etiología de la alteración y facilitar el desarrollo teórico. La clasificación se hace tan necesaria, que incluso desde las posiciones más extremas en las que se ha presumido de no utilizar ningún sistema de clasificación como referencia (p. ej. conductismo), de forma inevitable se han empleado criterios de clasificación implícitos sobre la conducta anormal¹⁵³.

Las modernas nosografías psiquiátricas poseen dos rasgos claros definitorios: por un lado, el hecho de que la noción básica en ellas no sea tanto la de enfermedad como la de problema (comprenden las psicosis maniaco-depresivas, los delirios crónicos, los problemas mentales derivados de una afección cerebral, personalidades patológicas, hasta las afecciones psicosomáticas). Y, por otro, el considerar que estos problemas mentales deben ser abordados desde una perspectiva. De esta forma las clasificaciones han dejado de ser fines en sí mismos para convertirse en verdaderos instrumentos diagnósticos y terapéuticos¹⁵⁴.

Alarcón¹⁵⁵, en un interesante capítulo sobre la clasificación psiquiátrica, termina reflexionando sobre el futuro de ésta, y con una perspectiva muy optimista afirma que es indudable que la “inevitabilidad de las clasificaciones se ha robustecido” hecho que numerosos autores han afirmado^{141, 156, 157}. Enfatiza la indudable labor de investigación que se ha creado en torno a la nosología, que no va a cesar, sino que por el contrario, “armada de su actual

estructura y respaldada por avances conceptuales, epidemiológicos, biológicos y de laboratorio, la nosología contemporánea vertebrará logros significativos en la delineación de variedades clínicas de diversas entidades, más allá del carácter descriptivo o funcionalista predominante hoy”. No obstante termina el capítulo con estas palabras: “El futuro de la nosología psiquiátrica no será, por cierto, fácil o placentero. Será, sí, incitante”.

III.5.1.1 Evolución Histórica.

La primera descripción de la enfermedad mental apareció hacia el año 3000 a.C. atribuyendo un deterioro senil al príncipe Ptah-hotep. Los síndromes de melancolía e histeria aparecen en la literatura sumeria y egipcia en el año 2600 a.C. en el papiro de Ebers (1500 a.C.) también se describe el deterioro senil y el alcoholismo¹⁵⁸.

A pesar de que Alarcón¹⁵⁵ señala que no corresponde a Hipócrates y sus discípulos el primer intento taxonómico, sino a Homero, en el s.VIII a. C., Hipócrates (460-377 a.C.) fue el primero en señalar el origen natural de los trastornos mentales, como alternativa a la concepción sobrenatural que predominaba en los años anteriores. Consideraba la enfermedad como un desequilibrio de la armonía de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) producido por un agente. Cada humor tenía una cualidad básica: calor, frío, humedad y sequedad y cuando factores externos o internos daban lugar a un exceso de estas cualidades básicas actuaban sobre los órganos, producían efectos nocivos y se originaba la enfermedad. A cada humor le corresponde un temperamento (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico).

Hipócrates clasificó las enfermedades mentales en tres entidades nosológicas:

- Trastornos mentales agudos con fiebre (frenitis) –quizás síndromes cerebrales orgánicos agudos-. Producidos por la bilis amarilla.
- Trastornos mentales agudos sin fiebre: manía (probablemente análogos a las psicosis funcionales).
- Trastornos crónicos sin fiebre (melancolía). Producidos por la bilis negra.

La teoría humoral permitió establecer cierto orden en el mundo de las enfermedades. Esta clasificación se mantuvo durante toda la civilización griega y romana. La influencia de la bilis negra y de la flema sobre el encéfalo oscurecía el espíritu y lo volvía melancólico.

Sorano (120 d.C.) basándose en las ideas de Celso de que la enfermedad mental repercutía en todo el organismo, y no sólo en un órgano como mantenía Hipócrates, revisó y amplió la clasificación anterior incluyendo la histeria y la hipocondría; la primera relacionada con trastornos uterinos y la segunda con base en el hipocondrio.

La cultura romana recogió gran parte de los postulados griegos sobre la mente, aunque con algunos matices reseñables. Asclepiades, un pensador nacido en el 124 a.C., se muestra contrario a la teoría humoral de Hipócrates y sugiere por primera vez la influencia del ambiente en el comportamiento patológico. Además, alza su voz contra el tratamiento inhumano que se les daba a los enfermos mentales y contra su encarcelamiento. Él fue el primero que distinguió

entre alucinaciones, ilusiones y delirios, y propuso una división entre males mentales crónicos y agudos.

Pero sin duda, la mayor aportación de la época la realiza Galeno (130-200 d.C.), quien sintetizó todos los conocimientos de sus antecesores y realizó una nueva clasificación de los trastornos de la psique. Según su opinión, las causas de la locura podían ser orgánicas (lesiones craneoencefálicas, exceso de alcohol, cambios menstruales...) o mentales (miedos, desengaños amorosos, angustias, contratiempos económicos...). Además, sostiene que la salud anímica depende del equilibrio entre las partes racional, irracional y sensual del alma. Este médico romano realizó el último gran esfuerzo por comprender racionalmente la locura y su tratamiento, antes de que en el mundo occidental se diera paso a una larga etapa bajo el prisma de la demonología y la divinidad, que se prolongaría durante toda la Edad Media. En este periodo se sitúa a la enfermedad mental en un marco mágico, donde las supersticiones y exorcismos transformaron el modelo clínico naturalista hipocrático en un modelo moral y religioso¹⁵⁹.

Celio Aureliano, médico del Imperio Romano, describió en el siglo V la homosexualidad como una aflicción de la mente enferma, observada tanto en hombres como en mujeres.

Como afirma Alarcón¹⁵⁵, el s. XVI marcó el comienzo del cambio, y numerosos autores retaron al oscurantismo medieval. Aunque en el Renacimiento no se producen grandes avances con respecto a la teoría humoral hubo autores que trabajaron en esta línea y aportaron intentos clasificatorios interesantes.

Aureolus Philippus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, conocido como Paracelso (1493-1541), médico naturalista suizo, se opuso a Galeno y Avicena e hizo otra clasificación médica basándose en las causas de los trastornos mentales en la que, no obstante, se observa también la influencia de factores sobrenaturales. Describió el “baile de San Vito” y lo atribuyó a causas naturales en contra de la creencia que lo atribuía a causas sobrenaturales y demoníacas. También estableció una relación entre el cretinismo (estulticia, idiocia) con el bocio endémico atribuyendo la causa al contenido mineral del agua en algunas zonas. Consideró la histeria como una enfermedad mental, pero al mismo tiempo mantuvo la creencia del poder de seres sobrenaturales (demonios, brujas) que relacionaba con la etiología de la demencia y la utilización de recetas de carácter mágico. Para Paracelso existían seis clases de insania:

- **Vesani:** causada por el abuso de la bebida y comida.
- **Insani:** causa genética o intrauterina.
- **Lunatici:** causada por la luna y cuya conducta anormal está dirigida por sus fases y movimientos.
- **Obsesi:** causada por el diablo.
- **Melancholici:** causada por problemas constitucionales internos.
- **Maniacos:** alienación transitoria cuya manía podría estar causada por el propio cuerpo u otras enfermedades.

Un autor de mediados del siglo XVI, Andrew Boorde, añade un nuevo tipo de locura a los tres ya clásicos, quedando así la manía, el frenesí, la melancolía y la demoníaca (Breviary, libro II, cap. 43). Sin embargo, no todos los autores estaban de acuerdo, ni en el número de enfermedades mentales, ni en la forma de denominarlas.

El s. XVII se caracterizó por la publicación de extensas monografías dedicadas a trastornos concretos como la melancolía, la hipocondría y la histeria. A finales de este siglo, Thomas Sydenham afirmó que para avanzar en el conocimiento de la medicina deberían describirse todas las enfermedades y reducirlas a ciertas categorías, de forma similar a cómo los botánicos clasificaban las plantas. Estas afirmaciones marcaron el comienzo de la moderna nosología en medicina¹⁵².

A continuación se exponen varias clasificaciones de distintos autores^{155, 159} que tuvieron su vigencia durante los siglos XVII y XVIII:

Félix Platter (1536-1614), médico suizo del Renacimiento, en el primer libro de las “*Lesiones de las funciones*” de su “*Praxeos Tractatus*” (1609), define las enfermedades particulares por sus causas (internas o externas); por su contexto patológico (salud, enfermedad, convulsión, rigidez) y por sus síntomas anexos (presencia o no de fiebre) clasificó las enfermedades mentales en debilidad mental (retardo y demencia), consternación mental (trastornos de la conciencia), alienación (violencia, tristeza, delirium o confusión) y fatiga (agotamiento).

Thomas Willis (1621-75) en su obra “*De anima Brutorum*” (1672) retomó las grandes enfermedades reconocidas por la tradición médica:

- **Frenesí**, especie de furor acompañado de fiebre, y del cual debe distinguirse por su mayor brevedad, el delirio.
- **Manía**, un furor sin fiebre.
- **Melancolía** no tiene furor ni fiebre; se caracteriza por tristeza y miedo que se aplican a objetos poco numerosos, a menudo a una preocupación única.
- **Estupidez** que se caracteriza porque la melancolía, la imaginación y el juicio están ausentes.

Para Jonston, en “*Idea Universal de la Medicina*” (1644), las enfermedades del cerebro forman parte de las enfermedades orgánicas, internas, particulares y no venenosas:

- Del sentido externo: cefalalgia.
- Del sentido común: vigilia, coma.
- De la imaginación: vértigo.
- De la razón: olvido, delirio, frenesí, manía, rabia.
- Del sentido interno: letargia.
- Del movimiento animal: lasitud, inquietud, temblor, parálisis, espasmo.
- De las excreciones: catarros.

Hay enfermedades en que se mezclan esos síntomas: incubos, catalepsia, epilepsia y apoplejía.

Weickhard, en *“Der Philosophische Arzt”* (1790), distingue entre las enfermedades del espíritu y las enfermedades del sentimiento.

Durante el siglo XVIII, parece ser que la principal actividad de los médicos de la época fue la clasificación de las enfermedades mentales. Cada uno tuvo su propia clasificación aunque basándose unos en la etiología y otros en la sintomatología. De esta confusión surgiría el modelo de Kraepelin, considerado el modelo standard de la moderna psiquiatría.

En este mismo siglo, en psiquiatría podemos hablar de dos tendencias diferentes¹³²: (a) una tendencia descriptiva, derivada de la observación de los pacientes, que trataba de agrupar síntomas que generalmente aparecían juntos; y (b) otra que intentaba agrupar en base a la etiopatogenia. Podemos señalar dos ejemplos. Para la primera, basada en la descripción de síntomas, la extensa clasificación elaborada por Boissier de Sauvages que, basándose en el sistema de los botánicos, llegó a describir más de 2400 síndromes, debido a que no diferenciaba entre éstos y síntomas¹³². Para las clasificaciones basadas en un criterio etiopatogénico, el trabajo realizado por William Cullen, quien afirma que existe una fuerza que se genera en el sistema nervioso, que es la responsable del inicio y mantenimiento de los procesos fisiológicos y patológicos. Fue el primero en utilizar el término “neurosis”, refiriéndose con él a determinadas enfermedades que no se acompañaban de fiebre, ni de lesiones localizadas.

De finales del s. XVIII y comienzos del XIX, nos llegan interesantes intentos clasificatorios de la mano de autores destacados como el francés Philippe Pinel (1745-1826), que en su obra *Nosographie Philosophique*, realiza una labor muy refinada y propone una clasificación basada en el estudio detallado de los síntomas. Con este autor se inicia una dicotomía en los trastornos mentales al separar la neurosis de la alienación mental. Para este autor, los desórdenes mentales se resumían en cuatro categorías básicas: manía, melancolía, demencia e idiotismo. En plena Revolución Francesa, este insigne médico fue nombrado por la Comuna Director del Hospital de La Bicêtre y luego del de La Salpêtrière. Realizó los gestos simbólicos de liberar a todos los enfermos mentales de ambas instituciones y de sustituir el término loco por el de alienado. Pero su mayor aportación fue la de conferir rango científico al tratamiento de la psique enferma; los aspectos estadísticos de estas ideas se encuentran en Almenara et al¹⁰².

Elaboró una completa clasificación de los trastornos mentales -que podían tener la categoría de melancolía, manía, demencia o idiocia-, y sentó las bases de un tratamiento moral de la mente que debía seguir los mismos protocolos que los tratamientos físicos para el cuerpo. Además, sugirió la creación de cuerpos médicos especializados e instituciones exclusivas para el cuidado y curación de los enfermos psíquicos, que son el precedente de los hospitales psiquiátricos de hoy. Por todo ello, a Pinel se le considera uno de los padres de la psiquiatría moderna.

De forma parecida, Esquirol, discípulo de Pinel, siguiendo con una clasificación descriptiva, acuñó el término “alucinación” y diferenció a éstas de las ilusiones.

Queremos hacer alusión a un autor, que aunque puede resultar menos conocido, tuvo gran importancia en la evolución de las clasificaciones psiquiátricas. Nos referimos a un discípulo de Esquirol llamado Georget, que propuso la distinción entre dos tipos de alienación,

en función de la participación o no del cerebro. Podríamos fijar en este autor el comienzo de la distinción entre trastornos orgánicos y psicosis funcionales¹³². Morel aporta una novedad a las clasificaciones al incluir como criterio diagnóstico el curso que la enfermedad seguía. Es el primer autor que identificó y utilizó la expresión demencia precoz para referirse a una enfermedad que producía irrevocablemente un deterioro y que se manifestaba en la adolescencia.

En esta misma época, Johann Christian Heinroth, propone una novedosa clasificación de los trastornos mentales, que él denomina “perturbaciones del alma” (*vesaniae*), dentro de las cuales encontramos tres categorías: exaltaciones (*vesaniae hypertheticae*), depresiones (*vesaniae asthenicae*) y mezclas de exaltación y debilidad (*vesaniae mixta*). En cada una de estas tres categorías incluyó tres géneros de perturbaciones: perturbaciones del temperamento, perturbaciones del espíritu y perturbaciones de la voluntad.

También en la segunda mitad del s. XIX fue muy importante la figura de Greisinger, que clasificó los trastornos psiquiátricos en tres grandes entidades: depresión, exaltación y debilidad mental, aunque destaca más por su orientación orgánica.

Bousoño et al¹⁶⁰ afirman que Kahlbaum en 1863 sentó las bases de la revisión nosológica sistemática y promovió la utilización conjunta de criterios clínicos, evolutivos y anatomoclínicos. Así, según este autor las características de las entidades nosológicas serían: (a) tener un mismo origen (base anatomoclínica); (b) una misma presentación sindrómica (criterio clínico); y (c) un curso y desarrollo parecidos (criterio evolutivo).

Un trabajo clasificatorio diferente y novedoso lo encontramos en H. Maudsley, un autor de esta misma época que, como afirma Jackson¹⁶¹, “aunque respetando a tales autoridades como Esquirol, Greisinger y Morel, de las que recibió influencia, Henry Maudsley (1835-1941) fue rompiendo gradualmente con las corrientes clasificatorias del siglo XIX y estableció un esquema sintomatológico relativamente sencillo”. Para Maudsley existían dos clases de locura fundamentales: la afectiva y la ideacional, siendo la ausencia o presencia de delirio el criterio fundamental para categorizar la enfermedad en este primer nivel.

Otra interesante aportación nosológica de la época la encontramos en R. von Krafft-Ebing. Este autor señala que existen dos grandes categorías de desórdenes psiquiátricos: enfermedades mentales del cerebro adulto y paro del desarrollo psiquiátrico. En esta segunda categoría colocaba la idiotez y la locura moral, como la idiotez moral. Los trastornos mentales del cerebro adulto los dividió en dos clases: enfermedades sin lesiones anatomo-patológicas (psicosis funcionales) y enfermedades con lesiones anatomo-patológicas con síntomas mentales predominantes (psicosis orgánicas).

La introducción en nuestro s. XX no puede ser de otra forma que mediante la exposición de las importantes y novedosas aportaciones de Emil Kraepelin (1856-1926) en el campo de la nosología psiquiátrica, que dedicó gran parte de su labor a recopilar minuciosamente historias clínicas para posteriormente proponer un sistema de clasificación puramente descriptivo que ha dejado huella hasta nuestros días, basándose en él muchas de las clasificaciones existentes en la actualidad. La evolución del poderoso esfuerzo nosográfico y nosotáxico de Kraepelin queda patente en las nueve ediciones de su *Psychiatrie*, obra básica de

la psiquiatría contemporánea, cuyas concepciones y clasificaciones siguen en buena parte vigentes.

Es en la 5ª edición de su *Psychiatrie*, en la que propone un sistema nosológico totalmente nuevo y revolucionario. En primer lugar separó dos grandes grupos de desórdenes, las psicosis deteriorantes y las psicosis no deteriorantes. En el primer grupo sintetizó las enfermedades que en la 6ª edición denominó *dementia praecox*, y en el segundo, su gran novedad es unir la manía, la melancolía y la locura circular. Es en esta edición en la que acuña el término psicosis maníacodepresiva, para denominar a un grupo de trastornos que incluían estados maníacos, depresivos y estados mixtos. Creó una categoría de psicosis involutivas en la que incluyó la insania delirante presenil, la demencia senil y la melancolía involutiva. También se deben a este autor conceptos como neurosis psicógena y personalidad psicótica.

Es indudable que Kraepelin fijó un antes y un después en la clasificación psiquiátrica y que, a partir de su obra, raro es el autor que no se remite a él para proponer un sistema nosológico, o bien para apoyarlo, o bien para criticarlo. El sistema de clasificación de Kraepelin se impuso prácticamente desde su promulgación. Su empeño ordenador, distinguiendo claramente psicosis exógenas y endógenas lo completó y perfeccionó Educen Bleuler cuando sustituyó el concepto de “*dementia praecox*” por esquizofrenia¹⁶².

Exponemos la sexta clasificación (1899) y la de 1924¹⁶³:

6ª Clasificación de Kraepelin (1899):

- Psicosis infecciosas.
- Psicosis de catástrofe.
- Psicosis tóxica.
- Locura tiroidea.
- Demencia precoz.
- Parálisis general.
- Psicosis orgánica cerebral.
- Psicosis involutiva.
- Psicosis maníacodepresiva.
- Paranoia.
- Neurosis generales:
 - Histeria.
 - Epiléptica.
 - Emotiva.
- Oligofrenias.
- Estados psicopáticos.

Clasificación de Kraepelin (1924):

- Traumatismos craneales.
- Encefalopatías orgánicas.
- Intoxicaciones:
 - Exógenas.
 - Endógenas.
- Infecciones.
- Sífilis.
- Demencia senil, presenil, arteriosclerótica.
- Epilepsia genuina.
- Esquizofrenia:
 - Demencia precoz.
 - Parafrenias.
- Psicosis maniacodepresivas.
- Psicopatías (perversiones, histeria, etc.).
- Reacciones psicógenas e histéricas.
- Oligofrenia.
- Paranoia.
- Casos oscuros.

Hay autores que consideran que Kraepelin, en cierto modo, utilizó ya un sistema multiaxial por haber intentado construir una entidad nosológica teniendo en cuenta la etiología, sintomatología, curso, etc.

Adolf Meyer, fue otro importante psiquiatra de esta época, contemporáneo a Kraepelin, al que a veces apoyó y a veces criticó. Meyer defendió una postura que denominó “tipos de reacción”, en contra de la idea de entes de enfermedad de Kraepelin. Desde este nuevo punto de vista, propone seis tipos de desórdenes o de reacción: reacciones de desórdenes orgánicos, estados delirantes, reacciones esencialmente afectivas, desarrollos paranoicos, desórdenes sustitutivos del tipo de la histeria y tipos de defecto y deterioro.

Como señala Vázquez¹⁴² citando a Escobar¹⁶⁴ y Sprock y Blashfield¹⁶⁵, desde los años 30, debido a la fuerte influencia del psicoanálisis en la psicología y psiquiatría americana, se creó un clima general de rechazo a las clasificaciones de las personas en categorías diagnósticas. Y junto a esta razón, otras que de alguna forma, también rechazaban la nosología psiquiátrica, tales como: (a) la tendencia conductista, que se mostraba en contra del diagnóstico tradicional por su escasa valía para la intervención, por su deficiente consideración de la variación individual y por enfatizar en un concepto no probado de “enfermedad”¹⁶⁶; (b) la tendencia humanista, que rechazaba el hecho de “etiquetar” al paciente con un diagnóstico por su carácter “deshumanizador”^{166,167}.

No obstante, a pesar de esta tendencia anticlasificatoria muchos utilizaron sistemas clasificatorios. Así, de forma operativa Sigmund Freud (1856-1939) y sus seguidores utilizaron un sistema de clasificación en el que distinguieron entre psicosis y neurosis¹⁶⁸.

Comienzan a aparecer las grandes clasificaciones internacionales (CIE y DSM). Es a mediados de nuestro siglo cuando nacen la CIE-6¹⁶⁹ y tres años después la DSM-I¹⁷⁰, comenzando una labor internacional de síntesis y unicidad de criterios en la clasificación de los trastornos psiquiátricos.

Alarcón¹⁵⁵ afirma que hasta la década de los setenta la nosología psiquiátrica estuvo caracterizada por la presencia poco llamativa de la Sección V de sucesivas ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y por una gran abundancia de clasificaciones nacionales avaladas por diferentes organizaciones, tales como “organizaciones profesionales (generalmente psiquiátricas), comités especiales nombrados por comisiones ministeriales o académicas, la poderosa influencia de algún profesor o jefe de cátedra, o como resultado de las deliberaciones de oscuros comités de burócratas en cada país”. En estas circunstancias la situación resultaba bastante confusa y desorganizada. Existe un artículo clásico de Stengel¹⁷¹ en el que como consultor de la OMS, analizó esta situación y presentó un extenso listado con las clasificaciones del momento, demostrando dos hechos fundamentales: fuerte heterogeneidad y escasa evidencia científica y estadística de las clasificaciones. Además, las clasificaciones más importantes de cada país, obedecían generalmente a la concepción de la figura o el personaje destacado que había participado en su elaboración. En la misma línea, De la Fuente¹⁷² señala la década de los setenta como el inicio del esfuerzo por poner orden en las clasificaciones existentes, así afirma: “Fue en la década de 1970 cuando se inició el proceso que ha conducido al cambio en nuestro campo heterogéneo, disperso y fragmentado, surcado por conceptos procedentes de distintas escuelas y contaminado por ingredientes metafísicos e ideológicos, y otros sin sustento científico”. Estas palabras definen claramente la situación de desorden y ambigüedad que ha caracterizado al conocimiento de la mente y sus enfermedades, y que no hemos logrado deshacer totalmente en nuestros días.

III.5.1.2. Clasificaciones Internacionales Vigentes.

III.5.1.2.1. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Los primeros intentos de crear una clasificación de enfermedades internacionalmente comparable se remontan, a finales del S.XIX, al I Congreso Internacional de Estadística reunido en Viena, donde se encargó a William Farr y Marc D'Espine que prepararan una nomenclatura uniforme de las causas de defunción aplicables a todos los países. En el segundo congreso no se llega a un acuerdo unánime sobre resultados propuestos por W. Farr y M. D'Espine, si bien estos trabajos fueron la base de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte (CIE) y de sus sucesivas revisiones. La primera clasificación ampliamente adoptada fue la presentada por Bertillon en la Reunión del Instituto Internacional de Estadística en 1893 en Chicago, que sintetizaba las clasificaciones propuestas en Inglaterra, Alemania y Suiza¹⁰².

En 1900 se convoca en París la primera conferencia internacional para la revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Causas de Muerte, de donde surge la primera revisión de la CIE. Las sucesivas revisiones se aprobarán en las Conferencias Internacionales de 1910 (2ª), 1920 (3ª), 1929 (4ª), 1938 (5ª), 1948 (6ª), 1955 (7ª), 1965 (8ª), 1975 (9ª) y 1993 (10ª). La sexta revisión fue asumida por la recién constituida Organización Mundial de la Salud, en la que el español Marcelino Pascua jugó un papel relevante, al aportar junto a

una sólida formación en estadística y epidemiología experiencia en el diseño de sistemas de información sanitaria^{102,173}. En dicha edición, rebautizada con el nombre de Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte (ICD-6), apareció el capítulo V dedicado a la primera clasificación internacional de trastornos mentales, titulado “Trastornos Mentales, Psiconeuróticos y de la Personalidad”. Incluía 10 categorías de psicosis, 9 categorías de psiconeurosis y 7 categorías de trastornos del carácter, la conducta y la inteligencia.

Aunque habían participado psiquiatras americanos en el desarrollo de la sección de trastornos mentales de la ICD-6, la ausencia de categorías tan importantes como las demencias, muchos trastornos de la personalidad y los trastornos de adaptación, la hicieron insatisfactoria para el uso en Estados Unidos. Al parecer, también otros países consideraron insatisfactoria la sección de trastornos mentales, porque sólo Finlandia, Nueva Zelanda, Perú, Tailandia y Gran Bretaña hicieron uso oficial de ella.

La falta de aceptación internacional de esta sección de la ICD-6 condujo a la Organización Mundial de la Salud a pedir a Erwin Stengel (1959), psiquiatra inglés, que investigara la situación. Stengel concluyó que la falta de aceptación general de la clasificación internacional de los trastornos mentales se debía a que los términos diagnósticos contenían frecuentemente implicaciones etiológicas reñidas con diversas escuelas teóricas de la psiquiatría. Su sugerencia fue desarrollar una clasificación en la que pudieran describirse operativamente todos los diagnósticos, sin implicaciones etiológicas, en un glosario asociado^{114, 174}, desarrollándose un sistema propio de clasificación, el DSM.

Como la mayoría de los demás países que utilizaban la ICD consideraban también insatisfactoria la sección de trastornos mentales de la sexta revisión, tratando de desarrollar un sistema de clasificación que fuese válido para todos los países miembros, el grupo de expertos de la OMS, con la colaboración del Public Health Service de Estados Unidos, realizó en 1966 la CIE-8 que pasó a ser efectiva en 1968.

En 1975, se publicó la novena revisión de la clasificación de los trastornos mentales (ICD-9) junto con un glosario que alcanzó su mayor difusión en 1978. Aunque se había realizado muchos cambios menores con respecto a la clasificación ICD-8, así como el glosario, no hubo cambios radicales. Igual que con la ICD-8, los psiquiatras de Estados Unidos contribuyeron de forma limitada en el documento final.

Un examen de la clasificación ICD-9 revela que una de las principales dificultades para desarrollar una clasificación consiste en su aceptabilidad internacional. Es más fácil permitir que cada país introduzca términos que va a utilizar sólo ese país que insistir que diferentes países empleen una misma terminología “consensuada”¹⁷⁴.

Debido al desencanto producido por la ausencia de especificidad de la CIE-9, ese mismo año, se tomó la decisión de llevar a cabo una extensa modificación para su uso en EEUU, convirtiéndose en CIE-9-MC (Modificación Clínica). Se añade un eje clínico, ofreciendo un instrumento aplicable a la labor diaria del clínico en el ámbito hospitalario. Desde entonces, esta Modificación Clínica de la 9ª Revisión de la OMS ha servido como clasificación de referencia para la investigación llevada a cabo sobre la posibilidad de agrupar los enfermos, no sólo por diagnóstico, sino de acuerdo con el proceso realizado durante su

paso por el sistema sanitario, al objeto de evaluar los resultados obtenidos, tanto cara al usuario como al gestor del sistema (CIE-9-MC)¹⁷⁵.

En 1982, la Comisión de las Comunidades Europeas recomienda su uso en los países de la Comunidad y en septiembre de 1985, en EEUU, se crea el Comité de Coordinación y Mantenimiento de la ICD-9-CM, encargado del mantenimiento y puesta al día de la CIE-9-MC.

En 1982 se llevó a cabo una conferencia internacional organizada por la OMS y la Administración para la Salud Mental y el Abuso de Drogas y Alcohol de los EE.UU., bajo el lema: “Diagnóstico y Clasificación de Trastornos Psiquiátricos, así como problemas relacionados con el alcohol y las drogas”. Tras ésta, se produjeron otras conferencias que dieron lugar a un esquema clasificatorio provisional de lo que posteriormente sería la CIE-10¹⁷⁶. Por último, en 1989, se elaboró una versión definitiva resumida de la CIE-10, aprobada por la asamblea general de la OMS, y desde esta fecha hasta 1992 la CIE-10 se introdujo en todos los países miembros de la Organización.

La CIE-10, última revisión, denominada Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, ha sido el resultado de los innumerables trabajos de los 40 países miembros por llegar a una mayor precisión y fiabilidad de las categorías y diagnósticos. Ofrece numerosos cambios en relación con la CIE-9.

La clasificación europea tiene un objetivo principal¹³³, basado en el reporte estadístico de la morbilidad y mortalidad nacional e internacional, de tal forma que se convierte en una clasificación estadística (de la misma forma que lo es la DSM-IV), lo que significa que posee un número determinado de categorías (no son infinitas), cada una de las cuales, junto con las subcategorías debe poseer un código numérico para saber cuál es su lugar dentro de la clasificación.

Orengo¹⁷⁶ afirma que esta clasificación supone “un importante acontecimiento en la concepción nosológica de las enfermedades mentales”, ya que se pueden observar notables cambios positivos como la eliminación de conceptos clásicos como el de histeria o depresión endógena, la ampliación del apartado referente a trastornos orgánicos con sintomatología psiquiátrica y la desaparición del concepto de enfermedad, que en la misma línea que en la DSM-III-R, ha sido sustituido por el de trastorno.

El capítulo 5(F) de la CIE-10 trata de los actualmente denominados “trastornos mentales, conductuales y de desarrollo”. Las diferencias entre la CIE-9 y la CIE-10, además de la utilización del término “trastorno” que sustituye al de “enfermedad” refleja otros cambios importantes:

1. Abandona la diferencia entre neurosis y psicosis.
2. Los trastornos con temas o propiedades comunes se agrupan juntos. Por ejemplo, la personalidad ciclotímica se coloca en trastornos afectivos.
3. Existen diferentes versiones del capítulo V que se desarrollan en paralelo según su destino (educación, clínica, etc.). Estos son:
 - Criterios diagnósticos de investigación.
 - Sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos.

- Breve glosario (destinado para ser utilizado por codificadores no profesionales y para poder hacer comparaciones con otras clasificaciones con fines administrativos y económicos).

Se dice haber hecho un gran esfuerzo por utilizar una terminología precisa y el único vocablo empleado “que conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento” es el de “trastorno”. De esta forma, sólo algunas de las personalidades con rasgos histéricos o paranoides alcanzan el grado de lo morboso. O lo que es igual, sólo algunas cumplen con determinados criterios diagnósticos. Cuando se cumple esto, se habla de trastornos histéricos o paranoides de la personalidad. “Por otro lado, no tienen el mismo grado patológico el morboso Alzheimer, la neurastenia o la piromanía. Sin embargo, todos ellos son trastornos, con independencia, de que en su día se conozcan mejor los fundamentos biológicos, psicológicos o sociales que condicionan su etiopatogenia. Trastorno es la única palabra que tolera ambigüedad en la CIE-10”¹⁷⁷.

“Las descripciones y pautas no presupone implicaciones teóricas y tampoco pretenden abarcar la amplitud de los conocimientos actuales sobre los trastornos mentales y del comportamiento. Son únicamente un conjunto de síntomas y descripciones consensuadas por un gran número de asesores clínicos e investigadores de diferentes países, que sirven de base razonable para la definición de las diferentes categorías de la clasificación de los trastornos mentales”¹⁷⁷.

A pesar de que se ha suprimido la distinción tradicional entre neurosis y psicosis, el término “neurótico” persiste para un uso ocasional en el encabezamiento de un grupo principal de trastornos. La palabra “psicótico” se mantiene como término descriptivo. El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas.

Para evitar la confusión del término delirio, que incluía el delirio confusional y el delirio esquizofrénico y dificultaba distinguir entre delirium y delusión, se ha llegado al acuerdo de suprimir este término y emplear delirium (delirio confusional) e ideas delirantes (delirio esquizofrénico).

III.5.1.2.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) no tuvo mucho éxito en USA por lo que en 1951, el Public Health Service de EEUU encargó a un grupo de expertos, con representación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que desarrollase una alternativa a la sección de los trastornos mentales de la CIE-6 para su utilización en ese país. El resultado fue el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)¹⁷⁸, un documento preparado esencialmente por George Raines y basado en gran medida en el sistema de clasificación de la Administración de Veteranos desarrollado por William Menninger, que fue publicado en 1952 por la APA. En este manual se utilizó frecuentemente el término “reacción” (ej. “reacción esquizofrénica”) a factores psicológicos, sociales y biológicos y también se hacía referencia a los mecanismos de defensa lo que implicaba, por un lado, la

orientación psicobiológica de Adolf Meyer y, por otro, la aceptación de los conceptos psicoanalíticos.

El DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) hizo un nuevo manual (DSM-II) compatible con la CIE-8, pero definiendo los trastornos para su uso americano. Fue considerado un “salto gigante hacia el siglo XIX por su vuelta a la clasificación kraepeliana, a pesar del hecho de que la palabra enfermedad está limitada a ciertas categorías de las secciones del retraso mental y síndromes cerebrales orgánicos y aunque “enfermedad” sólo aparece en las condiciones maniáco-depresivas, en la que se adoptó para evitar el término psicosis maniáco-depresiva de la CIE. Los que lo defendieron fue en pro de una comunicación entre los psiquiatras internacionales y la investigación internacional. Se suprimió el término “reacción” utilizado en el DSM-I¹⁵¹.

Al contrario que la DSM-I, que desalentaba los diagnósticos múltiples, la DSM-II animaba explícitamente a los clínicos a diagnosticar todo trastorno presentado, aun cuando estuviera relacionado causalmente con otro, por ejemplo, el alcoholismo secundario a una depresión.

Posteriormente, entre los años 60 y 70 hubo varios desarrollos metodológicos significativos en el estudio del proceso diagnóstico y en las formas de clasificar y definir las categorías diagnósticas, motivado por las diferentes orientaciones de los profesionales.

Desde 1968, el DSM es el manual oficial utilizado en los EE.UU. También se utiliza en Canadá, India, y algunos países de Hispanoamérica. En España, aunque el manual oficial es la CIE, como corresponde por ser un país miembro de la OMS, hay muchos psiquiatras y psicólogos que utilizan el DSM.

Al igual que el DSM-I y II, la confección del DSM-III se llevó a cabo junto a la elaboración de la CIE-9 (recordemos que se publicó en 1975 y se puso en práctica en 1978); su realización empezó en 1974 y su publicación tuvo lugar en 1980.

El DSM-I y el DSM-II tenían una base fuertemente psicoanalítica, mientras que el DSM-III es ateorico y descriptivo.

La APA, en el DSM-III reconoce no disponer de una definición satisfactoria que especifique los límites precisos del concepto de trastorno mental. Intenta describir la sintomatología clínica, signos y síntomas conductuales fácilmente identificables. Cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador.

“El DSM-III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas. “La CIE-9 no incluía criterios diagnósticos, ni un sistema multiaxial ya que su función primordial era establecer categorías con la finalidad de

hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referente a la salud pública. Por el contrario, el DSM-III se confeccionó con el objetivo adicional de proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores”.

El uso del DSM-III constató una serie de inconsistencias en el sistema y un número de casos en los que los criterios diseñados no eran del todo claros. Por ello, la APA sugirió a un grupo de trabajo que lo revisara y realizara las oportunas correcciones y modificaciones, con lo que se obtuvo el DSM-III-R, publicado en 1987.

En el DSM III-R los criterios diagnósticos para cada trastorno mental se ofrecen como guía para establecer el diagnóstico puesto que se ha demostrado que su uso aumenta el acuerdo entre clínicos e investigadores. Así, su objetivo es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas para que los clínicos e investigadores puedan comunicar, estudiar y tratar los distintos trastornos mentales. La inclusión de categorías diagnósticas como el “juego patológico” o la “pedofilia” responde a necesidades clínicas y de investigación.

El empleo del sistema multiaxial asegura que se prestará atención a ciertos tipos de trastornos, aspectos del ambiente y áreas de funcionamiento que pueden pasar inadvertidos si el clínico valora únicamente el problema actual.

Cada paciente es evaluado en cada uno de los ejes siguientes:

- Eje I: Síndromes clínicos y códigos V.
- Eje II: Trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad.
- Eje III: Trastornos y estados somáticos.
- Eje IV: Intensidad del estrés psicosocial.
- Eje V: Evaluación global del sujeto.

Los tres primeros ejes, constituyen la valoración diagnóstica oficial. Los ejes IV y V pueden utilizarse en protocolos especiales de estudios clínicos o en trabajos de investigación y proporcionan información suplementaria del diagnóstico oficial DSM III-R (ejes I, II y III) que pueden ser útiles para decidir el tratamiento y predecir la evolución.

Los diagnósticos multiaxiales demuestran que la naturaleza de los desórdenes mentales es muy compleja y multifactorial. Existen un número de factores sociales y psicológicos que influyen en la enfermedad y que están recogidos en estos ejes, lo que refleja que la apreciación de la competencia y conexión social de un individuo afectan a la duración y curso de la enfermedad mental.

Aunque con posterioridad se han publicado nuevas ediciones del manual, en concreto el DSM IV y el DSM IV-TR, las modificaciones introducidas no han supuesto grandes cambios significativos en lo ya descrito. Uno de los aspectos más importantes del DSM-IV ha sido su utilidad como herramienta docente.

Los códigos y términos del DSM-IV son compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10. Como señala Ontiveros¹³³, las diferencias entre el DSM y la CIE deben considerarse más de forma que de fondo, porque hay una intención clara de disminuirlas. En este mismo sentido, Alarcón¹⁵⁵ señala como la APA nombró en 1988 un comité para que se encargara de la

elaboración de la cuarta edición de la DSM con la razón fundamental de “eliminar diferencias innecesarias”¹⁷⁹ entre el DSM y la CIE, cuya décima edición ya se anunciaba.

Para pasar del DSM-IV al DSM-V, se ha realizado una revisión del texto del DSM-IV, DSM-IV-TR, con los siguientes objetivos:

1. Corregir los errores identificados en el texto del DSM-IV.
2. Revisar el texto para asegurar que toda la información continúa estando actualizada.
3. Reflejar la nueva información disponible desde que las revisiones de la bibliografía del DSM-IV finalizaron en 1992.
4. Llevar a cabo mejoras que aumenten el valor docente.
5. Actualizar los códigos de la CIE-9-MC modificados en la actualización del código del DSM-IV de 1996.

El proceso de revisión del texto se inició en 1997, la mayoría de los cambios propuestos se concentraron en los apartados de “síntomas y trastornos asociados” (que incluyen los hallazgos de laboratorio), así como en los de “síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo”, “prevalencia”, “curso” y “patrón familiar”. Para algunos trastornos se ha ampliado el apartado de “diagnóstico diferencial”. No se consideró la introducción de cambios sustanciales en los criterios diagnósticos ni se contemplaron propuestas de nuevos trastornos o nuevos subtipos.

Para terminar este apartado, en palabras De la Fuente¹⁷² en relación al avance que han supuesto estos nuevos sistemas de clasificación: “Ambos documentos han abierto nuevas posibilidades a la investigación y fortalecen los vínculos de la psiquiatría con el resto de la medicina”, “se trata de un cambio en la estructura nosológica que delimita mejor el campo de la psiquiatría... pone a nuestro campo heterogéneo en el mismo estatus en el que están otras ramas de la medicina, y permite establecer diagnósticos más confiables. ... es un paso indispensable para la investigación científica en nuestro campo. ”

III.5.2. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (Diagnosis Related Groups) (GRD).

III.5.2.1. Descripción.

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) son el sistema de clasificación de pacientes utilizado para la explotación de los datos del C.M.B.D., obteniendo así un número manejable de grupos, de características similares tanto desde el punto de vista clínico como de consumo de recursos, es decir, el sistema de clasificación permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (su casuística), con el coste (consumo de recursos) que representa su asistencia^{180, 181}.

Los GRD son un sistema de clasificación de pacientes que permite agruparlos según complejidad o gravedad, facilitando la estimación de estancias y recursos que deben consumir.

Los principales instrumentos de información para la gestión clínica se basan en la recogida sistemática y rutinaria de datos de tipo clínico, materializada en el CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD), y la utilización de sistemas de clasificación de pacientes (SCP) estandarizados que permiten predecir el uso esperado de recursos para cada tipo de producto.

Los sistemas de información basados en SCP, o también llamados “basados en el case-mix o casuística atendida”, son pues un instrumento básico en gestión clínica. Entre los diversos SCP desarrollados, el sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) es el más difundido y utilizado en el ámbito internacional y del que se dispone de mayor experiencia acumulada.

Actualmente, en nuestro país ha sido el SCP adoptado por la administración sanitaria, tanto central como por la mayoría de administraciones sanitarias autonómicas, así como por un gran número de hospitales españoles para la gestión interna.

La información necesaria para su elaboración se obtiene a partir de:

- Edad.
- Sexo.
- Diagnóstico principal (CIE-9MC).
- Diagnósticos asociados (CIE- 9MC).
- Procedimientos.
- Circunstancia al alta.

III.5.2.2. Evolución.

El diseño y desarrollo de los GRD comenzó a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale por Fetter y colaboradores¹⁸². Inicialmente se utilizaron para analizar la calidad de la asistencia médica y la utilización de los servicios en el entorno hospitalario.

La primera aplicación práctica de los GRD se realizó en 1983, por la Health Care Financing Administration (HCFA), y fue su utilización como sistema de pago prospectivo, mediante el cual se pagaba a los hospitales una cantidad fija para cada GRD y por cada paciente que trataba.

El desarrollo de los GRD proporcionó el primer sistema operativo para definir y medir la complejidad del “case mix” (casuística, medida de la complejidad media de los pacientes atendidos en los hospitales o diversidad de los casos atendidos en cada centro) de un hospital, por lo que los GRD se han convertido en el Sistema de Clasificación de Pacientes más desarrollado y evaluado, tanto en su bondad como sistema de clasificación de categorías de isoconsumo, como en el impacto generado en su utilización como mecanismo de pago en diversas agencias y programas estadounidenses, así como instrumento de gestión (tanto interna como extrahospitalaria) en otros entornos^{183, 184}.

El desarrollo de los GRD se efectúa a partir de ciertos requisitos de clasificación, preestablecidos por los propios autores en la fase de diseño de dicho Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP):

- Tendría que obtenerse de información rutinaria, habitualmente disponible en los hospitales. Actualmente en España, la información se obtiene del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (C.M.B.D.A.H.).
- Significación clínica (los grupos deben ser clínicamente interpretables, con subclases de pacientes de categorías diagnósticas homogéneas).
- Número de clases manejable, fijándose a priori un máximo de 500. Cada clase debe contener un número suficiente de casos.
- Los grupos debían ser exhaustivos y mutuamente excluyentes. Clasificación de cada episodio en una sola clase, es decir, todo paciente debería ser incluido en un sólo grupo.
- En cada clase o grupo deben reunirse todos los casos con un consumo de recursos parecido (isoconsumo).
- Utilización de otros procedimientos relevantes como parte del proceso de clasificación.

La metodología para su creación fue mixta: juicio médico y análisis estadístico de los datos. Se usaron paneles de expertos para determinar las llamadas Categorías Diagnósticas Mayores (CDM), grupos de patologías previas a la asignación del GRD que suele comprender a las patologías de un mismo sistema u órgano, también para asignar a cada uno de los códigos de la CIE-9 una CDM, y para establecer una jerarquía entre los procedimientos quirúrgicos dentro de cada categoría.

Posteriormente se realizó un análisis estadístico de los resúmenes de altas hospitalarias, proporcionadas por la *Commission for Professional and Hospital Activities*. El objetivo del estudio fue identificar las características de los pacientes o “tipos de casos” con unos patrones similares de días de estancia y/o consumo. Para ello, se examinó la relación existente entre un conjunto de variables independientes (sexo, edad, diagnóstico principal, otros diagnósticos, procedimiento quirúrgico, circunstancia al alta,...) y la variable dependiente considerada, en este caso consumo de recursos, utilizando para ello el *Automated Interaction Detector (AID)*¹⁸⁴. El AID divide repetidamente las observaciones en unos subgrupos basados en los valores de variables que pueden minimizar la varianza de la variable dependiente.

Una aplicación específica fue desarrollada posteriormente por los propios autores (AUTOGRP), la cual clasifica a los pacientes en grupos que minimizan la varianza de la duración de la estancia en cada subgrupo. La base matemática que sustenta este tipo de clasificación se encuentra en el análisis multivariante, y más específicamente en los métodos de segmentación¹⁸⁵. El proceso de subclasificación se detenía al cumplirse uno de los dos criterios siguientes:

1. El grupo quedaba reducido a menos de 100 casos; es decir, se priorizaba un número reducido de grupos frente a un modelo con mejores valores predictivos pero con un número de grupos muy elevado, que limitaría sus aplicaciones en gestión.

2. Ninguna otra variable reducía la varianza inexplicada en, al menos, un 1%. Es decir, pequeños incrementos en el valor predictivo del modelo no justificaban la creación de nuevos grupos.

Los resultados obtenidos tras este proceso eran revisados por un grupo de clínicos a fin de mantener la coherencia interna de las clases. Sí estos sugerían modificaciones, la nueva agrupación era analizada estadísticamente y así sucesivamente¹⁸⁶. En un principio, en ausencia de una información de calidad sobre los costes de los enfermos, se utilizó la variable estancia hospitalaria como indicativa de los mismos ya que estudios previos mostraban una alta correlación entre ambas variables.

Los primeros GRD, publicados en 1980, fueron constituidos unos años antes sobre una base de datos de 700.000 registros hospitalarios de New Jersey y Connecticut, resultando 383 GRD.

Dichos GRD se encontraban codificados con la CIE-8. Al adoptarse en 1979 la CIE-9, la HCFA financió la construcción de un nuevo conjunto de GRD con la nueva versión de la CIE¹⁸⁶. En este proyecto se utilizaron más de 1,4 millones de registros hospitalarios procedentes de 323 hospitales y se validó la variable dependiente (costes a través de la estancia) en una muestra usándose los costes reales de la hospitalización. En esta segunda versión, el número de clases distintas de pacientes fue de 467.

Desde 1982, año de su implantación en Estados Unidos, los GRD se revisan anualmente incorporando las novedades tecnológicas y mejoras empíricamente demostradas con lo que se genera una versión anual. Cada versión, tiene su correspondencia con la actualización anual de la CIE-9-MC, por lo que, en general, en los países europeos se usan las versiones de acuerdo con la disponibilidad de actualizaciones de la CIE-9-MC¹⁸⁷.

Así mismo, han aparecido diversas modificaciones de los GRD de Yale, como son: los GRD de Nueva York (NYGRD), los All Patient DRG (AP-GRD), los GRD refinados (GRD-R) y los GRD de Australia (UN-DRG).

Los NYGRD y los AP-GRD incluyen dos categorías nuevas: infecciones por el VIH y traumatismos múltiples: Reestructuran la CDM del recién nacido basándose en el peso al nacer, modifican el GRD de la fibrosis quística e introducen un GRD por trasplante de hígado y médula ósea.

Los GRD refinados incorporan el concepto de complejidad o gravedad, aspecto sobre el que se habían fundamentado las críticas más importantes si se consideraba como un sistema de ajuste de riesgo (SAR). Hasta este momento los GRD no incorporaban el concepto de gravedad, por lo que la finalidad última de concebir un sistema capaz de clasificar a los pacientes según el nivel de recursos que podía consumir quedaba desvirtuada. Los GRD refinados fueron desarrollados en la segunda mitad de la década de los 80 en el *Health Systems Management Group* de la Universidad de Yale con soporte de la HCFA¹⁸⁸. El primer paso en la creación de los GRD-R fue la unificación de los GRD que se habían subdividido en función de la presencia o ausencia de complicaciones, creando "GRD adyacentes". El segundo paso consistió en la división de cada GRD adyacente en 3 ó 4 clases (3 GRD finales para los diagnósticos médicos y 4 GRD finales para los diagnósticos quirúrgicos) según los tipos de

complicaciones o comorbilidades específicas, que representen niveles distintos de consumo de recursos. Los GRD-R han mostrado mayor capacidad de predicción de costes en los EEUU, si bien en Europa no se observan estas mejoras, quizás debido a la menor calidad en el registro de diagnósticos secundarios¹⁸⁹.

III.5.2.3. Uso Internacional.

Los GRD son el principal Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) utilizado para medir la complejidad en Europa¹⁹⁰. La difusión de los GRD en Europa, quizás por la gran polémica suscitada al ser adoptados por el Medicare para el pago de los servicios sanitarios, fue espectacular. No obstante, los objetivos de aplicación de los GRD fueron diferentes a los que se estaban aplicando en los Estados Unidos. En Europa se hizo hincapié desde el inicio en su utilidad como instrumento de gestión hospitalaria; es decir, como medio para identificar la actividad diaria y constituir un lenguaje común entre médicos y gestores para fijar objetivos y monitorizarlos¹⁹¹.

En un breve plazo de tiempo la mayoría de los países europeos contó con grupos de trabajo que investigaron las posibilidades del uso de los GRD en sus respectivos países. La mayoría de los proyectos se desarrollaron de forma sucesiva en las siguientes fases: comprobación de las cualidades de los GRD en sus entornos, integración de los mismos en sus sistemas de información y desarrollo de aplicaciones.

Con la finalidad de homogeneizar los sistemas de información y las posibilidades de utilización de este SCP, la Comisión Asesora de Investigación en Servicios Sanitarios (COMAC-HSR) aprobó una acción concertada sobre “Uso de los GRD como soporte a la gestión hospitalaria en los países de la Comunidad Económica Europea (CEE), EURODRG”. Se ha trabajado fundamentalmente en tres áreas: producción de información hospitalaria en base a GRD, obtención de costes por GRD y aplicaciones de los GRD en Europa^{191, 192}.

A nivel europeo se observa la utilización de 2 familias de GRD: los GRD de la *Health Care Financing Administration* (HCFA) y los *All Patient*. Así mismo, se ha comprobado una gran variabilidad en los sistemas y versiones de la CIE-9-MC para codificar los diagnósticos y las enfermedades, lo que condiciona la utilización de diferentes versiones de los GRD^{190, 193}.

El estudio EURODRG ha puesto de manifiesto una gran variabilidad en el consumo de recursos, estimado en función de la estancia media en patologías muy frecuentes y comparables (EPOC, cataratas, amigdalectomía, hernia inguinal, neumonía...). Esta circunstancia podría indicar la posibilidad de realizar incrementos importantes en la eficiencia de los hospitales de los distintos países, actuando solo sobre un grupo de patologías reducidas (aquellas que los GRD identifican como más ineficientes en cada país)^{191, 193}.

Los GRD son utilizados en la actualidad, además de en los Estados Unidos, en 13 países de Europa Occidental, Canadá, Rusia y Corea del Sur. Existen experiencias puntuales recientes en Costa Rica y Argentina. Australia y Nueva Zelanda aplican de forma generalizada una modificación, los llamados GRD australianos (AN-GRD). Inglaterra ha desarrollado un sistema propio, los *Health Resource Group*, y Francia los ha simplificado en los *Groupes Homogènes de Malades*^{194, 195}.

En cuanto a las aplicaciones de los GRD, la situación mayoritaria es su utilización como sistema de información para la gestión, tanto intrahospitalaria como multihospitalaria.

También se utilizan como medida de financiación: el presupuesto ajustado por GRD, que es aplicado en diferentes países, encontrándose prevista su aplicación en algunas comunidades autónomas españolas¹⁹⁶.

III.5.2.4. Los GRD en España.

La importancia de un SCP de un país de origen a otro país con numerosas diferencias (características socio-demográficas, diferentes organización del sistema sanitario, posibles diferencias en el abordaje de algunas enfermedades, distinta definición del hospital dentro del sistema sanitario, diferencias en la organización de la asistencia médica extrahospitalaria,...) requiere un proceso de validación previa.

La validación del SCP ha de realizarse en función de las características más importantes del modelo que estamos evaluando, a saber la definición de grupos de pacientes con isoconsumo de recursos en relación con la estancia media (EM) y el mantenimiento de la homogeneidad clínica.

Una evaluación de la coherencia clínica de los grupos aún no se ha realizado de forma completa en nuestro país. Esta requeriría para su realización de un estudio detenido por numerosos grupos de expertos de las diferentes especialidades médicas. No obstante, asistimos desde hace años a una “internacionalización” de la información sanitaria, donde el mundo anglosajón nos exporta la mayor parte de los tratados de medicina con los que los alumnos estudian en las facultades y con los que los residentes se forman en la especialidad, junto a revistas de prestigio y sus bases de datos que mantienen al día los conocimientos de los médicos en ejercicio. Esta homogeneización en la formación hace suponer que los criterios de clasificación y sistematización de las enfermedades no deban ser muy diferentes en los países occidentales. Así mismo, el uso continuado de los GRD en nuestro país demuestra que los clínicos aceptan esta nomenclatura en su actividad clínica cotidiana.

Sí existen experiencias donde se ha evaluado que el sistema GRD es capaz de explicar el consumo de estancias (y por tanto el coste) en nuestro país. Se ha evaluado la homogeneidad de la variable duración de la estancia, definida por dos aspectos principales: baja variabilidad interna o residual intra-GRD y la distribución de la duración de la estancia alrededor de un único valor de máxima frecuencia (moda). Esto ha permitido observar cómo la clasificación de los pacientes en GRD en nuestro medio ha mostrado un buen poder explicativo, similar e incluso superior que en otras experiencias dentro y fuera de Estados Unidos con las que se puede comparar¹⁹⁷.

Así mismo, se ha evaluado la frecuencia de los distintos GRD en Barcelona frente a los Estados Unidos. Para ello se utilizaron técnicas de correlación que evidenciaron que los GRD más frecuentes en Estados Unidos son también los más frecuentes en Barcelona.

Los GRD con estancia media más alta (o más baja) en Barcelona son los mismos GRD con estancia media más alta (o más baja) en Estados Unidos. Los GRD de mayor dispersión (porcentaje de extremos) coinciden en ambos entornos¹⁹⁷.

Se puede afirmar, por tanto, que el sistema GRD es adecuado para describir la casuística y consumo de recursos en nuestro entorno y los problemas detectados son en parte subsanables con una mejora en la calidad de la información¹⁹⁷.

La última versión utilizada en el Sistema Sanitario Público Español de agrupación o clasificación de los GRD, cuenta con 809 elementos resultantes de una agrupación que se basa en variables tanto demográficas (sexo, fecha de nacimiento) como clínicas, fundamentalmente en base al diagnóstico principal y también diagnósticos secundarios (complicaciones, comorbilidad), además del estado del paciente al alta médica¹⁸¹.

III.5.2.5. Aplicación de los GRD¹⁹⁸.

III.5.2.5.1. Uso Clínico de la Información Basada en GRD.

Los indicadores hospitalarios clásicos (estancia media por servicio, lista de espera quirúrgica, número de intervenciones,...) si bien suponen una aproximación, no describen con exactitud la actividad de la asistencia hospitalaria y constituyen una importante fuente de error si son utilizados como elemento de comparación de diferentes servicios hospitalarios o servicios de diferentes hospitales e incluso, aunque en menor medida, para valorar la evolución de un servicio a lo largo del tiempo¹⁹⁹.

Toda la actividad sanitaria se encuentra condicionada por las características de los enfermos atendidos (edad, diagnóstico, tratamiento,...). Por tanto, estandarizar esta casuística es un requisito imprescindible para poder estudiar el funcionamiento hospitalario.

El conjunto de actividades de gestión y/o planificación sustentada en indicadores que incorporan las tipologías de los pacientes atendidos, también *case mix management* o gestión clínica, supone dotar de instrumentos de información a los jefes de los servicios hospitalarios con responsabilidad directa sobre pacientes para el ejercicio de sus actividades como gestores de dichos servicios²⁰⁰.

Un aspecto clave en el uso de un sistema de información clínica es el conocimiento de que el hallazgo de una posible desviación no implica necesariamente mal comportamiento, ni señala la causa de dicho comportamiento anómalo, si existiera. Una diferencia de más de dos días en un hospital respecto a otro para el tratamiento de la neumonía en adultos sin complicaciones podría ser debida a múltiples causas: problemas en la recogida y proceso de datos; diferencias entre los pacientes (edad, complicaciones, nivel socioeconómico, accesibilidad al hospital, etc.); problemas en la organización del hospital (retrasos en las pruebas complementarias o de diagnóstico, política inadecuada de altas, política inadecuada de ingresos en el hospital con menor estancia media,...); diferencias en los recursos sanitarios extrahospitalarios (existencia o no de una adecuada atención primaria, encargada de recibir y continuar el tratamiento del enfermo una vez dado de alta).

Para valorar las utilidades de los GRD en gestión clínica debemos tener en cuenta las cualidades que debe poseer el sistema de información: en primer lugar, describir la casuística y funcionamiento hospitalario; y en segundo lugar, ser capaz de detectar lo anómalo o inusual, a fin de estudiarlo y emprender acciones correctivas si procede. Todo ello con el objetivo de

emplear los conocimientos adquiridos en este proceso para influir de forma prospectiva en el futuro de la organización.

III.5.2.5.2. Conocer la Actividad y Funcionamiento Hospitalario.

El jefe de un servicio o el responsable de una unidad asistencial, tiene funciones de dirección a nivel estratégico, de gestión y de operaciones. El control de gestión ha de basarse en informes que permitan analizar la casuística, el funcionamiento, la calidad y el consumo de recursos de un período y compararlos con los de otros períodos, con los objetivos fijados o con otros hospitales²⁰⁰.

En primer lugar, el estudio del *case mix* nos suministra información sobre la tipología de los pacientes atendidos en un determinado servicio médico y/u hospital, y el conocimiento de una serie de indicadores (estancia media, mortalidad, reingresos, traslados a otros centros,...) estandarizados para cada tipo de paciente.

Tras el estudio descriptivo de los mismos, que proporciona una gran cantidad de información, el siguiente paso consiste en la comparación con períodos anteriores del mismo servicio u hospital.

De esta forma, se identifican las variaciones en el *case mix*, conociendo si las modificaciones en los indicadores expresan cambios en el funcionamiento o si se deben exclusivamente a cambios en la tipología de los pacientes tratados.

La comparación de un hospital con un *gold standar* (norma o patrón óptimo o ideal) se realiza comparando el hospital (o servicio) con grandes bases de datos formadas por conjuntos amplios de hospitales del mismo entorno (por ejemplo, el Servicio Andaluz de Salud realiza su norma con la base de datos anual de todos los hospitales del mismo). Estas normas han mostrado una gran utilidad en la detección de posibles bolsas de ineficiencia en el tratamiento de un determinado tipo de pacientes. En todo momento se ha de tener en cuenta que una desviación no es sinónimo de mal funcionamiento, sino que ha de ser estudiada por los facultativos para analizar los posibles orígenes, y que la norma es un promedio de todos los hospitales lo que no es sinónimo de excelencia.

En términos generales, los 25 o 30 GRD más frecuentes abarcan entre un 40 y un 60% de todos los pacientes atendidos en un hospital, y al menos la mitad de estos 30 GRD son los mismos en todos los hospitales generales, independientemente de su tamaño y complejidad, existe una gran similitud en el tipo de pacientes más frecuentes^{201, 202}. Monitorizar estas patologías más frecuentes tiene una importancia extraordinaria, ya que cualquier modificación en el tratamiento de las mismas implica un elevado impacto en el conjunto de la organización¹⁸⁷.

La comparación del comportamiento de varios GRD a nivel individual no presenta grandes problemas con la estadística univariante simple. Ahora bien, si deseamos comparar el funcionamiento global de un hospital o de un servicio utilizaremos indicadores simples de la complejidad de la casuística a través de la estancia media ajustada por funcionamiento, estancia media ajustada por casuística, índice de *case mix* y peso medio de un hospital o servicio²⁰³.

Algunos autores avanzan un paso más a la hora de analizar los datos y apuestan por la creación de nuevos índices de gestión hospitalaria, mediante el análisis de componentes principales²⁰⁴.

III.5.2.5.3. Monitorización de la Calidad de los Cuidados.

La información basada en el *case mix* permite desarrollar un conjunto de indicadores para los programas de garantía de calidad, abriendo un importante abanico de posibilidades²⁰⁰.

- Mejora de los indicadores tradicionales al ajustarlos por *case mix*.
- Detención de casos “atípicos” susceptibles de revisión.
- Evaluación de indicadores de resultados ajustados por tipos de pacientes.

Dentro de la revisión de casos atípicos debemos recordar el porcentaje de extremos. Los extremos, o casos de estancia anormalmente larga para la patología específica de que se trate, pueden ser un método de selección de casos para revisión, ya que una proporción elevada de los mismos puede indicar problemas en la información (problemas en la calidad de la codificación) o evolución atípica en los pacientes derivados de un problema de calidad asistencial. La comparación con bases de datos amplias permite fijar un valor estándar de *outlier* para cada GRD, que puede utilizarse como alarma para la revisión de casos²⁰⁰.

Así mismo, algunos GRD expresan complicaciones del tratamiento e infección postoperatoria, por lo que si sufren incrementos porcentuales podrían estar indicando deficiencias en la calidad de los cuidados prestados, por lo que pueden usarse como fuente para la revisión de casos.

III.5.2.5.4. Aplicación de los GRD en Psicopatología.

El problema de la aplicación de los GRD en psiquiatría ha preocupado en nuestro país, puesto que en el año 1998 tuvo lugar, en Sevilla, una reunión de expertos bajo el título “Los GRD en psiquiatría”.

El uso de los GRD en Psiquiatría ha sido relativamente escaso, entre otras razones, por la situación habitual de la psiquiatría en los márgenes del sistema sanitario²⁰⁵, y por la consolidación del DSM como sistema de clasificación en psicopatología, elaborado específicamente por y para la psicopatología tuvo un mayor calado que el uso de los GRD, una clasificación más orientada a medir el consumo y con un origen netamente gestor¹⁹⁸. A lo expuesto cabe añadir, complicando aún más las cosas, la situación actual de la salud mental en nuestro país; diversidad de servicios disponibles en las distintas comunidades autónomas, cambio continuo en dicha variabilidad, las consecuencias y desigual situación de la reforma psiquiátrica, que ha contribuido a que no exista un marco metodológico de referencia aceptado.

La consecuencia de la citada escasa aplicación, supone que apenas se ha investigado en el algoritmo de clasificación, por lo que los grupos que actualmente se emplean en psiquiatría

tienen una limitada aceptación⁷⁰, tanto desde el punto de vista clínico como desde el punto de vista gestor -de consumo de recursos-, ya que presentan una gran variabilidad interna, lo que dificulta la propuesta de conclusiones útiles para la planificación de salud mental a partir de los indicadores tradicionales^{77,79}.

El ejemplo más evidente es el del GRD 430, psicosis, que engloba la esquizofrenia, los trastornos delirantes, las psicosis afectivas y gran parte de las otras psicosis atípicas o no bien definidas, siempre que su origen no sea orgánico. Así, resulta que este grupo supone entre el 50-75% de las altas hospitalarias de un servicio de psiquiatría de agudos, por lo que se trata de un sistema de clasificación, que en este caso, coloca a gran parte de los individuos en el mismo grupo. Parece claro que debe producirse una modificación, en la que se encuentra trabajando el Ministerio de Sanidad y Consumo, que debería separar, al menos, la esquizofrenia del resto de las psicosis y, probablemente, reagrupar de modo distinto los trastornos afectivos. Por otra parte, es imprescindible incluir de algún modo el fenómeno de la cronicidad que provoca un uso masivo de recursos²⁰⁵.

Por otro lado, otra limitación que los GRD tienen en psiquiatría es que es muy difícil calcular la gravedad de cada patología asistida, y por supuesto la diversidad de factores psicosociales puestos en juego en cada paciente, de manera que no es lo mismo que determinada patología psiquiátrica se de en el seno de una familia en la que exista un buen apoyo económico y/o afectivo, que en otra en la que falten estos. Y no digamos nada en cuanto a las posibilidades que puedan existir en el entorno del hospital para poder continuar la asistencia de un determinado enfermo en las diferentes instituciones extrahospitalarias. En unos casos el alta será facilitada extraordinariamente, pero en otros casos se dará una prolongación mayor de ésta²⁰⁶.

McCrone^{207, 208}, en una revisión acerca de los factores que pueden predecir la gravedad y el consumo de recursos en el campo de la psicopatología acaba concluyendo que el diagnóstico por sí solo no es lo suficientemente significativo como para predecir la estancia o gravedad de un paciente. Hay que añadir las características del paciente y aspectos que trascienden un sistema de información como puede ser el funcionamiento social del mismo.

Otro hecho igualmente importante hace referencia a la calidad del alta producida por determinados servicios, aspecto éste que escapa en la evaluación que los GRD hacen. Así resulta que los GRD, en el caso de la psiquiatría, sólo explican el 5,6% de la varianza en los tiempos de estancia²⁰⁶. Así que otros autores como Mezzich y Sharfstein han recomendado incluir índices de gravedad y psicosociales^{197, 209, 210}.

Estos problemas han preocupado a diferentes autores en estos últimos años^{211, 212} refieren como desde el año 1997 se implantó en Austria este modelo de los GRD en la financiación de los hospitales. Pues bien, según ellos afirman, la utilización en psiquiatría de este sistema sin adaptarlo a la idiosincrasia de nuestros pacientes puede ser muy perjudicial en la asistencia futura de los mismos. A similares conclusiones llegaron autores australianos como Ben-Tonvim, et al¹⁹⁹.

Cuando se trata de analizar uno de los factores que más preocupan como es la estancia hospitalaria, hay que considerar que además de todo lo expresado anteriormente, concurren en la psicopatología hechos que no se dan en el resto de los ingresos del hospital. Aspectos como

edad del paciente, estado civil, antecedentes o ingresos previos facilitan la predicción sobre el curso de la enfermedad. De tal manera es así que Davis²¹³, en su trabajo ha constatado que el número de variables no diagnósticas que condicionan la evolución del paciente son mayores que las diagnósticas. La marcada influencia social, así como la variabilidad en la práctica clínica y el hecho de que el fin de la hospitalización no siempre se relaciona con el fin de la crisis hacen que la estancia hospitalaria del paciente psiquiátrico deba estar explicada por otros factores. Este hecho también ha sido descrito por Hunter en una población de pacientes psicopatológicos australianos²¹⁴.

Errera, a partir de su grupo de trabajo aprovecha los datos de estas bases estableciendo tres escalas complementarias del ámbito social del paciente como predictoras de la evolución de la enfermedad²¹⁵. Destaca entre otras, estructura social y familiar estable, eje V del DSM adaptación social elevada, trabajo estable, número de días hospitalizados en los dos últimos años y tipo de hospital, como predictores de la estancia hospitalaria. En la misma línea se encuentran los trabajos de Figueiredo²¹⁶ y de la Taube^{217, 218}.

Un ejemplo de lo anteriormente citado lo tenemos en el estudio de Ettner²¹⁹, donde analiza las características de los ingresos de los pacientes ancianos con procesos psicopatológicos. A igualdad de diagnóstico, aquellos que fueron ingresados en hospitales generales y no en hospitales psiquiátricos, tuvieron una estancia menor que los ingresados en hospitales psiquiátricos al uso, sin que se experimentase una tasa de reingresos mayor de la normal.

En el mismo sentido se expresa Faulkner²²⁰, en su estudio comparativo sobre hospitales rurales y de grandes poblaciones. El diagnóstico principal no explica por sí sólo la gravedad del paciente siendo prioritario los diagnósticos secundarios así como la medición del ajuste social.

Aplicaciones más locales las tenemos en estudios como el de Wellock que reproduce un estudio previo norteamericano, referente a la utilización de una clasificación derivada de los GRD; los Grupos de Números Refinados, que se perfilan como predictores de pacientes de estancias prolongadas²²¹.

Otro de los aspectos que a menudo pasan desapercibidos y que cobran una especial importancia en el caso de las enfermedades mentales es el hecho de las comorbilidades, entendiendo como tales aquellas enfermedades que sin ser del campo de la psicopatología pueden afectar el curso de la enfermedad principal o que originó el ingreso hospitalario, por ejemplo, el paciente que ingresa por una psicosis esquizofrénica y además padece diabetes mellitus. Un paciente psiquiátrico puede padecer, y a menudo es así, otros padecimientos, ya sean psicopatológicos o no, que influyan de manera significativa el curso o evolución del diagnóstico principal. Golberd²²², pudo constatar en su estudio como en un 80% de los casos ingresados, había discrepancias entre el diagnóstico de ingreso y el de alta, evidenciándose una falta de diagnósticos secundarios (comorbilidades) que al final resultaron ser determinantes en las estancias. En el mismo sentido está el trabajo de Sinclair²²³, que marca la evolución desde el DSM al GRD mostrando al final la bondad de este último sistema de clasificación aplicado a la psicopatología.

Entre otros aspectos a considerar, y a fin de evaluar adecuadamente los GRD psiquiátricos será necesario recoger meticulosamente los diagnósticos secundarios, las

complicaciones y en definitiva la patología asociada en cada caso²⁰⁶. Así, Goldberg, Daly y Backstrom²²⁴ de un total de 100 pacientes estudiados, en 25 se encontraron 33 complicaciones psiquiátricas y co-morbilidades. De esas 33 complicaciones únicamente los médicos habían reflejado 9, en la hoja del alta (24%). Si toda la información sobre co-morbilidad no figura en el momento del alta, no será posible evaluar el nivel de complejidad de la patología asistida ni justificar el número de días de estancias, de consumo de fármacos o de procedimientos diagnósticos utilizados²²⁵.

Otros autores²²⁶ defienden la adición de escalas de discapacidad a los GRD con el fin de poder incluso predecir los días de estancias que determinada patología requerirá.

Si es importante el poseer una correcta clasificación que nos permita situar al paciente y proveer el nivel de cuidados necesarios, no menos importante es el estar familiarizados con las herramientas empleadas. En el estudio de Hay²²⁷, acerca de una auditoria sobre profesionales australianos acerca de cómo empleaban los sistemas de clasificación, se pudo constatar como la inadecuada descripción del diagnóstico principal y la inexistencia de diagnósticos secundarios constatados motivó una reducción en las estancias de los pacientes pero un incremento en la tasa de reingresos. Por lo que cabe deducir que un sistema de información útil basa su rendimiento en su uso correcto, de tal manera que un empleo inadecuado del mismo puede traducirse en una fuente de error.

En España, en un estudio efectuado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza donde se estudiaron 10974 ingresos psiquiátricos producidos durante los años 1975 al 2000, se refleja los defectos estructurales propios de los GRD psiquiátricos.

Sin embargo, los pocos esfuerzos efectuados hasta la fecha no han sido en vano¹⁹⁸. Un modelo basado en el coste del proceso se adapta difícilmente a la gravedad y al nivel de cuidados de Enfermería precisos. Hay que destacar que la mayoría de las críticas recibidas por el modelo de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), proceden de su consideración de modelo financiador, así como por no recoger de manera exhaustiva toda la información clínica. Por el contrario, como sistema de información facilita una serie de datos muy sistematizados y ampliamente corroborados que permiten tener una visión más adecuada de la situación de los pacientes psicopatológicos. Esta limitación del sistema de información más extendido, GRD, no lo invalida. Por el contrario, muestra su capacidad de servir como lo que es, un sistema de información acerca de aspectos del paciente, más orientado a los recursos que puede necesitar. Por tanto, habrá que delimitar hasta dónde llega dicho sistema. English en su trabajo critica duramente el sistema GRD como elemento de financiación^{228, 229}. Si bien es verdad que debido a las peculiaridades del sistema sanitario norteamericano, dicho sistema como elemento de pago es deficiente para los pacientes psicopatológicos, no debemos negar que como base de datos epidemiológica cumple de sobra sus funciones. En este sentido están los trabajos de Frank²³⁰, donde plantea los límites de este sistema de información. Algunos autores como Long ha basado sus estudios en el hecho de aventurar si el sistema de información sirve para hacer una selección de casos, esto son de riesgos. Tras un análisis en varios hospitales concluye que no ha podido constatar este hecho²³¹.

Una de las ventajas de emplear un sistema de clasificación homogéneo y extendido reside en la bondad a la hora de establecer comparaciones, tanto intra como intercentros. Un

ejemplo de esta utilidad lo tenemos en el trabajo de Kiesler donde analiza la evolución de la casuística de los ingresos por enfermedad mental en un mismo hospital a lo largo de cinco años²³². En el mismo se constata un incremento de los desórdenes afectivos, más del doble de los casos, mientras que las neurosis depresivas han experimentado un descenso en similar proporción. Lejos de evidenciar un cambio en la epidemiología de la psicopatología, el estudio concluye que un cambio en la orientación de los profesionales, un cambio de la plantilla y una mejor recogida de la información parecen estar en el origen de los mismos.

En la misma línea pero adaptado al consumo de medicamentos, se sitúa el trabajo de Knoer, donde propone la comparación de casos intercentros para evaluar el correcto uso del gasto farmacéutico en los pacientes, a partir de un sistema de clasificación homogéneo²³³.

También sirve para los estudios entre países donde se pretende analizar no sólo el perfil psicopatológico de un país o una región, también se analiza el funcionamiento de un sistema sanitario en base a los resultados obtenidos a partir de su sistema de información. Por ello el estudio de McCrone acerca de la casuística psicopatológica de la población italiana frente a la británica muestra que las estancias son significativamente más cortas en Italia que en Gran Bretaña, sin que la edad fuese un factor influyente a la hora de predecir la estancia²³⁴.

Un paso más adelante lo tenemos en los estudios que además de establecer el hecho diferencial, se basan en los sistemas de información para la adopción de medidas orientadas a una mejora de los cuidados. En tal sentido tenemos el trabajo de Semke, donde tras analizar la casuística de los enfermos mentales de la ciudad de Washington, estableció como estrategia que el cambio de ubicación de la prestación de los cuidados sanitarios, fue determinante para reducir la estancia en un grupo de pacientes seleccionados como altos frecuentadores del hospital con procesos psicopatológicos graves²³⁵. Louis por otra parte sí ha podido constatar que la aplicación de un sistema de información útil ha conseguido modificar los ingresos hospitalarios a favor de la hospitalización a domicilio y en detrimento del ingreso ordinario²³⁶. En la misma línea está el trabajo de Rosenheck²³⁷, donde constata que la aplicación de un sistema de clasificación basado en los GRD se tradujo en una reducción de las estancias en un 36%, obteniendo un mejor ajuste de los recursos.

Dentro de nuestro país, las experiencias encontradas van más orientadas hacia una revisión sobre el peso que el sistema de los GRD tiene en la casuística española, por lo que sería aconsejable avanzar en poseer una casuística propia que permita establecer comparaciones²³⁸.

A pesar de sus limitaciones, los GRD son el instrumento que en estos momentos es extensivo a todo el Sistema Nacional de Salud y debe aprovecharse, extrayéndole todo el beneficio posible conociendo sus limitaciones y sin dejar de proponerse su modificación -para ello se hace imprescindible un análisis exhaustivo- de modo que aumente su utilidad para el objetivo para el que está diseñado.

En España, los AP-GRD en Psicopatología están delimitados por las Categorías Diagnósticas Mayores 19 y 20 (que a su vez comprenden como diagnóstico principal aquellos incluidos entre el 290 y el 319 de la CIE-9-MC) que se muestran a continuación y se desarrollan en el capítulo material y método:

CDM 19:

- GRD 424. Procedimiento quirúrgico con diagnóstico principal de enfermedad mental.
- GRD 425. Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial.
- GRD 426. Neurosis depresiva.
- GRD 427. Neurosis excepto depresiva.
- GRD 428. Trastorno de personalidad y control de impulsos.
- GRD 429. Alteraciones orgánicas y retraso mental.
- GRD 430. Psicosis.
- GRD 431. Trastornos mentales de la infancia.
- GRD 432. Otros diagnósticos de trastorno mental.

CDM 20:

- GRD 743. Abuso o dependencia de opiáceos, alta voluntaria.
- GRD 744. Abuso o dependencia de opiáceos con complicaciones.
- GRD 745. Abuso o dependencia de opiáceos sin complicaciones.
- GRD 746. Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, alta voluntaria.
- GRD 747. Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas con complicaciones.
- GRD 748. Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas sin complicaciones.
- GRD 749. Abuso o dependencia de alcohol, alta voluntaria.
- GRD 750. Abuso o dependencia de alcohol con complicaciones.
- GRD 751. Abuso o dependencia de alcohol sin complicaciones.



**IV. Finalidad, Justificación
y Objetivos**

“De Hipócrates a Sydenhan, los médicos han considerado las causas de la enfermedad, pero sólo cuando la medición de su ocurrencia sustituyó a la reflexión acerca de las causas, el conocimiento sobre la causalidad realizó enormes saltos adelante”
K. J. ROTHMAN.

IV.1. Finalidad.

Realizar una primera foto fija de la realidad psiquiátrica hospitalaria española inexistente desde que se acometió el proceso de reforma psiquiátrica. El año 2002 ha sido el primer año tras la descentralización completa, es decir, tras la culminación de las últimas transferencias sanitarias del estado a las comunidades autónomas. El establecimiento de la reforma psiquiátrica ha sido desigual entre las diferentes regiones españolas, la transferencia autonómica se traduce en independencia para priorizar en materia de salud, entre grupos de población dentro del sistema de salud, programas y sistemas de gestión pero también favorece la opacidad de la información y la heterogeneidad territorial preexistente a las transferencias. La finalidad de este trabajo es arrojar algo de luz en el único caso, hoy por hoy, que puede realizarse un estudio comparativo entre comunidades, dentro de la red del sistema de salud mental, el sistema hospitalario.

IV.2. Justificación.

Los trastornos mentales han sido reconocidos por la OMS como uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes en la mayor parte de las sociedades desarrolladas¹.

De hecho, una de las principales metas del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es disminuir la carga relacionada con los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias².

Entre los indicadores propuestos por la OMS para mejorar la salud mental en la Región Europea se plantea la necesidad de estadísticas sobre la disponibilidad y utilización de los servicios de salud mental. En su último informe sobre la salud en el mundo² se afirma que “la disponibilidad de información sanitaria actualizada y precisa constituye la base fundamental para la adopción de políticas para la planificación, ejecución y evaluación de cualquier programa de salud mental”.

En España, la Reforma Psiquiátrica supuso un cambio radical de los modos de atención a las personas con trastornos mentales con el cierre de la mayoría de los hospitales psiquiátricos públicos. Sin embargo, la creación de una red de servicios comunitarios no parece haber cumplido las expectativas previstas y la distribución de los recursos ha sido desigual y no ha seguido unos criterios claros atendiendo a una preevaluación de necesidades.

Al igual que ha ocurrido en un gran número de países europeos, en España desde hace más de veinte años se vienen realizando grandes esfuerzos para crear nuevos servicios de salud mental comunitarios. Los objetivos principales perseguidos con estas reformas han sido la integración de la salud mental en el sistema sanitario general y de las personas con trastornos mentales en la sociedad. Sin embargo, estas importantes transformaciones no han ido seguidas de estudios que evalúen el impacto territorial que ha tenido dicho proceso, ni los desequilibrios interterritoriales generados. Han sido escasas las iniciativas ligadas a la disminución de estos desequilibrios territoriales en la atención de la salud mental en nuestro país.

En el ámbito de la evaluación de servicios, una de las grandes insuficiencias del proceso de reforma ha sido la ausencia de información fiable desde sus inicios en todo el territorio del estado para realizar una correcta evaluación del proceso²³⁹. Para la planificación de los servicios sanitarios es fundamental conocer cómo se distribuye la morbilidad por trastornos mentales a nivel territorial, con el fin de valorar las necesidades de atención y en qué medida éstas están satisfactoriamente cubiertas²⁴⁰.

Tras las últimas transferencias sanitarias, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se encuentra fragmentado en 17 servicios de salud. Su tamaño es muy desigual, como lo demuestran las diferencias poblacionales entre comunidades (la población de Andalucía es 26 veces la de La Rioja). La oferta, la utilización y el acceso a la atención sanitaria presentan desigualdades que se acrecientan en el caso de la salud mental. Paralelamente a la fragmentación del SNS, se ha perdido uniformidad en las fuentes de información esenciales para conocer, calibrar y comparar territorialmente la realidad en salud mental.

El déficit de bases de datos homogéneas y la falta de comparabilidad de las publicadas por los servicios regionales de salud, que con frecuencia ocultan más de lo que muestran, hace de la tarea un reto difícil. Como dice González, Urbanos y Ortega²⁴¹, el conocimiento de las desigualdades no es de dominio público. La extinción administrativa del Observatorio del SNS es un mal síntoma²⁴².

Uno de los riesgos más sentidos de la descentralización sanitaria es el de atentar contra la equidad. Claro que para eso hay que definir antes hasta dónde llegan las desigualdades legítimas y dónde empiezan las desigualdades injustas.

Están suficientemente documentadas^{241,243} las importantes desigualdades en el dispositivo asistencial, en las dotaciones de infraestructura y de recursos humanos y en la utilización de ciertos tipos de servicios en España. En el terreno de la salud mental ya hemos visto, en un capítulo precedente, como las desigualdades en los recursos son evidentes.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario, señaló recientemente como uno de sus objetivos prioritarios el análisis de la equidad interterritorial. Para ello es necesario contar con análisis territoriales de zonificación, de disponibilidad y uso de recursos, de adecuación de los mismos y deficiencias. Esta necesidad ha sido apuntada en diversos informes de organismos oficiales y de asociaciones científicas. Sin embargo, el número de estudios técnicos es muy escaso, y entre ellos destacan los efectuados, en el campo de la salud mental, por la Asociación Científica PSICOST y red RIRAG.

Con el objetivo de paliar esta necesidad de conocimientos, se proyectó la realización del presente trabajo, que pretende aplicar las metodologías de análisis geográficos y de la epidemiología al estudio de la salud mental en el territorio español. Así se analiza, en la medida de lo posible, de manera conjunta la distribución territorial de los recursos y la morbilidad hospitalaria psiquiátrica atendida. Este tipo de estudio resulta indispensable para disminuir los desequilibrios territoriales que se producen entre las comunidades autónomas, distribuyendo los recursos en el territorio de manera equitativa. La investigación científica es una actividad imprescindible para la mejora de la calidad asistencial.

Se han realizado algunos estudios a nivel micro en algunas comunidades autónomas. Así en Cataluña y Andalucía se ha elaborado un estudio comparativo que detecta importantes desequilibrios territoriales en áreas sanitarias, en función del análisis de la distribución de la prevalencia de personas hospitalizadas por trastornos mentales¹³¹. En Andalucía, la elaboración de un Atlas ha permitido conocer la realidad de la salud mental en esta región detectando deficiencias de recursos sin que estos se relacionasen con volumen asistencial atendido¹⁹.

Por otra parte, desde finales de los años setenta y comienzos de los ochenta, el consumo de drogas ilegales ha aumentado notablemente en España, acompañándose de un importante incremento de consecuencias negativas sociales y sanitarias.

Esta situación llevó a la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas y de los diversos Planes Autonómicos, con el objetivo de coordinar y planificar las actividades de diversas administraciones en los campos de la prevención y la atención de las

drogodependencias. Una consecuencia de la puesta en marcha de estos planes fue la necesidad de obtener datos fiables sobre la dimensión y evolución del consumo, y las características de los consumidores. Así en 1987 se puso en marcha el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), actualmente Observatorio Español sobre Drogas.

Tanto la SEIT como el actual Observatorio Español sobre Drogas (OED) han utilizado indicadores indirectos (admisiones a tratamiento ambulatorio, urgencias y mortalidad) relacionados con el consumo para monitorizar su evolución y los problemas asociados. Los indicadores indirectos no permiten una estimación precisa de la prevalencia de consumo pero son útiles para realizar estimaciones mínimas sobre la magnitud del consumo y sobre su distribución social y geográfica. Los indicadores utilizados por el OED no cubren otros dispositivos que pueden realizar tratamientos del abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), datos que se manejan en el presente estudio.

Se puede prever que buena parte del interés sanitario por las sustancias psicoactivas se desplazará desde el campo de las enfermedades transmisibles a los campos neuropsiquiátrico y cardiovascular, a los que se añadirá el respiratorio, si se extiende el consumo de crack²⁴⁴. Parece, pues, conveniente estudiar más en profundidad el perfil sociodemográfico y clínico de las personas que solicitan atención por esta causa y los probables cambios en los servicios en relación con los ingresos por consumo de drogas.

En los últimos 15 años, se ha producido un salto cualitativo en los sistemas de información sanitaria, cuya trascendencia será notable en los próximos años. En diciembre de 1987 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH), compuesto por 14 ítems, con el intento de dar respuesta a la necesidad de disponer de una información fiable, normalizada y comparable a nivel nacional e internacional.

La creciente utilización de los sistemas de información sanitaria y los sistemas de clasificación de pacientes y su papel relevante tanto en la toma de decisiones como a nivel epidemiológico, lo avalan como un recurso indispensable en la gestión sanitaria y útil en la investigación clínica. Lo extendido del uso de esta metodología en los hospitales públicos y la enorme experiencia que se constata en el manejo de los datos, aseguran la exhaustividad de los mismos.

En el terreno de la salud mental la variabilidad en la práctica clínica y la disponibilidad de recursos puede ocultar, en muchos casos, una atención inadecuada estableciéndose asimetrías importantes que pueden afectar al paciente, a la estancia que soporta ante un mismo diagnóstico y similares características personales, según la zona donde sea ingresado, que puede ser, inclusive, el doble de estancias hospitalarias.

Un intento de homogeneizar los casos con objeto de prestar una mejor asistencia sin tantas asimetrías parte de la comparación de la actividad de diversos centros. Tanto el estudio de la complejidad de los casos tratados como el sistema de agrupación de pacientes, mediante

los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), se han mostrado de enorme utilidad para el análisis de la casuística de pacientes tratados en un centro hospitalario, permitiendo establecer comparaciones intracentro, intercentros y en ámbitos de mayor amplitud llegando, inclusive, a comparaciones internacionales²³⁴. Estas herramientas de amplia difusión en ámbitos sanitarios, también alcanzan al campo de la salud mental mostrando su utilidad^{234, 235, 198, 19}.

Utilizando dichas herramientas, el presente trabajo viene a cubrir una importante necesidad de información en este campo acerca de cuestiones tales como la carga asistencial en las unidades de salud mental hospitalarias y el análisis de sus características sociodemográficas, la cobertura poblacional y si dicha carga se relaciona con la distribución de los recursos. Esto ayudará a la planificación en salud mental atendiendo a las necesidades geodemográficas y epidemiológicas y abrirá futuras líneas de trabajo.

IV.3. Objetivos.

IV.3.1. Objetivo General.

Realizar una primera foto fija de la realidad psiquiátrica hospitalaria española, analizar la relación entre variables sociodemográficas claves y los problemas de salud mental susceptibles de ingreso hospitalario en la población española, conocer el perfil tipo de patología psiquiátrica en las diferentes comunidades autónomas y valorar las implicaciones de dichos indicadores en la provisión y utilización de servicios hospitalarios considerando variables de estándares de calidad asistencial (días de estancia) con el fin de servir de punto de partida a futuros estudios y orientar la toma de decisiones en política sanitaria sobre salud mental.

Abrir el campo para el análisis de la evolución de la demanda y criterios de calidad asistencial con el fin último de adecuar los recursos. Servir de referencia sobre el desarrollo de la prestación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud sobre la base de criterios cuantificables y comparables.

IV.3.2. Objetivos Específicos.

- Describir las características demográficas de los enfermos mentales que ingresan en los hospitales españoles.
- Determinar diferencias en la distribución de los episodios de hospitalización que se dan entre comunidades autónomas.
- Analizar la relación existente entre variables sociodemográficas claves (edad, sexo y residencia) y la utilización de servicios de salud mental en régimen de hospitalización en la población española.
- Analizar la organización territorial y distribución de los episodios de hospitalización mediante la elaboración de mapas socio-sanitarios para la proyección y análisis de la información y resultados obtenidos.
- Evaluar la variabilidad en los episodios de hospitalización desde diferentes aspectos, como son las diferencias de género y la agrupación geográfica.
- Constatar la utilidad del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH) como una fuente válida de información epidemiológica en psicopatología.
- Determinar la utilidad de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) como fuente de información epidemiológica en el estudio de entidades nosológicas en el campo de la salud mental.



V. Material y Método

“Quien no sabe lo que busca no ve lo que encuentra”
CLAUDE BERNARD.

V.1. Aspectos Generales: Diseño.

Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo, transversal de la morbilidad en psicopatología, para el año 2002 en España (con los últimos datos actualizados por el Ministerio de Sanidad en el momento de iniciar el estudio), bajo un diseño ecológico. Hemos estudiado todos los ingresos de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), analizando los datos, clínicos y administrativos, procedentes del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, CMBDAH y según la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 9, Modificaciones Clínicas (CIE-9-MC). Asimismo, hemos analizado la vertiente administrativa y de gestión de los ingresos mediante el análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, GRD.

Dado que trabajamos con el total de ingresos registrados oficialmente en los hospitales pertenecientes al SNS, la población de referencia es la población total española. Los datos de la misma se obtuvieron de la proyección correspondiente para el año 2002, estimada en base a los datos del censo de 2001 reconocido, y llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE). La distribución de dicha población se refleja en la tabla 11.

Tabla 11. Población Española, total, por comunidades autónomas y por sexos, 2002.

CCAA	Hombres	Mujeres	Total Habitantes
Andalucía	3.647.836	3.758.653	7.406.489
Aragón	598.069	611.819	1.209.888
P. de Asturias	508.303	552.767	1.061.070
I. Baleares	442.904	446.638	889.542
Canarias	898.776	902.505	1.801.281
Cantabria	261.741	275.504	537.245
Castilla y León	1.210.647	1.245.951	2.456.598
Castilla La Mancha	884.608	890.699	1.775.307
Cataluña	3.147.215	3.271.172	6.418.387
Comunidad Valenciana	2.080.086	2.143.117	4.223.203
Extremadura	525.525	534.226	1.059.751
Galicia	1.295.920	1.400.947	2.696.867
Comunidad de Madrid	2.650.558	2.849.264	5.499.822
Murcia	607.088	608.705	1.215.793
C. Foral de Navarra	278.951	281.284	560.235
País Vasco	1.019.207	1.065.927	2.085.134
La Rioja	139.329	140.030	279.359
Ceuta	35.977	33.265	71.474
Melilla	33.265	33.309	66.574
España	20.266.005	21.048.014	41.314.019

Fuente: INE. Elaboración propia.

El análisis de la casuística hospitalaria se ha realizado en base a los episodios de hospitalización clasificados bajo la Categoría Diagnóstica Principal 19 (trastornos mentales) y 20 (uso de drogas y trastornos mentales inducidos por drogas) y en función de la agrupación por comunidades autónomas.

Cuando se diseñó el presente trabajo, en el que el objeto de estudio eran los casos ingresados en los hospitales españoles, parecía que este abordaje podría resultar limitado al no considerar la asistencia ambulatoria, muy extendida en el tratamiento de estas enfermedades. No obstante, dado que este proyecto se sustenta en los sistemas de información sanitaria, el desarrollo que los mismos han alcanzado en los hospitales, lo normalizado y extendido de su uso y, por el contrario, la falta de un sistema de información idéntico adaptado a la asistencia ambulatoria, hizo que nos decidiéramos por la casuística hospitalaria. En la atención ambulatoria, así como en los centros de media y larga estancia, la dificultad en establecer un sistema de información radica en lo complicado que es obtener agrupadores útiles; no se ha superado la compartimentación de la asistencia en niveles, en parte, por la dificultad para definir los episodios asistenciales que abarquen el recorrido del paciente por los distintos servicios. Es más, en el nivel de atención primaria, el propio concepto de episodio asistencial no es útil en muchos casos, y rompe con el criterio de la atención continuada.

Se recabaron los datos de los servicios de información sanitaria del Instituto Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH) del año 2002 de todo el territorio nacional, últimos datos actualizados en el momento del estudio.

V.2. El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH).

V.2.1. Definición.

El CMBDAH es el sistema de recogida de información hospitalaria básica que funciona en el Sistema Nacional de Salud y que puede definirse como un conjunto de variables obtenidas en el momento del alta, que proporcionan información sobre el paciente, su entorno, la institución que lo atiende y su proceso asistencial. El CMBDAH extrae la información del episodio de hospitalización, recogiendo datos administrativos, demográficos y clínicos.

V.2.2. Contenido del CMBDAH.

El 14 de diciembre de 1987 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba el número y contenido de los ítems que debe incluir el Conjunto Mínimo de Datos al Alta Hospitalaria. Las Comunidades Autónomas, han regulado posteriormente el CMBDAH en sus diferentes servicios de salud, incluyendo el cuerpo básico común y añadiendo, en cada caso, alguna variable que les podía resultar de particular interés¹⁸⁰. El INSALUD elaboró una norma interna que obligó a sus hospitales a la recogida del CMBDAH a partir del 1 de enero de 1993.

Los ítems citados coinciden con los aceptados por el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud de los EEUU y con las recomendaciones de la Comisión Europea para tal fin, y son las siguientes:

1. Identificación del hospital (código del hospital en función del Catálogo Nacional de Hospitales).
2. Identificación del paciente (Nº de Historia Clínica).
3. Fecha de nacimiento (variable con formato día, mes y año).
4. Sexo, variable codificada con un dígito:

Código	Sexo
1	Varón
2	Mujer
3	Indeterminado
9	Desconocido

5. Residencia (Código Postal del domicilio del paciente).
6. Financiación, código numérico de un dígito con las siguientes fuentes de financiación:

Código	Fuente Financiación
1	Seguridad Social
2	Corporaciones locales/Cabildos insulares
3	Mutuas de Asistencia Sanitaria
4	Accidentes de trabajo
5	Accidentes de tráfico
6	Privado
7	Financiación mixta
8	Otros
9	Desconocido

7. Fecha de ingreso (formato día, mes y año).
8. Circunstancias del ingreso según sea:

Código	Circunstancias Ingreso
1	Urgente
2	Programado
9	Otros

9. Diagnósticos (Principal, otros; se codificará atendiendo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica CIE-9-MC¹¹⁴). El diagnóstico principal se define como “el proceso que, tras el estudio pertinente y al alta hospitalaria, se considera el responsable de ingreso del paciente en el hospital” y se consideran otros diagnósticos a “los procesos que no son el principal y que coexisten con el mismo en el momento del ingreso, o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, o que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior y que no tiene que ver con el que ha ocasionado la actual estancia hospitalaria²⁴⁵”.
10. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos. Definido como “aquel procedimiento que ha utilizado un quirófano o sala de partos”²⁴⁵. Se codificará con la CIE-9-MC.
11. Otros procedimientos. Se definen como “aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren recursos materiales y humanos especializados e implican un riesgo para el paciente”²⁴⁵. Se registrará un máximo de tres procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos, siendo codificados mediante la CIE-9-MC.
12. Fecha de alta (código de 8 dígitos con el siguiente formato: día, mes y año).

13. Circunstancia de alta. Código numérico de un carácter codificado según se dé:

Código	Circunstancia de Alta
1	Traslado a Domicilio
2	Traslado a Hospital
3	Alta voluntaria
4	Éxitus
9	Otros

Contenidos adicionales del CMBD, que varían según las comunidades autónomas:

1. N° de asistencia.
2. Área sanitaria.
3. Identificación del centro de traslado.
4. Servicio (de ingreso y de alta).
5. Variables de los recién nacidos.
6. Peso al nacer (para pacientes de menos de 28 días de edad).
7. Fechas de intervención.
8. Identificación del médico.

V.2.3. Recogida de Información del CMBDAH.

Los datos administrativos del CMBDAH son recogidos en soporte informático por el personal administrativo del Servicio de Admisión cuando se produce el ingreso y por el personal de enfermería cuando se produce el alta.

La información clínica (diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos) es convertida en códigos CIE 9 por el personal de la Unidad de Documentación en base al informe clínico de alta y a la información de la historia clínica^{114,138}.

V.2.4. Descripción del Software Utilizado para la Obtención del CMBDAH.

Los datos que contempla el CMBDAH se almacenan en el sistema informático central de los hospitales, mediante diversos tipos de aplicaciones que, como norma general, funcionan bajo el sistema operativo UNIX System V versión 4.0.

El software para el manejo de los datos del CMBDAH lo conforman los siguientes programas:

1. Programa CMBDAH V3, desarrollado en lenguaje de programación C, que permite obtener del Sistema Medix la información del CMBDAH, con un formato de codificación propio para cada hospital.
2. Programa CMBDAH, desarrollado en lenguaje de programación CLIPPER, que permite la transformación de los ficheros obtenidos con el programa anterior a una

base de datos con el formato y codificación requeridos para su procesamiento posterior.

De la información suministrada por el CMBDAH se nutre el sistema GRD para la clasificación de los pacientes, que exponemos a continuación.

V.3. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (Diagnosis-Related Groups).

V.3.1. Definición.

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) son el sistema de clasificación de pacientes utilizado para la explotación de los datos del CMBDAH, obteniendo así un número manejable de grupos, de características similares tanto desde el punto de vista clínico como de consumo de recursos, es decir, el sistema de clasificación permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (su casuística), con el coste (consumo de recursos) que representa su asistencia^{180, 181}.

V.3.2. Características del Esquema de Clasificación de Pacientes por GRD.

El Sistema de Clasificación de Pacientes GRD sigue ciertos requisitos de clasificación:

- Se obtiene del CMBDAH, información rutinaria disponible en cualquier hospital.
- Significación clínica (los grupos deben ser clínicamente interpretables, con subclases de pacientes de categorías diagnósticas homogéneas).
- Número de clases manejable. Cada clase debe contener un número suficiente de casos.
- Los grupos son exhaustivos y mutuamente excluyentes. Clasificando cada episodio en una sola clase, es decir, todo paciente debe ser incluido en un sólo grupo.
- En cada clase o grupo deben reunirse todos los casos con un consumo de recursos parecido (isoconsumo).

La base matemática que sustenta este tipo de clasificación se encuentra en el análisis multivariante, y más específicamente en los métodos de segmentación¹⁸⁵.

La última versión utilizada en el Sistema Sanitario Público Español (V.18.0) de agrupación o clasificación de los GRD, cuenta con 809 elementos resultantes de una agrupación que se basa en variables tanto demográficas (sexo, fecha de nacimiento) como clínicas, fundamentalmente en base al diagnóstico principal y también diagnósticos secundarios (complicaciones, comorbilidad), además del estado del paciente al alta médica²⁴⁶.

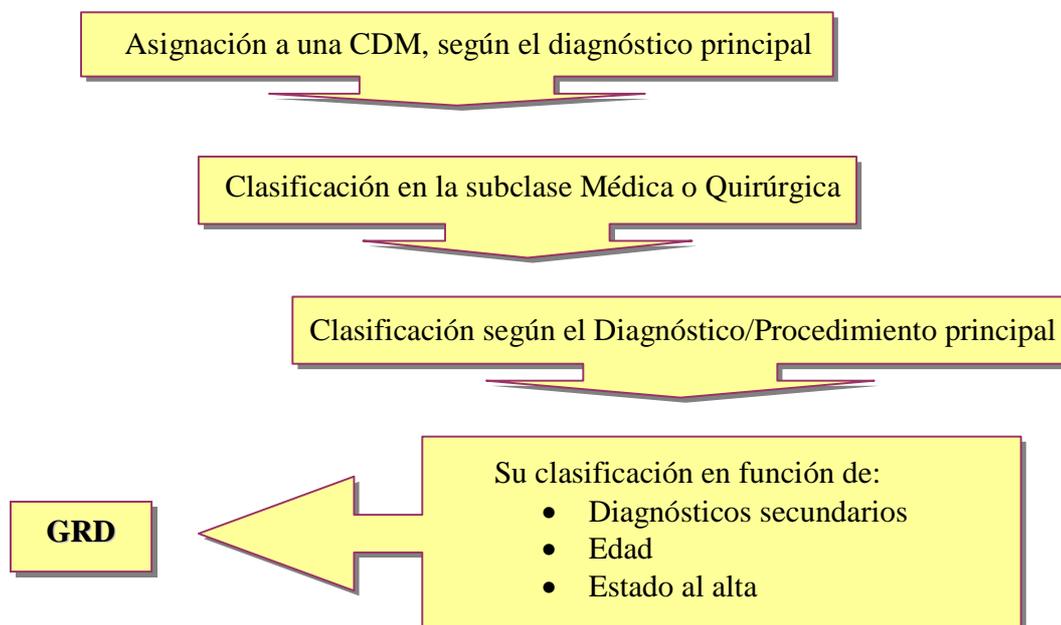
V.3.3. Variables Implicadas en la Clasificación.

Las variables que permiten clasificar los procesos de hospitalización en GRD, son las siguientes:

- Diagnóstico Principal (código de la CIE-9-MC). Es la enfermedad que, una vez estudiado el paciente, es decir cuando se le da de alta, se establece como causa del ingreso.
- Procedimientos (código de la CIE-9-MC).
- Edad.
- Situación al alta.
- Complicaciones y comorbilidades (diagnósticos secundarios-código de la CIE-9-MC). Son enfermedades que coexisten con el diagnóstico principal al ingreso o que aparecen durante la estancia del paciente en el hospital e influyen en la duración de la estancia o el tratamiento.

La agrupación de las altas hospitalarias, salvo en determinados procedimientos que conllevan un alto consumo de recursos y se le asignan GRD específicos (como por ejemplo, trasplantes de hígado, médula ósea o traqueostomizados por su mal estado general), se basa en el siguiente **Algoritmo de Clasificación** representado en la figura 6.

Figura 6. Algoritmo de Clasificación de los episodios en GRD a partir de los datos del CMBD.



Fuente: Proyecto NIPE¹⁸⁰.

Una vez que el paciente es dado de alta, el diagnóstico principal determina la inclusión del caso en una Categoría Diagnóstica Mayor (CDM). El diagnóstico principal condiciona, por tanto, todo el proceso de asignación y, como ya expusimos anteriormente, se define como “aquél que, al finalizar el proceso de hospitalización, se considera la causa de ingreso del enfermo en el hospital”²⁴⁷. Posteriormente, se identifica si existe o no un procedimiento quirúrgico, clasificándose en un GRD de tipo médico o quirúrgico según el caso. El subgrupo quirúrgico se subclasifica según una jerarquía quirúrgica preestablecida en cada CDM, en función de la intensidad de consumo de recursos. En última instancia, según la edad, las circunstancias al alta (por ejemplo, en el caso que nos ocupa, se definieron GRD diferentes para pacientes con alcoholismo y toxicomanías que abandonaban el centro en contra del criterio del médico) y/o la presencia o ausencia de comorbilidad o complicaciones, queda definitivamente englobado en un GRD^{180, 205}.

V.3.3.1. Categorías Diagnósticas Mayores (CDM).

Como se ha comentado anteriormente, el diagnóstico principal determina la inclusión del caso en una Categoría Diagnóstica Mayor (CDM). De estas categorías se han definido 25 y se relacionan a continuación:

CDM	DESCRIPCIÓN
1	Enfermedades y trastornos del Sistema Nervioso
2	Enfermedades y trastornos del ojo
3	Enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta
4	Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio
5	Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio
6	Enfermedades y trastornos del sistema digestivo
7	Enfermedades y trastornos del sistema hepatobiliar y páncreas
8	Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y conectivo
9	Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama
10	Trastornos endocrinos, de la nutrición y del metabolismo
11	Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinario
12	Enfermedades y trastornos del sistema reproductor masculino
13	Enfermedades y trastornos del sistema reproductor femenino
14	Embarazo, parto y puerperio
15	Recién nacidos y condiciones del período perinatal
16	Enfermedades y trastornos de la sangre, del sistema hematopoyético y del sistema inmunitario
17	Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas
18	Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistemáticas o afectación no especificada).
19	Enfermedades y trastornos mentales
20	Uso de drogas y trastornos mentales orgánicos inducidos por drogas
21	Heridas, envenenamientos y efectos tóxicos de drogas
22	Quemaduras
23	Factores que influyen en el estado de salud y otros contactos con los servicios de salud
24	Traumatismos múltiples
25	Infecciones por VIH

En general, cada CDM se corresponde con un aparato o sistema orgánico principal (sistema respiratorio, sistema circulatorio, sistema digestivo) aunque existen algunas enfermedades que no se pueden asignar a una CDM relacionada con un sistema orgánico. Así, por este motivo, crearon varias CDM que se denominaron residuales (por ejemplo, enfermedades infecciosas sistémicas, enfermedades mieloproliferativas y neoplasias mal diferenciadas).

V.3.4. Los GRD en Psiquiatría.

En total, en la versión 18.0, la empleada para el año de estudio, existen 809 AP-GRD. Los AP-GRD en Psicopatología están delimitados por las Categorías Diagnósticas Mayores 19 y 20 (que a su vez engloba como diagnósticos principales aquellos comprendidos entre el 290 y el 319 de la CIE-9-MC) que se muestran y describen a continuación:

V.3.4.1. CDM 19. Trastornos Mentales.

GRD 424. *Procedimiento quirúrgico con diagnóstico principal de enfermedad mental.*

Es un GRD quirúrgico que agrupa a todos los pacientes ingresados por una enfermedad mental a los que se les ha practicado una intervención quirúrgica.

GRD 425. *Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por un síndrome psicoorgánico, o bien, con distintos tipos de reacción a estrés agudo.

GRD 426. *Neurosis depresivas.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una neurosis depresiva como: depresión neurótica (trastorno distímico), trastorno depresivo crónico de la personalidad o reacción depresiva breve prolongada.

GRD 427. *Neurosis excepto depresiva.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por neurosis no depresivas tales como: reacción adaptativa con emociones mixtas o con alteración de conducta, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de somatización, hipocondría o fobias.

GRD 428. *Trastorno de la personalidad y del control de impulsos.*

GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades mentales como: trastorno de personalidad, trastorno histriónico o explosivo de la personalidad, personalidad límite o borderline, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno de dependencia de la personalidad o trastorno ciclotímico.

GRD 429. *Alteraciones orgánicas y retraso mental.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades orgánicas con deterioro cognitivo (demencias) o con retraso mental o trastornos de desarrollo psicológico (autismos).

GRD 430. *Psicosis.*

GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por psicosis tales como: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme agudo, trastornos afectivos bipolares, trastorno depresivo mayor, trastorno esquizoafectivo, paranoia, estado paranoide o psicosis reactiva.

GRD 431. *Trastornos mentales de la infancia.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por trastornos mentales de la infancia como: perturbación del comportamiento, alteración del control de impulsos, disfunción del lenguaje simbólico, trastorno de la conducta, conducta antisocial tipo agresivo o enuresis.

GRD 432. *Otros diagnósticos de trastorno mental.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por trastornos psicosexuales, trastornos del sueño o trastornos de la alimentación.

V.3.4.2. CDM 20. Uso de Drogas/Alcohol y Trastornos Mentales Orgánicos Inducidos.

GRD 743. *Abuso o dependencia de opiáceos, alta voluntaria.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes con abuso o dependencia a opiáceos o a opiáceos y otras sustancias. Los pacientes con estas dependencias son clasificados en este GRD tanto si ingresan por esta dependencia como si lo hacen por otro motivo relacionados con otras dependencias a drogas y tienen dependencia a opiáceos como diagnóstico secundario. Para ser clasificado en este GRD es necesario que el alta sea voluntaria.

GRD 744. *Abuso o dependencia de opiáceos con complicaciones.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes con abuso o dependencia a opiáceos o a opiáceos y otras sustancias. Los pacientes con estas dependencias son clasificados en este GRD tanto si ingresan por esta dependencia como si lo hacen por otro motivo relacionados con otras dependencias a drogas y tienen dependencia a opiáceos como diagnóstico secundario. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: hepatitis viral, infección VIH, esquizofrenia, celulitis o neumonía.

GRD 745. *Abuso o dependencia de opiáceos sin complicaciones.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes con abuso o dependencia a opiáceos o a opiáceos y otras sustancias. Los pacientes con estas dependencias son clasificados en este GRD tanto si ingresan por esta dependencia como si lo hacen por otro motivo relacionados con otras dependencias a drogas y tienen dependencia a opiáceos como diagnóstico secundario.

GRD 746. *Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, alta voluntaria.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por: abuso o dependencia de cocaína, cannabis, anfetamina, barbitúricos o alucinógenos, amnesia inducida por drogas, síndrome de abstinencia a drogas, síndrome delirante orgánico inducido por drogas, alucinosis o demencia inducidas por drogas o intoxicación por drogas. Para ser clasificado en este GRD es necesario que el alta sea voluntaria.

GRD 747. *Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas con complicaciones.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por: abuso o dependencia de cocaína, cannabis, anfetamina, barbitúricos o alucinógenos, amnesia inducida por drogas, síndrome de abstinencia a drogas, síndrome delirante orgánico inducido por drogas, alucinosis o demencia inducidas por drogas o intoxicación por drogas. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: hepatitis viral, infección VIH, esquizofrenia, celulitis o neumonía.

GRD 748. *Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas sin complicaciones.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por: abuso o dependencia de cocaína, cannabis, anfetamina, barbitúricos o alucinógenos, amnesia inducida por drogas, síndrome de abstinencia a drogas, síndrome delirante orgánico inducido por drogas, alucinosis o demencia inducidas por drogas o intoxicación por drogas.

GRD 749. *Abuso o dependencia de alcohol, alta voluntaria.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por abuso o dependencia de alcohol, intoxicación alcohólica aguda, demencia alcohólica, síndrome amnésico por alcohol, delirio o alucinosis por abstinencia a alcohol u otras psicosis alcohólicas. Para ser clasificado en este GRD es necesario que el alta sea voluntaria.

GRD 750. *Abuso o dependencia de alcohol con complicaciones.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por abuso o dependencia de alcohol, intoxicación alcohólica aguda, demencia alcohólica, síndrome amnésico por alcohol, delirio o alucinosis por abstinencia a alcohol u otras psicosis alcohólicas. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: cirrosis hepática alcohólica, enfermedad pulmonar

obstructiva crónica, esquizofrenia paranoide, infección urinaria, coma o diabetes complicada.

GRD 751. *Abuso o dependencia de alcohol sin complicaciones.*

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por abuso o dependencia de alcohol, intoxicación alcohólica aguda, demencia alcohólica, síndrome amnésico por alcohol, delirio o alucinosis por abstinencia a alcohol u otras psicosis alcohólicas.

V.3.5. Software Utilizado para la Asignación de GRD: Programas CLINOS y PC-GROUPER.

CLINOS²⁴⁸, es una aplicación informática para ordenadores personales (PC compatibles MS-DOS) que permite la obtención de informes para la gestión intrahospitalaria por GRD. Ha sido realizado por la empresa IASIST (principal empresa dedicada a la información basada en GRD de nuestro país). Requiere como información de entrada la correspondiente al CMBD.

Este programa ofrece al hospital la posibilidad de analizar la casuística y el funcionamiento de cada uno de los servicios de acuerdo a los períodos que el hospital estime oportunos. La asignación de cada GRD se realiza con el programa PC GROUPER¹⁸³, que se encuentra integrado en el programa CLINOS. Es decir, CLINOS prepara los datos, que posteriormente utilizará PC GROUPER para asignar el GRD. Posteriormente CLINOS, con los datos de los GRD y los valores asignados como norma para la identificación y exclusión de los casos extremos, realiza un conjunto de informes descriptivos de los GRD. Los informes pueden contener indicadores de la complejidad de la casuística, indicadores funcionales, indicadores de la calidad de la asistencia e informes de calidad de los datos.

CLINOS permite la selección de las diferentes versiones de los GRD, utilizándose en el presente trabajo los AP-DRG 18, por ser la que actualmente se está utilizando en nuestro medio para las comparaciones entre centros.

Los puntos de corte seleccionados para la depuración de los casos extremos u outliers han sido los facilitados por IASIST y se han obtenido a partir del análisis de una amplia base de datos de carácter nacional y que agrupa a hospitales de todas las categorías. La fórmula empleada para su cálculo, basado en los percentiles de la distribución, ha sido la siguiente:

$$\text{Punto de corte superior} = P_{75} + (P_{75} - P_{25}), \text{ siendo } P = \text{percentil}$$

V.4. Sistemas de Información Geográfica (SIG).

La utilización de la cartografía como apoyo a los estudios epidemiológicos es muy antigua y se ha visto reforzada por el desarrollo de herramientas informáticas como los Sistemas de Información Geográfica (SIG). Los SIG facilitan el uso de cartografía en estos estudios al ser una herramienta que conjuga la representación gráfica con la explotación y el tratamiento de la información referenciada en el espacio. El Sistema de Información Geográfica utilizado para representar las variables obtenidas del CMBD ha sido el programa informático SIG ArcView 3.2 creado por la empresa “Environmental Systems Research Institute” (ESRI).

La representación de la información ha requerido la utilización de cartografía en formato vectorial de España y sus divisiones administrativas regionales (17 Comunidades Autónomas y 2 Ciudades Autónomas). Los indicadores han sido representados cartográficamente mediante intervalos utilizando distintas gradaciones de color para facilitar su visualización. La selección de los intervalos se realizó mediante el método de los quintiles. Este tipo de distribución estadística permite reducir el sesgo que se produce al agrupar variables, facilitando la observación y comprensión de los fenómenos espaciales al conseguir que cada una de las clases contenga el mismo número de observaciones.

V.5. Análisis Estadístico.

V.5.1. Introducción.

En base al diseño que acabamos de desarrollar, se han estudiado las características personales (edad y sexo) de los pacientes ingresados en los distintos hospitales y las características del episodio de hospitalización.

Los diagnósticos se han organizado siguiendo la clasificación de la CIE-9-MC para la Categoría Diagnóstica Mayor 19 y 20 y su posterior agrupamiento en los distintos GRD que la componen.

En primer lugar se realizó un análisis sobre la presencia de estas patologías en los hospitales de la red del Sistema Nacional de Salud en las diferentes comunidades autónomas.

En segundo lugar, se clasificó el tipo de proceso en base a las diferentes variables que concurren en el mismo. Se analizaron si las características de los diferentes procesos o enfermedades mentales seguían un patrón por comunidades autónomas.

Se procedió al análisis de la distribución de los diferentes procesos según Comunidad Autónoma, género, edad y estancia media.

De forma particular se procedió al análisis de los GRD más significativos. También se analizaron los GRD más frecuentes con los criterios antes citados.

Se analizaron descriptivamente los datos según las distribuciones de frecuencias correspondientes y las medidas de síntesis oportunas (media, desviación estándar, proporciones, etc.).

Para el procesamiento de los datos y posterior análisis estadístico se han empleado los siguientes programas informáticos:

- Microsoft Excel.
- Microsoft Access.
- SPSS V.11.5.
- SIG ArcView 3.2.
- Statgraphics Plus 5.1.

V.5.2. Medida de Incidencia de los Ingresos por Patologías Mentales²⁴⁹.

La incidencia constituye una forma de medir estadísticamente la frecuencia de una enfermedad, cuantificando en esencia el número de casos nuevos de enfermedad que se desarrollan en una población a riesgo durante un periodo de tiempo especificado.

Dos son las medidas o métodos que permiten la medición de la incidencia²⁴⁹⁻²⁵⁶ el riesgo o incidencia acumulada y la tasa de incidencia.

V.5.2.1 Incidencia Acumulada o Riesgo.

Podemos hablar de una incidencia acumulada absoluta cuando nos referimos sólo al número de casos nuevos de una enfermedad u otro fenómeno ocurrido entre dos fechas²⁵⁷.

Aunque lo habitual será obtener una medida de incidencia relativa que se define como la proporción de personas de una población inicialmente libres de enfermedad que desarrolla la patología dentro de un intervalo de tiempo.

$$R = \frac{\text{Nº de casos nuevos de enfermedad en una población definida en un intervalo de tiempo, } I}{\text{Nº total de personas sin la enfermedad al inicio del periodo (a riesgo), } N_0'}$$

Quando la duración (Δt_i) de los periodos individuales de seguimiento en los sujetos libres de enfermedad varían sustancialmente debido a pérdidas o muertes por otras causas, tanto en cohortes fijas como en poblaciones dinámicas, se deberá estimar la incidencia acumulada mediante el llamado método actuarial o de tabla de vida.

Con el método actuarial, la incidencia acumulada o riesgo, $R_{(t_0, t)}$, para un periodo de tiempo (t_0, t) es estimado mediante la expresión²⁵¹:

$$R_{(t_0, t)} = I / \left[N_0 - \left(\frac{w}{2} \right) \right]$$

Donde W (del inglés *Withdrawals*, retirada) es el número de pérdidas ocurridas en la población en seguimiento durante el período de estudio.

V.5.2.2. Densidad de Incidencia o Tasa de Incidencia.

La segunda de las medidas que estiman la incidencia de una enfermedad es la tasa de incidencia o densidad de incidencia.

Podemos definir una tasa de incidencia absoluta y una tasa de incidencia relativa que podemos calcularlas como:

1. Tasa de Incidencia Absoluta = N° de casos ocurridos/Tiempo de observación
2. Tasa de Incidencia Relativa = N° de casos ocurridos/ \sum (N° de individuos observados) x (tiempo de observación)

En el primer caso medimos el número de casos por unidad de tiempo, el denominador es el tiempo de observación. En el segundo caso el denominador es la cantidad de observación, y nos mide el número de casos por individuo de una población y por unidad de tiempo observado.

De la segunda medida derivamos una definición del concepto de tasa de incidencia de una enfermedad, que viene dada por un parámetro que mide en una población determinada y en un tiempo la aparición de nuevos casos de la enfermedad. Al ser este parámetro una medida de incidencia, toma en cuenta el número de individuos nuevos que enferman en el período de estudio, es decir el número de comienzos de enfermedad en la población objeto de seguimiento, en nuestro caso el número de nuevos episodios de hospitalización, dividido por el periodo de tiempo de observación de todos los individuos de esa población. Por lo tanto, la tasa de incidencia es un cociente que al tener una frecuencia en el numerador y una medida de tiempo en el denominador, es del tipo personas/tiempo²⁵⁸. Ya que la dimensionalidad de la tasa es casos/tiempo, no puede ser una proporción, oscilando su rango numérico de 0 a infinito. Queda claro entonces que la tasa de incidencia no nos mide la proporción de sujetos enfermos.

Y viene dada por:

$$DI = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de casos nuevos de enfermedad en una población definida en un intervalo de tiempo, } I}{\text{Suma de periodo de tiempo a riesgo (libre de enfermedad) de cada sujeto a lo largo del intervalo de tiempo, } \sum \Delta t_i}$$

En una gran mayoría de los estudios de morbilidad no existen datos individualizados de seguimiento, pero necesitamos calcular una tasa de incidencia a partir de los datos recogidos en los sistemas de información para una zona geográfica bien definida²⁵⁶.

Si asumimos que la población es dinámica con entrada y salida, el denominador de la medida que definiremos a continuación vendrá dada por el promedio de población que ha residido en la zona durante el periodo de tiempo en cuestión. Bajo determinados supuestos (periodo no muy largo y compensación de los movimientos migratorios) se puede utilizar como población promedio la estimada a mitad del periodo de estudio, quedando la tasa definida como:

$$\text{Tasa de Incidencia con datos agregados (DI)} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de casos nuevos de enfermedad en una población definida en un intervalo de tiempo (I)}}{\text{Estimación de personas-tiempo seguidas en un intervalo dado (P}_x\text{)}}$$

Que podemos estimar mediante:

$$DI = \frac{I}{P_x}$$

Donde I representa los nuevos casos acaecidos, en nuestro trabajo casos de hospitalización en el período, y P_x una estimación de personas-tiempo seguidas en ese intervalo de tiempo.

Nótese que la tasa de incidencia para datos agregados no está referida a la población, no es una proporción, sino está basada en una unidad de tiempo (personas-año).

Cuando los datos procedan de un muestreo podremos calcular el correspondiente intervalo de confianza para la tasa de incidencia:

Puede demostrarse que una estimación del error estándar de DI viene dado por²⁵⁹:

$$EE(DI) = \frac{DI}{\sqrt{I}}$$

Por lo que un intervalo de confianza al 95% puede obtenerse según:

$$DI \pm 1,96 \times EE(DI)$$

Dada la naturaleza del problema que estudiamos en esta tesis, hemos optado por la última de las medidas presentadas para medir la incidencia de los episodios de hospitalización. Donde, el numerador lo forman los episodios de hospitalización para el periodo de estudio según tipo de medición: total de casos, por GRD, etc. que dará lugar a las medidas siguientes:

- Densidad de incidencia de los episodios de hospitalización.
- Tasa de incidencia personas-año para la CDM 19 y 20.
- Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de los episodios de hospitalización según diagnóstico principal en CDM 19 y 20.
- Tasas de incidencia por 100.000 habitantes para los GRD 424, GRD 425, GRD 426, GRD 427, GRD 428, GRD 429, GRD 430, GRD 431 y GRD 432, dentro de la CDM 19 y los GRD 743, GRD 744, GRD 745, GRD 746, GRD 747, GRD 748, GRD 749, GRD 750 y GRD 751, dentro de la CDM20. Para el total de la población, por sexos y CCAA.

El denominador es la estimación de personas-tiempo según las proyecciones del INE. En concreto, en esta situación la proyección de población a 1 de julio de 2002 (mitad de periodo) tomando como base el Censo de 2001, para el total de población y para ambos sexos.

V.5.3. Análisis Multivariante.

El objetivo final de determinar diferencias por Comunidades Autónomas en cuanto a los episodios de hospitalización de enfermedades mentales lo hemos intentado responder mediante la utilización de técnicas de análisis multivariante como la de Análisis de Componentes Principales (ACP) y el Análisis *Clusters*.

V.5.3.1. Análisis de Componentes Principales^{249, 260}.

El Análisis de Componentes Principales (ACP), es quizás la técnica de análisis multivariante más antigua. Su introducción se debe como tantas veces en estadística a Pearson (1901), pero su verdadero desarrollo y aplicabilidad se la debemos a Hotelling (1933). Como ha ocurrido con otras muchas técnicas multivariantes, sus aplicaciones prácticas no se manifestaron hasta que no se desarrollaron los medios informáticos necesarios²⁶¹.

La idea central del ACP es conseguir la simplificación de un conjunto de datos, generalmente cuantitativos, procedente de un número grande de variables interrelacionadas. Este objetivo se alcanza obteniendo, a partir de combinaciones lineales de las variables originalmente medidas por el investigador, un nuevo conjunto de igual número de variables, incorreladas, llamadas Componentes Principales (CP), donde permanece la variabilidad presente en los datos originales y ordenadas decrecientemente por su varianza, permitiéndonos explicar el fenómeno de estudio con las primeras CP.

Con ello conseguimos, desde un punto de vista práctico los siguientes objetivos²⁶²:

- Sintetizar la información procedente de un volumen importante de datos, recogidos en una investigación particular, que permita analizar de forma más clara las posibles interrelaciones de los fenómenos en estudio.
- Crear índices o indicadores nuevos, representados por los CP una vez interpretados.
- Utilizar la técnica como paso previo a otras.

Es necesario revisar de manera muy resumida los aspectos teóricos²⁶¹ del ACP:

Supongamos que X es un vector de p variables aleatorias, en nuestro trabajo las medidas de incidencia obtenidas, definidas en una población donde nos planteamos el objetivo anterior.

Supongamos también que el vector X se mide en n individuos, en nuestra tesis las distintas comunidades, teniendo una matriz de datos habitual con n filas que representan a los individuos en los que hemos medido las variables que representan las p columnas. Buscamos combinaciones lineales del tipo:

$$Y_k = a_{k_1} X_1 + \dots + a_{k_p} X_p = \sum_{j=1}^p a_{kj} X_j, \quad k=1, \dots, p,$$

Donde a_{k_1}, \dots, a_{k_p} son constantes numéricas de forma que las nuevas variables Y_k tengan varianza máxima en orden decreciente y sean incorreladas entre si. Las CP Y_k se obtienen diagonalizando la matriz de covarianzas S o la de correlaciones R de las variables originales, de forma que las constantes a_{k_1}, \dots, a_{k_p} se obtienen con las coordenadas de los autovectores asociados a los autovalores de S o R , ordenados de forma decreciente, que representan las varianzas de las CP.

Es decir tras aplicar el ACP se crean unas nuevas variables Y_k . En ellas cada individuo tendrá una puntuación al sustituir los valores obtenidos en las mediciones iniciales.

Como hemos visto, el ACP parte de una matriz de individuos por variables, $n \times p$, donde las variables son cuantitativas, y obtiene un nuevo conjunto de p variables, donde la variabilidad se ha redistribuido de forma que la q primeras CP ($q < p$) pueden explicar un alto porcentaje de la variabilidad total. Es decir, el fenómeno en estudio puede simplificarse, no siendo estudiado con las p variables originales sino con un número menor q , de CP. Todo ello posibilitará los objetivos descritos con anterioridad: sintetizar la información original, crear nuevos indicadores o utilizar la técnica como paso previo de otras.

En este caso en concreto, para cada comunidad, hemos medido las siguientes variables que entraron a formar parte en el ACP:

- Densidad de incidencia de los episodios de hospitalización (TI por mil) de la CDM 19 y 20.
- Tasas de incidencia por 100.000 habitantes para los GRD 424, GRD425, GRD426, GRD427, GRD428, GRD429, GRD430, GRD431, GRD432, GRD470, GRD743, GRD744, GRD745, GRD746, GRD747, GRD748, GRD749, GRD750 y GRD751.
- Mediana de la estancia para la CDM 19 y 20.

V.5.3.2. Análisis Cluster.

Los *clusters* son grupos de observaciones similares. Los métodos estadísticos que se incluyen bajo el nombre genérico de análisis *cluster* pretenden elaborar una taxonomía numérica, es decir, una clasificación de elementos basada en información numérica. Son los métodos más recientes de análisis estadístico multivariante, y los más heurísticos²⁶¹. Este tipo de análisis ha sido empleado en estudios precedentes^{204, 263}.

En nuestro caso, como datos de entrada en el análisis hemos utilizado las puntuaciones o coordenadas de los individuos (comunidades) en las tres componentes obtenidas en el proceso estadístico de ACP.

Para la formación de grupos se ha utilizado el método de Ward que, concretamente, minimiza la pérdida de información ocasionada por la aglomeración, medida a través del aumento de varianza dentro de los grupos debido a la agregación. La distancia métrica utilizada fue la distancia Euclídea al cuadrado.



VI. Resultados

“Graunt no esperó contar con mejores estadísticas; hizo cuanto pudo con las que tenía disponibles; y al hacerlo, también produjo un sólido argumento a favor de la obtención de mejores datos”
D. V. GLASS.

Comenzamos enumerando el total de episodios de hospitalización para la CDM19 (trastorno mental) y 20 (uso de drogas/alcohol y trastorno mental inducido por drogas/alcohol), según el CMBD estatal para el año de estudio (2002). Así como, la frecuencia de los mismos atendiendo al género y a la agrupación por comunidades autónomas. Se ha utilizado el concepto “episodios de hospitalización” dado que su uso evita la problemática de evaluar los reingresos. Dicho concepto, hace referencia más a un término relativo de carga asistencial que al aspecto puramente epidemiológico. Del mismo modo, se han computado medidas, por primera vez a nivel nacional (se ha realizado a nivel regional, en Andalucía¹⁹⁸), como son las tasas de incidencia con datos agregados para los episodios de hospitalización por diagnóstico psicopatológico.

VI.1. Población Estudiada.

Del CMBD nacional, se estudiaron los episodios de hospitalización o ingresos del año 2002 asignados como patología mental, incluidos en la Categoría Diagnóstica Mayor 19, trastornos mentales, y CDM 20 catalogados como uso de drogas/alcohol y trastornos mentales inducidos (tabla 12).

Tabla 12. Distribución de los episodios de hospitalización (EH) según criterios de clasificación.

	EH	CDM 19	CDM20
España	69413	56966	12447

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

En la tabla 13, se presentan los ingresos incluidos en la Categoría Diagnóstica Mayor 19 y 20 por comunidades autónomas.

Tabla 13. Distribución de los episodios de hospitalización incluidos en la CDM 19 y 20 por comunidades autónomas, 2002.

CCAA	CDM	Frecuencia	Porcentaje
Andalucía	19	10558	18,53
	20	1278	10,27
Aragón	19	2314	4,06
	20	290	2,33
P de Asturias	19	2175	3,81
	20	513	4,12
I. Baleares	19	2104	3,69
	20	303	2,43
Canarias	19	2302	4,04
	20	720	5,78
Cantabria	19	496	0,87
	20	159	1,28
Castilla y León	19	3410	5,98
	20	598	4,80
Castilla La Mancha	19	2251	3,95
	20	482	3,87
Cataluña	19	6951	12,20
	20	2655	21,33
Comunidad Valenciana	19	5023	8,81
	20	760	6,10
Extremadura	19	1032	1,81
	20	171	1,37
Galicia	19	4352	7,63
	20	1102	8,85
Comunidad de Madrid	19	7805	13,70
	20	2002	16,08
Murcia	19	1304	2,28
	20	257	2,06
C. Foral Navarra	19	866	1,52
	20	208	1,67
País Vasco	19	3717	6,52
	20	892	7,17
La Rioja	19	104	0,18
	20	17	0,14
Ceuta	19	145	0,25
	20	22	0,18
Melilla	19	57	0,10
	20	18	0,14
Total	19	56966	100
	20	12447	100

Fuente: Elaboración propia.

Resulta evidente que para tener una idea certera de la magnitud del problema es necesario relacionar los ingresos con la proyección de población para cada comunidad autónoma, calculando las correspondientes tasas de incidencia. La distribución de las *poblaciones adscritas a las diferentes comunidades españolas* es la presentada en la tabla 14.

Tabla 14. Población adscrita a las diferentes comunidades españolas, proyección de población año 2002.

CCAA	Género	Habitantes	Total Habitantes	Porcentaje
Andalucía	Hombres	3.647.836	7.406.489	17.92
	Mujeres	3.758.653		
Aragón	Hombres	598.069	1.209.888	2.92
	Mujeres	611.819		
P. de Asturias	Hombres	508.303	1.061.070	2.56
	Mujeres	552.767		
I. Baleares	Hombres	442.904	889.542	2.15
	Mujeres	446.638		
Canarias	Hombres	898.776	1.801.281	4.36
	Mujeres	902.505		
Cantabria	Hombres	261.741	537.245	1.30
	Mujeres	275.504		
Castilla y León	Hombres	1.210.647	2.456.598	5.94
	Mujeres	1.245.951		
Castilla La Mancha	Hombres	884.608	1.775.307	4.29
	Mujeres	890.699		
Cataluña	Hombres	3.147.215	6.418.387	15.53
	Mujeres	3.271.172		
Comunidad Valenciana	Hombres	2.080.086	4.223.203	10.22
	Mujeres	2.143.117		
Extremadura	Hombres	525.525	1.059.751	2.56
	Mujeres	534.226		
Galicia	Hombres	1.295.920	2.696.867	6.52
	Mujeres	1.400.947		
C. de Madrid	Hombres	2.650.558	5.499.822	13.31
	Mujeres	2.849.264		
Murcia	Hombres	607.088	1.215.793	2.94
	Mujeres	608.705		
C.F. de Navarra	Hombres	278.951	560.235	1.35
	Mujeres	281.284		
País Vasco	Hombres	1.019.207	2.085.134	5.04
	Mujeres	1.065.927		
La Rioja	Hombres	139.329	279.359	0.67
	Mujeres	140.030		
Ceuta	Hombres	35.977	71.474	0.17
	Mujeres	35.497		
Melilla	Hombres	33.265	66.574	0.16
	Mujeres	33.309		
España	Hombres	20.266.005	41.314.019	100
	Mujeres	21.048.014		

Fuente: INE. Elaboración propia.

VI.2. Episodios de Hospitalización.

Hemos calculado las *tasas de incidencia con datos agregados* de los episodios de hospitalización por CDM, y por comunidades autónomas. Los resultados son los expresados en la tabla 15. Donde los denominadores empleados son las proyecciones de la población a mitad del período, es decir, a 1 de julio de 2002, facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

VI.2.1. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia Anual.

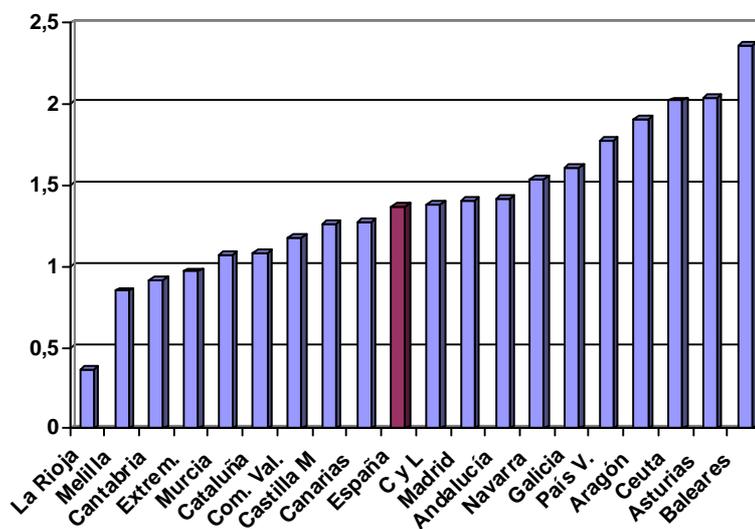
Tabla 15. Episodios de hospitalización (EH) con diagnóstico psicopatológico (CDM19), proyección de población (PP) a mitad del período y tasa de incidencia (TI) (personas-período de seguimiento), 2002.

CCAA	EH	PP	TI	TI por mil	IC(95%)TI por mil
Andalucía	10558	7.406.489	0,0014255	1,4255	1,40-1,45
Aragón	2314	1.209.888	0,0019125	1,9125	1,83-1,99
P. de Asturias	2175	1.061.070	0,0020498	2,0498	1,96-2,14
I. Baleares	2104	889.542	0,0023652	2,3652	2,26-2,47
Canarias	2302	1.801.281	0,0012779	1,2779	1,23-1,33
Cantabria	496	537.245	0,0009232	0,9232	0,84-1,00
Castilla y León	3410	2.456.598	0,001388	1,388	1,34-1,43
Castilla La Mancha	2251	1.775.307	0,0012679	1,2679	1,22-1,32
Cataluña	6951	6.418.387	0,0010829	1,0829	1,06-1,11
C. Valenciana	5023	4.223.203	0,0011893	1,1893	1,16-1,22
Extremadura	1032	1.059.751	0,0009738	0,9738	0,91-1,03
Galicia	4352	2.696.867	0,0016137	1,6137	1,57-1,66
C. de Madrid	7805	5.499.822	0,0014191	1,4191	1,39-1,45
Murcia	1304	1.215.793	0,0010725	1,0725	1,01-1,13
C.F. de Navarra	866	560.235	0,0015457	1,5457	1,44-1,65
País Vasco	3717	2.085.134	0,0017826	1,7826	1,73-1,84
La Rioja	104	279.359	0,0003722	0,3722	0,30-0,44
Ceuta	145	71.474	0,0020287	2,0287	1,70-2,36
Melilla	57	66.574	0,0008561	0,8561	0,63-1,08
España	56966	41.314.019	0,0013788	1,3788	1,37-1,39

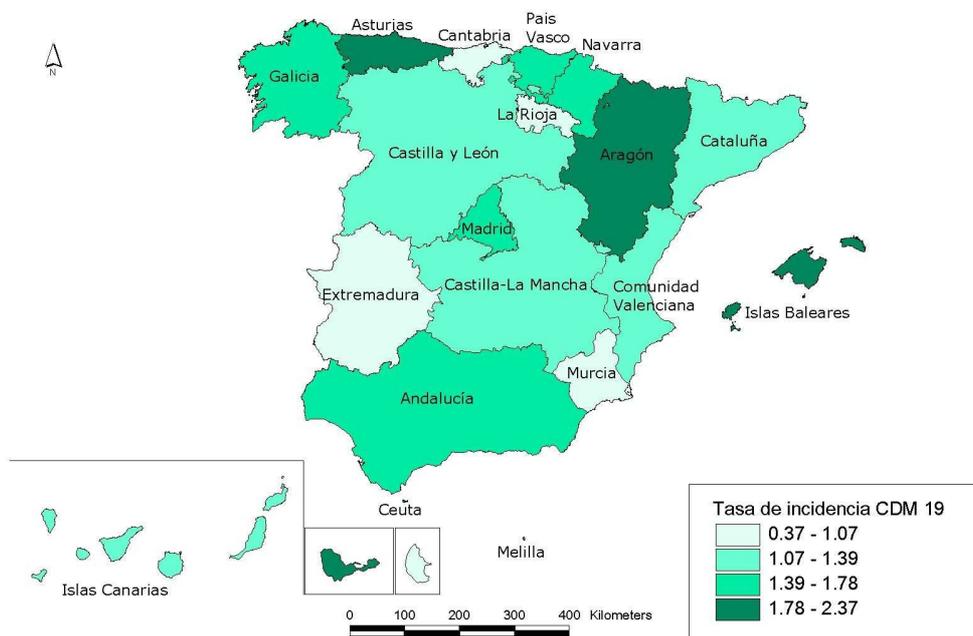
Fuente: CMBD estatal e INE. Elaboración propia.

Observamos en la tabla anterior, como hay comunidades autónomas donde la tasa de incidencia anual de episodios de hospitalización, para la CDM 19, es similar o muy similar a la estatal como es el caso de Castilla y León. Por encima de dicha tasa, y de menor a mayor, se encuentran Madrid, Andalucía, Navarra, Galicia, País Vasco, Aragón, Ceuta, Asturias y Baleares, donde se da la tasa más alta, que duplica la nacional. Por debajo de la tasa anual española se encuentra, de menor a mayor, Canarias, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Cataluña, Murcia, Extremadura, Cantabria, Melilla y La Rioja, que presenta la tasa más baja, 4 veces menor que la estatal. De tal forma, que siguiendo durante un año a una hipotética cohorte de mil personas en la población de La Rioja esperaríamos un ingreso, mientras que en Baleares se esperarían 7 episodios de hospitalización.

Figura 7. Representación gráfica de la **tasa de incidencia anual** de episodios de hospitalización en CDM 19 por comunidades autónomas.



Mapa 2. Distribución Territorial de la **tasa de incidencia anual** de episodios de hospitalización en CDM 19.



Igualmente, hemos calculado las tasas de incidencia con datos agregados de los episodios de hospitalización para la CDM 20 (uso de drogas/alcohol y trastornos inducidos) y por comunidades autónomas. Los resultados son los expresados en la tabla 16.

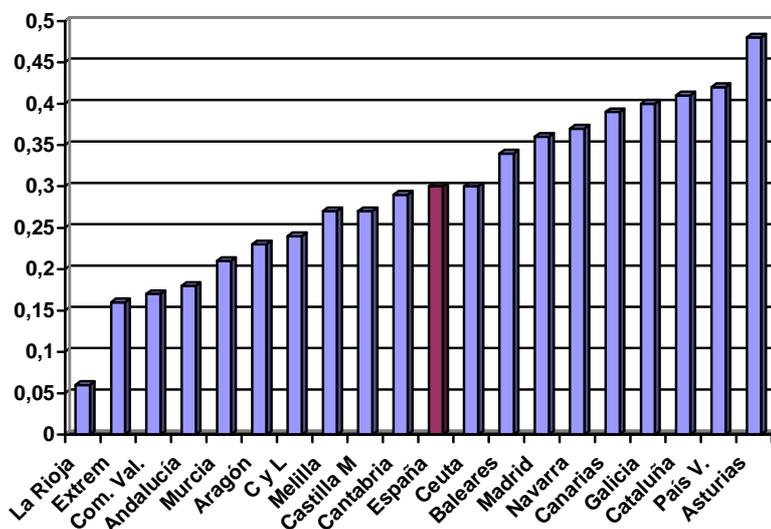
Tabla 16. Episodios de hospitalización (EH) con abuso de drogas (CDM20), proyección de población (PP) a mitad del periodo y tasa de incidencia (TI) (personas-periodo de seguimiento), 2002.

CCAA	EH	PP	TI	TI por mil	IC(95%)TI por mil
Andalucía	1278	7.406.489	0,0001725	0,1725	0,16-0,18
Aragón	290	1.209.888	0,0002396	0,2396	0,21-0,27
P. de Asturias	513	1.061.070	0,0004834	0,4834	0,44-0,53
I. Baleares	303	889.542	0,0003406	0,3406	0,30-0,38
Canarias	720	1.801.281	0,0003997	0,3997	0,37-0,43
Cantabria	159	537.245	0,0002959	0,2959	0,25-0,34
Castilla y León	598	2.456.598	0,0002434	0,2434	0,22-0,26
Castilla La Mancha	482	1.775.307	0,0002715	0,2715	0,25-0,30
Cataluña	2655	6.418.387	0,0004136	0,4136	0,40-0,43
C. Valenciana	760	4.223.203	0,0001799	0,1799	0,17-0,19
Extremadura	171	1.059.751	0,0001613	0,1613	0,14-0,19
Galicia	1102	2.696.867	0,0004086	0,4086	0,38-0,43
C. de Madrid	2002	5.499.822	0,000364	0,364	0,35-0,38
Murcia	257	1.215.793	0,0002113	0,2113	0,19-0,24
C.F. de Navarra	208	560.235	0,0003712	0,3712	0,32-0,42
País Vasco	892	2.085.134	0,0004277	0,4277	0,40-0,46
La Rioja	17	279.359	0,0000608	0,0608	0,03-0,09
Ceuta	22	71.474	0,0003078	0,3078	0,18-0,44
Melilla	18	66.574	0,0002703	0,2703	0,15-0,40
España	12447	41.314.019	0,0003012	0,3012	0,30-0,31

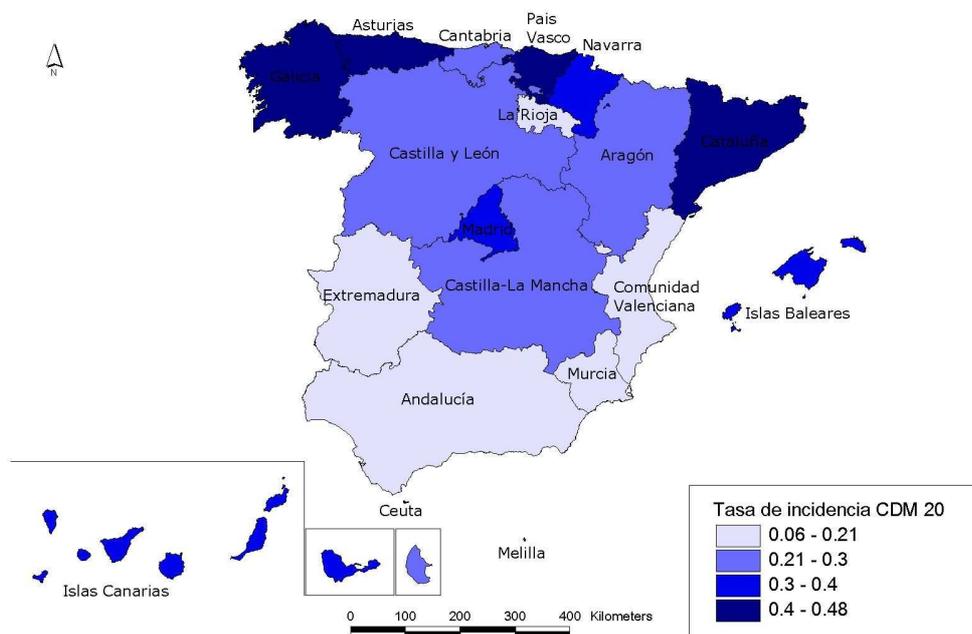
Fuente: CMBD estatal e INE. Elaboración propia.

En este caso, como se ve reflejado en la tabla, con una tasa de incidencia anual muy similar a la española se encuentra Ceuta. Por encima de la tasa de incidencia anual nacional se sitúan, de menor a mayor, Baleares, Madrid, Navarra, Canarias, Galicia, Cataluña, País Vasco y Asturias, presentando, estas tres últimas, las tasas más altas de incidencia anual. Por debajo de la tasa estatal, se encuentran, de menor a mayor, Cantabria, Castilla La Mancha, Melilla, Castilla y León, Aragón, Murcia, Comunidad Valenciana, Andalucía, Extremadura y La Rioja, que se sitúa muy por debajo, presentando una tasa 5 veces menor a la estatal.

Figura 8. Representación gráfica de la **tasa de incidencia anual** de episodios de hospitalización en CDM 20 por comunidades autónomas.



Mapa 3. Distribución Territorial de la **tasa de incidencia anual** de episodios de hospitalización en CDM 20.



VI.2.2. Distribución por Sexos, CCAA y Razón.

A continuación hemos estudiado los episodios de hospitalización psicopatológicos por género. Así, la distribución por sexo y CDM 19 queda reflejada en la tabla 17.

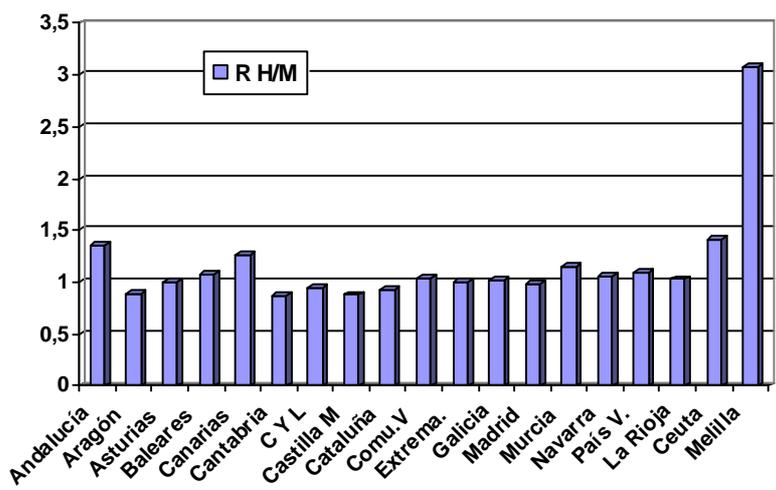
Tabla 17. Distribución de la población de los episodios de hospitalización en **CDM 19** según género, comunidades autónomas y razón hombre/mujer (R H/M), 2002.

CCAA	Hombres	Mujeres	Total	CDM 19 Hombres	CDM 19 Mujeres	R H/M
Andalucía	3.647.836	3.758.653	7.406.489	6085	4460	1,36
Aragón	598.069	611.819	1.209.888	1095	1219	0,89
P. de Asturias	508.303	552.767	1.061.070	1098	1077	1,01
I. Baleares	412.904	446.638	889.542	1091	1013	1,07
Canarias	898.776	902.505	1.801.281	1289	1012	1,27
Cantabria	261.741	275.504	537.245	231	265	0,87
Castilla y León	1.210.647	1.245.951	2.456.598	1665	1745	0,95
Castilla La Mancha	884.608	890.699	1.775.307	1058	1192	0,88
Cataluña	3.147.215	3.271.172	6.418.387	3364	3586	0,93
C. Valenciana	2.080.086	2.143.117	4.223.203	2571	2452	1,04
Extremadura	525.525	534.226	1.059.751	518	513	1,00
Galicia	1.295.920	1.400.947	2.696.867	2207	2145	1,02
C. de Madrid	2.650.558	2.849.264	5.499.822	3895	3910	0,99
Murcia	607.088	608.705	1.215.793	700	604	1,15
C. F. Navarra	278.951	281.284	560.235	446	420	1,06
País Vasco	1.019.207	1.065.927	2.085.134	1941	1776	1,09
La Rioja	139.329	140.030	279.359	53	51	1,03
Ceuta	35.977	35.497	71.474	85	60	1,41
Melilla	33.265	33.309	66.574	43	14	3,07

Fuente: CMBD estatal e INE. Elaboración propia.

En 12 de las 19 comunidades y ciudades autónomas los episodios de hospitalización en los hombres superan a los de las mujeres, obteniendo una razón de masculinidad superior a la unidad. En el caso de Melilla esta razón es muy superior, lo que supone que por cada ingreso femenino se dan 3 masculinos. Señalar que sólo en 17 casos no constaba el sexo del sujeto ingresado.

Figura 9. Representación gráfica de la razón hombre/mujer de los episodios de hospitalización en CDM 19, 2002.



Mapa 4. Distribución Territorial de la razón de los episodios de hospitalización en CDM 19.

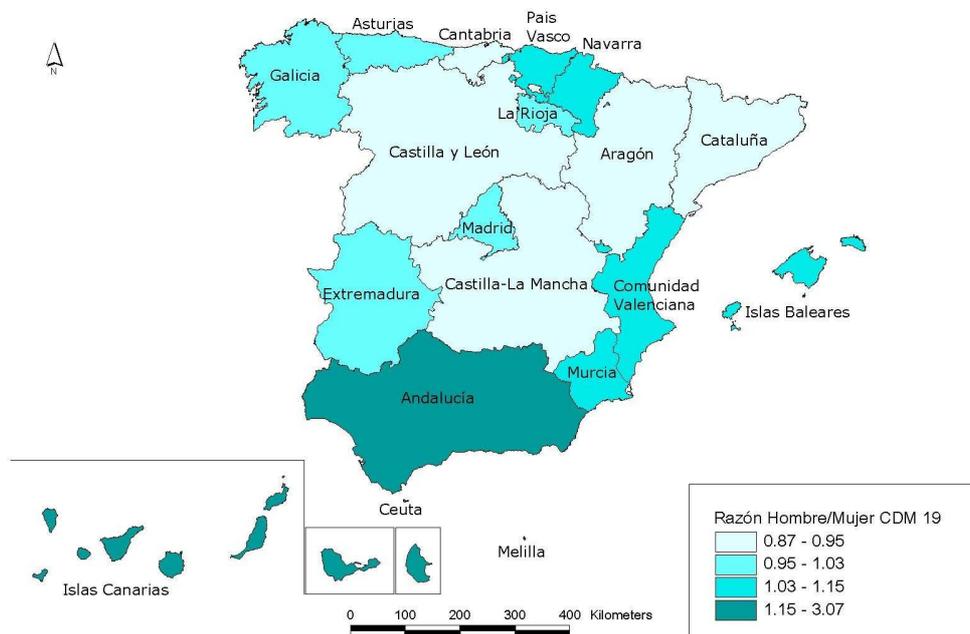


Tabla 18. Distribución de la población por sexos y por episodios de hospitalización en CDM 20, según género, comunidades autónomas y razón hombre/mujer por diagnóstico (R H/M), 2002.

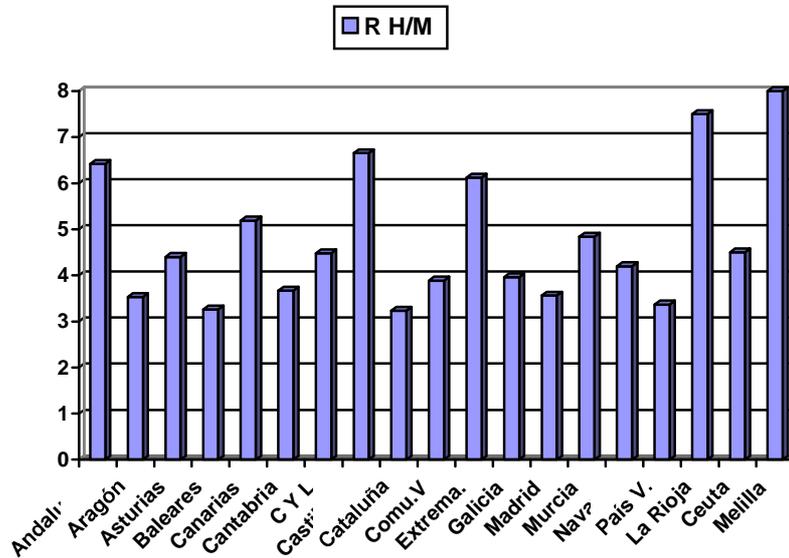
CCAA	Hombres	Mujeres	Total	CDM20 Hombres	CDM20 Mujeres	R H/M
Andalucía	3.647.836	3.758.653	7.406.489	1105	172	6,42
Aragón	598.069	611.819	1.209.888	226	64	3,53
P. de Asturias	508.303	552.767	1.061.070	418	95	4,4
I. Baleares	412.904	446.638	889.542	232	71	3,26
Canarias	898.776	902.505	1.801.281	603	116	5,19
Cantabria	261.741	275.504	537.245	125	34	3,67
Castilla y León	1.210.647	1.245.951	2.456.598	489	109	4,48
Castilla La Mancha	884.608	890.699	1.775.307	419	63	6,65
Cataluña	3.147.215	3.271.172	6.418.387	2028	627	3,23
C. Valenciana	2.080.086	2.143.117	4.223.203	604	155	3,89
Extremadura	525.525	534.226	1.059.751	147	24	6,12
Galicia	1.295.920	1.400.947	2.696.867	880	222	3,96
C. de Madrid	2.650.558	2.849.264	5.499.822	1563	439	3,56
Murcia	607.088	608.705	1.215.793	213	44	4,84
Navarra	278.951	281.284	560.235	168	40	4,2
País Vasco	1.019.207	1.065.927	2.085.134	688	204	3,37
La Rioja	139.329	140.030	279.359	15	2	7,5
Ceuta	35.977	35.497	71.474	18	4	4,5
Melilla	33.265	33.309	66.574	16	2	8

Fuente: CMBD estatal e INE. Elaboración propia.

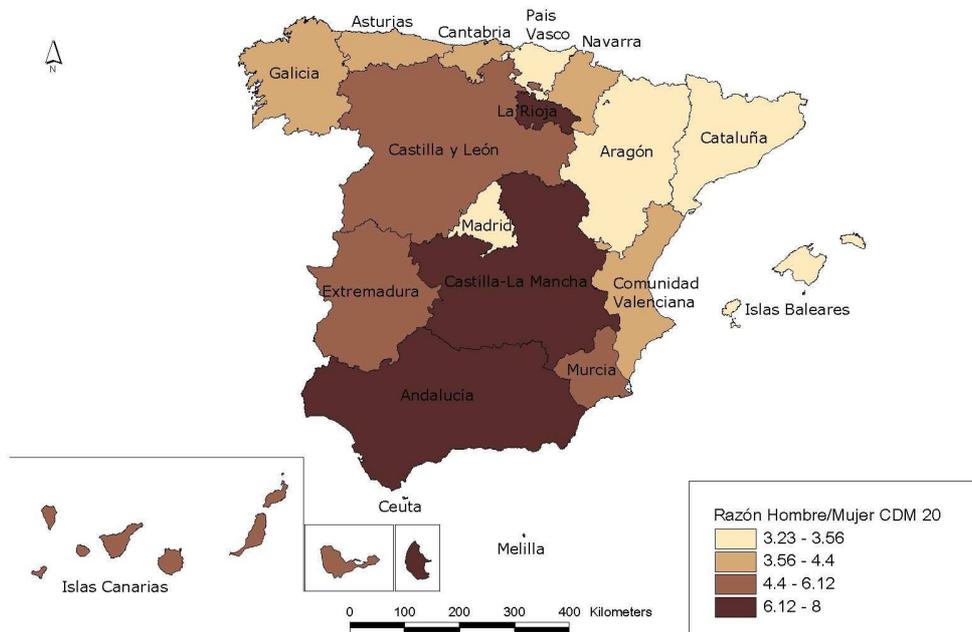
En este caso, son 6 los episodios de hospitalización donde no se registró el sexo. Podemos constatar como, para la CDM 20, en todas las comunidades autónomas el número de casos masculinos es superior a los femeninos. Obteniendo siempre una razón de masculinidad

muy superior a la unidad en las 19 comunidades autónomas. Como queda reflejado en la tabla, en el caso de Melilla por cada episodio de hospitalización femenino, como consecuencia del uso de drogas o alcohol, se dan hasta 8 casos masculinos, similar razón podemos observar en La Rioja.

Figura 10. Representación gráfica de la razón hombre/mujer de los episodios de hospitalización en CDM 20, 2002.



Mapa 5. Distribución Territorial de la razón de los episodios de hospitalización en CDM 20.



VI.3. El Diagnóstico Principal según CIE-9-MC.

Dada la valiosa información que nos puede reportar el análisis del diagnóstico principal y, teniendo en cuenta que una parte importante del trabajo consiste en el análisis de los casos según su asignación a la CDM y posterior agrupación por GRD, y éste se basa en el diagnóstico principal según CIE-9-MC, se hace necesario el examen del mismo.

VI.3.1. Ingresos en CDM19.

Así, la distribución del diagnóstico principal, para la CDM 19, será la que queda reflejada en la tabla siguiente (tabla 19). Con el fin de conseguir mayor claridad, en una primera aproximación, hemos obviado el uso de los dígitos cuarto y quinto de la CIE-9-MC.

Tabla 19. Distribución del diagnóstico principal según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización en CDM 19, 2002.

Diagnóstico	Descripción	Frecuencia	Porcentaje
295	Trastornos esquizofrénicos	14.441	25,35
296	Psicosis afectiva	11.062	19,42
300	Trastornos neuróticos	6.001	10,53
301	Trastorno de la personalidad	5.363	9,41
298	Otras psicosis orgánicas	3.768	6,61
293	Psicosis orgánicas transitorias	2.721	4,78
309	Reacción de adaptación	2.420	4,25
290	Psicosis orgánicas	2.203	3,87
297	Estados paranoides	1.526	2,68
311	Trastorno depresivo, no clasificado bajo otros conceptos	1.511	2,65
312	Perturbación del comportamiento, no clasificada bajo otros conceptos	1.113	1,95
780	Síntomas generales	908	1,59
307	Síntomas o síndromes especiales, no clasificados bajo otros conceptos	814	1,43
294	Otros estados psicóticos orgánicos (crónicos)	764	1,34
302	Desviaciones y trastornos sexuales	363	0,64
310	Trastornos mentales no psicóticos específicos por lesión cerebral orgánica	357	0,63
315	Retrasos específicos del desarrollo	246	0,43
308	Reacción aguda al estrés	225	0,39
319	Retraso mental de grado no especificado	217	0,38
318	Otro retraso mental especificado	206	0,36
317	Retraso mental leve	184	0,32
299	Psicosis peculiares de la niñez	114	0,20
314	Síndrome hiperquinésico de la infancia	90	0,16
306	Disfunción fisiológica con origen en factores mentales	89	0,16
797	Senilidad sin mención de psicosis	54	0,09
313	Perturbación de emociones específicas de la infancia y la adolescencia	50	0,09
V71	Observación para presunta enfermedad mental	48	0,08
799	Otras causas desconocidas de morbilidad y mortalidad	46	0,08
758	Anomalías cromosómicas	41	0,07
784	Síntomas que afectan a la cabeza y cuello	14	0,02
316	Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos	7	0,01
Total		56966	100

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

Como se aprecia son los diagnósticos referentes a los procesos psicóticos los que ocupan los primeros puestos en frecuencia de casos. Así, podemos apreciar como el

diagnóstico de rúbrica 295, trastornos esquizofrénicos, concentra el 25,3% de los ingresos mientras que el segundo lugar lo ocupa el diagnóstico 296, psicosis afectiva, con un 19,4%, es decir, que casi la mitad de los episodios de hospitalización quedan comprendidos entre las dos entidades. El tercer lugar lo ocupa el diagnóstico 300, trastornos neuróticos, con un 10,5% de casos. Son, pues, tres diagnósticos que concentran más de la mitad de los casos ingresados. Los lugares cuarto y quinto lo ocupan los diagnósticos 301 y 298, a saber: trastornos de la personalidad y otras psicosis orgánicas, que representan un 9,4% y 6,6% respectivamente.

VI.3.1.1. Distribución del Diagnóstico Principal según Género.

Atendiendo a la distribución por sexos obtenemos los resultados que se reflejan en la tabla 20.

Tabla 20. Distribución del diagnóstico principal según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización en CDM 19, según género. Entre paréntesis el porcentaje respecto al total, 2002.

Diagnóstico	Descripción	Hombres	Mujeres	Total
295	Trastornos esquizofrénicos	9704(67,2)	4730(32,8)	14.441
296	Psicosis afectiva	4634(41,9)	6427(58,1)	11.062
300	Trastornos neuróticos	2034(33,9)	3967(66,1)	6.001
301	Trastorno de la personalidad	2672(49,8)	2689(50,1)	5.363
298	Otras psicosis orgánicas	2087(55,4)	1681(44,6)	3.768
293	Psicosis orgánicas transitorias	1352(49,7)	1369(50,3)	2.721
309	Reacción de adaptación	1183(48,9)	1237(51,1)	2.420
290	Psicosis orgánicas	976(44,3)	1227(55,7)	2.203
297	Estados paranoides	703(46,1)	823(53,9)	1.526
311	Trastorno depresivo, no clasificado bajo otros conceptos	621(41,1)	890(58,9)	1.511
312	Perturbación del comportamiento, no clasificada bajo otros conceptos	699(62,8)	413(37,1)	1.113
780	Síntomas generales	614(67,6)	294(32,4)	908
307	Síntomas o síndromes especiales, no clasificados bajo otros conceptos	277(34)	537(66)	814
294	Otros estados psicóticos orgánicos (crónicos)	395(51,7)	369(48,3)	764
302	Desviaciones y trastornos sexuales	339 (93,4)	18 (5)	363
310	Trastornos mentales no psicóticos específicos por lesión cerebral orgánica	226(63,3)	131(36,7)	357
315	Retrasos específicos del desarrollo	150(61)	96(39)	246
308	Reacción aguda al estrés	99(44)	126(56)	225
319	Retraso mental de grado no especificado	118(54,4)	99(45,6)	217
318	Otro retraso mental especificado	139(67,5)	67(32,5)	206
317	Retraso mental leve	111(60,3)	73(39,7)	184
299	Psicosis peculiares de la niñez	85(74,6)	29(25,4)	114
314	Síndrome hiperquinésico de la infancia	72(80)	18(20)	90
306	Disfunción fisiológica con origen en factores mentales	28(31,5)	61(68,5)	89
797	Senilidad sin mención de psicosis	13(24,1)	41(75,9)	54
313	Perturbación de emociones específicas de la infancia y la adolescencia	28(56)	22(44)	50
V71	Observación para presunta enfermedad mental	23(47,9)	25(52,1)	48
799	Otras causas desconocidas de morbilidad y mortalidad	22(47,8)	24(52,2)	46
758	Anomalías cromosómicas	21(51,2)	20(48,8)	41
784	Síntomas que afectan a la cabeza y cuello	6(42,9)	8(57,1)	14
316	Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos	4(57,1)	3(42,9)	7
Total		29435(51,7)	27514(48,3)	56966

La distribución de los casos, es diferente según el género. Mientras en los hombres el primer diagnóstico en importancia es el 295, trastornos esquizofrénicos, con 9704 casos, lo que constituye el 32,9% de ingresos masculinos; en las mujeres ocupa el segundo lugar con 4730 casos, representando el 17,1%. Como se puede observar en la tabla 20, la presencia de psicosis esquizofrénicas no es tan frecuente en el sexo femenino como en el masculino, donde ocupa el primer puesto diagnóstico con mucha diferencia respecto al segundo. En el sexo femenino, parecen primar más los desórdenes ligados con la esfera afectiva mientras que en el masculino parecen primar los desórdenes psicóticos “puros”.

VI.3.1.2. Distribución de la Incidencia según Diagnóstico y CCAA.

A continuación, en la tabla 21, se detallan para cada comunidad autónoma las tasas de incidencia, por 100.000 habitantes, de cada uno de los diagnósticos principales.

Tabla 21. Distribución por CCAA de las tasas de incidencia, por 100.000 habitantes, de los episodios de hospitalización según diagnóstico principal CIE-9-MC en CDM 19, para el periodo de estudio (2002).

CCAA	290	293	294	295	296	297	298	299	300	301
Andalucía	3,21	4,83	1,41	47,08	28	4,22	7,62	0,24	13,02	16,22
Aragón	15,37	12,48	3,63	39,75	39,25	4,95	7,02	0,41	22,72	15,53
P. de Asturias	9,04	7,91	3,39	51,83	30,81	6,22	13,57	0,09	26,29	30,34
I. Baleares	8,65	7,53	0,67	63,96	54,52	4,49	23,15	0,33	21,13	16,63
Canarias	1,66	3,49	2,16	48,9	26,37	5,88	7,21	0,05	10,71	8,71
Cantabria	9,49	7,63	2,97	21,59	10,05	5,58	4,09	0	9,12	7,44
Castilla y León	3,21	7,57	1,46	32,68	29,71	3,74	8,54	0,04	18,15	7,85
Castilla La Mancha	4,5	10,42	2,02	27,15	25,29	1,57	7,99	0,45	15,65	7,6
Cataluña	6,12	5,79	1,93	20,09	21,75	2,19	6,51	0,49	12,41	7,85
C. Valenciana	5,3	7,12	1,44	32,29	23,6	1,84	12,45	0,04	10,37	10,22
Extremadura	3,86	4,9	1,88	16,7	25,28	0,94	5,18	0,18	15	11,22
Galicia	7,71	9,52	2,63	36,56	25,69	6,3	11,38	0,14	18,31	15,42
C. de Madrid	4,41	5,49	1,25	30,65	24,5	4,34	10,49	0,34	13,85	18,32
Murcia	3,45	7,89	1,39	23,77	16,45	1,56	9,12	0,08	14,96	11,02
C. F. Navarra	4,99	5,89	4,81	46,94	39,62	3,21	9,46	0,35	12,13	12,67
País Vasco	7,81	7,33	2,58	46,8	39,46	5,51	9,16	0,71	18,27	13,62
La Rioja	4,65	3,57	0,35	0	1,07	0	1,78	0	6,44	0
Ceuta	15,39	12,59	2,79	29,38	39,17	1,39	20,98	0	30,78	11,19
Melilla	0	1,5	0	30,04	22,53	0	9,01	0	10,51	3

CCAA	302	306	307	308	309	310	311	312	313	314
Andalucía	0,43	0,17	1,9	0,24	2,49	0,44	2,6	2,79	0,06	0,2
Aragón	0,08	0,74	3,14	0,74	13,55	1,4	2,72	3,05	0,08	0,57
Asturias	0	0,18	1,88	0,09	7,25	1,88	4,33	2,45	0	0,09
Baleares	0,11	0,56	2,36	1,68	9,66	2,13	8,76	5,62	0	0,22
Canarias	0	0	1,22	0,66	5,49	0,55	1,72	0,83	0,11	0,05
Cantabria	0	0,18	2,97	0	2,6	2,79	2,97	0,37	0	0
Castilla y León	0,16	0,28	2,48	0,48	9,4	0,48	4,96	3,01	0,12	0,12
Castilla La Mancha	0,05	0,16	1,8	0,16	10,02	0,73	5,57	3,21	0,11	0,16
Cataluña	4,9	0,28	1,97	0,79	4,22	0,85	2,89	2,33	0,2	0,17
C. Valenciana	0,04	0,3	1,42	0,44	3,52	0,23	3,4	2,53	0,07	0,21
Extremadura	0,09	0,18	1,32	0,37	0,75	1,88	3,96	1,69	0	0
Galicia	0,03	0,03	1,48	1,33	4,96	1,96	3,33	2,85	0,18	0,18
Madrid	0,01	0,16	2,78	0,41	9,07	0,61	4,78	2,8	0,2	0,52
Murcia	0,08	0,16	1,89	0,24	2,71	0,74	4,77	3,12	0	0
Navarra	0,35	0,53	1,24	0,89	3,74	2,49	1,78	0,89	0	0
País Vasco	0,04	0,04	1,63	0,38	12,7	1	4,46	4,22	0,23	0,14
La Rioja	0	0	1,07	0	0	0,35	1,43	1,78	0	0,35
Ceuta	0	0	2,79	8,39	4,19	0	4,19	2,79	0	0
Melilla	0	0	0	0	4,5	1,5	0	1,5	0	0

CCAA	315	316	317	318	319	758	780	784	797	799	V71
Andalucía	0,99	0,04	0,89	1,18	0,83	0,12	0,85	0,02	0,04	0,01	0,27
Aragón	1,65	0	0,74	0,41	0,49	0	0,41	0,08	0	0,16	0,08
Asturias	0,47	0	0,75	0,56	1,97	0,09	3,01	0,09	0,18	0	0
Baleares	0,78	0,11	0,78	0,22	0,78	0,67	0,44	0	0,33	0,11	0
Canarias	0,22	0	0,05	0,44	0,16	0,05	0,83	0	0,11	0	0,05
Cantabria	0	0	0,18	0,37	0,55	0	0,74	0	0	0,18	0,37
Castilla y León	0,28	0	0,44	0,32	0,16	0,08	2,32	0,04	0,12	0,44	0,04
Castilla La Mancha	0,22	0,05	0	0,28	0,56	0,05	0,78	0	0	0	0,11
Cataluña	0,38	0,01	0,31	0,28	0,26	0,07	2,72	0,03	0,28	0,09	0
C. Valenciana	0,21	0	0,18	0,26	0,63	0,11	0,26	0,07	0,11	0,07	0,04
Extremadura	0,18	0	0,09	0,09	1,03	0,09	0	0	0,09	0,09	0,18
Galicia	0,96	0,03	0,37	0,25	0,59	0,03	8,52	0,11	0,14	0,14	0,07
Madrid	1	0	0,5	0,58	0,41	0,1	3,76	0	0,07	0,18	0,2
Murcia	0,24	0	0	0,08	0,16	0,08	3,04	0	0	0	0,16
Navarra	0,17	0	0,35	0,89	0	0,17	0,17	0	0,17	0,53	0
País Vasco	0,14	0	0,28	0,19	0,23	0	0,67	0,04	0,28	0,09	0,09
La Rioja	0	0	0	0	0	0	13,6	0	0,71	0	0
Ceuta	1,39	0	8,39	4,19	0	0	1,39	0	0	1,39	0
Melilla	0	0	0	0	0	1,5	0	0	0	0	0

Como se puede apreciar, los diagnósticos relacionados con la psicosis son los que presentan una mayor tasa de incidencia. Así, los diagnósticos más frecuentes en todas las comunidades autónomas, excepto en La Rioja y en Ceuta, son el 295 y 296: psicosis esquizofrénica y psicosis afectiva respectivamente. En algunas comunidades, como Andalucía y Cantabria, la tasa de incidencia de trastornos esquizofrénicos se duplica respecto a la tasa de la psicosis afectiva, mientras que en otras, como Aragón y Cataluña, las tasas son similares. Únicamente en Extremadura, Ceuta y La Rioja, las tasas de trastornos afectivos superan a la de los trastornos esquizofrénicos. Para ambos diagnósticos, las tasas de incidencia más altas se dan en Baleares, mientras que la tasa más baja, en el caso del 295, se da en La Rioja (donde no se registra ningún caso) y en Extremadura y, en el caso del 296, en La Rioja (1,07), Cantabria (10,05) y Murcia (16,45). Como queda reflejado, la variabilidad entre comunidades autónomas es muy amplia. Así por ejemplo, en el caso que nos ocupa, si realizáramos un seguimiento de

100.000 habitantes, en Baleares se darían 54 ingresos como consecuencia de una psicosis afectiva, mientras que en la Rioja se daría sólo uno.

Para el diagnóstico 300, trastornos neuróticos, Ceuta y Asturias presentan las tasas más elevadas, mientras que Cantabria y La Rioja las más bajas. En el 301, trastornos de personalidad, la tasa más alta, nuevamente, recae en Asturias mientras las más bajas se muestran en La Rioja (donde no se registra incidencia alguna) y en Melilla donde, frente a los 30 ingresos de Asturias, se darían 3 episodios de hospitalización por 100.000 habitantes.

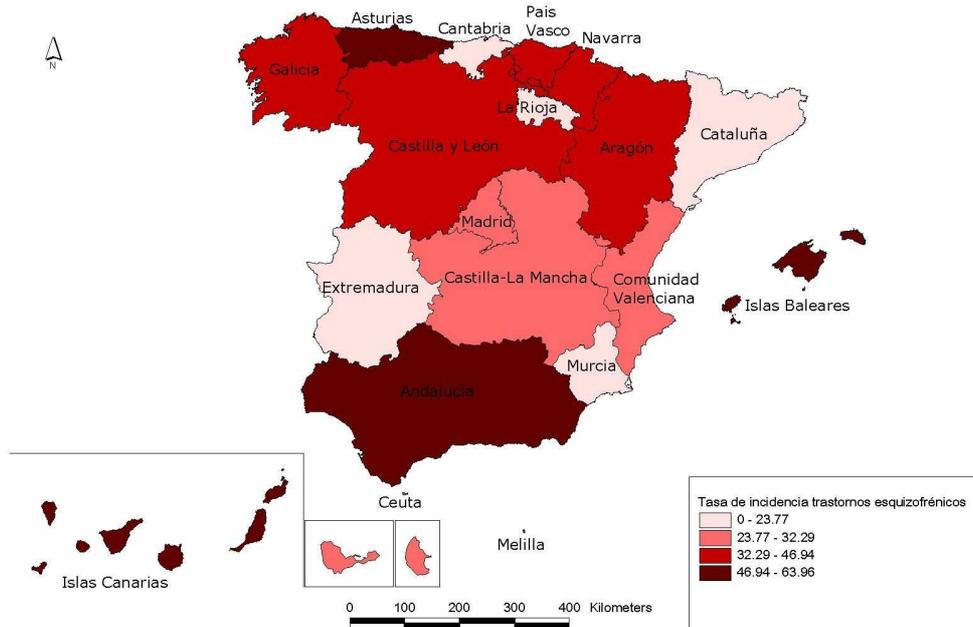
Es de destacar la alta tasa de incidencia en Cataluña, en comparación con el resto de las comunidades autónomas, para el diagnóstico 302, desviaciones y trastornos sexuales. Siendo la mayoría de los casos varones con disfunción eréctil (obviamente, en este caso, las diferencias interterritoriales no pueden deberse a cuestiones clínicas. La respuesta, posiblemente, debemos buscarla en la estructura puramente administrativa, diferencias respecto a la codificación o gestión asistencial). Igualmente, destaca el 308, reacción de estrés aguda, y el 317 y 318 (retraso mental) en Ceuta; el 309, reacción de adaptación, en el País Vasco y Aragón donde se registran las más altas tasas; el 311 (trastorno depresivo, no clasificado bajo otros conceptos) en Baleares y las altas tasas de Baleares y País Vasco para el 312 (perturbación del comportamiento).

En general, Aragón, Asturias, Baleares y Ceuta presentan tasas de incidencia elevadas para la mayoría de los diagnósticos, mientras que comunidades como La Rioja presentan las tasas más bajas. Curiosamente, para esta última, la tasa de incidencia mayor se da en el diagnóstico 780, síntomas generales, donde se concentra el mayor número de casos, representando el 36,53% respecto al total.

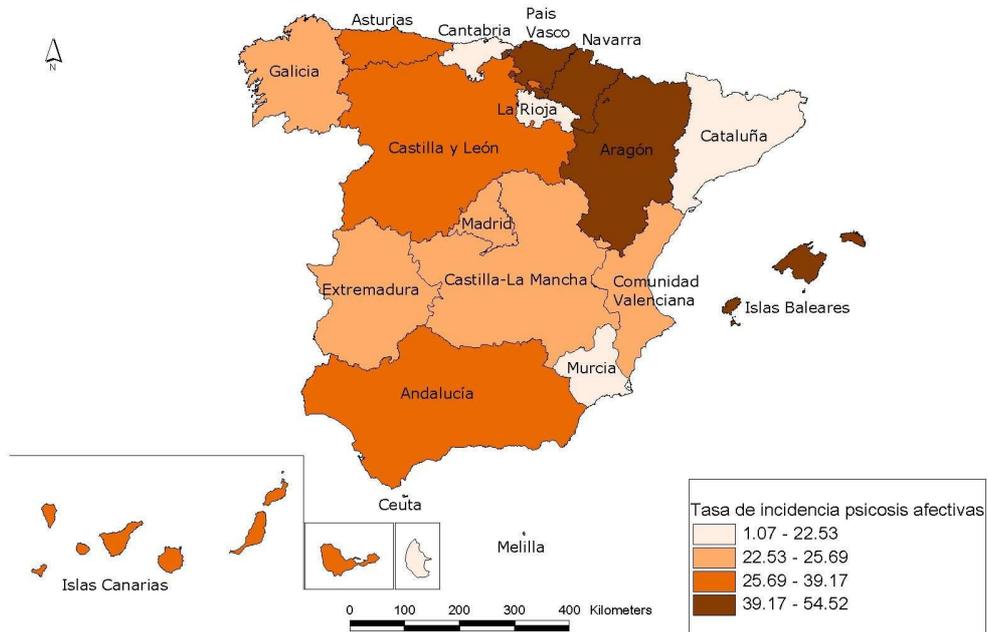
VI.3.1.3. Morbilidad Psiquiátrica Hospitalaria más Frecuente: Representación Cartográfica, Distribución por Género y CCAA.

A continuación se representa cartográficamente la incidencia de los cinco diagnósticos principales más frecuentes.

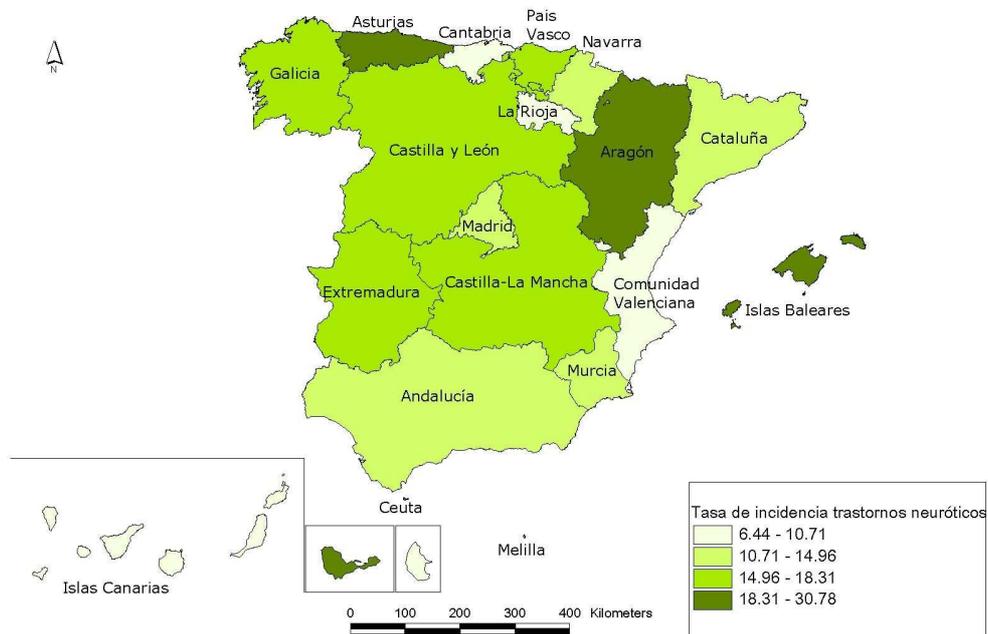
Mapa 6. Distribución Territorial de la Incidencia de Trastornos Esquizofrénicos.



Mapa 7. Distribución Territorial de la Incidencia de Psicosis Afectivas.

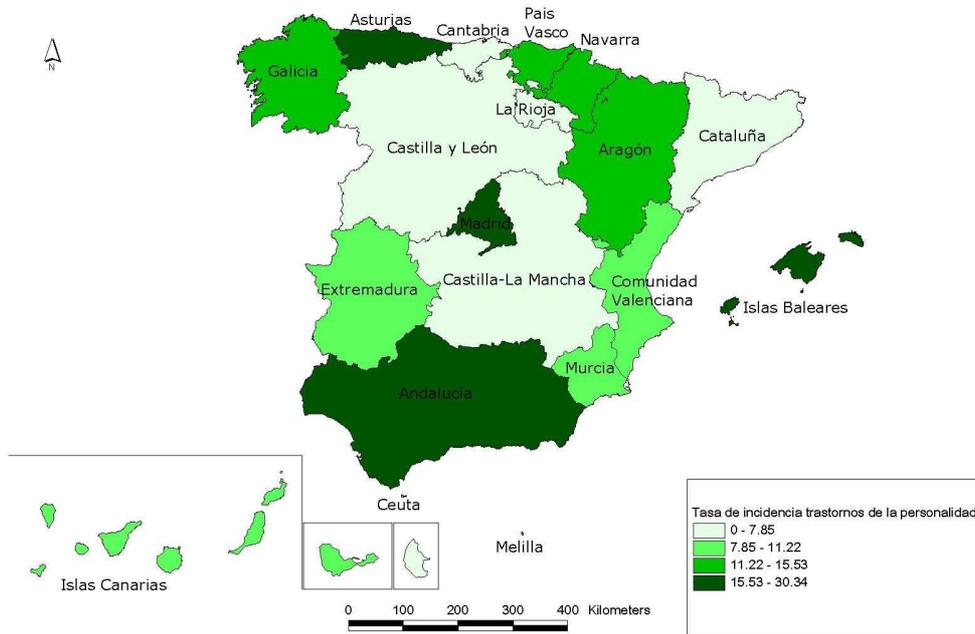


Mapa 8. Distribución Territorial de la Incidencia de Trastornos Neuróticos.

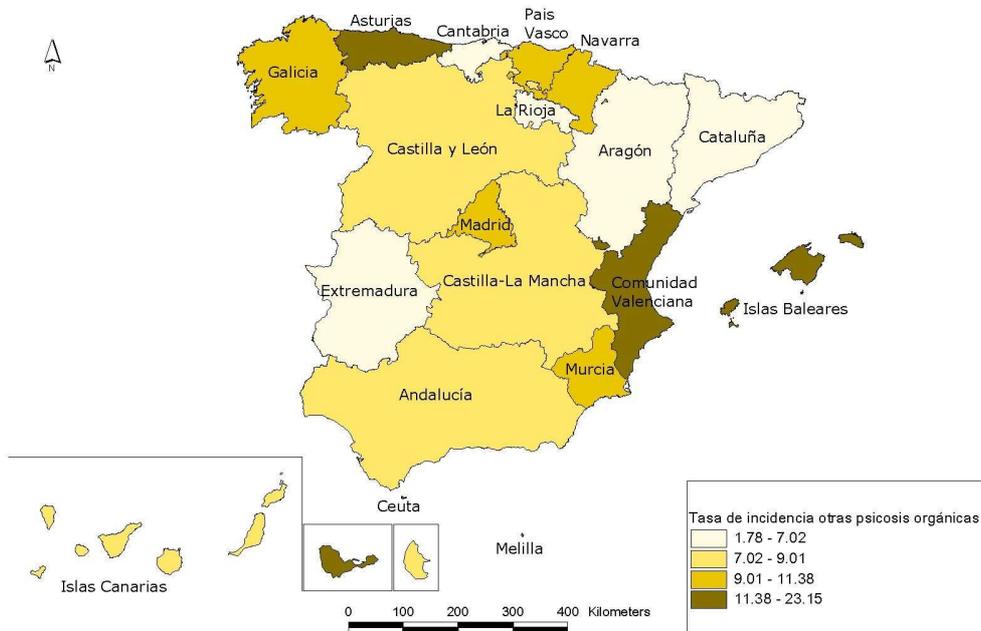


Fuente: elaboración propia.

Mapa 9. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia de Trastornos de la Personalidad.



Mapa 10. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia de Otras Psicosis Orgánicas.



Fuente: elaboración propia.

Seguidamente hemos analizado la distribución total, por género y comunidades autónomas, de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, los resultados se exponen en las tablas 22, 23 y 24 y figura 5. Los datos se expresan en porcentajes, entre paréntesis, para que sea más fácil observar las diferencias entre comunidades y entre sexos. Los porcentajes se obtienen respecto al total de episodios de hospitalización para cada comunidad y género.

Tabla 22. Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 19, ordenados por comunidades autónomas y expresados en porcentajes, 2002.

CCAA	295	296	300	301	298	Resto
Andalucía	3487(33,02)	2074(19,64)	965 (9,13)	1202 (11,38)	565 (5,35)	21,48
Aragón	481 (20,78)	475 (20,52)	275 (11,88)	188 (8,12)	85 (3,67)	35,03
Asturias	550 (25,28)	327 (15,03)	279 (12,82)	322 (14,80)	144 (6,62)	25,45
Baleares	569 (27,04)	485 (23,05)	188 (8,93)	148 (7,03)	206 (9,79)	24,16
Canarias	881 (38,27)	475 (20,63)	193 (8,38)	157 (6,82)	130 (5,64)	20,26
Cantabria	116 (23,38)	54 (10,88)	49 (9,87)	40 (8,06)	22 (4,43)	43,38
Castilla y León	803 (23,54)	730 (21,40)	446 (13,07)	193 (5,65)	210 (6,15)	30,19
Castilla La Mancha	482 (21,41)	449 (19,94)	278 (12,35)	135 (5,99)	142 (6,30)	34,01
Cataluña	1290(18,55)	1396(20,08)	797 (11,46)	504 (7,25)	418 (6,01)	36,65
Comunidad Valenciana	1364(27,15)	997 (19,84)	438 (8,71)	432 (8,60)	526 (10,47)	25,23
Extremadura	177 (17,15)	268 (25,96)	159 (15,40)	119 (11,53)	55 (5,32)	24,64
Galicia	986 (22,65)	693 (15,92)	494 (11,35)	416 (9,55)	307 (7,05)	33,48
Madrid	1686(21,60)	1348(17,27)	762 (9,76)	1008 (12,91)	577 (7,39)	31,07
Murcia	289 (22,16)	200 (15,33)	182 (13,95)	134 (10,27)	111 (8,51)	29,78
Navarra	263 (30,36)	222 (25,63)	68 (7,85)	71 (8,19)	53 (6,12)	21,85
País Vasco	976 (26,25)	823 (22,14)	381 (10,25)	284 (7,64)	191 (5,13)	28,59
La Rioja	0	3 (2,88)	18 (17,30)	0	5 (4,80)	75,12
Ceuta	21 (14,48)	28 (19,31)	22 (15,17)	8 (5,51)	15 (10,34)	35,19
Melilla	20 (35,08)	15 (26,31)	7 (12,28)	2 (3,50)	6 (10,52)	12,21

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

295 Trastornos esquizofrénicos.

296 Psicosis afectivas.

298 Otras psicosis orgánicas.

300 Trastornos neuróticos.

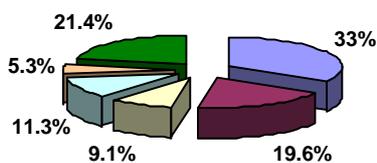
301 Trastornos de la personalidad.

Como queda reflejado en la tabla, el diagnóstico 295, trastornos esquizofrénicos, ocupa el primer lugar en número de casos en todas las comunidades autónomas excepto en Cataluña, Extremadura, Ceuta y La Rioja. En las dos primeras, ocupa el segundo lugar en número de ingresos mientras que en Ceuta ocupa el tercer puesto. En la Rioja no aparece ningún caso registrado. En esta última comunidad, el porcentaje de mayor peso, en este caso, se concentra en los trastornos neuróticos (que representa el 17,3% de los casos). Como era de esperar, a tenor de los datos analizados anteriormente, el porcentaje, respecto al total de los ingresos, entre comunidades autónomas, es desigual.

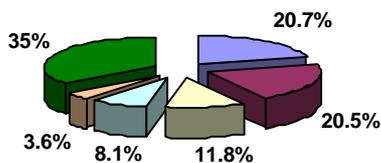
Figura 11. Representación gráfica, en porcentajes, de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 19, por comunidades autónomas, 2002.



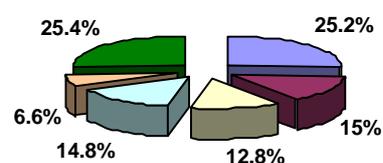
Andalucía



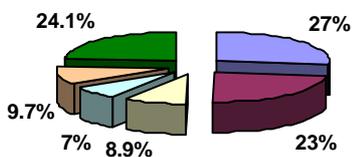
Aragón



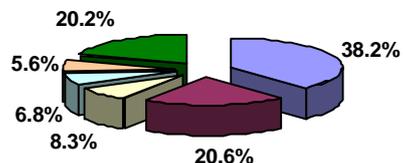
Principado de Asturias



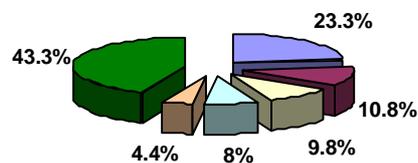
Baleares



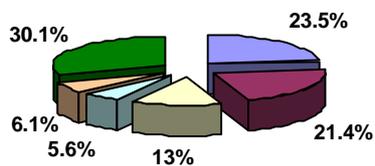
Canarias



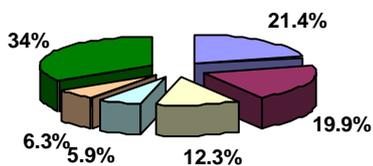
Cantabria



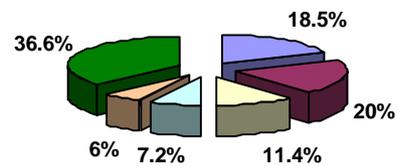
Castilla y León

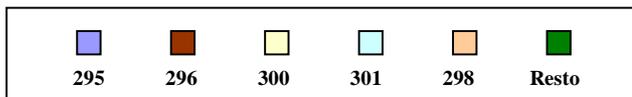


Castilla La Mancha

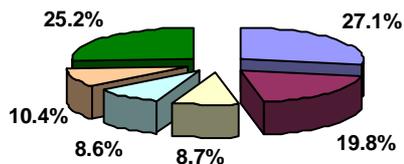


Cataluña

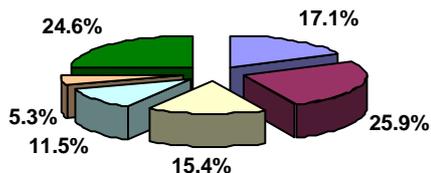




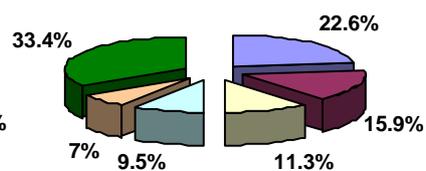
Comunidad Valenciana



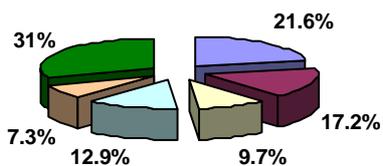
Extremadura



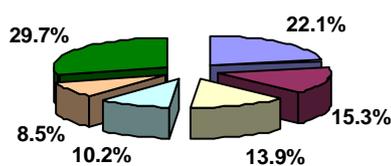
Galicia



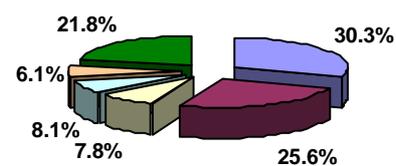
Comunidad de Madrid



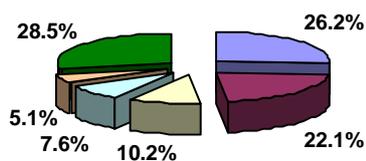
Murcia



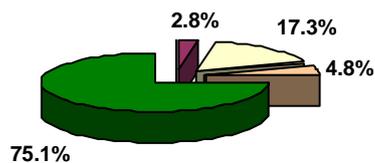
C. Foral de Navarra



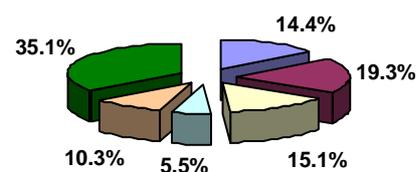
País Vasco



La Rioja



Ceuta



Melilla

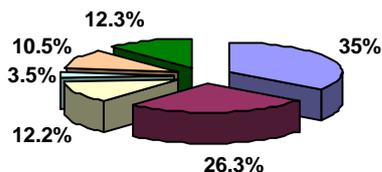


Tabla 23. Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 19, ordenados por comunidades autónomas y expresados en porcentajes para el **sexo masculino**, 2002.

CCAA	295	296	300	301	298	Resto
Andalucía	2525(41,49)	924 (15,18)	335 (5,50)	675 (11,09)	335 (5,50)	21,24
Aragón	278 (25,38)	214 (19,54)	71 (6,48)	88 (8,03)	46 (4,20)	36,37
P. de Asturias	394 (35,88)	108 (9,83)	105 (9,56)	156 (14,20)	72 (6,55)	23,98
I. Baleares	381 (34,92)	207 (18,97)	69 (6,32)	53 (4,85)	119 (10,90)	24,04
Canarias	617 (47,86)	188 (14,58)	73 (5,66)	94 (7,29)	77 (5,97)	18,64
Cantabria	75 (32,46)	23 (9,95)	8 (3,46)	20 (8,65)	12 (5,19)	40,29
Castilla y León	526 (31,59)	284 (17,05)	141 (8,46)	94 (5,64)	120 (7,20)	30,06
Castilla La Mancha	294 (27,78)	165 (15,59)	84 (7,93)	60 (5,67)	76 (7,18)	35,85
Cataluña	786 (23,36)	551 (16,37)	270 (8,02)	176 (5,23)	235 (6,98)	40,04
Comunidad Valenciana	872 (33,91)	446 (17,34)	151 (5,87)	198 (7,70)	298 (11,59)	23,59
Extremadura	123 (23,74)	117 (22,58)	55 (10,61)	75 (14,47)	29 (5,59)	23,01
Galicia	654 (29,63)	285 (12,91)	151 (6,84)	197 (8,92)	163 (7,38)	34,32
Comunidad de Madrid	1116(28,65)	558 (14,32)	268 (6,88)	504 (12,93)	303 (7,77)	29,45
Murcia	212 (30,28)	87 (12,42)	64 (9,14)	78 (11,14)	61 (8,71)	28,31
C. Foral de Navarra	160 (35,87)	101 (22,64)	28 (6,27)	33 (7,39)	29 (6,50)	21,33
País Vasco	655 (33,74)	353 (18,18)	145 (7,47)	164 (8,44)	98 (5,04)	27,13
La Rioja	0	1 (1,88)	4 (7,54)	0	2 (3,77)	86,81
Ceuta	18 (21,17)	14 (16,47)	8 (9,41)	5 (5,88)	7 (8,23)	38,84
Melilla	18 (41,86)	8 (18,60)	4 (9,30)	2 (4,65)	5 (11,62)	13,97

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

295 Trastornos esquizofrénicos.

296 Psicosis afectivas.

298 Otras psicosis orgánicas.

300 Trastornos neuróticos.

301 Trastornos de la personalidad.

En el caso de los hombres, vemos como para algunas comunidades, como es el caso de Melilla, el mayor porcentaje de casos se reparte entre estos cinco diagnósticos y en contraste, en otros casos, como la Rioja, representa un porcentaje ínfimo. En todas las comunidades autónomas, excepto esta última, predominan los trastornos esquizofrénicos seguidos de las psicosis afectivas y, en la mayoría de los casos, seguidos por el 301, trastornos de personalidad.

Tabla 24. Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 19, ordenados por comunidades autónomas y expresados en porcentajes para el **sexo femenino**, 2002.

CCAA	295	296	300	301	298	Resto
Andalucía	956 (21,43)	1149(25,76)	630 (14,12)	527 (11,81)	230 (5,15)	21,73
Aragón	203 (16,65)	261 (21,41)	204 (16,73)	100 (8,20)	39 (3,19)	33,82
P. de Asturias	156 (14,48)	219 (20,33)	174 (16,15)	166 (15,41)	72 (6,68)	26,95
I. Baleares	188 (18,55)	278 (27,44)	119 (11,74)	95 (9,37)	87 (8,58)	24,32
Canarias	263 (25,98)	287 (28,35)	120 (11,85)	63 (6,22)	53 (5,23)	22,37
Cantabria	41 (15,47)	31 (11,69)	41 (15,47)	20 (7,54)	10 (3,77)	46,06
Castilla y León	277 (15,87)	446 (25,55)	305 (17,47)	99 (5,67)	90 (5,15)	30,29
Castilla La Mancha	188 (15,77)	284 (23,82)	194 (16,27)	75 (6,29)	66 (5,53)	32,32
Cataluña	504 (14,05)	845 (23,56)	527 (14,69)	327 (9,11)	183 (5,10)	33,49
Comunidad Valenciana	492 (20,06)	551 (22,47)	287 (11,70)	234 (9,54)	228 (9,29)	26,94
Extremadura	54 (10,52)	151 (29,43)	104 (20,27)	43 (8,38)	26 (5,06)	26,34
Galicia	332 (15,47)	408 (19,02)	343 (15,99)	219 (10,20)	144 (6,71)	32,61
Comunidad de Madrid	570 (14,57)	790 (20,20)	494 (12,63)	504 (12,89)	274 (7,00)	32,71
Murcia	77 (12,74)	113 (18,70)	118 (19,53)	56 (9,27)	50 (8,27)	31,49
C. F. de Navarra	103 (24,52)	121 (28,80)	40 (9,52)	38 (9,04)	24 (5,71)	22,41
País Vasco	321 (18,07)	353 (19,87)	236 (13,28)	120 (6,75)	93 (5,23)	36,80
La Rioja	0	2 (3,92)	14 (27,45)	0	3 (5,88)	62,75
Ceuta	3 (5,00)	14 (23,33)	14 (23,33)	3 (5,00)	8 (13,33)	30,01
Melilla	2 (14,28)	7 (50,00)	3 (21,42)	0	1 (7,14)	7,16

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

295 Trastornos esquizofrénicos.**296** Psicosis afectivas.**298** Otras psicosis orgánicas.**300** Trastornos neuróticos.**301** Trastornos de la personalidad.

En el caso de las mujeres, en todas las CCAA, excepto en Cantabria (donde son más frecuentes los trastornos esquizofrénicos y neuróticos) el 296, psicosis afectiva, supera en porcentaje a los trastornos esquizofrénicos, siendo el diagnóstico más frecuente en la mayoría de las comunidades, excepto en Cantabria, Murcia, La Rioja y Ceuta (en este último caso se da la misma proporción para el 296 y 300).

VI.3.2. Ingresos en CDM 20.

La distribución del diagnóstico principal, para la CDM 20, queda reflejada en la tabla siguiente (tabla 25).

Tabla 25. Distribución del diagnóstico principal según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización en CDM 20, 2002.

Diagnóstico	Descripción	Frecuencia	%
303	Síndrome de dependencia del alcohol	4657	37,41
304	Dependencia de drogas	2854	22,93
291	Psicosis alcohólicas	2285	18,36
292	Psicosis por drogas	1463	11,75
305	Abuso de drogas sin dependencia	1179	9,47
779	Otras enfermedades y enfermedades mal definidas con origen en el período perinatal	6	0,05
760	Feto o recién nacido afectado por situaciones maternas no necesariamente relacionadas con el embarazo actual	3	0,02
Total		12447	100

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

Como se aprecia son los diagnósticos referentes a las dependencias los que ocupan los primeros puestos en frecuencia de casos. Alrededor de la mitad de los ingresos, en esta categoría, reciben el diagnóstico de rúbrica 303 y 304, síndrome de dependencia del alcohol y dependencia de drogas respectivamente, representando el 37,41% de los ingresos en el primer caso y el 22,93% en el segundo. El tercer y cuarto lugar lo ocupan las psicosis inducidas por alcohol y drogas, con un 18,36% y 11,75% de los casos. Con una representación mínima, ocupando los últimos puestos en la tabla, los diagnósticos 779 y 770, a saber: “otras enfermedades y enfermedades mal definidas con origen en el período perinatal” y “feto o recién nacido afectado por situaciones maternas no necesariamente relacionadas con el embarazo actual”.

VI.3.2.1. Distribución del Diagnóstico Principal según Género.

En función de la distribución por sexos obtenemos los resultados que se reflejan en la tabla 26 (en tres casos desconocemos el sexo).

Tabla 26. Distribución del diagnóstico principal según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización en CDM 20, según género. Entre paréntesis el porcentaje respecto al total, 2002.

Diagnóstico	Descripción	Hombres	Mujeres	Total
303	Síndrome de dependencia del alcohol	3686 (79,1)	969 (20,8)	4655
304	Dependencia de drogas	2274 (79,7)	580 (20,3)	2854
291	Psicosis alcohólicas	1990 (87,1)	295 (12,9)	2285
292	Psicosis por drogas	1115 (76,2)	347 (23,7)	1462
305	Abuso de drogas sin dependencia	888 (75,3)	291 (24,7)	1179
779	Otras enfermedades y enfermedades mal definidas con origen en el período perinatal	3 (50)	3 (50)	6
760	Feto o recién nacido afectado por situaciones maternas no necesariamente relacionadas con el embarazo actual	1 (33,3)	2 (66,7)	3
Total		9957 (80)	2487 (20)	12444

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

La distribución de los casos según el género es muy similar. En ambos casos, el primer diagnóstico en importancia es el 303, síndrome de dependencia del alcohol, que constituye el 37,01% de ingresos masculinos y el 38,96% de ingresos femeninos. El segundo diagnóstico en importancia es el 304, dependencia de drogas, que representa el 22,83% de ingresos masculinos y el 23,32% de ingresos femeninos. Como se puede observar en la tabla 26, la

diferencia de género se aprecia en el tercer puesto que lo ocupa, en el caso de los hombres, el diagnóstico 291, psicosis alcohólica, (suponiendo el 19,98% de los ingresos masculinos frente al 11,86% de los femeninos), mientras que en las mujeres lo ocupa el 292, psicosis por drogas, lo que supone el 13,95% de los ingresos femeninos frente al 11,19% de los ingresos masculinos.

VI.3.2.2. Distribución de la Incidencia según Diagnóstico y CCAA.

A continuación, en la tabla 27, se detallan para cada comunidad autónoma las tasas de incidencia, por 100.000 habitantes, de cada uno de los diagnósticos principales.

Tabla 27. Distribución por CCAA de las tasas de incidencia, por 100.000 habitantes, de los episodios de hospitalización según diagnóstico principal CIE-9-MC en CDM 20, para el periodo de estudio (2002).

CCAA	291	292	303	304	305	779	760
Andalucía	4,74	5,28	2,25	3,01	1,96	0,01	0,00
Aragón	5,04	4,46	10,50	1,57	2,40	0,00	0,00
P. de Asturias	10,18	3,96	15,46	9,33	9,42	0,00	0,00
I. Baleares	9,22	8,66	7,42	5,73	2,70	0,34	0,00
Canarias	10,05	3,28	9,88	15,43	1,33	0,00	0,00
Cantabria	5,96	4,28	18,06	0,74	0,56	0,00	0,00
Castilla y León	4,97	1,83	11,80	1,02	4,72	0,00	0,00
Castilla La Mancha	4,06	3,55	10,70	4,96	3,89	0,00	0,00
Cataluña	3,60	1,84	18,85	13,51	3,54	0,02	0,02
C. Valenciana	3,53	2,51	2,96	7,27	1,73	0,00	0,00
Extremadura	4,81	1,51	5,00	2,55	2,26	0,00	0,00
Galicia	14,61	3,23	13,09	6,34	3,56	0,04	0,00
C. de Madrid	4,02	3,71	19,06	7,91	1,71	0,00	0,00
Murcia	5,10	2,30	6,74	5,51	1,32	0,00	0,16
C. F. Navarra	3,21	4,82	17,67	5,00	6,43	0,00	0,00
País Vasco	6,52	5,71	18,56	7,63	4,36	0,00	0,00
La Rioja	3,58	0,00	2,15	0,00	0,36	0,00	0,00
Ceuta	4,20	2,80	12,59	2,80	8,39	0,00	0,00
Melilla	1,50	3,00	9,01	6,01	7,51	0,00	0,00
España	5,53	3,54	11,27	6,91	2,85	0,01	0,01

Como se puede apreciar, en líneas generales, los diagnósticos relacionados con las dependencias son los que presentan una mayor tasa de incidencia. En dos de los casos, Canarias y C. Valenciana, la mayor incidencia es para la dependencia a drogas. En Andalucía y Baleares predominan las psicosis quedando por debajo las dependencias. En Castilla La Mancha, Cataluña, C. de Madrid, Murcia y País Vasco las mayores tasas de incidencia se concentran en los dos diagnósticos de dependencia. En el caso de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia y La Rioja las tasas más altas se concentran en los problemas derivados del abuso del alcohol: síndrome de dependencia del alcohol (291) y psicosis alcohólicas (303). Sin embargo, en Canarias y C. Valenciana la psicosis por drogas es baja en proporción con las altas tasas de dependencia a drogas. Destaca en Asturias, Navarra, Ceuta y Melilla la alta incidencia, en comparación con el resto de diagnósticos y CCAA, para el abuso de drogas sin dependencia.

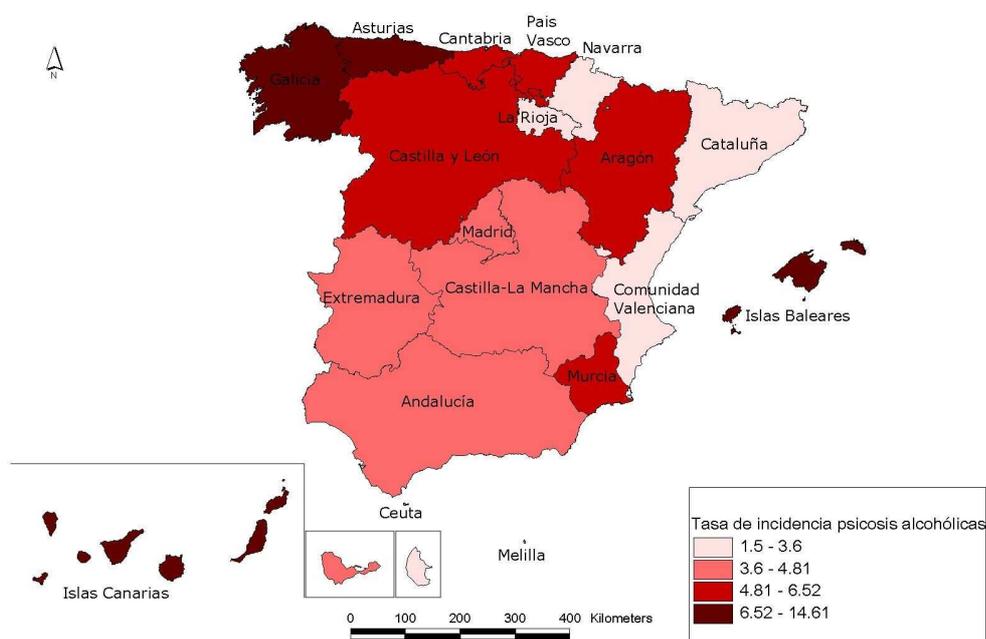
En definitiva, las tasas de incidencia son muy desiguales entre comunidades autónomas. Así vemos como, por ejemplo, la incidencia para la Comunidad de Madrid y Cataluña del síndrome de dependencia del alcohol es de 19 y 18 ingresos respectivamente frente a los 2 de La Rioja y Andalucía. Del mismo modo, mientras que en La Rioja no se daría ningún caso de dependencia por drogas en 100.000 habitantes, en Canarias se darían 15 casos. La tasa de incidencia para el síndrome de dependencia del alcohol es más acusada en Madrid, Cataluña, P. Vasco y Cantabria y menos en La Rioja, Andalucía y C. Valenciana. Galicia tiene la tasa de incidencia mayor respecto a las psicosis alcohólicas frente a Melilla que tiene la más baja. La psicosis por drogas es más acusada en Baleares, mientras que en La Rioja no se registra incidencia alguna.

Para el resto de diagnósticos, 779 y 760, las tasas son irrelevantes concentrándose la mayoría de los casos en Baleares y Murcia respectivamente.

VI.3.2.3. Morbilidad Psiquiátrica Hospitalaria más Frecuente: Representación Cartográfica, Distribución por Género y CCAA.

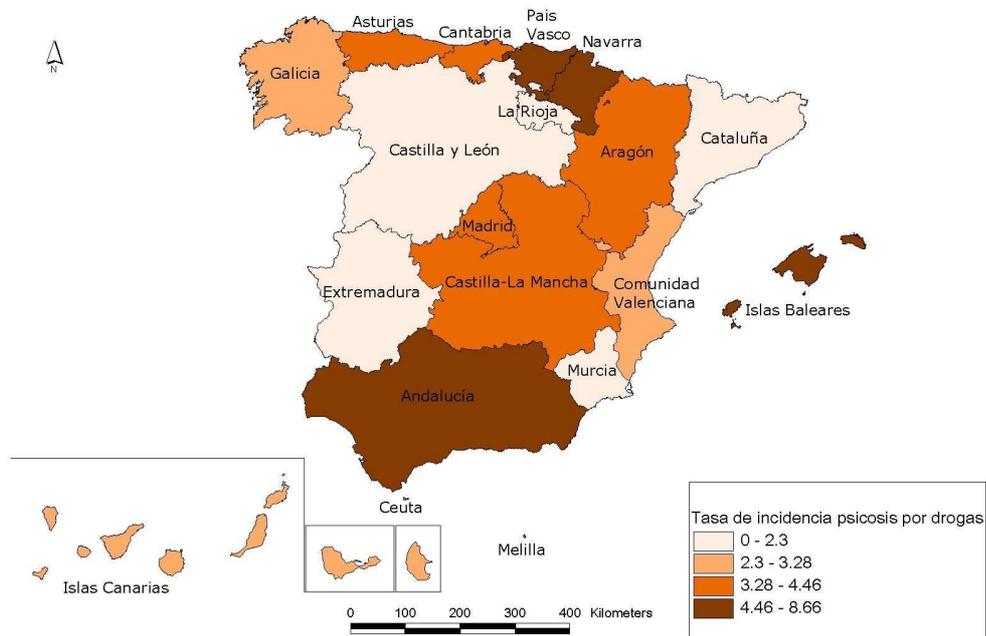
Se representa cartográficamente la incidencia de los cinco diagnósticos principales más frecuentes:

Mapa 11. Distribución Territorial de la Incidencia de Psicosis Alcohólicas.

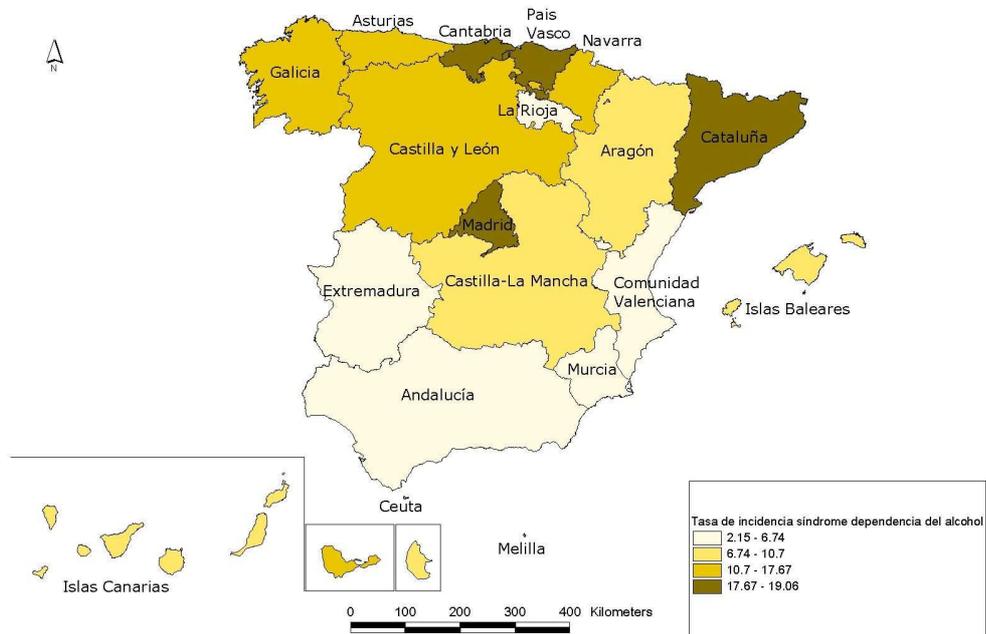


Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

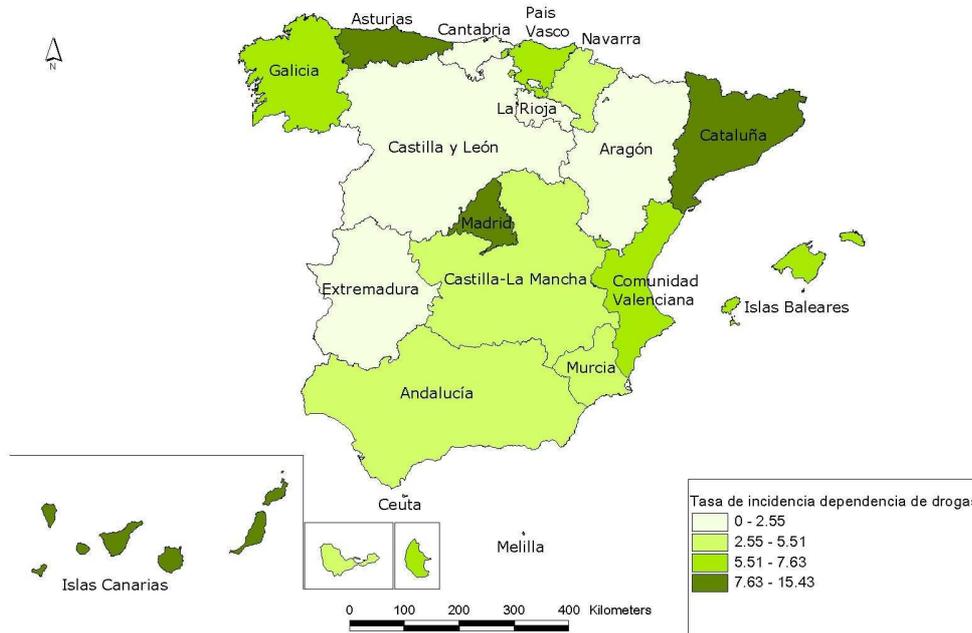
Mapa 12. Distribución Territorial de la Incidencia de Psicosis por Drogas.



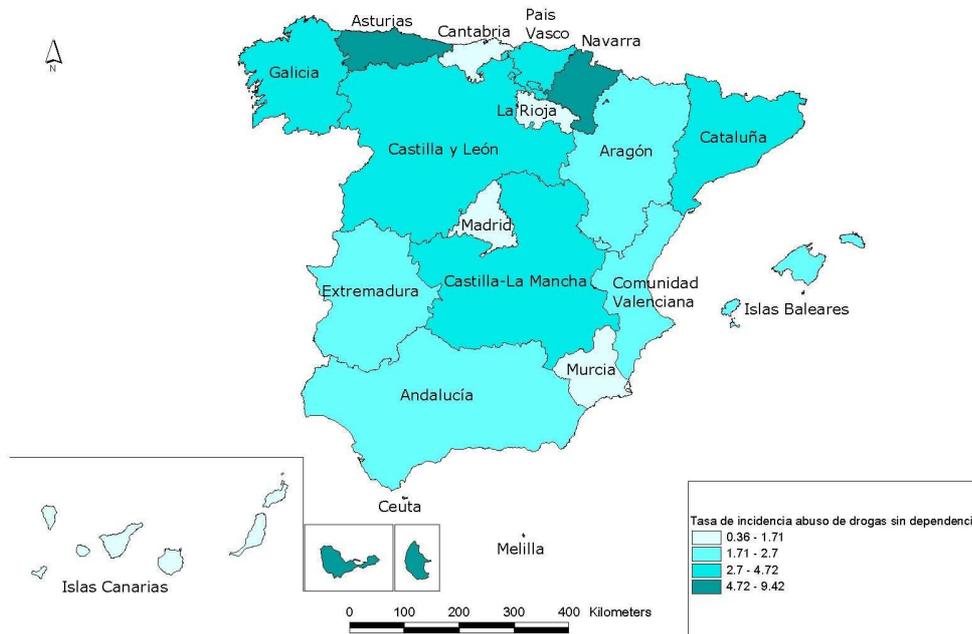
Mapa 13. Distribución Territorial de la Incidencia del Síndrome de Dependencia del Alcohol.



Mapa 14. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia por Dependencia de Drogas.



Mapa 15. Distribución Territorial de la Incidencia de Abuso de Drogas Sin Dependencia.



Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

A continuación hemos estudiado la distribución total, por género y comunidades autónomas, de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, los resultados se exponen en las tablas 28, 29 y 30 y figura 12. Los datos, como para la CDM19, se expresan en porcentajes, entre paréntesis, para que sea más fácil observar las diferencias entre comunidades y entre

sexos. Los porcentajes se obtienen respecto al total de episodios de hospitalización para cada comunidad y género.

Tabla 28. Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 20, ordenados por comunidades autónomas expresados en porcentajes, 2002.

CCAA	291	292	303	304	305	Resto
Andalucía	351 (27,46)	391 (30,59)	167 (13,06)	223 (17,44)	145 (11,34)	0,11
Aragón	61 (21,03)	54 (18,62)	127 (43,79)	19 (6,55)	29 (10)	0,01
Asturias	108 (21,05)	42 (8,18)	164 (31,96)	99 (19,29)	100 (19,49)	0,03
Baleares	82 (27,06)	77 (25,41)	66 (21,78)	51 (16,83)	24 (7,92)	1
Canarias	181 (25,13)	59 (8,19)	178 (24,72)	278 (38,61)	24 (3,33)	0,02
Cantabria	32 (20,12)	23 (14,46)	97 (61,00)	4 (2,51)	3 (1,88)	0,03
Castilla y León	122 (20,40)	45 (7,52)	290 (48,49)	25 (4,18)	116 (19,39)	0,02
Castilla La Mancha	72 (14,93)	63 (13,07)	190 (34,41)	88 (18,25)	69 (14,31)	5,03
Cataluña	231 (8,70)	118 (4,44)	1210 (45,57)	867 (32,65)	227 (8,54)	0,1
Comunidad Valenciana	149 (19,60)	106 (13,94)	125 (16,44)	307 (40,39)	73 (9,60)	0,03
Extremadura	51 (29,82)	16 (9,35)	53 (30,99)	27 (15,78)	24 (14,03)	0,03
Galicia	394 (35,75)	87 (7,89)	353 (32,03)	171 (15,51)	96 (8,71)	0,11
Madrid	221 (11,03)	204 (10,18)	1048 (52,34)	435 (21,72)	94 (4,69)	0,04
Murcia	62 (24,12)	28 (10,89)	82 (31,90)	67 (26,07)	16 (6,22)	0,8
Navarra	18 (8,65)	27 (12,98)	99 (47,59)	28 (13,46)	36 (17,30)	0,02
País Vasco	136 (15,24)	119 (13,34)	387 (43,38)	159 (17,82)	91 (10,20)	0,02
La Rioja	10 (58,82)	0	6 (35,29)	0	1 (5,88)	0,01
Ceuta	3 (13,63)	2 (9,09)	9 (40,90)	2 (9,09)	6 (27,27)	0,02
Melilla	1 (5,55)	2 (11,11)	6 (33,33)	4 (22,22)	5 (27,77)	0,02

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

291 Psicosis alcohólicas.

292 Psicosis por drogas.

303 Síndrome de dependencia del alcohol.

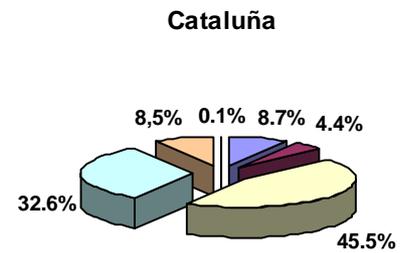
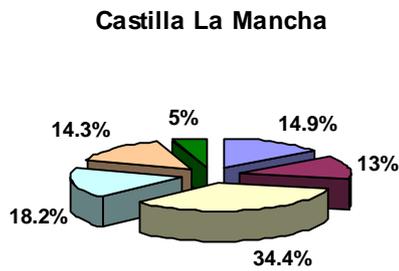
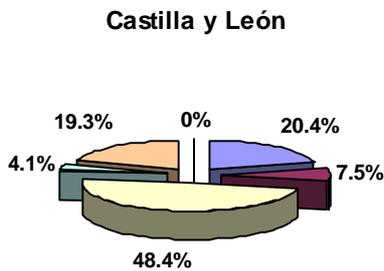
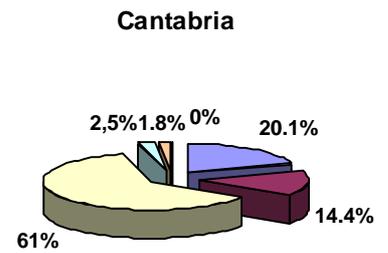
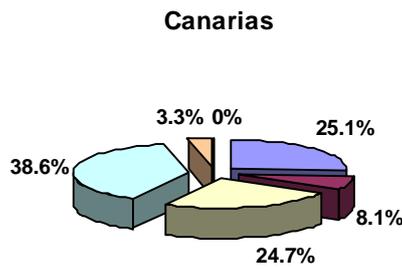
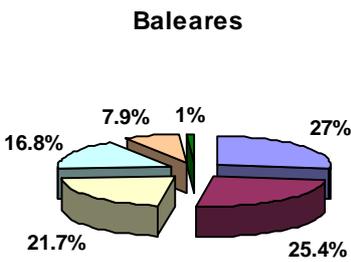
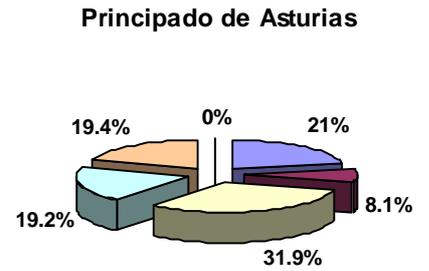
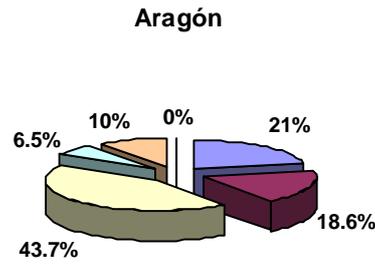
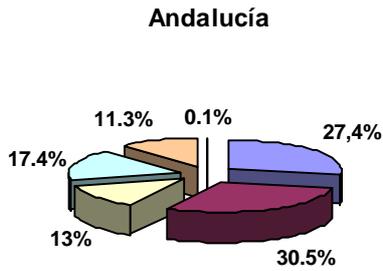
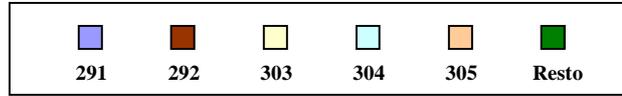
304 Dependencia de drogas.

305 Abuso de drogas sin dependencia.

Como queda reflejado en la tabla, el diagnóstico 303, síndrome de dependencia del alcohol, ocupa el primer lugar en número de casos en todas las comunidades autónomas excepto en Andalucía, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana, Galicia y La Rioja. En Andalucía, el mayor número de ingresos es consecuencia de la psicosis por drogas. En Baleares, Galicia y La Rioja, el mayor porcentaje es para el 291, psicosis alcohólicas, y en Canarias y La Comunidad Valenciana el diagnóstico de ingreso más frecuente es el 304, dependencia de drogas. Aunque el porcentaje, respecto al total de los ingresos, entre comunidades autónomas, es desigual, se observa que hay comunidades con un mismo patrón de ingresos: en Castilla La Mancha, Cataluña, Madrid, Murcia y País Vasco, las dependencias de drogas y alcohol aglutinan la mayoría de los ingresos en detrimento de las psicosis como consecuencia de su consumo. Por el contrario, hay comunidades, como en el caso de Andalucía y Baleares, donde el mayor porcentaje de ingresos se concentra en las psicosis. En las comunidades autónomas de La Rioja, Galicia, Extremadura, Castilla y León, Cantabria, Asturias y Aragón, los mayores ingresos se deben al síndrome de dependencia del alcohol y las psicosis derivadas de dicho abuso.

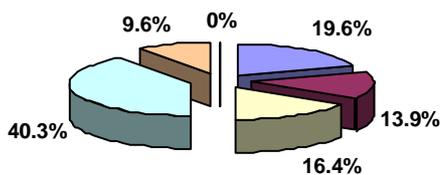
Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Figura 12. Representación gráfica, en porcentajes, de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 20, por comunidades autónomas, 2002.

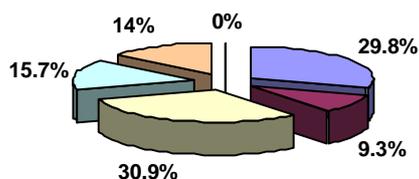




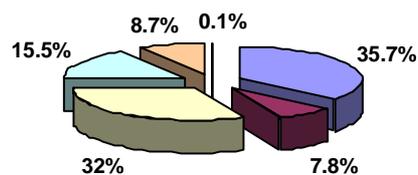
Comunidad Valenciana



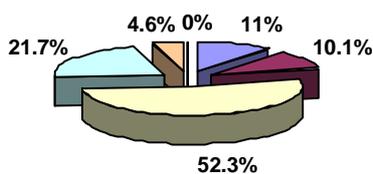
Extremadura



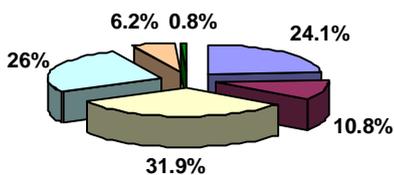
Galicia



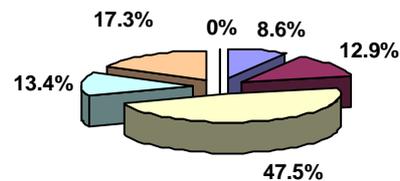
Comunidad de Madrid



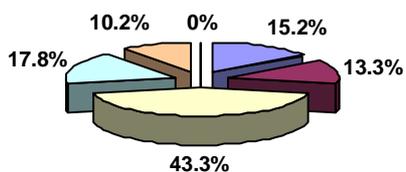
Murcia



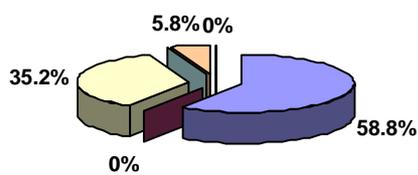
C. Foral de Navarra



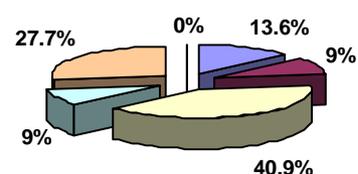
País Vasco



La Rioja



Ceuta



Melilla

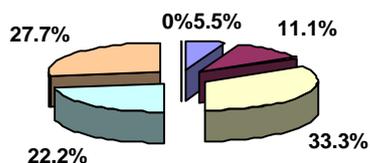


Tabla 29. Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 20, ordenados por comunidades autónomas y expresados en porcentajes para el **sexo masculino**, 2002.

CCAA	291	292	303	304	305	Resto
Andalucía	312 (28,23)	337 (30,49)	142 (12,85)	189 (17,10)	124 (11,22)	0,11
Aragón	51 (22,56)	47 (20,79)	95 (42,03)	13 (5,75)	20 (8,84)	0,03
P. de Asturias	99 (23,68)	34 (8,13)	131 (31,33)	73 (17,46)	81 (19,37)	0,03
I. Baleares	70 (30,17)	46 (19,82)	59 (25,43)	40 (17,24)	17 (7,32)	0,02
Canarias	161 (26,69)	46 (7,62)	150 (24,87)	226 (37,47)	20 (3,31)	0,04
Cantabria	29 (23,2)	14 (11,2)	80 (64)	2 (1,6)	0	0
Castilla y León	110 (22,49)	29 (5,93)	238 (48,67)	20 (4,08)	92 (18,81)	0,02
Castilla La Mancha	68 (16,22)	50 (11,93)	167 (39,85)	77 (18,37)	57 (13,60)	0,03
Cataluña	198 (9,76)	80 (3,94)	907 (44,72)	683 (33,67)	158 (7,79)	0,12
Comunidad Valenciana	122 (20,19)	81 (13,41)	105 (17,38)	244 (40,39)	52 (8,60)	0,03
Extremadura	47 (31,97)	11 (7,48)	44 (29,93)	25 (17,00)	20 (13,60)	0,02
Galicia	328 (37,27)	68 (7,72)	273 (31,02)	138 (15,68)	72 (8,18)	0,13
Comunidad de Madrid	200 (12,79)	135 (8,63)	837 (53,55)	327 (20,92)	64 (4,09)	0,02
Murcia	54 (25,35)	21 (9,85)	74 (34,74)	52 (24,41)	12 (5,63)	0,02
C. Foral de Navarra	15 (8,92)	23 (13,69)	80 (47,61)	23 (13,69)	27 (16,07)	0,02
País Vasco	112 (16,27)	90 (13,08)	289 (42,00)	136 (19,76)	61 (8,86)	0,03
La Rioja	10 (66,66)	0	5 (33,33)	0	0	0,01
Ceuta	3 (16,66)	2 (11,11)	5 (27,77)	2 (11,11)	6 (33,33)	0,02
Melilla	1 (6,25)	1 (6,25)	5 (31,25)	4 (25)	5 (31,25)	0

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

291 Psicosis alcohólicas.

292 Psicosis por drogas.

303 Síndrome de dependencia del alcohol.

304 Dependencia de drogas.

305 Abuso de drogas sin dependencia.

En el caso de los hombres, vemos como en la mayoría de las comunidades (concretamente en 11 de ellas) predomina el síndrome de dependencia del alcohol y, así mismo, en 4 de las restantes comunidades el mayor porcentaje se concentra en las psicosis alcohólicas. Es decir, exceptuando Andalucía, Canarias y Comunidad Valenciana, el resto de las comunidades autónomas deben la mayoría de ingresos a problemas relacionados con el alcohol. En la Rioja, todos los ingresos son consecuencia del abuso de alcohol. Andalucía es la única comunidad autónoma donde el mayor porcentaje de ingresos se debe al diagnóstico 292, psicosis por drogas. Del mismo modo, Canarias y Comunidad Valenciana deben la mayoría de sus ingresos a las dependencias a drogas. Como era de esperar, en Ceuta y Melilla el mayor porcentaje es para el consumo de drogas sin dependencia.

Tabla 30. Distribución de los cinco diagnósticos principales más frecuentes, según CIE-9-MC, en CDM 20, ordenados por comunidades autónomas y expresados en porcentajes para el **sexo femenino**, 2002.

CCAA	291	292	303	304	305	Resto
Andalucía	39 (22,67)	53 (30,81)	25 (14,53)	34 (19,76)	21 (12,20)	0,03
Aragón	10 (15,62)	7 (10,93)	32 (50)	6 (9,37)	9 (14,06)	0,02
P. de Asturias	9 (9,47)	8 (8,42)	33 (34,73)	26 (27,36)	19 (20)	0,02
I. Baleares	12 (16,90)	31 (43,66)	7 (9,85)	11 (15,49)	7 (9,85)	4,25
Canarias	20 (17,24)	13 (11,20)	27 (23,27)	52 (44,82)	4 (3,44)	0,03
Cantabria	3 (8,82)	9 (26,47)	17 (50)	2 (5,88)	3 (8,82)	0,01
Castilla y León	12 (11,00)	16 (14,67)	52 (47,70)	5 (4,58)	24 (22,01)	0,04
Castilla La Mancha	4 (6,34)	13 (20,63)	23 (36,50)	11 (17,46)	12 (19,04)	0,03
Cataluña	33 (5,26)	38 (6,06)	303 (48,32)	184 (29,34)	69 (11,00)	0,02
Comunidad Valenciana	27 (17,41)	25 (16,12)	19 (12,25)	63 (40,64)	21 (13,54)	0,04
Extremadura	4 (16,66)	5 (20,83)	9 (37,5)	2 (8,33)	4 (16,66)	0,02
Galicia	66 (29,72)	19 (8,55)	80 (36,03)	33 (14,86)	24 (10,81)	0,03
Comunidad de Madrid	21 (4,78)	69 (15,71)	211 (48,06)	108 (24,60)	30 (6,83)	0,02
Murcia	8 (18,18)	7 (15,90)	8 (18,18)	15 (34,09)	4 (9,09)	4,56
C. F. de Navarra	3 (7,5)	4 (10)	19 (47,5)	5 (12,5)	9 (22,5)	0
País Vasco	24 (11,76)	29 (14,21)	98 (48,03)	23 (11,27)	30 (14,70)	0,03
La Rioja	0	0	1 (50)	0	1 (50)	0
Ceuta	0	0	4 (100)	0	0	0
Melilla	0	1 (50)	1 (50)	0	0	0

Fuente: CMBD Estatal. Elaboración propia.

291 Psicosis alcohólicas.

292 Psicosis por drogas.

303 Síndrome de dependencia del alcohol.

304 Dependencia de drogas.

305 Abuso de drogas sin dependencia.

En las mujeres, al igual que en los hombres, en todas las CCAA, excepto en Andalucía, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana y Murcia, el motivo de ingreso más frecuente es el síndrome de dependencia del alcohol, suponiendo en algunas comunidades hasta el 50% de los ingresos. En las tres últimas comunidades mencionadas predomina la dependencia de drogas mientras que en Andalucía y Baleares, las psicosis derivadas del consumo de estas.

VI.4. Estancias Hospitalarias.

VI.4.1. Datos Generales.

Otros aspectos importantes que nos hemos planteado poner de manifiesto son las diferencias que concurren, en cuanto a la edad registrada en el momento de ingresar y el número de días de estancias hospitalarias consumidas por cada episodio de hospitalización estudiado. Para ambas variables presentamos las medidas de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar), para el total de datos y CDM y por sexos (tablas 31, 32 y 33 para CDM19 y 34, 35 y 36 para CDM20).

Cuando existan varias modas se mostrará el menor de los valores y se señalará, en la tabla, con un asterisco (*).

Tabla 31. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en **CDM 19**, 2002.

Estadísticos descriptivos	Estancias	Edad
Media	14,64	43,90
Mediana	10	40
Moda	1	35
Desviación Típica	21,23	19,46

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 32. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en **CDM 19** para el sexo masculino, 2002.

Estadísticos	Estancias	Edad
Media	14,35	41,39
Mediana	10	38
Moda	1	32
Desviación Típica	20,93	18,52

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 33. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en **CDM 19** para el sexo femenino, 2002.

Estadísticos	Estancias	Edad
Media	14,96	46,60
Mediana	10	43
Moda	1	38
Desviación Típica	21,55	20,08

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Los resultados obtenidos muestran que la media de edad de los pacientes ingresados en la CDM 19 está alrededor de los 43 años, y permanecen ingresados en el hospital una media de algo más de 14 días, aunque la dispersión de esta variable es enorme.

La edad media de los ingresos masculinos es de 41,39 años, mientras que para las mujeres es 46,60 años. Esta diferencia no debe implicar necesariamente una aparición más tardía de la enfermedad en las mujeres. Aspectos más ligados a la expresión de la enfermedad o incluso a la variabilidad en la gestión clínica de los casos femeninos y las diferencias sociales de género podrían explicarlo.

Tabla 34. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20, 2002.

Estadísticos descriptivos	Estancias	Edad
Media	9,72	40,91
Mediana	8	39
Moda	7	38
Desviación Típica	10,50	13,00

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 35. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20 para el sexo masculino, 2002.

Estadísticos	Estancias	Edad
Media	9,68	40,83
Mediana	8	39
Moda	7	35
Desviación Típica	10,63	12,59

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 36. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y de la edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20 para el sexo femenino, 2002.

Estadísticos	Estancias	Edad
Media	9,87	41,25
Mediana	8	39
Moda	7	38
Desviación Típica	9,96	14,54

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Para la CDM 20, la media de edad de los pacientes ingresados está alrededor de los 40 años, y permanecen ingresados en el hospital una media de algo más de 9 días.

La edad media de los ingresos masculinos es de 40,83 años, mientras que para las mujeres es 41,25 años. Respecto a la estancia media, no se aprecian grandes diferencias en función del sexo.

VI.4.2. Distribución Territorial.

VI.4.2.1. CDM 19.

Por comunidades autónomas los resultados se comentan a continuación (tablas 37 y 38).

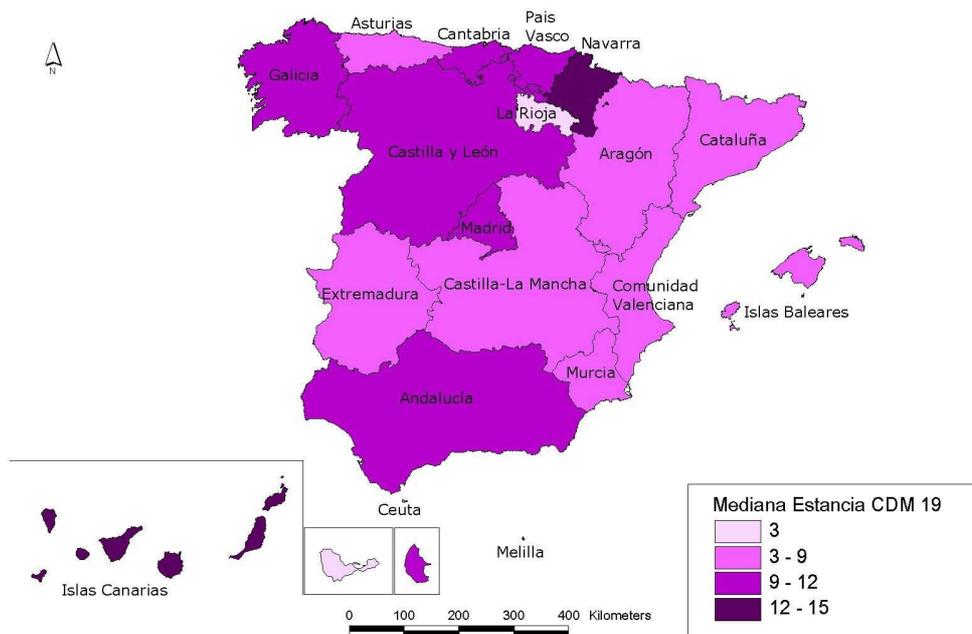
Tabla 37. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y edad en años de los pacientes ingresados en CDM 19, por comunidades autónomas, 2002.

CCAA	Estancia				Edad			
	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	15,17	10	4	22,85	40,65	38	36	16,10
Aragón	13,22	9	7	13,96	48,57	44	39	21,76
P. de Asturias	11,51	8	1	19,72	45,47	42	31	18,79
I. Baleares	11,90	8	2	12,97	40,67	37	30	17,83
Canarias	20,39	14	6	30,98	40,66	38	32	15,72
Cantabria	18,07	12	7	33,84	53,88	54	41	22,20
Castilla y León	12,41	10	7	12,61	46,90	44	36	19,43
Castilla La Mancha	11,39	8	4	11,32	45,95	43	34	19,75
Cataluña	13,82	9	1	15,60	46,00	42	30	21,94
Comunidad Valenciana	12,57	8	4	13,86	43,23	39	35	19,51
Extremadura	12,19	9	4	11,34	46,68	43	38	19,44
Galicia	16,45	12	1	17,74	46,79	43	32	20,58
Comunidad de Madrid	17,28	10	1	34,44	41,98	39	35	19,59
Murcia	11,27	8	1	11,97	42,80	38	31	19,47
C. F. de Navarra	19,41	15	5*	17,33	46,60	42	35	19,36
País Vasco	15,38	12	7	13,51	44,38	40	32	19,85
La Rioja	6,38	3	1	9,47	55,15	59	54*	24,87
Ceuta	5,76	3	0	10,50	40,38	36	21	19,83
Melilla	19,00	12	7	20,66	39,56	40	48	16,06

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.
 * Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores.

Los resultados de la tabla precedente muestran una variabilidad amplia respecto a los valores de edad y estancia media. Así, la estancia media oscila entre los 5,76 días de Ceuta a los 20,39 días de Canarias. Por edad, podemos observar como la edad media varía desde los 39,56 años de Melilla a los 55,15 de La Rioja.

Mapa 16. Distribución por CCAA de la mediana de estancia en CDM19



VI.4.2.2. CDM 20.

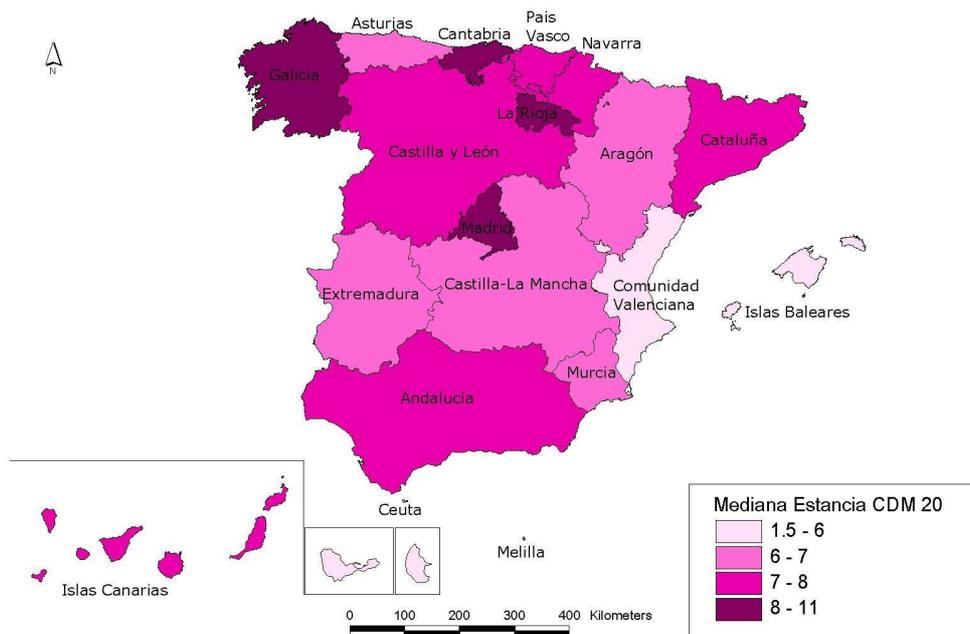
Tabla 38. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20, por comunidades autónomas, 2002.

CCAA	Estancia				Edad			
	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	10,35	8	1	10,33	38,64	37	37	12,92
Aragón	8,32	7	1	6,65	40,61	40	36*	14,42
P. de Asturias	7,66	7	1	6,44	43,32	41	34	13,52
I. Baleares	7,71	5	4	7,93	41,24	39	28*	14,79
Canarias	11,28	8	7	12,65	40,41	39	34	12,12
Cantabria	10,99	10	11	6,82	46,65	46	46	13,05
Castilla y León	9,33	8	7	7,49	42,51	42	33	12,72
Castilla La Mancha	8,15	7	7	9,06	39,98	38	36	13,32
Cataluña	8,38	8	1	7,11	40,54	39	35	12,78
Comunidad Valenciana	7,39	6	2	6,26	38,26	36	34	13,52
Extremadura	8,70	7	6	6,79	43,51	43	36*	12,46
Galicia	11,82	9	9	11,40	43,25	42	39	13,06
Comunidad de Madrid	12,26	11	14	16,81	40,82	39	40	12,20
Murcia	7,84	7	6	5,85	40,53	39	33	13,43
C. F. de Navarra	9,21	8	10	6,96	41,25	40	46	11,47
País Vasco	9,41	8	8	7,45	41,69	40	38	13,29
La Rioja	9,88	10	5	6,11	48,41	50	38	14,09
Ceuta	3,55	1,50	1	5,45	40,91	39	38	13,27
Melilla	9,06	6	2	9,45	40,78	37,50	23*	13,45

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

En el caso de la CDM 20 y en relación a la estancia media, los resultados oscilan entre los 3,55 días de Ceuta y los 12,26 de la Comunidad de Madrid. Respecto a la edad, lo hace entre los 38 años de la Comunidad Valenciana a los 48 de la Rioja.

Mapa 17. Distribución por CCAA de la mediana de estancia en CDM 20.



VI.4.3. Distribución por CCAA y Sexo.

Veamos, a continuación, la misma información por sexos (tablas 39 y 40).

VI.4.3.1. CDM 19.

Tabla 39. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y edad en años de los pacientes ingresados en **CDM 19**, por comunidades autónomas para el **sexo masculino**, 2002.

CCAA	Estancia				Edad			
	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	14,92	10	1	23,06	38,82	37	36	15,28
Aragón	13,12	9	1	14,34	45,72	41	32*	21,15
P. de Asturias	10,98	7	1	19,89	42,05	38	31	17,92
I. Baleares	12,71	8	4	14,66	39,09	36	30	17,14
Canarias	20,74	14	6	33,89	38,37	36	33	15,10
Cantabria	18,94	12	1*	44,64	50,48	45	23	22,38
Castilla y León	11,75	9	7	11,02	44,47	41	36	18,75
Castilla La Mancha	10,95	8	6	10,90	44,31	40	27	19,41
Cataluña	12,99	8	1	14,77	43,78	40	27	21,04
Comunidad Valenciana	12,66	9	5	13,29	40,77	36	33	19,01
Extremadura	11,84	9	2*	11,03	44,78	42	38	18,11
Galicia	16,39	12	1	17,39	43,90	40	32	19,85
Comunidad de Madrid	16,35	10	1	31,31	39,18	35	32	18,35
Murcia	10,89	8	1	12,01	39,91	34	33	18,61
C. F. de Navarra	18,43	15	15	16,31	43,72	39	27	18,60
País Vasco	15,19	12	6*	13,36	41,83	37	30*	18,93
La Rioja	6,34	2	1	10,70	54,26	61	57*	24,66
Ceuta	5,73	3	0	12,59	37,62	35	21	18,06
Melilla	18,16	11	7	18,49	38,16	38	48	15,64

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 40. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y edad en años de los pacientes ingresados en **CDM 19**, por comunidades autónomas para el **sexo femenino**, 2002.

CCAA	Estancia				Edad			
	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	15,52	10	4	22,60	43,15	41	38	16,86
Aragón	13,31	10	5	13,63	51,13	47	39	22,00
P. de Asturias	12,05	8	3	19,53	48,95	46	46	19,03
I. Baleares	11,03	8	7	10,78	42,37	38	30*	18,41
Canarias	19,96	14	7	26,85	43,58	42	42	16,02
Cantabria	17,31	12	3*	20,24	56,85	58	78	21,66
Castilla y León	13,04	10	8	13,93	49,22	47	66	19,78
Castilla La Mancha	11,78	9	8	11,68	47,43	44	34	19,94
Cataluña	14,60	10	1	16,30	48,09	45	40	22,55
Comunidad Valenciana	12,48	8	4	14,44	45,80	42	35	19,70
Extremadura	12,56	9	8	11,66	48,63	48	58	20,54
Galicia	16,52	12	1	18,09	49,76	48	36	20,90
Comunidad de Madrid	18,20	11	1	37,27	44,76	43	44	20,37
Murcia	11,72	8	1	11,91	46,13	41	37	19,92
C. F. de Navarra	20,46	15	5	18,32	49,66	47	35	19,70
País Vasco	15,60	12	1	13,68	47,15	44	39	20,45
La Rioja	6,41	3	1	8,12	56,08	58	78	25,29
Ceuta	5,80	3,50	2	6,58	44,28	41	29	21,66
Melilla	21,57	12,50	22	26,94	43,86	46	50*	17,14

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

En 15 de las 19 comunidades autónomas las estancias medias de las mujeres son superiores a las de los hombres, siendo estas diferencias mayores para las siguientes comunidades: Melilla (donde se dan más de 3 días de diferencia, 3,41), Navarra (con algo más de dos días, 2,03), la Comunidad de Madrid (1,85) y Cataluña (1,61).

Se observa, además, que en todas las comunidades autónomas la mujer tiene una edad media, en el momento del ingreso, superior a la del hombre (en todos los casos, excepto en la Rioja, se superan los 3 años). Las diferencias respecto a la edad son más amplias (superando los 6 años) en Murcia, Cantabria, Ceuta y Principado de Asturias (donde se aprecia una diferencia respecto a la edad de ingreso entre hombres y mujeres de casi 7 años).

VI.4.3.2. CDM 20.

Tabla 41. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20, por comunidades autónomas para el **sexo masculino**, 2002.

CCAA	Estancia				Edad			
	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	10,29	8	1	10,08	38,44	37	34*	12,66
Aragón	8,21	7	1	6,62	39,96	40	38*	14,54
P. de Asturias	7,67	7	1	6,59	43,53	41	35	13,04
I. Baleares	7,72	5	4	8,44	40,75	38	28*	13,16
Canarias	11,44	8	7	13,25	40,56	39	34	11,93
Cantabria	11,11	11	12	6,96	46,91	46	46	12,04
Castilla y León	9,10	8	7	7,30	42,28	42	33	11,87
Castilla La Mancha	7,64	7	7	6,38	40,46	38	36	12,95
Cataluña	8,36	8	1	7,25	40,62	39	35	12,44
Comunidad Valenciana	7,29	6	2	6,16	37,97	36	34	12,65
Extremadura	8,61	7	6	6,24	43,75	43	36*	12,56
Galicia	12,00	10	9	11,70	42,66	41,50	39	12,51
Comunidad de Madrid	12,07	11	14	17,40	40,87	39	40	11,92
Murcia	7,72	6	6	5,92	40,93	39	33	12,78
C. F. de Navarra	8,92	8	10	6,86	41,21	40	40*	11,60
País Vasco	9,63	8	8	7,52	41,45	39	38	12,87
La Rioja	10,27	10	5	6,33	49,80	52	24*	14,47
Ceuta	4	1,50	1	5,94	40,33	38	38	14,46
Melilla	9,25	6	2	9,84	40,88	37,50	23*	14,01

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 42. Media, mediana, moda y desviación estándar de las estancias en días y edad en años de los pacientes ingresados en CDM 20, por comunidades autónomas para el **sexo femenino**, 2002.

CCAA	Estancia				Edad			
	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	10,80	7	4	11,82	40,03	37	36	14,39
Aragón	8,72	8	8	6,79	42,91	40	36	13,89
P. de Asturias	7,61	7	1*	5,75	42,36	40	34	15,50
I. Baleares	7,69	6	1	6,03	42,87	39	25*	19,18
Canarias	10,44	8	7	8,99	39,67	37,50	37	13,14
Cantabria	10,53	10	11	6,35	45,71	45	44*	16,42
Castilla y León	10,32	9	9	8,29	43,53	42	34	16,01
Castilla La Mancha	11,51	9	9	18,68	36,83	37	41	15,32
Cataluña	8,44	8	1	6,65	40,27	39	40	13,83
Comunidad Valenciana	7,78	7	2	6,65	39,34	36	32	16,52
Extremadura	9,25	5,50	5	9,70	42,08	38	34	12,02
Galicia	11,10	9	9	10,14	45,58	43	46	14,82
Comunidad de Madrid	12,95	11	14	14,53	40,64	39	38	13,14
Murcia	8,39	9	1*	5,52	38,59	37	34	16,23
C. F. de Navarra	10,43	9	10	7,32	41,40	39,50	46	11,05
País Vasco	8,67	8	8	7,20	42,51	40,50	46	14,62
La Rioja	7	7	4*	4,24	38	38	38	0
Ceuta	1,50	1,50	0*	1,29	43,50	43	37*	5,97
Melilla	7,50	7,50	2*	7,77	40	40	32*	11,31

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

En la CDM 20, las diferencias en función del sexo, son menores atendiendo a los días de estancia y a la edad de los pacientes ingresados. En este caso, a diferencia de lo que ocurría en la CDM 19, en 10 CCAA la edad de ingreso en el hombre es superior a la de la mujer.

VI.4.4. Diagnósticos más Frecuentes.

A continuación se analizan las mismas variables y se muestran las medidas de tendencia central en los diagnósticos más relevantes, dada su frecuencia, a saber: 295 (trastornos esquizofrénicos), 296 (psicosis afectivas) y 300 (trastornos neuróticos).

En los casos en los que desconocemos asignación de sexo se especifica, en el total, entre paréntesis, la cifra bajo la que se ha obtenido las medidas de tendencia central en relación a la estancia y a la edad de los pacientes ingresados.

Tabla 43. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	2525	17,73	12	4	26,24	37,06	37	36	10,43	
	Mujeres	956	20,23	14	4	24,24	40,71	40	40	12,02	
	Total	3481(3487)	18,41	13	4	25,71	38,06	38	40	11,00	
Aragón	Hombres	278	16,20	12	7	14,62	35,67	35	32	11,26	
	Mujeres	203	16,14	13	6	13,13	40,33	38	35*	12,01	
	Total	481	16,18	13	7	13,99	37,64	37	36*	11,80	
P. de Asturias	Hombres	394	15,96	10	5	30,50	36,40	35	25	11,81	
	Mujeres	156	16,63	12	1	15,79	43,32	41	41	14,67	
	Total	550	16,15	10	5*	27,13	38,37	37	25	13,05	
I. Baleares	Hombres	381	16,30	11	7	17,37	34,89	32	26	11,19	
	Mujeres	188	14,95	11,50	2	13,59	37,94	37	35*	11,10	
	Total	569	15,85	11	7	16,22	35,90	35	26	11,24	
Canarias	Hombres	617	24,58	16	7	39,36	35,30	35	35	10,85	
	Mujeres	263	23,45	15	7	28,88	40,62	40	42	13,37	
	Total	880(881)	24,22	16	7	36,52	36,88	35	32	11,91	
Cantabria	Hombres	75	17,99	15	14	14,64	35,97	36	23*	11,34	
	Mujeres	41	19,37	16	9*	14,66	38,07	36	22	14,08	
	Total	116	18,47	15,50	20	14,60	36,72	36	22*	12,36	
Castilla y León	Hombres	526	14,32	11	10	12,08	37,87	37	36	10,89	
	Mujeres	277	15,25	13	14	10,94	42,63	41	32*	14,51	
	Total	803	14,64	12	9*	11,70	39,51	38	32	12,46	
C. La Mancha	Hombres	294	14,46	11	6	13,66	37,15	37	26*	11,71	
	Mujeres	188	17,30	14	10	13,96	41,14	39	37	12,35	
	Total	482	15,57	12	6	13,83	38,71	37	37	12,11	
Cataluña	Hombres	786	19,58	16	1	17,26	34,04	32	26	11,71	
	Mujeres	504	21,74	17,50	1	19,14	39,95	38,50	40	14,59	
	Total	1290	20,42	16	1	18,04	36,35	34	34	13,23	
C. Valenciana	Hombres	872	16,49	12	13	16,18	35,18	33	28	11,24	
	Mujeres	492	17,78	13	6	19,37	39,01	39	40	11,67	
	Total	1364	16,96	12	6	17,40	36,56	35	28	11,54	
Extremadura	Hombres	123	13,58	10	7	12,64	37,28	35	31	11,43	
	Mujeres	54	18,50	13	6*	19,33	35,72	32,50	31	10,04	
	Total	177	15,08	11	6	15,12	36,81	35	31	11,02	
Galicia	Hombres	654	22,33	17	14	21,01	36,23	34	32	12,33	
	Mujeres	332	23,08	19	14	19,25	42,44	40	30	15,44	
	Total	986	22,58	17	14	20,43	38,32	35	32	13,76	
C. de Madrid	Hombres	1116	23,63	14	7	45,28	34,91	34	34	10,73	
	Mujeres	570	24,88	17	14	35,54	41,52	41	44	13,23	
	Total	1686	24,05	15	7	42,24	37,15	35	35	12,05	
Murcia	Hombres	212	15,16	11	11	16,98	32,76	31	26	9,63	
	Mujeres	77	19,64	15	11	17,16	36,64	37	40	9,45	
	Total	289	16,35	12	11	17,11	33,79	32	26*	9,72	
C. F. Navarra	Hombres	160	20,49	17	15	15,32	36,20	34,50	33	12,07	
	Mujeres	103	22,84	19	19*	18,36	43,85	44	35*	15,30	
	Total	263	21,41	18	15	16,58	39,20	36	33*	13,91	
País Vasco	Hombres	655	18,97	16	14	13,88	33,45	32	26	10,41	
	Mujeres	321	20,78	18	16	14,04	38,05	36	36	13,31	
	Total	976	19,57	16	14	13,95	34,97	33	26	11,64	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	18	5,33	4	0*	5,47	35,61	35,50	35	6,49	
	Mujeres	3	11,33	10	5*	7,09	43	42	38*	5,56	
	Total	21	6,19	4	0*	5,93	36,67	36	35	6,77	
Melilla	Hombres	18	18,06	12,50	5	16,50	41,78	46	48	7,48	
	Mujeres	2	51	51	22*	41,01	49	49	41*	11,31	
	Total	20	21,35	14,50	5	20,85	42,50	46	48	7,85	
España	Hombres	9704	18,74	13	7	26,40	35,78	35	26	11,08	
	Mujeres	4730	20,23	15	14	22,35	40,50	39	40	13,19	
	Total	14434(14441)	19,22	14	7	25,15	37,32	36	35	12,02	

A excepción de Aragón, Baleares y Canarias, para el resto de las comunidades, las estancias medias de las mujeres son superiores a la de los hombres (si nos fijamos en la mediana, sólo Canarias rompería la regla). Como se puede apreciar, la edad de ingreso es mayor para las mujeres, lo que ocurre en todas las comunidades autónomas exceptuando, únicamente, Extremadura.

Tabla 44. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	924	17,02	13	8*	17,17	42,75	40	36	13,86	
	Mujeres	1149	18,65	13	4*	28,68	45,79	44	38*	14,13	
	Total	2073(2074)	17,92	13	4	24,24	44,44	43	36	14,08	
Aragón	Hombres	214	15,36	11	0	17,18	49,59	50,50	59	16,13	
	Mujeres	261	16,45	13	0*	16,06	53,13	54	72	18,11	
	Total	475	15,96	12	0	16,56	51,53	52	72	17,32	
P. de Asturias	Hombres	108	11,70	10	5	8,72	45,02	42	42	14,29	
	Mujeres	219	14,27	11	5	13,11	46,33	45	44	14,50	
	Total	327	13,42	11	5	11,89	45,90	44	41*	14,42	
I. Baleares	Hombres	207	14,82	10	7	14,20	43,15	41	31*	14,44	
	Mujeres	278	13,54	10	7	11,56	43,30	41	30	15,58	
	Total	485	14,08	10	7	12,76	43,24	41	41	15,09	
Canarias	Hombres	188	21,93	16	14	35,43	41,55	39	47	14,31	
	Mujeres	287	22,51	16	14	28,92	45,46	44	42	14,07	
	Total	475	22,28	16	14	31,62	43,91	42	42	14,28	
Cantabria	Hombres	23	21,61	18	21	15,02	58,96	60	59*	17,94	
	Mujeres	31	24,74	18	16*	26,89	57,42	57	57*	13,31	
	Total	54	23,41	18	16	22,48	58,07	59	39*	15,31	
Castilla y León	Hombres	284	14,85	12	10	11,91	51,12	49	45	15,73	
	Mujeres	446	17,30	13	7	15,19	54,36	55	66	16,59	
	Total	730	16,35	13	7	14,05	53,10	53	66	16,32	
C. La Mancha	Hombres	165	13,38	11	6*	10,21	46,62	46	51	15,76	
	Mujeres	284	15,48	12	8	14,62	48,81	47,50	34	14,73	
	Total	449	14,71	12	8	13,20	48,01	47	51	15,14	
Cataluña	Hombres	551	20,41	17	1	15,71	47,70	46	27*	17,76	
	Mujeres	845	21,61	19	1	16,30	51,18	50	35*	17,54	
	Total	1396	21,14	18	1	16,08	49,81	49	40	17,70	
C. Valenciana	Hombres	446	15,82	13	8	12,76	41,61	39	38	15,47	
	Mujeres	551	16,38	13	7	13,56	44,54	43	43	14,88	
	Total	997	16,13	13	7	13,21	43,22	41	40	15,21	
Extremadura	Hombres	117	14,74	12	11	10,19	46,50	44	38	14,87	
	Mujeres	151	13,85	11	7	10,57	54,40	58	66	15,33	
	Total	268	14,24	11	7*	10,40	50,96	51	38	15,61	
Galicia	Hombres	285	20,54	17	14	16,40	48,90	47	68	17,45	
	Mujeres	408	24,94	18	13	25,58	51,59	51	70	16,02	
	Total	693	23,13	17	14	22,36	50,49	49	47	16,67	
C. de Madrid	Hombres	558	21,01	15	6	27,34	45,30	45	49	16,57	
	Mujeres	790	24,13	17	0*	48,65	49,19	49	45	16,10	
	Total	1348	22,83	16	18	41,20	47,58	47	45	16,40	
Murcia	Hombres	87	13,61	11	7*	10,92	41,38	37	32	16,95	
	Mujeres	113	15,73	13	9	11,70	47,86	46	37	16,85	
	Total	200	14,81	13	7	11,39	45,04	42	37	17,15	
C. F. Navarra	Hombres	101	25,82	22	7	21,30	46,50	44	41	16,14	
	Mujeres	121	27,43	23	14	19,35	49,86	47	41*	16,91	
	Total	222	26,70	22	26	20,23	48,33	46,50	41	16,61	
País Vasco	Hombres	353	18,01	15	7*	14,22	45,35	42	34	17,26	
	Mujeres	470	20,82	18	14	15,65	49	47	39	16,78	
	Total	823	19,62	17	14	15,11	47,44	45	44	17,07	
La Rioja	Hombres	1	16	16	16	-	85	85	85	-	
	Mujeres	2	11	11	2*	12,72	71,50	71,50	70*	2,12	
	Total	3	12,67	16	2*	9,45	76	73	70*	7,93	
Ceuta	Hombres	14	7	6,50	0	5,98	33,50	32,50	25	9,54	
	Mujeres	14	8,36	7	7	7,66	47,71	43	41	15,66	
	Total	28	7,68	7	7	6,78	40,61	39,50	25*	14,64	
Melilla	Hombres	8	24,13	12	7	27,42	39,25	38	30*	7,77	
	Mujeres	7	26,57	14	8*	26,02	36	34	18*	16,94	
	Total	15	25,27	14	7*	25,84	37,73	35	30*	12,49	
España	Hombres	4634	17,79	14	14	18,40	45,31	43	38	16,11	
	Mujeres	6427	19,57	15	7	25,72	48,71	47	44	16,13	
	Total	11061(11062)	18,82	14	14	22,95	47,28	46	38	16,21	

Igualmente, para el diagnóstico 296, a excepción de Baleares, Extremadura y La Rioja, la estancia media es mayor en las mujeres que en los hombres. Respecto a la edad en el momento del ingreso, es mayor en las mujeres en todas las comunidades autónomas menos en Cantabria, La Rioja y Melilla.

Tabla 45. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	335	9,30	6	1	11,44	40,50	38	28	15,46	
	Mujeres	630	10,48	7	3	13,10	42,43	42,50	27*	15,55	
	Total	965	10,07	7	1	12,56	41,76	41	45	15,54	
Aragón	Hombres	71	8,66	6	4	7,75	50,52	49	49*	20,41	
	Mujeres	204	10,40	7	3	12,24	52,14	49	39	21,81	
	Total	275	9,95	7	2*	11,26	51,72	49	39	21,43	
P. de Asturias	Hombres	105	6,11	4	1	6,45	47,47	46	36*	18,06	
	Mujeres	174	7,65	6	3	6,61	50,73	49	43*	16,32	
	Total	279	7,07	5	1	6,58	49,50	48	36	17,04	
I. Baleares	Hombres	69	11,57	7	1	17,83	41,39	38	49	17,52	
	Mujeres	119	7,50	5	3	7,16	41,57	40	38	15,61	
	Total	188	8,99	6	1*	12,32	41,51	38	49	16,29	
Canarias	Hombres	73	10,75	7	4	9,33	41,85	38	31*	16,66	
	Mujeres	120	13,39	10	8	14,74	42,62	42,50	41*	14,02	
	Total	193	12,39	8	8	13,00	42,33	41	51	15,03	
Cantabria	Hombres	8	6	2,50	1	6,94	38,50	34,50	13*	24,37	
	Mujeres	41	14,95	9	3*	25,05	55,32	56	32*	19,21	
	Total	49	13,49	8	3	23,27	52,57	53	70	20,82	
Castilla y León	Hombres	141	8,99	8	9	8,29	48,06	49	67	19,08	
	Mujeres	305	10,43	8	2*	13,20	48,13	48	42*	18,09	
	Total	446	9,97	8	2	11,88	48,11	48	52*	18,39	
C. La Mancha	Hombres	84	7,75	6	2	7,61	40,88	39	39	18,13	
	Mujeres	194	7,37	6	4	7,29	45,13	43,50	48*	18,11	
	Total	278	7,49	6	4	7,38	43,85	42	39	18,19	
Cataluña	Hombres	270	8,39	4	1	11,32	41,32	40	54	21,57	
	Mujeres	527	9,04	5	1	13,72	42,48	41	16	21,31	
	Total	797	8,82	5	1	12,95	42,09	40	16	21,39	
C. Valenciana	Hombres	151	6,28	4	2	7,17	41,67	37	33	19,64	
	Mujeres	287	7,80	5	2*	9,07	43,09	41	37	19,08	
	Total	438	7,28	5	2	8,49	42,60	40	37	19,27	
Extremadura	Hombres	55	8,24	6	4	8,18	46,53	43	37*	19,18	
	Mujeres	104	9,01	7	5*	8,13	45,33	45	57	17,71	
	Total	159	8,74	6	4	8,13	45,74	45	57	18,18	
Galicia	Hombres	151	12,07	8	3	12,56	44,21	43	67	20,27	
	Mujeres	343	11,34	9	7	11,38	47,73	47	36	18,12	
	Total	494	11,56	8	3	11,75	46,66	46	36	18,85	
C. de Madrid	Hombres	268	10,08	6	1	13,69	36,78	35	12	18,98	
	Mujeres	494	13,01	8	4	19,75	42,98	41,50	44	19,17	
	Total	762	11,98	7	2*	17,90	40,80	40	44	19,32	
Murcia	Hombres	64	7,50	5	4	7,40	43,66	40	31	19,46	
	Mujeres	118	7,12	6	6	5,84	45,96	42	38*	16,79	
	Total	182	7,25	6	6	6,42	45,15	41	31*	17,75	
C. F. Navarra	Hombres	28	16,82	15	2	10,78	42,21	40	60	15,67	
	Mujeres	40	13,28	8	5	17,47	51,25	51,50	48	18,90	
	Total	68	14,74	11,50	2	15,08	47,53	48	38	18,08	
País Vasco	Hombres	145	10,82	7	6	9,40	47,52	45	37	18,46	
	Mujeres	236	10,12	7	1	9,43	49,31	49	51	18,39	
	Total	381	10,39	7	7	9,41	48,63	48	37*	18,41	
La Rioja	Hombres	4	2,25	2,50	3	0,95	36,25	34,50	5*	33,61	
	Mujeres	14	3,64	2,50	2	3,12	41,57	39,50	11	23,17	
	Total	18	3,33	2,50	2	2,82	40,39	39,50	11*	24,80	
Ceuta	Hombres	8	16,38	2	0*	38,80	36,88	27,50	26	19,02	
	Mujeres	14	2,43	2	2	2,40	32,36	27,50	41*	13,68	
	Total	22	7,50	2	2	23,50	34	27,50	26	15,53	
Melilla	Hombres	4	10,75	8,50	2*	9,43	49,75	52,50	22*	20,66	
	Mujeres	3	1,33	1	0*	1,52	45,33	50	32*	11,71	
	Total	7	6,71	3	0*	8,40	47,86	52	22*	16,27	
España	Hombres	2034	9,25	6	1	11,14	42,58	40	37	19,10	
	Mujeres	3967	10,05	7	1	13,14	45,20	44	44	18,63	
	Total	6001	9,78	7	1	12,50	44,31	43	38	18,83	

En general, las mujeres permanecen más tiempo ingresadas que los hombres. En relación a la otra variable analizada, la edad de ingreso sigue siendo superior en las mujeres, lo que se cumple en la mayoría de las CCAA. Por el contrario, en Extremadura, Ceuta y Melilla, la edad de ingreso de los hombres es superior a la de las mujeres.

A continuación, se analizan los datos en función del diagnóstico principal, profundizando en el nivel de análisis, considerando el cuarto dígito de la CIE-9-MC en los casos más relevantes.

VI.5. Entidades Diagnósticas más Relevantes: Análisis del Cuarto Dígito de la CIE 9-MC.

VI.5.1.El Diagnóstico Principal 295: Trastornos Esquizofrénicos.

Como hemos visto anteriormente, el número de ingresos por esta rúbrica es de 14441, de los cuales 9704 son hombres y 4730 mujeres, representando el 67,2% y 32,8% respectivamente respecto al total de ingresos por dicha patología (sólo en 7 casos desconocemos la adscripción de género). Como hemos visto, la mayor incidencia de dicho diagnóstico se da en las Islas Baleares (63,96). Para todas las comunidades autónomas la razón hombre/mujer es superior a 1, encontrándose en los casos de Ceuta y Melilla una razón muy superior, de 6 y 9 respectivamente.

La tasa de incidencia anual y su distribución por comunidades autónomas y razón de género queda reflejada en la tabla 46:

Tabla 46. Distribución por CCAA de las tasas de incidencia, por 100.000 habitantes, y razón hombre/mujer de los episodios de hospitalización, según diagnóstico principal 295 CIE-9-MC, 2002.

CCAA	TI	R H/M
Andalucía	47,08	2,64
Aragón	39,75	1,36
P. de Asturias	51,83	2,52
I. Baleares	63,96	2,02
Canarias	48,9	2,34
Cantabria	21,59	1,82
Castilla y León	32,68	1,89
Castilla La Mancha	27,15	1,56
Cataluña	20,09	1,55
C. Valenciana	32,29	1,77
Extremadura	16,7	2,27
Galicia	36,56	1,96
C. de Madrid	30,65	1,95
Murcia	23,77	2,75
C. F. Navarra	46,94	1,55
País Vasco	46,8	2,04
La Rioja	0	-
Ceuta	29,38	6
Melilla	30,04	9

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

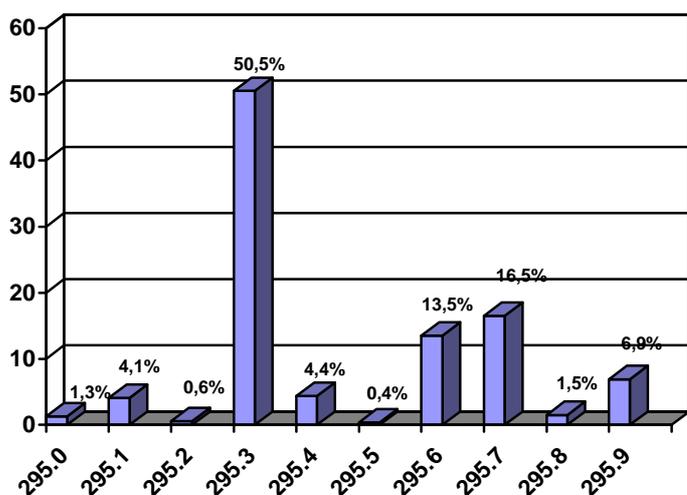
Tabla 47. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos, 2002.

Diagnóstico Principal	Descripción	Frecuencia	Porcentaje
2950	Tipo Simple	202	1,39
2951	Tipo Desorganizado	594	4,11
2952	Tipo Catatónico	91	0,63
2953	Tipo Paranoide	7.302	50,56
2954	Episodio Esquizofrénico Agudo	645	4,46
2955	Esquizofrenia Latente	66	0,45
2956	Esquizofrenia Residual	1.935	13,53
2957	Tipo Esquizoafectivo	2.388	16,53
2958	Otros Tipos Especificados	217	1,50
2959	Esquizofrenia No Especificada	1.001	6,93

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Se observa como el 50,5% de los episodios de hospitalización de los trastornos esquizofrénicos son del tipo paranoide. Tras él en segundo y tercer lugar se encuentran el tipo esquizoafectivo (16,5%) y la esquizofrenia residual (13,5%), figura 13.

Figura 13. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización, en los distintos tipos de trastornos esquizofrénicos, según CIE-9-MC.



Por sexos los tipos de trastornos esquizofrénicos se distribuyen según la tabla siguiente (tabla 48):

Tabla 48. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos, según género, y expresados en porcentajes entre paréntesis, 2002.

Diagnóstico Principal	Descripción	Hombres	Mujeres
2950	Tipo Simple	137 (67,8)	65 (32,2)
2951	Tipo Desorganizado	321 (54,04)	269 (45,28)
2952	Tipo Catatónico	54 (59,34)	37 (40,65)
2953	Tipo Paranoide	5353 (73,30)	1947 (26,66)
2954	Episodio Esquizofrénico Agudo	446 (69,14)	198 (30,69)
2955	Esquizofrenia Latente	40 (60,60)	26 (39,39)
2956	Esquizofrenia Residual	1340 (69,25)	595 (30,74)
2957	Tipo Esquizoafectivo	1199 (50,20)	1189 (49,79)
2958	Otros Tipos Especificados	147 (67,74)	70 (32,25)
2959	Esquizofrenia No Especificada	667 (66,63)	334 (33,36)

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

En todos los tipos de trastornos esquizofrénicos se dan más ingresos masculinos que femeninos siendo esta diferencia mayor en el tipo paranoide y en la esquizofrenia residual y menor en el tipo esquizoafectivo.

A continuación hemos estudiado la distribución total, por comunidades autónomas, de los tipos de trastornos esquizofrénicos, según CIE 9-MC, los resultados se expresan en la tabla 49. Los porcentajes se obtienen respecto al total de episodios de hospitalización del diagnóstico principal 295 para cada comunidad y género (tabla 50 y 51).

Tabla 49. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos, por comunidades autónomas, y expresados en porcentajes, 2002.

CCAA	2950	2951	2952	2953	2954	2955	2956	2957	2958	2959
Andalucía	1,49	5,24	0,86	53,31	3,41	0,28	13,70	15,25	0,71	5,70
Aragón	0,62	2,28	1,45	29,93	6,86	0	16,00	32,64	2,70	7,48
P. de Asturias	1,09	3,27	0	58	2,36	0,54	14,54	8	2,36	9,81
I. Baleares	1,05	2,63	0	46,04	14,93	0,17	7,55	21,26	0,87	5,44
Canarias	1,02	2,49	0,56	56,07	5,90	0,56	11,23	13,62	3,40	5,10
Cantabria	1,72	2,58	0	42,24	4,31	1,72	35,34	4,31	6,89	0,86
Castilla y León	0,49	6,47	0,12	44,83	3,23	0,99	18,92	19,42	0,25	5,23
Castilla La Mancha	0,41	2,49	0,21	48,75	3,32	0,21	13,48	19,50	1,66	9,96
Cataluña	3,10	3,56	0,39	48,45	4,96	0,31	10,62	21,47	1,16	5,97
C. Valenciana	1,17	6,67	0,73	45,89	2,05	0,07	13,42	17,52	0,81	11,66
Extremadura	0	0	1,69	46,33	3,39	0	22,60	14,12	2,26	9,60
Galicia	2,43	4,97	0,40	49,49	4,46	1,93	10,55	16,63	1,93	7,20
C. de Madrid	0,89	1,90	0,41	60,38	3,08	0,35	16,96	10,32	1,01	4,68
Murcia	1,73	3,11	2,08	37,37	4,84	0	10,03	19,38	2,42	19,03
C. F. Navarra	0,38	3,04	1,52	45,63	4,18	0,38	6,46	27,38	1,90	9,12
País Vasco	1,74	4,40	0,82	50,61	7,68	0,51	9,94	14,86	3,59	5,84
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	57,14	9,52	0	4,76	19,05	0	9,52
Melilla	0	0	0	35	0	0	30	15	0	20
Total	1,40	4,11	0,63	50,56	4,46	0,46	13,40	16,54	1,50	6,93

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 50. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos, por comunidades autónomas, y expresados en porcentajes, para el **sexo masculino**.

CCAA	2950	2951	2952	2953	2954	2955	2956	2957	2958	2959
Andalucía	1,70	3,32	0,67	60,27	3,44	0,08	0,13	11,72	0,59	5,11
Aragón	0,72	2,88	1,80	33,81	7,19	0	17,62	26,62	3,60	5,75
P. de Asturias	1,27	3,30	0	61,42	2,54	0,76	13,45	3,81	2,79	10,66
I. Baleares	1,31	1,84	0	52,23	15,48	0	7,61	15,75	1,31	4,46
Canarias	1,13	2,27	0,32	59,48	5,51	0,65	11,51	10,69	3,56	4,86
Cantabria	2,66	2,66	0	45,33	4	1,33	33,33	4	5,33	1,33
Castilla y León	0,38	5,89	0,19	43,91	3,42	0,95	23,95	15,21	0	6,08
Castilla La Mancha	0,68	2,04	0,34	54,08	4,76	0	13,94	14,62	1,36	8,16
Cataluña	3,18	3,43	0,51	54,32	6,23	0,13	9,66	15,52	1,14	5,85
C. Valenciana	0,69	4,35	0,46	50,34	1,95	0,11	15,13	13,07	0,69	13,19
Extremadura	0	0	0,81	41,46	3,25	0	30,08	10,57	2,44	11,38
Galicia	2,14	4,28	0,46	51,53	4,89	2,44	11,77	13,15	1,98	7,34
C. de Madrid	0,98	2,06	0,45	63,44	3,04	0,09	16,84	7,44	0,98	4,66
Murcia	1,41	2,83	1,88	38,20	4,71	0	11,79	15,56	2,36	21,22
C. F. Navarra	0,62	3,12	0	53,75	2,5	0,62	8,12	20	2,5	8,75
País Vasco	1,37	4,43	1,07	54,65	7,48	0,76	9,46	11,29	3,82	5,65
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	61,11	11,11	0	5,55	16,66	0	5,55
Melilla	0	0	0	38,88	0	0	27,77	11,11	0	22,22
Total	1,42	3,33	0,56	55,59	4,63	0,41	13,91	11,67	1,52	6,92

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 51. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Esquizofrénicos, por comunidades autónomas, y expresados en porcentajes, para el **sexo femenino**.

CCAA	2950	2951	2952	2953	2954	2955	2956	2957	2958	2959
Andalucía	0,94	9,94	1,36	35,14	3,24	0,83	15,48	24,68	1,04	7,32
Aragón	0,49	1,48	0,98	24,63	6,40	0	13,79	40,89	1,48	9,85
P. de Asturias	0,64	3,20	0	49,36	1,92	0	17,31	18,59	1,28	7,69
I. Baleares	0,53	4,25	0	33,51	13,83	0,53	7,45	32,44	0	7,45
Canarias	0,76	3,04	1,14	47,91	6,84	0,38	10,65	20,53	3,04	5,70
Cantabria	0	2,44	0	36,58	4,88	2,44	39,02	4,88	9,76	0
Castilla y León	0,72	7,58	0	46,57	2,89	1,08	9,39	27,44	0,72	3,61
Castilla La Mancha	0	3,19	0	40,42	1,06	0,53	12,76	27,13	2,13	12,76
Cataluña	2,97	3,77	0,20	39,28	2,97	0,59	29,90	30,75	1,19	6,15
C. Valenciana	2,03	10,77	1,22	38,01	2,23	0	10,36	25,41	1,02	8,94
Extremadura	0	0	3,70	57,41	3,70	0	5,55	22,22	1,85	5,55
Galicia	3,01	6,32	0,30	45,48	3,61	0,90	8,13	23,49	1,81	6,93
C. de Madrid	0,70	1,58	0,35	54,38	3,16	0,88	17,19	15,96	1,05	4,74
Murcia	2,60	3,90	2,60	35,06	5,19	0	5,19	29,87	2,60	12,99
C. F. Navarra	0	2,91	3,88	33,01	6,80	0	3,88	38,83	0,97	9,71
País Vasco	2,49	4,36	0,31	42,37	8,10	0	10,90	22,12	3,11	6,23
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	33,33	0	0	0	33,33	0	33,33
Melilla	0	0	0	0	0	0	50	50	0	0
Total	1,37	5,68	0,78	41,16	4,18	0,55	12,58	25,13	1,48	7,06

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Como era de esperar, en todas las comunidades, a excepción de Aragón, el peso de la mayoría de los ingresos recae en el tipo paranoide. En dicha comunidad el tipo esquizoafectivo es la causa de ingreso más frecuente, siendo la segunda causa de ingreso en la mayoría de las comunidades a excepción de Asturias, Cantabria, Extremadura, C. Madrid y Melilla, donde toma más peso la esquizofrenia residual. Por sexos, se aprecian algunas diferencias: en los hombres, en todas las comunidades, el diagnóstico por excelencia es el paranoide, seguido indistintamente por el tipo residual y esquizoafectivo (a excepción de Murcia donde el segundo diagnóstico más frecuente es la esquizofrenia no especificada) en las mujeres, en cinco comunidades (Aragón, Cantabria, Navarra, Ceuta y Melilla), la primera causa de ingreso se distribuye, principalmente, entre la esquizofrenia residual y el trastorno esquizoafectivo. En el resto de las CCAA el segundo diagnóstico más frecuente se sitúa en mayor medida en el trastorno esquizoafectivo que en el residual.

A continuación se analizan las variables estancia y edad para cada subtipo de la categoría estudiada:

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 52. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.0.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	43	13,95	14	17	9,30	34,16	33	28	8,50	
	Mujeres	9	17,56	18	9*	7,60	34,44	29	29	11,30	
	Total	52	14,58	14	17	9,07	34,21	33	28	8,92	
Aragón	Hombres	2	41,50	41,50	40*	2,12	42	42	18*	33,94	
	Mujeres	1	6	6	6	-	46	46	46	-	
	Total	3	29,67	40	6*	20,55	43,33	46	18*	24,11	
P. de Asturias	Hombres	5	9,80	7	4*	6,97	27,40	24	22*	6,42	
	Mujeres	1	6	6	6	-	24	24	24	-	
	Total	6	9,17	6,50	4*	6,43	26,83	24	24	5,91	
I. Baleares	Hombres	5	8,20	7	0	9,52	30,40	28	28	3,28	
	Mujeres	1	4	4	4	-	35	35	35	-	
	Total	6	7,50	5,50	0	8,68	31,17	31	28	3,48	
Canarias	Hombres	7	42,86	17	2*	60,03	38,43	34	34	12,70	
	Mujeres	2	35	35	19*	22,62	44	44	31*	18,38	
	Total	9	41,11	19	2*	52,71	39,67	34	34	13,01	
Cantabria	Hombres	2	23,50	23,50	20*	4,95	21,50	21,50	20*	2,12	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	23,50	23,50	20*	4,95	21,50	21,50	20*	2,12	
Castilla y León	Hombres	2	13,50	13,50	13*	0,70	28,50	28,50	21*	10,60	
	Mujeres	2	11	11	7*	5,65	25,50	25,50	24*	2,12	
	Total	4	12,25	13,50	7*	3,59	27	25,50	21*	6,48	
C. La Mancha	Hombres	2	16,50	16,50	13*	4,95	48	48	27*	29,69	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	16,50	16,50	13*	4,95	48	48	27*	29,69	
Cataluña	Hombres	25	22,52	16	28	18,21	35,12	31	26	13,76	
	Mujeres	15	19,60	16	14	11,78	32,93	35	36	8,68	
	Total	40	21,43	16	14*	16,00	34,30	34	26*	12,03	
C. Valenciana	Hombres	6	14,83	3,50	1	28,62	28	26,50	20*	7,92	
	Mujeres	10	15,10	8,50	8	17,75	35,50	36,50	20	14,60	
	Total	16	15	7,50	1	21,50	32,69	29,50	20	12,76	
Extremadura	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Galicia	Hombres	14	19,29	17	16*	12,91	32,29	32,50	32	4,48	
	Mujeres	10	21	24	3*	12,82	36,10	34	42	13,44	
	Total	24	20	18	9*	12,62	33,88	33	32*	9,26	
C. de Madrid	Hombres	11	15,82	14	14	11,25	35	32	32*	13,10	
	Mujeres	4	11,50	8	3*	11,09	28,25	25,50	23	7,54	
	Total	15	14,67	12	14	10,98	33,20	32	32*	12,01	
Murcia	Hombres	3	22,67	21	1*	22,54	25,67	29	29	5,77	
	Mujeres	2	7	7	6*	1,41	42,50	42,50	40*	3,53	
	Total	5	16,40	8	1*	18,11	32,40	29	29	10,23	
C. F. Navarra	Hombres	1	18	18	18	-	30	30	30	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	18	18	18	-	30	30	30	-	
País Vasco	Hombres	9	30,11	25	18	23,63	29,89	26	26	7,72	
	Mujeres	8	11,88	9,50	5	8,35	37,13	37,50	45	8,93	
	Total	17	21,53	18	5*	19,94	33,29	34	26	8,86	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	137	19,22	14	14	20,24	33,33	32	28	10,73	
	Mujeres	65	16,55	14	3*	12,54	34,75	35	23*	10,97	
	Total	202	18,36	14	14	18,13	33,79	33	28	10,80	

Tabla 53. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.1.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias			Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	84	19,12	16	18*	15,30	29,62	28	26	7,12
	Mujeres	95	17,55	14	3*	16,41	34,52	35	30	8,29
	Total	179(183)	18,21	15	15	15,84	32,32	31	30	8,06
Aragón	Hombres	8	13,75	13,50	16	5,31	27,38	30	30	3,62
	Mujeres	3	25,33	16	14*	17,92	43,33	37	37	10,97
	Total	11	16,91	14	16	10,64	31,73	30	30	9,42
P. de Asturias	Hombres	13	17,62	7	7	20,95	29,54	28	28	9,02
	Mujeres	5	29	18	14*	24,39	22,40	21	21	3,13
	Total	18	20,78	14,50	7	21,85	27,56	27,50	28	8,40
I. Baleares	Hombres	7	19,14	21	21	13,15	24,29	25	15*	7,22
	Mujeres	8	27,63	12	11	31,10	38,63	40	40	2,82
	Total	15	23,67	13	11*	24,02	31,93	35	40	9,01
Canarias	Hombres	14	29,64	15,50	12	34,19	29,93	27	35	10,62
	Mujeres	8	26,50	23,50	7	20,43	33,75	32,50	29	8,51
	Total	22	28,50	17,50	7*	29,41	31,32	29	21*	9,87
Cantabria	Hombres	2	31	31	20*	15,55	23	23	23	0,00
	Mujeres	1	33	33	33	-	22	22	22	-
	Total	3	31,67	33	20*	11,06	22,67	23	23	0,57
Castilla y León	Hombres	31	19,90	13	8*	23,76	36,45	35	25*	11,66
	Mujeres	21	19,52	16	14	8,19	29,24	24	18	14,99
	Total	52	19,75	14	14	18,93	33,54	29	18	13,45
C. La Mancha	Hombres	6	20,17	16	4*	17,12	28,33	22,50	19*	11,55
	Mujeres	6	17,33	18,50	6*	6,05	37	32	32	15,58
	Total	12	18,75	17,50	6*	12,33	32,67	32	32	13,83
Cataluña	Hombres	27	27,78	16	1*	25,84	33,15	31	31*	9,06
	Mujeres	19	28,58	26	1*	26,43	30,37	26	19*	11,97
	Total	46	28,11	21,50	1	25,80	32	31	23*	10,33
C. Valenciana	Hombres	38	20,11	13	5*	18,44	28,87	27	27	7,51
	Mujeres	53	15,13	11	5	12,65	32,49	33	20	10,58
	Total	91	17,21	11	5	15,44	30,98	29	27	9,55
Extremadura	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Galicia	Hombres	28	20,71	16	7	14,70	28,14	27	18*	7,16
	Mujeres	21	31,81	21	21*	33,91	25,14	25	18	8,22
	Total	49	25,47	17	7*	25,13	28,86	27	18	7,70
C. de Madrid	Hombres	23	23,91	12	0*	36,61	22,09	22	11	9,48
	Mujeres	9	13,11	11	11	9,34	26,22	26	19*	4,57
	Total	32	20,88	11,50	1	31,59	23,25	24	11	8,53
Murcia	Hombres	6	29,83	14	15	42,29	28,50	29	29	3,33
	Mujeres	3	14	15	3*	10,53	28	22	19*	13,07
	Total	9	24,56	15	15	34,76	28,33	29	29	7,05
C. F. Navarra	Hombres	5	26,60	15	1*	32,02	34,40	34	34	8,84
	Mujeres	3	18	23	4*	12,28	41,67	35	35	11,54
	Total	8	23,38	19	4	25,47	37,13	35	35	9,84
País Vasco	Hombres	29	23,97	18	2*	22,07	29,03	27	26	5,97
	Mujeres	14	24,57	24	2*	14,27	28,71	28,50	18*	7,10
	Total	43	24,16	18	2*	19,69	28,93	28	26	6,28
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	Hombres	321	21,64	15	6	22,09	29,59	28	26	8,73
	Mujeres	269	20,22	15	4	18,91	32,09	32	29	10,27
	Total	590(594)	20,95	15	6	20,66	30,77	29	30	9,52

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 54. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.2.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	17	28,29	27	27*	21,85	38,59	33	27*	15,55	
	Mujeres	13	27,08	23	4	23,17	44,08	49	42	15,02	
	Total	30	27,77	23,50	4	22,05	40,97	42	22*	15,31	
Aragón	Hombres	5	32,20	34	34	19,51	45,20	41	30*	12,57	
	Mujeres	2	5	5	4*	1,41	49,50	49,50	35*	20,50	
	Total	7	24,43	34	34	20,74	46,43	41	30*	13,41	
P. de Asturias	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
I. Baleares	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Canarias	Hombres	2	71	71	58*	18,38	36,50	36,50	27*	13,43	
	Mujeres	3	18	19	15*	2,64	48,33	48	48	0,57	
	Total	5	39,20	20	15*	30,50	43,60	48	48	9,34	
Cantabria	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Castilla y León	Hombres	1	78	78	78	-	42	42	42	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	78	78	78	-	42	42	42	-	
C. La Mancha	Hombres	1	23	23	23	-	18	18	18	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	23	23	23	-	18	18	18	-	
Cataluña	Hombres	4	19,50	16,50	1*	21,01	22,50	23	14*	6,60	
	Mujeres	1	35	35	35	-	47	47	47	-	
	Total	5	22,60	30	1*	19,47	27,40	24	14*	12,36	
C. Valenciana	Hombres	4	18,25	19,50	6*	10,14	62	62	57*	5,77	
	Mujeres	6	47,83	44	27*	20,51	44,67	47	53	9,26	
	Total	10	36	31	6*	22,39	51,60	53	53*	11,78	
Extremadura	Hombres	1	23	23	23	-	64	64	64	-	
	Mujeres	2	42	42	16*	36,77	36	36	26*	14,14	
	Total	3	35,67	23	16*	28,21	45,33	46	26*	19,00	
Galicia	Hombres	3	11,67	16	16	7,50	57	57	57	0,00	
	Mujeres	1	14	14	14	-	51	51	51	-	
	Total	4	12,25	15	16	6,23	55,50	57	57	3	
C. de Madrid	Hombres	5	39,80	22	4*	48,99	24,80	22	22	5,21	
	Mujeres	2	17,50	17,50	15*	3,53	33	33	30*	4,24	
	Total	7	33,43	20	4*	41,48	27,14	24	22	6,09	
Murcia	Hombres	4	14,75	16,50	5*	7,41	22,50	20	19	5,74	
	Mujeres	2	12	12	4*	11,31	52	52	50*	2,82	
	Total	6	13,83	16,50	20	7,78	32,33	26	19	15,92	
C. F. Navarra	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	4	21	19	11*	10,10	75,50	75,50	75*	0,57	
	Total	4	21	19	11*	10,10	75,50	75,50	75*	0,57	
País Vasco	Hombres	7	25,57	18	6*	19,32	33,86	28	27*	17,34	
	Mujeres	1	25	25	25	-	33	33	33	-	
	Total	8	25,50	21,50	6*	17,89	33,75	28,50	27*	16,06	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	54	28,35	22,50	16	24,76	37,76	30,50	27	16,58	
	Mujeres	37	27,14	20	4	20,84	47,57	49	42	14,98	
	Total	91	27,86	22	4	23,13	41,75	42	22	16,59	

Tabla 55. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.3.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	1522	18,13	12	4	30,30	37,29	37	36	9,80	
	Mujeres	336	22,38	15	9	26,68	40,91	40	38*	12,63	
	Total	1858(1859)	18,90	13	4	29,71	37,95	38	36	10,46	
Aragón	Hombres	94	18,44	13,50	7*	17,79	38,38	38,50	47	10,30	
	Mujeres	50	17,72	15	7	14,57	43,82	42	48	12,49	
	Total	144	18,19	14	7	16,69	40,27	39,50	33*	11,37	
P. de Asturias	Hombres	242	17,99	10,50	3*	37,37	36,89	35	25	11,50	
	Mujeres	77	16,84	13	9	13,94	44,64	41	38*	13,98	
	Total	319	17,71	11	9	33,24	38,76	37	25*	12,57	
I. Baleares	Hombres	199	17,43	12	4	18,31	35,50	33	43	11,02	
	Mujeres	63	14,92	13	2*	11,04	39,14	37	38	12,88	
	Total	262	16,82	12,50	4*	16,86	36,38	35	26*	11,57	
Canarias	Hombres	367	22,26	15	7	25,60	35,86	35	33	10,59	
	Mujeres	126	24,67	15	7	25,90	40,80	38	33	13,99	
	Total	494	22,84	15	7	25,66	37,10	35	33	11,75	
Cantabria	Hombres	34	17,06	14	14*	15,71	34,56	34	34	7,34	
	Mujeres	15	25,13	22	13	17,50	40,47	37	22*	14,76	
	Total	49	19,53	16	3*	16,53	36,37	34	26*	10,40	
Castilla y León	Hombres	231	14,48	12	11	10,91	37,25	36	36	10,22	
	Mujeres	129	15,43	13	5	13,03	45,40	43	40	13,17	
	Total	360	14,82	12	11	11,71	40,17	38	36	12,00	
C. La Mancha	Hombres	159	13,86	11	6*	12,77	36,06	35	32	9,93	
	Mujeres	76	17,72	13	9	15,62	40,64	40,50	45	11,07	
	Total	235	15,11	11	9	13,84	37,54	36	36*	10,51	
Cataluña	Hombres	427	20,09	16	1	17,76	33,54	31	26	11,60	
	Mujeres	198	22,27	18	1	18,43	40,44	39	40	14,07	
	Total	625	20,78	17	1	17,99	35,73	33	26	12,83	
C. Valenciana	Hombres	439	17,28	13	11	14,93	34,13	33	28	10,24	
	Mujeres	187	18,36	13	6	21,65	39,72	40	40*	10,99	
	Total	626	17,61	13	11	17,20	35,80	34	28	10,77	
Extremadura	Hombres	51	16,24	12	7	14,49	35,84	33	31	11,42	
	Mujeres	31	18,84	14	6	21,67	33,61	31	31	8,81	
	Total	82	17,22	13	6*	17,47	35	32	31	10,51	
Galicia	Hombres	337	23,76	17	14	21,24	36,06	34	26	11,93	
	Mujeres	151	25,56	20	17	20,09	44,78	41	41	14,78	
	Total	488	24,32	19	14	20,89	38,76	36	25*	13,49	
C. de Madrid	Hombres	708	23,02	14	7	41,55	34,84	34	34	9,85	
	Mujeres	310	24,36	17	14	30,10	41,69	41	44	13,03	
	Total	1018	23,43	15	7	38,41	36,93	35	35	11,36	
Murcia	Hombres	81	14,16	11	11	11,47	33,47	32	26	8,93	
	Mujeres	27	17,37	14	10	10,61	35,96	35	23*	10,62	
	Total	108	14,96	11,50	11*	11,30	34,09	33	26*	9,39	
C. F. Navarra	Hombres	86	20,64	17	15	16,46	36,08	34	26*	11,81	
	Mujeres	34	19,24	17,50	2*	14,39	41,91	37,50	34	14,86	
	Total	120	20,24	17	15	15,85	37,73	35	36	12,95	
País Vasco	Hombres	358	19,69	17	14	12,97	34,78	33	38	10,48	
	Mujeres	136	20,18	18	16	12,21	41,18	37	34*	14,57	
	Total	494	19,83	17	14*	12,75	36,54	34	38	12,08	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	11	5,09	4	4	4,82	35,82	35	35	6,53	
	Mujeres	1	5	5	5	-	42	42	42	-	
	Total	12	5,08	4	4	4,60	36,33	35	35	6,48	
Melilla	Hombres	7	15,43	13	5*	10,35	41	40	49	7,95	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	7	15,43	13	5*	10,35	41	40	49	7,95	
España	Hombres	5353	19,22	14	7	26,92	35,85	35	26	10,49	
	Mujeres	1947	21,15	16	9	22,19	41,47	40	40	13,26	
	Total	7300(7302)	19,73	14	7	25,76	37,35	36	36	11,56	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 56. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.4.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	87	14,16	11	5*	13,22	27,31	25	21	9,21	
	Mujeres	31	18,94	15	8	13,57	39,10	36	27	15,16	
	Total	118(119)	15,34	12	8	13,39	30,34	27	21	12,15	
Aragón	Hombres	20	12	8	1	11,06	33,75	35	38	11,29	
	Mujeres	13	16,23	14	2	14,63	38,54	36	18*	14,90	
	Total	33	13,67	12	1	12,54	35,64	36	38	12,83	
P. de Asturias	Hombres	10	12,30	12	6*	5,59	28,60	25,50	23*	8,38	
	Mujeres	3	11	8	1*	11,79	41,33	31	22*	26,08	
	Total	13	12	11	8	6,85	31,54	26	23*	14,04	
I. Baleares	Hombres	59	10,80	7	2	11,50	25,58	24	24	6,04	
	Mujeres	26	9,23	9	5*	4,02	29,88	30	27	6,00	
	Total	85	10,32	7	2	9,83	26,89	26	23*	6,31	
Canarias	Hombres	34	16,35	14	6*	8,75	28,71	28	17	9,40	
	Mujeres	18	13,89	12,50	14	10,37	31,28	29	18*	9,95	
	Total	52	15,50	13,50	6*	9,31	29,60	28,50	18	9,58	
Cantabria	Hombres	3	12,67	18	1*	10,11	31,33	35	18*	11,93	
	Mujeres	2	18,50	18,50	9*	13,43	25,50	25,50	15*	14,84	
	Total	5	15	18	1*	10,32	29	35	15*	11,68	
Castilla y León	Hombres	18	13,17	9,50	4	14,08	32,17	28,50	25*	15,28	
	Mujeres	8	10,13	9	9	5,86	39,38	36	34*	14,11	
	Total	26	12,23	9	4*	12,11	34,38	31,50	25*	15,03	
C. La Mancha	Hombres	14	14,21	11,50	6	11,78	30,79	26	26	11,69	
	Mujeres	2	22,50	22,50	19*	4,95	26	26	23*	4,24	
	Total	16	15,25	15	6	11,39	30,19	26	26	11,06	
Cataluña	Hombres	49	19,76	18	18	12,74	23,94	23	23	6,62	
	Mujeres	15	16,67	18	11	7,42	23,93	21	20	6,56	
	Total	64	19,03	18	18*	11,73	23,94	23	20*	6,55	
C. Valenciana	Hombres	17	14,24	12	6*	10,98	27,41	25	20*	8,65	
	Mujeres	11	25,36	20	1*	16,74	45	40	40	16,52	
	Total	28	18,61	16,50	19	14,34	34,32	29,50	40	14,90	
Extremadura	Hombres	4	12,25	7	7	12,58	26	25	20*	6,05	
	Mujeres	2	5,50	5,50	2*	4,95	33	33	33	0,0	
	Total	6	10	7	7	10,58	28,33	30	33	5,92	
Galicia	Hombres	32	16,50	14	14	10,04	28,16	24,50	21	12,66	
	Mujeres	12	18,33	18	21	10,08	34	31	53	13,68	
	Total	44	17	14	14	9,97	29,75	25	21	13,05	
C. de Madrid	Hombres	34	16,74	15	11	10,95	26,53	23	17	11,13	
	Mujeres	18	15,72	15	11	9,22	32,83	31	17*	12,30	
	Total	52	16,38	15	11	10,30	28,71	25,50	17	11,82	
Murcia	Hombres	10	32,30	16,50	20	51,06	25,80	26	19	6,17	
	Mujeres	4	30,25	21,50	9*	27,02	30,50	34	18*	8,42	
	Total	14	31,71	17,50	20	44,43	27,14	27	19*	6,90	
C. F. Navarra	Hombres	4	23,50	20,50	14*	11,67	34	29	25*	12,83	
	Mujeres	7	17,29	15	1*	11,78	42	42	21*	13,73	
	Total	11	19,55	15	15	11,57	39,09	37	21*	13,37	
País Vasco	Hombres	49	15,59	13	12*	9,37	25,67	24	19	5,79	
	Mujeres	26	21,62	18	21	15,72	34,38	30,50	16*	14,53	
	Total	75	17,68	14	12	12,20	28,69	26	19	10,51	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	2	6	6	3*	4,24	29,50	29,50	23*	9,19	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	6	6	3*	4,24	29,50	29,50	23*	9,19	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	446	15,27	13	14	13,81	27,32	25	23	9,37	
	Mujeres	198	16,82	14	9	12,58	34,46	33	27*	13,40	
	Total	644(645)	15,73	13	14	13,45	29,50	27	23	11,25	

Tabla 57. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.5.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias			Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	2	7,50	7,50	7*	0,70	24	24	24	0,00
	Mujeres	8	12,38	11,50	5	8,14	44,25	37	37	15,08
	Total	10	11,40	9,50	5	7,47	40,20	37	37	15,81
Aragón	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P. de Asturias	Hombres	3	13,33	15	5*	7,63	29	29	29	0,00
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	3	13,33	15	5*	7,63	29	29	29	0,00
I. Baleares	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	1	12	12	12	-	38	38	38	-
	Total	1	12	12	12	-	38	38	38	-
Canarias	Hombres	4	7,75	8	13	6,07	42,25	39	33*	11,61
	Mujeres	1	35	35	35	-	31	31	31	-
	Total	5	13,20	13	13	13,27	40	34	31*	11,24
Cantabria	Hombres	1	11	11	11	-	41	41	41	-
	Mujeres	1	38	38	38	-	42	42	42	-
	Total	2	24,50	24,50	11*	19,09	41,50	41,50	41*	0,70
Castilla y León	Hombres	5	24,80	17	8*	21,81	52,60	59	26*	17,95
	Mujeres	3	17	20	7*	8,88	48,67	42	38*	15,14
	Total	8	21,88	18,50	20	17,62	51,13	51	66	15,93
C. La Mancha	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	1	17	17	17	-	42	42	42	-
	Total	1	17	17	17	-	42	42	42	-
Cataluña	Hombres	1	1	1	1	-	46	46	46	-
	Mujeres	3	13,33	11	8*	6,80	43,33	52	20*	20,42
	Total	4	10,25	9,50	1*	8,30	44	49	20*	16,73
C. Valenciana	Hombres	1	19	19	19	-	31	31	31	-
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	1	19	19	19	-	31	31	31	-
Extremadura	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Galicia	Hombres	16	16,75	15,50	17	12,69	32,75	32	32	7,12
	Mujeres	3	16,33	16	12*	4,50	41	42	38*	2,64
	Total	19	16,68	16	17	11,68	34,05	34	32*	7,25
C. de Madrid	Hombres	1	11	11	11	-	31	31	31	-
	Mujeres	5	11,80	13	3*	5,26	40,80	41	22*	13,55
	Total	6	11,67	12,50	3*	4,71	39,17	39,50	22*	12,76
Murcia	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C. F. Navarra	Hombres	1	11	11	11	-	20	20	20	-
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	1	11	11	11	-	20	20	20	-
País Vasco	Hombres	5	15,40	13	13	4,93	23,40	19	18	10,43
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	5	15,40	13	13	4,93	23,40	19	18	10,43
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	Hombres	40	15,20	13	13	12,15	34,42	32	29*	12,56
	Mujeres	26	15,38	13,50	12	8,80	42,69	41,50	37*	12,56
	Total	66	15,27	13	13	10,88	37,68	37	42	13,11

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 58. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.6.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	330	17,84	13	8	17,12	43,53	43	43	10,22	
	Mujeres	148	18,30	11	4	24,63	45,58	45	45	11,80	
	Total	478	17,99	13	8	19,73	44,16	43	45	10,77	
Aragón	Hombres	49	13,47	9	9	12,34	34,59	34	32*	11,84	
	Mujeres	28	16,18	13,50	1*	13,14	43,14	42	36*	13,18	
	Total	77	14,45	11	2	12,62	37,70	36	32*	12,94	
P. de Asturias	Hombres	53	9,83	7	2	12,96	42	41	41	11,16	
	Mujeres	27	11,41	6	1*	14,23	49,59	43	41	13,16	
	Total	80	10,36	6	2*	13,33	44,56	42	41	12,33	
I. Baleares	Hombres	29	12,41	8	7	19,71	44,79	41	56*	10,97	
	Mujeres	14	27,50	20	20*	18,68	45,36	44	44	8,66	
	Total	43	17,33	11	7	20,44	44,98	44	44	10,17	
Canarias	Hombres	71	24,73	15	5*	46,16	38,01	37	32*	10,13	
	Mujeres	28	17,86	16,50	17*	12,71	43,86	44	42	14,65	
	Total	99	22,79	16	10*	39,70	39,67	39	42	11,81	
Cantabria	Hombres	25	19,32	15	14	15,24	42,04	40	40	14,03	
	Mujeres	16	13,25	10,50	2*	10,90	43,56	41,50	34*	12,18	
	Total	41	16,95	14	14*	13,89	42,63	41	45	13,20	
Castilla y León	Hombres	126	12,57	10	9	8,48	41,07	41	31	10,18	
	Mujeres	26	13	13	13	6,35	45	44	31	16,61	
	Total	152	12,64	11	9	8,14	41,74	41	31	11,56	
C. La Mancha	Hombres	41	12,41	9	4*	12,80	43,05	42	39	10,59	
	Mujeres	24	15,21	11,50	6*	11,94	49,13	43,50	37	13,31	
	Total	65	13,45	10	6	12,47	45,29	42	42	11,94	
Cataluña	Hombres	76	15,46	14	1	12,46	39,22	37	26*	13,50	
	Mujeres	61	20,90	17	1*	21,01	47	41	40	17,95	
	Total	137	17,88	15	1	16,96	42,69	40	40	16,05	
C. Valenciana	Hombres	132	14,80	10	3*	17,78	41,47	40	34*	13,52	
	Mujeres	51	11,49	10	5	8,36	43,96	40	40	12,12	
	Total	183	13,88	10	5	15,78	42,16	40	33	13,16	
Extremadura	Hombres	37	10,35	7	2	11,40	40,35	43	44	9,05	
	Mujeres	3	28	21	13*	19,46	53,33	53	42*	11,50	
	Total	40	11,68	7,50	2	12,71	41,33	43	44	9,71	
Galicia	Hombres	77	21,12	15	2*	26,93	44,82	42	34	11,87	
	Mujeres	27	12,22	10	7*	7,08	47,81	43	30*	15,10	
	Total	104	18,81	13	2*	23,73	45,60	42,50	34	12,78	
C. de Madrid	Hombres	188	28,33	13,50	4*	70,66	40,53	41	43	10,74	
	Mujeres	98	25,91	13,50	4*	44,05	48,16	49	43*	11,70	
	Total	286	27,50	13,50	4*	62,75	43,15	43	43	11,63	
Murcia	Hombres	25	9,32	8	8*	7,70	39,08	39	39*	11,21	
	Mujeres	4	30,25	33	9*	15,52	38,25	34,50	31	10,37	
	Total	29	12,21	8	9	11,43	38,97	39	39*	10,92	
C. F. Navarra	Hombres	13	16,08	14	3*	11,46	39,69	40	48	11,98	
	Mujeres	4	11	9	5*	7,34	46,50	47	47	4,93	
	Total	17	14,88	12	3*	10,65	41,29	44	40*	11,01	
País Vasco	Hombres	62	16,66	13	1*	15,37	37,63	36,50	32	9,43	
	Mujeres	35	18,60	15	15	14,38	42,54	40	40	13,01	
	Total	97	17,36	14	5	14,97	39,40	39	32	11,05	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	1	7	7	7	-	42	42	42	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	7	7	7	-	42	42	42	-	
Melilla	Hombres	5	20	12	5*	20,94	47,40	48	48	1,34	
	Mujeres	1	80	80	80	-	41	41	41	-	
	Total	6	30	16	5*	30,83	46,33	48	48	2,87	
España	Hombres	1340	17,77	11	7	32,33	41,34	41	43	11,30	
	Mujeres	595	18,45	13	5	24,64	45,97	44	42	13,28	
	Total	1935	17,98	12	7	30,17	42,76	42	42	12,13	

Tabla 59. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.7.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias			Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	296	17,15	12	1	18,20	36,17	36	26	10,12
	Mujeres	236	18,97	13	4	20,48	40,68	40	40	9,87
	Total	532	17,96	12,50	1	19,25	38,17	38	40	10,25
Aragón	Hombres	74	16,31	12,50	15	13,05	35,54	36,50	41	11,60
	Mujeres	83	15,28	12	6	11,90	38,49	37	38	10,40
	Total	157	15,76	12	15	12,43	37,10	37	41	11,05
P. de Asturias	Hombres	15	13,40	10	10	9,87	32,33	31	33	10,21
	Mujeres	29	19,62	16	17	18,91	39,52	37	27*	12,75
	Total	44	17,50	13	10	16,54	37,07	33,50	33	12,32
I. Baleares	Hombres	60	20,85	13	4	18,90	40,25	39,50	50	9,64
	Mujeres	61	13,20	10	10	11,89	38,43	37	37	10,95
	Total	121	16,99	11	1	16,16	39,33	37	37	10,32
Canarias	Hombres	66	30,89	19,50	7	35,30	36,71	35	35	11,80
	Mujeres	54	28,31	14,50	12	46,91	42,33	41,50	41	12,26
	Total	120	29,73	18	7*	40,77	39,24	37,50	32*	12,28
Cantabria	Hombres	3	15	16	4*	10,53	33,67	36	24*	8,73
	Mujeres	2	16	16	4*	16,97	24	24	21*	4,24
	Total	5	15,40	16	4	11,30	29,80	27	21*	8,40
Castilla y León	Hombres	80	13,90	10,50	12	11,01	36,83	36	41	10,81
	Mujeres	76	14,70	13	11	8,28	40,70	41	41	13,14
	Total	156	14,29	12	10*	9,76	38,71	37,50	41	12,12
C. La Mancha	Hombres	43	15,53	10	8	15,14	41,33	38	37	12,83
	Mujeres	51	14,88	12	8*	9,22	40,94	37	37*	12,73
	Total	94	15,18	11	8	12,22	41,12	37,50	37	12,71
Cataluña	Hombres	122	20,29	15,50	1	16,51	37,75	36	35*	10,77
	Mujeres	155	22,60	19	1	19,24	40,54	38	30	13,33
	Total	277	21,58	18	1	18,09	39,31	37	30	12,33
C. Valenciana	Hombres	114	16,44	12	7	16,05	36,43	34	33	9,84
	Mujeres	125	19,04	14	10	17,80	39,19	39	38*	10,72
	Total	239	17,80	13	7	17,00	37,87	37	34*	10,38
Extremadura	Hombres	13	15,31	11	9*	11,23	37,92	31	27	14,67
	Mujeres	12	16,42	14,50	29	11,59	35,42	33,50	26*	9,25
	Total	25	15,84	13	4*	11,18	36,72	31	27	12,19
Galicia	Hombres	86	24,08	19,50	17	23,73	38,42	35,50	32	12,26
	Mujeres	78	22,96	20	14	15,61	43,33	40,50	31	14,92
	Total	164	23,55	20	14*	20,23	40,76	37	32	13,77
C. de Madrid	Hombres	83	21,55	14	2*	21,21	33,29	32	28	11,82
	Mujeres	91	27,71	21	21	42,68	40,67	40	40	11,85
	Total	174	24,78	18,50	2	34,21	37,15	38	41	12,37
Murcia	Hombres	33	17,76	14	22	13,33	33,12	29	26	11,02
	Mujeres	23	15,48	14	6*	9,26	36,74	38	40	8,65
	Total	56	16,82	14	6*	11,79	34,61	33,50	40	10,19
C. F. Navarra	Hombres	32	23	22,50	23	13,61	40,56	39	39*	13,22
	Mujeres	40	27,60	20	17	21,12	45,85	48	24*	14,28
	Total	72	25,56	20,50	17	18,20	43,50	43	24	13,98
País Vasco	Hombres	74	19,19	15,50	5*	14,11	34,38	33,50	39	10,86
	Mujeres	71	22,23	21	8*	13,43	35,18	33	27*	9,84
	Total	145	20,68	18	10	13,82	34,77	33	39	10,35
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	3	7	2	0*	10,44	36,33	36	30*	6,50
	Mujeres	1	19	19	19	-	49	49	49	-
	Total	4	10	10,50	19	10,42	39,50	39,50	30*	8,26
Melilla	Hombres	2	35,50	35,50	16*	27,57	47	47	47	0,00
	Mujeres	1	22	22	22	-	57	57	57	-
	Total	3	31	22	16*	21,00	50,33	47	47	5,77
España	Hombres	1199	19,05	14	4*	18,90	36,65	36	26	11,08
	Mujeres	1189	20,21	15	10	22,29	40,18	39	40	11,87
	Total	2388	19,63	14	10	20,66	38,40	37	41	11,62

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 60. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.8.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	15	24,73	16	16	38,75	30,27	33	34	5,03	
	Mujeres	10	16,70	16,50	4	11,47	38	32	32	13,36	
	Total	25	21,52	16	4*	30,68	33,36	32	34	9,83	
Aragón	Hombres	10	16,10	13	12*	7,93	27,70	28	23*	5,07	
	Mujeres	3	6	6	5*	1	26,33	26	19*	7,50	
	Total	13	13,77	12	5*	8,18	27,38	27	23*	5,39	
P. de Asturias	Hombres	11	22,91	12	7*	22,52	32,18	30	18	13,82	
	Mujeres	2	46,50	46,50	29*	24,74	53	53	28*	35,35	
	Total	13	26,54	20	7*	23,50	35,38	30	18	18,01	
I. Baleares	Hombres	5	12,20	11	6*	6,61	29,80	32	22*	5,26	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	5	12,20	11	6*	6,61	29,80	32	22*	5,26	
Canarias	Hombres	22	54,95	24	13*	138,90	28,77	25	21	10,00	
	Mujeres	8	18,75	19,50	1*	11,08	44,63	43,50	31	15,09	
	Total	30	45,30	22,50	24	119,44	33	30	21	13,35	
Cantabria	Hombres	4	10,75	11	3*	6,60	31,25	31	19*	12,12	
	Mujeres	4	16,25	13	7*	10,99	23,50	23,50	21*	2,38	
	Total	8	13,50	12,50	3*	8,89	27,38	24	19*	9,08	
Castilla y León	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	2	28	28	7*	29,69	39,50	39,50	38*	2,12	
	Total	2	28	28	7*	29,69	39,50	39,50	38*	2,12	
C. La Mancha	Hombres	4	25,50	17	10*	21,93	41	42,50	59	20,92	
	Mujeres	4	24,50	19,50	14*	13,96	40	34,50	29*	15,03	
	Total	8	25	18	18	17,02	40,50	34,50	59	16,87	
Cataluña	Hombres	9	24,56	16	3*	21,08	37	37	32	10,07	
	Mujeres	6	22,33	12	1*	22,21	35,50	37	37	6,34	
	Total	15	23,67	15	13*	20,77	36,40	37	37	8,54	
C. Valenciana	Hombres	6	9,17	8	1*	6,96	35,17	35,50	23*	8,93	
	Mujeres	5	12,80	10	7*	6,14	28,40	32	33	6,84	
	Total	11	10,82	10	10	6,55	32,09	32	32*	8,43	
Extremadura	Hombres	3	14,33	8	6*	12,74	31,33	23	21*	16,19	
	Mujeres	1	10	10	10	-	51	51	51	-	
	Total	4	13,25	9	6*	10,62	36,25	36,50	21*	16,48	
Galicia	Hombres	13	19,31	14	1*	15,80	32,54	32	18*	12,43	
	Mujeres	6	34,83	21,50	15	29,06	44,50	44,50	19*	22,38	
	Total	19	24,21	16	15*	21,35	36,32	32	18*	16,58	
C. de Madrid	Hombres	11	22,55	23	11*	7,29	33,73	31	27*	7,63	
	Mujeres	6	46,33	8	1	79,30	35	27	19*	24,75	
	Total	17	30,94	20	1	46,21	34,18	31	22*	15,10	
Murcia	Hombres	5	12	11	1*	10,86	28,80	27	27	8,31	
	Mujeres	2	70	70	21*	69,29	42,50	42,50	41*	2,12	
	Total	7	28,57	21	21	40,98	32,71	27	27	9,56	
C. F. Navarra	Hombres	4	18,50	17,50	7*	10,47	30	28	21*	10,13	
	Mujeres	1	34	34	34	-	33	33	33	-	
	Total	5	21,60	20	7*	11,41	30,60	33	33	8,87	
País Vasco	Hombres	25	19,04	16	11	13,16	28,80	27	18*	10,79	
	Mujeres	10	28,70	17	9	30,49	33,70	29,50	29	11,00	
	Total	35	21,80	16	9	19,70	30,20	28	29	10,92	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	147	24,67	16	12	56,89	31,10	29	21	10,25	
	Mujeres	70	25,76	16	7	31,35	37,04	32,50	32	15,01	
	Total	217	25,02	16	12	50,02	33,02	31	21*	12,28	

Tabla 61. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 295.9.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	129	14,77	9	3*	24,20	33,12	33	24	10,67	
	Mujeres	70	22,91	15	4	36,21	38,80	35	35	13,60	
	Total	199	17,63	12	4	29,17	35,12	34	35	12,06	
Aragón	Hombres	16	9,31	7,50	2	7,52	31,38	29	29	9,45	
	Mujeres	20	17,45	14,50	5*	14,11	36,90	38,50	35	10,91	
	Total	36	13,83	11	2	12,21	34,44	35	35	10,52	
P. de Asturias	Hombres	42	12,40	10	8*	9,06	34,67	30,50	27	13,28	
	Mujeres	12	12	8,50	4	10,97	39,17	37,50	34	14,25	
	Total	54	12,31	9,50	4	9,41	35,67	31,50	27	13,49	
I. Baleares	Hombres	17	15,24	12	4*	13,40	31,47	30	25*	8,59	
	Mujeres	14	14,50	8	8	12,87	37,79	37,50	28*	9,02	
	Total	31	14,90	9	8	12,95	34,32	35	30	9,21	
Canarias	Hombres	30	18,23	16	15*	10,48	32,03	31,50	31	10,23	
	Mujeres	15	17,27	15	11*	12,78	38,20	40	43	10,60	
	Total	45	17,91	15	24	11,16	34,09	34	43	10,65	
Cantabria	Hombres	1	40	40	40	-	22	22	22	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	40	40	40	-	22	22	22	-	
Castilla y León	Hombres	32	12,66	10	10	8,82	35,06	32,50	30	9,90	
	Mujeres	10	15,90	13	4*	12,42	48,40	45	72	19,43	
	Total	42	13,43	10	10*	9,73	38,24	33	30	13,78	
C. La Mancha	Hombres	24	16,38	14	14	17,27	32	28	24	12,92	
	Mujeres	24	21,58	14	14	19,46	37,63	36,50	28	11,13	
	Total	48	18,98	14	14	18,39	34,81	32	28	12,27	
Cataluña	Hombres	46	12,59	4	1	15,38	31,09	31	34	8,07	
	Mujeres	31	15,19	8	1	20,63	37,32	35	17*	14,36	
	Total	77	13,64	7	1	17,60	33,60	33	34	11,37	
C. Valenciana	Hombres	115	15	10	7	18,47	33,41	31	28	10,74	
	Mujeres	44	17,43	10,50	1*	26,02	37,27	35	32	12,48	
	Total	159	15,67	10	1	20,78	34,48	32	28	11,34	
Extremadura	Hombres	14	10,36	10,50	11	8,74	36,43	30,50	30	10,56	
	Mujeres	3	9,67	10	6*	3,51	37,67	33	29*	11,71	
	Total	17	10,24	10	11	7,98	36,65	31	30	10,39	
Galicia	Hombres	48	20,13	17,50	19	16,88	31,83	29	23*	11,15	
	Mujeres	23	13,52	10	10	11,67	39,96	36	43	16,54	
	Total	71	17,99	15	10	15,62	34,46	32	26*	13,57	
C. de Madrid	Hombres	52	23,10	15	13	28,78	30,58	30	31	9,39	
	Mujeres	27	27,74	14	14	41,32	33,44	34	31	12,06	
	Total	79	24,68	15	13*	33,40	31,56	31	31	10,39	
Murcia	Hombres	45	12,42	11	3*	8,50	31,64	32	26*	8,38	
	Mujeres	10	22,50	20	11*	16,31	37,20	39	39*	5,73	
	Total	55	14,25	11	11	10,89	32,65	32	26*	8,21	
C. F. Navarra	Hombres	14	16,29	12,50	12	9,17	28,36	25,50	23	8,51	
	Mujeres	10	25,80	20	20*	26,11	31,80	28	28*	11,74	
	Total	24	20,25	16	7*	18,37	29,79	27,50	20*	9,89	
País Vasco	Hombres	37	12,54	9	9	9,58	30,84	28	26	8,71	
	Mujeres	20	19,20	16	16	13,96	33,25	30,50	22*	12,64	
	Total	57	14,88	13	8*	11,64	31,68	30	22*	10,21	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	1	0	0	0	-	37	37	37	-	
	Mujeres	1	10	10	10	-	38	38	38	-	
	Total	2	5	5	0*	7,07	37,50	37,50	37*	0,70	
Melilla	Hombres	4	11,50	5,50	2*	14,43	33,50	33	33	4,93	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	4	11,50	5,50	2*	14,43	33,50	33	33	4,93	
España	Hombres	667	15,19	11	8	18,05	32,49	31	26	10,29	
	Mujeres	334	19,28	14	14	25,60	37,54	36	35	13,00	
	Total	1001	16,56	12	8	20,95	34,17	32	35	11,51	

VI.5.2. Diagnóstico Principal 296: Psicosis Afectivas.

Como hemos visto anteriormente, el número de ingresos por esta rúbrica es de 11062. El 41,9% son hombres frente al 58,1% de mujeres. Destaca por alta incidencia las I. Baleares en contraste con la baja incidencia de La Rioja.

Tabla 62. Distribución por CCAA de las tasas de incidencia, por 100.000 habitantes, y razón hombre/mujer de los episodios de hospitalización, según diagnóstico principal 296 CIE-9-MC, 2002.

CCAA	TI	R H/M
Andalucía	28	0,80
Aragón	39,25	0,81
P. de Asturias	30,81	0,49
I. Baleares	54,52	0,74
Canarias	26,37	0,65
Cantabria	10,05	0,74
Castilla y León	29,71	0,63
Castilla La Mancha	25,29	0,58
Cataluña	21,75	0,65
C. Valenciana	23,6	0,80
Extremadura	25,28	0,77
Galicia	25,69	0,69
C. de Madrid	24,5	0,70
Murcia	16,45	0,76
C. F. Navarra	39,62	0,83
País Vasco	39,46	1
La Rioja	1,07	0,5
Ceuta	39,17	1
Melilla	22,53	1,14

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

En este caso, sólo Melilla tiene una razón de masculinidad superior a la unidad.

Tabla 63. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas, 2002.

Diagnóstico Principal	Descripción	Frecuencia	Porcentaje
2960	Trastorno maniaco, episodio único	669	6,04
2961	Trastorno maniaco, episodio recurrente	258	2,33
2962	Trastorno depresivo mayor, episodio único	1498	13,54
2963	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente	2383	21,54
2964	Trastorno afectivo bipolar, maniaco	3574	32,30
2965	Trastorno afectivo bipolar, en fase depresiva	1191	10,76
2966	Trastorno afectivo bipolar, mixto	487	4,40
2967	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	610	5,51
2968	Psicosis maniacodepresiva, otra y no especificada	231	2,08
2969	Otras psicosis y psicosis afectivas no especificadas	161	1,45

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

El diagnóstico más frecuente de ingreso es el trastorno afectivo bipolar, en fase maniaca, seguido del trastorno depresivo mayor, episodio recurrente y episodio único. Ocupando un cuarto puesto, el trastorno bipolar en fase depresiva.

Figura 14. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización, en los distintos tipos de Psicosis Afectivas, según CIE-9-MC.

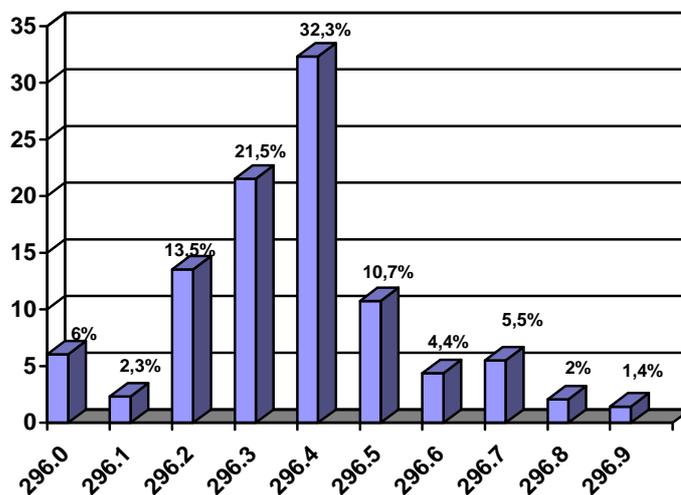


Tabla 64. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas, según género, y expresados en porcentajes entre paréntesis, 2002.

Diagnóstico Principal	Descripción	Hombres	Mujeres
2960	Trastorno maniaco, episodio único	335 (50,07)	334 (49,92)
2961	Trastorno maniaco, episodio recurrente	109 (42,24)	149 (57,75)
2962	Trastorno depresivo mayor, episodio único	677 (45,19)	821 (54,80)
2963	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente	802 (33,66)	1580 (66,33)
2964	Trastorno afectivo bipolar, maniaco	1682 (47,06)	1892 (52,93)
2965	Trastorno afectivo bipolar, en fase depresiva	434 (36,43)	757 (63,56)
2966	Trastorno afectivo bipolar, mixto	156 (32,03)	331 (67,97)
2967	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	268 (43,93)	342 (56,06)
2968	Psicosis maniaco-depresiva, otra y no especificada	99 (42,86)	132 (57,14)
2969	Otras psicosis y psicosis afectivas no especificadas	72 (44,72)	89 (55,28)

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

En todos los tipos de psicosis afectivas, a excepción del trastorno maniaco, episodio único, los ingresos femeninos son superiores a los masculinos siendo esta diferencia mayor en el trastorno afectivo bipolar mixto, trastorno depresivo mayor con episodio recurrente y trastorno bipolar en fase depresiva.

A continuación hemos estudiado la distribución total, por comunidades autónomas, de los tipos de trastornos afectivos, según CIE 9-MC, los resultados se expresan en la tabla 65. Los porcentajes se obtienen respecto al total de episodios de hospitalización del diagnóstico principal 296 para cada comunidad y género (tabla 66 y 67).

Tabla 65. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas, por comunidades autónomas, y expresados en porcentajes, 2002.

CCAA	2960	2961	2962	2963	2964	2965	2966	2967	2968	2969
Andalucía	6,32	3,28	10,65	20,97	35,32	10,41	4,77	5,88	1,20	1,16
Aragón	4,21	2,31	11,58	32	25,68	13,05	3,58	4,63	2,53	0,42
P. de Asturias	3,35	0,61	11,89	24,39	32,01	10,97	5,49	6,70	2,44	1,83
I. Baleares	10,93	4,74	20,21	9,07	32,37	9,28	6,39	5,15	0,62	1,24
Canarias	8,63	3,58	9,47	10,74	48,21	8,21	4,21	4,42	1,68	0,84
Cantabria	5,55	-	20,37	7,41	42,59	12,96	5,55	5,55	-	-
Castilla y León	2,19	0,41	12,46	27,26	35,07	13,29	2,88	1,09	3,83	1,51
Castilla La Mancha	5,12	0,44	12,92	27,17	22,05	12,69	5,34	9,13	4,01	1,11
Cataluña	3,44	0,36	16,04	31,95	25	10,74	4,15	4,58	2,36	1,36
C. Valenciana	6,72	1,40	14,34	13,14	44,63	5,82	2,11	9,03	1,00	1,80
Extremadura	2,98	2,61	13,80	35,82	20,15	10,45	2,98	7,09	1,86	2,24
Galicia	6,49	2,89	16,45	19,48	29,29	10,10	4,18	7,07	1,73	2,31
C. de Madrid	9,79	5,04	11,57	14,84	32,12	12,46	4,23	4,45	3,56	1,93
Murcia	7	2	18	10,5	32,5	9,5	3	10,5	4	3
C. F. Navarra	5,85	0,45	13,96	22,97	32,43	14,86	5,85	2,70	0,90	-
País Vasco	4,74	1,58	15,55	25,52	26,00	12,27	7,29	4,25	1,34	1,46
La Rioja	-	-	66,66	33,33	-	-	-	-	-	-
Ceuta	7,14	-	28,57	7,14	39,28	10,71	-	7,14	-	-
Melilla	20	-	6,66	20	26,66	13,33	13,33	-	-	-
Total	6,05	2,33	13,54	21,54	32,31	10,77	4,40	5,51	2,09	1,45

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 66. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas, por comunidades autónomas, y expresados en porcentajes, para el **sexo masculino**.

CCAA	2960	2961	2962	2963	2964	2965	2966	2967	2968	2969
Andalucía	6,49	2,16	12,66	15,48	40,37	8,33	5,19	6,28	1,62	1,41
Aragón	5,61	3,74	9,81	28,50	30,84	12,15	2,80	4,20	2,34	-
P. de Asturias	5,55	1,85	16,66	21,30	34,26	5,55	3,70	6,48	0,92	5,55
I. Baleares	10,14	6,28	20,77	8,21	38,16	5,31	3,38	5,31	0,97	0,48
Canarias	11,17	3,19	11,17	3,72	54,79	6,38	2,66	5,32	1,06	0,53
Cantabria	8,69	-	34,78	8,69	34,78	13,04	-	-	-	-
Castilla y León	2,46	0,35	14,08	21,83	41,20	11,62	1,76	0,70	4,93	0,78
Castilla La Mancha	8,48	0,60	13,94	23,64	27,88	10,30	4,24	9,70	1,21	-
Cataluña	4,72	0,18	17,60	26,86	29,04	9,07	2,90	5,63	1,99	1,99
C. Valenciana	6,50	1,12	14,35	10,31	49,33	5,38	0,67	9,42	0,90	2,02
Extremadura	5,13	3,42	21,37	23,08	22,22	5,98	3,42	11,96	0,85	2,56
Galicia	7,37	3,51	16,84	15,44	31,93	10,17	3,51	5,61	2,46	3,16
C. de Madrid	12,54	5,91	10,39	12,72	32,79	13,98	2,15	4,30	3,94	1,25
Murcia	9,19	-	20,69	9,19	31,03	10,34	3,45	9,19	4,60	2,30
C. F. Navarra	4,95	0,99	13,86	13,86	38,61	16,83	4,95	3,96	1,98	-
País Vasco	7,65	1,13	16,99	24,64	26,91	9,35	5,38	3,97	1,98	1,98
La Rioja	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	-	-	7,14	-	71,43	7,14	-	14,28	-	-
Melilla	-	-	-	37,5	25	12,5	25	-	-	-
Total	7,23	2,35	14,61	17,31	36,30	9,36	3,37	5,78	2,14	1,55

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 67. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para las Psicosis Afectivas, por comunidades autónomas, y expresados en porcentajes, para el **sexo femenino**.

CCAA	2960	2961	2962	2963	2964	2965	2966	2967	2968	2969
Andalucía	6,18	4,18	9,05	25,33	31,33	12,10	4,44	5,57	0,87	0,96
Aragón	3,06	1,15	13,03	34,86	21,45	13,79	4,21	4,98	2,68	0,77
P. de Asturias	2,28	-	9,59	26,03	31,05	13,70	6,39	6,85	3,20	0,91
I. Baleares	11,51	3,60	19,78	9,71	28,06	12,23	8,63	5,03	0,36	1,08
Canarias	6,97	3,83	8,36	15,33	43,90	9,41	5,23	3,83	2,09	1,04
Cantabria	3,22	-	9,68	6,45	48,39	12,90	9,68	9,68	-	-
Castilla y León	2,02	0,45	11,43	30,72	31,16	14,35	3,59	1,34	3,14	1,79
Castilla La Mancha	3,17	0,35	12,32	29,22	18,66	14,08	5,98	8,80	5,63	1,76
Cataluña	2,60	0,47	15,03	35,26	22,37	11,83	4,97	3,90	2,60	0,95
C. Valenciana	6,90	1,63	14,34	15,43	40,83	6,17	3,27	8,71	1,09	1,63
Extremadura	1,32	1,99	7,95	45,69	18,54	13,91	2,65	3,31	2,65	1,99
Galicia	5,88	2,45	16,18	22,30	27,45	10,05	4,66	8,09	1,22	1,71
C. de Madrid	7,85	4,43	12,40	16,33	31,64	11,39	5,70	4,56	3,29	2,40
Murcia	5,31	3,54	15,93	11,50	33,63	8,85	2,65	11,50	3,54	3,54
C. F. Navarra	6,61	-	14,05	30,58	27,27	13,22	6,61	1,65	-	-
País Vasco	2,55	1,91	14,47	26,17	25,32	14,47	8,72	4,47	0,85	1,06
La Rioja	-	-	50	50	-	-	-	-	-	-
Ceuta	14,28	-	50	14,28	7,14	14,28	-	-	-	-
Melilla	42,86	-	14,28	-	28,57	14,28	-	-	-	-
Total	5,20	2,32	12,77	24,58	29,44	11,78	5,15	5,32	2,05	1,38

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Según género, en los hombres, menos en Extremadura, Melilla y La Rioja (donde es más frecuente el trastorno depresivo mayor) el peso fundamental es para el trastorno bipolar, en fase maniaca. En las mujeres, sin embargo, toma más relevancia el trastorno depresivo mayor.

A continuación se analizan las variables estancia y edad para cada subtipo de la categoría estudiada:

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 68. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.0.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	60	14,20	14	7	9,30	36,15	34	20	13,68	
	Mujeres	71	13,62	11	6	10,99	41,97	39	20*	15,36	
	Total	131	13,89	12	7	10,22	39,31	37	20	14,85	
Aragón	Hombres	12	16	11	8	13,08	28,67	25,50	25	9,63	
	Mujeres	8	17,38	14,50	27	8,99	38,38	32	32	18	
	Total	20	16,55	13,50	8	11,37	32,55	28,50	16*	14,03	
P. de Asturias	Hombres	6	12	11	10	3,28	29,17	26,50	15*	13,01	
	Mujeres	5	25,60	10	4*	26,78	45,80	46	29*	12,47	
	Total	11	18,18	10	10	18,51	36,73	32	15*	14,91	
Balears	Hombres	21	15,67	7	7	18,96	35,24	29	29	12,78	
	Mujeres	32	11,69	10	7*	6,78	32,63	31	30*	12,24	
	Total	53	13,26	9	7	13,02	33,66	30	29	12,40	
Canarias	Hombres	21	14,95	14	8*	8,47	34,33	27	21	15,83	
	Mujeres	20	38,55	15	6	81,33	32,05	31	20	11,86	
	Total	41	26,46	14	6*	57,62	33,22	30	20	13,91	
Cantabria	Hombres	2	15,50	15,50	9*	9,19	26	26	24*	2,82	
	Mujeres	1	11	11	11	-	44	44	44	-	
	Total	3	14	11	9*	7	32	28	24*	10,58	
Castilla y León	Hombres	7	11,86	13	1*	9,00	47,86	51	20*	13,39	
	Mujeres	9	11,56	11	8	9,93	38,67	41	41*	10,60	
	Total	16	11,69	11,50	3*	9,22	42,69	46	47	12,40	
C. La Mancha	Hombres	14	13,43	9,50	6*	17,29	39,64	41	51	12,73	
	Mujeres	9	15,11	11	9	10,16	52,11	55	72	19,11	
	Total	23	14,09	10	9	14,66	44,52	46	51*	16,35	
Cataluña	Hombres	26	19,92	15,50	1*	17,47	33	25,50	24	17,85	
	Mujeres	22	14,68	13,50	0	13,00	32,18	28,50	22*	11,98	
	Total	48	17,52	14,50	1*	15,65	32,63	27	24	15,29	
C. Valenciana	Hombres	29	13,59	13	14	11,06	37,52	31	23	17,30	
	Mujeres	38	14	7,50	5	14,23	44,89	44	20	20,60	
	Total	67	13,82	8	5	12,86	41,70	39	23	19,45	
Extremadura	Hombres	6	16,50	15	7*	9,16	36,50	33	33	11,77	
	Mujeres	2	14,50	14,50	10*	6,36	50,50	50,50	27*	33,23	
	Total	8	16	15	7*	8,15	40	33	33	17,28	
Galicia	Hombres	21	19,81	19	7*	9,63	40	36	21*	17,29	
	Mujeres	24	15,83	13,50	9	12,46	42,38	40	23*	18,35	
	Total	45	17,69	15	7*	11,28	41,27	38	21*	17,70	
C. de Madrid	Hombres	70	17,64	14	14	15,28	33,37	29	19	13,75	
	Mujeres	62	17	15	1*	12,59	46,31	47	58	17,82	
	Total	132	17,34	14	14	14,03	39,45	39	16*	17,02	
Murcia	Hombres	8	16,50	11	11	21,44	32,75	27	18	18,26	
	Mujeres	6	9,17	7	3*	6,70	43,17	33,50	21*	24,29	
	Total	14	13,36	9,50	11	16,70	37,21	32,50	18	20,86	
C. F. Navarra	Hombres	5	17	11	8*	10,32	26,80	28	30	4,14	
	Mujeres	8	25,75	24	8*	16,77	40,63	41,50	33	12,46	
	Total	13	22,38	22	8*	14,80	35,31	33	30*	12,05	
País Vasco	Hombres	27	16,22	10	10	10,37	40,11	38	18*	17,01	
	Mujeres	12	15,42	12,50	12*	11,92	39,50	37,50	20*	14,61	
	Total	39	15,97	12	8*	10,72	39,92	38	32*	16,12	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	2	22,50	22,50	16*	9,19	33,50	33,50	32*	2,12	
	Total	2	22,50	22,50	16*	9,19	33,50	33,50	32*	2,12	
Melilla	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	3	11,33	12	8*	3,05	26,33	19	18*	13,57	
	Total	3	11,33	12	8*	3,05	26,33	19	18*	13,57	
España	Hombres	335	16,05	13	8	13,13	35,56	32	28	14,96	
	Mujeres	334	16,39	13	14	23,38	40,93	38	20	16,85	
	Total	669	16,22	13	8	18,94	38,24	35	20	16,15	

Tabla 69. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.1.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	20	15,75	10	4*	13,96	41,80	32	26	18,54	
	Mujeres	48	15,81	12	10	12,27	43,54	42	44	12,42	
	Total	68	15,79	11,50	4	12,68	43,03	41	44	14,36	
Aragón	Hombres	8	19,88	16,50	8	15,88	42,38	37,50	31	18,95	
	Mujeres	3	9,67	9	8*	2,08	40,67	45	23*	15,94	
	Total	11	17,09	12	8	14,15	41,91	44	31	17,40	
P. de Asturias	Hombres	2	13	13	12*	1,41	49	49	49	0,00	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	13	13	12*	1,41	49	49	49	0,00	
Balears	Hombres	13	16,31	9	8	13,63	42,62	42	33*	6,94	
	Mujeres	10	13,60	12	7*	6,88	40	32	24*	15,26	
	Total	23	15,13	9	8	11,07	41,48	38	24*	11,10	
Canarias	Hombres	6	17	13	11	7,92	34	33	33	8,67	
	Mujeres	11	12,91	5	4*	17,50	45,82	48	48*	10,74	
	Total	17	14,35	11	4*	14,66	41,65	41	33	11,37	
Cantabria	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Castilla y León	Hombres	1	2	2	2	-	68	68	68	-	
	Mujeres	2	9,50	9,50	7*	3,53	68	68	59*	12,72	
	Total	3	7	7	2*	5	68	68	59*	9	
C. La Mancha	Hombres	1	9	9	9	-	51	51	51	-	
	Mujeres	1	5	5	5	-	38	38	38	-	
	Total	2	7	7	5*	2,82	44,50	44,50	38*	9,19	
Cataluña	Hombres	1	21	21	21	-	71	71	71	-	
	Mujeres	4	55	33	19*	54,62	50	51	51	3,46	
	Total	5	48,20	21	21	49,69	54,20	51	51	9,85	
C. Valenciana	Hombres	5	15,80	7	5*	19,25	42	48	22*	16,04	
	Mujeres	9	8	8	0*	5,38	37,22	42	26*	13,87	
	Total	14	10,79	7,50	7*	12,12	38,93	42,50	26*	14,25	
Extremadura	Hombres	4	10,50	10	4*	6,24	44	42	21*	20,68	
	Mujeres	3	7,67	7	6*	2,08	62,33	62	58*	4,50	
	Total	7	9,29	7	7	4,82	51,86	58	21*	17,79	
Galicia	Hombres	10	16	17,50	18	8,15	43,10	40,50	37*	9,44	
	Mujeres	10	15	11,50	1	20,73	57,60	65,50	70	16,54	
	Total	20	15,50	14	1*	15,34	50,35	45	70	15,07	
C. de Madrid	Hombres	33	28,03	18	13	32,83	46,55	44	34*	15,94	
	Mujeres	35	22,34	18	11*	14,23	45,06	46	33*	13,22	
	Total	68	25,10	18	13	25,01	45,78	45	34	14,51	
Murcia	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	4	13	13,50	5*	7,16	33,25	31	30	5,25	
	Total	4	13	13,50	5*	7,16	33,25	31	30	5,25	
C. F. Navarra	Hombres	1	4	4	4	-	31	31	31	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	4	4	4	-	31	31	31	-	
País Vasco	Hombres	4	11	12,50	3*	5,71	30,50	28	21*	10,72	
	Mujeres	9	17	16	3*	11,68	45,33	39	26*	18,26	
	Total	13	15,15	14	3*	10,36	40,77	35	21*	17,37	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	109	19,27	13	8*	21,34	43,37	40	31	15,16	
	Mujeres	149	17,06	12	12	16,53	45,01	44	44	14,03	
	Total	258	17,99	13	8	18,70	44,31	43	44	14,51	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 70. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.2.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	117	14,39	9	1	19,62	45,88	44	29*	16,87	
	Mujeres	104	15,44	10	5	21,07	44,48	43,50	36	14,39	
	Total	221	14,89	10	5	20,27	45,22	44	29*	15,74	
Aragón	Hombres	21	13,67	9	9	15,01	51,90	51	35	20,25	
	Mujeres	34	17,35	14,50	2*	12,82	52,68	58,50	73	21,55	
	Total	55	15,95	13	9	13,68	52,38	54	73	20,87	
P. de Asturias	Hombres	18	14,11	9,50	7	11,27	49,72	50	39*	10,87	
	Mujeres	21	11,90	12	3*	7,25	48,43	53	53	15,48	
	Total	39	12,92	10	4*	9,26	49,03	51	53	13,40	
I. Baleares	Hombres	43	8,93	7	7	7,27	47,16	49	30*	15,50	
	Mujeres	55	13,02	7	7	15,47	48,44	46	71	16,37	
	Total	98	11,22	7	7	12,66	47,88	46	30	15,92	
Canarias	Hombres	21	18,29	16	8	14,06	46,52	44	24*	17,11	
	Mujeres	24	23,67	22,50	7*	16,35	47,29	41,50	35*	16,06	
	Total	45	21,16	21	3*	15,40	46,93	43	33*	16,37	
Cantabria	Hombres	8	24	20,50	7*	12,30	70,38	74	59	10,02	
	Mujeres	3	63,33	45	19*	55,80	62,67	60	57*	7,37	
	Total	11	34,73	21	7*	32,65	68,27	71	59	9,70	
Castilla y León	Hombres	40	15,23	11,50	6	10,81	56,63	57,50	56*	15,55	
	Mujeres	51	16,08	13	5*	12,91	56,71	61	68*	18,43	
	Total	91	15,70	12	7	11,97	56,67	60	61*	17,13	
C. La Mancha	Hombres	23	11,87	10	6*	8,23	50,30	48	74	16,25	
	Mujeres	35	12,11	10	8	9,14	46,83	42	42	17,04	
	Total	58	12,02	10	8*	8,72	48,21	44	42*	16,67	
Cataluña	Hombres	97	22,56	18	1	18,50	52,76	54	78	18,28	
	Mujeres	127	20,83	20	1	14,34	51,06	51	54	17,85	
	Total	224	21,58	19,50	1	16,26	51,80	52	54	18,01	
C. Valenciana	Hombres	64	15,86	13,50	4	14,46	46,39	41,50	25	17,91	
	Mujeres	79	16,97	14	1*	15,36	44,16	41	45*	16,80	
	Total	143	16,48	14	1*	14,92	45,16	41	35*	17,28	
Extremadura	Hombres	25	13,80	11	6*	8,99	48,48	44	38	14,15	
	Mujeres	12	12,58	10,50	2*	9,36	49,42	44	16*	20,95	
	Total	37	13,41	11	6*	9,00	48,78	44	38	16,36	
Galicia	Hombres	48	20,67	16	14	15,76	54,56	57	34*	18,98	
	Mujeres	66	24,02	20,50	13	16,52	55,94	56,50	70	16,72	
	Total	114	22,61	20	13	16,22	55,36	57	70	17,64	
C. de Madrid	Hombres	58	17,34	14,50	9	16,36	47,55	46	37*	16,43	
	Mujeres	98	21,67	13	0	46,00	51,80	53,50	39	19,64	
	Total	156	20,06	13	0	37,78	50,22	52	39*	18,57	
Murcia	Hombres	18	12,89	9,50	15	11,69	44,11	41,50	22*	17,58	
	Mujeres	18	16,33	15	5*	10,75	50,22	53,50	27*	20,84	
	Total	36	14,61	14	15	11,20	47,17	45	64*	19,25	
C. F. Navarra	Hombres	14	29,50	26	26	11,99	61,71	60,50	81	16,62	
	Mujeres	17	23,12	16	4*	21,61	51,65	45	38*	18,41	
	Total	31	26	25	28	17,94	56,19	58	81	18,07	
País Vasco	Hombres	60	18,17	14	11	16,37	49,42	46,50	41	20,39	
	Mujeres	68	21,79	18	11	19,09	50,04	52,50	69	21,01	
	Total	128	20,09	16	11	17,89	49,75	49	41	20,64	
La Rioja	Hombres	1	16	16	16	-	85	85	85	-	
	Mujeres	1	20	20	20	-	70	70	70	-	
	Total	2	18	18	16*	2,82	77,50	77,50	70*	10,60	
Ceuta	Hombres	1	7	7	7	-	17	17	17	-	
	Mujeres	7	4,14	4	7	2,34	47,71	41	41	15,87	
	Total	8	4,50	4,50	7	2,39	43,88	41	41	18,27	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	13	13	13	-	57	57	57	-	
	Total	1	13	13	13	-	57	57	57	-	
España	Hombres	677	16,80	13	9	15,92	49,84	50	52	17,77	
	Mujeres	821	18,57	14	7	22,35	49,86	50	39	18,08	
	Total	1498	17,77	14	7	19,72	49,85	50	41	17,94	

Tabla 71. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.3.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	143	14,36	10	8	12,38	47,10	47	52	13,09	
	Mujeres	291	19,68	12	4	39,06	50,15	49	37*	13,80	
	Total	434(435)	17,89	11	4	32,81	49,13	49	37	13,62	
Aragón	Hombres	61	18,89	14	0	25,55	58,95	59	59	12,20	
	Mujeres	91	17,13	11	0	20,99	62,26	68	72	15,07	
	Total	152	17,84	12	0	22,86	60,93	64	59*	14,04	
P. de Asturias	Hombres	23	11,22	8	8	10,24	52	47	42	16,10	
	Mujeres	57	12,82	7	5*	16,48	47,46	44	44	12,04	
	Total	80	12,36	7,50	6	14,91	48,76	45	44	13,39	
I. Baleares	Hombres	17	14,18	11	11	15,10	44,41	43	42	10,73	
	Mujeres	27	13,26	8	5	10,95	43,48	45	28*	14,32	
	Total	44	13,61	9	5	12,55	43,84	43,50	42	12,92	
Canarias	Hombres	7	34,86	28	3*	26,95	49,43	47	37	16,57	
	Mujeres	44	20,09	13,50	4	18,31	51,43	53,50	55	12,68	
	Total	51	22,12	14	4	20,04	51,16	53	55	13,11	
Cantabria	Hombres	2	23	23	1*	31,11	67	67	59*	11,31	
	Mujeres	2	39	39	21*	25,45	74	74	74	0,00	
	Total	4	31	33	1*	24,98	70,50	74	74	7,68	
Castilla y León	Hombres	62	18,16	14	10	16,05	60,73	65	67	14,24	
	Mujeres	137	18,10	14	1	17,71	62,61	68	68*	14,50	
	Total	199	18,12	14	1	17,17	62,03	67	67	14,41	
C. La Mancha	Hombres	39	12,69	9	3*	12,55	57,21	59	68	16,71	
	Mujeres	83	17,24	13	7	19,03	52,99	55	61	13,68	
	Total	122	15,79	10,50	7	17,30	54,34	56,50	68	14,78	
Cataluña	Hombres	148	21,36	19	1	15,35	55,90	56,50	65*	15,77	
	Mujeres	298	23,71	21	15	16,52	56,51	57	69	16,56	
	Total	446	22,93	20,50	1*	16,16	56,30	57	69*	16,29	
C. Valenciana	Hombres	46	17,98	14	8	14,66	55,59	57	61	17,95	
	Mujeres	85	14,36	10	5*	12,27	50,94	52	40*	13,84	
	Total	131	15,63	11	8	13,22	52,57	53	40	15,50	
Extremadura	Hombres	27	15,74	11	8	13,68	44,63	42	23*	16,22	
	Mujeres	69	13,64	11	8	11,09	57,88	60	60	13,63	
	Total	96	14,23	11	8	11,84	54,16	55	60	15,52	
Galicia	Hombres	44	20,84	17,50	0	18,91	58,73	65	67	14,76	
	Mujeres	91	26,93	20	0*	25,69	57,16	59	67*	14,29	
	Total	135	24,95	19	0	23,79	57,67	60	67	14,41	
C. de Madrid	Hombres	71	23,62	18	6	22,28	52,80	54	48	16,57	
	Mujeres	129	23,76	19	0	21,50	54,81	54	76	15,19	
	Total	200	23,71	19	0*	21,72	54,10	54	76	15,68	
Murcia	Hombres	8	15,88	13,50	9*	7,64	54	56,50	32*	14,97	
	Mujeres	13	14,46	15	15*	7,31	53,77	50	50	17,57	
	Total	21	15	15	15	7,28	53,86	52	40*	16,24	
C. F. Navarra	Hombres	14	40,43	29,50	7*	40,65	60,57	58,50	58	11,53	
	Mujeres	37	30,08	24	14	20,75	59,35	59	70*	16,86	
	Total	51	32,92	25	14	27,59	59,69	59	58	15,48	
País Vasco	Hombres	87	19,40	16	1*	15,71	52,93	53	68	16,45	
	Mujeres	123	22,72	18	14*	15,63	55,15	59	70	15,55	
	Total	210	21,35	17	14	15,71	54,23	54,50	70	15,93	
La Rioja	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	2	2	2	-	73	73	73	-	
	Total	1	2	2	2	-	73	73	73	-	
Ceuta	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	2	8,50	8,50	7*	2,12	64,50	64,50	47*	24,74	
	Total	2	8,50	8,50	7*	2,12	64,50	64,50	47*	24,74	
Melilla	Hombres	3	18,67	16	3*	17,15	47,67	48	48	0,57	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	3	18,67	16	3*	17,15	47,67	48	48	0,57	
España	Hombres	802	18,78	14	8	17,82	53,81	54	59	15,69	
	Mujeres	1580	20,32	15	7	23,64	54,96	55	72	15,40	
	Total	2382(2383)	19,79	15	7	21,86	54,57	55	59*	15,50	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 72. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.4.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias			Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	373	18,32	14	13*	16,49	41,37	39	36	13,07
	Mujeres	360	17,67	14	11	14,52	42,86	42	38*	13,84
	Total	733	18	14	14	15,55	42,10	40	38	13,47
Aragón	Hombres	66	13,59	11	8	9,37	42,77	41	40	12,81
	Mujeres	56	14,75	12,50	3*	9,14	45,25	43,50	21*	17,47
	Total	122	14,12	12	9	9,25	43,91	42	21	15,11
P. de Asturias	Hombres	37	12,16	12	12	7,31	42,92	42	37*	13,93
	Mujeres	68	13,76	12	7	8,71	42,44	41	41	14,51
	Total	105	13,20	12	12	8,25	42,61	41	41	14,24
Balears	Hombres	79	17,76	18	8	9,82	41,80	41	31	15,03
	Mujeres	78	14,38	11	8	10,05	39,59	38	41	13,68
	Total	157	16,08	14	8	10,04	40,70	38	41	14,37
Canarias	Hombres	103	24,47	16	9*	45,47	42,37	40	38	13,37
	Mujeres	126	19,24	15	14*	13,35	42,83	42	42	12,41
	Total	229	21,59	16	14	32,08	42,62	42	38	12,82
Cantabria	Hombres	8	23,13	18,50	21	19,01	51,25	52	73	17,87
	Mujeres	15	20,13	16	16*	22,83	51,60	51	39*	11,25
	Total	23	21,17	16	16	21,18	51,48	51	39	13,50
Castilla y León	Hombres	117	14,74	13	10*	9,86	44,13	45	45	14,14
	Mujeres	139	15,53	13	7	9,99	47,44	46	45	14,63
	Total	256	15,17	13	7	9,92	45,93	45	45	14,47
C. La Mancha	Hombres	46	15,83	13,50	10*	9,12	40,85	40,50	36	11,60
	Mujeres	53	17,94	15	6*	13,40	47,81	51	26*	16,76
	Total	99	16,96	15	6	11,60	44,58	44	36*	14,93
Cataluña	Hombres	160	20,09	17	1	13,36	39,32	37,50	29	14,90
	Mujeres	189	19,13	16	14	13,34	44,53	42	32	16,49
	Total	349	19,57	17	14	13,34	42,14	40	27	15,97
C. Valenciana	Hombres	220	16,94	14	8*	12,62	37,95	38	38	13,10
	Mujeres	225	17,31	14	8*	12,84	41,32	41	41	13,05
	Total	445	17,12	14	8	12,72	39,65	39	41	13,17
Extremadura	Hombres	26	16,31	13,50	11	9,88	41,04	38	38	12,17
	Mujeres	28	16,89	16,50	23	11,14	54,36	58	37*	15,62
	Total	54	16,61	15,50	17	10,46	47,94	43,50	38	15,47
Galicia	Hombres	91	21,45	17	14	14,92	42,35	39	32	14,79
	Mujeres	112	22,94	18	11*	17,22	46,82	45	35	14,78
	Total	203	22,27	17	14	16,21	44,37	43	38*	15,00
C. de Madrid	Hombres	183	19,62	16	12	17,43	43,84	43	32	14,74
	Mujeres	250	21,72	18	16	19,67	46,29	46	35	14,06
	Total	433	20,83	17	18	18,76	45,26	45	35	14,39
Murcia	Hombres	27	14,67	13	5*	9,16	39	34	33*	13,80
	Mujeres	38	18,61	14	11*	13,84	45,39	44	31*	13,24
	Total	65	16,97	14	5*	12,20	42,74	40	37	13,74
C. F. Navarra	Hombres	39	19,46	19	22	11,96	38,28	38	41	10,29
	Mujeres	33	26,45	18	16	18,68	41,55	40	24*	11,78
	Total	72	22,67	18,50	16	15,69	39,78	39,50	41	11,04
País Vasco	Hombres	95	17,43	16	14	10,42	39,87	37	30	14,51
	Mujeres	119	20,24	20	21	11,90	45,03	44	39*	14,86
	Total	214	18,99	17	21	11,33	42,74	40	29*	14,89
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	10	5,80	5,50	0*	4,96	31,70	30	25	7,31
	Mujeres	1	17	17	17	-	45	45	45	-
	Total	11	6,82	6	0*	5,79	32,91	30	25	8,01
Melilla	Hombres	2	18,50	18,50	7*	16,26	38	38	35*	4,24
	Mujeres	2	28,50	28,50	22*	9,19	46	46	34*	16,97
	Total	4	23,50	26	7*	12,23	42	38	34*	11,10
España	Hombres	1682	18,16	15	14	17,54	41,13	39	38	13,83
	Mujeres	1892	18,57	15	14	14,49	44,33	43	44	14,52
	Total	3574	18,38	15	14	16	42,83	41	38	14,29

Tabla 73. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.5.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	77	20,06	16	10	19,18	43,25	43	43*	12,50	
	Mujeres	139	19,91	17	4	18,83	49,96	48	37*	13,47	
	Total	216	19,96	16	4	18,91	47,56	46	37	13,49	
Aragón	Hombres	26	12,54	9,50	0*	9,82	53,92	55,50	55	15,29	
	Mujeres	36	18,64	16	3*	18,03	53,44	52	67	13,76	
	Total	62	16,08	13	9	15,34	53,65	55	67	14,30	
P. de Asturias	Hombres	6	10,50	8	9	9,29	50,83	52	37*	8,23	
	Mujeres	30	15,93	15	5	10,94	50,53	49	70	16,88	
	Total	36	15,03	12,50	5	10,76	50,58	50	70	15,67	
Balears	Hombres	11	17,36	3	1	28,28	48,55	43	30*	14,46	
	Mujeres	34	15,38	10	7	15,48	50,65	53,50	26*	14,43	
	Total	45	15,87	10	7	19,03	50,13	50	72	14,30	
Canarias	Hombres	12	21,33	18	21	22,86	42,75	41,50	36*	14,58	
	Mujeres	27	30,11	28	34	28,75	50,44	50	61	12,48	
	Total	39	27,41	21	6*	27,08	48,08	48	61	13,46	
Cantabria	Hombres	3	14,33	14	11*	3,51	65,67	68	60*	4,93	
	Mujeres	4	13,75	11,50	3*	11,52	61,50	56	47	19	
	Total	7	14	14	3*	8,40	63,29	65	47	13,91	
Castilla y León	Hombres	33	12,24	9	9	8,28	53,97	56	54*	12,64	
	Mujeres	64	20,44	14	8*	19,65	50,70	48,50	66	16,40	
	Total	97	17,65	12	9	17,07	51,81	53	54*	15,24	
C. La Mancha	Hombres	17	13,71	15	13*	6,51	51	57	57	12,62	
	Mujeres	40	14,20	13	10	7,76	48,88	46,50	46	12,23	
	Total	57	14,05	13	10*	7,36	49,51	49	46	12,28	
Cataluña	Hombres	50	22,38	17	14*	15,93	52,88	52,50	68	14,35	
	Mujeres	100	22,91	21	21	15,20	54,65	58	35	17,08	
	Total	150	22,73	20	17	15,39	54,06	55	35	16,19	
C. Valenciana	Hombres	24	15,54	13,50	2*	12,25	44,17	47,50	51*	12,55	
	Mujeres	34	18,44	15	15	13,52	52,09	51	43*	15,82	
	Total	58	17,24	15	2*	12,98	48,81	49	38*	14,97	
Extremadura	Hombres	7	17	16	7*	8,67	51,57	56	56	6,24	
	Mujeres	21	11,67	8	7	9,65	50,38	57	58	12,53	
	Total	28	13	9,50	7	9,55	50,68	56	58	11,19	
Galicia	Hombres	29	23	23	0	17,78	56,10	61	68	15,44	
	Mujeres	41	30,98	22	10	25,08	51,68	51	43	14,87	
	Total	70	27,67	22,50	0*	22,55	53,51	53	68	15,16	
C. de Madrid	Hombres	78	28,97	18	7	54,87	49,21	49	49	15,34	
	Mujeres	90	25,92	19	6*	25,95	51,78	50,50	45	15,10	
	Total	168	27,34	19	7*	41,82	50,58	49	49	15,22	
Murcia	Hombres	9	10,67	10	14	7,03	48,22	52	20*	19,26	
	Mujeres	10	18,70	14,50	9	15,90	50,60	46	37	19,72	
	Total	19	14,89	13	7*	12,86	49,47	52	37	18,99	
C. F. Navarra	Hombres	17	33,94	37	13*	22,59	51,24	49	39*	13,97	
	Mujeres	16	26,94	25,50	4*	18,34	49,88	39,50	35*	18,81	
	Total	33	30,55	28	13	20,63	50,58	47	47*	16,25	
País Vasco	Hombres	33	21,06	17	14	16,04	47,70	44	50	17,11	
	Mujeres	68	23	19	14	20,37	49,75	51	26*	15,81	
	Total	101	22,37	18	14	19,01	49,08	49	42	16,19	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	1	16	16	16	-	45	45	45	-	
	Mujeres	2	4,50	4,50	2*	3,53	46,50	46,50	40*	9,19	
	Total	3	8,33	7	2*	7,09	46	45	40*	6,55	
Melilla	Hombres	1	7	7	7	-	35	35	35	-	
	Mujeres	1	82	82	82	-	24	24	24	-	
	Total	2	44,50	44,50	7*	53,03	29,50	29,50	24*	7,77	
España	Hombres	434	20,71	16	14	27,92	49,35	49	49	14,65	
	Mujeres	757	21,43	16	7*	19,64	51,24	50	46	15,13	
	Total	1191	21,17	16	7	22,99	50,55	50	46	14,98	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 74. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.6.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias			Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	48	19,27	13	9	16,52	41,69	39	36	10,15
	Mujeres	51	24,45	14	6	26,69	44,12	46	46	8,86
	Total	99	21,94	13	9	22,39	42,94	41	36	9,54
Aragón	Hombres	6	26,17	17	4*	29,59	40,50	39	37	6,34
	Mujeres	11	15,73	9	6	15,32	43,45	41	44	14,50
	Total	17	19,41	11	6	21,14	42,41	41	37	12,08
P. de Asturias	Hombres	4	8,75	6,50	3*	7,04	39	39	36*	3,46
	Mujeres	144	22,29	16	5*	21,80	39,93	35	31	11,68
	Total	18	19,28	14	5*	20,14	39,72	36	31	10,32
Balears	Hombres	7	13,71	16	1*	9,19	33,57	34	31*	6,26
	Mujeres	24	13,25	12,50	11	6,78	51,75	59	61	16,44
	Total	31	13,35	14	11	7,22	47,65	48	61	16,58
Canarias	Hombres	5	27,40	28	3*	21,84	32	32	20*	9,97
	Mujeres	15	30,33	18	18	47,56	49,67	42	40*	15,23
	Total	20	29,60	18	9*	42,06	45,25	41	38*	15,92
Cantabria	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	3	35	35	34*	1	59	64	48*	9,53
	Total	3	35	35	34*	1	59	64	48*	9,53
Castilla y León	Hombres	5	9,60	11	11	2,19	49,60	53	21*	24,91
	Mujeres	16	22	12	8*	23,09	55,56	60,50	66	15,17
	Total	21	19,05	11	11	20,74	54,14	55	66	17,42
C. La Mancha	Hombres	7	10,43	12	4*	6,32	39,71	36	22*	16,62
	Mujeres	17	11,24	8	4*	8,11	43,53	35	34	12,83
	Total	24	11	9,50	4	7,50	42,42	35,50	34	13,77
Cataluña	Hombres	16	20,56	18	1*	18,63	43,13	36,50	29	18,86
	Mujeres	42	19,95	16,50	6*	16,61	45,67	43	30*	15,18
	Total	58	20,12	16,50	6*	17,03	44,97	42	67	16,14
C. Valenciana	Hombres	3	17,67	23	6*	10,11	35,67	34	27*	9,60
	Mujeres	18	17,28	14	14	11,59	46,56	46	44	9,17
	Total	21	17,33	14	14	11,15	45	44	44	9,80
Extremadura	Hombres	4	11,75	11	4*	8,53	39,75	45	21*	12,68
	Mujeres	4	8,25	4	4	9,17	40,50	42,50	26*	10,47
	Total	8	10	4,50	4	8,41	40,13	43	43	10,77
Galicia	Hombres	10	19,30	13,50	10	15,11	48,80	47	42	20,31
	Mujeres	19	27,68	16	9*	25,46	50,05	42	34	17,50
	Total	29	24,79	15	9*	22,50	49,62	42	34*	18,16
C. de Madrid	Hombres	12	20,42	16,50	14*	15,98	51,33	54	59*	20,59
	Mujeres	45	24,42	19	24	18,44	48,02	51	37*	15,88
	Total	57	23,58	19	14*	17,89	48,72	51	37*	16,83
Murcia	Hombres	3	9	7	5*	5,29	47,67	32	32	27,13
	Mujeres	3	12	13	13	1,73	58,67	61	49*	8,73
	Total	6	10,50	11,50	13	3,88	53,17	55	32	19,01
C. F. Navarra	Hombres	5	17,80	20	21	5,07	31,20	32	25	6,18
	Mujeres	8	35,63	35,50	13*	16,49	44	42	41*	5,23
	Total	13	28,77	21	21	15,77	39,08	41	41*	8,41
País Vasco	Hombres	19	15,21	8	2*	15,50	35,53	34	34	8,90
	Mujeres	41	19,24	18	18	11,88	47,66	44	66	13,71
	Total	60	17,97	16,50	7	13,13	43,82	41,50	34*	13,57
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	Hombres	2	46,50	46,50	8*	54,44	30	30	30	0,00
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	2	46,50	46,50	8*	54,44	30	30	30	0,00
España	Hombres	156	18,18	13,50	9	16,55	41,12	37,50	34	14,36
	Mujeres	331	21,36	16	6	20,90	47,11	45	34	13,91
	Total	487	20,34	15	9	19,65	45,19	43	34	14,32

Tabla 75. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.7.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	58	19,28	12	1	28,49	41,62	40,50	36*	10,67	
	Mujeres	64	24	9	3	64,73	44,48	45	38	12,77	
	Total	122	21,75	10	3	50,69	43,12	41	38	11,85	
Aragón	Hombres	9	7,78	7	5	4,96	53,89	53	53	10,93	
	Mujeres	13	12,15	11	1*	9,08	50,23	44	39	17,78	
	Total	22	10,36	9	5	7,83	51,73	52,50	39	15,15	
P. de Asturias	Hombres	7	11,71	6	1*	10,65	37	39	39	12,46	
	Mujeres	15	11,13	12	3	6,16	49,80	48	46*	15,43	
	Total	22	11,32	11	3	7,60	45,73	46	22*	15,50	
Balears	Hombres	11	17,27	6	5	27,08	50	49	31*	13,92	
	Mujeres	14	10,86	5,50	4	11,66	39,71	38	24*	13,17	
	Total	25	13,68	6	5	19,74	44,24	41	41	14,21	
Canarias	Hombres	10	9,60	8,50	3*	7,73	43,20	42	42	11,19	
	Mujeres	11	20,27	20	1*	15,20	55,91	65	45*	17,62	
	Total	21	15,19	12	3	13,12	49,86	45	42*	15,93	
Cantabria	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	3	8,67	4	3*	8,96	67,67	65	54*	15,17	
	Total	3	8,67	4	3*	8,96	67,67	65	54*	15,17	
Castilla y León	Hombres	2	6,50	6,50	5*	2,12	46	46	30*	22,62	
	Mujeres	6	16,17	13	11	8,54	61,50	68	68*	12,16	
	Total	8	13,75	11	11	8,53	57,63	65	68*	15,17	
C. La Mancha	Hombres	16	11,44	10	10	6,26	34,56	35	25	9,91	
	Mujeres	25	15,52	14	7	10,50	49,04	50	56	13,35	
	Total	41	13,93	12	7*	9,21	43,39	42	25*	13,96	
Cataluña	Hombres	31	12,23	7	1	15,98	41	40	38*	15,89	
	Mujeres	33	21,12	18	1	23,19	49,88	47	59	17,67	
	Total	64	16,81	13,50	1	20,37	45,58	44	38*	17,28	
C. Valenciana	Hombres	42	10,69	7,50	2	9,19	40,76	40	45	11,55	
	Mujeres	48	17,19	12	6	16,53	45,92	43,50	42	12,15	
	Total	90	14,16	10	6	13,92	43,51	43	45	12,09	
Extremadura	Hombres	14	10,71	9,50	11	6,94	61,43	67	67	11,42	
	Mujeres	5	15,40	12	1*	11,90	58	58	58	11,04	
	Total	19	11,95	10	11	8,41	60,53	66	67	11,12	
Galicia	Hombres	16	19,56	9,50	22	25,25	51,69	56	49*	12,82	
	Mujeres	33	22,45	11	0	33,77	51,15	56	56	12,56	
	Total	49	21,51	10	0	31,00	51,33	56	56	12,51	
C. de Madrid	Hombres	24	15,08	8,50	1*	15,69	47,79	43	78	20,70	
	Mujeres	36	13,31	8,50	4	14,81	44,61	46	28*	13,71	
	Total	60	14,02	8,50	4	15,07	45,88	46	28*	16,76	
Murcia	Hombres	8	15	13	7	12,01	37,13	31,50	20*	17,22	
	Mujeres	13	13,08	10	6*	9,86	49,77	45	45	16,95	
	Total	21	13,81	11	25	10,47	44,95	43	31*	17,77	
C. F. Navarra	Hombres	4	20,25	19,50	9*	10,50	45,25	39	37*	13,88	
	Mujeres	2	9	9	4*	7,07	56,50	56,50	35*	30,40	
	Total	6	16,50	14,50	4*	10,48	49	39	35*	18,28	
País Vasco	Hombres	14	17,14	11	1*	21,78	34,93	34,50	34*	9,49	
	Mujeres	21	13,81	11	12	14,07	43,43	37	24*	17,50	
	Total	35	15,14	11	12	17,34	40,03	36	37	15,25	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	2	8,50	8,50	0*	12,02	45	45	45	0,00	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	8,50	8,50	0*	12,02	45	45	45	0,00	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	268	14,41	9,50	1	18,79	43,50	42	38	14,41	
	Mujeres	342	17,67	11	3	32,49	47,73	46	38	14,81	
	Total	610	16,24	10	1	27,36	45,87	45	38	14,77	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 76. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.8.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	15	19,80	18	9*	12,80	45,80	39	34	20,47	
	Mujeres	10	28	12,50	2*	28,27	40,20	53	19*	23,57	
	Total	25	23,08	16	8*	20,30	43,56	41	53	21,46	
Aragón	Hombres	5	9,40	9	6	3,57	58	70	72	18,49	
	Mujeres	7	14,86	16	13*	7,33	43,57	46	46	14,33	
	Total	12	12,58	13	6*	6,47	49,58	46	46*	17,08	
P. de Asturias	Hombres	1	1	1	1	-	29	29	29	-	
	Mujeres	7	13,86	11	4	11,68	58,29	56	43*	13,65	
	Total	8	12,25	8	4	11,73	54,63	54,50	29*	16,34	
Balears	Hombres	2	5	5	5	0,00	44,50	44,50	37*	10,60	
	Mujeres	1	25	25	25	-	26	26	26	-	
	Total	3	11,67	5	5	11,54	38,33	37	26*	13,05	
Canarias	Hombres	2	22,50	22,50	4*	26,16	33,50	33,50	29*	6,36	
	Mujeres	6	21,33	19,50	0*	16,91	46,17	42	28*	18,33	
	Total	8	21,63	19,50	0*	17,39	43	35	28*	16,74	
Cantabria	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Castilla y León	Hombres	14	12,57	7,50	4*	18,04	47,64	45	45*	10,36	
	Mujeres	14	15,21	14,50	10*	8,95	52,86	48	44*	13,55	
	Total	28	13,89	10	10	14,04	50,25	46,50	45	12,13	
C. La Mancha	Hombres	2	12,50	12,50	11*	2,12	61	61	52*	12,72	
	Mujeres	16	16,88	8	7*	25,20	42,06	41,50	33	11,32	
	Total	18	16,39	8,50	7*	23,72	44,17	42,50	33	12,65	
Cataluña	Hombres	11	16,18	19	1*	13,30	43,09	41	28*	12,52	
	Mujeres	22	16,73	15,50	22	12,91	56,68	58	67	15,01	
	Total	33	16,55	17	1*	12,84	52,15	52	40*	15,46	
C. Valenciana	Hombres	4	13,75	12	5*	9,39	38,75	37	34	6,18	
	Mujeres	6	19,17	16,50	2*	19,42	43,50	42,50	26	18,11	
	Total	10	17	14,50	2*	15,71	41,60	37	26*	14,18	
Extremadura	Hombres	1	12	12	12	-	53	53	53	-	
	Mujeres	4	14,75	14,50	2*	10,99	39,50	43	11*	24,14	
	Total	5	14,20	12	2*	9,60	42,20	53	11*	21,76	
Galicia	Hombres	7	9,29	11	1*	5,76	50,29	49	22*	22,59	
	Mujeres	5	66,40	18	18	121,23	45,20	47	25*	15,20	
	Total	12	33,08	11,50	9*	78,91	48,17	48	22*	19,22	
C. de Madrid	Hombres	22	15,86	8,50	3*	20,44	42,82	42	42	16,34	
	Mujeres	26	87,12	24	8*	226,22	53,62	55,50	40*	16,00	
	Total	48	54,46	17	8*	169,39	48,67	48,50	40	16,88	
Murcia	Hombres	4	11,25	13,50	1*	7,32	34,50	37,50	19*	11,67	
	Mujeres	4	4	3	2	2,82	38,50	39,50	30*	6,35	
	Total	8	7,63	6	2	6,43	36,50	39,50	19*	8,96	
C. F. Navarra	Hombres	2	17	17	7*	14,14	59	59	52*	9,89	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	17	17	7*	14,14	59	59	52*	9,89	
País Vasco	Hombres	7	17	21	7*	8,67	53,57	48	39*	13,57	
	Mujeres	4	17	14	5*	12,96	35,75	36,50	28*	6,13	
	Total	11	17	17	7*	9,77	47,09	42	39	14,23	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	99	14,73	10	1*	14,48	46,04	43	34*	15,87	
	Mujeres	132	32,88	16	2*	106,06	48,59	47	43	16,52	
	Total	231	25,10	13	4	81,10	47,50	45	43	16,26	

Tabla 77. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 296.9.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias			Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	13	7,85	4	4	9,12	40,69	39	24*	13,41
	Mujeres	11	16,45	14	13	7,25	41,27	35	34	16,13
	Total	24	11,79	10,50	4	9,25	40,96	36,50	35	14,39
Aragón	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	2	22	22	1*	29,69	43	43	21*	31,11
	Total	2	22	22	1*	29,69	43	43	21*	31,11
P. de Asturias	Hombres	4	5,75	5,50	4*	1,70	40,25	38,50	27*	14,63
	Mujeres	2	13	13	2*	15,55	40	40	32*	11,31
	Total	6	8,17	5,50	2*	8,01	40,17	40	48	12,41
Balears	Hombres	3	4	4	3*	1	48,33	36	30*	26,72
	Mujeres	3	13	13	7*	6	40,67	45	21*	17,89
	Total	6	8,50	6	3*	6,25	44,50	40,50	21*	20,77
Canarias	Hombres	1	24	24	24	-	27	27	27	-
	Mujeres	3	17	19	3*	13,11	36,67	35	31*	6,65
	Total	4	18,75	21,50	3*	11,26	34,25	33	27*	7,27
Cantabria	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla y León	Hombres	3	10,33	12	3*	6,65	45	37	30*	20,22
	Mujeres	8	20,50	16,50	9*	13,27	56,50	61,50	30*	19,33
	Total	11	17,73	16	16	12,44	53,36	59	30	19,29
C. La Mancha	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	5	6,60	4	0*	8,82	38,20	34	28*	9,70
	Total	5	6,60	4	0*	8,82	38,20	34	28*	9,70
Cataluña	Hombres	11	12,64	8	8*	12,33	53,64	58	24*	18,58
	Mujeres	8	24,75	10	0*	32,68	40,63	37	22*	16,96
	Total	19	17,74	8	8	23,18	48,16	41	30*	18,63
C. Valenciana	Hombres	9	9,56	10	2*	6,63	38,89	37	22*	11,82
	Mujeres	9	9,67	7	3*	6,46	34,11	39	39	8,17
	Total	18	9,61	9	2*	6,35	36,50	37,50	39	10,16
Extremadura	Hombres	3	20,33	20	7*	13,50	43	46	22*	19,67
	Mujeres	3	20	15	12*	11,35	50	41	35*	21
	Total	6	20,17	17,50	7*	11,16	46,50	43,50	22*	18,59
Galicia	Hombres	9	19,89	12	0*	24,47	45,11	41	21*	19,52
	Mujeres	7	24,43	18	5*	20,41	47,86	59	22*	25,16
	Total	16	21,88	16	7	22,16	46,31	44,50	22*	21,41
C. de Madrid	Hombres	7	10,43	10	10	6,55	47,71	61	61	20,92
	Mujeres	19	22,47	14	6*	28,77	45,74	44	13*	21,91
	Total	26	19,23	12,50	21	25,22	46,27	48,50	61	21,25
Murcia	Hombres	2	4,50	4,50	2*	3,53	23,50	23,50	21*	3,53
	Mujeres	4	18	17,50	5*	11,22	51,25	56,50	22*	20,99
	Total	6	13,50	11	2*	11,25	42	38,50	21*	21,73
C. F. Navarra	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	Hombres	7	14,29	10	2*	11,41	47,71	42	38	17,36
	Mujeres	5	10,40	11	0*	8,38	42,60	48	15*	21,77
	Total	12	12,67	10,50	0*	10,03	45,58	45	38	18,54
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	Hombres	72	11,65	8	4	12,38	44,26	39	38*	17,09
	Mujeres	89	18,03	14	5	19,24	43,81	41	32	18,37
	Total	161	15,18	11	4	16,78	44,01	40	21*	17,75

VI.5.3. Diagnóstico Principal 300: Trastornos Neuróticos.

La tasa de incidencia anual y su distribución por comunidades autónomas y razón de género queda reflejada en la tabla 78:

Tabla 78. Distribución por CCAA de las tasas de incidencia, por 100.000 habitantes, y razón hombre/mujer de los episodios de hospitalización, según diagnóstico principal 300 CIE-9-MC, 2002.

CCAA	TI	R H/M
Andalucía	13,02	0,53
Aragón	22,72	0,34
P. de Asturias	26,29	0,60
I. Baleares	21,13	0,57
Canarias	10,71	0,60
Cantabria	9,12	0,19
Castilla y León	18,15	0,46
Castilla La Mancha	15,65	0,43
Cataluña	12,41	0,51
C. Valenciana	10,37	0,52
Extremadura	15	0,52
Galicia	18,31	0,44
C. de Madrid	13,85	0,54
Murcia	14,96	0,54
C. F. Navarra	12,13	0,7
País Vasco	18,27	0,61
La Rioja	6,44	0,28
Ceuta	30,78	0,57
Melilla	10,51	1,33

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

Destaca en incidencia Ceuta frente a la baja incidencia de La Rioja. Sólo en Melilla la razón hombre/mujer es superior a la unidad.

Tabla 79. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos, 2002.

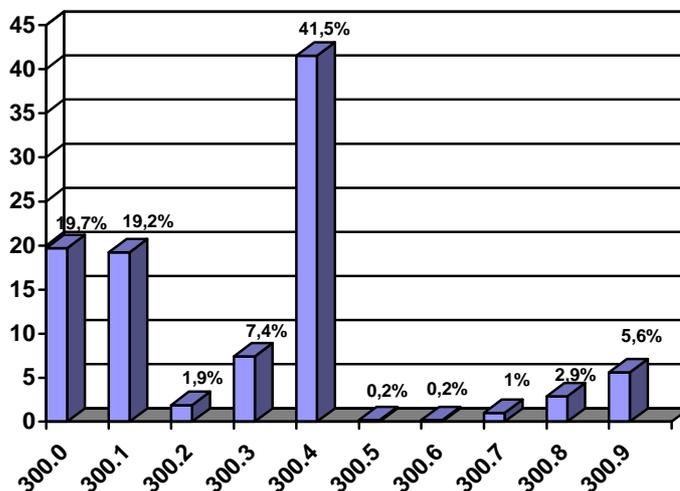
Diagnóstico Principal	Descripción	Frecuencia	Porcentaje
300.0	Estados de ansiedad	1183	19,71
300.1	Histeria	1152	19,20
300.2	Trastornos fóbicos	119	1,98
300.3	Trastornos obsesivos-compulsivos	446	7,43
300.4	Depresión Neurótica	2494	41,56
300.5	Neurastenia	12	0,20
300.6	Síndrome de despersonalización	17	0,28
300.7	Hipocondría	61	1,02
300.8	Otros trastornos neuróticos	177	2,95
300.9	Trastorno neurótico no especificado	340	5,66

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Se observa como el 41,5% de los episodios de hospitalización de los trastornos neuróticos son de tipo depresivo. Tras él en segundo y tercer lugar, aunque con un porcentaje

bastante más reducido, se encuentran los estados de ansiedad (19,7%) y la histeria (19,2%), figura 15.

Figura 15. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización, en los distintos tipos de Trastornos Neuróticos, según CIE-9-MC.



Por sexos, los tipos de trastornos neuróticos se distribuyen según la tabla siguiente (tabla 80):

Tabla 80. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos, según género, y expresados en porcentajes entre paréntesis, 2002.

Diagnóstico Principal	Descripción	Hombres	Mujeres
300.0	Estados de ansiedad	486 (41,08)	697 (58,92)
300.1	Histeria	297 (25,78)	855 (74,22)
300.2	Trastornos fóbicos	56 (47,06)	63 (52,94)
300.3	Trastornos obsesivos-compulsivos	239 (53,59)	207 (46,41)
300.4	Depresión neurótica	680 (27,26)	1814 (72,73)
300.5	Neurastenia	6 (50)	6 (50)
300.6	Síndrome de despersonalización	6 (35,29)	11 (64,70)
300.7	Hipocondría	37 (60,65)	24 (39,34)
300.8	Otros trastornos neuróticos	50 (28,25)	127 (71,75)
300.9	Trastorno neurótico no especificado	177 (52,06)	163 (47,94)

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

En todos los tipos de trastornos neuróticos, a excepción de los trastornos obsesivos compulsivos, la neurastenia, la hipocondría y los no especificados, se dan más ingresos femeninos que masculinos siendo esta diferencia mayor en la histeria y depresión neurótica.

A continuación hemos estudiado la distribución total, por comunidades autónomas, de los tipos de trastornos neuróticos, según CIE 9-MC, los resultados se expresan en la tabla 81. Los porcentajes se obtienen respecto al total de episodios de hospitalización del diagnóstico principal 300 para cada comunidad y género (tabla 82 y 83).

Tabla 81. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos, por comunidades autónomas, y expresados en porcentajes, 2002.

CCAA	3000	3001	3002	3003	3004	3005	3006	3007	3008	3009
Andalucía	14,61	27,87	0,41	8,91	35,23	0,10	0,21	1,76	1,45	9,43
Aragón	18,54	18,18	2,18	4,36	50,18	-	-	0,36	5,09	1,09
P. de Asturias	18,28	14,34	2,15	6,45	54,84	-	0,36	0,36	0,36	2,87
I. Baleares	17,02	14,36	2,13	3,72	38,83	-	-	0,53	2,13	21,28
Canarias	10,36	27,98	2,59	7,25	44,56	0,52	-	2,59	2,07	2,07
Cantabria	22,45	4,08	2,04	10,20	51,02	2,04	-	2,04	4,08	2,04
Castilla y León	21,75	18,83	2,91	5,83	42,38	0,45	-	2,02	3,59	2,24
Castilla La Mancha	21,94	23,02	1,08	6,11	37,77	-	-	0,72	5,75	3,60
Cataluña	28,73	14,68	0,04	11,04	31,99	-	0,63	0,63	3,14	5,52
C. Valenciana	21,00	24,66	2,74	3,42	31,05	0,68	-	0,46	5,71	10,27
Extremadura	21,38	9,43	0,63	5,66	52,83	0,63	-	1,26	-	8,18
Galicia	21,66	21,25	1,42	5,67	42,71	0,61	0,20	1,21	3,24	0,20
C. de Madrid	13,12	16,53	2,49	11,15	47,11	-	0,52	0,92	2,23	5,90
Murcia	15,93	15,38	1,10	2,20	60,44	-	0,55	-	2,20	2,20
C. F. Navarra	19,12	23,53	1,47	14,70	33,82	-	1,47	1,47	4,41	-
País Vasco	26,51	8,14	1,57	5,51	51,18	-	0,52	0,26	4,20	2,10
La Rioja	33,3	38,89	-	-	22,22	-	-	-	-	5,55
Ceuta	27,27	27,27	-	-	31,82	-	-	-	-	13,64
Melilla	28,57	42,86	-	14,28	14,28	-	-	-	-	-
Total	19,71	19,20	1,98	7,43	41,56	0,20	0,28	1,02	2,95	5,66

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

En todas las CCAA, excepto en La Rioja y Melilla, el diagnóstico en importancia, dada su frecuencia, es el 300.4: depresión neurótica. Para algunas comunidades, como es el caso de Murcia, representa más del 50% de los ingresos. En las comunidades anteriormente citadas el diagnóstico más frecuente es la histeria seguida de los estados de ansiedad.

Destaca en Baleares el alto porcentaje de trastornos neuróticos no especificados.

Tabla 82. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos, por comunidades autónomas, y expresados en porcentajes, para el **sexo masculino**.

CCAA	3000	3001	3002	3003	3004	3005	3006	3007	3008	3009
Andalucía	21,19	17,31	-	8,66	35,22	-	-	3,28	0,60	13,73
Aragón	21,13	21,13	2,82	4,22	39,44	-	-	1,41	5,63	4,22
P. de Asturias	25,71	8,57	2,86	16,19	40,95	-	0,95	-	0,95	3,81
I. Baleares	15,94	11,59	2,90	4,35	30,43	-	-	1,45	-	33,33
Canarias	12,33	20,55	4,11	8,22	49,31	1,37	-	1,37	1,37	1,37
Cantabria	25	-	-	12,5	25	-	-	12,5	25	-
Castilla y León	24,82	19,15	3,55	10,64	26,95	0,71	-	4,25	7,09	2,84
Castilla La Mancha	21,43	20,24	1,19	16,67	28,57	-	-	-	5,95	5,95
Cataluña	32,22	11,85	5,92	16,67	22,22	-	-	1,85	2,22	7,04
C. Valenciana	21,85	18,54	3,31	5,30	23,84	1,32	-	1,32	6,62	17,88
Extremadura	25,45	1,82	-	9,09	41,82	1,82	-	3,64	-	16,36
Galicia	26,49	13,24	3,31	13,91	36,42	0,66	0,66	1,32	-	3,97
C. de Madrid	18,28	12,31	2,98	19,78	34,70	-	0,75	1,49	1,12	8,58
Murcia	21,87	17,19	3,12	3,12	50	-	1,56	-	-	3,12
C. F. Navarra	14,28	21,43	3,57	28,57	28,57	-	-	-	3,57	-
País Vasco	35,17	8,27	2,07	5,52	40,69	-	0,69	0,69	3,45	3,45
La Rioja	50	25	-	-	25	-	-	-	-	-
Ceuta	37,5	25	-	-	37,5	-	-	-	-	-
Melilla	25	50	-	25	-	-	-	-	-	-
Total	23,89	14,60	2,75	11,75	33,43	0,29	0,29	1,82	2,46	8,70

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Tabla 83. Distribución del diagnóstico principal (cuarto dígito) según CIE-9-MC de los episodios de hospitalización, en CDM 19, para los Trastornos Neuróticos, por comunidades autónomas, y expresados en porcentajes, para el **sexo femenino**.

CCAA	3000	3001	3002	3003	3004	3005	3006	3007	3008	3009
Andalucía	11,13	33,54	0,63	9,06	35,29	0,16	0,32	0,95	1,91	7,15
Aragón	17,65	17,16	1,96	4,41	53,92	-	-	-	4,90	-
P. de Asturias	13,80	17,82	1,72	0,57	63,22	-	-	0,57	-	2,30
I. Baleares	17,65	15,97	1,68	3,36	43,70	-	-	-	3,36	14,28
Canarias	9,17	32,5	1,67	6,67	41,67	-	-	3,33	2,5	2,5
Cantabria	21,95	4,88	2,44	9,76	56,10	2,44	-	-	-	2,44
Castilla y León	20,33	18,69	2,62	3,61	49,51	0,33	-	0,98	1,97	1,97
Castilla La Mancha	22,16	24,23	1,03	1,55	41,75	-	-	1,03	5,67	2,58
Cataluña	26,94	16,13	2,47	8,16	37,00	-	0,95	-	3,60	4,74
C. Valenciana	20,56	27,87	2,44	2,44	34,84	0,35	-	-	5,23	6,27
Extremadura	19,23	13,46	0,96	3,85	58,65	-	-	-	-	3,85
Galicia	19,53	24,78	0,58	1,88	45,48	0,58	-	1,17	4,66	1,17
C. de Madrid	10,32	18,82	2,23	6,48	53,85	-	0,40	0,61	2,83	4,45
Murcia	12,71	14,41	-	1,69	66,10	-	-	-	3,39	1,69
C. F. Navarra	22,5	25	-	5	37,5	-	2,5	2,5	5	-
País Vasco	21,19	8,05	1,27	5,51	57,63	-	0,42	-	4,66	1,27
La Rioja	28,57	42,86	-	-	21,43	-	-	-	-	7,14
Ceuta	21,43	28,57	-	-	28,57	-	-	-	-	21,43
Melilla	33,33	33,33	-	-	33,33	-	-	-	-	-
Total	17,57	21,55	1,59	5,22	45,73	0,15	0,28	0,60	3,20	4,11

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Para ambos sexos, en la mayoría de comunidades, el diagnóstico en importancia es la depresión neurótica, aunque se hace más relevante en las mujeres suponiendo en varias comunidades más del 50% de los ingresos.

En los hombres toman más peso los estados de ansiedad y los trastornos obsesivos-compulsivos y en las mujeres, lo hace la histeria.

Curiosamente, en los hombres de Baleares, el diagnóstico más frecuente es el trastorno neurótico no especificado. En Cantabria y Ceuta adquieren la misma relevancia los estados de ansiedad que los depresivos. En Cataluña, los estados de ansiedad superan a los estados depresivos y adquiere mayor relevancia el trastorno obsesivo-compulsivo. En La Rioja, son los estados de ansiedad la causa de ingreso más frecuente en los hombres y en Melilla lo es la histeria, suponiendo el 50% de los ingresos masculinos.

En las mujeres, en todas las CCAA, los tres diagnósticos más frecuentes son: depresión neurótica, estados de ansiedad e histeria. Este último diagnóstico toma especial relevancia en La Rioja, Ceuta y Melilla.

A continuación se analizan las variables estancia y edad para cada subtipo de la categoría estudiada:

Tabla 84. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.0.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	71	5,86	5	1	6,73	38,38	37	27	16,75	
	Mujeres	70	4,71	3	1	4,21	40,73	39,50	10	21,05	
	Total	141	5,29	4	1	5,64	39,55	38	10*	18,98	
Aragón	Hombres	15	5,33	4	4	3,55	50,80	52	13*	21,32	
	Mujeres	36	5,08	4,50	2*	3,48	48,08	43	13*	26,61	
	Total	51	5,16	4	4	3,47	48,88	48	13*	24,99	
P. de Asturias	Hombres	27	3,81	3	1	3,92	49,48	50	55	16,04	
	Mujeres	24	5,88	5	7	4,34	56,04	59	73	18,69	
	Total	51	4,78	4	1	4,21	52,57	54	55	17,48	
Balears	Hombres	11	6,09	4	1*	4,96	34,73	29	12	19,62	
	Mujeres	21	7,48	6	0	7,33	39,05	43	50	17,41	
	Total	32	7	6	0*	6,56	37,56	32	12*	18,00	
Canarias	Hombres	9	7,22	8	9	4,23	36,33	35	35	9,16	
	Mujeres	11	6,27	6	8	4,38	38,55	40	26*	18,11	
	Total	20	6,70	6,50	8	4,23	37,55	32,50	26	14,46	
Cantabria	Hombres	2	1	1	1	0,00	13	13	13	0,00	
	Mujeres	9	6,44	3	2*	8,01	46,22	41	11*	22,03	
	Total	11	5,45	3	1*	7,50	40,18	38	13	23,85	
Castilla y León	Hombres	35	6,29	5	5	4,52	46,69	48	67	20,38	
	Mujeres	62	5,16	4	1	5,30	45,55	45,50	64	21,28	
	Total	97	5,57	5	1	5,04	45,96	47	67	20,86	
C. La Mancha	Hombres	18	5,44	5	2*	3,69	45,39	41,50	12*	24,07	
	Mujeres	43	7,28	5	1	11,17	52,63	48	32	22,09	
	Total	61	6,74	5	1	9,59	50,49	47	32	22,74	
Cataluña	Hombres	87	3,55	1	1	4,63	48,69	46	17*	23,55	
	Mujeres	142	4,72	2,50	1	5,86	45,54	43,50	45	22,77	
	Total	229	4,28	2	1	5,44	46,74	45	13*	23,07	
C. Valenciana	Hombres	33	4,91	4	5	4,27	46,30	46	12	23,72	
	Mujeres	59	6,27	4	2	7,71	48,37	48	33	22,20	
	Total	92	5,78	4	2	6,69	47,63	47,50	12	22,65	
Extremadura	Hombres	14	3,93	3,50	2	3,07	41,93	42,50	36	25,82	
	Mujeres	20	9,25	6	2	11,96	43,20	45	32*	19,01	
	Total	34	7,06	4	2	9,65	42,68	45	32*	21,71	
Galicia	Hombres	40	8,03	5	3	9,07	38,33	37,50	12	19,45	
	Mujeres	67	6,61	4	2*	5,96	49	48	70	19,65	
	Total	107	7,14	5	3	7,27	45,01	44	12*	20,16	
C. de Madrid	Hombres	49	5,76	4	1	7,12	42,20	40	29*	21,71	
	Mujeres	51	8,45	6	6	10,88	45,12	47	57	21,39	
	Total	100	7,13	4,50	4	9,29	43,69	41,50	50*	21,49	
Murcia	Hombres	14	3,21	3	2*	2,00	39,14	34,50	31*	19,67	
	Mujeres	15	7,80	5	1*	11,60	54,53	64	14*	23,89	
	Total	29	5,59	4	6	8,64	47,10	46	14*	22,94	
C. F. Navarra	Hombres	4	4,75	2,50	1*	5,56	50,75	50,50	39*	11,55	
	Mujeres	9	4,22	4	3*	2,27	63,44	70	48*	21,74	
	Total	13	4,38	3	3	3,35	59,54	62	48*	19,64	
País Vasco	Hombres	51	7,49	6	2*	6,15	49,14	49	42	18,64	
	Mujeres	50	6	4	4	6,95	49,76	50,50	43	23,14	
	Total	101	6,75	5	2	6,57	49,45	50	33*	20,88	
La Rioja	Hombres	2	2	2	1*	1,41	34,50	34,50	10*	34,64	
	Mujeres	4	2,75	2,50	2	0,95	53,25	59	11*	34,24	
	Total	6	2,50	2,50	2*	1,04	47	49,50	10*	32,21	
Ceuta	Hombres	3	1,67	2	0*	1,52	33,67	22	21*	21,07	
	Mujeres	3	2	2	1*	1	26,67	26	25*	2,08	
	Total	6	1,83	2	2*	1,16	30,17	25,50	21*	13,93	
Melilla	Hombres	1	10	10	10	-	72	72	72	-	
	Mujeres	1	0	0	0	-	32	32	32	-	
	Total	2	5	5	0*	7,07	52	52	32*	28,28	
España	Hombres	486	5,44	4	1	5,83	44,16	42	12	20,91	
	Mujeres	697	5,94	4	1	7,16	46,84	46	45	22,04	
	Total	1183	5,74	4	1	6,65	45,74	45	12	21,61	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 85. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.1.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	58	10,59	6	1*	12,96	34,05	31,50	29*	13,56	
	Mujeres	211	10,90	8	3	15,19	38,03	40	44	13,59	
	Total	269	10,83	7	3	14,71	37,17	36	35*	13,66	
Aragón	Hombres	15	9,67	5	2	11,77	39,80	36	9*	19,31	
	Mujeres	35	11,51	8	3	17,23	41,29	39	23*	19,09	
	Total	50	10,96	6,50	2*	15,70	40,84	39	23*	18,97	
P. de Asturias	Hombres	9	5,89	2	1	6,97	41,56	46	14*	23,08	
	Mujeres	31	6,42	5	5	5,63	39,58	36	51	14,25	
	Total	40	6,30	5	5	5,87	40,03	37,50	51	16,32	
Balears	Hombres	8	14,63	7	3	16,32	44,63	49	49	12,08	
	Mujeres	19	7,16	4	3*	7,72	37,05	36	34	10,42	
	Total	27	9,37	4	3	11,18	39,30	36	49	11,26	
Canarias	Hombres	15	13,47	8	3*	11,19	32,73	32	32*	12,98	
	Mujeres	39	10,67	10	5*	6,36	39,38	38	48	14,25	
	Total	54	11,44	10	3*	7,98	37,54	37	48	14,11	
Cantabria	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	2	31	31	22*	12,72	57	57	41*	22,62	
	Total	2	31	31	22*	12,72	57	57	41*	22,62	
Castilla y León	Hombres	27	5,37	4	4	4,49	40,04	37	47	17,08	
	Mujeres	57	9,86	8	8	7,66	41,28	41	30*	17,23	
	Total	84	8,42	6	4	7,10	40,88	40	30*	17,09	
C. La Mancha	Hombres	17	8,41	5	4	8,74	37,41	37	34	14,56	
	Mujeres	47	7,30	6	8	6	41,51	44	50	16,53	
	Total	64	7,59	6	4*	6,77	40,42	42	50	16,02	
Cataluña	Hombres	32	5,88	3	1	6,18	37,75	36,50	11*	20,19	
	Mujeres	85	8,38	5	1	9,33	37,42	32	15	20,08	
	Total	117	7,69	5	1	8,63	37,51	32	15	20,02	
C. Valenciana	Hombres	28	9,14	5	5	12,45	32,14	33,50	21*	13,56	
	Mujeres	80	5,91	4,50	2	5,63	40,10	37	37	20,45	
	Total	108	6,75	5	2	8,03	38,04	37	37	19,17	
Extremadura	Hombres	1	13	13	13	-	42	42	42	-	
	Mujeres	14	9,29	8	8	5,71	49,14	54	54	14,95	
	Total	15	9,53	8	8	5,59	48,67	54	54	14,52	
Galicia	Hombres	20	15,90	13	8*	14,69	40,20	35	18*	22,22	
	Mujeres	85	13,02	8	5	15,30	42,64	41	36	15,86	
	Total	105	13,57	9	5	15,16	42,17	41	36	17,15	
C. de Madrid	Hombres	33	6,30	4	4	6,09	24,45	21	17	12,14	
	Mujeres	93	10,47	6	2	14,35	30,54	29	15	15,32	
	Total	126	9,38	5	2	12,82	28,94	26	15	14,75	
Murcia	Hombres	11	10,64	5	4	11,56	39,64	37	37	16,67	
	Mujeres	17	6,53	5	4	5,28	40,82	33	25	18,97	
	Total	28	8,14	5	4	8,37	40,36	36	25	17,79	
C. F. Navarra	Hombres	6	18	16,50	2*	12,97	32,33	32,50	25*	7,42	
	Mujeres	10	8,60	5,50	0*	8,74	41,60	41,50	16*	16,40	
	Total	16	12,13	9,50	2	11,14	38,13	36,50	25*	14,18	
País Vasco	Hombres	12	7,67	6	2	5,95	37	38	41	18,50	
	Mujeres	19	9,42	6	1	9,89	40,58	42	32*	15,71	
	Total	31	8,74	6	1*	8,51	39,19	41	41	16,63	
La Rioja	Hombres	1	2	2	2	-	5	5	5	-	
	Mujeres	6	5,83	5,50	3*	3,65	30,17	28,50	11*	18,10	
	Total	7	5,29	3	2*	3,63	26,57	25	5*	19,06	
Ceuta	Hombres	2	1,50	1,50	1*	0,70	33	33	26*	9,89	
	Mujeres	4	2,75	1	0	4,27	34	32	16*	20,06	
	Total	6	2,33	1,50	0*	3,38	33,67	33	16*	16,17	
Melilla	Hombres	2	13	13	2*	15,55	52,50	52,50	52*	0,70	
	Mujeres	1	1	1	1	-	50	50	50	-	
	Total	3	9	2	1*	13	51,67	52	50*	1,52	
España	Hombres	297	9,26	5	1	10,74	35,43	34	25*	16,63	
	Mujeres	855	9,64	7	2	12,05	38,76	38	44	16,65	
	Total	1152	9,54	6	2	11,72	37,90	37	37	16,70	

Tabla 86. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.2.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	4	12	11	11	5,83	40	40	33*	5,77	
	Total	4	12	11	11	5,83	40	40	33*	5,77	
Aragón	Hombres	2	7,50	7,50	4*	4,95	49	49	33*	22,62	
	Mujeres	4	5,50	6	1*	3,41	32	24,50	9*	26,39	
	Total	6	6,17	6	1*	3,60	37,67	29,50	9*	24,44	
P. de Asturias	Hombres	3	7,67	9	9	2,30	51	45	34*	20,66	
	Mujeres	3	26,33	29	9*	16,16	42,33	51	51	15,01	
	Total	6	17	9	9	14,53	46,67	48	51	16,83	
Balears	Hombres	2	8	8	8	0,00	54	54	54	0,00	
	Mujeres	2	6	6	0*	8,48	32,50	32,50	22*	14,84	
	Total	4	7	8	8	5,03	43,25	48,50	54	15,08	
Canarias	Hombres	3	5,67	7	1*	4,16	38	42	29*	7,81	
	Mujeres	2	11	11	6*	7,07	37	37	28*	12,72	
	Total	5	7,80	7	1*	5,45	37,60	42	28*	8,44	
Cantabria	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	9	9	9	-	50	50	50	-	
	Total	1	9	9	9	-	50	50	50	-	
Castilla y León	Hombres	5	6,20	9	0*	5,26	31,80	30	20*	8,95	
	Mujeres	8	10,63	9,50	4	6,36	42	37,50	32	19,87	
	Total	13	8,92	9	4*	6,15	38,08	32	32*	16,85	
C. La Mancha	Hombres	1	9	9	9	-	38	38	38	-	
	Mujeres	2	9	9	5*	5,65	42,50	42,50	39*	4,95	
	Total	3	9	9	5*	4	41	39	38*	4,35	
Cataluña	Hombres	16	11,63	8,50	4*	9,69	23,38	20,50	10	13,64	
	Mujeres	13	29	13	1	45,47	29,77	30	15	19,32	
	Total	29	19,41	10	1	31,84	26,24	25	10	16,44	
C. Valenciana	Hombres	5	4,80	3	1*	4,81	38,40	39	18*	13,83	
	Mujeres	7	13,43	5	2	15,52	38,14	49	20*	17,86	
	Total	12	9,83	4	2	12,63	38,25	44	18*	15,61	
Extremadura	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	23	23	23	-	60	60	60	-	
	Total	1	23	23	23	-	60	60	60	-	
Galicia	Hombres	5	5,20	5	1*	3,34	28,40	23	23	24,99	
	Mujeres	2	6	6	0*	8,48	18,50	18,50	12*	9,19	
	Total	7	5,43	5	0*	4,42	25,57	23	23	21,30	
C. de Madrid	Hombres	8	8,88	6	2	10,19	19,50	13	13	15,71	
	Mujeres	11	12,64	7	3	12,28	24,91	13	7*	19,19	
	Total	19	11,05	7	2	11,30	22,63	13	13	17,55	
Murcia	Hombres	2	7,50	7,50	4*	4,95	37	37	20*	24,04	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	7,50	7,50	4*	4,95	37	37	20*	24,04	
C. F. Navarra	Hombres	1	12	12	12	-	26	26	26	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	12	12	12	-	26	26	26	-	
País Vasco	Hombres	3	15,67	4	4	20,20	30	26	23*	9,64	
	Mujeres	3	16,33	15	12*	5,13	46,33	51	51	8,08	
	Total	6	16	13,50	4	13,19	38,17	39	51	11,97	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	56	8,79	8	9	8,30	30,79	32,50	33	16,98	
	Mujeres	63	15,70	10	5*	23,09	34,75	37	51	18,07	
	Total	119	12,45	9	9	18,00	32,88	33	33	17,60	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 87. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.3.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	29	12,69	8	2*	19,83	34,07	33	33	12,14	
	Mujeres	57	12,88	5	4	19,38	39,54	40	27	13,99	
	Total	86	12,81	5,50	4	19,41	37,70	33	27	13,57	
Aragón	Hombres	3	15,33	12	4*	13,31	32,33	28	23*	12,09	
	Mujeres	9	7	6	3*	6,32	47,22	46	27	22,37	
	Total	12	9,08	6	3*	8,69	43,50	37	27	20,88	
P. de Asturias	Hombres	17	6,71	4	1	7,51	36,41	28	26*	16,01	
	Mujeres	1	5	5	5	-	21	21	21	-	
	Total	18	6,61	4	1	7,30	35,56	27,50	26*	15,95	
Balears	Hombres	3	17	9	1*	21,16	36,67	40	26*	9,45	
	Mujeres	4	7	4,50	2*	6,78	34,25	38	38	10,34	
	Total	7	11,29	5	1*	14,17	35,29	38	38	9,21	
Canarias	Hombres	6	13,17	12	4	9,17	34,50	30,50	14*	16,02	
	Mujeres	8	17,88	13	13	11,11	38,50	38,50	27*	7,21	
	Total	14	15,86	13	4*	10,23	36,79	37,50	27	11,44	
Cantabria	Hombres	1	0	0	0	-	24	24	24	-	
	Mujeres	4	17	15,50	7*	11,34	57	55,50	39	20,92	
	Total	5	13,60	8	0*	12,42	50,40	39	39	23,37	
Castilla y León	Hombres	15	14,33	10	9	15,10	39,93	35	22*	17,67	
	Mujeres	11	8,09	8	2	5,54	40,73	35	30	16,35	
	Total	26	11,69	9,50	2*	12,24	40,27	35	30*	16,79	
C. La Mancha	Hombres	14	10,21	8,50	8*	10,09	28,79	25	14*	11,80	
	Mujeres	3	9	6	6	5,19	34,67	39	39	7,50	
	Total	17	10	8	6	9,29	29,82	26	14*	11,20	
Cataluña	Hombres	45	18,51	15	2	18,11	30,56	24	23	16,10	
	Mujeres	43	18,07	18	1*	12,74	32,07	31	16	16,14	
	Total	88	18,30	15	2	15,63	31,30	27	16	16,04	
C. Valenciana	Hombres	8	5,50	4,50	2*	3,66	31,50	26,50	13*	18,34	
	Mujeres	7	12,14	14	7*	4,14	36,57	36	11	22,61	
	Total	15	8,60	7	2*	5,08	33,87	33	11*	19,85	
Extremadura	Hombres	5	9,80	3	3	11,47	40,20	42	43	4,65	
	Mujeres	4	11	11,50	4*	5,47	47,25	45	45	22,60	
	Total	9	10,33	10	3	8,80	43,33	43	43*	14,70	
Galicia	Hombres	21	14,10	12	13	13,58	32,95	32	15*	14,31	
	Mujeres	7	14	11	24	8,06	47,43	44	31*	14,63	
	Total	28	14,07	11,50	13	12,29	36,57	32,50	15*	15,50	
C. de Madrid	Hombres	53	14,75	7	0	23,59	25,68	26	12	13,82	
	Mujeres	32	18,34	6	3*	53,21	34,66	35,50	16	15,34	
	Total	85	16,11	6	0	37,31	29,06	27	12	14,97	
Murcia	Hombres	2	4,50	4,50	1*	4,95	43,50	43,50	19*	34,64	
	Mujeres	2	16,50	16,50	13*	4,95	39	39	38*	1,41	
	Total	4	10,50	10,50	1*	8,02	41,25	39	19*	20,18	
C. F. Navarra	Hombres	8	22,88	24	9*	10,07	35,38	31,50	60	16,40	
	Mujeres	2	59	59	16*	60,81	36	36	34*	2,82	
	Total	10	30,10	24	16	26,86	35,50	33,50	60	14,50	
País Vasco	Hombres	8	22,50	24,50	3*	13,82	35,75	32	19*	17,53	
	Mujeres	13	18,15	13	13	13,15	51,62	58	58	23,24	
	Total	21	19,81	17	13	13,24	45,57	44	58	22,22	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	1	7	7	7	-	22	22	22	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	7	7	7	-	22	22	22	-	
España	Hombres	239	14,22	9	4	17,42	31,82	28	26	15,08	
	Mujeres	207	15,14	9	2	25,20	38,70	37	27	16,83	
	Total	446	14,65	9	4	21,37	35,02	32	27	16,26	

Tabla 88. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.4.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	118	9,86	8	1	8,69	45,47	42,50	39	13,82	
	Mujeres	222	11,58	9	8	10,63	48,46	47	38	14,46	
	Total	340	10,98	9	4	10,02	47,42	45	38	14,29	
Aragón	Hombres	28	9,79	8,50	5*	6,07	60,21	58,50	49*	18,59	
	Mujeres	110	11,85	9	6*	12,64	57,65	59,50	78	19,04	
	Total	138	11,43	9	7	11,62	58,17	59	76*	18,91	
P. de Asturias	Hombres	43	7,58	5	4	7,38	51,07	51	52	17,29	
	Mujeres	110	7,95	6	3	6,33	52,55	49	43	14,49	
	Total	153	7,85	6	3	6,62	52,14	49	43*	15,29	
Balears	Hombres	21	13,43	9	1*	13,09	48,48	45	28*	22,37	
	Mujeres	52	7,58	6	3*	6,32	45,62	41,50	37	16,49	
	Total	73	9,26	6	1*	9,11	46,44	42	37	18,26	
Canarias	Hombres	36	10,56	6,50	4	9,97	47,17	45	42	17,64	
	Mujeres	50	13,04	9,50	8	11,59	47,24	51	51*	13,01	
	Total	86	12	8	7	10,95	47,21	49	51	15,02	
Cantabria	Hombres	2	5,50	5,50	2*	4,95	57,50	57,50	45*	17,67	
	Mujeres	23	17,13	9	4*	32,11	58,91	62	32*	16,95	
	Total	25	16,20	9	4*	30,93	58,80	62	70	16,63	
Castilla y León	Hombres	38	12,47	11	9	9,27	55,92	53,50	52*	15,70	
	Mujeres	151	12,93	10	2*	17,03	51,40	51	52	15,64	
	Total	189	12,84	10	2*	15,75	52,31	52	52	15,71	
C. La Mancha	Hombres	24	8,08	6,50	1*	7,76	47,79	42	39	15,38	
	Mujeres	81	7,35	6	3	6,03	45,58	42	40*	15,15	
	Total	105	7,51	6	3	6,43	46,09	42	39*	15,16	
Cataluña	Hombres	60	9,23	6	1	10,29	44	45,50	56	19,32	
	Mujeres	195	8,79	6	1	9,64	46,38	47	16	20,29	
	Total	255	8,89	6	1	9,77	45,82	46	16	20,05	
C. Valenciana	Hombres	36	6	5	2	4,65	49,25	45,50	37	17,02	
	Mujeres	100	8,96	6	4	11,62	46,63	44	38	13,93	
	Total	136	8,18	6	4	10,31	47,32	44	37	14,79	
Extremadura	Hombres	23	8,65	6	4	5,88	51,39	52	38	18,67	
	Mujeres	61	8,57	7	5	7,28	45,93	42	26	17,82	
	Total	84	8,60	6,50	5	6,89	47,43	46	26*	18,11	
Galicia	Hombres	55	13,42	10	0	13,28	55,47	56	67	16,59	
	Mujeres	156	12,44	10	7	10,81	50,40	51	68	17,22	
	Total	211	12,69	10	7	11,48	51,73	52	67	17,16	
C. de Madrid	Hombres	93	10,52	9	12	10,60	45,83	43	53	16,54	
	Mujeres	266	14,33	10	1*	15,90	49,97	48	68	16,85	
	Total	359	13,35	9	9	14,79	48,90	46	44	16,85	
Murcia	Hombres	32	8,63	6,50	1	7,15	48,91	46	31	19,19	
	Mujeres	78	6,78	7	1*	4,30	45,59	41	38*	14,77	
	Total	110	7,32	7	1	5,32	46,55	43	31*	16,16	
C. F. Navarra	Hombres	8	16,75	16,50	2*	9,13	55,25	50,50	41*	12,73	
	Mujeres	15	14,47	12	10*	10,02	52,87	54	54*	17,76	
	Total	23	15,26	13	10*	9,57	53,70	54	49*	15,93	
País Vasco	Hombres	59	12,36	9	6	8,89	49,53	47	32*	16,98	
	Mujeres	136	10,79	8	7	9,37	49,95	48,50	40	16,67	
	Total	195	11,27	8	8	9,23	49,82	48	40	16,72	
La Rioja	Hombres	1	3	3	3	-	71	71	71	-	
	Mujeres	3	1,33	2	2	1,15	50,67	54	39*	10,40	
	Total	4	1,75	2	2	1,25	55,75	56,50	39*	13,25	
Ceuta	Hombres	3	41	11	0*	61,73	42,67	29	26*	26,31	
	Mujeres	4	2,75	3	0*	2,21	44,25	43,50	41	3,94	
	Total	7	19,14	4	0	41,11	43,57	41	41	15,46	
Melilla	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	3	3	3	-	54	54	54	-	
	Total	1	3	3	3	-	54	54	54	-	
España	Hombres	680	10,37	7,50	1	10,25	49,10	47	37	17,32	
	Mujeres	1814	10,95	8	6	12,22	49,40	48	44	16,76	
	Total	2494	10,79	8	1	11,71	49,32	48	38	16,91	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 89. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.5.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	19	19	19	-	53	53	53	-	
	Total	1	19	19	19	-	53	53	53	-	
Aragón	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
P. de Asturias	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Balears	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Canarias	Hombres	1	6	6	6	-	39	39	39	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	6	6	6	-	39	39	39	-	
Cantabria	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	10	10	10	-	81	81	81	-	
	Total	1	10	10	10	-	81	81	81	-	
Castilla y León	Hombres	1	13	13	13	-	71	71	71	-	
	Mujeres	1	6	6	6	-	53	53	53	-	
	Total	2	9,50	9,50	6*	4,95	62	62	53*	12,72	
C. La Mancha	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cataluña	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
C. Valenciana	Hombres	2	2	2	0*	2,82	49,50	49,50	46*	4,95	
	Mujeres	1	8	8	8	-	43	43	43	-	
	Total	3	4	4	0*	4	47,33	46	43*	5,13	
Extremadura	Hombres	1	10	10	10	-	67	67	67	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	10	10	10	-	67	67	67	-	
Galicia	Hombres	1	4	4	4	-	84	84	84	-	
	Mujeres	2	10,50	10,50	3*	10,60	60	60	48*	16,97	
	Total	3	8,33	4	3*	8,38	68	72	48*	18,33	
C. de Madrid	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Murcia	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
C. F. Navarra	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
País Vasco	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	6	6,17	5	4	4,66	60	60	39*	16,92	
	Mujeres	6	10,67	9	3*	6,50	58,33	53	53	14,82	
	Total	12	8,42	7	4*	5,88	59,17	53	53	15,19	

Tabla 90. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.6.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	2	15,50	15,50	15*	0,70	39	39	39	0,00	
	Total	2	15,50	15,50	15*	0,70	39	39	39	0,00	
Aragón	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
P. de Asturias	Hombres	1	8	8	8	-	25	25	25	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	8	8	8	-	25	25	25	-	
Balears	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Canarias	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cantabria	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Castilla y León	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
C. La Mancha	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cataluña	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	5	5,40	2	1	7,70	80,80	86	51*	17,02	
	Total	5	5,40	2	1	7,70	80,80	86	51*	17,02	
C. Valenciana	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Extremadura	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Galicia	Hombres	1	41	41	41	-	23	23	23	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	41	41	41	-	23	23	23	-	
C. de Madrid	Hombres	2	35	35	33*	2,82	44,50	44,50	22*	31,82	
	Mujeres	2	26	26	3*	32,52	63,50	63,50	41*	31,82	
	Total	4	30,50	35	3*	19,55	54	54	22*	28,20	
Murcia	Hombres	1	6	6	6	-	27	27	27	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	6	6	6	-	27	27	27	-	
C. F. Navarra	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	41	41	41	-	45	45	45	-	
	Total	1	41	41	41	-	45	45	45	-	
País Vasco	Hombres	1	14	14	14	-	44	44	44	-	
	Mujeres	1	14	14	14	-	35	35	35	-	
	Total	2	14	14	14	0,00	39,50	39,50	35*	6,36	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	6	23,17	23,50	6*	15,58	34,67	26	22*	17,78	
	Mujeres	11	15	14	1	16,35	62,64	51	39*	24,52	
	Total	17	17,88	14	1*	16,10	52,76	44	39*	25,77	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 91. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.7.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	11	16,55	8	1*	22,16	46,73	47	47	13,41	
	Mujeres	6	7,83	7	1*	6,21	56,67	59,50	57	17,32	
	Total	17	13,47	8	1	18,36	50,24	57	47	15,17	
Aragón	Hombres	1	2	2	2	-	39	39	39	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	2	2	2	-	39	39	39	-	
P. de Asturias	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	11	11	11	-	55	55	55	-	
	Total	1	11	11	11	-	55	55	55	-	
Balears	Hombres	1	120	120	120	-	54	54	54	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	120	120	120	-	54	54	54	-	
Canarias	Hombres	1	9	9	9	-	68	68	68	-	
	Mujeres	4	20,25	8,50	0*	29,91	40,25	41	41	1,50	
	Total	5	18	9	0*	26,39	45,80	41	41	12,47	
Cantabria	Hombres	1	3	3	3	-	19	19	19	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	3	3	3	-	19	19	19	-	
Castilla y León	Hombres	6	9,67	9	5*	3,93	48,33	48,50	20*	28,48	
	Mujeres	3	17,33	11	9*	12,74	55	57	33*	21,07	
	Total	9	12,22	10	5*	8,05	50,56	57	20*	25,08	
C. La Mancha	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	2	5	5	3*	2,82	37,50	37,50	32*	7,77	
	Total	2	5	5	3*	2,82	37,50	37,50	32*	7,77	
Cataluña	Hombres	5	19	22	7*	9,67	51,20	68	18*	28,19	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	5	19	22	7*	9,67	51,20	68	18*	28,19	
C. Valenciana	Hombres	2	14,50	14,50	4*	14,84	80,50	80,50	61*	27,57	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	14,50	14,50	4*	14,84	80,50	80,50	61*	27,57	
Extremadura	Hombres	2	3,50	3,50	0*	4,95	37	37	37	0,00	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	3,50	3,50	0*	4,95	37	37	37	0,00	
Galicia	Hombres	2	11,50	11,50	3*	12,02	45	45	42*	4,24	
	Mujeres	4	20,75	22	7*	11,78	70	70	59*	10,23	
	Total	6	17,67	17,50	3*	11,62	61,67	61,50	42*	15,26	
C. de Madrid	Hombres	4	7,25	3,50	1	9,46	39	33	21*	22,33	
	Mujeres	3	11,67	6	5*	10,69	40,67	33	33	13,27	
	Total	7	9,14	6	1*	9,40	39,71	33	33	17,57	
Murcia	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
C. F. Navarra	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	19	19	19	-	61	61	61	-	
	Total	1	19	19	19	-	61	61	61	-	
País Vasco	Hombres	1	4	4	4	-	49	49	49	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	4	4	4	-	49	49	49	-	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	37	15,16	8	1	22,55	47,84	47	47	20,70	
	Mujeres	24	14,08	10	11	14,24	52,46	56,50	33*	16,17	
	Total	61	14,74	9	1*	19,58	49,66	48	47*	19,04	

Tabla 92. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.8.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	2	6	6	4*	2,82	71,50	71,50	61*	14,84	
	Mujeres	12	7,08	6	3	4,42	43,42	41,50	36*	16,76	
	Total	14	6,93	6	3	4,16	47,43	45	36*	18,94	
Aragón	Hombres	4	4,75	5	2*	2,21	48	44,50	29*	20,67	
	Mujeres	10	14,70	12	9*	6,97	56,60	51	47	20,10	
	Total	14	11,86	10	9*	7,52	54,14	51	47	19,86	
P. de Asturias	Hombres	1	5	5	5	-	77	77	77	-	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	1	5	5	5	-	77	77	77	-	
Balears	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	4	9	8,50	1*	7,87	53,75	51,50	43*	11,52	
	Total	4	9	8,50	1*	7,87	53,75	51,50	43*	11,52	
Canarias	Hombres	1	19	19	19	-	74	74	74	-	
	Mujeres	3	42	17	15*	45,04	52	49	35*	18,68	
	Total	4	36,25	18	15*	38,53	57,50	60,50	35*	18,80	
Cantabria	Hombres	2	16	16	13*	4,24	62	62	54*	11,31	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	2	16	16	13*	4,24	62	62	54*	11,31	
Castilla y León	Hombres	10	8,60	7,50	6	4,99	61,20	64,50	50	8,09	
	Mujeres	6	10,33	6,50	3*	8,98	65,67	68,50	73	8,57	
	Total	16	9,25	7	6	6,52	62,88	65	50*	8,29	
C. La Mancha	Hombres	5	4	3	1*	2,91	52,40	57	39*	13,33	
	Mujeres	11	8,27	8	7*	4,60	40,27	43	15*	22,02	
	Total	16	6,94	7	3*	4,53	44,06	44	15*	20,11	
Cataluña	Hombres	6	8,83	6	1*	10,10	43,33	49	49	18,87	
	Mujeres	19	20,11	11	1*	34,83	37,32	39	17*	17,18	
	Total	25	17,40	9	1	30,91	38,76	40	17*	17,39	
C. Valenciana	Hombres	10	5,90	6,50	0*	4,30	33,60	29	23*	14,90	
	Mujeres	15	11,13	11	2*	6,23	29	15	11	23,02	
	Total	25	9,04	8	7	6,03	30,84	25	11*	19,94	
Extremadura	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Galicia	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	16	9,06	7,50	6	5,79	43,44	47,50	50	22,72	
	Total	16	9,06	7,50	6	5,79	43,44	47,50	50	22,72	
C. de Madrid	Hombres	3	20,33	18	15*	6,80	39	45	14*	22,60	
	Mujeres	14	16,57	10	10	18,82	37,93	34	12	21,94	
	Total	17	17,24	15	10	17,19	38,12	38	12	21,34	
Murcia	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	4	9	9	8*	1,15	49,25	50	50	13,50	
	Total	4	9	9	8*	1,15	49,25	50	50	13,50	
C. F. Navarra	Hombres	1	15	15	15	-	34	34	34	-	
	Mujeres	2	6	6	5*	1,41	46	46	33*	18,38	
	Total	3	9	7	5*	5,29	42	34	33*	14,73	
País Vasco	Hombres	5	20	18	7*	15,41	68,60	70	50*	13,10	
	Mujeres	11	9,91	7	5	8,90	55,18	49	44	15,03	
	Total	16	13,06	9	5	11,81	59,38	59	44	15,41	
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	50	9,62	7,50	6*	8,51	51,48	52,50	50	18,86	
	Mujeres	127	12,83	9	5*	17,55	43,79	45	56	20,76	
	Total	177	11,93	8	6*	15,58	45,96	48	50	20,48	

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 93. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma para el diagnóstico 300.9.

CCAA	Sexo	Ingresos		Estancias				Edad			
		N	Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E	
Andalucía	Hombres	46	7,80	4	1	9,68	40,37	38	24*	16,35	
	Mujeres	45	9,78	4	2	13,91	37,51	36	34	11,23	
	Total	91	8,78	4	1	11,93	38,96	37	34	14,05	
Aragón	Hombres	3	11,33	8	3*	10,40	38,67	44	26*	11,01	
	Mujeres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	3	11,33	8	3*	10,40	38,67	44	26*	11,01	
P. de Asturias	Hombres	4	2,50	1	1	3	51	53,50	30*	17,60	
	Mujeres	4	5,25	4,50	1*	4,64	67,75	78	78	21,85	
	Total	8	3,88	1,50	1	3,90	59,38	65,50	78	20,43	
Balears	Hombres	23	6,30	2	2	10,00	35,96	36	37	11,62	
	Mujeres	17	7,59	3	1	9,53	37,29	35	21	14,31	
	Total	40	6,85	3	1	9,70	36,53	35,50	21	12,67	
Canarias	Hombres	1	8	8	8	-	37	37	37	-	
	Mujeres	3	32,67	5	2*	50,54	31	28	20*	12,76	
	Total	4	26,50	6,50	2*	43,07	32,50	32,50	20*	10,84	
Cantabria	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	12	12	12	-	24	24	24	-	
	Total	1	12	12	12	-	24	24	24	-	
Castilla y León	Hombres	4	6,25	7,50	9	3,77	51,50	48,50	29*	25,95	
	Mujeres	6	8,83	7,50	1*	7,67	57,33	46,50	91	27,29	
	Total	10	7,80	7,50	9	6,26	55	46,50	91	25,44	
C. La Mancha	Hombres	5	8,80	6	3	9,23	26,20	21	21	11,81	
	Mujeres	5	6,60	4	4	5,50	28,40	14	14	20,33	
	Total	10	7,70	5	3*	7,25	27,30	21	14*	15,72	
Cataluña	Hombres	19	2,42	1	1	3,16	42,47	40	27*	20,01	
	Mujeres	25	4,28	1	1	5,81	32,60	31	38	16,71	
	Total	44	3,48	1	1	4,89	38,86	35,50	15*	18,65	
C. Valenciana	Hombres	27	5,70	4	7	6,52	38,93	34	33	18,24	
	Mujeres	18	8,17	4,50	4	7,84	35,67	35,50	24	12,95	
	Total	45	6,69	4	4	7,10	37,62	34	33*	16,25	
Extremadura	Hombres	9	13,33	8	3*	14,14	45,11	46	21*	14,87	
	Mujeres	4	8	4,50	4	7,34	27,75	25,50	21*	7,80	
	Total	13	11,69	7	4	12,38	39,77	39	21	15,24	
Galicia	Hombres	6	9,17	4,50	1*	11,37	42,83	45,50	16*	16,77	
	Mujeres	4	10,50	11,50	0*	8,10	34,50	29,50	15*	22,84	
	Total	10	9,70	7	0*	9,70	39,50	43	15*	18,67	
C. de Madrid	Hombres	23	9,61	7	7	9,30	36,61	34	33*	15,55	
	Mujeres	22	7,41	4	4	7,08	28,95	24,50	14	13,71	
	Total	45	8,53	6	4*	8,27	32,87	31	13*	15,02	
Murcia	Hombres	2	6	6	5*	1,41	28,50	28,50	10*	26,16	
	Mujeres	2	7	7	7	0,00	40	40	33*	9,89	
	Total	4	6,50	7	7	1	34,25	40	47	17,46	
C. F. Navarra	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
País Vasco	Hombres	5	4,20	3	3	4,43	41,20	35	22*	22,44	
	Mujeres	3	11	7	6*	7,81	44,67	43	38*	7,63	
	Total	8	6,75	4,50	3	6,40	42,50	37,50	22*	17,54	
La Rioja	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	1	1	1	1	-	36	36	36	-	
	Total	1	1	1	1	-	36	36	36	-	
Ceuta	Hombres	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	3	2	2	1*	1	20	22	15*	4,35	
	Total	3	2	2	1*	1	20	22	15*	4,35	
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	Hombres	177	7,08	4	1	8,85	39,57	37	33	16,70	
	Mujeres	163	8,17	4	1	11,53	35,88	34	34	16,01	
	Total	340	7,60	4	1	10,22	37,80	35,50	34*	16,45	

A continuación, y siguiendo con los objetivos planteados, realizaremos el análisis de los resultados mediante la agrupación en GRD.

VI.6. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

Aunque, en el caso de la Psiquiatría, el sistema de clasificación basado en los GRD no este ausente de críticas, este tipo de agrupación nos permite hacer comparaciones homogéneas de pacientes con la misma complejidad y ha mostrado su pertinencia, en estudios exhaustivos previos¹⁹⁸. Por ello, abordamos su estudio, calculando en un primer lugar y como visión generalizada de los datos, para cada CDM, la distribución de ingresos por GRD, su distribución por sexos y comunidades autónomas y las correspondientes tasas de incidencia por GRD. En segundo lugar, para un análisis más detallado se considerará cada GRD por separado, presentando la información siguiendo siempre la misma sistemática:

1. Distribución por sexos del GRD específico.
2. Tasas de incidencia según género y comunidad autónoma.
3. Estudio de la media, mediana, moda y desviación típica, de la edad y estancia para cada GRD, según sexo y comunidad autónoma.

VI.6.1. GRD CDM 19.

Tabla 94. Distribución de los episodios de hospitalización por GRD en CDM 19, 2002.

GRD	Descripción	Ingresos	Porcentaje
430	Psicosis	30665	53,8
428	Trastornos de la personalidad y del control de impulsos	5670	10
425	Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial	5022	8,8
426	Neurosis depresiva	4682	8,2
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	4678	8,2
427	Neurosis excepto depresiva	2709	4,8
432	Otros diagnósticos de trastorno mental	1812	3,2
431	Trastornos mentales de la infancia	1423	2,5
424	Procedimiento quirúrgico con diagnóstico principal de enfermedad mental	296	0,5
483	<i>Traqueotomía excepto por trastorno de boca, laringe o faringe</i>	9	0
Total	CDM 19	56966	100

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Como era de esperar, y acorde a estudios previos, es el GRD 430, psicosis, el que acapara el mayor número de episodios de hospitalización. Más de la mitad de los ingresos son agrupados bajo este epígrafe. El segundo lugar lo ocupa el GRD 428, trastorno de la personalidad y del control de impulsos, y en tercer lugar se sitúa el GRD 425, reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial. La patología infantil, GRD 431, ocupa lugares muy alejados, con apenas un 2,5% del total de los casos.

Hay dos GRD que merecen un comentario especial, por un lado el GRD 424, que hace referencia a todo procedimiento quirúrgico donde el diagnóstico principal sea de enfermedad mental, en este sentido los criterios de codificación orientados a agrupar correctamente los casos establecen que si en cualquier ingreso por enfermedad mental concurre la existencia de un procedimiento quirúrgico, ese ingreso se agrupará en un GRD específico tomando más importancia el procedimiento quirúrgico que el diagnóstico psicopatológico. En el mismo sentido podemos hablar del GRD 483, donde se valora, primordialmente, la presencia de traqueotomía, independientemente del diagnóstico principal. Ambos GRD ocupan los últimos puestos de la distribución de frecuencias.

La distribución por GRD y género es la que sigue:

Tabla 95. Distribución de los episodios de hospitalización por GRD en CDM 19, por sexos y razón hombre-mujer, 2002.

GRD	Descripción	Hombres	Mujeres	Total	RH/M
430	Psicosis	17084	13573	30657	1,25
428	Trastornos de la personalidad y del control de impulsos	2792	2876	5668	0,97
425	Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial	2159	2863	5022	0,75
426	Neurosis depresiva	1636	3046	4682	0,53
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	2382	2296	4678	1,03
427	Neurosis excepto depresiva	1280	1429	2709	0,89
432	Otros diagnósticos de trastorno mental	1074	738	1812	1,45
431	Trastornos mentales de la infancia	896	526	1422	1,70
424	Procedimiento quirúrgico con diagnóstico principal de enfermedad mental	126	164	290	0,76
483	<i>Traqueotomía excepto por trastorno de boca, laringe o faringe</i>	6	3	9	2
Total	CDM 19	29435	27514	56949	1,06

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Podemos apreciar como faltan 17 casos en el cómputo total ya que en el momento del análisis no se pudo constatar su pertenencia a un sexo determinado.

Podemos observar como para ambos sexos el GRD 430, psicosis, ocupa el primer puesto en frecuencia, sin embargo en el caso de los hombres el número de casos es mayor siendo la razón mayor de la unidad. Para el sexo masculino, el segundo y tercer lugar lo ocupan los trastornos de personalidad y las alteraciones orgánicas y retraso mental respectivamente. En el caso de las mujeres, el segundo puesto es para las neurosis depresivas, prácticamente se duplican los casos masculinos (así, en los hombres, se sitúa en quinto lugar en la distribución de frecuencias) el tercer y cuarto puesto lo ocupan los trastornos de personalidad y la reacción de adaptación aguda y disfunción psicosocial respectivamente, siendo similares en número de casos.

Atendiendo a la distribución por comunidades autónomas, los resultados se pueden apreciar en la tabla 96.

Tabla 96. Distribución de los episodios de hospitalización por GRD y CCAA expresados en tasas por 100.000 habitantes.

GRD	424	425	426	427	428	429	430	431	432	483
Andalucía	0.85	9.96	7.83	3.82	17.20	10.07	86.65	3.89	2.27	0.00
Aragón	0.74	18.02	18.02	13.31	17.03	25.62	90.83	5.21	2.48	0.00
P. de Asturias	1.32	15.55	20.45	8.20	31.29	18.66	101.78	3.20	4.52	0.00
I. Baleares	0.79	17.99	18.89	9.89	17.76	17.31	145.13	6.63	2.14	0.00
Canarias	0.44	7.22	8.16	5.61	9.22	6.27	87.55	1.11	2.22	0.00
Cantabria	0.56	10.61	8.56	3.54	7.45	16.94	40.95	0.37	3.35	0.00
Castilla y León	1.42	14.17	14.13	10.79	8.83	7.86	73.84	3.13	4.64	0.00
Castilla La Mancha	0.39	16.95	14.14	9.74	8.00	10.14	61.96	3.55	1.92	0.00
Cataluña	0.34	12.15	7.90	5.76	8.13	11.61	50.50	2.93	8.94	0.03
C. Valenciana	0.28	11.56	7.22	4.69	10.77	10.32	70.02	2.96	1.07	0.05
Extremadura	0.47	10.19	12.08	2.08	11.61	10.47	47.84	1.70	0.85	0.09
Galicia	0.44	17.87	12.46	6.04	16.43	14.57	79.39	4.12	9.94	0.11
C. de Madrid	1.29	9.29	15.36	7.93	19.55	9.05	69.80	4.24	5.38	0.02
Murcia	0.33	11.27	14.89	3.29	11.35	7.98	50.91	3.21	4.03	0.00
C. F. Navarra	1.43	10.89	6.60	6.43	13.03	14.99	98.89	0.54	1.78	0.00
País Vasco	0.72	13.57	16.69	12.47	14.15	13.48	100.47	4.32	2.40	0.00
La Rioja	0.00	8.59	2.86	0.72	0.00	6.44	2.86	2.15	13.60	0.00
Ceuta	0.00	34.98	13.99	4.20	12.59	39.18	90.94	4.20	2.80	0.00
Melilla	1.50	9.01	4.51	3.00	3.00	3.00	60.08	1.50	0.00	0.00
España	0.72	12.16	11.33	6.56	13.72	11.32	74.22	3.44	4.39	0.02

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

De la misma manera que para el análisis que se realizó en base al diagnóstico principal, son las comunidades de Baleares, Asturias, Ceuta y Aragón las que presentan las mayores tasas de ingresos por GRD dentro de la CDM 19, llegándose a constatar valores entre comunidades que se sextuplican.

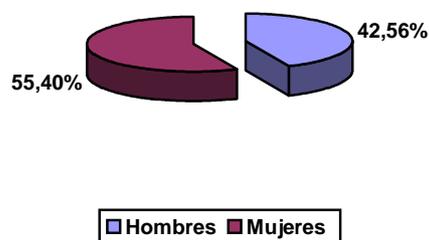
VI.6.1.1. GRD 424: Procedimiento Quirúrgico con Diagnóstico Principal de Enfermedad Mental.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a todos los pacientes ingresados por una enfermedad mental a los que se les ha practicado una intervención quirúrgica.

Aunque no es un GRD del ámbito de la psicopatología propiamente dicho se incluye ya que forma parte de la CDM 19.

En números absolutos suponen 296 casos. Porcentualmente representan el 0,5% de la casuística. Por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 126, el 42,56% de los casos mientras que los ingresos femeninos ascienden a 164, o sea un 55,40% –en 6 de los casos desconocemos el sexo- (figura 16).

Figura 16. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 424 por sexos.



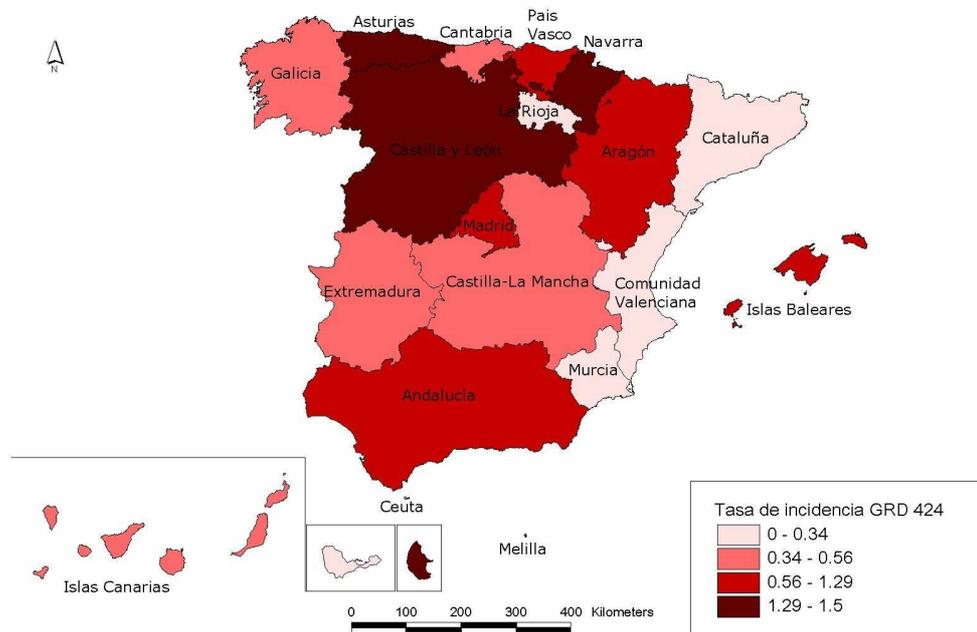
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 97 y mapa 18.

Tabla 97. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 424, según género.

CCAA	TI GRD 424 Hombres	TI GRD 424 Mujeres	TI GRD 424 Total
Andalucía	0.74	0.80	0.85
Aragón	0.17	1.31	0.74
P. de Asturias	0.98	1.63	1.32
I. Baleares	1.13	0.45	0.79
Canarias	0.56	0.33	0.44
Cantabria	0.38	0.73	0.56
Castilla y León	1.73	1.12	1.42
Castilla La Mancha	0.57	0.22	0.39
Cataluña	0.19	0.49	0.34
C. Valenciana	0.24	0.33	0.28
Extremadura	0.38	0.56	0.47
Galicia	0.46	0.43	0.44
C. de Madrid	0.98	1.58	1.29
Murcia	0.33	0.33	0.33
C. F. Navarra	1.08	1.78	1.43
País Vasco	0.49	0.94	0.72
La Rioja	0.00	0.00	0.00
Ceuta	0.00	0.00	0.00
Melilla	3.01	0.00	1.50
España	0.62	0.78	0.72

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

Mapa 18. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 424.



Podemos apreciar como las tasas más altas se dan en Melilla, C. Foral de Navarra, Castilla y León y Principado de Asturias. Según género, vemos cómo varía la distribución de frecuencias destacando las diferencias que se presentan en el caso de la Ciudad Autónoma de Melilla y CCAA de Aragón.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 98. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	17,63	10	9	22,41	37,48	31	3*	21,96
	Mujeres	30,77	9	2	89,89	39,03	36	21*	19,60
	Total	22,98	9	9	63,67	37,87	34	26	19,63
Aragón	Hombres	35	35	35	-	78	78	78	-
	Mujeres	27,13	21	4*	22,81	64,25	75,50	81	24,67
	Total	28	24	4*	21,50	65,78	76	81	23,53
P. de Asturias	Hombres	25,20	29	11*	9,91	62,20	69	74	16,39
	Mujeres	15,44	11	26	11,70	56,78	52	30*	17,42
	Total	18,93	20,50	11*	11,75	58,71	64	69*	16,63
I. Baleares	Hombres	39,40	15	7*	47,02	51,20	54	54	18,62
	Mujeres	8,50	8,50	2*	9,19	39	39	6*	46,66
	Total	30,57	15	15	41,42	47,71	54	54	25,09
Canarias	Hombres	19,40	26	3*	12,17	44,40	42	32*	15,37
	Mujeres	31,67	30	10*	22,54	42,33	37	32*	13,79
	Total	24	26,50	10	16,44	43,63	39,50	32	13,80
Cantabria	Hombres	64	64	64	-	58	58	58	-
	Mujeres	77	77	28*	69,29	70,50	70,50	57*	19,09
	Total	72,67	64	28*	49,57	66,33	58	57*	15,30
Castilla y León	Hombres	17,52	19	2*	12,92	58,86	58	47*	20,75
	Mujeres	20,29	18	10	13,13	54,36	61,50	66	20,12
	Total	18,63	19	4*	12,89	57,06	58	66	20,32
C. La Mancha	Hombres	17,60	23	26	10,35	62,40	57	30*	23,54
	Mujeres	16	16	15*	1,41	42,50	42,50	36*	9,19
	Total	17,14	17	26	8,51	56,71	54	30*	21,86
Cataluña	Hombres	13,50	8,50	2	13,82	45,83	50	23*	14,40
	Mujeres	29,19	28,50	2*	20,90	38,19	56,50	79	19,83
	Total	24,91	23	2	20,21	54,82	53	79	19,02
C. Valenciana	Hombres	5,40	5	1*	3,84	43,60	50	2*	29,97
	Mujeres	26	23	3*	24,02	66,57	66	47*	11,98
	Total	17,42	6,50	3*	20,80	57	61	2*	23,34
Extremadura	Hombres	9,50	9,50	2*	10,60	35	35	31*	5,65
	Mujeres	21,33	18	13*	10,40	42,33	36	29*	17,38
	Total	16,60	17	2*	11,14	39,40	36	29*	13,24
Galicia	Hombres	33	18	2*	36,37	52	54	8*	30,69
	Mujeres	69	15,50	3*	109,40	66,67	72,50	35*	18,81
	Total	51	15,50	2*	79,97	59,33	63,50	8*	25,45
C. de Madrid	Hombres	40,42	21,50	3*	51,13	58	71	27*	28,81
	Mujeres	31,89	16	1	42,80	67,07	79	79*	29,42
	Total	35,01	17	16	45,85	63,75	77	89	29,32
Murcia	Hombres	34	34	28*	8,48	73,50	73,50	68*	7,77
	Mujeres	18	18	6*	16,97	53,50	53,50	30*	33,23
	Total	26	29	6*	14,32	63,50	72,50	30*	22,84
C. F. Navarra	Hombres	8,33	5	3*	7,57	65,67	68	55*	9,71
	Mujeres	22,40	18	2*	21,96	48	39	38	19,11
	Total	17,13	13,50	2*	18,57	54,63	49	38	17,87
País Vasco	Hombres	17,80	14	4*	17,48	53,20	52	26*	21,28
	Mujeres	23,40	21,50	24	17,38	51,10	49,50	22*	19,25
	Total	21,53	19	19*	17,00	51,80	51	40	19,20
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	Hombres	5	5	5	-	40	40	40	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	5	5	5	-	40	40	40	-
España N=296	Hombres	23,92	14	4*	30,75	51,73	53	27*	23,90
	Mujeres	29,30	16,50	2	50,91	56,02	57,50	79	24,59
	Total	26,58	15	2	42,97	53,75	53	79	24,27

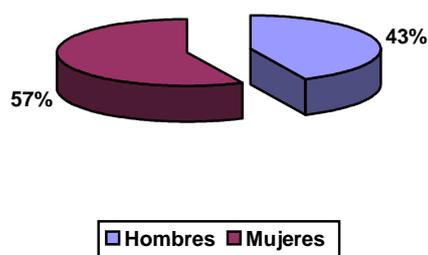
VI.6.1.2. GRD 425: Reacción de Adaptación Aguda y Trastorno de Disfunción Psicosocial.

GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por un síndrome psicoorgánico, o bien, con distintos tipos de reacción a estrés agudo.

Es el primer GRD eminentemente psicopatológico dentro de la CDM 19.

En datos absolutos suponen 5022 casos, que en porcentaje representan el 8,8% de los ingresos incluidos en la CDM 19. Según distribución por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 2159, lo que supone el 43% de los casos, mientras que los ingresos femeninos son 2863, representando un 57% de los episodios de hospitalización (figura 17).

Figura 17. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 425 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

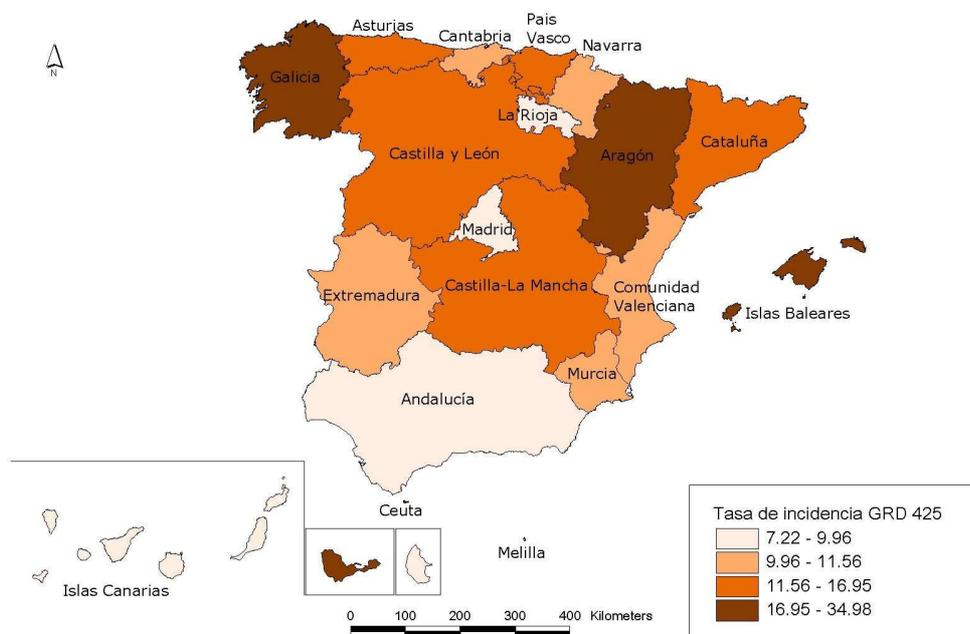
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 99 y en el mapa 19.

Tabla 99. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 425, según género.

CCAA	TI GRD 425 Hombres	TI GRD 425 Mujeres	TI GRD 425 Total
Andalucía	8.91	10.99	9.96
Aragón	16.39	19.61	18.02
P. de Asturias	14.75	16.28	15.55
I. Baleares	17.16	18.81	17.99
Canarias	6.45	7.98	7.22
Cantabria	7.64	13.43	10.61
Castilla y León	11.73	16.53	14.17
Castilla La Mancha	13.11	20.77	16.95
Cataluña	9.47	14.73	12.15
C. Valenciana	10.48	12.60	11.56
Extremadura	9.32	11.04	10.19
Galicia	15.20	20.34	17.87
C. de Madrid	8.56	9.97	9.29
Murcia	11.20	11.34	11.27
C. F. Navarra	9.68	12.09	10.89
País Vasco	13.74	13.42	13.57
La Rioja	6.46	10.71	8.59
Ceuta	33.35	39.08	34.98
Melilla	12.02	6.00	9.01
España	10.65	13.60	12.16

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

Mapa 19. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 425.



Como se puede apreciar, Ceuta presenta la tasa de incidencia más alta frente a Canarias donde se da la tasa más baja. Por encima de la tasa de incidencia estatal hay 8 comunidades autónomas, de mayor a menor incidencia: Ceuta, Aragón, Baleares, Galicia, Castilla la Mancha, Asturias, Castilla y León y País Vasco. El resto de las comunidades autónomas presentan tasas más bajas, destacando por tasa inferior Canarias.

Por sexos, en todas las comunidades, excepto en Melilla y País Vasco, la incidencia en las mujeres es superior a la de los hombres. En Cantabria y Castilla La Mancha, la tasa de incidencia de las mujeres es casi el doble que la de los hombres. Sin embargo, en Melilla ocurre lo contrario.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 100. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	9,58	7	1	10,28	45,34	41	26	20,36
	Mujeres	10,39	7	2*	14,09	45,86	43	35	20,51
N=738	Total	10,03	7	1	12,56	45,63	42	37	20,43
Aragón	Hombres	10,98	8	3	14,26	61,68	68	78	21,06
	Mujeres	8,52	6	5	8,00	58,45	67,50	75	25,32
N=218	Total	9,62	7	4	11,29	59,90	68	75	23,50
P. de Asturias	Hombres	7,81	4	1	12,73	53,67	55	55	21,22
	Mujeres	8,23	5,50	3	12,71	57,12	57	87	21,53
N=165	Total	8,04	5	1	12,68	55,55	55	77*	21,39
I. Baleares	Hombres	6,09	4	2	6,87	44,42	40,50	22*	20,83
	Mujeres	8,46	6	3	9,05	48,13	47	50	20,25
N=160	Total	7,34	5	2	8,15	46,37	42	50	20,54
Canarias	Hombres	10,52	8	6	8,35	46,05	39	25*	21,13
	Mujeres	11,82	8	5	12,54	44,25	45	45	19,33
N=130	Total	11,24	8	5	10,85	45,05	44	33*	20,09
Cantabria	Hombres	7	5,50	5	5,26	64,55	73,50	13*	25,38
	Mujeres	12,11	10	4*	11,15	69,41	78	84*	20,93
N=57	Total	10,32	7	5	9,77	67,70	77	86	22,49
Castilla y León	Hombres	7,44	6	4	6,84	53,32	57	67	24,43
	Mujeres	7,59	6	4	6,89	54,92	59	30*	23,70
N=348	Total	7,53	6	4	6,86	54,27	57,50	67	23,98
C. La Mancha	Hombres	7,45	6	3	6,37	59,16	67,50	78	23,86
	Mujeres	7,65	6	4	7,64	58,66	65	50	23,55
N=301	Total	7,57	6	4	7,16	58,86	66	78	23,63
Cataluña	Hombres	5,27	2	1	6,06	54,81	58	54	23,91
	Mujeres	6,20	4	1	7,40	53,42	54	75	25,54
N=780	Total	5,84	3	1	6,93	53,95	55,50	75	24,92
C. Valenciana	Hombres	6,92	5	2*	7,05	54,66	56,50	81	24,72
	Mujeres	6,44	5	2	5,90	55,62	58	37	23,60
N=488	Total	6,66	5	2	6,43	55,19	58	81	24,09
Extremadura	Hombres	7,53	6	2	7,65	52,90	54	66	23,89
	Mujeres	9,61	8	2*	8,39	53,88	57	77	23,92
N=108	Total	8,67	7	2	8,09	53,44	54,50	66*	23,80
Galicia	Hombres	11,21	8	3*	12,36	58,32	67	82	25,01
	Mujeres	10,55	8	4	10,85	58,66	63	82	23,18
N=482	Total	10,82	8	4	11,48	58,52	64	82	23,92
C. de Madrid	Hombres	9,34	7	1*	8,16	52,48	51	69*	23,74
	Mujeres	10,21	7	4	10,66	53,62	52	13*	27,22
N=511	Total	9,82	7	4	9,63	53,11	51	37*	25,72
Murcia	Hombres	7,76	6	4	7,65	57,19	68,50	77*	25,34
	Mujeres	8,23	6	6	7,70	56,71	65	79	24,03
N=137	Total	8	6	4	7,65	56,95	66	79	24,60
C. F. Navarra	Hombres	9,37	7	2*	8,39	51,89	53	25*	22,91
	Mujeres	7,32	5	3	7,30	58,03	64,50	48*	22,97
N=61	Total	8,23	6	2	7,80	55,31	58	75*	22,96
País Vasco	Hombres	8,84	7	2	7,69	56,53	59,50	74	21,41
	Mujeres	7,58	5	1	7,54	59,97	66	80	23,94
N=283	Total	8,20	6	2*	7,63	58,27	62	80	22,75
La Rioja	Hombres	9,22	5	3*	11,15	52,44	59	5*	27,94
	Mujeres	4,67	4	2*	2,84	50,73	44	11*	29,51
N=24	Total	6,38	4,50	3	7,30	51,38	55,50	11*	28,33
Ceuta	Hombres	2,33	2	2	1,96	41	32,50	21	22,93
	Mujeres	2,69	2	1*	2,78	34,38	25	79	23,26
N=25	Total	2,52	2	2	2,38	37,56	26	21	22,86
Melilla	Hombres	22,75	17	2*	23,34	49,50	52,50	21*	21,11
	Mujeres	0,50	0,50	0*	0,70	41	41	32*	12,72
N=6	Total	15,33	6	0*	21,42	46,67	51	21*	17,86
España N=5022	Hombres	8,29	6	1	9,13	53,35	54	78	23,56
	Mujeres	8,47	6	1	9,82	54,03	54	77	24,17
	Total	8,39	6	1	9,53	53,74	54	78	23,91

Como se puede apreciar en la tabla anterior, la estancia media para el GRD 425 es de 8,39 días con poca diferencia según género. La desviación típica nos indica menos dispersión para esta variable que para la variable edad, siendo la población menos homogénea.

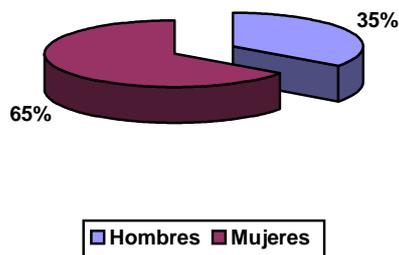
Se muestran diferencias respecto a la estancia media por CCAA que van desde los 2,52 días de Ceuta a los 11,24 de Canarias (que nuevamente presenta la media más alta). La edad media oscila entre los 37,56 años de Ceuta a los 67,70 de Cantabria.

VI.6.1.3. GRD 426: Neurosis Depresiva.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una neurosis depresiva como: depresión neurótica (trastorno distímico), trastorno depresivo crónico de la personalidad o reacción depresiva breve prolongada.

Se trata de un GRD típicamente psicopatológico, donde el número de episodios de hospitalización asciende a 4682 casos (8,2%). Por sexos, los ingresos masculinos suponen 1636 casos (35%) mientras que los ingresos femeninos 3046 (65%) (figura 18).

Figura 18. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 426 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

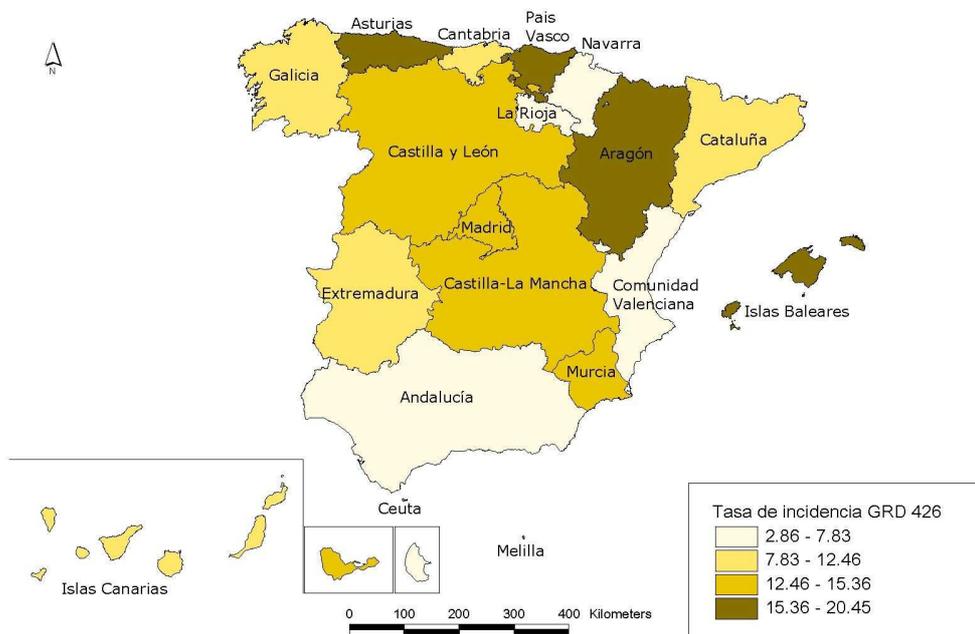
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 101 y mapa 20.

Tabla 101. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 426, según género.

CCAA	TI GRD 426 Hombres	TI GRD 426 Mujeres	TI GRD 426 Total
Andalucía	6.61	9.02	7.83
Aragón	10.87	25.01	18.02
P. de Asturias	12.98	27.32	20.45
I. Baleares	14.45	23.29	18.89
Canarias	6.90	9.42	8.16
Cantabria	3.44	13.43	8.56
Castilla y León	8.01	20.06	14.13
Castilla La Mancha	10.06	18.19	14.14
Cataluña	5.15	10.55	7.90
C. Valenciana	4.62	9.75	7.22
Extremadura	7.04	17.03	12.08
Galicia	8.41	16.20	12.46
C. de Madrid	11.43	19.02	15.36
Murcia	12.52	17.25	14.89
C. F. Navarra	6.09	7.11	6.60
País Vasco	13.05	20.17	16.69
La Rioja	2.87	2.86	2.86
Ceuta	13.90	15.03	13.99
Melilla	3.01	6.00	4.51
España	8.07	14.47	11.33

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

Mapa 20. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 426.



En 11 de las 19 CCAA la tasa de incidencia supera a la nacional, siendo más llamativo en Asturias, Baleares, Aragón y País Vasco. La tasa más baja se da en La Rioja y exceptuando dicha comunidad, donde apenas se aprecia diferencias de género, en todos los casos la incidencia es mayor para el sexo femenino, en muchas comunidades se duplica la tasa. Destaca, en el caso de los hombres la baja tasa de Cantabria y Melilla y las tasas de Ceuta, País Vasco y Baleares.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 102. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	10,88	8	1	12,03	47,32	44	39	14,98
	Mujeres	11,02	8	4	11,33	46,96	45	38	15,34
	Total	10,96	8	4	11,61	47,11	45	38	15,18
Aragón	Hombres	9,69	8	7	7,21	56,28	53	37*	19,72
	Mujeres	11,08	8	7	11,39	57,21	60	41*	20,13
	Total	10,67	8	7	10,33	56,93	57,50	77	19,97
P. de Asturias	Hombres	7,36	5	4	7,21	54,06	52	52	18,67
	Mujeres	8,05	6	3	6,75	53,72	51	43	15,78
	Total	7,84	6	4	6,88	53,82	52	46	16,67
I. Baleares	Hombres	8,28	5,50	1	9,64	43	40,50	41	17,54
	Mujeres	7,87	6	2	6,86	45,15	40,50	37	17,63
	Total	8,02	6	2	8,01	44,33	40,50	37	17,58
Canarias	Hombres	11,50	6	4	13,09	45,74	45	57	16,28
	Mujeres	12,42	8	8	12,37	47,54	47	41	14,76
	Total	12,03	8	7	12,64	46,78	46	57	15,39
Cantabria	Hombres	17,56	9	1*	21,79	59,89	61	70	11,00
	Mujeres	18,24	12	4*	28,21	61,43	63	70	15,62
	Total	18,11	10,50	7	26,85	61,13	62,50	70	14,74
Castilla y León	Hombres	11,02	9	9	12,25	51,64	51	24*	19,16
	Mujeres	11,49	9	11	14,41	51,35	51	52	16,76
	Total	11,36	9	11	13,82	51,43	51	52	17,44
C. La Mancha	Hombres	9,22	7	1	8,55	48,36	44	43	17,26
	Mujeres	8,17	6	3	7,94	47,11	44	40	17,14
	Total	8,55	7	3	8,16	47,55	44	40	17,16
Cataluña	Hombres	8,83	6	1	10,24	47,83	46	42	19,37
	Mujeres	8,73	6	1	9,88	48,71	48	16	19,59
	Total	8,77	6	1	9,98	48,43	47	16	19,50
C. Valenciana	Hombres	10,17	7	2	9,42	51,96	51,50	35	18,52
	Mujeres	9,04	6	4	10,16	47,82	45	38*	15,75
	Total	9,40	6	5	9,93	49,12	46	42	16,75
Extremadura	Hombres	9,46	8	4	6,95	49,68	48	38	17,20
	Mujeres	9,85	8	5	7,56	45,22	42	26	19,90
	Total	9,73	8	4*	7,36	46,51	46	58	19,20
Galicia	Hombres	12,84	10	0	11,26	52,67	55	67	18,75
	Mujeres	13,05	9	7	12,81	50,29	51	48	18,53
	Total	12,99	10	7	12,32	51,06	52	56	18,61
C. de Madrid	Hombres	11,75	9	6	10,84	47,22	45	34*	18,07
	Mujeres	15,19	10	5	23,87	47,12	45	44	18,82
	Total	13,96	9	3	20,25	47,16	45	44	18,54
Murcia	Hombres	8,49	7	3*	6,07	45,67	41,50	31*	18,79
	Mujeres	7,66	7	1*	5,82	46,25	43	38	15,96
	Total	8,01	7	6	5,92	46,01	42	31*	17,16
C. F. Navarra	Hombres	13,12	12	9	8,24	54,47	51	73	20,58
	Mujeres	12,45	10	7*	9,39	55,55	54,50	54*	18,62
	Total	12,76	10	6*	8,77	55,05	54	73	19,27
País Vasco	Hombres	12,32	9	8	9,50	49,88	45	32*	18,94
	Mujeres	10,76	8	7	9,34	48,28	46	40	17,82
	Total	11,36	9	8	9,42	48,89	46	40	18,25
La Rioja	Hombres	8,25	6	3*	6,70	68,25	68,50	65*	2,75
	Mujeres	4,50	2	2	6,40	47,50	46,50	38*	10,59
	Total	6,38	4	2	6,39	57,88	62	38*	13,20
Ceuta	Hombres	24,60	0,00	0	49,09	45,80	31	26*	23,55
	Mujeres	3	4	4	2,00	43,80	42	41	3,56
	Total	13,80	3	0	34,67	44,80	41,50	41	15,91
Melilla	Hombres	5	5	5	-	35	35	35	-
	Mujeres	4,50	4,50	3*	2,12	52	52	50*	2,82
	Total	4,67	5	3*	1,52	46,33	50	35*	10,01
España N=4682	Hombres	10,64	8	1	10,76	49,06	46	36	18,17
	Mujeres	11,10	8	1	14,36	48,91	47	44	17,89
	Total	10,94	8	1	13,22	48,97	47	44	17,99

La media de estancia hospitalaria para toda España es de 10,94, siendo superior, aunque con poca diferencia, en las mujeres. La edad media de ingreso es de 49 años con pocas discrepancias en función del sexo. Se aprecian diferencias respecto a la estancia media por CCAA, oscilando los valores entre los 4 días de Melilla y los 18 días de Cantabria. La edad media mayor se da en Cantabria y la menor en las Islas Baleares.

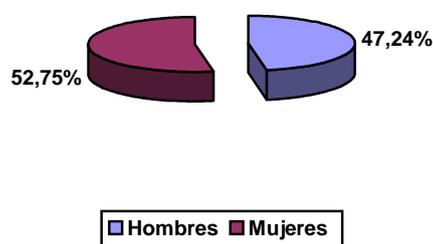
Por comunidades y género, no se aprecian, respecto a la estancia hospitalaria, diferencias significativas (en 9 CCAA es mayor para las mujeres que para los hombres y en 10 CCAA es menor). En 11 de las 19 comunidades la edad media de los hombres es mayor a la de las mujeres, aunque es poca la discrepancia.

VI.6.1.4. GRD 427: Neurosis Excepto Depresiva.

GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por neurosis no depresivas tales como: reacción adaptativa con emociones mixtas o con alteración de conducta, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de somatización, hipocondría o fobias.

En números absolutos representan 2709 casos. Porcentualmente supone el 4,8% de los ingresos. Según sexo, los ingresos se dividen en 1280 hombres, 47,24% de los casos y 1429 mujeres, el 52,75% de la casuística (figura 19).

Figura 19. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 427 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

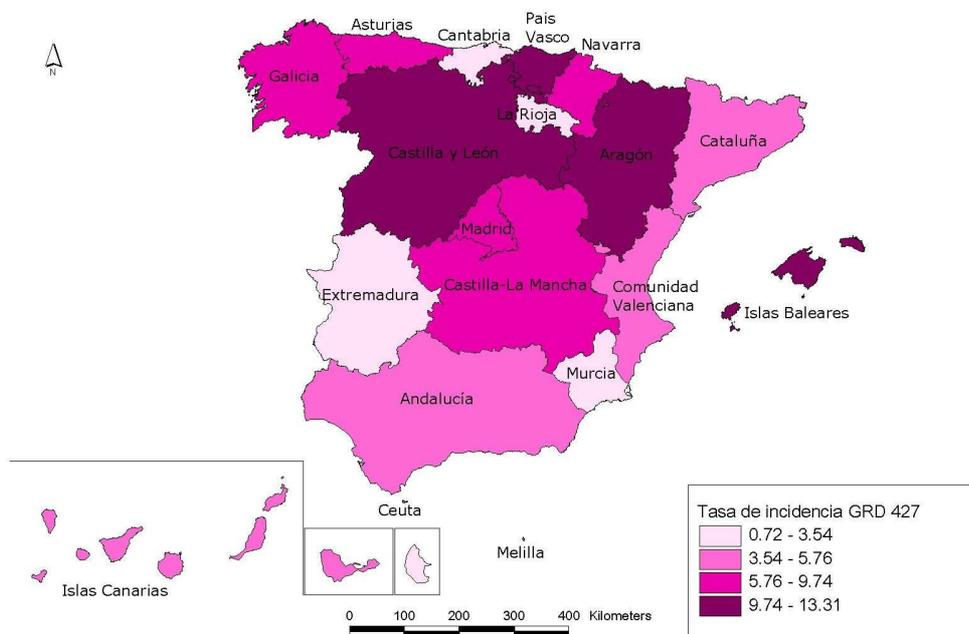
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 103 y mapa 21.

Tabla 103. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 427, según género.

CCAA	TI GRD 427 Hombres	TI GRD 427 Mujeres	TI GRD 427 Total
Andalucía	3.56	4.07	3.82
Aragón	13.38	13.24	13.31
P. de Asturias	10.23	6.33	8.20
I. Baleares	8.58	11.19	9.89
Canarias	5.12	6.09	5.61
Cantabria	2.67	4.36	3.54
Castilla y León	9.33	12.20	10.79
Castilla La Mancha	10.40	9.09	9.74
Cataluña	5.24	6.27	5.76
C. Valenciana	5.00	4.39	4.69
Extremadura	1.90	2.25	2.08
Galicia	6.40	5.71	6.04
C. de Madrid	7.13	8.67	7.93
Murcia	2.64	3.94	3.29
C. F. Navarra	7.53	5.33	6.43
País Vasco	12.66	12.29	12.47
La Rioja	1.44	0.00	0.72
Ceuta	2.78	6.01	4.20
Melilla	6.01	0.00	3.00
España	6.32	6.79	6.56

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

Mapa 21. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 427.



Como queda reflejado en la distribución de frecuencias, la variabilidad entre comunidades es muy amplia. La mayor incidencia se presenta en Aragón, País Vasco, Castilla y León y Baleares frente a la baja incidencia en La Rioja, Extremadura, Melilla, Murcia y Cantabria.

En el análisis según género, podemos constatar como el predominio femenino ya no es tan marcado como en los GRD descritos con anterioridad. Se mantienen las mismas comunidades en los primeros puestos de incidencia menos Baleares que es sustituido por Castilla La Mancha en el caso de los hombres. Las tasas más bajas se presentan, en el caso de las mujeres, en Melilla, La Rioja y Extremadura y, en el caso de los hombres, en La Rioja, Extremadura y Murcia.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 104. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

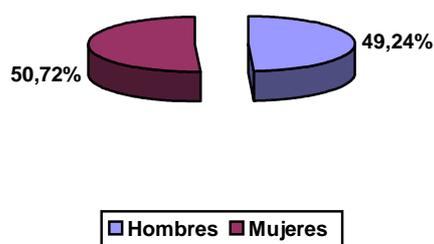
CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	8,82	5	2	12,58	38,02	35	34	14,91
	Mujeres	9,76	6	3*	11,36	37,95	36	27	14,83
N=283	Total	9,33	6	2*	11,92	37,99	36	27	14,84
Aragón	Hombres	7,61	7	7	5,87	41,50	38	27*	17,10
	Mujeres	9,44	7	3	8,34	44,53	42	47	20,41
N=161	Total	8,53	7	3	7,26	43,02	39	27*	18,84
P. de Asturias	Hombres	5,58	4,50	1	5,17	41,48	35,50	33	17,06
	Mujeres	7,74	6	1	8,79	46,37	49	51	18,40
N=87	Total	6,45	5	1	6,90	43,45	44	51	17,67
I. Baleares	Hombres	5,79	4	1	7,08	40,16	39	38	12,86
	Mujeres	6,88	5	2	6,03	40,04	38	30	16,27
N=88	Total	6,41	4	1	6,49	40,09	38	38	14,81
Canarias	Hombres	7	5	4	6,13	36,50	34	34	14,43
	Mujeres	11,65	7	1	16,32	38,56	38	38*	15,87
N=101	Total	9,53	6	1	12,89	37,62	36	41	15,19
Cantabria	Hombres	9,86	13	13	6,93	51,43	54	19*	24,22
	Mujeres	12,75	9,50	2*	9,07	56,25	56,50	24*	21,26
N=19	Total	11,68	10	*	8,27	54,47	54	24	21,85
Castilla y León	Hombres	8,75	8	7	7,47	43,66	38	37	20,10
	Mujeres	9,06	8	4	6,19	42,68	41,50	32*	18,13
N=265	Total	8,93	8	7	6,75	43,10	40	33	18,97
C. La Mancha	Hombres	8,17	6	3	7,78	40,72	39	23	16,29
	Mujeres	7,86	7	7	6,22	41,85	40	39*	18,22
N=173	Total	8,03	7	7	7,07	41,25	40	23	17,18
Cataluña	Hombres	11,24	8	1	12,12	33,50	31	18	18,07
	Mujeres	12,88	8	1	19,23	37,04	35	17*	19,65
N=370	Total	12,15	8	1	16,44	35,46	33	16	19,02
C. Valenciana	Hombres	6,19	4	3	6,94	36,45	33	33	17,84
	Mujeres	9,46	7	2	9,52	34,81	32	11	19,93
N=198	Total	7,74	5	2*	8,41	35,67	33	41	18,83
Extremadura	Hombres	7,80	6	3*	8,29	43,10	41,50	37*	9,44
	Mujeres	8,83	6	4	6,80	38,58	39	21*	19,17
N=22	Total	8,36	6	3	7,35	40,64	41,50	21*	15,36
Galicia	Hombres	11,29	8	3	11,78	36,70	32	25	19,74
	Mujeres	10,94	8	7	9,77	44,68	42	42*	21,03
N=163	Total	11,12	8	3	10,81	40,61	38	25	20,71
C. de Madrid	Hombres	11,63	6	1	24,31	35,78	34	12	18,36
	Mujeres	11,94	6	3	22,82	37,57	37	38	19,42
N=436	Total	11,81	6	1*	23,45	36,79	35	38	18,97
Murcia	Hombres	8	7	7	7,47	32,31	26	22	15,14
	Mujeres	15,42	9	8	21,86	38,96	36	50	15,12
N=40	Total	12,45	8	8	17,80	36,30	33,50	22*	15,29
C. F. Navarra	Hombres	15,29	12	12	10,27	41,05	38	38*	16,28
	Mujeres	20,40	8	3*	27,38	39,27	42	18	15,65
N=36	Total	17,42	12	12	19,15	40,31	38	18*	15,82
País Vasco	Hombres	10,50	7	7	9,33	38,55	35	41	17,05
	Mujeres	10,12	8	1	8,84	39,66	36	27	18,75
N=260	Total	10,31	7,50	1	9,07	39,11	35,50	27	17,90
La Rioja	Hombres	3	3	1*	2,82	6	6	6	0
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=2	Total	3	3	1*	2,82	6	6	6	0
Ceuta	Hombres	1	1	1	-	18	18	18	-
	Mujeres	2,50	2,50	2*	0,70	37	37	26*	15,55
N=3	Total	2	2	1*	1	30,67	26	18*	15,53
Melilla	Hombres	4,50	4,50	2*	3,53	20	20	18*	2,82
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=2	Total	4,50	4,50	2*	3,53	20	20	18*	2,82
España N=2709	Hombres	9,32	6	1	12,89	38	35	33	17,68
	Mujeres	10,60	7	1	14,77	39,67	38	38	18,78
	Total	9,99	7	1	13,92	38,88	36	33	18,29

VI.6.1.5. GRD 428: Trastornos de la Personalidad y del Control de Impulsos.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades mentales tales como: trastorno de personalidad, trastorno histriónico o explosivo de la personalidad, personalidad límite o borderline, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno de dependencia de la personalidad o trastorno ciclotímico.

En números absolutos suponen 5670 casos, lo que equivale al 10% de los ingresos. Estamos pues ante un GRD importante, desde el punto de vista clínico, por su impacto en la casuística. Por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 2792 casos, en términos porcentuales el 49,24%, mientras que los ingresos femeninos suponen 2876, o sea un 50,72% –en 2 de los casos desconocemos el sexo- (figura 20).

Figura 20. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 428 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

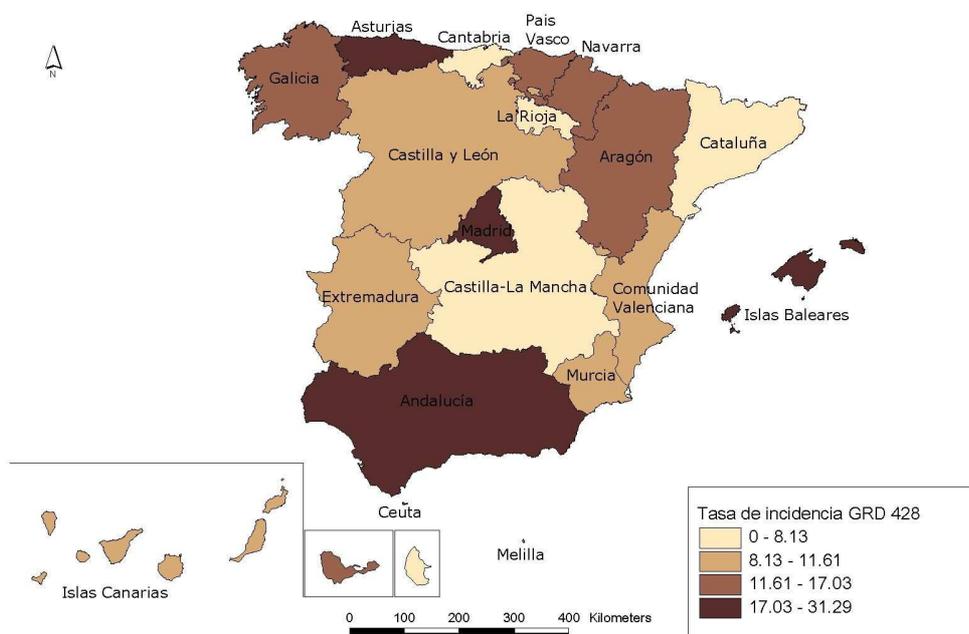
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 105 y mapa 22.

Tabla 105. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 428, según género.

CCAA	TI GRD 428 Hombres	TI GRD 428 Mujeres	TI GRD 428 Total
Andalucía	18.78	15.67	17.20
Aragón	15.88	18.14	17.03
P. de Asturias	31.08	31.48	31.29
I. Baleares	12.87	22.61	17.76
Canarias	10.68	7.76	9.22
Cantabria	7.64	7.26	7.45
Castilla y León	9.00	8.67	8.83
Castilla La Mancha	7.12	8.87	8.00
Cataluña	5.91	10.24	8.13
C. Valenciana	10.00	11.53	10.77
Extremadura	14.46	8.61	11.61
Galicia	16.05	16.77	16.43
C. de Madrid	20.15	18.99	19.55
Murcia	13.51	9.20	11.35
C. F. Navarra	12.19	13.86	13.03
País Vasco	16.97	11.45	14.15
La Rioja	0.00	0.00	0.00
Ceuta	16.68	9.02	12.59
Melilla	6.01	0.00	3.00
España	13.78	13.66	13.72

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 22. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 428.



Como queda reflejado en la tabla, el Principado de Asturias se sitúa como la comunidad autónoma con la tasa de ingresos más elevada, en contraposición La Rioja no registra incidencia alguna. Estos resultados se mantienen prácticamente en el análisis según género. En los hombres, Baleares es sustituida por Andalucía en alta tasa de incidencia mientras que Cataluña desbanca a Melilla, que pasa al tercer puesto, en baja incidencia.

Al ser un GRD homogéneo, desde el punto de vista clínico, vemos como los datos coinciden prácticamente con las tasas de incidencia que se dieron anteriormente, atendiendo a los datos del CMBD, para los trastornos de personalidad (CIE-9-MC).

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 106. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	9,75	6	1	13,04	33,64	32	27	10,99
N=1274	Mujeres	11,77	7	2	22,89	36,92	36	37	12,28
	Total	10,69	6	1	18,29	35,16	34	37	11,71
Aragón	Hombres	7,76	6	1	7,82	34,68	33	21*	11,45
N=206	Mujeres	9,79	7	2*	11,58	37,19	38	39	11,52
	Total	8,85	6	3	10,05	36,03	35	39	11,53
P. de Asturias	Hombres	6,56	5	1	7,57	35,92	32	31	13,20
N=332	Mujeres	8,16	6	6	9,56	38,67	36	26*	14,38
	Total	7,40	5	1	8,70	37,36	34	31	13,88
I. Baleares	Hombres	9,58	7	2	8,87	31,96	30	30	9,21
N=158	Mujeres	7,61	6	4	6,59	33,37	31	30	12,32
	Total	8,32	7	4	7,52	32,86	30,50	30	11,28
Canarias	Hombres	10,16	7	3	8,73	31,48	30	18	10,87
N=166	Mujeres	19,80	10	7	43,31	34,87	34,50	35	11,65
	Total	14,22	8	7	29,17	32,91	32	18*	11,29
Cantabria	Hombres	42,90	10	9	143,08	34,60	30,50	27	12,53
N=40	Mujeres	12,35	11	24	7,88	43,75	38,50	30*	17,40
	Total	27,63	10,50	7*	101,21	39,17	34	31	15,67
Castilla y León	Hombres	7,95	6	6	6,64	35,38	34	37	13,66
N=217	Mujeres	10,21	8	8	14,05	37,46	34	29	15,03
	Total	9,08	7	6	11,01	36,41	34	29	14,37
C. La Mancha	Hombres	8,48	5	2	13,37	34,48	32	23	12,06
N=142	Mujeres	8,61	7	4	6,59	35,34	32	18	16,33
	Total	8,55	6	4	10,13	34,96	32	18	14,55
Cataluña	Hombres	8,89	6	1	10,26	33,42	31,50	28	15,21
N=522	Mujeres	10,94	7	1	13,60	33,54	31	30	14,43
	Total	10,20	6,50	1	12,53	33,49	31	30	14,68
C. Valenciana	Hombres	7,65	5	1	10,29	32,73	31	30*	11,03
N=455	Mujeres	8,19	5	4	13,49	35,79	35	32	10,60
	Total	7,95	5	1	12,12	34,39	34	32	10,89
Extremadura	Hombres	7,49	6	5	6,24	35,62	34	27	12,06
N=123	Mujeres	12,87	8	8	13,91	40,91	38	27*	13,84
	Total	9,52	7	5	10,10	37,54	36	27	12,93
Galicia	Hombres	11,68	10	6	9,70	35,13	33	32	12,80
N=443	Mujeres	12,72	9	7	14,82	35,83	35	35	13,96
	Total	12,23	9	6*	12,67	35,50	34	31*	13,42
C. de Madrid	Hombres	8,97	5,50	1	22,15	32,55	31	32*	13,06
N=1075	Mujeres	14,14	7	4	41,84	34,23	33	33	13,20
	Total	11,57	7	1	33,62	33,40	32	32*	13,15
Murcia	Hombres	7,85	5	2	7,64	33,59	33	33	10,47
N=138	Mujeres	8,20	6	6	9,78	32,09	31	30	10,12
	Total	7,99	5	2*	8,54	32,98	32	30	10,32
C. F. Navarra	Hombres	12,24	8	2	13,80	36,62	37	27*	13,72
N=73	Mujeres	15,62	10	9	12,52	37,05	35	35	13,26
	Total	14,04	9	9	13,15	36,85	35	35	13,38
País Vasco	Hombres	9,68	7	1*	10,20	35,14	32	30	14,21
N=295	Mujeres	12,18	9	1	12,30	35,43	33	39	14,27
	Total	10,71	8	1	11,17	35,26	32	25*	14,21
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	5,33	3	3	5,95	29,17	29	21*	10,98
N=9	Mujeres	5,67	4	3*	3,78	33,33	27	20*	17,38
	Total	5,44	3	3	5,07	30,56	27	21*	12,46
Melilla	Hombres	10,50	10,50	3*	10,60	15	15	6*	12,72
N=2	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	10,50	10,50	3*	10,60	15	15	6*	12,72
España N=5670	Hombres	9,33	6	1	18,25	33,77	32	27	12,41
	Mujeres	11,51	7	1	24,01	35,70	34	36	13,28
	Total	10,44	7	1	21,39	34,75	33	32	12,89

La estancia media es de 10,44 días aunque, en este caso, la dispersión de la variable es enorme. Las mujeres permanecen ingresadas más tiempo que los hombres.

La edad media, comparada con otros GRD, es inferior (34 años), siendo las mujeres las que presentan una edad media superior en el momento del ingreso.

Por CCAA y género: en la mayoría de las comunidades la estancia media de las mujeres es superior a la de los hombres. Cantabria, Canarias y Navarra registran más días de ingreso frente a Ceuta, Asturias, Valencia y Murcia, donde las estancias son menores.

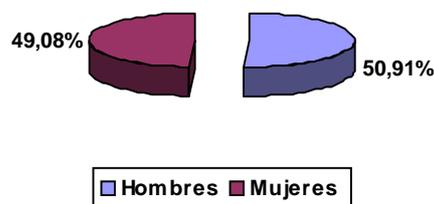
Sólo en Murcia la edad media de ingreso en los hombres es mayor que en las mujeres.

VI.6.1.6. GRD 429: Alteraciones Orgánicas y Retraso Mental.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades orgánicas con deterioro cognitivo (demencias) o con retraso mental o trastorno de desarrollo psicológico (autismos).

En números absolutos este GRD supone 4678 casos, lo que representa el 8,2% de la casuística. En el análisis según género, a los episodios de hospitalización masculinos corresponden 2382 casos, 50,91% mientras que a los ingresos femeninos 2296, un 49,08% de los casos (figura 21).

Figura 21. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 429 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

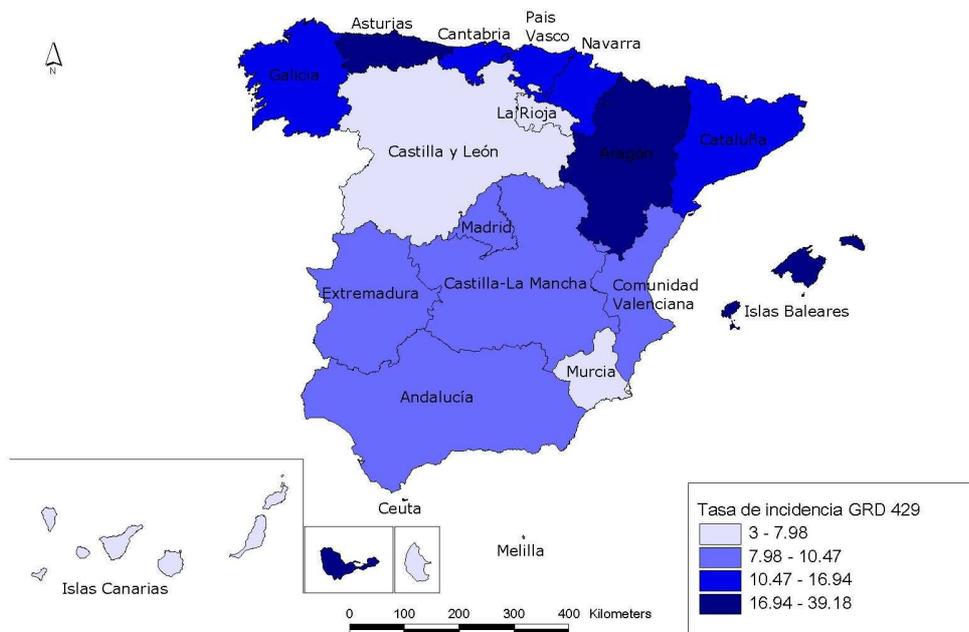
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 107 y mapa 23.

Tabla 107. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 429, según género.

CCAA	TI GRD 429 Hombres	TI GRD 429 Mujeres	TI GRD 429 Total
Andalucía	12.31	7.90	10.07
Aragón	23.41	27.79	25.62
P. de Asturias	20.26	17.19	18.66
I. Baleares	18.29	16.34	17.31
Canarias	6.68	5.87	6.27
Cantabria	17.57	16.33	16.94
Castilla y León	8.59	7.14	7.86
Castilla La Mancha	11.19	9.09	10.14
Cataluña	10.96	12.23	11.61
C. Valenciana	10.14	10.50	10.32
Extremadura	9.89	11.04	10.47
Galicia	14.74	14.42	14.57
C. de Madrid	9.51	8.63	9.05
Murcia	6.42	9.53	7.98
C. F. Navarra	15.06	14.93	14.99
País Vasco	13.64	13.32	13.48
La Rioja	5.74	7.14	6.44
Ceuta	52.81	27.06	39.18
Melilla	6.01	0.00	3.00
España	11.75	10.91	11.32

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 23. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 429.



La incidencia más incipiente se presenta en Ceuta (siendo especialmente llamativa en los hombres) seguida de Aragón, Asturias, Baleares y Cantabria, manteniéndose prácticamente los resultados en la distribución por sexos. En 13 de las 19 CCAA los casos masculinos superan a los femeninos. La incidencia menor se presenta en Melilla seguida de Canarias, La Rioja, Castilla y León y Murcia. Por sexos, en el caso de las mujeres Andalucía sustituye a Murcia en baja incidencia y en los hombres, la más baja corresponde a La Rioja seguida de Melilla, Murcia, Canarias y Castilla y León.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 108. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

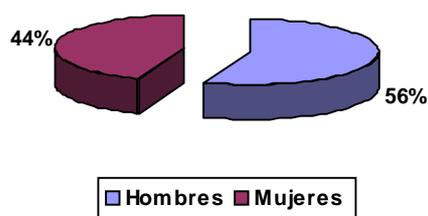
CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	14,66	10	4*	17,89	47,03	43	25	25,45
	Mujeres	17,57	10	3	22,26	56,34	64	69	25,80
N=746	Total	15,82	10	8	19,78	50,74	50,50	25*	25,98
	Aragón	15,11	10	1*	16,69	66,04	75	75*	24,77
N=310	Mujeres	14,71	10	4	15,42	70,03	78	80	21,25
	Total	14,89	10	4	15,98	68,23	77	80	22,95
P. de Asturias	Hombres	10,18	7	5	9,82	55,73	65	35*	24,81
	Mujeres	11,74	8	8	14,50	71,43	78	78	18,03
N=198	Total	10,93	8	8	12,28	63,26	74,50	78	23,15
	I. Baleares	11,21	7	4	11,29	53,93	67	84	29,23
N=154	Mujeres	9,34	7	2*	8,58	61,82	73	83	29,22
	Total	10,32	7	4	10,11	57,67	71	83	29,40
Canarias	Hombres	23,55	13	6	34,39	57,23	63	73	22,30
	Mujeres	17,09	14	5*	17,25	62	67	67	21,50
N=113	Total	20,52	13	6	27,78	59,47	67	37*	21,96
	Cantabria	Hombres	15,24	11	11	18,65	70,87	76,50	82
Mujeres		18,47	10	6	27,22	72,91	78	78	19,08
N=91	Total	16,84	11	11	23,21	71,88	78	78*	18,61
	Castilla y León	Hombres	12,48	9	8*	14,44	60,42	70	66*
Mujeres		14,26	8	8	28,10	65,28	73	82	25,06
N=193	Total	13,30	9	8	21,79	62,66	72	78	24,81
	C. La Mancha	Hombres	8,04	7	7	9,25	60,74	73	79
Mujeres		9,99	8	8	10,75	65,70	75	77*	25,60
N=180	Total	8,92	7	2*	9,97	62,97	74	75*	25,65
	Cataluña	Hombres	9,78	6	1	11,53	62,57	73	83
Mujeres		11,24	8	1	12,14	72,42	79,50	82	21,31
N=745	Total	10,56	7	1	11,88	67,86	77	82	24,48
	C. Valenciana	Hombres	10,36	7	1	11,03	59,43	69	76
Mujeres		9,92	7	2*	10,65	68,13	76	83*	22,39
N=436	Total	10,14	7	1*	10,83	63,92	74	86	24,00
	Extremadura	Hombres	11,12	9	4	8,50	65,06	73,50	78
Mujeres		12,75	9	4*	12,13	59,95	73	79	27,65
N=111	Total	11,98	9	4	10,57	62,34	73	78*	24,75
	Galicia	Hombres	18,48	12	7	18,57	61,04	68	80
Mujeres		14,87	11	6	14,63	69,06	77	77*	21,89
N=393	Total	16,62	12	7	16,74	65,16	74	81*	22,59
	C. de Madrid	Hombres	16,07	10	2	25,38	52,34	58	80
Mujeres		22,43	10,50	7	63,43	60,57	73	1*	29,06
N=498	Total	19,21	10	2	48,15	56,41	68	76*	28,74
	Murcia	Hombres	11,18	10	3	8,55	60	70	71*
Mujeres		10,55	8	4	8,57	66,91	75,50	76*	21,95
N=97	Total	10,80	9	4	8,52	64,13	73	75*	22,13
	C. F. Navarra	Hombres	15,10	11,50	3	13,77	66,64	73,50	77
Mujeres		14,95	10,50	2*	16,36	72,14	78	77*	18,97
N=84	Total	15,02	11	3*	15,03	69,39	76	77	19,82
	País Vasco	Hombres	14,09	8	3	18,23	67,37	75	84
Mujeres		11,26	8	4	10,03	73,42	79	76*	19,76
N=281	Total	12,66	8	4	14,72	70,43	77	76*	21,17
	La Rioja	Hombres	10,38	9	3*	8,05	79,75	81	70*
Mujeres		14,80	9,50	6	13,34	83,70	85	85	7,98
N=18	Total	12,83	9	6	11,22	81,94	84	85*	7,58
	Ceuta	Hombres	4,05	3	0	4,30	46,32	35	21
Mujeres		10,78	7	5*	9,97	75,44	79	49*	14,09
N=28	Total	6,21	4,50	5	7,21	55,68	62	21	26,45
	Melilla	Hombres	15,50	15,50	4*	16,26	19	19	0*
Mujeres		-	-	-	-	-	-	-	-
N=2	Total	15,50	15,50	4*	16,26	19	19	0*	26,87
	España N=4678	Hombres	13,35	9	1	17,20	57,88	68	75*
Mujeres		14,12	9	1	25,79	66,71	76	81	24,09
Total		13,73	9	1	21,84	62,22	73	81	25,44

VI.6.1.7. GRD 430: Psicosis.

GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por psicosis tales como: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme agudo, trastornos afectivos bipolares, trastorno depresivo mayor, trastorno esquizoafectivo, paranoia, estado paranoide o psicosis reactiva.

Es sin lugar a dudas, dada su importancia a nivel epidemiológico, las repercusiones clínicas y la necesidad de recursos que supone, el GRD que más interés suscita. En números absolutos ascienden a 30665 casos, lo que supone el 53,8% de la casuística. Según la distribución por género, los ingresos masculinos computan 17084 casos, 55,71% de los ingresos frente a los 13573 casos femeninos, 44,26% del total –hay 8 casos en los que no se ha podido asignar el sexo- (figura 22).

Figura 22. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 430 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

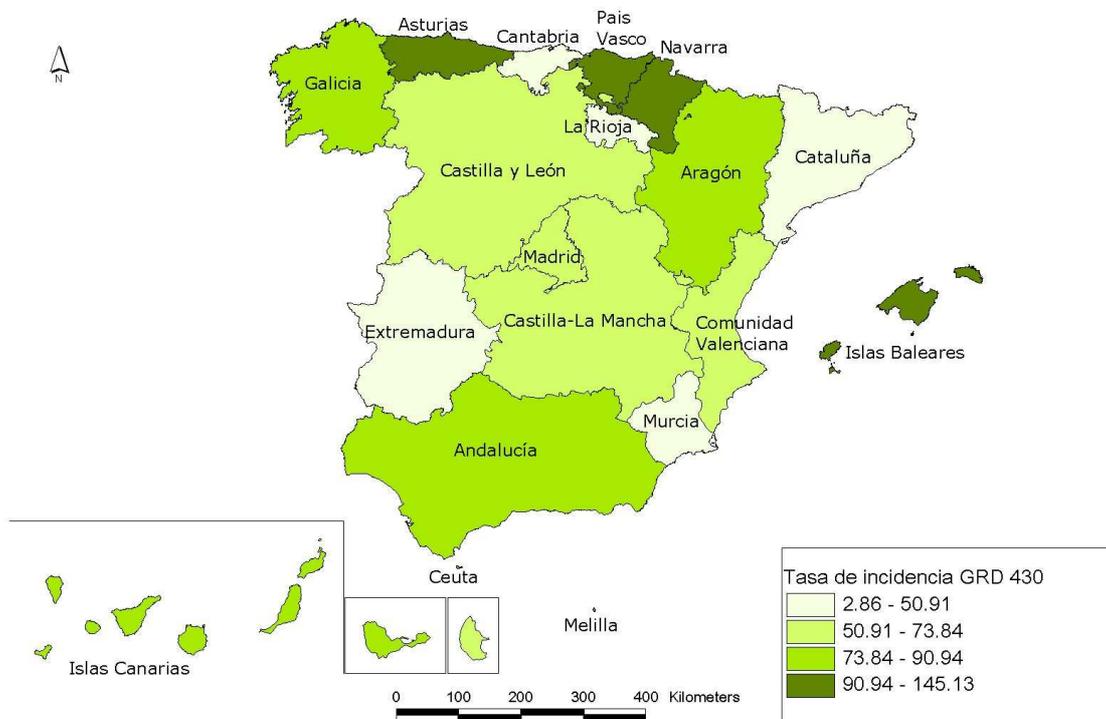
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 109 y mapa 24.

Tabla 109. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 430, según género.

CCAA	TI GRD 430 Hombres	TI GRD 430 Mujeres	TI GRD 430 Total
Andalucía	108.61	65.16	86.65
Aragón	94.30	87.44	90.83
P. de Asturias	115.88	88.83	101.78
I. Baleares	163.92	126.50	145.13
Canarias	103.70	71.36	87.55
Cantabria	46.23	35.93	40.95
Castilla y León	80.29	67.58	73.84
Castilla La Mancha	61.61	62.31	61.96
Cataluña	51.79	49.25	50.50
C. Valenciana	78.94	61.36	70.02
Extremadura	52.14	43.61	47.84
Galicia	89.97	69.60	79.39
C. de Madrid	77.76	62.40	69.80
Murcia	60.62	41.24	50.91
C. F. Navarra	106.83	91.01	98.89
País Vasco	114.01	87.53	100.47
La Rioja	2.15	3.57	2.86
Ceuta	108.40	78.16	90.94
Melilla	90.18	30.02	60.08
España	84.30	64.49	74.22

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 24. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 430.



La tasa más elevada se da en las Islas Baleares seguidas de Asturias, País Vasco y Navarra. Manteniéndose prácticamente los resultados en función del sexo. En el caso de los hombres, además de las anteriormente citadas, destacan las altas tasas de Andalucía y Ceuta. La más baja en incidencia es La Rioja (téngase en cuenta que no se registró ningún caso de esquizofrenia) seguida de Cantabria y Extremadura. En el caso de las mujeres, en baja incidencia, Melilla sustituye a Cantabria y esta última a Extremadura. En los hombres, tras La Rioja y Cantabria es Cataluña la de más baja incidencia.

Para todas las comunidades autónomas, a excepción de Castilla la Mancha y La Rioja, la incidencia en los hombres es mayor que para las mujeres.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 110. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	16,96	12	8	22,97	38,54	37	36	12,31
	Mujeres	18,36	13	4	23,54	43,55	42	38	13,98
N=6418	Total	17,49	12	4	23,19	40,45	39	36	13,19
	Aragón	15,74	11	8	15,66	41,16	39	41	15,39
N=1099	Mujeres	15,97	13	6	14,76	47,63	44	72	17,36
	Total	15,85	12	6*	15,22	44,31	41	39*	16,69
P. de Asturias	Hombres	14,14	9	5	25,46	38,70	37	25	14,09
	Mujeres	15,71	11	7	25,89	46,28	44	41	16,12
N=1080	Total	14,85	10	5	25,66	42,15	40	41	15,51
	I. Baleares	14,67	9	7	15,57	37,91	35	26	13,75
N=1291	Mujeres	13,42	10	7	12,15	41,06	38	37	14,84
	Total	14,12	10	7	14,18	39,29	37	30	14,32
Canarias	Hombres	24,03	16	12	37,90	36,96	35	33	12,60
	Mujeres	23	16	14	28,37	43,44	42	42	14,04
N=1577	Total	23,60	16	14	34,31	39,60	38	33	13,58
	Cantabria	Hombres	19,07	16	14*	15,39	42,21	39	45
Mujeres		18,56	15	9	15,38	49,54	48	22	17,82
N=220	Total	18,84	16	20	15,35	45,51	42,50	45	17,92
	Castilla y León	Hombres	13,77	11	7*	11,35	42,09	40	36
Mujeres		16,09	13	7	13,38	49,96	48	66	17,15
N=1814	Total	14,84	12	7	12,39	45,74	43	36	16,41
	C. La Mancha	Hombres	13,52	11	6	11,93	40,18	38	36
Mujeres		15,52	12	8	13,67	45,43	43	45	15,15
N=1100	Total	14,53	11	6	12,87	42,83	41	37	15,04
	Cataluña	Hombres	18,94	15	1	16,45	39,59	35	26
Mujeres		20,15	17	1	16,90	47,14	44	40	18,13
N=3241	Total	19,54	16	1	16,68	43,34	40	27	17,82
	C. Valenciana	Hombres	15,17	11	7	14,48	38,07	35	28
Mujeres		15,74	12	7	16,26	43,17	41	40	15,52
N=2957	Total	15,43	11	7	15,29	40,34	38	40	15,40
	Extremadura	Hombres	14,44	11	11	12,41	41,96	39	38
Mujeres		14,58	11	7	12,97	49,02	49	66	16,52
N=507	Total	14,50	11	7	12,66	45,20	43	38	15,80
	Galicia	Hombres	20,81	16	14	19,09	40,25	37	32
Mujeres		21,79	17	14	19,24	48,11	46	43	16,95
N=2141	Total	21,26	16	14	19,16	43,83	41	32	16,73
	C. de Madrid	Hombres	21,53	14	7	38,06	37,85	35	32
Mujeres		23,02	16	15	39,61	45,77	44	44	16,03
N=3839	Total	22,22	15	14	38,79	41,52	39	35	15,60
	Murcia	Hombres	13,64	11	11	14,43	35,49	32	26
Mujeres		15,76	13	7	13,27	44,02	40	37	15,99
N=619	Total	14,50	11	11	14	38,95	35	26*	15,48
	C. F. Navarra	Hombres	21,25	17,50	15	17,49	40,20	37	36
Mujeres		24,57	19	13*	18,90	47,44	45	35	16,98
N=554	Total	22,78	18,50	15	18,21	43,55	41	35	16,49
	País Vasco	Hombres	17,99	15	14	13,74	38,10	34,50	26
Mujeres		20,11	17	15	14,65	44,86	42	39	16,92
N=2095	Total	18,93	16	14	14,19	41,11	38	26	16,20
	La Rioja	Hombres	28,33	16	5*	31,37	78,67	80	71*
Mujeres		9,80	9	2*	6,61	74,80	75	78	3,42
N=8	Total	16,75	10	2*	19,95	76,25	76,50	78	5,00
	Ceuta	Hombres	5,69	5	0	5,33	33,62	35	25*
Mujeres		6,54	4,50	2	6,90	41,73	39	29	15,50
N=65	Total	6,03	5	2	5,97	36,86	35	30*	12,27
	Melilla	Hombres	20,57	14,50	7	19,44	41,47	43	48
Mujeres		29,20	18	22	28,63	42,80	41,50	57	19,69
N=40	Total	22,73	15	7	22,01	41,80	41,50	48	14,09
	España N=30665	Hombres	17,68	13	7	23,14	38,88	36	26
Mujeres		18,85	14	7	22,94	45,50	43	40	16,18
N=30665	Total	18,20	13	7	23,06	41,81	39	35	15,55

La estancia media estatal es de unos 18 días, la dispersión de los datos es acusada, por lo que es más fiable centrarse en el valor que muestra la mediana. Respecto a la edad de ingreso, en este caso, la población es más homogénea.

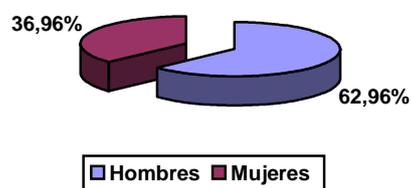
Se aprecian diferencias de género respecto a la estancia hospitalaria y edad de ingreso. Por lo general (menos en La Rioja y Cantabria), las mujeres permanecen más tiempo ingresadas. Del mismo modo, son las mujeres las que presentan una edad en el momento del ingreso mucho mayor (lo que se cumple en todas las CCAA a excepción de La Rioja).

VI.6.1.8. GRD 431: Trastornos Mentales de la Infancia.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por trastornos mentales de la infancia como: perturbación del comportamiento, alteración del control de impulsos, disfunción del lenguaje simbólico, trastorno de la conducta, conducta antisocial tipo agresivo o enuresis.

Aunque como veremos se trata de una patología en porcentaje escaso, su importancia radica en lo específico del GRD. En números absolutos suponen 1423 casos, el 2,5% del total de ingresos. Según género, los ingresos masculinos ascienden a 896 casos (62,96%), mientras que los ingresos femeninos reúnen 526 casos, un 36,96% de los ingresos –hay un caso en el que no se ha podido asignar el sexo- (figura 23).

Figura 23. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 431 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

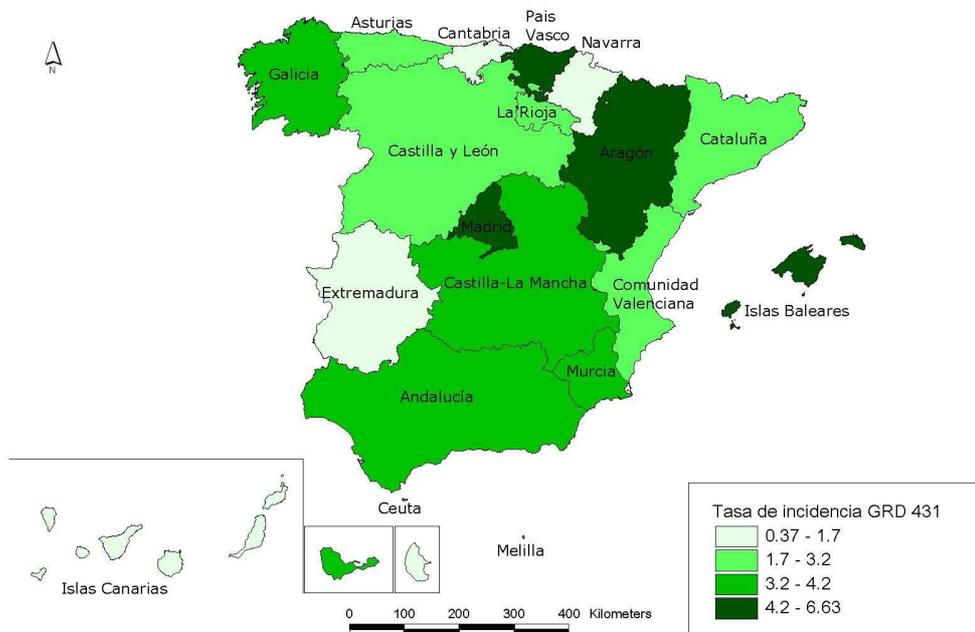
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 111 y mapa 25.

Tabla 111. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 431, según género.

CCAA	TI GRD 431 Hombres	TI GRD 431 Mujeres	TI GRD 431 Total
Andalucía	5.26	2.55	3.89
Aragón	7.02	3.43	5.21
P. de Asturias	4.52	1.99	3.20
I. Baleares	7.90	5.37	6.63
Canarias	1.00	1.22	1.11
Cantabria	0.38	0.36	0.37
Castilla y León	4.38	1.93	3.13
Castilla La Mancha	4.75	2.25	3.55
Cataluña	3.65	2.23	2.93
C. Valenciana	3.41	2.52	2.96
Extremadura	2.47	0.94	1.70
Galicia	5.56	2.78	4.12
C. de Madrid	5.66	2.91	4.24
Murcia	3.62	2.79	3.21
C. F. Navarra	0.72	0.36	0.54
País Vasco	4.71	3.94	4.32
La Rioja	2.15	2.14	2.15
Ceuta	5.56	3.01	4.20
Melilla	3.01	0.00	1.50
España	4.42	2.50	3.44

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 25. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 431.



En líneas generales, la tasa de incidencia de ingresos es baja respecto al resto de GRD, duplicándose la patología infantil en el caso de los varones frente a las mujeres. Las más altas tasas las encontramos en Baleares seguida de Aragón y País Vasco y las más bajas, corresponden a Cantabria seguida de Navarra, Canarias, Melilla y Extremadura. En función del sexo, en las mujeres se mantienen, prácticamente, estos resultados, destacando Melilla con incidencia cero. En el caso de los hombres, se adelanta al País Vasco en incidencia, la Comunidad de Madrid, Ceuta, Galicia, Andalucía y Castilla La Mancha. Para todas las CCAA, excepto Canarias, los ingresos masculinos superan a los femeninos.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 112. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	13,46	7	1*	61,34	24,17	25	1	17,14
	Mujeres	8,60	7	2*	8,20	24,46	20	6	19,97
	Total	11,84	7	1	50,31	24,27	24	0*	18,10
Aragón	Hombres	6,17	3,50	1	7,13	23,81	14,50	14	22,19
	Mujeres	8,86	3	1*	12,22	23,90	14	5*	28,75
	Total	7,06	3	1	9,13	23,84	14	14	24,34
P. de Asturias	Hombres	4	3	1*	4	28,57	23	18	18,06
	Mujeres	9,64	9	2	7,50	26,64	25	0	27,42
	Total	5,82	3	1	5,90	27,94	23,50	18*	21,12
I. Baleares	Hombres	8,09	4	2	16,43	24,63	20	20	18,76
	Mujeres	7,08	5	4	6,05	24,13	20	20	12,84
	Total	7,68	4	2*	13,15	24,42	20	20	16,48
Canarias	Hombres	7,11	8	8*	4,10	20,89	12	0	24,48
	Mujeres	11,55	8	1*	12,82	28,64	28	1*	22,23
	Total	9,55	8	1*	9,93	25,15	18,50	0*	22,98
Cantabria	Hombres	4	4	4	-	72	72	72	-
	Mujeres	1	1	1	-	12	12	12	-
	Total	2,50	2,50	1*	2,12	42	42	12*	42,42
Castilla y León	Hombres	6,98	6	2*	8,32	29,94	27	14	21,26
	Mujeres	9,58	4,50	0*	11,52	23,67	21	13	16,74
	Total	7,79	5	2	9,44	27,99	24	13	20,07
C. La Mancha	Hombres	8,40	7	5*	8,91	30,90	27	27	16,09
	Mujeres	8,10	5	4*	8,62	29,70	30	30	14,99
	Total	8,29	6	5	8,68	30,32	28	30	15,58
Cataluña	Hombres	10,17	7	1	10,77	20,76	15	15	19,09
	Mujeres	10,47	8	1	12,92	19,05	15	15	16,84
	Total	10,28	7	1	11,62	20,10	15	15	18,22
C. Valenciana	Hombres	8,38	5	3*	8,16	24,01	23	25	17,66
	Mujeres	9,26	7	1*	9,77	32,96	28	23	21,74
	Total	8,76	6	3*	8,86	27,88	24	23	19,95
Extremadura	Hombres	7,77	8	4*	4,40	34,85	39	39*	12,68
	Mujeres	6,40	7	7	4,33	14,60	12	0*	12,48
	Total	7,39	7	2*	4,30	29,22	35,50	39*	15,40
Galicia	Hombres	99,76	7	1	12,64	23,07	18	16	19,78
	Mujeres	7,69	4	1*	8,73	22,54	13	15	23,49
	Total	9,04	5	1	11,42	22,88	16	15	21,05
C. de Madrid	Hombres	7,83	4	1	10,49	18,17	15	15	15,51
	Mujeres	8,94	5	1	17,15	23,89	16	14	21,41
	Total	8,23	4	1	13,23	20,21	15	15	18,00
Murcia	Hombres	4,64	4,50	1*	3,37	25,86	24,50	19	13,43
	Mujeres	6,41	4	3*	8,78	28,06	22	0*	21,55
	Total	5,41	4	1	6,29	26,82	24	0*	17,22
C. F. Navarra	Hombres	4,50	4,50	3*	2,12	20,50	20,50	16*	6,36
	Mujeres	8	8	8	-	75	75	75	-
	Total	5,67	6	3*	2,51	38,67	25	16*	31,78
País Vasco	Hombres	10,79	8,50	5	9,91	25,42	20	16	14,22
	Mujeres	9,19	6	1*	10,49	29,10	24	16	18,00
	Total	10,04	6,50	1*	10,16	27,13	20,50	16	16,11
La Rioja	Hombres	4,33	5	0*	4,04	41,67	49	8*	30,66
	Mujeres	8	7	3*	5,56	15	15	12*	3
	Total	6,17	6	0*	4,79	28,33	16,50	8*	24,35
Ceuta	Hombres	1,50	1,50	0*	2,12	21	21	21	0
	Mujeres	6	6	6	-	0	0	0	-
	Total	3	3	0*	3	14	21	21	12,12
Melilla	Hombres	2	2	2	-	16	16	16	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	2	2	2	-	16	16	16	-
España N=1423	Hombres	9,38	5	1	29,79	23,72	19	15	18,13
	Mujeres	8,90	6	1	11,34	24,97	17	15	20,42
	Total	9,20	6	1	24,62	24,18	19	15	19,01

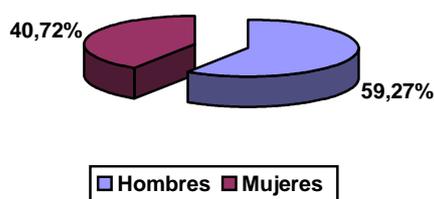
VI.6.1.9. GRD 432: Otros Diagnósticos de Trastorno Mental.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por trastornos psicosexuales, trastornos del sueño o trastornos de la alimentación.

El último de los GRD de la CDM 19 tiene un cierto valor de cajón de sastre de otros diagnósticos no agrupables en ningún otro GRD de los anteriormente analizados.

En números absolutos suponen 1812 casos, en porcentaje alcanza el 3,2% de la casuística para la CDM 19. Por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 1074 casos, el 59,27% de los ingresos para esta categoría mientras que los ingresos femeninos representan un 40,72% con 738 episodios de hospitalización (figura 24).

Figura 24. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 432 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

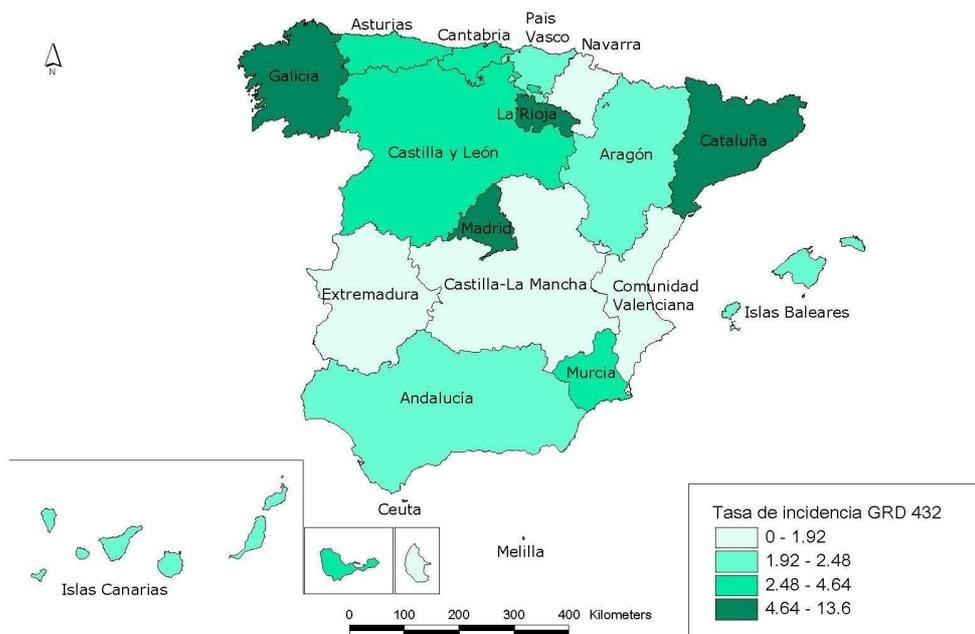
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 113 y mapa 26.

Tabla 113. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 432, según género.

CCAA	TI GRD 432 Hombres	TI GRD 432 Mujeres	TI GRD 432 Total
Andalucía	2.03	2.50	2.27
Aragón	1.67	3.27	2.48
P. de Asturias	5.31	3.80	4.52
I. Baleares	2.03	2.24	2.14
Canarias	2.34	2.11	2.22
Cantabria	2.29	4.36	3.35
Castilla y León	4.46	4.82	4.64
Castilla La Mancha	0.79	3.03	1.92
Cataluña	14.46	3.64	8.94
C. Valenciana	0.72	1.40	1.07
Extremadura	0.76	0.94	0.85
Galicia	13.43	6.71	9.94
C. de Madrid	5.73	5.05	5.38
Murcia	4.45	3.61	4.03
C. F. Navarra	0.72	2.84	1.78
País Vasco	1.18	3.56	2.40
La Rioja	17.23	10.00	13.60
Ceuta	2.78	3.01	2.80
Melilla	0.00	0.00	0.00
España	5.30	3.51	4.39

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 26. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 432.



Curiosamente la tasa más elevada se da en La Rioja, incidencia que se mantiene en función del sexo. El segundo y tercer puesto lo ocupan Galicia y Cataluña respectivamente. Según género, en el caso de las mujeres Madrid sustituye a Cataluña y en los hombres, Cataluña y Galicia ocupan el segundo y tercer puesto respectivamente. Destaca Melilla por no registrar incidencia.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 114. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	5,12	2	1	6,62	35,81	36	15	23,43
	Mujeres	8,81	5	1	11,58	33,56	30,50	42	20,42
	Total	7,18	4	1	9,86	34,55	32	42	21,76
Aragón	Hombres	2,60	1,50	1	2,22	20,20	10,50	0	23,32
	Mujeres	10,45	5,50	1*	12,60	21,15	18	16*	17,91
	Total	7,83	4,50	1	10,94	20,83	17	0	19,47
P. de Asturias	Hombres	2,41	1	1	3,85	45,96	48	42	17,60
	Mujeres	12,05	3	1	19,13	38,38	29	19*	19,84
	Total	6,63	1	1	13,68	42,65	44	42*	18,80
I. Baleares	Hombres	7,78	7	1*	5,71	17,56	22	0*	13,68
	Mujeres	8	2	2	17,98	44,20	34	26*	30,58
	Total	7,89	5	1	13,27	31,58	26	0*	27,16
Canarias	Hombres	6,95	4	1	5,92	45,76	49	49*	22,30
	Mujeres	17,21	12	3*	15,82	32,32	36	41	15,96
	Total	11,83	9	1	12,66	39,38	40,50	41*	20,47
Cantabria	Hombres	12,50	3,50	1	23,34	46,83	48	2*	35,77
	Mujeres	20,17	14	1*	16,09	27,92	30,50	32	12,23
	Total	17,61	10	1	18,48	34,22	30,50	23*	23,61
Castilla y León	Hombres	2,98	1	1	4,40	49,19	48,50	76	19,21
	Mujeres	8,43	7	1	8,83	33,33	27	17	20,60
	Total	5,85	3	1	7,57	40,84	35,50	17*	21,40
C. La Mancha	Hombres	1,29	1	1	0,75	39,43	44	0*	21,81
	Mujeres	13,67	8	1	14,20	24,22	22	18	14,24
	Total	11,12	5	1	13,59	27,35	23,50	18	16,89
Cataluña	Hombres	3,38	3	3	7,65	49,54	52	57*	15,90
	Mujeres	15,60	5	1	30,38	32,22	22	16	20,98
	Total	5,91	3	3	16,16	45,95	50	57	18,45
C. Valenciana	Hombres	3,60	2	1	6,08	20,27	14	6*	17,14
	Mujeres	12,37	6	6	15,85	26,10	21,50	0*	27,74
	Total	9,44	4	1	13,95	24,16	17	0*	24,66
Extremadura	Hombres	9,25	9	7*	2,21	44,50	50	2*	32,64
	Mujeres	7,20	2	1	10,25	29,80	18	9*	30,22
	Total	8,11	7	1*	7,45	36,33	24	2*	30,27
Galicia	Hombres	2,54	1	1	6,95	49,78	51	49*	16,28
	Mujeres	4,39	2	1	6,58	45,93	48,50	65	22,08
	Total	3,19	1	1	6,87	48,43	51	65	18,57
C. de Madrid	Hombres	2,07	1	1	4,10	44,53	46	54	17,99
	Mujeres	5,63	1	1	9,34	35,91	34	11	21,20
	Total	3,80	1	1	7,35	40,34	42	11	20,05
Murcia	Hombres	1,85	1	1	3,18	44,19	43	34*	17,40
	Mujeres	7,45	1	1	12,65	38,64	36,50	55*	21,31
	Total	4,37	1	1	9,13	41,69	42	60	19,24
C. F. Navarra	Hombres	2,50	2,50	1*	2,12	22,50	22,50	14*	12,02
	Mujeres	17,75	7,50	3*	20,62	31	32	5*	16,69
	Total	14,70	5	3*	19,30	29,30	31	31	15,67
País Vasco	Hombres	9,58	7	1*	8,15	40,25	33	33	21,81
	Mujeres	13,29	8	8	17,87	33,11	29,50	14	18,35
	Total	12,40	8	8	16,08	34,82	32	33	19,25
La Rioja	Hombres	1,38	1	1	1,66	46,67	50,50	57	19,48
	Mujeres	1,29	1	1	1,38	46,64	48,50	49	13,59
	Total	1,34	1	1	1,54	46,66	48,50	57	17,34
Ceuta	Hombres	1	1	1	-	51	51	51	-
	Mujeres	3	3	3	-	53	53	53	-
	Total	2	2	1*	1,41	52	52	51*	1,41
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
España N=1812	Hombres	3,28	2	1	6,81	46,34	50	52*	18,68
	Mujeres	9,66	4	1	16,84	34,88	31	16	21,42
	Total	5,88	3	1	12,36	41,68	43	54	20,62

VI.6.1.10. GRD 483: Traqueotomía Excepto por Trastorno de Boca, Laringe o Faringe.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad que no es la boca, laringe o faringe, a los que se les ha practicado una traqueotomía. Suelen estar relacionados con la ventilación mecánica prolongada

Posiblemente estos casos correspondan a accidentes o intentos de suicidio, de enfermos con patología mental, que han ingresado en UCI y tienen que ser intubados.

En números absolutos son tan sólo 9 casos. Por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 6 casos, 66,66% mientras que los ingresos femeninos son 2, o sea un 22,22% de los casos. Lo descrito anteriormente explicaría que la mayoría de los casos sean hombres.

La tasa de incidencia total para el GRD 483 es de tan sólo el 0,02 por cada 100.000 habitantes, concentrándose los casos en Cataluña (con una tasa de incidencia de 0,03), Valencia (0,05), Extremadura (0,09) y Galicia (0,11).

VI.6.2. GRD CDM 20.

Tabla 115. Distribución de los episodios de hospitalización por GRD en CDM 20, 2002.

GRD	Descripción	Ingresos	Porcentaje
751	Abuso o dependencia de alcohol sin complicaciones	5210	41,9
750	Abuso o dependencia de alcohol con complicaciones	1871	15
745	Abuso o dependencia de opiáceos sin complicaciones	1730	13,9
748	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas sin complicaciones	1509	12,1
744	Abuso o dependencia de opiáceos con complicaciones	751	6
747	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas con complicaciones	377	3
743	Abuso o dependencia de opiáceos, alta voluntaria	371	3
749	Abuso o dependencia de alcohol, alta voluntaria	288	2,3
470	<i>Invalidados</i>	185	1,5
746	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, alta voluntaria	145	1,2
483	<i>Traqueotomía excepto por trastorno de boca, laringe o faringe</i>	10	0,1
Total	CDM 20	12447	100

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Los GRD más frecuentes corresponden a los casos codificados como abuso o dependencia de alcohol, agrupándose en dichos GRD más de la mitad de los ingresos. Con abuso o dependencia de opiáceos se codifica a más del 20% y los trastornos debidos a la cocaína u otras drogas suponen alrededor del 16%.

Como ocurría en la CDM 19, hay una minoría de casos que se codifican con el GRD 483, primando la traqueotomía sobre el diagnóstico principal. El GRD 470, merece una mención especial, ya que supone los casos que se han invalidado en el proceso de codificación

por no estar catalogado el episodio o por tener la base de datos alguna referencia errónea tal como el sexo, edad, etc.

La distribución por GRD y género es la que sigue:

Tabla 116. Distribución de los episodios de hospitalización por GRD en CDM 20, por sexos y razón hombre-mujer, 2002.

GRD	Descripción	Hombres	Mujeres	Total	R H/M
751	Abuso o dependencia de alcohol sin complicaciones	4159	1050	5209	3,96
750	Abuso o dependencia de alcohol con complicaciones	1589	281	1870	5,65
745	Abuso o dependencia de opiáceos sin complicaciones	1419	311	1730	4,56
748	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas sin complicaciones	1138	370	1508	3,07
744	Abuso o dependencia de opiáceos con complicaciones	595	156	751	3,81
747	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas con complicaciones	262	115	377	2,27
743	Abuso o dependencia de opiáceos, alta voluntaria	300	71	371	4,22
749	Abuso o dependencia de alcohol, alta voluntaria	241	47	288	5,12
470	<i>Invalidados</i>	129	56	185	2,30
746	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, alta voluntaria	116	29	145	4
483	<i>Traqueotomía excepto por trastorno de boca, laringe o faringe</i>	9	1	10	9
Total	CDM 20	9957	2487	12444	4,00

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Para todos los GRD, de la CDM 20, la razón hombre/mujer es muy superior a la unidad. Si agrupásemos los GRD principales (abuso de alcohol, opiáceos y cocaína) la razón hombre/mujer, aunque siempre superior a la unidad, disminuiría en el caso del abuso o dependencia a la cocaína. Como era de esperar en el GRD 483 la mayoría de los pocos casos codificados son varones (la traqueotomía posiblemente sea consecuencia de un intento de suicidio). Hay sólo 3 casos en los que desconocemos el sexo.

Atendiendo a la distribución por comunidades autónomas, los resultados se pueden apreciar en la tabla 117.

Tabla 117. Distribución de los episodios de hospitalización por GRD y CCAA expresados en tasas por 100.000 habitantes.

GRD	743	744	745	746	747	748	749	750	751	470	483
Andalucía	0.50	0.65	2.96	0.49	0.66	4.10	0.35	2.07	5.31	0.18	0.00
Aragón	0.17	0.74	1.07	0.25	1.49	3.14	2.07	4.30	10.66	0.00	0.08
P. de Asturias	0.38	4.24	4.81	0.19	2.45	3.68	1.79	8.67	22.05	0.00	0.09
I. Baleares	1.80	0.79	5.06	0.90	2.02	5.96	1.46	4.72	11.35	0.00	0.00
Canarias	2.00	3.16	8.94	0.17	0.89	5.27	0.61	6.88	11.33	0.67	0.06
Cantabria	0.19	0.19	1.30	0.00	1.86	1.86	0.37	5.58	18.24	0.00	0.00
Castilla y León	0.00	0.94	1.06	0.08	0.41	2.12	0.90	5.05	13.76	0.00	0.04
Castilla La Mancha	0.51	1.46	4.00	0.00	0.56	3.38	0.39	3.72	13.12	0.00	0.00
Cataluña	1.46	3.93	5.59	0.56	1.37	4.30	0.61	4.85	18.57	0.08	0.05
C. Valenciana	0.85	1.47	4.29	0.45	0.69	2.91	0.33	2.39	4.62	0.00	0.00
Extremadura	0.28	1.79	0.57	0.09	0.47	1.51	0.57	3.30	7.55	0.00	0.00
Galicia	0.85	1.59	5.75	0.30	0.59	2.45	0.67	8.68	19.87	0.00	0.11
C. de Madrid	1.05	1.73	5.47	0.18	0.78	3.93	0.91	5.35	16.98	0.02	0.00
Murcia	1.23	1.97	2.88	0.33	0.99	1.81	0.58	4.94	6.42	0.00	0.00
C. F. Navarra	0.00	2.50	3.03	0.00	1.07	5.18	0.00	6.07	17.49	1.78	0.00
País Vasco	1.73	1.20	3.69	0.62	0.96	4.94	1.29	4.84	16.64	6.86	0.00
La Rioja	0.00	0.36	0.00	0.00	0.00	0.36	0.00	3.58	1.79	0.00	0.00
Ceuta	1.40	0.00	1.40	0.00	1.40	2.80	1.40	11.19	11.19	0.00	0.00
Melilla	0.00	0.00	7.51	0.00	0.00	6.01	1.50	0.00	10.51	1.50	0.00
España	0.90	1.82	4.19	0.35	0.91	3.65	0.70	4.53	12.61	0.45	0.02

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Si agrupamos los GRD como consecuencia del consumo de opiáceos, cocaína y alcohol. En el caso de los opiáceos, la incidencia más elevada sería para Canarias seguida de Cataluña, Asturias, C. Madrid, Galicia, Baleares, Melilla y País Vasco. En el caso del abuso por cocaína, la de mayor incidencia sería Baleares seguida de País Vasco, Canarias, Asturias, Navarra, Cataluña y Melilla. En el caso del alcohol, el mayor peso en incidencia recae en Asturias seguida de Galicia, Cantabria, Cataluña, Ceuta y Navarra. Curiosamente en Melilla, destaca la alta incidencia de abuso de sustancias, en los tres casos, sin complicaciones, en contraste con la nula incidencia de abuso con complicaciones.

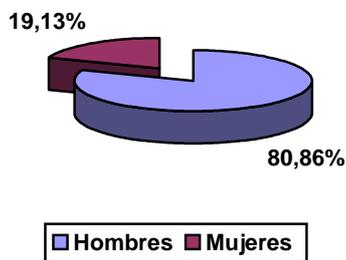
Para todas las comunidades autónomas el GRD 751, abuso o dependencia de alcohol sin complicaciones, presenta las tasas de incidencia más altas exceptuando La Rioja (donde el primer lugar lo ocupa el GRD 750: abuso o dependencia de alcohol con complicaciones) y Ceuta donde se equiparan las tasas con el GRD 750.

VI.6.2.1. GRD 743: Abuso o Dependencia de Opiáceos, Alta Voluntaria.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes con abuso o dependencia a opiáceos o a opiáceos y otras sustancias. Los pacientes con estas dependencias son clasificados en este GRD tanto si ingresan por esta dependencia como si lo hacen por otro motivo relacionado con otras dependencias a drogas y tienen dependencia a opiáceos como diagnóstico secundario. Para ser clasificado en este GRD es necesario que el alta sea voluntaria.

En números absolutos suponen 371 casos, el 3% de la casuística. Por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 300 casos (80,86%), mientras que son 71 los ingresos femeninos, lo que representa el 19,13% (figura 25).

Figura 25. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 743 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

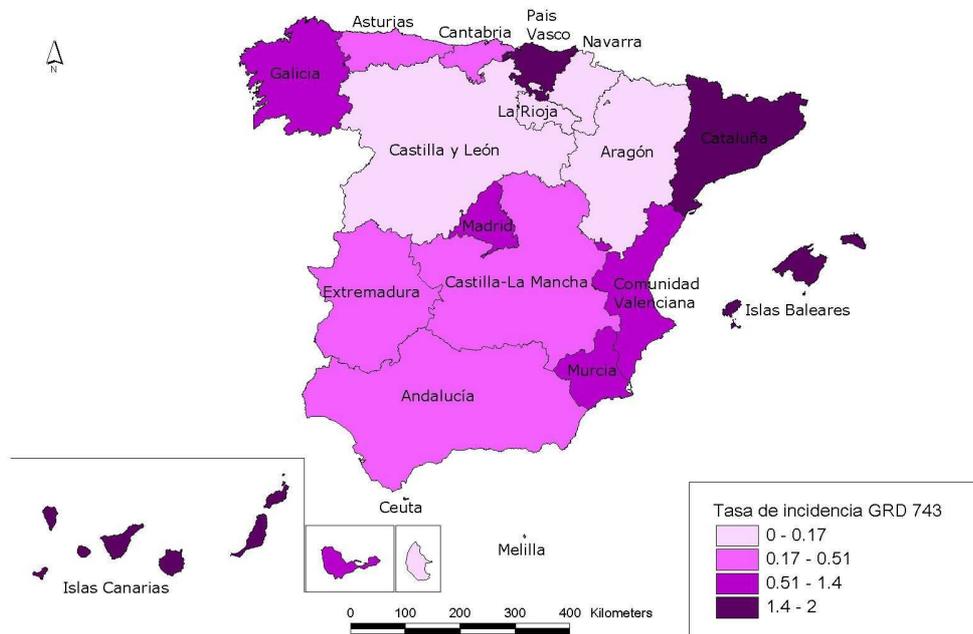
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 118 y mapa 27.

Tabla 118. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 743, según género.

CCAA	TI GRD 743 Hombres	TI GRD 743 Mujeres	TI GRD 743 Total
Andalucía	0.77	0.24	0.50
Aragón	0.17	0.16	0.17
P. de Asturias	0.79	0.00	0.38
I. Baleares	3.39	0.22	1.80
Canarias	3.56	0.44	2.00
Cantabria	0.38	0.00	0.19
Castilla y León	0.00	0.00	0.00
Castilla La Mancha	0.90	0.11	0.51
Cataluña	2.38	0.58	1.46
C. Valenciana	1.44	0.28	0.85
Extremadura	0.38	0.19	0.28
Galicia	1.39	0.36	0.85
C. de Madrid	1.74	0.42	1.05
Murcia	2.14	0.33	1.23
C. F. Navarra	0.00	0.00	0.00
País Vasco	2.55	0.94	1.73
La Rioja	0.00	0.00	0.00
Ceuta	2.78	0.00	1.40
Melilla	0.00	0.00	0.00
España	1.48	0.34	0.90

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 27. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 743



Como queda reflejado en la tabla y mapa, la tasa de incidencia más elevada se da en Canarias, Baleares, País Vasco y Cataluña. Si atendemos a la distribución según sexo, como era de esperar, las más altas tasas las encontramos en los hombres; en todas las comunidades autónomas los casos masculinos superan ampliamente a los femeninos.

Tabla 119. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

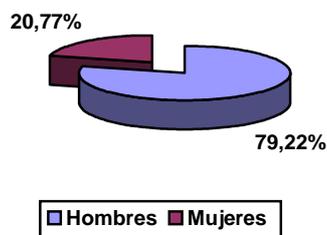
CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	7,61	5,50	3	5,92	34,07	34	31*	5,71
N=37	Mujeres	8,56	8	4*	5,91	30	31	25*	6,12
	Total	7,84	6	3	5,85	33,08	33	36	5,99
Aragón	Hombres	1	1	1	-	22	22	22	-
N=2	Mujeres	22	22	22	-	30	30	30	-
	Total	11,50	11,50	1*	14,84	26	26	22*	5,65
P. de Asturias	Hombres	5	5	1*	3,36	33,25	32	29*	4,78
N=4	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	5	5	1*	3,36	33,25	32	29*	4,78
I. Baleares	Hombres	7,80	8	1*	4,44	32,73	30	25*	8,80
N=16	Mujeres	5	5	5	-	27	27	27	-
	Total	7,63	7,50	5	4,34	32,38	29,50	25*	8,62
Canarias	Hombres	8,97	5,50	4	14,00	33,22	33,50	33	6,96
N=36	Mujeres	6,25	6,50	3*	2,75	30	30,50	26*	3,16
	Total	8,67	5,50	3*	13,23	32,86	33	33	6,69
Cantabria	Hombres	0	0	0	-	37	37	37	-
N=1	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	0	0	0	-	37	37	37	-
Castilla y León	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
C. La Mancha	Hombres	2	1,50	1	1,30	30,63	28	23*	9,75
N=9	Mujeres	1	1	1	-	35	35	35	-
	Total	1,89	1	1	1,26	31,11	28	23*	9,23
Cataluña	Hombres	5,23	5	1	4,11	33,57	34	32	6,19
N=94	Mujeres	7,42	6	6	4,99	29,53	28	23*	7,04
	Total	5,67	5	1	4,36	32,76	33	32	6,54
C. Valenciana	Hombres	5,37	4,50	2	3,87	33,63	34	24*	6,45
N=36	Mujeres	6,83	7,50	12	5,45	31,33	32	22*	7,39
	Total	5,61	4,50	2	4,12	33,25	33,50	34	6,56
Extremadura	Hombres	3,50	3,50	2*	2,12	32	32	32	0
N=3	Mujeres	5	5	5	-	38	38	38	-
	Total	4	5	5	1,73	34	32	32	3,46
Galicia	Hombres	4,67	2,50	1	4,41	32,33	32,50	33	5,88
N=23	Mujeres	5	3	1	5,09	29,40	31	24*	3,78
	Total	4,74	3	1	4,45	31,70	32	33	5,55
C. de Madrid	Hombres	5,54	4,50	1	4,26	33,52	33	31*	6,04
N=58	Mujeres	7,58	9	10	4,64	31	31,50	28*	4,80
	Total	5,97	5,50	1	4,38	33	32	31*	5,86
Murcia	Hombres	5,46	4	4	4,23	33,85	33	33	6,71
N=15	Mujeres	1	1	1	0	35,50	35,50	34*	2,12
	Total	4,87	4	1	4,22	34,07	33	33	6,27
C. F. Navarra	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	Hombres	3,73	2,50	1	3,32	33,23	33,50	31*	6,23
N=36	Mujeres	2,80	2	2	2,15	29,30	30	30	3,43
	Total	3,47	2	1	3,04	32,14	32	30	5,82
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	1	1	1	-	32	32	32	-
N=1	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	1	1	1	-	32	32	32	-
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
España N=371	Hombres	5,74	4	1	6,21	33,32	33	31	6,40
	Mujeres	6,52	5	1	5,12	30,31	31	32	5,48
	Total	5,89	5	1	6,01	32,74	33	32	6,34

VI.6.2.2. GRD 744: Abuso o Dependencia de Opiáceos Con Complicaciones.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes con abuso o dependencia a opiáceos o a opiáceos y otras sustancias. Los pacientes con estas dependencias son clasificados en este GRD tanto si ingresan por esta dependencia como si lo hacen por otro motivo relacionado con otras dependencias a drogas y tienen dependencia a opiáceos como diagnóstico secundario. Además estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: hepatitis viral, infección VIH, esquizofrenia, celulitis o neumonía.

En números absolutos suponen 751 casos. De forma porcentual, corresponde al 6% de la casuística. Por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 595, 79,22% de los casos mientras que los ingresos femeninos son 156, es decir, un 20,77% de los casos (figura 26).

Figura 26. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 744 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

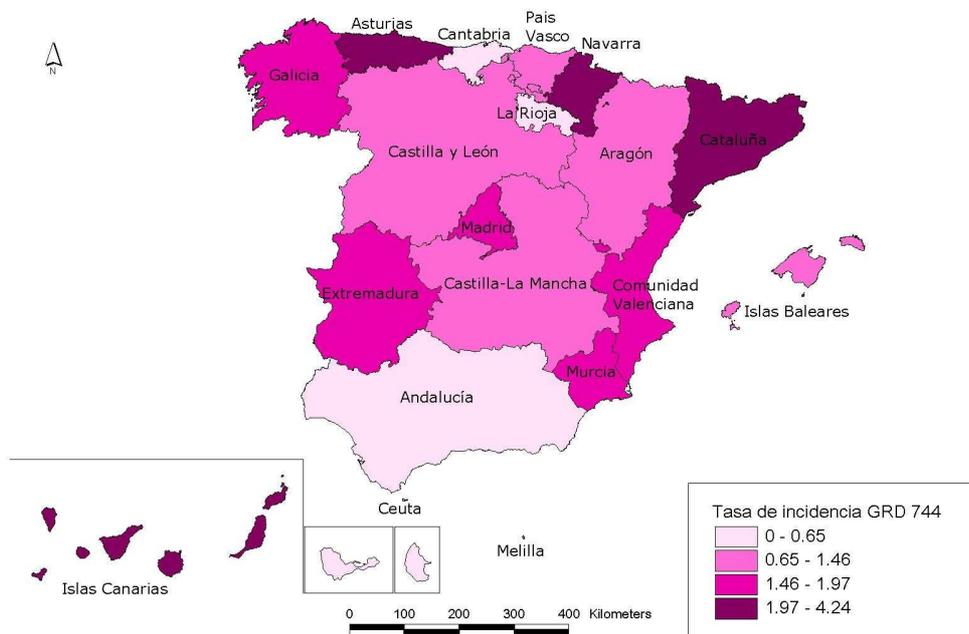
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 120 y mapa 28.

Tabla 120. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 744, según género.

CCAA	TI GRD 744 Hombres	TI GRD 744 Mujeres	TI GRD 744 Total
Andalucía	1.10	0.21	0.65
Aragón	1.34	0.16	0.74
P. de Asturias	6.49	2.17	4.24
I. Baleares	0.90	0.67	0.79
Canarias	4.78	1.55	3.16
Cantabria	0.00	0.36	0.19
Castilla y León	1.57	0.32	0.94
Castilla La Mancha	2.83	0.11	1.46
Cataluña	6.29	1.65	3.93
C. Valenciana	2.55	0.42	1.47
Extremadura	3.43	0.19	1.79
Galicia	2.78	0.50	1.59
C. de Madrid	2.60	0.91	1.73
Murcia	2.64	1.31	1.97
C. F. Navarra	3.58	1.42	2.50
País Vasco	2.26	0.19	1.20
La Rioja	0.00	0.71	0.36
Ceuta	0.00	0.00	0.00
Melilla	0.00	0.00	0.00
España	2.94	0.74	1.82

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 28. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 744.



En este caso, las tasas más altas se recogen en el Principado de Asturias, Cataluña Canarias y C. F. de Navarra. En Ceuta y Melilla no se registra incidencia. Al igual que en el GRD anteriormente descrito, para la mayoría de las comunidades autónomas la tasa de incidencia es más elevada en los hombres que en las mujeres, en la distribución por sexos se mantienen los resultados respecto al total.

En relación a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 121. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

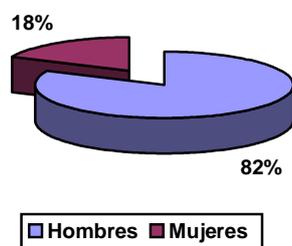
CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	12,45	12,50	13*	7,26	37,38	34,50	34	12,14
	Mujeres	8,63	7,50	1*	8,83	30	31,50	20	9,15
N=48	Total	11,81	11	10*	7,57	36,15	34	34	11,93
Aragón	Hombres	14,25	11,50	4*	10,32	35,50	37	24*	9,27
	Mujeres	8	8	8	-	36	36	36	-
N=9	Total	13,56	11	4*	9,87	35,56	36	24*	8,67
P. de Asturias	Hombres	9,76	11	10*	4,13	35,24	35	35	5,97
	Mujeres	12,50	13	13	4,35	32,58	33	33	5,83
N=45	Total	10,49	11	13	4,32	34,53	35	35	5,99
I. Baleares	Hombres	10,75	12,50	3*	5,43	36	35	26*	9,20
	Mujeres	12,67	14	3*	9,07	36,67	36	35*	2,08
N=7	Total	11,57	14	3*	6,57	36,29	36	26*	6,62
Canarias	Hombres	11	10	7	5,94	37,93	38	40	6,30
	Mujeres	9,07	8	7	2,64	34,43	34	37	9,05
N=57	Total	10,53	9	7	5,37	37,07	37	34	7,14
Cantabria	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	4	4	4	-	32	32	32	-
N=1	Total	4	4	4	-	32	32	32	-
Castilla y León	Hombres	10,26	7	2*	9,21	31,63	33	26*	4,60
	Mujeres	13	12	3*	9,38	32,75	33,50	34	1,89
N=23	Total								
C. La Mancha	Hombres	7,72	7	7	3,96	36,72	37	27*	6,32
	Mujeres	4	4	4	-	26	26	26	-
N=26	Total	7,58	7	7	3,95	36,31	36,50	27*	6,54
Cataluña	Hombres	10,10	10	7	5,05	35,02	34	31	7,62
	Mujeres	11,17	11	14	4,85	31,48	32	38	6,31
N=252	Total	10,33	10	7	5,02	34,26	34	31	7,49
C. Valenciana	Hombres	9,70	11	2	5,07	33,38	33	30	5,43
	Mujeres	8,33	11	1*	6,81	40	36	28	18,58
N=62	Total	9,50	11	2*	5,31	34,34	33	30	8,71
Extremadura	Hombres	9,56	9,50	6	4,26	34,06	35	36	4,50
	Mujeres	5	5	5	-	36	36	36	-
N=19	Total	9,32	9	6	4,26	34,16	36	36	4,40
Galicia	Hombres	9,03	9	9	4,82	35,97	35,50	39	5,58
	Mujeres	8,29	9	9	1,38	33,43	33	39	5,09
N=43	Total	8,91	9	9	4,43	35,56	35	39	5,53
C. de Madrid	Hombres	13,78	13	13*	13,46	37,19	37	34*	5,83
	Mujeres	13,73	13,50	13*	5,16	35,88	35,50	32	6,22
N=95	Total	13,77	13	13*	11,75	36,83	37	39	5,93
Murcia	Hombres	9,31	9	5*	3,92	36,56	36,50	25*	6,86
	Mujeres	10	10	9*	2,61	35,50	35,50	28*	5,45
N=24	Total	9,54	10	10	3,50	36,21	36,50	39	6,32
C. F. Navarra	Hombres	4,30	4	0*	3,30*	41,60	41	43	11,78
	Mujeres	18,25	18,50	7*	9,43	33,50	32,50	31	3,31
N=14	Total	8,29	6	0*	8,41	39,29	37,50	31*	10,63
País Vasco	Hombres	9,30	9	8	2,43	34,39	34	33	4,04
	Mujeres	10,50	10,50	8*	3,53	35	35	35	0
N=25	Total	9,40	9	8	2,46	34,44	34	33	3,87
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	10	10	10	-	38	38	38	-
N=1	Total	10	10	10	-	38	38	38	-
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
España N=751	Hombres	10,43	10	7	6,98	35,64	35	34	7,27
	Mujeres	11,12	10,50	14	5,52	33,57	33,50	38	7,75
	Total	10,57	10	14	6,70	35,21	35	33	7,42

VI.6.2.3. GRD 745: Abuso o Dependencia de Opiáceos Sin Complicaciones.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes con abuso o dependencia a opiáceos o a opiáceos y otras sustancias. Los pacientes con estas dependencias son clasificados en este GRD tanto si ingresan por esta dependencia como si lo hacen por otro motivo relacionado con otras dependencias a drogas y tienen dependencia a opiáceos como diagnóstico secundario.

Para este GRD se registran 1730 casos, lo que en porcentajes supone el 13,9% de la casuística. Según género, los ingresos masculinos ascienden a 1419, el 82,02% frente a los ingresos femeninos que reúnen 311 casos, un 17,97% (figura 27).

Figura 27. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 745 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 122 y mapa 29.

Tabla 122. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 745, según género.

CCAA	TI GRD 745 Hombres	TI GRD 745 Mujeres	TI GRD 745 Total
Andalucía	5.32	0.67	2.96
Aragón	1.50	0.65	1.07
P. de Asturias	8.07	1.81	4.81
I. Baleares	8.35	1.79	5.06
Canarias	15.58	2.33	8.94
Cantabria	1.91	0.73	1.30
Castilla y León	2.07	0.08	1.06
Castilla La Mancha	6.33	1.68	4.00
Cataluña	9.12	2.20	5.59
C. Valenciana	6.92	1.73	4.29
Extremadura	0.95	0.19	0.57
Galicia	9.57	2.21	5.75
C. de Madrid	8.87	2.32	5.47
Murcia	4.61	1.15	2.88
C. F. Navarra	5.02	1.07	3.03
País Vasco	6.77	0.75	3.69
La Rioja	0.00	0.00	0.00
Ceuta	2.78	0.00	1.40
Melilla	15.03	0.00	7.51
España	7.00	1.48	4.19

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 29. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 745.



La mayor incidencia se presenta en Canarias seguida de Melilla, Galicia y Cataluña, mientras que en La Rioja no se registra incidencia. Por sexos, observamos diferencias en la distribución, mientras que en el caso de los hombres se mantiene este mismo patrón, en el caso de las mujeres la Comunidad de Madrid sustituye a Melilla, donde en esta ocasión, al igual que en Ceuta, no se registra incidencia alguna para las mujeres. Tales diferencias, posiblemente, sean debidas a factores socioculturales. En todas las comunidades la tasa de incidencia es mayor para el sexo masculino.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 123. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

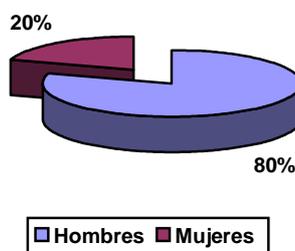
CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	12,93	13	14	8,75	33,73	34	35	7,12
	Mujeres	16	14	14	10,63	37,52	38	38*	6,77
N=219	Total	13,28	13	14	9,01	34,16	34	35	7,17
	Aragón	Hombres	5,56	5	2*	3,04	26,56	23	17
N=13	Mujeres	14	15,50	5*	6,48	36,75	36,50	36	0,95
	Total	8,15	6	5	5,75	29,69	32	17	10,12
P. de Asturias	Hombres	9,02	11	11*	4,67	33,56	33	32	5,92
	Mujeres	9,20	10,50	6*	4,89	33	33,50	34	4,44
N=51	Total	9,06	11	11*	4,67	33,45	33	34	5,63
	I. Baleares	Hombres	10,46	11	14	5,67	32,54	32	28
N=45	Mujeres	10	11,50	14	5,52	32,38	33,50	15*	13,42
	Total	10,38	11	14	5,59	32,51	33	28	8,92
Canarias	Hombres	9,14	7,50	7	4,33	33,46	34	35	7,01
	Mujeres	8,05	7	7	2,20	31,29	33	34	6,30
N=161	Total	8,99	7	7	4,13	33,17	34	35	6,94
	Cantabria	Hombres	6	5	5	3,74	34	35	26*
Mujeres		6	6	5*	1,41	34,50	34,50	33*	2,12
N=7	Total	6	5	5	3,10	34,14	35	26*	3,97
	Castilla y León	Hombres	7	8	8	4,36	33,88	33	32*
Mujeres		1	1	1	-	24	24	24	-
N=26	Total	6,77	7,50	1*	4,43	33,50	32,50	32*	6,07
	C. La Mancha	Hombres	7,63	7,50	6	2,97	34,39	35	35*
Mujeres		10,60	9	9*	10,64	29,73	31	18*	7,25
N=71	Total	8,25	8	6	5,57	33,41	34	31*	7,29
	Cataluña	Hombres	10,20	10	7*	6,32	33,33	33	34
Mujeres		12,21	13	8*	6,33	31,60	31	32	7,83
N=359	Total	10,60	10	7	6,36	32,98	33	34	7,32
	C. Valenciana	Hombres	7,11	7	2	4,61	32,37	31,50	31
Mujeres		9,03	10	2	5,39	31,08	29	26	10,50
N=181	Total	7,50	8	2	4,83	32,10	31	26*	9,45
	Extremadura	Hombres	9	8	3*	5,33	32,20	32	21*
Mujeres		17	17	17	-	36	36	36	-
N=6	Total	10,33	11	3*	5,78	32,83	34	36	7,11
	Galicia	Hombres	10,06	9	9	7,57	32,59	32	28
Mujeres		10,52	9	9	5,49	30,52	29	27	9,33
N=155	Total	10,15	9	9	7,19	32,17	32	28*	6,29
	C. de Madrid	Hombres	11,65	13	14	4,57	36,05	35	34
Mujeres		12,64	14	14	9,09	34,55	34	29*	7,70
N=301	Total	11,86	13	14	5,86	35,72	35	34	8,45
	Murcia	Hombres	10,46	11,50	10*	4,06	30,43	30	30
Mujeres		11,57	12	12	2,99	31	34	34	10,21
N=35	Total	10,69	12	12	3,86	30,54	30	34	6,64
	C. F. Navarra	Hombres	5,71	5,50	4*	3,53	32,71	33,50	28*
Mujeres		14,33	6	3*	17,09	38,33	35	34*	6,65
N=17	Total	7,24	6	6	7,62	33,71	35	28*	7,56
	País Vasco	Hombres	8,61	8	8	3,16	33,93	34	32*
Mujeres		7,63	8	8	4,50	34,63	36	40	5,70
N=77	Total	8,51	8	8	3,30	34	34	40	5,62
	La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres		-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ceuta	Hombres	2	2	2	-	40	40	40
Mujeres		-	-	-	-	-	-	-	-
N=1	Total	2	2	2	-	40	40	40	-
	Melilla	Hombres	11,60	8	4*	10,06	31	32	23
Mujeres		-	-	-	-	-	-	-	-
N=5	Total	11,60	8	4*	10,06	31	32	23	8,68
	España N=1730	Hombres	10,03	9	14	6,15	33,64	33	35
Mujeres		11,40	11	14	7,51	32,69	33	34	8,31
N=1730	Total	10,28	10	14	6,43	33,47	33	34	7,65

VI.6.2.4. GRD 746: Abuso o Dependencia de Cocaína u Otras Drogas, Alta Voluntaria.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por: abuso o dependencia de cocaína, cannabis, anfetamina, barbitúricos o alucinógenos, amnesia inducida por drogas, síndrome de abstinencia a drogas, síndrome delirante orgánico inducido por drogas, alucinosis o demencia inducidas por drogas o intoxicación por drogas. Para ser clasificado en este GRD es necesario que el alta sea voluntaria.

En números absolutos ascienden a 145 casos. Porcentualmente supone el 1,2% de la casuística. Por sexos, a los ingresos masculinos le corresponden 116 casos, el 80% mientras que a los ingresos femeninos 29, un 20% de los casos (figura 28).

Figura 28. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 746 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

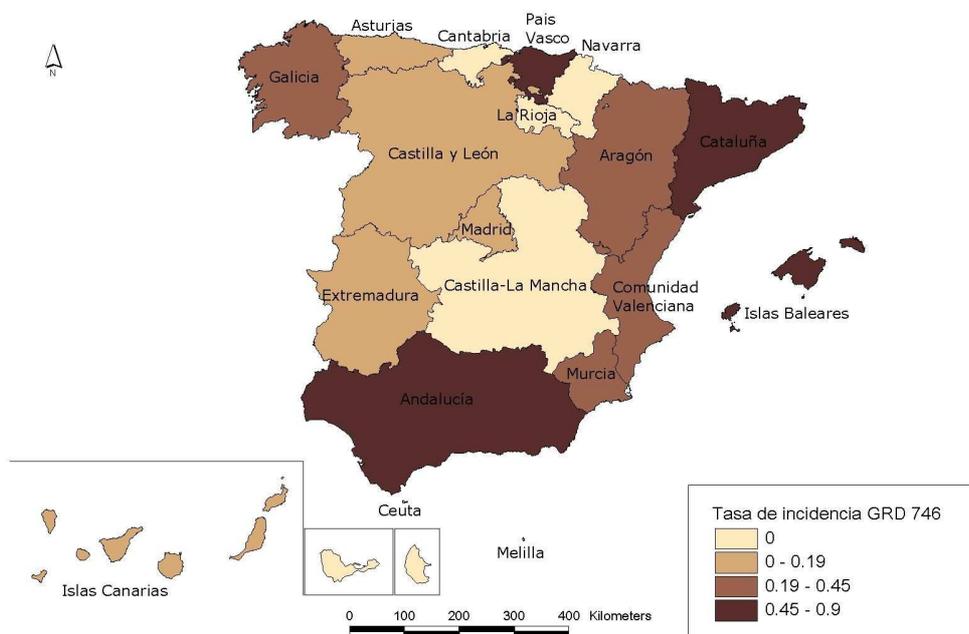
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 124 y mapa 30.

Tabla 124. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 746, según género.

CCAA	TI GRD 746 Hombres	TI GRD 746 Mujeres	TI GRD 746 Total
Andalucía	0.88	0.11	0.49
Aragón	0.50	0.00	0.25
P. de Asturias	0.39	0.00	0.19
I. Baleares	1.58	0.22	0.90
Canarias	0.22	0.11	0.17
Cantabria	0.00	0.00	0.00
Castilla y León	0.17	0.00	0.08
Castilla La Mancha	0.00	0.00	0.00
Cataluña	0.86	0.28	0.56
C. Valenciana	0.77	0.14	0.45
Extremadura	0.19	0.00	0.09
Galicia	0.39	0.21	0.30
C. de Madrid	0.23	0.14	0.18
Murcia	0.49	0.16	0.33
C. F. Navarra	0.00	0.00	0.00
País Vasco	0.98	0.28	0.62
La Rioja	0.00	0.00	0.00
Ceuta	0.00	0.00	0.00
Melilla	0.00	0.00	0.00
España	0.57	0.14	0.35

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 30. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 746.



La tasa más elevada la ostenta las Islas Baleares seguida del País Vasco, Cataluña y Andalucía. En las CCAA de Cantabria, Castilla La Mancha, C.F. de Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla no se registra incidencia. En la distribución según género, en el caso de las mujeres, el primer puesto lo ocupa Cataluña y País Vasco seguidas de Baleares y Galicia. No se registra incidencia, además de en las comunidades anteriormente citadas, en Aragón, Asturias, Castilla y León y Extremadura. En los hombres, y en relación a la tasa de incidencia total, Andalucía desbanca a Cataluña. En todas las CCAA la tasa de incidencia masculina es superior a la femenina.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 125. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

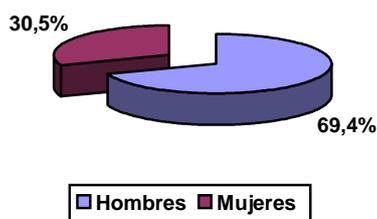
CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	4,06	4	1*	3,37	32,13	33	23*	10,03
	Mujeres	3,25	3	0*	2,98	27,50	27	0*	23,78
	Total	3,97	4	4	3,30	31,61	33	23*	11,82
Aragón	Hombres	3	1	1	3,46	22,67	23	18*	4,50
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	3	1	1	3,46	22,67	23	18*	4,50
P. de Asturias	Hombres	1	1	1	0	34,50	34,50	28*	9,19
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	1	1	1	0	34,50	34,50	28*	9,19
I. Baleares	Hombres	3,43	3	1	2,69	35,57	42	42*	13,18
	Mujeres	1	1	1	-	40	40	40	-
	Total	3,13	2	1	2,64	36,13	41	42*	12,31
Canarias	Hombres	10	10	9*	1,41	33	33	32*	1,41
	Mujeres	3	3	3	-	50	50	50	-
	Total	7,67	9	3*	4,16	38,67	34	32*	9,86
Cantabria	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla y León	Hombres	5,50	5,50	3*	3,53	22,50	22,50	18*	6,36
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	5,50	5,50	3*	3,53	22,50	22,50	18*	6,36
C. La Mancha	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Cataluña	Hombres	6,78	5	1*	5,73	34,56	35	27*	7,19
	Mujeres	8,22	9	3*	4,86	34,78	34	22*	8,45
	Total	7,14	5,50	1	5,49	34,61	34,50	31	7,40
C. Valenciana	Hombres	4,94	2,50	2	7,25	28,75	27,50	27	5,72
	Mujeres	3,67	2	1*	3,78	23,33	20	18*	7,57
	Total	4,74	2	2	6,75	27,89	27	27	6,14
Extremadura	Hombres	3	3	3	-	46	46	46	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	3	3	3	-	46	46	46	-
Galicia	Hombres	15,60	6	3*	20,25	34,40	30	30	9,86
	Mujeres	3	3	1*	2	46	43	38*	9,84
	Total	10,88	4,50	3	16,67	38,75	34,50	30	10,92
C. de Madrid	Hombres	3,33	2,50	2	2,50	29,17	29	23	6,14
	Mujeres	3	3	1*	1,82	30	28	22*	8,52
	Total	3,20	2,50	2	2,15	29,50	28	23*	6,73
Murcia	Hombres	3	3	1*	2	32	31	29*	3,60
	Mujeres	2	2	2	-	47	47	47	-
	Total	2,75	2,50	1*	1,70	35,75	33,50	29*	8,05
C. F. Navarra	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	Hombres	3,50	3	1*	2,83	30,50	29,50	28	4,88
	Mujeres	4	3	1*	3,60	35,67	24	24	20,20
	Total	3,62	3	1*	2,87	31,69	28	28	9,54
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
España N=145	Hombres	5,20	4	1	6,37	32	31	28	8,43
	Mujeres	4,72	3	1	4,04	34,31	34	22*	13,48
	Total	5,10	3	1	5,97	32,46	31	27*	9,64

VI.6.2.5. GRD 747: Abuso o Dependencia de Cocaína u Otras Drogas Con Complicaciones.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por: abuso o dependencia de cocaína, cannabis, anfetamina, barbitúricos o alucinógenos, amnesia inducida por drogas, síndrome de abstinencia a drogas, síndrome delirante orgánico inducido por drogas, alucinosis o demencia inducidas por drogas o intoxicación por drogas. Además estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: hepatitis viral, infección VIH, esquizofrenia, celulitis o neumonía.

Representan el 3% de los ingresos con 377 casos. Según género, los ingresos masculinos ascienden a 262 casos, un 69,49%, mientras que los ingresos femeninos son 115, lo que supone un 30,50% (figura 29).

Figura 29. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 747 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

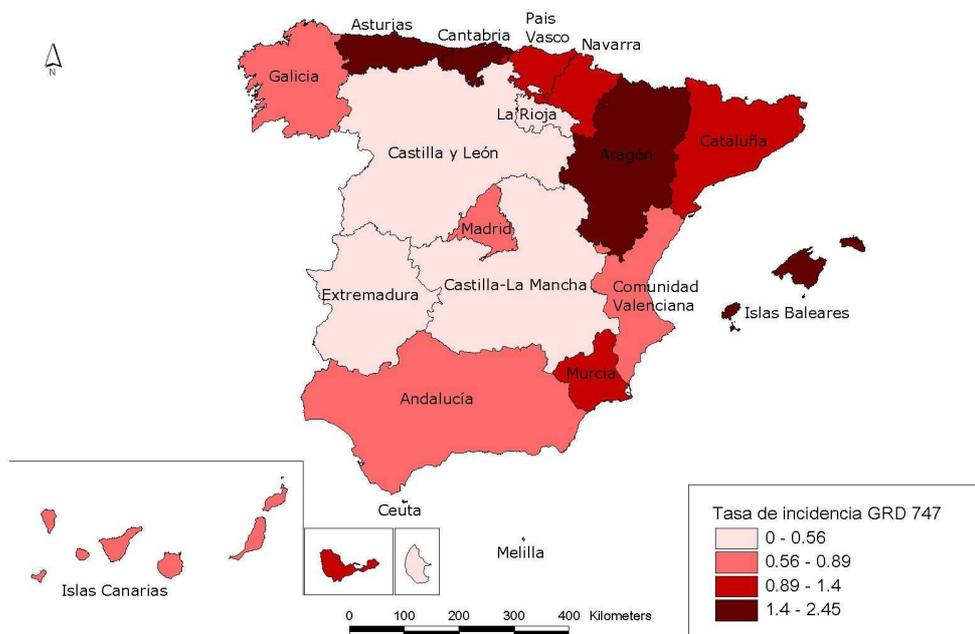
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 126 y mapa 31.

Tabla 126. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 747, según género.

CCAA	TI GRD 747 Hombres	TI GRD 747 Mujeres	TI GRD 747 Total
Andalucía	1.12	0.21	0.66
Aragón	2.17	0.82	1.49
P. de Asturias	3.93	1.09	2.45
I. Baleares	1.58	2.46	2.02
Canarias	1.11	0.66	0.89
Cantabria	2.29	1.45	1.86
Castilla y León	0.25	0.56	0.41
Castilla La Mancha	0.90	0.22	0.56
Cataluña	1.94	0.83	1.37
C. Valenciana	1.01	0.37	0.69
Extremadura	0.57	0.37	0.47
Galicia	0.85	0.36	0.59
C. de Madrid	0.98	0.60	0.78
Murcia	1.32	0.66	0.99
C. F. Navarra	2.15	0.00	1.07
País Vasco	1.67	0.28	0.96
La Rioja	0.00	0.00	0.00
Ceuta	2.78	0.00	1.40
Melilla	0.00	0.00	0.00
España	1.29	0.55	0.91

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 31. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 747.



La incidencia mayor la presenta Asturias seguida de Baleares, Cantabria (recordemos que en el GRD anterior no presentó incidencia), Aragón y Ceuta. No se registra incidencia en La Rioja y Melilla.

Por sexos, en la mujer, la mayor incidencia recae en Baleares seguida de Cantabria, Asturias y Cataluña. Para el sexo masculino, la mayor incidencia se da en Asturias seguida de Ceuta (donde no se registra ningún caso femenino), Cantabria y Aragón. En todas las CCAA, excepto Baleares y Castilla y León -donde las mujeres duplican la tasa de incidencia de los hombres-, los casos masculinos superan a los femeninos aunque no tan ampliamente como antes.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Epidemiología de los Episodios de Hospitalización Psiquiátricos en España

Tabla 127. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

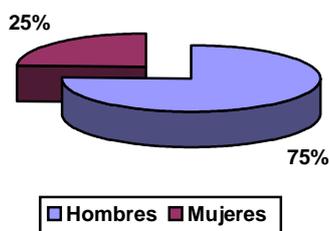
CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	13,07	10	7	11,20	38,85	36	32	11,51
	Mujeres	22,38	11	4	29,45	54	63,50	66	17,61
N=49	Total	14,59	10	4	15,59	41,33	37	32*	13,70
Aragón	Hombres	13,08	13,08	15	6,37	49,62	46	46*	22,02
	Mujeres	21	17	13*	10,48	52,20	55	22*	22,83
N=18	Total	15,28	15	15	8,23	50,33	50,50	46*	21,59
P. de Asturias	Hombres	10,50	8,50	20	8,44	46,15	37	36	20,66
	Mujeres	5,67	4,50	0*	4,92	58,33	64	76	19,37
N=26	Total	9,38	6,50	6*	7,96	48,96	37	36	20,66
I. Baleares	Hombres	7,29	5	6	8,90	34,14	36	36	6,96
	Mujeres	12,36	11	11*	7,33	56,82	41	36	27,54
N=18	Total	10,39	8	2*	8,13	48	36	36	24,34
Canarias	Hombres	7,20	7	7	2,82	42,50	40	33*	12,34
	Mujeres	12,67	11	7	6,12	60,83	70	71	17,48
N=16	Total	9,25	7	7	4,97	49,38	42,50	33	16,65
Cantabria	Hombres	13,50	8	6*	13,64	72,17	72,50	65*	4,79
	Mujeres	17,75	17,50	10*	6,65	51,25	50,50	37*	12,28
N=10	Total	15,20	11	6*	11,09	63,80	68	37*	13,40
Castilla y León	Hombres	6,33	6	5*	1,52	29,67	30	22*	7,50
	Mujeres	17,43	11	2*	14,47	70	75	84	13,50
N=10	Total	14,10	8	5*	13	57,90	60,50	84	22,66
C. La Mancha	Hombres	11,38	9,50	3	8,22	62,13	70	36*	16,54
	Mujeres	8,50	8,50	7*	2,12	61,50	61,50	42*	27,57*
N=10	Total	10,80	9,50	3*	7,39	62	70	36*	17,25
Cataluña	Hombres	10,41	10	14	8,17	41	37	30*	16,35
	Mujeres	13,30	11	11	10,15	47,48	43	28*	18,43
N=88	Total	11,30	11	14	8,87	42,99	39	30*	17,18
C. Valenciana	Hombres	7,57	7	7	4,97	36,29	33	33	15,92
	Mujeres	9,13	8,50	7*	5,74	41,88	38,50	35*	17,47
N=29	Total	8	7	7	5,14	37,83	34	33	16,24
Extremadura	Hombres	11,33	12	7*	4,04	49	41	34*	20,22
	Mujeres	13	13	5*	11,31	56	56	38*	25,45
N=5	Total	12	12	5*	6,40	51,80	41	34*	19,52
Galicia	Hombres	11,73	9	4	7,05	43,64	42	29*	18,03
	Mujeres	17,40	12	3*	16,31	53	62	26*	22,15
N=16	Total	13,50	9,50	4*	10,56	46,56	42	29*	19,18
C. de Madrid	Hombres	9,88	7	7	8,93	46,50	37	23*	25,27
	Mujeres	20,71	12	15	31,65	61	67	59	18,24
N=43	Total	14,16	8	7	21,39	52,23	49	29	23,63
Murcia	Hombres	5,25	4	4	5,06	40,38	31	31	21,21
	Mujeres	8,50	7,50	0*	8,34	29,75	23,50	0	35,83
N=12	Total	6,33	4	4	6,15	36,83	31	0*	25,76
C. F. Navarra	Hombres	8,67	7	7	6,37	32,50	32,50	22*	7,39
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=6	Total	8,67	7	7	6,37	32,50	32,50	22*	7,39
País Vasco	Hombres	12,94	9	8	12,26	31,59	27	23	13,79
	Mujeres	9,67	10	6*	3,51	57,67	65	37*	18,14
N=20	Total	12,45	9,50	6*	11,37	35,50	30	23	16,91
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	3	3	3	-	44	44	44	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=1	Total	3	3	3	-	44	44	44	-
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
España N=377	Hombres	10,54	8	7	8,73	42,15	36	36	18,11
	Mujeres	14,78	11	7	16,68	53,69	54	36	20,72
	Total	11,83	9	7	11,88	45,67	39	36	19,65

VI.6.2.6. GRD 748: Abuso o Dependencia de Cocaína u Otras Drogas Sin Complicaciones.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por: abuso o dependencia de cocaína, cannabis, anfetamina, barbitúricos o alucinógenos, amnesia inducida por drogas, síndrome de abstinencia a drogas, síndrome delirante orgánico inducido por drogas, alucinosis o demencia inducidas por drogas o intoxicación por drogas.

En números absolutos son 1509 casos, representando el 12,1% de la casuística. Según género, los ingresos masculinos ascienden a 1138 casos, lo que supone el 75,41% de los ingresos para dicho GRD. Los casos femeninos suman 370, un 24,51% de los ingresos –en 1 de los casos desconocemos el sexo- (figura 30).

Figura 30. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 748 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

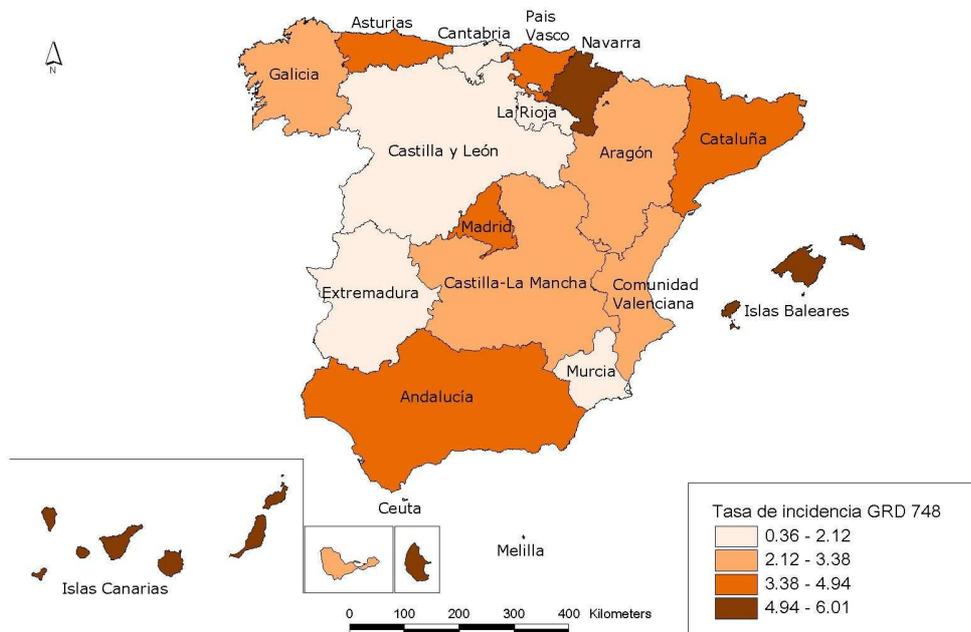
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 128 y mapa 32.

Tabla 128. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 748, según género.

CCAA	TI GRD 748 Hombres	TI GRD 748 Mujeres	TI GRD 748 Total
Andalucía	7.13	1.14	4.10
Aragón	5.35	0.98	3.14
P. de Asturias	6.10	1.45	3.68
I. Baleares	6.10	5.82	5.96
Canarias	8.23	2.33	5.27
Cantabria	2.29	1.45	1.86
Castilla y León	3.06	1.20	2.12
Castilla La Mancha	5.20	1.57	3.38
Cataluña	6.29	2.38	4.30
C. Valenciana	4.28	1.59	2.91
Extremadura	2.47	0.56	1.51
Galicia	4.01	1.00	2.45
C. de Madrid	5.43	2.53	3.93
Murcia	2.96	0.66	1.81
C. F. Navarra	7.89	2.49	5.18
País Vasco	8.24	1.78	4.94
La Rioja	0.00	0.71	0.36
Ceuta	5.56	0.00	2.80
Melilla	9.02	3.00	6.01
España	5.62	1.76	3.65

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 32. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 748.



La CCAA con más alta tasa es Melilla (recordemos que en el GRD anterior, donde prima la comorbilidad, no presentaba casuística debido, posiblemente, al mayor consumo de cannabis y no así de otras drogas que concurren con mayores complicaciones). El segundo puesto, en incidencia, lo ostenta Baleares seguida de Canarias, Navarra y País Vasco frente a la menor incidencia de La Rioja.

La distribución varía en función del género, así en las mujeres Baleares desbancan a Melilla (donde la incidencia se triplica en el caso de los hombres), el tercer puesto lo ocupa la C. de Madrid seguida de Navarra y Cataluña. En los hombres, Melilla vuelve a ocupar el primer puesto seguida del País Vasco, Canarias, Navarra y Andalucía. En todas las CCAA, excepto en La Rioja, la incidencia es mayor en los hombres que en las mujeres.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 129. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

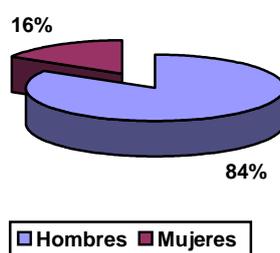
CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	9,86	7	7	11,11	30,61	28	24	11,44
N=304	Mujeres	10,95	8	4	8,21	33,47	30	37	14,19
	Total	9,99	7	7	10,73	30,99	29	24	11,87
Aragón	Hombres	8,13	7	7	5,23	29,13	23	20*	16,55
N=38	Mujeres	8,17	6	2	7,16	44,83	40,50	25*	19,62
	Total	8,13	7	7	5,46	31,61	24,50	20*	17,75
P. de Asturias	Hombres	5,68	3	2	6,48	32,26	31	31*	10,25
N=39	Mujeres	10,38	10	2*	7,19	53,50	46	42	28,32
	Total	6,64	4	2	6,81	36,62	31	31*	17,50
I. Baleares	Hombres	10,07	8	4	7,69	29,70	29	29	9,13
N=53	Mujeres	5,69	4	2	4,80	34,42	26,50	25	18,00
	Total	7,92	5	4	6,75	32,02	29	29	14,25
Canarias	Hombres	10,76	8	7	7,94	31,35	30	28	10,18
N=95	Mujeres	10,95	8	7	6,87	36,76	36	20	15,67
	Total	10,80	8	7	7,68	32,55	30	28	11,74
Cantabria	Hombres	9,17	8,50	6*	2,78	52,33	51,50	28*	21,90
N=10	Mujeres	12	8,50	5*	9,69	62,75	64,50	30*	27,36
	Total	10,30	8,50	6	6,14	56,50	56,50	28*	23,34
Castilla y León	Hombres	7,95	6	2	6,64	32,84	29	26	14,19
N=52	Mujeres	10,27	7	2*	8,67	43,80	38	19*	21,87
	Total	8,62	6	2	7,27	36	30,50	26*	17,28
C. La Mancha	Hombres	9,80	8,50	6	7,33	30,98	29,50	19*	12,72
N=60	Mujeres	9,86	7,50	6*	8,09	40,43	29	18*	24,42
	Total	9,82	8	6	7,44	33,18	29,50	24	16,47
Cataluña	Hombres	9,02	8	1	7,24	34,25	33	31	12,64
N=276	Mujeres	8,78	8	1	7,01	37,82	35	39	16,78
	Total	8,95	8	1	7,16	35,26	33	31	14,00
C. Valenciana	Hombres	7,98	7	2	6,62	32,43	30	23	10,59
N=123	Mujeres	8,41	7	2	8,43	40,65	33,50	16*	21,58
	Total	8,10	7	2	7,13	34,70	31	23	14,85
Extremadura	Hombres	8,08	6	6	3,77	36,69	36	36	17,51
N=16	Mujeres	10,67	1	1	16,74	50,33	48	30*	21,59
	Total	8,56	6	6	7,06	39,25	36	36	18,37
Galicia	Hombres	14,52	11,50	11	10,52	30,90	30,50	20	12,88
N=66	Mujeres	18,57	14,50	5*	16,90	49,50	41	41	24,10
	Total	15,38	12	11	12,11	34,85	32	20	17,46
C. de Madrid	Hombres	9,51	8	7	6,45	31,20	29	36	12,93
N=216	Mujeres	10,25	9	7	7,26	40,32	35,50	24	18,90
	Total	9,76	8,50	7	6,73	34,24	30,50	24*	15,74
Murcia	Hombres	8,06	7	2*	5,95	33,11	27	27*	13,15
N=22	Mujeres	6,50	4	0*	8,26	65,75	72	37*	21,06
	Total	7,77	7	7	6,23	39,05	34	27*	19,22
C. F. Navarra	Hombres	8,55	7	0*	8,70	31,86	30	25	8,41
N=29	Mujeres	8	4	1*	8,12	30,14	24	22	9,63
	Total	8,41	7	1	8,42	31,45	30	22*	8,57
País Vasco	Hombres	10,61	9	9	8,09	31,32	29	29	12,29
N=103	Mujeres	9,21	8	8*	6,23	32,11	23	16	19,68
	Total	10,35	9	8*	7,77	31,47	29	23*	13,83
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=1	Mujeres	4	4	4	-	38	38	38	-
	Total	4	4	4	-	38	38	38	-
Ceuta	Hombres	1	1	0*	1,41	28,50	28,50	23*	7,77
N=2	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	1	1	0*	1,41	28,50	28,50	23*	7,77
Melilla	Hombres	9,67	7	2*	9,29	34,33	35	26*	8,02
N=4	Mujeres	2	2	2	-	32	32	32	-
	Total	7,75	4,50	2	8,50	33,75	33,50	26*	6,65
España N=1509	Hombres	9,53	8	7	8,42	31,90	30	25	12,29
	Mujeres	9,69	8	7	8,16	39,22	34	25	19,38
	Total	9,57	8	7	8,36	33,69	31	25	14,69

VI.6.2.7. GRD 749: Abuso o Dependencia de Alcohol, Alta Voluntaria

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por abuso o dependencia de alcohol, intoxicación alcohólica aguda, demencia alcohólica, síndrome amnésico por alcohol, delirio o alucinosis por abstinencia a alcohol u otras psicosis alcohólicas. Para ser clasificado en este GRD es necesario que el alta sea voluntaria.

Para este GRD son 288 casos, el 2,3% de los ingresos. Por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 241 casos (83,68%) frente a los 47 ingresos femeninos (16,31%) (figura. 31).

Figura 31. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 749 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

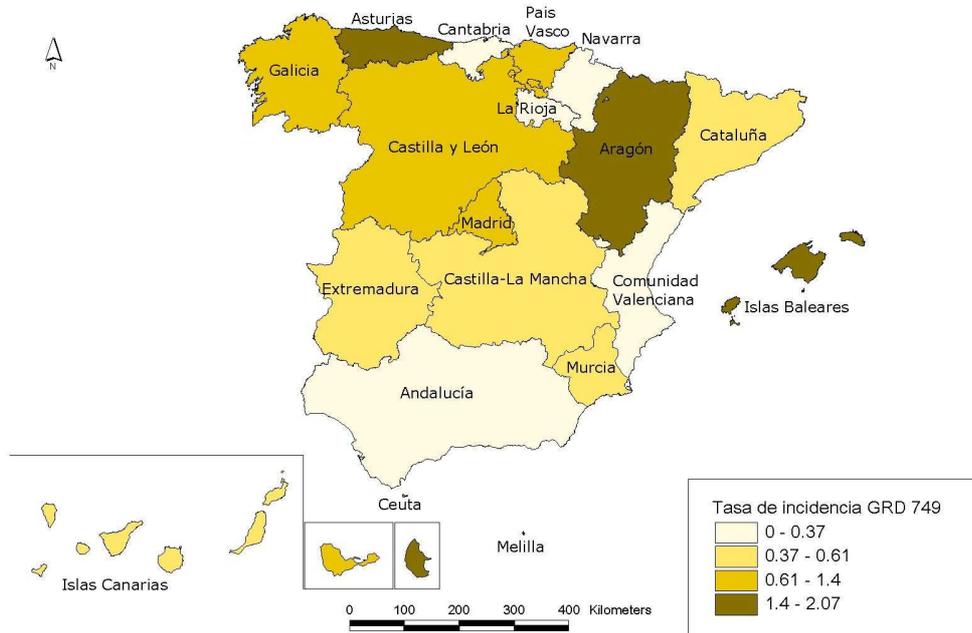
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 130 y mapa 33.

Tabla 130. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 749, según género.

CCAA	TI GRD 749 Hombres	TI GRD 749 Mujeres	TI GRD 749 Total
Andalucía	0.66	0.05	0.35
Aragón	3.68	0.49	2.07
P. de Asturias	3.15	0.54	1.79
I. Baleares	2.71	0.22	1.46
Canarias	0.89	0.33	0.61
Cantabria	0.76	0.00	0.37
Castilla y León	1.49	0.32	0.90
Castilla La Mancha	0.79	0.00	0.39
Cataluña	1.05	0.18	0.61
C. Valenciana	0.43	0.23	0.33
Extremadura	1.14	0.00	0.57
Galicia	1.00	0.36	0.67
C. de Madrid	1.55	0.32	0.91
Murcia	0.99	0.16	0.58
C. F. Navarra	0.00	0.00	0.00
País Vasco	2.16	0.47	1.29
La Rioja	0.00	0.00	0.00
Ceuta	2.78	0.00	1.40
Melilla	3.01	0.00	1.50
España	1.19	0.22	0.70

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia

Mapa 33. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 749.



La tasa de incidencia más alta se sitúa en Aragón seguida de Asturias, Melilla, Baleares, Ceuta y País Vasco. En La Rioja y Navarra no se registra incidencia, presentando las tasas más bajas la Comunidad Valenciana y Andalucía.

En la distribución por sexos, en el caso de los hombres se sigue un patrón muy similar mientras que en las mujeres la tasa más elevada la presenta Asturias seguida de Aragón, País Vasco, Galicia y Canarias y no se registra incidencia, además de en los casos ya nombrados, en Melilla, Ceuta, Extremadura, Castilla La Mancha y Cantabria.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 131. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	3,33	1	1	4,13	38,13	39,50	38*	10,62
N=26	Mujeres	1,50	1,50	1*	0,70	51	51	51	0
	Total	3,19	1	1	4	39,19	40,50	38*	10,77
Aragón	Hombres	1,59	1	1	2,01	40,05	38	38	9,67
N=25	Mujeres	0,67	1	1	0,57	46	46	42*	4
	Total	1,48	1	1	1,91	40,76	38	38	9,33
P. de Asturias	Hombres	1	1	0*	1,03	45	42	64	13,89
N=19	Mujeres	0	0	0	0	43,33	40	33*	12,34
	Total	0,84	1	0	1,01	44,74	42	64	13,34
I. Baleares	Hombres	1,50	1	1	0,67	43,42	43	37*	9,24
N=13	Mujeres	1	1	1	-	57	57	57	-
	Total	1,46	1	1	0,66	44,46	43	37*	9,62
Canarias	Hombres	9,25	4,50	6	13,40	47,75	47,50	48	10,97
N=11	Mujeres	7	7	6*	1	43,67	43	42*	2,08
	Total	8,64	6	6	11,27	46,64	46	46*	9,42
Cantabria	Hombres	2	2	1*	1,41	42	42	41*	1,41
N=2	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	2	2	1*	1,41	42	42	41*	1,41
Castilla y León	Hombres	2,78	1,50	0	3,35	41,67	39	38	10,33
N=22	Mujeres	3	2	0*	3,55	41	40	40	5,83
	Total	2,82	1,50	0	3,30	41,55	40	38*	9,56
C. La Mancha	Hombres	2,43	3	1	1,39	41,43	42	42	7,93
N=7	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	2,43	3	1	1,39	41,43	42	42	7,93
Cataluña	Hombres	3,91	2	1	6,62	41,15	43	43*	11,54
N=39	Mujeres	4,83	4,50	2*	2,31	46,33	45	68	19,20
	Total	4,05	3	1	6,14	41,95	43	43*	12,82
C. Valenciana	Hombres	4,11	3	1	4,91	41,33	37	37	10,98
N=14	Mujeres	4	3	3	4,63	41,40	43	28*	11,10
	Total	4,07	3	1*	4,63	41,36	39	37*	10,59
Extremadura	Hombres	3,17	1,50	1*	4,87	42,83	44,50	19*	12,64
N=6	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	3,17	1,50	1*	4,87	42,83	44,50	19*	12,64
Galicia	Hombres	3,38	3	3	3,30	40,92	39	34	10,04
N=18	Mujeres	2,80	2	0*	2,58	49,40	46	38*	10,52
	Total	3,22	3	3	3,05	43,28	44	34*	10,61
C. de Madrid	Hombres	5,05	3	1	5,17	44,51	43	40	12,73
N=50	Mujeres	4,78	4	3	3,56	40,33	41	45	6,30
	Total	5	3	1	4,89	43,76	42	37*	11,89
Murcia	Hombres	3,67	1,50	1	4,71	48	46,50	43*	4,89
N=7	Mujeres	0	0	0	-	45	45	45	-
	Total	3,14	1	1	4,52	47,57	46	43*	4,61
C. F. Navarra	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	Hombres	3,73	1,50	1	4,80	39,68	39	33*	8,67
N=27	Mujeres	1,60	1	0	2,07	41	42	42*	7
	Total	3,33	1	1	4,47	39,93	41	46	8,28
La Rioja	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	Hombres	1	1	1	-	43	43	43	-
N=1	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	1	1	1	-	43	43	43	-
Melilla	Hombres	2	2	2	-	33	33	33	-
N=1	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	2	2	2	-	33	33	33	-
España N=288	Hombres	3,47	2	1	5,04	42,01	41	38	10,89
	Mujeres	3,26	2	0	3,19	43,98	44	46	9,82
	Total	3,44	2	1	4,78	42,33	42	38	10,73

VI.6.2.8. GRD 750: Abuso o Dependencia de Alcohol Con Complicaciones.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por abuso o dependencia de alcohol, intoxicación alcohólica aguda, demencia alcohólica, síndrome amnésico por alcohol, delirio o alucinosis por abstinencia a alcohol u otras psicosis alcohólicas. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: cirrosis hepática alcohólica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esquizofrenia paranoide, infección urinaria, coma o diabetes complicada.

En números absolutos son 1871 casos lo que en porcentajes supone el 15% de la casuística. Por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 1589 casos, 84,92% de los ingresos mientras que los casos femeninos ascienden a 281, un 15,01% –en 1 de los casos desconocemos el sexo- (figura 32).

Figura 32. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 750 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

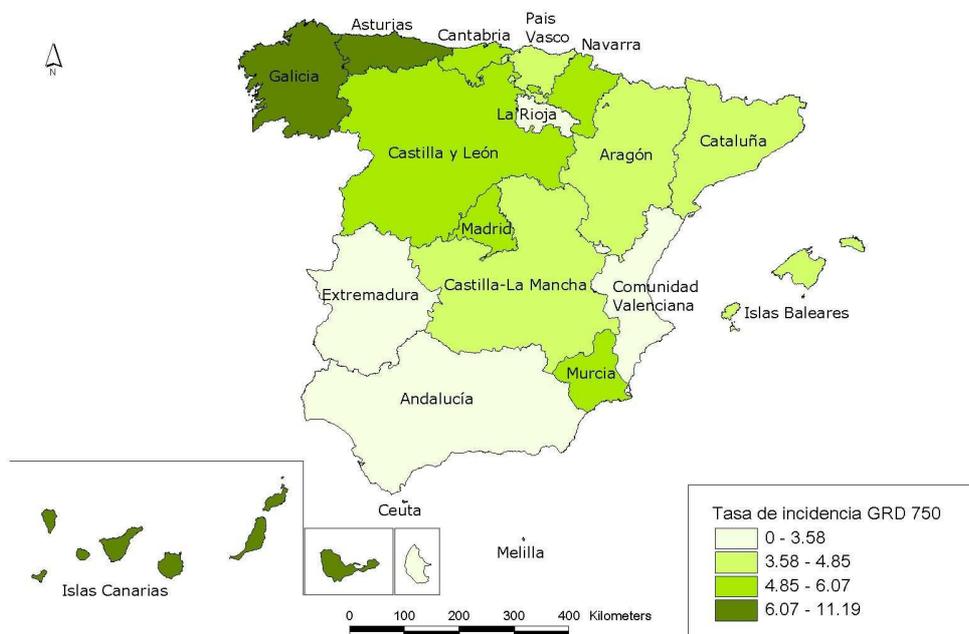
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 132 y mapa 34.

Tabla 132. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 750, según género.

CCAA	TI GRD 750 Hombres	TI GRD 750 Mujeres	TI GRD 750 Total
Andalucía	3.70	0.48	2.07
Aragón	6.69	1.96	4.30
P. de Asturias	16.53	1.45	8.67
I. Baleares	9.03	0.45	4.72
Canarias	11.35	2.33	6.88
Cantabria	9.17	2.18	5.58
Castilla y León	8.92	1.28	5.05
Castilla La Mancha	7.01	0.45	3.72
Cataluña	8.29	1.53	4.85
C. Valenciana	3.75	1.07	2.39
Extremadura	6.09	0.56	3.30
Galicia	14.97	2.86	8.68
C. de Madrid	9.43	1.54	5.35
Murcia	8.40	1.48	4.94
C. F. Navarra	10.75	1.42	6.07
País Vasco	8.05	1.78	4.84
La Rioja	7.18	0.00	3.58
Ceuta	16.68	6.01	11.19
Melilla	0.00	0.00	0.00
España	7.84	1.34	4.53

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 34. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 750.



Como se puede apreciar en la tabla, la mayor incidencia se registra en Ceuta seguida de Galicia, Asturias, Canarias y Navarra (donde no se registro incidencia para el GRD 749). Curiosamente en Melilla no se registra incidencia alguna, siendo la tasa más baja para Andalucía.

Por sexos, en las mujeres Canarias sustituye a Asturias en el tercer puesto en incidencia, Cantabria a Canarias en el cuarto y Aragón a Navarra en el quinto. En los hombres, el patrón es similar sustituyendo Asturias a Galicia en el segundo lugar, ostentando esta última el tercer puesto. En todas las comunidades la incidencia es ostensiblemente más elevada en los hombres.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 133. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

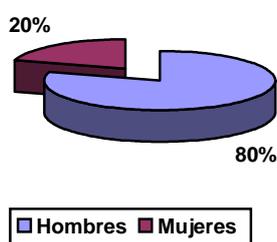
CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	12,17	10	11	11,45	48,14	46	37*	11,24
N=153	Mujeres	9,67	6	4	9,48	46,33	44	36	16,03
	Total	11,88	9	11	11,24	47,93	46	36*	11,85
Aragón	Hombres	9,68	9,50	3*	6,85	43,18	42	42	12,26
N=52	Mujeres	7,92	7	7	5,41	41,58	36	36	18,39
	Total	9,27	8,50	3*	6,54	42,81	42	42	13,72
P. de Asturias	Hombres	9,04	8	5	6,73	48,63	46,50	41*	13,34
N=92	Mujeres	10,13	10	7*	5,69	51,38	45	34*	19,95
	Total	9,13	8	5	6,62	48,87	45,50	45	13,91
I. Baleares	Hombres	9,53	5,50	3	12,97	49,30	49,50	35*	13,77
N=42	Mujeres	10	10	4*	8,48	59,50	59,50	56*	4,95
	Total	9,55	5,50	3	12,72	49,79	50	35*	13,63
Canarias	Hombres	18,87	10,50	7	23,58	50,46	49	41*	11,49
N=124	Mujeres	17,90	11	7	17,02	46,14	46	40	11,22
	Total	18,65	11	7	22,45	49,61	48,50	36*	11,53
Cantabria	Hombres	12,25	10,50	10	10,12	46,58	46,50	40*	6,55
N=30	Mujeres	10,83	11	11	2,31	49	47,50	44	8,05
	Total	11,97	11	10*	9,08	47,07	46,50	51	6,79
Castilla y León	Hombres	11,43	9,50	5	9,97	48,61	48	43	10,65
N=124	Mujeres	12,19	9,50	7*	9,14	48,81	45	40*	16,03
	Total	11,52	9,50	7*	9,84	48,64	47,50	43	11,40
C. La Mancha	Hombres	10,06	8	7	8,66	44,44	42,50	29	12,44
N=66	Mujeres	6,50	4,50	1*	6,85	34	36	14*	14,90
	Total	9,85	8	7	8,56	43,80	41,50	29	12,72
Cataluña	Hombres	8,64	7	1	8,48	49,93	49	47	11,96
N=311	Mujeres	8,76	8,50	9	8,54	45,84	46	37*	14,53
	Total	8,66	7	1	8,47	49,28	49	47	12,47
C. Valenciana	Hombres	7,94	6,50	4*	6,62	48,67	48	43*	14,29
N=101	Mujeres	8,17	5	2*	8,92	52,26	50	50	14,02
	Total	7,99	6	4*	7,16	49,49	49	43*	14,24
Extremadura	Hombres	10,31	10,50	10	6,09	50,97	49,50	48	9,78
N=35	Mujeres	17,67	11	1*	20,81	39,67	36	32*	10,01
	Total	10,94	11	10*	7,98	50	49	48	10,16
Galicia	Hombres	15,63	11	6	18,45	49,18	47,50	46	10,47
N=234	Mujeres	11,83	9,50	9*	10,25	51,38	51,50	46	12,93
	Total	14,98	10	6	17,36	49,56	48	46	10,93
C. de Madrid	Hombres	13,64	10	14	17,66	47,08	45	40	11,13
N=294	Mujeres	18,98	11	14	31,80	44,48	46,50	48	8,41
	Total	14,44	10	14	20,42	46,69	45,50	40	10,80
Murcia	Hombres	8,69	7	5*	8,40	46,73	45	39*	11,24
N=60	Mujeres	8,78	8	8	5,23	36,89	37	31	8,82
	Total	8,70	7	6	7,97	45,25	43,50	39*	11,41
C. F. Navarra	Hombres	10,43	8,50	4	8,70	43,97	44	31	11,72
N=34	Mujeres	7	4,50	3*	6,05	44,25	43,50	34*	10,07
	Total	10,03	8	4	8,43	44	44	31*	11,40
País Vasco	Hombres	11,62	9	1*	9,14	51,95	52	54	12,42
N=101	Mujeres	11,89	7	1	11,60	47,95	49	38*	12,85
	Total	11,67	9	1	9,59	51,20	50	54	12,53
La Rioja	Hombres	10,50	9,50	5	7,09	54,50	56	30*	12,82
N=10	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	10,50	9,50	5	7,09	54,50	56	30*	12,82
Ceuta	Hombres	9,83	9,50	1*	7,52	54,17	52,50	38*	15,15
N=8	Mujeres	1,50	1,50	0*	2,12	41	41	37*	5,65
	Total	7,75	5,50	0*	7,47	50,88	45	45	14,34
Melilla	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=0	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-
España N=1871	Hombres	11,81	9	7	13,69	48,56	48	43	11,78
	Mujeres	11,94	9	1*	15,88	46,87	46	46	13,52
	Total	11,83	9	7	14,03	48,30	47	40	12,07

VI.6.2.9. GRD 751: Abuso o Dependencia de Alcohol Sin Complicaciones.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por abuso o dependencia de alcohol, intoxicación alcohólica aguda, demencia alcohólica, síndrome amnésico por alcohol, delirio o alucinosis por abstinencia a alcohol u otras psicosis alcohólicas.

En números absolutos ascienden a 5210 casos. Porcentualmente supone el 41,9% de la casuística. En la distribución por sexos, los ingresos masculinos representan el 79,82% con 4159 casos, mientras que los ingresos femeninos constituyen el 20,15% con 1050 ingresos –en uno de los casos desconocemos el sexo- (figura 33).

Figura 33. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 751 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

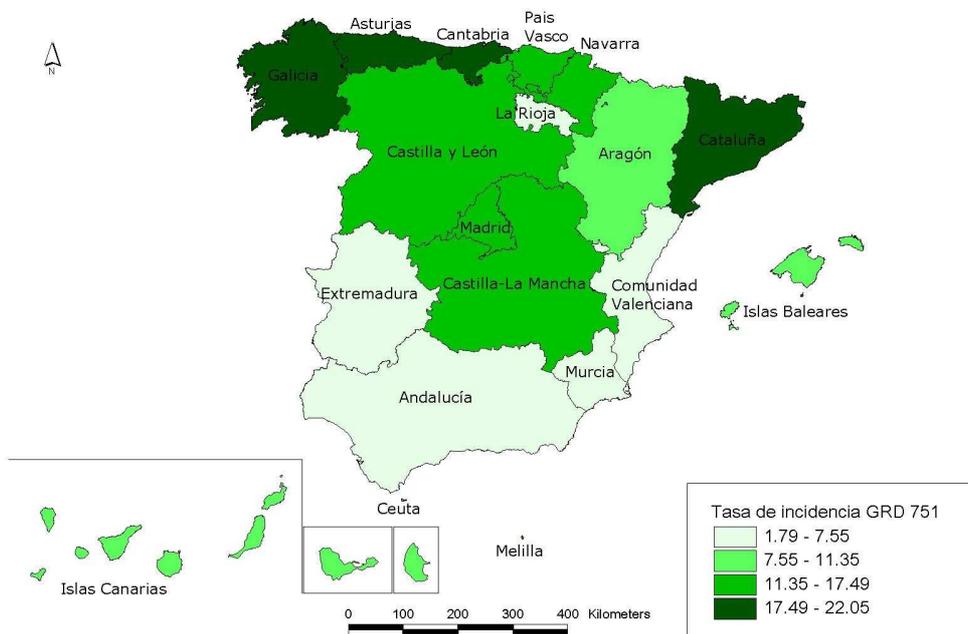
La distribución de las tasas de incidencia por comunidades autónomas queda reflejada en la tabla 134 y mapa 35.

Tabla 134. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 751, según género.

CCAA	TI GRD 751 Hombres	TI GRD 751 Mujeres	TI GRD 751 Total
Andalucía	9.32	1.41	5.31
Aragón	16.22	5.23	10.66
P. de Asturias	36.59	8.68	22.05
I. Baleares	18.74	4.03	11.35
Canarias	20.03	2.66	11.33
Cantabria	30.95	6.17	18.24
Castilla y León	22.80	4.98	13.76
Castilla La Mancha	23.40	2.92	13.12
Cataluña	27.99	9.51	18.57
C. Valenciana	7.88	1.40	4.62
Extremadura	12.75	2.43	7.55
Galicia	32.72	7.99	19.87
C. de Madrid	28.11	6.63	16.98
Murcia	11.53	1.31	6.42
C. F. Navarra	27.24	7.82	17.49
País Vasco	26.00	7.69	16.64
La Rioja	3.59	0.00	1.79
Ceuta	16.68	6.01	11.19
Melilla	18.04	3.00	10.51
España	20.52	4.99	12.61

Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Mapa 35. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 751.



Como se puede apreciar, la comunidad con la tasa de incidencia más elevada es Asturias seguida de Galicia, Cataluña, Cantabria y Navarra. Por el contrario, la tasa de incidencia más baja se da en La Rioja, Comunidad Valenciana y Andalucía.

Por sexos, y en todas las CCAA, la incidencia es considerablemente más elevada en los hombres que en las mujeres. Para ambos sexos, la menor incidencia se registra en las comunidades anteriormente mencionadas, aunque en el caso de las mujeres se incluye Murcia siendo, en este caso, la segunda comunidad con más baja incidencia. Sin embargo, respecto a la mayor incidencia, para las mujeres, al contrario que los hombres que mantienen casi íntegramente el mismo patrón, la tasa más alta la muestra Cataluña, duplicando la tasa de incidencia Española y desbancando a Asturias, que ocupa el segundo lugar seguida de: Galicia, Navarra y País Vasco. También en este caso podemos explicar los resultados atendiendo a diferencias socioculturales. En comunidades como Cataluña, las diferencias entre sexos, aún siendo amplias, se reducen.

Respecto a la estancia hospitalaria y edad en el momento del ingreso:

Tabla 135. Estancia en días y edad en años de los episodios de hospitalización, según género y comunidad autónoma.

CCAA	Sexo	Estancias				Edad			
		Media	Mediana	Moda	D.E	Media	Mediana	Moda	D.E
Andalucía	Hombres	9,14	7	1	9,86	44,16	42	37	12,36
	Mujeres	8,68	5	1	11,88	45,81	45	46	12,23
N=393	Total	9,07	7	1	10,14	44,39	42	37	12,34
	Aragón	8,23	7	10	5,95	42,91	43	47	11,90
N=129	Mujeres	6,91	7	8	3,63	42,69	41	40	10,65
	Total	7,90	7	10	5,49	42,85	42	40*	11,56
P. de Asturias	Hombres	6,84	5,50	0	5,71	46,66	47	55	11,43
	Mujeres	5,90	4	1*	5,09	41,33	43	44	11,48
N=234	Total	6,65	5	1	5,59	45,57	45	44	11,62
	I. Baleares	5,99	4	4	7,71	46,16	46	54	12,02
N=101	Mujeres	6,50	6	1*	4,80	50,67	52	48*	9,95
	Total	6,08	4	4	7,26	46,96	48	54	11,76
Canarias	Hombres	10,61	8	7	12,03	45,79	44	37	10,49
	Mujeres	7,54	7	7	4,07	43,46	40,50	37*	8,92
N=204	Total	10,25	8	7	11,42	45,52	44	37	10,32
	Cantabria	11,42	11	12	5,13	45,78	46	46	10,78
N=98	Mujeres	9,29	10	1*	5,93	41,35	44	47*	15,33
	Total	11,05	11	12	5,31	45,01	46	46	11,72
Castilla y León	Hombres	8,89	8	7	6,00	42,82	42	38	10,94
	Mujeres	9,50	8,50	4	6,74	40,29	41,50	31	12,17
N=338	Total	9	8	7	6,13	42,36	42	38	11,20
	C. La Mancha	6,69	6	7	5,97	42,97	42	37*	12,72
N=233	Mujeres	14,62	10	9	27,19	38	41	41	9,59
	Total	7,57	6	7	10,84	42,42	42	37*	12,49
Cataluña	Hombres	7,43	7	1	7,18	43,73	43	39	12,04
	Mujeres	6,66	7	1	5,61	43,61	43	42*	12,68
N=1192	Total	7,22	7	1	6,81	43,70	43	42*	12,21
	C. Valenciana	6,70	5	2*	7,29	44,03	43	38	12,16
N=195	Mujeres	5,93	5	7	4,05	40,13	39	32	13,00
	Total	6,58	5	2*	6,87	43,43	42	38	12,31
Extremadura	Hombres	8,21	7	7	7,15	45,30	44	44	11,67
	Mujeres	6,46	6	3	3,71	39,85	42	34	8,06
N=80	Total	7,93	6,50	7	6,72	44,41	44	44	11,30
	Galicia	11,27	10	7	8,62	45,09	44	39	12,21
N=536	Mujeres	10,82	9	7	9,95	48,15	46	46	12,39
	Total	11,18	10	7	8,91	45,73	45	43	12,30
C. de Madrid	Hombres	12,95	13	14	22,03	42,68	42	40	10,78
	Mujeres	12,81	12	14	9,88	41,68	42	43	11,25
N=934	Total	12,92	13	14	20,17	42,47	42	43	10,88
	Murcia	6,73	6	6	4,59	45,07	43	37	12,82
N=78	Mujeres	8,13	6,50	2	5,98	40	35	31*	10,48
	Total	6,87	6	6	4,72	44,55	43	37	12,64
C. F. Navarra	Hombres	10,26	10	10	5,97	45,83	46	41	10,69
	Mujeres	9,86	9,50	10	4,08	46,32	46	36*	9,88
N=98	Total	10,17	10	10	5,59	45,94	46	46	10,47
	País Vasco	10,39	9	7	7,58	46,01	45	38	11,51
N=347	Mujeres	9,60	9	1	7,64	45,16	44	46*	11,60
	Total	10,20	9	7	7,59	45,81	45	38	11,52
La Rioja	Hombres	9,80	11	4*	5,16	40,40	37	24*	14,04
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-
N=5	Total	9,80	11	4*	5,16	40,40	37	24*	14,04
	Ceuta	0,67	0,50	0	0,81	30,83	32	38	7,60
N=8	Mujeres	1,50	1,50	1*	0,70	46	46	41*	7,07
	Total	0,88	1	0*	0,83	34,63	37	38	9,88
Melilla	Hombres	9,67	5,50	2*	12,04	49,67	49	36*	12,59
	Mujeres	13	13	13	-	48	48	48	-
N=7	Total	10,14	6	2*	11,06	49,43	48	36*	11,51
	España N=5210	Hombres	9,40	8	7	11,85	44,14	43	43
Mujeres		8,99	7	7	8,93	43,49	43	46	12,09
Total		9,31	8	7	11,32	44,01	43	43	11,80

VI.6.2.10. GRD 470: Invalidados.

El GRD 470 hace referencia a los casos que, por problemas de codificación, quedan invalidados, bien porque se detecte algún error o bien, porque falten datos, por ejemplo, el sexo, la edad, etc.

En números absolutos son 185 casos. Porcentualmente supone el 1,5% de la casuística.

Es de destacar la alta incidencia para el País Vasco, posiblemente denote problemas administrativos en relación a la codificación de los datos.

Mapa 36. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 470.



VI.6.2.11. GRD 483: Traqueotomía Excepto por Trastorno de Boca, Laringe o Faringe.

En números absolutos son 10 casos. Porcentualmente supone el 0,1% de la casuística. Por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 9 casos, 90% de los ingresos mientras que sólo se da un episodio femenino, representando un 10% de los casos (figura 34).

Figura 34. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 483 por sexos.



Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia.

Igualmente que para la CDM19, la tasa de incidencia general es de 0,02. En este caso, por CCAA, la casuística se concentra en Castilla y León (con una tasa de incidencia de 0,04), Cataluña (0,05), Canarias (0,06), Aragón (0,08), Asturias (0,09) y, de nuevo, Galicia (con una tasa de incidencia de 0,11).

VI.7. Creación de Índices Multivariantes.

Para conseguir la simplificación de los datos, hemos obtenido variables sintéticas combinación de las medidas originalmente. Para ello, se ha utilizado la técnica de análisis de componentes principales (ACP). Con ello conseguimos, desde un punto de vista práctico, los siguientes objetivos²⁶⁰: 1) sintetizar la información procedente de un volumen importante de datos, recogidos en una investigación particular, que permita analizar de forma mas clara las posibles interrelaciones de los fenómenos en estudio y 2) crear índices o indicadores nuevos, en nuestro caso sociodemográficos y de salud mental, representados por las CP, una vez interpretadas.

En concreto se han utilizado los siguientes indicadores:

1. Tasa de incidencia GRD 424.
2. Tasa de incidencia GRD 425.
3. Tasa de incidencia GRD 426.
4. Tasa de incidencia GRD 427.
5. Tasa de incidencia GRD 428.
6. Tasa de incidencia GRD 429.
7. Tasa de incidencia GRD 430.
8. Tasa de incidencia GRD 431.
9. Tasa de incidencia GRD 432.
10. Tasa de incidencia GRD 470.
11. Tasa de incidencia GRD 743.
12. Tasa de incidencia GRD 744.
13. Tasa de incidencia GRD 745.
14. Tasa de incidencia GRD 746.
15. Tasa de incidencia GRD 747.
16. Tasa de incidencia GRD 748.
17. Tasa de incidencia GRD 749.
18. Tasa de incidencia GRD 750.
19. Tasa de incidencia GRD 751.
20. Tasa de incidencia por 1000 CDM 19.
21. Tasa de incidencia por 1000 CDM 20.
22. Mediana estancia CDM19.
23. Mediana estancia CDM20.

El ACP organiza combinaciones lineales de dichas variables originales, obteniendo un nuevo conjunto de igual número de variables, incorreladas, llamadas componentes principales (CP), donde permanece la variabilidad presente en los datos originales. La ordenación de los CP decrecientemente por su varianza, permite explicar el fenómeno de estudio^{204, 264}.

La media y la desviación estándar de los diferentes indicadores utilizados en el análisis se presenta en la tabla siguiente.

Tabla 136. Estadísticos descriptivos de los indicadores.

Indicadores	Media	Desviación Típica	N del análisis
Tasa de incidencia GRD 424	,7019	,48179	19
Tasa de incidencia GRD 425	13,6758	6,18056	19
Tasa de incidencia GRD 426	11,8283	5,06480	19
Tasa de incidencia GRD 427	6,3947	3,56487	19
Tasa de incidencia GRD 428	12,4938	6,79874	19
Tasa de incidencia GRD 429	13,3673	8,17293	19
Tasa de incidencia GRD 430	74,2323	30,17396	19
Tasa de incidencia GRD 431	3,1024	1,60247	19
Tasa de incidencia GRD 432	3,9119	3,45221	19
Tasa de incidencia GRD 470	,5833	1,60713	19
Tasa de incidencia GRD 743	,7578	,67822	19
Tasa de incidencia GRD 744	1,5111	1,23116	19
Tasa de incidencia GRD 745	3,6514	2,43159	19
Tasa de incidencia GRD 746	,2424	,25861	19
Tasa de incidencia GRD 747	,9823	,65355	19
Tasa de incidencia GRD 748	3,4578	1,57989	19
Tasa de incidencia GRD 749	,8314	,59468	19
Tasa de incidencia GRD 750	5,0616	2,56043	19
Tasa de incidencia GRD 751	12,4983	5,68368	19
Tasa incidencia * 1000 CDM 19	1,3972	,48716	19
Tasa Incidencia * 1000 CDM 20	,2960	,11023	19
Mediana estancia CDM19	9,4737	3,09782	19
Mediana estancia CDM20	7,4474	2,06084	19

Se seleccionaron desde el punto de vista estadístico los primeros valores propios superiores a la unidad, a saber: l1=7,841, por sí sólo explica el 34,089% de la variabilidad inicial; el l2=4,233 que explica el 18,403%; l3=2,537 que explica el 11,030%; el l4=2,062 que explica el 8,965%; el l5=1,687 que explica el 7,336% y el l6=1,186 que explica el 5,159 %, en conjunto explican el 84,982% de la variabilidad inicial (tabla 137).

Tabla 137. Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,841	34,089	34,089	7,841	34,089	34,089
2	4,233	18,403	52,493	4,233	18,403	52,493
3	2,537	11,030	63,523	2,537	11,030	63,523
4	2,062	8,965	72,487	2,062	8,965	72,487
5	1,687	7,336	79,824	1,687	7,336	79,824
6	1,186	5,159	84,982	1,186	5,159	84,982
7	,836	3,633	88,615			
8	,603	2,620	91,235			
9	,519	2,255	93,490			
10	,432	1,876	95,367			
11	,370	1,608	96,974			
12	,208	,905	97,879			
13	,185	,805	98,684			
14	,161	,698	99,382			
15	,083	,363	99,744			
16	,040	,174	99,919			
17	,015	,064	99,983			
18	,004	,017	100,000			
19	1,896E-15	8,245E-15	100,000			
20	6,177E-16	2,686E-15	100,000			
21	6,085E-17	2,645E-16	100,000			
22	5,321E-17	2,314E-16	100,000			
23	-3,131E-16	-1,361E-15	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Para poder entender el significado de las componentes a seleccionar es necesario estudiar la correlación entre las variables originalmente medidas y las CP, que especifica la intensidad de la contribución de cada variable en la componente seleccionada y nos ayuda a nombrarla, facilitando la interpretación del nuevo índice generado. La matriz de correlaciones variables componentes (tabla 138), nos muestra que la correlación mayor de la primera componente se da con la tasa de incidencia por 1000 CDM19 ($r=0,957$), tasa de incidencia GRD 430 ($r=0,882$), tasa de incidencia GRD 426 ($r=0,797$), tasa de incidencia GRD 428 ($r=0,766$) y con la tasa de incidencia por 1000 CDM20 ($r=0,734$). Se observan correlaciones negativas o muy bajas con la mediana de estancias CDM20, la tasa de incidencia GRD432 o la mediana de estancia CDM19. En la segunda componente, las mayores correlaciones positivas se producen con la mediana de estancia CDM19 ($r=0,856$), la tasa de incidencia GRD745 ($r=0,662$), la tasa de incidencia GRD748 ($r=0,602$), tasa de incidencia GRD424 ($r=0,594$) y la mediana de estancia CDM20 ($r=0,513$). Las variables que se correlacionan negativamente son: la tasa de incidencia GRD425, la tasa de incidencia GRD429 o la tasa de incidencia GRD431.

Con la tercera componente se correlacionan positivamente: tasa de incidencia GRD750, tasa de incidencia GRD751, tasa de incidencia GRD432, tasa de incidencia GRD744, tasa de incidencia CDM20 y la mediana de estancia de CDM20. Negativamente lo hacen variables como: tasa de incidencia GRD431, tasa de incidencia GRD746 o tasa de incidencia GRD748.

Tabla 138. Correlación entre indicadores y componentes.

Indicadores	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Tasa de incidencia GRD 424	,254	,594	-,092	-,632	,139	-,142
Tasa de incidencia GRD 425	,551	-,713	,048	-,060	-,293	,174
Tasa de incidencia GRD 426	,797	-,216	,040	-,129	,373	-,028
Tasa de incidencia GRD 427	,697	,134	-,143	-,214	,384	,294
Tasa de incidencia GRD 428	,766	,038	,212	-,129	,278	-,332
Tasa de incidencia GRD 429	,581	-,648	,171	-,164	-,287	,118
Tasa de incidencia GRD 430	,882	,131	-,278	-,040	-,079	-,086
Tasa de incidencia GRD 431	,624	-,382	-,334	,218	,476	,031
Tasa de incidencia GRD 432	-,289	-,180	,566	,366	,406	,219
Tasa de incidencia GRD 470	,216	,387	-,286	,020	-,044	,708
Tasa de incidencia GRD 743	,490	,050	-,108	,783	-,151	,119
Tasa de incidencia GRD 744	,264	,447	,524	,302	,036	-,346
Tasa de incidencia GRD 745	,283	,662	-,068	,404	-,262	-,183
Tasa de incidencia GRD 746	,471	,107	-,384	,575	,367	-,051
Tasa de incidencia GRD 747	,720	-,109	,318	-,008	-,019	-,241
Tasa de incidencia GRD 748	,526	,602	-,399	,085	-,290	-,046
Tasa de incidencia GRD 749	,710	-,148	-,211	-,258	,074	-,018
Tasa de incidencia GRD 750	,529	-,308	,661	,089	-,263	,146
Tasa de incidencia GRD 751	,560	,403	,586	-,185	-,034	,215
Tasa de incidencia * 1000 CDM 19	,957	-,145	-,086	-,080	,018	-,025
Tasa de incidencia * 1000 CDM 20	,734	,466	,394	,110	-,177	,153
Mediana estancia CDM19	,100	,856	,014	-,194	-,149	,128
Mediana estancia CDM20	-,405	,513	,391	-,018	,543	,171

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Fuente: Elaboración propia

Podemos interpretar que en la componente 1 influyen más las variables relacionadas con el *volumen asistencial* que soportan las diferentes comunidades, ya que en ella pesan fundamentalmente los indicadores de incidencia general (tasa de incidencia CDM19 o tasa de incidencia CDM20), o indicadores de procesos muy frecuentes como tasa de incidencia GRD430 (psicosis) o la tasa de incidencia GRD426 (neurosis depresiva). Hay que resaltar que en esta componente tienen bajo peso la mediana de estancias CDM19 o es incluso negativa la mediana de estancias CDM20. Puntuarán por tanto alto en ella Comunidades con un volumen

asistencial alto, pero no ligado a estancias prolongadas. Por su parte la componente 2 se correlaciona con dos tipos de variables; por un lado con la mediana de estancia CDM19, con la mediana de estancia CDM20 y con la tasa de incidencia GRD424 (procedimientos quirúrgicos en pacientes con enfermedad mental), variable esta que presenta su más alta y significativa correlación con la mediana de estancia CDM19 ($r=0,543$; $p=0,008$), y por otro lado con dos variables como la tasa de incidencia GRD745 (opiáceos sin complicaciones) y tasa de incidencia GRD748 (cocaína sin complicaciones) que muestran entre ellas su correlación mayor ($r=0,722$; $p=0,000$). Pero que, además, muestran correlaciones altas y significativas de nuevo con la mediana de estancia CDM19 ($r=0,478$; $p=0,019$ para GRD745; y $r=0,517$; $p=0,012$ para GRD748).

Las variables que menos pesan en la componente muestran, además, correlaciones negativas con la variable mediana de estancia CDM19.

Por lo tanto es una variable que en gran medida es asimilable a la *gestión que de los episodios* de hospitalización se llevan a cabo. Serán las Comunidades con medianas de estancias más altas en la CDM19 las que puntúen más alto aquí.

En la tercera y última componente, con interés en cuanto a una lógica plausible con los fenómenos que tratamos de monitorizar, tiene importancia la CDM20. En ella el peso mayor lo tiene la variable tasa de incidencia GRD750 (abuso de alcohol con complicaciones), seguida de la tasa de incidencia GRD751 (abuso de alcohol sin complicaciones). Le siguen variables como: tasa de incidencia GRD432 (otros diagnósticos de trastornos mentales), tasa de incidencia GRD744 (opiáceos con complicaciones), o la propia tasa de incidencia CDM20 y la mediana de estancia CDM20. Se oponen también variables que tienen que ver con la CDM20 como la tasa de incidencia GRD748 o tasa de incidencia GRD746. Por lo tanto, sería una componente que se asimila a un cierto perfil de *atención de los abusos y consumos de drogas depresores del Sistema Nervioso*.

A continuación se procedió a calcular las puntuaciones que obtienen las distintas comunidades en las tres componentes seleccionadas, en función de los datos de la matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en las componentes (tabla 139), con el fin de poder dar un ordenamiento de las mismas.

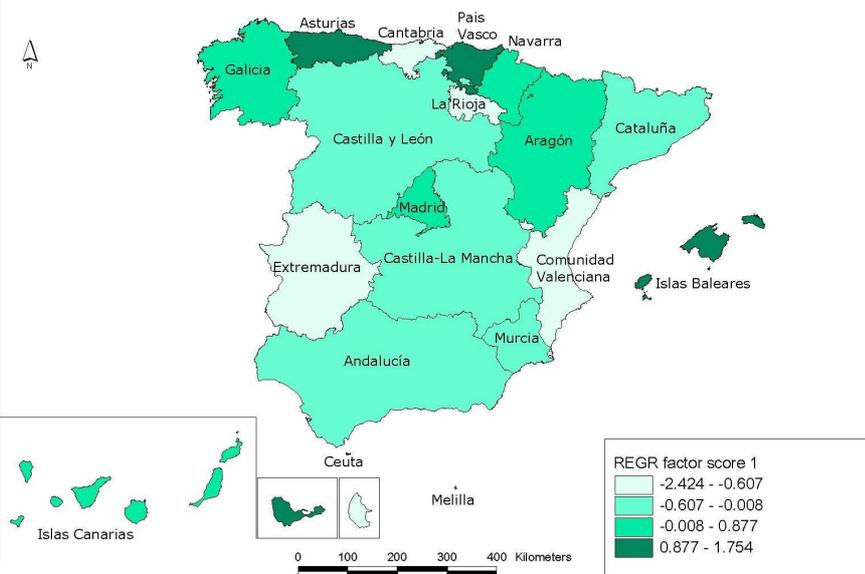
Tabla 139. Matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en las componentes.

	1	2	3
Tasa de incidencia GRD 424	,032	,140	-,036
Tasa de incidencia GRD 425	,070	-,168	,019
Tasa de incidencia GRD 426	,102	-,051	,016
Tasa de incidencia GRD 427	,089	,032	-,056
Tasa de incidencia GRD 428	,098	,009	,083
Tasa de incidencia GRD 429	,074	-,153	,067
Tasa de incidencia GRD 430	,113	,031	-,110
Tasa de incidencia GRD 431	,080	-,090	-,132
Tasa de incidencia GRD 432	-,037	-,043	,223
Tasa de incidencia GRD 470	,028	,091	-,113
Tasa de incidencia GRD 743	,062	,012	-,042
Tasa de incidencia GRD 744	,034	,106	,207
Tasa de incidencia GRD 745	,036	,156	-,027
Tasa de incidencia GRD 746	,060	,025	-,151
Tasa de incidencia GRD 747	,092	-,026	,125
Tasa de incidencia GRD 748	,067	,142	-,157
Tasa de incidencia GRD 749	,091	-,035	-,083
Tasa de incidencia GRD 750	,068	-,073	,261
Tasa de incidencia GRD 751	,071	,095	,231
Tasa incidencia * 1000 CDM 19	,122	-,034	-,034
Tasa Incidencia * 1000 CDM 20	,094	,110	,155
Mediana estancia CDM19	,013	,202	,005
Mediana estancia CDM20	-,052	,121	,154

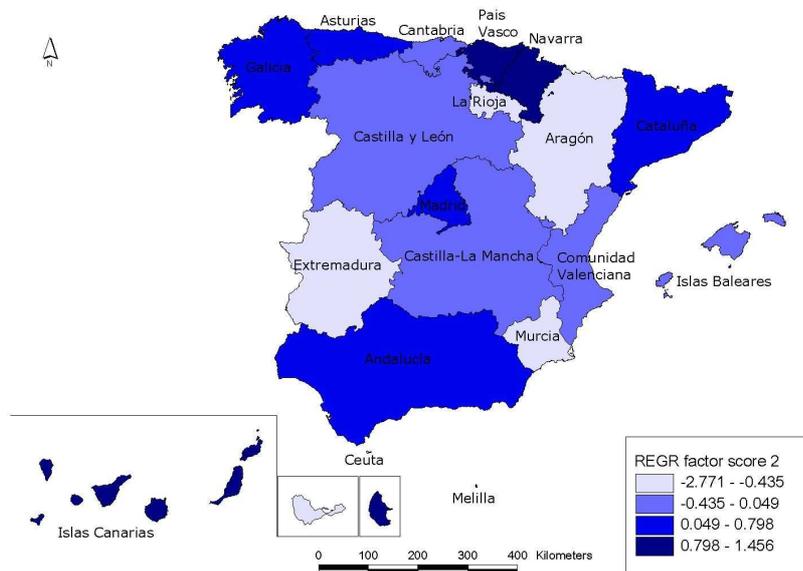
Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Puntuaciones de componentes.

Tabla 140 y Mapa 37. Puntuaciones Componentes. Orden descendiente por comunidades autónomas.

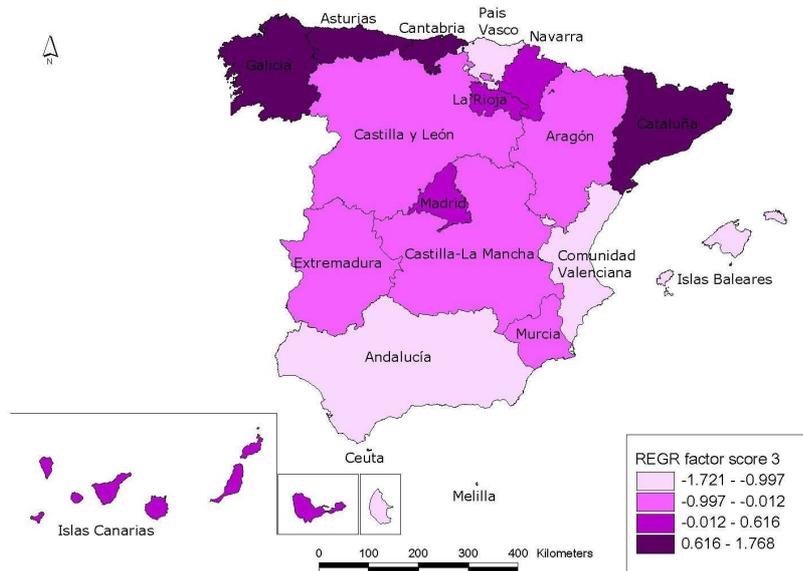
CCAA	Componente 1
I. Baleares	1,75361
P. de Asturias	1,63876
País Vasco	1,10687
Ceuta	1,01853
Aragón	0,87690
Galicia	0,33863
C. de Madrid	0,26548
Canarias	0,02171
C. F. Navarra	-0,00678
Cataluña	-0,00796
Castilla La Mancha	-0,23949
Castilla y León	-0,24295
Andalucía	-0,41345
Murcia	-0,49754
C. Valenciana	-0,60723
Cantabria	-0,76586
Melilla	-0,84251
Extremadura	-0,97265
La Rioja	-2,42406



CCAA	Componente 2
Canarias	1,45589
C. F. Navarra	1,29637
Melilla	1,27528
País Vasco	0,86098
C. de Madrid	0,79790
Cataluña	0,59116
P. de Asturias	0,24348
Andalucía	0,10152
Galicia	0,08231
Cantabria	0,04927
Castilla y León	-0,04322
Castilla La Mancha	-0,22807
C. Valenciana	-0,25982
I. Baleares	-0,35321
Extremadura	-0,43460
Murcia	-0,47565
Aragón	-0,96941
La Rioja	-1,21875
Ceuta	-2,77144

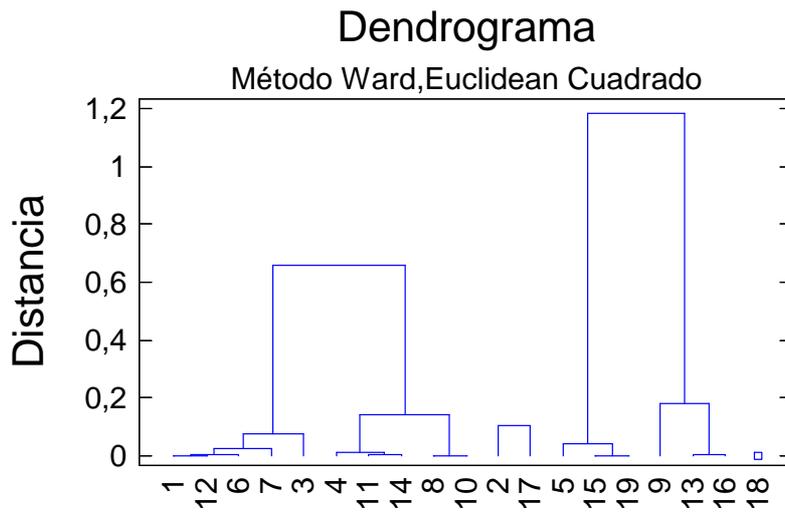
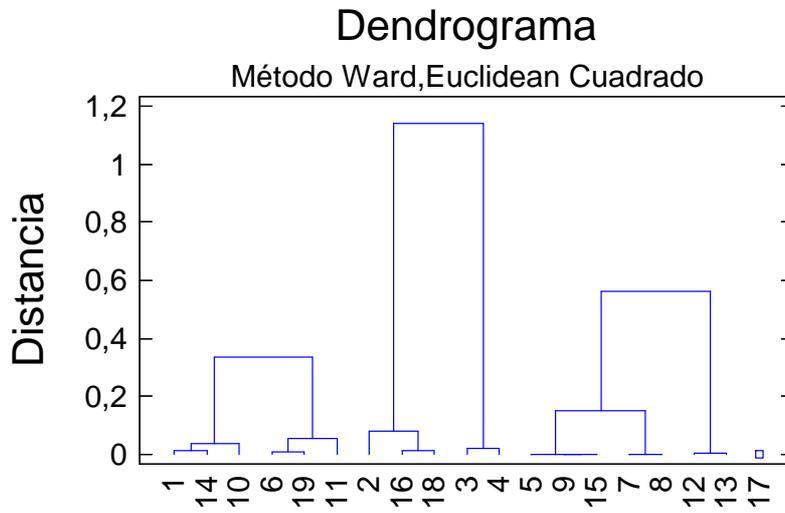


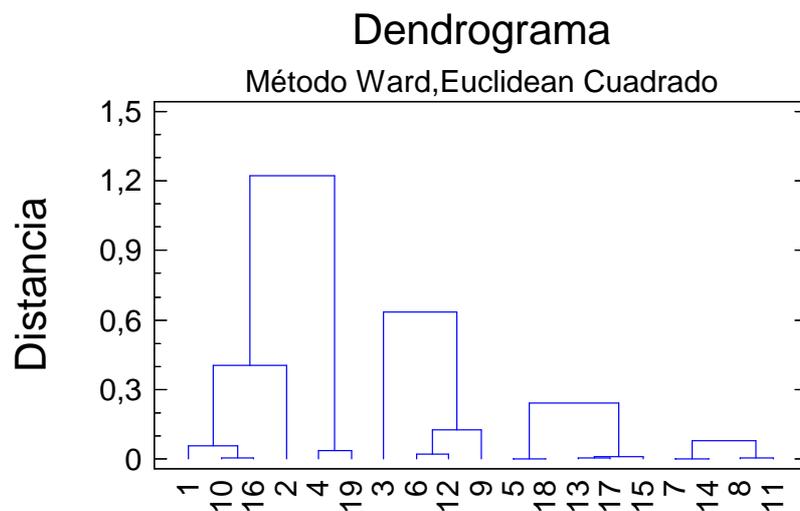
CCAA	Componente 3
P. de Asturias	1,76846
Galicia	1,36009
Cantabria	1,24140
Cataluña	1,04100
C. F. Navarra	0,61596
C. de Madrid	0,54666
La Rioja	0,50016
Canarias	0,26204
Ceuta	0,21827
Castilla y León	-0,01240
Murcia	-0,04061
Extremadura	-0,14855
Castilla La Mancha	-0,21301
Aragón	-0,62128
País Vasco	-0,99727
C. Valenciana	-1,05028
Andalucía	-1,20391
I. Baleares	-1,54615
Melilla	-1,72057



Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Fuente: Elaboración propia.

Figura 35. Cluster de las comunidades para las puntuaciones en las componentes principales.





1. Andalucía.
2. Aragón.
3. Asturias.
4. Baleares.
5. Canarias.
6. Cantabria.
7. Castilla y León.
8. Castilla la Mancha.
9. Cataluña.
10. Valencia.
11. Extremadura.
12. Galicia.
13. Comunidad de Madrid.
14. Murcia.
15. Condado Foral de Navarra.
16. País Vasco.
17. La Rioja.
18. Ciudad Autónoma de Ceuta.
19. Ciudad Autónoma de Melilla.



VII. Discusión

*“La ignorancia afirma o niega rotundamente; la ciencia duda”
VOLTAIRE.*

En el presente capítulo se realiza un análisis e interpretación de los resultados más relevantes, comparándolos con otros estudios epidemiológicos de salud mental realizados en nuestro entorno y en el ámbito internacional. Se pretende mostrar una radiografía, de todo el territorio del estado español, de los episodios hospitalarios en salud mental, caracterizar, a grandes rasgos, el perfil tipo de usuario, determinar las diferencias interterritoriales existentes valorando las variables, del CMBD, que pueden influir en tal variabilidad, analizar las diferencias que concurren según género y mostrar, en definitiva, una primera aproximación de la realidad psiquiátrica hospitalaria que proporcione una visión de conjunto, tanto al clínico, como al epidemiólogo, que favorezca el desarrollo de futuros estudios de investigación y que sirva al gestor para establecer una mejor planificación de los servicios de salud mental.

Indudablemente el presente trabajo no pretende dar una visión de la realidad psiquiátrica de nuestro País, somos conscientes que sólo analiza una parte concreta (la demanda hospitalaria). Por otra parte, lo pertinente hubiese sido registrar comparativamente esta misma realidad en la asistencia extra-hospitalaria y valorar, íntegramente, las diferencias entre recursos y demandas asistenciales partiendo de distintos indicadores sanitarios. Desgraciadamente, hoy día es imposible realizar tan interesante estudio. Aunque, como afirma el informe del grupo de trabajo de la AEN²⁶⁵, todas las comunidades autónomas tienen algún sistema de recogida de información en salud mental, no todas las comunidades utilizan el mismo sistema de información, en algunos casos, incluso, coexisten distintos sistemas dentro de una misma comunidad y no está implantado un sistema uniforme que permita, como en este estudio ocurre con el CMBD, la comparación interterritorial. Sólo en algunas CCAA, muy pocas por cierto, podríamos realizar un registro de casos en cada uno de los niveles de asistencia.

En los últimos informes del Ministerio de Sanidad y Consumo^{78,80} se constata una gran diversidad en los sistemas de obtención, registro y evaluación de la información. Dentro de esta diversidad se observa el predominio de los sistemas basados en fuentes tradicionales de agregación de la información, con escasa presencia de sistemas automáticos de recogida, selección y puesta a disposición de unidades de análisis de los datos brutos referidos a la demanda y a la atención asistencial, así como a la gestión del proceso. Estas carencias dificultan el conocimiento adecuado de la realidad de la demanda, así como de la respuesta de los sistemas, y por tanto, la diversidad dificulta seriamente la comparación de las distintas soluciones adoptadas ante las mismas necesidades y problemas²⁶⁶.

En definitiva, como apunta Salvador-Carulla^{70, 123}, en el campo de la planificación sanitaria en salud mental se observan grandes lagunas en el desarrollo de sistemas de información que sean estables, válidos y fiables dentro de cada CCAA y en el ámbito nacional, que permitan gestionar racionalmente la atención sociosanitaria de salud mental^{70, 123}.

El proceso de transferencias sanitarias iniciado en 1981 ha dado como resultado una diversidad en los sistemas de información que hace difícil, cuando no imposible, la obtención de cifras homogéneas para todas las CCAA, el mismo dato, incluso para la medición a priori más simple, puede variar según la fuente consultada. Así, por ejemplo, según la Memoria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el porcentaje de población andaluza cubierta por equipos de atención primaria en el año 2000 se elevaba hasta el 87% mientras que si consultamos datos del Ministerio de Sanidad y Consumo la cifra es del 71%²⁴¹. Es más, curiosamente, en distintos informes del Ministerio, consultados para este trabajo, se registran cifras distintas, para el periodo de estudio, referentes a las admisiones a tratamiento ambulatorio^{60, 129}.

En este sentido, se evidencia como necesario el estudio sobre la situación de los sistemas de información en cada comunidad autónoma y, a partir de los resultados intentar unificar los criterios de recogida de información y homologar las estadísticas básicas que se extraen de dichos sistemas, de manera que se pueda disponer de datos actualizados y reales de la asistencia a la salud mental por comunidad autónoma y de todo el territorio nacional⁷⁸. Actualmente, el Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental está trabajando en este sentido. Igualmente, nos proporciona una valiosa información y supone un primer acercamiento, el estudio de la planificación territorial de los servicios de salud mental realizado

recientemente en Andalucía²⁶⁶ donde se compara dicha comunidad con otras tres a saber: Cataluña, Madrid y Navarra.

Teniendo en cuenta tales consideraciones, el estudio detallado de la realidad psiquiátrica hospitalaria pudiendo comparar datos por CCAA y analizando el total de ingresos, lo que supone el universo poblacional, nos aporta una visión de conjunto, nada despreciable, a partir de la cual iniciar futuros estudios.

De hecho, el presente trabajo, encuadrado dentro del proyecto ETES financiado mediante los fondos de investigación sanitaria (FIS) del Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, ya ha servido de base para el desarrollo de dos investigaciones: un estudio de coste de la depresión en nuestro País y el análisis del Retraso Mental. Como parte del Proyecto ETES, actualmente se está intentando comparar y poner en concordancia los sistemas de información ambulatoria de Cataluña (CMBD) y Andalucía (SISMA), pero se están encontrando grandes dificultades ya que no coinciden las variables.

El auge de los sistemas de información sanitaria y más concretamente los hospitalarios se perfilan como una poderosa herramienta que, a pesar de sus limitaciones, permite la realización de comparaciones fiables. Todos los sistemas de información empleados en el presente estudio están disponibles en todos los hospitales públicos del Sistema Sanitario. Por tanto, se trata de información disponible para cualquier investigador interesado.

Los resultados encontrados desarrollados en el capítulo anterior nos han permitido hacer determinadas reflexiones que vamos a formular en seis epígrafes, a saber:

VII.1. Epidemiología General: Morbilidad Hospitalaria en Salud Mental.

Del total de los ingresos por patología mental en el período estudiado, el 82% son agrupados como trastorno mental (CDM 19) y el 18% como uso de drogas/alcohol y trastornos mentales inducidos (CDM 20), porcentajes similares a los encontrados en otro estudio y que se corresponden prácticamente con la proporción de pacientes atendidos¹⁹. Si llevamos estos cálculos al total de los ingresos constatados en España y para el período de tiempo estudiado²⁶⁷, podemos afirmar que el 1,5% de los episodios de hospitalización se podría clasificar como episodio de hospitalización estrictamente psicopatológico, datos que concuerdan con otros estudios realizados en nuestro medio¹³¹.

A priori, podemos suponer que la distribución de los ingresos psicopatológicos debería discurrir proporcional al número de habitantes por CCAA, ya que no hay motivos para considerar una agrupación de estos tipos de casos según una localización geográfica. Sin embargo, como hemos podido apreciar, los resultados muestran que dichas distribuciones no corren paralelas y sí se podría hablar de desigualdades territoriales en cuanto a la concentración de los episodios de hospitalización tanto para la CDM 19 como para la 20.

Se deduce tal evidencia del estudio de las tasas calculadas, reflejando que hay comportamientos diferentes entre comunidades. Hay comunidades donde la tasa de incidencia de episodios de hospitalización es mucho mayor que en otras. Así, para la CDM 19, por

encima de la tasa anual para todo el territorio español se encuentran, de menor a mayor: Castilla y León, Madrid, Andalucía, Navarra, Galicia, País Vasco, Aragón, Ciudad Autónoma de Ceuta, Asturias y Baleares y por debajo se sitúa: Canarias, Castilla La Mancha, C. Valenciana, Cataluña, Murcia, Extremadura, Cantabria, Ciudad Autónoma de Melilla y La Rioja, que presenta la menor incidencia. En las comunidades de Baleares, Asturias, y Aragón así como en la Ciudad Autónoma de Ceuta la incidencia de episodios de hospitalización es muy superior al resto, en contraste con la baja incidencia de La Rioja. De tal forma que, si hacemos un seguimiento a una cohorte de mil habitantes durante un año en cada una de las comunidades, en la población de La Rioja esperaríamos un ingreso por trastorno mental, mientras que en las Islas Baleares se esperarían siete.

En la CDM 19, irrumpe de manera saliente la comunidad autónoma de Baleares, como la que presenta la tasa más alta de episodios de hospitalización en dicha CDM para toda España. En Baleares encontraremos más de dos episodios de hospitalización clasificados como trastorno mental al año, frente a algo más de un ingreso al año para toda España. Los ingresos en Baleares son 7 veces mayor que en La Rioja, el triple que en Melilla y, como hemos apuntado, el doble si se compara con el total del territorio español.

Resulta interesante este hallazgo ya que si bien no hay motivos epidemiológicos estrictos que justifiquen estos resultados, algunos estudios^{240, 268, 269} han sugerido la posibilidad de relacionarlos con el nivel socioeconómico, con las desigualdades sociales y con una diferencia de recursos sociales en la comunidad. Quedaría, pues, constatar la existencia de relaciones entre los diferentes indicadores socioeconómicos disponibles y los episodios de hospitalización.

En la mayoría de los países del mundo, incluido el estado español, se ha puesto de manifiesto la presencia de desigualdades socioeconómicas en salud, siendo la población menos favorecida la que presenta mayor morbimortalidad²⁷⁰⁻²⁷².

En el caso de la salud mental estas desigualdades han sido constatadas en diversos estudios orientados, principalmente, a la enfermedad mental grave. Tales trabajos plantean la disyuntiva de si los ambientes menos favorecidos son causa o consecuencia de abuso de drogas y/o trastorno mental.

Uno de los indicadores socioeconómicos más utilizado en este tipo de estudios ha sido las cifras de desempleo. En nuestro caso, y a modo de ejemplo, el Principado de Asturias, según cifras del INE para el censo de 2001 (2003), es una de las CCAA (junto con Andalucía, Extremadura, Ceuta y Melilla) donde se aprecia menor tasa de actividad y mayor tasa de paro. Sin embargo, Baleares (junto con Madrid, Murcia, Cataluña, La Rioja, Navarra y C. Valenciana) presenta mayor tasa de actividad y menor tasa de paro y, “paradójicamente”, más demanda hospitalaria en salud mental. Datos que necesitan de la comprobación empírica de los mismos.

En el caso de la CDM 20, trastornos mentales inducidos por el uso de drogas/alcohol, como se pudo apreciar en la distribución territorial, se evidencia una tendencia geográfica marcada. Podemos observar, como en el sur de España se da una menor incidencia que en el norte del país (a excepción de la Rioja que presenta nuevamente la menor incidencia, 8 veces menor que la asturiana). Así, en Asturias, País Vasco y Cataluña es donde se registran proporcionalmente más casos. El Principado de Asturias soporta, por tanto, una incidencia

elevada para ambas categorías diagnósticas. En un estudio realizado recientemente en Cataluña¹⁵¹, donde se analiza la incidencia de episodios de hospitalización, tanto para los hospitales generales como monográficos, se detecta que las más altas tasas de episodios de hospitalización, en hospitales generales, corresponden a los trastornos mentales relacionados con el alcohol, seguidos de los trastornos afectivos y de los trastornos mentales relacionados con el consumo de drogas.

Aunque la España insular destaca por incidencia, en este caso, contrario a lo que podríamos esperar dado los resultados comentados para la CDM 19, Baleares se sitúa en un discreto noveno puesto. Resultados que en cierta medida pueden ser paradójicos si obviamos un componente social, no médico, que interfiere en el hecho de la hospitalización psiquiátrica. Indudablemente, que exista una menor incidencia de episodios de hospitalización no implica, necesariamente, una menor incidencia de trastornos ni, por supuesto, una menor prevalencia. Baleares puede presentar altas tasas de incidencia en abuso de drogas y sin embargo, requerir menos ingresos. La normalidad en el consumo de sustancias, extendida en dicha comunidad, puede influir en la percepción de la sintomatología y, por tanto, en la valoración de la necesidad de ingreso. Así, en el análisis por diagnóstico, Baleares presenta la mayor incidencia de ingresos por psicosis por drogas. Por otro lado, en Andalucía, Baleares, Canarias, Extremadura, Galicia y Madrid la prestación completa a las drogodependencias se hace en una red distinta a la de salud mental. Igualmente, en el caso del alcoholismo, la prestación es diferente a la red de salud mental en Andalucía, Baleares y Canarias⁷⁸.

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) referentes a admisiones a tratamiento ambulatorio debido a consumo de sustancias psicoactivas, se evidencia que, en el periodo de estudio, hubo 168,7 admisiones por 100.000 habitantes de 15 a 64 años, existiendo desigualdad territorial entre comunidades. Así, de mayor a menor, se sitúa Canarias (muy por encima con 416,2; 324,1 según datos del DGPNSD⁶⁰), Melilla (única comunidad que ha invertido su tendencia a lo largo de los años, incrementando el número de admisiones a tratamiento ambulatorio), Ceuta, Murcia, Madrid, Andalucía, Baleares, C. Valenciana, Extremadura, Cataluña, Galicia, Castilla y León, País Vasco, Castilla La Mancha, Asturias, Aragón, Cantabria, La Rioja y Navarra (muy por debajo, 33,3; 23,2 según datos del DGPNSD⁶⁰). Parece que en el Norte del País (a excepción de La Rioja) hay menos admisiones a tratamiento ambulatorio y, por el contrario como hemos visto, más ingresos hospitalarios.

Por otra parte, existe evidencia de que los trastornos mentales en la población general se dan más en hombres que en mujeres²⁵⁶, por lo que es lógico pensar que en el sistema sanitario se deben producir más ingresos masculinos que femeninos. De hecho, si consideramos ambas categorías diagnósticas tal premisa se cumpliría para todas las comunidades autónomas. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de los episodios de hospitalización se deben a los hombres existen diferencias respecto a las categorías diagnósticas y a la distribución territorial por razón de género. Así, para la CDM 19, tanto en la España insular como en el sur-sureste, norte de España y zona septentrional la razón de masculinidad es superior a la unidad, siendo significativamente superior en Melilla donde por cada ingreso femenino se dan tres masculinos. Sin embargo, hay 7 comunidades donde esto no ocurre (Aragón, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Cataluña, Extremadura y Comunidad de Madrid). Otros estudios realizados en el ámbito de los servicios hospitalarios muestran que los datos no son concluyentes²⁶⁶. Mientras algunos estudios europeos recientes detectan tasas más altas de ingresos en los hombres²⁷³, en la población española no se

confirman las diferencias, y su distribución es homogénea para los primeros ingresos hospitalarios²⁷⁴.

En el caso de la CDM 20, la razón supera la unidad, de forma más acusada en todas las comunidades, obteniendo una razón de masculinidad muy superior a la unidad. Así, en Melilla y en La Rioja por cada episodio de hospitalización femenino se dan hasta ocho ingresos masculinos. En este caso, la patología está directamente relacionada con ciertos hábitos y estilos de vida donde, indudablemente, juega un papel acusado el género. A pesar de que, actualmente, los cambios sociales acaecidos hayan recortado las diferencias en los patrones de consumo de hombres y mujeres aún existen diferencias que se evidencian en las distancias respecto a la cantidad de episodios de hospitalización y, como veremos, en las diferentes tipologías diagnósticas.

VII.1.1. Diagnóstico Principal según CIE-9-MC.

Respecto al *diagnóstico principal*, en la CDM 19, y acorde a otros estudios, son los diagnósticos relativos a los trastornos psicóticos los que ocupan los primeros puestos en frecuencia de casos. Así, es la psicosis esquizofrénica la entidad nosológica más frecuente. Por sí misma concentra el 25,3% de los diagnósticos principales de todos los casos estudiados. A continuación se muestran las psicosis afectivas (con un 19,4%), los trastornos neuróticos (10,5%), los trastornos de la personalidad (9,4%), y otras psicosis orgánicas (6,6%), abarcando estos cinco diagnósticos más del 70% de los casos, concentrándose casi la mitad de los ingresos en las dos primeras entidades diagnósticas. Datos que se confirman en otros estudios realizados en nuestro medio^{198, 275}. En un estudio reciente, realizado en Cataluña¹³¹, se hallaron las tasas de hospitalización más altas, en los hospitales monográficos, para el diagnóstico de esquizofrenia y trastornos relacionados, seguidos de los trastornos afectivos, la ansiedad, trastornos de la personalidad y somáticos.

Como era de esperar, la mayoría de los casos de trastornos esquizofrénicos son del tipo paranoide, suponiendo la mitad de los ingresos. En segundo y tercer lugar, aunque en menor proporción, se sitúan el tipo esquizoafectivo y la esquizofrenia residual respectivamente. Entre los tres representan el 80% de los episodios de hospitalización.

En las psicosis afectivas el diagnóstico más frecuente de ingreso es el trastorno afectivo bipolar en fase maniaca, seguido del trastorno depresivo mayor, episodio recurrente y episodio único. Estos datos se mantienen en el análisis por comunidades, excepto en Castilla y León, Cataluña, Extremadura y La Rioja, donde la causa de ingreso más frecuente es la depresión mayor. En un cuarto puesto se sitúa, el trastorno bipolar en fase depresiva, constituyendo, las entidades citadas, el 78% de los ingresos. El resto suponen una casuística mínima.

En los trastornos neuróticos el diagnóstico más frecuente de ingreso es el tipo depresivo (depresión neurótica), representando el 41.5% de los casos. Tras éste, en segundo y tercer lugar, aunque con un porcentaje mucho más reducido, se encuentran los estados de ansiedad (19.7%) y la histeria (19.2%). El cuarto y quinto lugar lo ocupan, respectivamente, los trastornos obsesivo-compulsivos (7.4%) y el trastorno neurótico no especificado. El resto (otros trastornos neuróticos, trastornos fóbicos, hipocondría, síndrome de despersonalización y neurastenia) abarca un porcentaje muy reducido (6%). Estos datos se mantienen en el análisis

por comunidades, excepto en La Rioja y Ciudad Autónoma de Melilla en las cuales destaca, por frecuencia, la historia seguida de los estados de ansiedad.

Cabe destacar el alto porcentaje de diagnósticos tipificados como trastornos neuróticos no especificados detectado en Baleares (21%) lo que supone cuatro veces más que el porcentaje para todo el territorio nacional y contrasta con el escaso porcentaje de Galicia (0.20%). En este tipo de entidades diagnósticas que sirven de “cajón de sastre” es donde la variabilidad en la práctica clínica y los problemas en la codificación de la información, pueden reflejarse de forma más acusada, pudiéndonos indicar dificultades en la valoración diagnóstica y manejo de los casos.

En el caso de la CDM 20, la mayoría de los ingresos son consecuencia del abuso de alcohol. Priman las dependencias frente a las psicosis. Así, alrededor de la mitad de los ingresos se deben al síndrome de dependencia del alcohol (37%) y a la dependencia de drogas (23%), seguido de las psicosis inducidas por su consumo.

VII.1.2. Estancias Hospitalarias.

Respecto a los datos epidemiológicos generales en relación a la latencia en la estancia hospitalaria y edad de ingreso, vemos como: los pacientes ingresados en la CDM19 presentan una edad media de 44 años y permanecen ingresados en el hospital una media de algo más de 14 días, aunque la dispersión de la variable es enorme; siendo la mediana de 10 días. Para la CDM 20, la media de edad de los pacientes ingresados es inferior, 41 años, permaneciendo ingresados algo más de 9 días como media, en este caso la dispersión se reduce a la mitad. Como reflejan los datos y era de esperar, la edad de ingreso para los trastornos mentales “puros” es más elevada que para el abuso de drogas/alcohol y trastornos mentales derivados de su consumo.

En los estudios realizados en España se ha evidenciado una tendencia al aumento de la media de edad en las admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas que ha pasado de 29,2 en 1996 a 31,4 en 2002¹²⁹. Igualmente, desde el comienzo de los 90 ha aumentado progresivamente la edad media de los consumidores de opioides. En el caso de la cocaína, aumentó la edad media de los tratados entre 1999 y 2001, aunque en 2002 mostró signos de estabilización⁶⁰.

En el caso de la estancia hospitalaria, existe una mayor variabilidad en la CDM 19 que en la 20 dado que el grupo psicopatológico es más homogéneo en esta última. Las diferencias más acusadas dependen, en gran medida, de la psicopatología.

En los diagnósticos más relevantes observamos que, como era de esperar, los ingresos por psicosis requieren de bastante más tiempo de estancia, alrededor del doble de días, que los casos de neurosis (14 días frente a 7 según mediana para toda España). Datos que se confirman en un estudio realizado en Cataluña¹³¹.

En una investigación realizada en Granada²⁶⁶, al comparar la estancia hospitalaria de la esquizofrenia con la estancia para el GDR psicosis, se extrae la conclusión que el grupo de pacientes con esquizofrenia y trastornos afines es el que prolonga la estancia media de la unidad de agudos. Comprobaron que la estancia media de los ingresos hospitalarios debido a

los trastornos esquizofrénicos fue de 22,9 días y la del GDR 430 de 21,8. En nuestro caso, la estancia media para los ingresos por trastornos esquizofrénicos en España es de 19,2 días, para las psicosis afectivas 18,8, para los trastornos neuróticos 9,7 y para el GDR 430 18,2. En el análisis de los diagnósticos más relevantes se aprecia que los tipos de trastornos esquizofrénicos muestran diferencias respecto a la duración de la estancia que va desde los 15 días de la esquizofrenia latente a los 27,8 del tipo catatónico. Los que aumentan la estancia son: catatónico (27,8 días); otros especificados (25 días); tipo desorganizado (20,9); paranoide (19,7) y esquizoafectivo (19,6); el resto de 15 a 18 días. En el caso de las psicosis afectivas la estancia varía de los 15 días de los no especificados a los 25 de la psicosis maniaco depresiva, otras y no especificada. Los tipos que requieren más estancia son: psicosis maniaco depresiva, otras y no especificada (25,1); trastorno afectivo bipolar fase depresiva (21,1); trastorno afectivo bipolar mixto (19,7) y trastorno depresivo mayor, recurrente (18,3). La estancia media de los trastornos neuróticos va desde los 5,7 días de los estados de ansiedad a los 17,8 del síndrome de despersonalización.

VII.2. Influencia del Género en los Ingresos Psiquiátricos.

VII.2.1. Tipología según Género.

Estudios previos han mostrado diferencias significativas según el sexo en el tratamiento de enfermedades tan importantes como el infarto de miocardio, entre otras. Incluso en los servicios de urgencias, donde la patología es muy diversa y sujeta a una enorme variabilidad, también se ha detectado este fenómeno²⁷⁶⁻²⁸². Cabe esperar que en la “enfermedad mental” estas diferencias sean más llamativas.

En las dos últimas décadas se ha observado un creciente interés en los temas relacionados con el género dentro de la salud mental^{283, 284} y en concreto, en las poblaciones afectadas por enfermedades mentales crónicas²⁸⁵⁻²⁸⁷.

La investigación llevada a cabo ha demostrado de manera inequívoca la existencia de claras diferencias tanto en la morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta de enfermedad desarrollado por hombres y mujeres. La prevalencia psiquiátrica encontrada en algunos estudios comunitarios llevados a cabo en España²⁸⁸⁻²⁹¹ refleja cifras elevadas de alteraciones psiquiátricas para las mujeres, situándose la prevalencia para la globalidad de los trastornos mentales entre el 18,7% y el 36,1% dependiendo tal variabilidad del instrumento de medida utilizado.

Este exceso de morbilidad psiquiátrica, se debe fundamentalmente a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos entre las mujeres; entre los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias.

En el caso específico de la esquizofrenia, la heterogeneidad de la enfermedad ha constituido uno de los principales motivos para investigar las diferencias de género, a fin de lograr descripciones, tratamientos y claves más precisas acerca de la enfermedad²⁹²⁻²⁹⁴. Este creciente interés en el tema ha dado lugar a una proliferación de la literatura sobre género y esquizofrenia, que abarca aspectos muy diversos, tanto clínicos como psicosociales^{295, 296}.

Entre los aspectos clínicos investigados cabe señalar los estudios sobre diferencias en la edad de inicio del trastorno, morfología cerebral, manifestaciones psicopatológicas y subtipos de enfermedad, curso y hospitalizaciones y respuesta al tratamiento farmacológico²⁹⁷. En general, los hallazgos empíricos sugieren que las mujeres experimentan un curso más benigno de la enfermedad, caracterizado por una más tardía edad de inicio, mayor respuesta a los neurolepticos, mejores resultados clínicos globales, menor número de hospitalizaciones y un menor riesgo de suicidio^{298, 299}.

En cuanto a los aspectos psicosociales destacan las investigaciones sobre ambiente familiar, ajuste premórbido, competencia o habilidad social y funcionamiento social²⁹⁶⁻³⁰¹. La mayor parte de los hallazgos sugieren unos mejores resultados en funcionamiento social en la población femenina, tanto en el ajuste premórbido como el curso posterior de la enfermedad³⁰²⁻³⁰⁵. Parece ser que las diferencias de género observadas corresponden a aspectos específicos de su funcionamiento social: autonomía (competencia y ejecución) y ocupación/empleo³⁰⁶⁻³¹⁰.

Cabe preguntarse si las diferencias en el funcionamiento social son el resultado de un distinto impacto de la enfermedad en cada género, o fruto, más bien, de los papeles asignados culturalmente a cada sexo como producto del aprendizaje social³¹¹. Esta asignación cultural de roles, como se ha indicado podría suponer ventajas para la mujer con esquizofrenia explicando, al menos parcialmente, su mejor funcionamiento social.

Del mismo modo, también se han detectado diferencias respecto a la utilización de los servicios de salud mental en función del género. Según la mayoría de los estudios, las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a buscar ayuda para sus problemas psiquiátricos en los servicios ambulatorios especializados, y las diferencias son más patentes en el ámbito de la atención primaria, cualquiera que sea la causa e independientemente de la región geográfica³¹². De ahí que se haya sugerido que ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de servicios psiquiátricos. Los hombres presentan, según algunos estudios europeos, una mayor tasa de incidencia, aunque globalmente las mujeres presentan mayores tasas de frecuentación³¹³. Los resultados del estudio Europeo de epidemiología de los trastornos mentales³¹⁴ revelan como el uso de los servicios de salud mental era el doble entre las mujeres que entre los hombres. Sin embargo, según datos de algunos registros españoles y sudamericanos³¹⁵, son los hombres los que tienen una media de contacto mayor y se observa una tendencia al incremento de las tasas de primeros contactos.

Parece que en los episodios de hospitalización, en España, también aparecen patrones diferenciales, según sean pacientes masculinos o femeninos³¹⁶. Según estudios previos la presencia de hospitalizaciones masculinas son mayores que las femeninas^{198, 256, 315}.

En nuestro caso las diferencias encontradas, nos permiten comprobar como la razón hombre/mujer, es siempre, a nivel global, superior a 1. Como hemos visto, para la CDM20, en todas las comunidades autónomas la razón hombre/mujer es, considerablemente, superior a la unidad. El consumo problemático de drogas sigue afectando principalmente a varones. En el último informe realizado por la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se notifica como la proporción de mujeres implicadas no superó el 30% en ninguno de los indicadores analizados, a saber: admitidos a tratamiento ambulatorio, episodios de urgencia por reacción aguda a drogas y mortalidad. La mayor implicación de las mujeres se observó en el indicador urgencias, donde en 2002 supusieron un 27,4% de los episodios, que ha aumentado progresivamente en la última década. En cambio, en los indicadores tratamiento y mortalidad la proporción de mujeres se situó en torno al 15%⁶⁰.

Para la CDM19, en las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Valencia, Galicia, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, la proporción de episodios de hospitalización a favor de los casos masculinos es mayor frente a los femeninos, siendo la razón de masculinidad superior a la unidad. En Extremadura, aunque se dan más ingresos masculinos que femeninos, las diferencias son mínimas, siendo la razón hombre/mujer igual a uno. Sin embargo, en sentido contrario, las comunidades de Aragón, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Cataluña y Comunidad de Madrid presentan más ingresos femeninos que masculinos.

En la distribución del diagnóstico principal la diferencia de género se hace evidente. Así podemos constatar que en el sexo masculino la primera causa de ingreso es la psicosis esquizofrénica, el 33% de los ingresos masculinos se debe a dicho diagnóstico, mientras que en

las pacientes femeninas no es tan frecuente (17%), predominando los desórdenes ligados con la esfera afectiva, la entidad diagnóstica más frecuente en las mujeres es la psicosis afectiva. Del mismo modo, los trastornos neuróticos figuran como la tercera causa de ingreso en las mujeres, mientras que en los hombres baja hasta la quinta posición. Podemos concluir, por tanto, que los episodios femeninos parecen estar más relacionados con la esfera emocional mientras que los episodios masculinos lo estarían más con los cuadros psicóticos “típicos” y las alteraciones de la personalidad (esta tendencia también se demuestra en otros estudios realizados en el ámbito internacional^{315, 317, 318} y en nuestro medio^{131, 198}). Estos hallazgos descritos de modo general tienen también su correlato cuando se analizan por comunidades autónomas. En el caso de los episodios masculinos, en todas las comunidades, excepto en La Rioja, predominan los trastornos esquizofrénicos, seguidos de las psicosis afectivas y, en la mayoría de los casos, seguidos por los trastornos de personalidad. Cuando se analizan los episodios femeninos los datos muestran que la primera causa son las psicosis afectivas a excepción de Cantabria, donde destacan los trastornos esquizofrénicos y neuróticos.

Los resultados se muestran reveladores en el análisis de los subtipos. La mayoría de los casos de *trastornos esquizofrénicos* son hombres, para todas las comunidades autónomas la razón hombre/mujer supera la unidad. Aunque en ambos sexos prima la esquizofrenia paranoide, en los hombres toma más peso. En el caso de las mujeres destacan en mayor medida los trastornos esquizoafectivos, lo que confirma los planteamientos anteriormente expuestos. En todos los tipos de trastornos esquizofrénicos se dan más ingresos masculinos que femeninos aunque la diferencia es mayor, el triple, en la esquizofrenia paranoide y menor, prácticamente el mismo porcentaje, en el tipo esquizoafectivo, manteniéndose estos resultados en el análisis por comunidades.

El análisis de los trastornos esquizofrénicos por razón de género ha sido ampliamente tratado en la literatura científica^{311, 319-322}. Aunque se afirma que la esquizofrenia se distribuye de forma similar en ambos sexos, el porcentaje de hombres que acude a los servicios de salud mental es mayor, como corroboran otros estudios realizados en nuestro País^{266, 316} y como se confirma en el presente trabajo. Se barajan diferentes hipótesis explicativas a este fenómeno: el comienzo más tardío de la enfermedad en las mujeres lo que las protegería de los efectos destructivos en la personalidad; una menor gravedad de los síntomas y una mayor tolerancia de la sociedad hacia las mujeres con trastorno mental³²³.

Del mismo modo, se hace patente una clara diferencia tipológica según género en las psicosis afectivas. La mayoría de los ingresos de *Psicosis Afectivas* son de mujeres, en todas las comunidades autónomas la razón hombre/mujer no supera la unidad (en la Ciudad Autónoma de Melilla se rompe la regla). En los hombres, excepto en Extremadura, Melilla y La Rioja (donde es más frecuente el trastorno depresivo mayor), el peso fundamental es para el trastorno bipolar en fase maníaca. En las mujeres, sin embargo, toma más relevancia el trastorno depresivo mayor. En todos los tipos de psicosis afectivas, a excepción del trastorno maníaco, episodio único, se dan más ingresos femeninos que masculinos siendo esta diferencia mayor, en el trastorno afectivo bipolar mixto, trastorno depresivo mayor con episodio recurrente y trastorno bipolar en fase depresiva. La diferencia de género en los trastornos afectivos ha sido expuesta en otros estudios³²⁴.

En los *Trastornos Neuróticos*, la mayoría de los casos son mujeres. En todas las comunidades autónomas la razón hombre/mujer es considerablemente inferior a la unidad (en la Ciudad Autónoma de Melilla se rompe, nuevamente, esta regla). Aunque para ambos sexos, en la mayoría de comunidades, el diagnóstico en importancia es la depresión neurótica, en los hombres toman más peso los estados de ansiedad y los trastornos obsesivo-compulsivos mientras que en las mujeres lo hace la depresión y la histeria. En todos los tipos de trastornos neuróticos, a excepción de los trastornos obsesivo-compulsivos, la neurastenia, la hipocondría y los no especificados, se dan más ingresos femeninos que masculinos siendo esta diferencia mayor, en la histeria y depresión neurótica, datos que se confirman en otros estudios³²⁵.

Enlazando con el dato anteriormente comentado del alto porcentaje de trastornos neuróticos no especificados detectados en Baleares, llama la atención que este sea el cuadro psicopatológico de mayor porcentaje en los hombres, mientras que en la población femenina los datos mantienen el patrón de comportamiento general. Habría que indagar si en esta comunidad autónoma interfiere, de forma específica, el género en la valoración diagnóstica.

Los factores socioculturales no pueden desvincularse del estudio de género. Así, por ejemplo, en nuestro trabajo, en la Ciudad Autónoma de Melilla, el 50% de los ingresos masculinos se deben a la histeria, no dándose ningún caso de depresión neurótica. En cambio, en las mujeres la histeria y la depresión neurótica constituyen el 66% de los casos, distribuidos en la misma proporción.

En la CDM 20, como hemos visto, la mayoría de los casos son masculinos, no existiendo diferencias en la distribución de los diagnósticos según género para las dos primeras entidades diagnósticas: síndrome de dependencia del alcohol y dependencia a drogas. Sin embargo, sí se aprecian diferencias en las psicosis inducidas; siendo más frecuente en los hombres las psicosis por alcohol y en las mujeres las psicosis por drogas.

En ambos sexos, para la mayoría de las comunidades, prevalecen los trastornos derivados del consumo de alcohol. Sin embargo, en el caso de los hombres, para algunas comunidades, los ingresos se concentran en las psicosis alcohólicas lo que no ocurre en ninguna comunidad respecto al sexo femenino. En ambos sexos, Andalucía es la única comunidad autónoma donde la mayor carga asistencial es debida a los ingresos por psicosis derivadas del abuso de drogas, en el caso de las mujeres, además de dicha comunidad se suma Baleares. Del mismo modo, en Canarias y Comunidad Valenciana no hay diferencias según sexo en la distribución del diagnóstico principal a saber: dependencia por drogas. Sin embargo, en Murcia, el diagnóstico más frecuente en los hombres es el Síndrome de dependencia del alcohol mientras que en las mujeres es la dependencia de drogas. En esta comunidad se ha observado, en los últimos años, una tendencia al alza en el consumo de cocaína, tendencia que se mantiene por sexos.

En este caso, las diferencias de género en función del diagnóstico se explicarían, principalmente, atendiendo a razones estrictamente socioculturales y de situación geográfica. Los cambios de los hábitos de consumo de la mujer en nuestra sociedad se ven reflejados en las comunidades donde las diferencias de sexo no son tan marcadas y existe una clara cultura “prodroga”, como reflejan los resultados en las Islas Baleares. En contraste, se encontraría La Ciudad Autónoma de Melilla donde las diferencias, según género, son apreciables (no habiendo

apenas incidencia en las mujeres). Se requieren ciertos periodos de prevalencia para el desarrollo de una dependencia.

VII.2.2. Estancias Hospitalarias, Edad de Ingreso y Género.

A tenor de los resultados encontrados podemos aventurar que la diferencia de género va más allá. Así, en las dos variables analizadas a lo largo del trabajo como son la edad del paciente y el tiempo que permanece ingresado, se constatan importantes diferencias para la CDM 19. Dos parecen ser las constantes que van a marcar estas diferencias, por un lado que los pacientes masculinos presentan una edad media inferior y que las mujeres van a permanecer, por norma, más tiempo ingresadas que los hombres. Estos datos reflejados respecto a la totalidad de los cuadros psicopatológicos analizados en dicha categoría diagnóstica se mantienen cuando se analizan por separado los diferentes trastornos. Hay que destacar que en los GRD más frecuentes (430 y 428) estos datos se corroboran, mientras que en el GRD 425 no se aprecian, apenas, diferencias según género.

Así, respecto a **la edad** en el momento del ingreso, en la CDM 19, se aprecia una marcada diferencia según género que no se refleja para la CDM 20. En el primer caso, las mujeres ingresan con una edad superior a los hombres, marcada por 5 años de diferencia. Esta diferencia se mantiene en el análisis territorial, en todas las comunidades la edad en el momento del ingreso es superior para el sexo femenino.

Son diferentes las tesis que pueden explicar este hallazgo: algunos estudios han evidenciado una aparición más tardía de la enfermedad en las mujeres, aunque aspectos más ligados a la expresión de la enfermedad mental -que en la mujer puede hacer que o bien sea diagnosticada más tarde, o bien que no sea correctamente diagnosticada- e inclusive a la variabilidad en la gestión clínica de los casos femeninos, así como, la influencia de los determinantes socioculturales (como el nivel cultural, la incorporación al mundo laboral o incluso la misma historia reproductiva), unido a una variabilidad en la práctica clínica, que ya ha sido puesta de manifiesto para otro tipo de patologías²⁸⁰, podrían dar explicación a tales resultados.

Ahora bien, en la CDM 20, aunque la edad media de ingreso para las mujeres (41,2) es superior que para los hombres (40,8), hay que tener en cuenta que tal diferencia es mínima. En el estudio realizado por el Observatorio Nacional sobre Drogas (2002), la edad media de las mujeres (31,2) fue algo inferior a la de los hombres (31,5 años). En el análisis de los casos sin tratamiento previo, se evidencia que las mujeres acuden antes a tratamiento (con un tiempo medio de consumo de 6,9 años) que los hombres (8 años).

Aclarar y determinar cuáles son las causas de este fenómeno es de vital importancia si tenemos en cuenta que especialmente en determinados trastornos, como por ejemplo los trastornos psicóticos, la demora para recibir tratamiento durante los primeros episodios es un factor conocido de riesgo que favorece la aparición de episodios subsiguientes (OMS, 2004). La duración de psicosis sin tratar se ha considerado como uno de los factores pronóstico más importantes en los trastornos psicóticos³²⁶⁻³³⁴.

Respecto al tiempo de **estancia hospitalaria**, en ambos casos, las mujeres permanecen más tiempo ingresadas, aunque no se constatan grandes diferencias entre sexos (para la CDM 19, la estancia media de los hombres es 14,3 frente a 14,9 de las mujeres. En la CDM 20 es de 9,6 frente a 9,8). Al analizar las estancias por sexos y comunidades autónomas, en la CDM19, se amplían las diferencias. En la mayoría de las comunidades las mujeres permanecen más tiempo ingresadas que los hombres, lo que no ocurre en la CDM20.

Las diferencias encontradas respecto a la estancia y edad en función del sexo, para la CDM 19, se mantienen en los diagnósticos más relevantes. Siendo la estancia y la edad, de los ingresos psiquiátricos españoles, superior en las mujeres en los tres casos analizados, datos que se corroboran con otros estudios¹³¹. Por comunidades autónomas, se mantienen prácticamente los mismos resultados. Así, en el caso de los trastornos esquizofrénicos, curiosamente sólo en Canarias, la estancia de los hombres es superior a la de las mujeres. En el caso de las psicosis afectivas, sería en Extremadura donde los hombres permanecen más tiempo ingresados. En los trastornos neuróticos destaca las Islas Baleares, donde los hombres permanecen, considerablemente, más tiempo ingresados.

En el análisis del cuarto dígito, podemos establecer un patrón similar de comportamiento en los tipos de trastornos esquizofrénicos. La edad en el momento del ingreso es mayor para las mujeres que para los hombres –lo que confirma los datos obtenidos en el estudio realizado en Granada respecto a la esquizofrenia²⁶⁶ - en todos los subtipos, siendo considerablemente superior en el tipo catatónico (diferencia respecto a la media española entre hombres y mujeres de 10 años y respecto a la mediana de 19 años), sin embargo, sólo en este caso la estancia es mayor para los hombres que para las mujeres. En el tipo paranoide, episodio esquizofrénico agudo, esquizofrenia residual, tipo esquizoafectivo y esquizofrenia no especificada, curiosamente los más frecuentes, la estancia hospitalaria es mayor para las mujeres que para los hombres. En el resto no se muestran diferencias claras, para la estancia, según género.

En las psicosis afectivas, en general, la estancia es mayor para las mujeres que para los hombres. Lo que se cumple en todos los subtipos a excepción del trastorno maníaco episodio único, donde se invierte el valor de la estancia. Respecto a la edad en el momento del ingreso es mayor para las mujeres que para los hombres en todos los subtipos, a excepción del trastorno depresivo mayor donde no se aprecian, apenas, diferencias de género, siendo el subtipo donde se reflejan las edades más avanzadas de ingreso (datos que se corroboran con los resultados obtenidos del estudio ESEMED-España²⁰).

En los trastornos neuróticos, en general, la estancia es mayor para las mujeres que para los hombres, lo que se cumple en todos los tipos a excepción del síndrome de despersonalización, donde se invierte el valor de la estancia. Curiosamente, en los casos donde el porcentaje se acerca en ambos sexos o inclusive es mayor para los hombres, no se aprecian grandes diferencias respecto a la duración de la estancia hospitalaria. La edad en el momento del ingreso es mayor para las mujeres que para los hombres en todos los casos, a excepción de la neurastenia, en otros trastornos neuróticos y en los trastornos neuróticos no especificados.

Como afirma Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto, Moreno-Küstner, Reneses, Usall y cols³¹⁶, es difícil explicar las diferencias encontradas en la utilización de los recursos de salud mental. Hasta que éstas no se evalúen desde una perspectiva de género, y no sólo tomando el

sexo como una variable estructural más, no tendremos respuestas más allá de la especulación. La promoción, prevención y atención de los daños evidenciados en la salud mental de las mujeres exigen que se incorpore la mirada de género en todo el proceso de planificación de la política de salud.

VII.3. Influencia del Área en los Ingresos Psiquiátricos.

VII.3.1. Tipología Regional.

Tanto para los episodios de hospitalización por trastorno mental como por abuso de sustancias y trastornos asociados, se aprecia una variabilidad regional considerable.

Estudios en áreas pequeñas han puesto de manifiesto diferencias territoriales en la situación de la salud mental^{198, 266, 290, 335}. Los factores a los que se atribuyen estas diferencias se relacionan con características sociodemográficas del territorio, con la oferta de servicios sanitarios^{336, 337} y con diferentes indicadores de necesidad que señalan aspectos individuales como las variables demográficas y socioeconómicas²⁴⁰, antecedentes de factores estresantes y enfermedades orgánicas^{338, 339}.

En la **CDM 19**, el orden de frecuencia de los *diagnósticos principales* por comunidades es por lo general equiparable mientras que la incidencia y distribución porcentual muestra una variabilidad interterritorial amplia. De esta forma, en todas destaca la psicosis esquizofrénica como la primera causa de episodio de hospitalización y en segundo lugar las psicosis afectivas a excepción de Cataluña, Extremadura, La Rioja y Ciudad Autónoma de Ceuta. En algunas comunidades, como es el caso de Andalucía y Cantabria, la tasa de incidencia de Trastornos Esquizofrénicos duplica la tasa de psicosis afectiva, mientras que en otras, como en Aragón y Cataluña, las tasas son similares.

Para ambos diagnósticos, la mayor incidencia se da en Baleares y la menor en La Rioja, así, por ejemplo, si realizásemos un seguimiento de un año a 100.000 habitantes, en Baleares se darían 54 ingresos como consecuencia de una psicosis afectiva mientras que en La Rioja se daría sólo uno. Este mismo patrón, una considerable incidencia frente a una incidencia ínfima en las comunidades citadas, se evidencia para los otros tres trastornos más frecuentes: neuróticos, trastornos de la personalidad y otras psicosis orgánicas.

El porcentaje respecto al total de los ingresos entre comunidades es desigual, pudiéndose establecer agrupaciones territoriales en función al orden de frecuencias de los diagnósticos más relevantes. El grupo más numeroso lo conformarían Aragón, Canarias, Cantabria, Galicia, Murcia y País Vasco que presentan el siguiente orden:

1. Trastornos esquizofrénicos.
2. Psicosis afectiva.
3. Trastornos neuróticos.
4. Trastornos de la personalidad.
5. Otras psicosis orgánicas.

Castilla y León, Castilla La Mancha y Melilla coincidirían en los tres primeros con el grupo anterior; sin embargo, en este caso, los trastornos de personalidad quedarían en último lugar en la distribución de frecuencias. Castilla muestra una escasa diferencia porcentual respecto a las dos primeras entidades diagnósticas (trastornos esquizofrénicos y psicosis afectiva).

Otro grupo estaría formado por: Andalucía, Principado de Asturias, Comunidad de Madrid y Comunidad Foral de Navarra donde coincidirían, con los anteriores, en las dos primeras entidades diagnósticas. La diferencia se refleja en que los trastornos de personalidad pasarían al tercer puesto y los trastornos neuróticos ocupan el cuarto lugar. Datos que se confirman en estudios realizados en comunidades concretas^{19, 198}.

En Baleares y Comunidad Valenciana el tercer puesto es para otras psicosis orgánicas desbancando, al cuarto puesto, a los trastornos neuróticos.

En Extremadura, Cataluña y Ceuta toman más peso los diagnósticos relacionados con la esfera afectiva, ocupando el primer puesto en el orden de frecuencias las psicosis afectivas. En las dos primeras comunidades citadas los trastornos Esquizofrénicos se sitúan en segundo lugar seguido de los trastornos neuróticos, trastornos de personalidad y otras psicosis orgánicas. En la Ciudad Autónoma de Ceuta el segundo lugar lo ocupan los trastornos neuróticos, pasando la esquizofrenia a un tercer puesto.

La Rioja se muestra como un caso a parte, singular, que no registra incidencia para los trastornos esquizofrénicos y el primer diagnóstico en importancia, de los seleccionados como más relevantes, es el trastorno neurótico seguido de otras psicosis orgánicas y trastornos de la personalidad. En este caso, la gran mayoría de los ingresos (un 75%) se deben al resto de patologías, principalmente, síntomas generales.

Sin embargo, curiosamente, en La Rioja se da la más alta tasa de mortalidad por suicidio para el periodo de estudio¹²⁹. Las CCAA con más riesgo de mortalidad por suicidio en 2002 fueron La Rioja y Asturias, con una tasa de mortalidad ajustada por edad de un 50% y un 35% superior respectivamente, a la media del conjunto del estado, mientras que Madrid y Cantabria fueron las CCAA con una menor tasa de mortalidad ajustada por edad, 40% inferior a la media del conjunto del estado¹²⁹. Los datos de Asturias “concuerdan” con los resultados de este estudio. Los datos de La Rioja podrían explicarse si tenemos en cuenta que en la población de La Rioja hay un porcentaje elevado de personas mayores²⁶⁷ y, como muestran los resultados, los ingresos son de edad avanzada, principalmente hombres -los índices de suicidio aumentan con la edad, incrementándose de forma progresiva a partir de los 64 años, y de manera especial en los hombres^{275, 340, 341}-. Cantabria se sitúa en porcentaje de personas mayores en algo menos que La Rioja, sin embargo la tasa de mortalidad ajustada es una de las menores. Ahora bien, en Cantabria la razón de masculinidad hallada es inferior a la unidad contrario a lo que ocurre en La Rioja, es decir, en Cantabria hay más casos de mujeres que ingresan con patología mental que de hombres, en La Rioja ocurre lo contrario. Igualmente, el análisis del cuarto dígito evidencia que en la Rioja todos los casos de psicosis afectivas se deben a depresión mayor, sin embargo, en Cantabria esta entidad diagnóstica sólo representa el 28% de los casos.

Por otro lado, las diferencias socioeconómicas y de expresión de la enfermedad podrían jugar un papel importante en la paradoja de tales resultados. Como señala la OMS³⁴¹, los factores más importantes asociados a suicidio son: los trastornos psiquiátricos (principalmente depresión y esquizofrenia), factores de estrés social recientes o pasados (como por ejemplo, problemas económicos), suicidio en la familia o allegados, acceso limitado a ayuda y acceso a las formas de cometer suicidio.

Hay que señalar que la desigualdad entre las tasas autonómicas no se traduce necesariamente en una desigualdad en la magnitud del problema. La desigualdad puede también explicarse por una desigualdad interautonómica en la oferta o utilización de servicios o simplemente por diferencias en la cobertura del sistema.

Ciertamente, las diferencias apreciadas en la distribución territorial de los diagnósticos, no pueden ser explicadas por razones estrictamente epidemiológicas, es evidente que, entre otras, las *características socioculturales* juegan un papel importante. Así, por ejemplo, la reacción de adaptación es más frecuente en el País Vasco y, curiosamente, esta misma comunidad junto con Baleares muestran las más altas tasas para el diagnóstico perturbación del comportamiento.

En un estudio recientemente realizado en Cataluña²⁴⁰, con el fin de conocer los factores que pueden explicar la variabilidad geográfica de la morbilidad por trastorno psicológico en Cataluña, concluyeron que los factores individuales no son suficientes para explicar la variabilidad geográfica de la prevalencia de los trastornos psicológicos (tales como la edad, situación laboral, número de trastornos crónicos), ya que también influyen las características de la zona de residencia (proporción de inmigración y desempleo).

A veces las discrepancias pueden estar relacionadas con la administración y/o gestión de los casos. Ya apuntamos en los resultados como destaca la alta incidencia en Cataluña, en comparación al resto de comunidades, de desviaciones y trastornos sexuales. Al analizar el cuarto dígito de la CIE apreciamos como la mayoría de estos casos son varones con disfunción eréctil. En este caso, las diferencias interterritoriales no pueden deberse a cuestiones clínicas, posiblemente se expliquen atendiendo a aspectos relacionados con la *gestión de servicios* o codificación de la información.

Igualmente el estado de la *reforma psiquiátrica* no ha corrido paralelo entre las diferentes comunidades lo que marca las diferencias más drásticas entre las mismas. Así, no puede ser explicado la nula incidencia de determinados diagnósticos en comunidades como La Rioja (recordemos la nula incidencia de ingresos por trastornos esquizofrénicos) si no consideramos que en esta comunidad, en el periodo de estudio, aún no se había completado la reforma y permanecían abiertos centros psiquiátricos, posiblemente éstos aglutinen los casos más graves, que son precisamente los de más baja incidencia para dicha comunidad.

Del mismo modo, para la **CDM 20**, la incidencia interregional es desigual, presentando en algún caso hasta 17 ingresos de diferencia por 100.000 habitantes. Destaca la Comunidad de Madrid, Cataluña, País Vasco y Cantabria en incidencia por síndrome de dependencia del alcohol; Canarias, Cataluña, Madrid y Asturias en dependencia por drogas; Galicia, Asturias, Canarias y Baleares en psicosis alcohólica; Baleares, País Vasco y Andalucía en psicosis por drogas y Asturias, ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y Comunidad Foral de Navarra por abuso de drogas sin dependencia, suponiendo para las ciudades autónomas una proporción importante del total de diagnósticos. Las diferencias socioculturales podrían explicar dichos resultados, en ambas ciudades, influenciadas por aspectos ligados a la cultura, se tiene una actitud más permisiva hacia el consumo de cannabis (con menos problemas de dependencia y comorbilidad que otras drogas) y no así a otras sustancias.

En líneas generales, el alcohol es la razón de la mayoría de los ingresos. A excepción de Andalucía, Canarias y Comunidad Valenciana, donde son más frecuentes los ingresos por drogas, en el resto de las comunidades los episodios de hospitalización se deben, en mayor medida, al consumo de alcohol. En Baleares y Melilla, a pesar de que predominan los ingresos debidos al abuso de alcohol, las diferencias entre los ingresos por alcohol y drogas no son tan amplias.

Así, el síndrome de dependencia del alcohol ocupa el primer lugar en número de casos en todas las comunidades a excepción de Andalucía (donde predomina la psicosis por drogas), Canarias y Comunidad Valenciana (donde el ingreso más frecuente es la dependencia a drogas) y Baleares, Galicia y La Rioja (donde la psicosis alcohólica es el mayor motivo de ingreso).

A pesar de que el porcentaje que corresponde a cada diagnóstico es dispar entre comunidades, lo que se corrobora en otros estudios⁶⁰, podemos diferenciar tres grupos en función de un patrón similar de ingresos: en Castilla La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid, Murcia y País Vasco las dependencias aglutinan la mayoría de los ingresos en detrimento de las psicosis como consecuencia de su consumo. Por el contrario, en Baleares y Andalucía, el mayor porcentaje de ingresos recae en las psicosis (lo que puede indicarnos una historia de consumo excesivo). Un tercer grupo lo conformarían: La Rioja, Galicia, Extremadura, Castilla y León, Cantabria, Asturias y Aragón, con mayoría de ingresos por síndrome de dependencia del alcohol y psicosis derivadas de su abuso.

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo¹²⁹ es evidente que existen diferencias en el patrón de consumo entre comunidades. Así, hay diferencias en el porcentaje de población abstemia y en el de la población consumidora de riesgo, no coincidiendo en todos los casos con la incidencia de ingreso por esta causa. Las diferencias de servicios y las diversas estrategias de planificación, para algunas Comunidades Autónomas, explican algunos resultados que en principio pueden parecer paradójicos.

En España, los informes oficiales del actual Observatorio Español sobre Drogas, nos indican variaciones importantes en los aspectos epidemiológicos en relación al consumo y abuso de drogas. Es un fenómeno dinámico, sometido a cambios continuos derivados del contexto social y de mercado, en el que, además, a menudo existe un decalaje importante entre el consumo y los problemas asociados^{60,244}.

En los últimos años han aumentado los casos de cocaína, los problemas por hipnosedantes, el número de tratamientos y urgencias por cannabis y los problemas en relación con el consumo de éxtasis o derivados de las finiletilaminas⁶⁰.

VII.3.2. Estancias y Edad de Ingreso: Diferencias Regionales.

Los resultados muestran una variabilidad amplia, según región, respecto a los valores de edad y estancia para la CDM19. Así, por ejemplo, un paciente ingresado en Canarias o Navarra permanecerá notablemente más tiempo ingresado que en Ceuta o La Rioja, con una diferencia de hasta 14 días. Esta amplia diferencia podría estar relacionada, principalmente, con aspectos ligados a la gestión, tanto clínica como administrativa, así como a las diferencias respecto a políticas de costes de los centros –diferencias entre los centros públicos y privados- y aunque

este dato no puede desvincularse de la edad, no se han encontrado correlaciones que nos hagan suponer que a más o menos edad los pacientes permanecen más o menos tiempo ingresados.

La edad de ingreso varía según región. En La Rioja y Cantabria la edad de ingreso es más elevada que en el resto de las comunidades, con una diferencia de 15 años con respecto a la España insular y Andalucía. Podemos pensar que tal diferencia se debe tan sólo a cuestiones demográficas. Ciertamente, el porcentaje de personas mayores en La Rioja y Cantabria es mayor que en las regiones citadas. Sin embargo, existen comunidades, como por ejemplo Castilla y León, que tiene el mayor porcentaje de personas mayores, que presentan 8 años menos en la edad media de ingreso que La Rioja, que se sitúa en séptima posición respecto a la proporción de personas mayores. Por tanto, probablemente las diferencias psicopatológicas en los episodios de hospitalización también jueguen un papel importante (recordemos que en La Rioja, no se registraba ningún ingreso para trastornos esquizofrénicos, lo que explicaría el incremento de la media de edad de ingreso).

Esta variabilidad interterritorial respecto a la duración de las estancias hospitalarias se mantiene en el análisis de los diagnósticos más relevantes, siendo la diferencia de hasta 12 días. Para los tres diagnósticos analizados, en Canarias, Cantabria, Galicia y Navarra la duración de la estancia es mayor que la registrada para toda España. En el caso de las psicosis, además de las anteriormente citadas destaca, por días de estancia, Cataluña, Madrid y País Vasco. Navarra es la comunidad que presenta las estancias más largas en las tres entidades diagnósticas más relevantes: trastornos esquizofrénicos, psicosis afectiva y trastornos neuróticos.

En algunos estudios^{19, 130, 266} se constatan diferencias de carga asistencial y duración de la estancia entre el medio rural y urbano. En las zonas urbanas se dan más ingresos que en las zonas rurales pero la estancia media es menor lo que se explica por la diferencia en la cantidad, distribución y acceso a los dispositivos a favor de las zonas urbanas. A veces las unidades hospitalarias se convierten, por falta de recursos comunitarios, en unidades de larga estancia. En nuestro caso, aunque no podemos realizar tal análisis, no parece que se correspondan áreas con recursos con cortas estancias, resulta curioso que sea Navarra la comunidad que presenta las estancias más prolongadas en los tres diagnósticos más relevantes y que Ceuta, por ejemplo, en la mayoría de los casos, resalte por estancias reducidas (ahora bien, en el Informe del Ministerio⁷⁸, en proporción, Navarra tiene pocos recursos, por ejemplo, en número de profesionales Navarra es la comunidad más infradotada y Melilla de las que más, no hay datos para Ceuta). Habría que indagar si hay dificultades de acceso o sí, como hemos apuntado anteriormente, toma más peso la gestión de los centros o casos o bien, como se ha demostrado en un reciente estudio realizado en Andalucía¹⁹, influye la existencia de más o menos unidades de salud mental; las estancias son más prolongadas en los hospitales con unidades específicas.

En la CDM 20, los datos se muestran por lo general más homogéneos, tanto para la variable estancia hospitalaria como para la edad. Aún así, la mediana de la estancia varía desde los 5 y 6 días de Baleares y C. Valenciana, respectivamente, a los 11 de la C. de Madrid. En el caso de la edad de ingreso, nuevamente, La Rioja y Cantabria presentan las edades más elevadas como reflejan la media y mediana. En ambos casos, los ingresos más frecuentes se debían al consumo de alcohol. Por el contrario, Andalucía y Comunidad Valenciana, presentan las edades de ingreso más bajas siendo más frecuente, en este caso, la psicopatología derivada del consumo de drogas.

VII.4. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico.

Tanto el estudio de la complejidad de los casos tratados como el sistema de agrupación de pacientes mediante los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR), se han mostrado de enorme utilidad para el análisis de la casuística de pacientes tratados en un centro hospitalario, permitiendo establecer comparaciones intracentros, intercentros y en ámbitos de mayor amplitud llegando, inclusive, a comparaciones internacionales²³⁴. Estas herramientas de amplia difusión en ámbitos sanitarios, también alcanza al campo de la salud mental mostrando su utilidad^{198, 208, 235}.

VII.4.1. GRD CDM 19.

Ya vimos que es el GRD 430, psicosis, el que ocupa el número uno de los ingresos analizados desde este criterio, datos que se confirman en otros estudios realizados en nuestro medio^{19, 198}. Podemos afirmar que cinco de cada 10 ingresos que se producen en España son agrupados bajo el epígrafe de psicosis. En segundo lugar destaca el GRD 428, trastornos de la personalidad y del control de los impulsos y en tercer lugar el GRD 425, reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial. La patología infantil, GRD 431, ocupa lugares muy alejados, con apenas un 2,5%. Por tanto, centraremos nuestros comentarios sobre los cuadros más frecuentes.

Son varias las lecturas que podemos hacer a la vista de los resultados. Entrando en detalle, observamos que en el sexo masculino las psicosis, GRD 430, ocupan el primer lugar con mucha diferencia seguidas de los trastornos de personalidad, GRD 428. En el sexo femenino también las psicosis ocupan el primer lugar, pero las diferencias ya no son tan claras como en el sexo masculino. Además, los siguientes GRD en orden de frecuencia son distintos en función del sexo, por lo que la distribución de los ingresos según GRD empieza a mostrarse con rasgos diferenciales en cuanto al género, datos que coinciden con los obtenidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁷⁸. En el caso de las mujeres, el segundo puesto es para las neurosis depresivas, prácticamente se duplican los casos masculinos (situándose, en los hombres, en quinto lugar en la distribución de frecuencias). Este hecho está en consonancia con los datos comentados con anterioridad respecto al diagnóstico principal. Cuando se analiza la razón hombre/mujer, ésta es superior a 1 en los GRD 430 (psicosis), 429 (alteraciones orgánicas y retraso mental), 432 (otros diagnósticos de trastorno mental), 431 (trastornos mentales de la infancia) y 483 (traqueotomía excepto por trastorno de boca, laringe o faringe). En el resto la razón se invierte, principalmente los más relacionados con aspectos afectivos de la personalidad.

En el estudio por comunidades, se aprecia cómo existen diferencias en las tasas de episodios de hospitalización según GRD. Aunque el GRD 430, psicosis, sigue siendo el que presenta la tasa más alta en todas excepto en La Rioja (donde destaca el 432: otros diagnósticos de trastorno mental), se detectan diferencias importantes, intercomunidades, como las que se dan entre Baleares, Asturias y Aragón frente al resto.

Así podemos constatar que para el GRD 430, Baleares presenta una tasa de incidencia anual cincuenta veces superior a La Rioja y más del triple que Cantabria. En todos los casos,

hay que destacar que en los GRD más frecuentes, el Principado de Asturias, las Islas Baleares y Aragón presentan tasas elevadas.

Estos datos nos muestran que este grupo de patologías presentan una frecuencia en cuanto a episodios de hospitalización muy diferente según sea la comunidad analizada, pudiéndose hablar de agrupaciones territoriales, como la mencionada anteriormente para las tasas más elevadas.

Hay un grupo de GRD que presentan un comportamiento similar atendiendo a: mayor porcentaje de casos masculinos frente a los femeninos, una edad media de los casos masculinos inferior a la de los femeninos y una estancia media inferior para los pacientes masculinos y que, a su vez, destacan en frecuencia, a saber: GRD 430, psicosis; GRD 428, trastornos de la personalidad y del control de los impulsos y GRD 429, alteraciones orgánicas y retraso mental. En ellos la tasa de incidencia es mayor para el género masculino que para el femenino, los pacientes masculinos presentan una edad inferior a las pacientes femeninas y son éstas precisamente las que soportan estancias más prolongadas. Tales datos coinciden con otro estudio realizado en Andalucía¹⁹⁸. La explicación, ya sugerida, a este hecho podemos encontrarla en la misma expresión de la enfermedad en la mujer que puede motivar un retraso en su diagnóstico y tratamiento y por otro lado en la variabilidad de práctica clínica, ya comentada en otros estudios, y que tendría aquí su correlato.

Un segundo grupo de GRD podría estar formado por el GRD 425, reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial y el GRD 426, neurosis depresiva. La mayoría de los ingresos son femeninos, podemos observar en ambos casos cómo la tasa de incidencia es mayor para las mujeres que para los hombres, no encontrándose grandes diferencias respecto a la edad de ingreso y estancia hospitalaria entre los pacientes masculinos y femeninos.

El resto de los GRD presentan comportamientos menos homogéneos, así el GRD 427, Neurosis excepto depresiva, muestra mayor presencia de casos femeninos que masculinos y aunque la tasa de incidencia es mayor para las mujeres que para los hombres el predominio femenino es menos acusado. Respecto a la edad media de los pacientes, son las pacientes femeninas las que presentan una edad media mayor. Del mismo modo, presentan una estancia más elevada si se compara con la de los hombres, aunque las diferencias son reducidas.

Los dos últimos GRD analizados son, de un lado el GRD 432, otros diagnósticos de trastorno mental, es un GRD poco específico, presenta una mayor proporción de pacientes masculinos y una tasa de incidencia mayor para los hombres que para las mujeres. La edad media de los pacientes femeninos es bastante menor que la de los masculinos, soportando ellas más días de estancia. El último GRD, GRD 431, trastornos mentales de la infancia, con mayor predominio de casos masculinos y una tasa de incidencia masculina mayor que la femenina. La edad media de los pacientes masculinos es superior a la de los pacientes femeninos y son éstos los que permanecen más tiempo ingresados. Entre los dos últimos GRD, escasamente llegan al 0,5% del total de casos.

VII.4.2. GRD CDM 20.

Los GRD más frecuentes corresponden a los ingresos codificados como abuso o dependencia de alcohol, agrupándose en dichos GRD (749, 750, 751) más de la mitad de los ingresos. El abuso o dependencia de opiáceos supone el 23% de los ingresos (GRD 743, 744 y 745) y de cocaína u otras drogas el 16% (GRD 746, 747 y 748). En el informe SESPAS (2002) y en el último informe del Observatorio Español sobre Drogas (2002) se señala el incremento, respecto a años anteriores, de las admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso de cocaína disminuyendo las urgencias por consumo de opiáceos aunque estos siguen motivando la proporción más alta de admisiones. En un estudio realizado recientemente en Andalucía¹⁹, de los ingresos hospitalarios por GRD los que corresponden al abuso de alcohol son los de más alto porcentaje de casos pero se registran más ingresos clasificados como abuso o dependencia de cocaína u otras drogas que de opiáceos. En este caso, el fenómeno es muy plástico, sujeto a variaciones constantes y, requiere, por tanto, análisis continuos.

Para todas las CCAA el GRD 751, abuso o dependencia de alcohol sin complicaciones, presenta las tasas de incidencia más altas exceptuando La Rioja (donde el primer lugar lo ocupan los mismos casos con complicaciones, GRD 750) y la Ciudad Autónoma de Ceuta donde se equiparan las tasas para ambos GRD.

Si agrupamos los GRD como consecuencia del consumo de opiáceos, cocaína y alcohol, en el caso de los opiáceos (GRD 743, 744, 745), destaca por incidencia Canarias seguida de Cataluña, Asturias, Madrid, Galicia, Baleares, Melilla y País Vasco. En los casos de abuso por cocaína u otras drogas (GRD 746, 747 y 748), la de mayor incidencia sería Baleares seguida de País Vasco, Canarias, Asturias, Navarra, Cataluña y Melilla; comunidades marítimas, datos que coinciden con otros estudios realizados^{60, 244}. De este último grupo, a excepción de Melilla y Asturias, la proporción de tratamientos ambulatorios por esta droga, para el año de estudio, fue también superior al resto de comunidades, sin embargo, curiosamente, Melilla se situó en las de menor proporción⁶⁰.

En el caso de los GRD relacionados con el consumo de alcohol (749, 750 y 751), la mayoría de los ingresos se dan en Asturias seguida de Galicia, Cantabria, Cataluña, Ceuta y Navarra. En Melilla, destaca la alta incidencia de abuso de sustancias, sin complicaciones, en contraste con la nula incidencia de abuso con complicaciones, lo que confirma los resultados hallados en el análisis según diagnóstico principal. Por el contrario, Asturias destaca por abuso de sustancias con complicaciones.

Podemos realizar agrupaciones de los diferentes GRD, atendiendo a un mismo patrón de comportamiento, que en este caso, para esta categoría diagnóstica mayor, es más homogéneo. Así, en todos los GRD incluidos en la CDM 20 se cumplen las siguientes pautas:

- La gran mayoría de los ingresos son de sexo masculino.
- Existe una variabilidad amplia de la estancia por comunidades.
- Diferencias en la distribución según género.

En los GRD que implican el alta voluntaria del paciente (743, 746 y 749), como es de esperar, los tiempos de estancia son menores y en todos ellos la edad de ingreso es más baja que para sus GRD complementarios. Es decir, los jóvenes piden con mayor frecuencia el alta

voluntaria. La percepción de la gravedad de la situación y su manejo posiblemente varía con la edad.

En un grupo podemos incluir aquellos GRD que, además de las tres premisas anteriormente citadas, cumplen las siguientes condiciones:

- La edad de ingreso de los hombres es superior a la de las mujeres.
- Las mujeres permanecen más tiempo ingresadas (aunque las diferencias no son muy amplias, alrededor de un día).

Se incluyen en tal categoría: GRD 743, 744, 745 (los tres subtipos de abuso o dependencia de opiáceos).

En otro grupo estarían el GRD 748 (abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, sin complicaciones) y el 749 (abuso o dependencia de alcohol, alta voluntaria) con las siguientes características:

- La edad de ingreso de las mujeres es mayor que la de los hombres.
- No hay diferencias, según género, respecto a los días de estancia.

En el GRD 746 (abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, alta voluntaria) la diferencia con respecto a los dos GRD anteriores es que las mujeres permanecen menos tiempo ingresadas, es decir, piden antes el alta (aunque la diferencia es muy pequeña).

El resto no sigue un patrón establecido. Así, en el GRD 747 (abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, con complicaciones) existen diferencias sustanciales según género (las mujeres permanecen más tiempo ingresadas -3 días de diferencia- y tienen una edad de ingreso considerablemente mayor que los hombres). En el GRD 750 (abuso o dependencia de alcohol con complicaciones) no hay diferencias, en función del género, para la estancia, sin embargo, la edad de los hombres en el momento del ingreso es mayor que la de las mujeres (2 años de diferencia). Por último, en el GRD 751 (abuso o dependencia de alcohol, sin complicaciones) los hombres permanecen más tiempo ingresados, aunque es poca la diferencia y, atendiendo a la mediana, no se aprecian diferencias, según género, en la edad de ingreso.

Respecto al GRD 470, que corresponde a los casos invalidados, destacar que donde se presenta la mayor incidencia, con considerables diferencias respecto al resto de las comunidades, es en el País Vasco, lo que podría denotar problemas administrativos relacionados con la codificación de los datos.

La verdadera aportación de este tipo de agrupación, los GRD, es que nos permite hacer comparaciones homogéneas y analizar variables como las ya comentadas, edad media de los episodios de hospitalización y estancia media de dichos episodios. De esta manera el uso de los GRD facilita el análisis de las tasas de incidencia, elevando a dato epidemiológico lo que hasta hace poco era un dato de gestión. En síntesis, la bondad de este sistema nos permite la comparación de un grupo de pacientes con la misma complejidad, homogeneizando el dato³⁴².

Recordemos que la creación de **índices multivariantes** en el capítulo de resultados permitió hablar de tres componentes principales: *volumen asistencial*, *gestión de los episodios de hospitalización* y *atención de los abusos y consumos de drogas (depresoras del sistema nervioso central)* que nos han permitido establecer agrupaciones o cluster territoriales, clasificando a las distintas áreas en función de un conjunto amplio de indicadores.

En la primera componente, tendríamos la agrupación más compleja en relación con la carga asistencial conformada por las comunidades autónomas de Aragón, País Vasco, Asturias, Baleares y Ciudad Autónoma de Ceuta. Siendo Baleares la comunidad que ocupa el primer puesto en el índice llamado “volumen asistencial”, nos hace pensar, por tanto, que es la comunidad más “compleja” en la esfera de estudio. Su unión en cluster con Asturias vendría motivada por la segunda posición de ésta en la primera componente. Frente a ellas se encuentra La Rioja que tiene la puntuación más baja en la primera componente y conforma un cluster independiente, lo que corrobora el análisis anteriormente realizado respecto a que esta comunidad tiene un patrón de comportamiento diferente al resto del territorio nacional. Una segunda agrupación en carga asistencial lo conforman Canarias, Cataluña, Navarra, Castilla y León, Castilla La Mancha, Galicia y Comunidad de Madrid. El tercer cluster está constituido por Andalucía, Murcia, Comunidad Valenciana, Cantabria, Melilla y Extremadura. Recordemos que esta componente no implica, necesariamente, una larga estancia. Resultaría interesante relacionar el volumen asistencial con algunos indicadores de recursos como el número de profesionales disponibles en cada área, hay estudios que constatan gran variabilidad respecto a las tasas de profesionales sin que, en ocasiones, se relacione con el volumen asistencial atendido¹⁹. Así, si comparamos los recursos y el volumen asistencial, Asturias con un volumen alto tiene menos recursos (número de camas y profesionales por 100.000 habitantes) que, por ejemplo, Melilla que cuenta con mayor número de profesionales por 100.000 habitantes y tiene, considerablemente, un menor volumen asistencial.

La segunda componente (gestión de los episodios de hospitalización) sí se relaciona con estancias más prolongadas. Formando un cluster y coincidiendo con las puntuaciones más altas en la segunda componente, nos encontramos: Canarias, Navarra, Melilla, Cataluña, Comunidad de Madrid y País Vasco. Seguidamente se aprecia un grupo, donde se situarían la mayoría de las comunidades restantes (Andalucía, Galicia, Cantabria, Castilla y León, Asturias, Baleares, Extremadura, Murcia, Castilla La Mancha y Comunidad Valenciana). Un tercer grupo formado por Aragón y La Rioja y, finalmente, la Ciudad Autónoma de Ceuta que presenta, en dicha componente, la puntuación más baja y forma, por sí sola, un cluster.

La tercera y última componente (*atención de los abusos y consumo de drogas depresoras del sistema nervioso*) muestra un cluster con Asturias, Cantabria, Galicia y Cataluña (con las puntuaciones más altas en dicha componente). Otro, con puntuaciones intermedias, conformado por Canarias, Ceuta, Madrid, La Rioja y Navarra. Un tercer grupo constituido por Castilla y León, Murcia, Castilla La Mancha y Extremadura y finalmente, un cluster formado por Andalucía, Valencia, País Vasco, Aragón, Baleares y Ciudad Autónoma de Melilla (que presentan las puntuaciones más bajas en la tercera componente).

Podríamos decir que la agrupación territorial puede ser entendida si atendemos a la variabilidad del manejo en los episodios de hospitalización. Podemos hablar de unas comunidades que van a destacar por soportar una mayor presión asistencial y quizás no puedan asumir estancias largas. Sin embargo hay comunidades como el País Vasco que puntúan alto

tanto en la primera como en la segunda componente lo que denota diferencias en la gestión de los casos respecto al resto de CCAA.

En el lado contrario estarían las comunidades que soportarían menor presión y que tienen un manejo más “suave” de los episodios de hospitalización, que van a suponer una menor carga para el sistema hospitalario. Una conclusión que se deriva de lo anterior sería la reorganización de los dispositivos sanitarios en salud mental para atender y contener esas dificultades que separan unas comunidades de otras. Además, queda por dilucidar cuáles serían las causas que motivan esas diferencias regionales y si es plausible la hipótesis de la influencia de factores socioeconómicos y/o socioculturales, como se apuntó anteriormente.

También quedaría por evaluar cuál es el impacto de la variabilidad en la práctica clínica en los resultados constatados y si la dinámica de los servicios de salud mental de los diferentes centros influye en las diferencias de presión asistencial.

VII.5. Nivel de Recursos Asistenciales, Planificación en Salud Mental en el Estado de las Autonomías, Curso de la Reforma Psiquiátrica y Variabilidad en la Práctica Clínica.

En este análisis, presuponemos que hay un factor que juega un papel muy importante y es lo que se ha venido a llamar *variabilidad en la práctica clínica*. Resulta paradójico constatar las diferencias anteriormente comentadas, respecto a la estancia hospitalaria, que generan situaciones como que una paciente femenina diagnosticada de un trastorno esquizofrénico permanezca ingresada una media de 11 días en Ceuta, mientras que esa misma paciente pasará 14 días más si es ingresada en Madrid. También llama la atención que estos pacientes permanezcan 6 días ingresados si son diagnosticados en Ceuta, quince días si lo son en Extremadura o Castilla y veinticuatro días si se trata de Canarias o la Comunidad de Madrid. Estas diferencias también determinan la mayor o menor frecuentación de los servicios y, por tanto, la capacidad de las mismas para asumir nuevas demandas.

Si la variabilidad en la práctica clínica ya ha sido ampliamente demostrada en otro tipo de patologías²⁸⁰, cuando el objeto de estudio es la enfermedad mental, parece cobrar una mayor importancia. Por tanto consideramos que habrá que prestar especial atención a este hecho como una de las causas que expliquen los resultados encontrados.

Otro aspecto a considerar es la desigualdad territorial respecto al nivel y distribución de recursos asistenciales, Planificación en Salud Mental y estado de la Reforma. Teniendo en cuenta el estado de la *Reforma Psiquiátrica*, atendiendo, por ejemplo, a la dotación de camas en hospitales psiquiátricos en España -según datos extraídos del Catálogo Nacional de Hospitales de 2001²⁴¹, se podría explicar, sólo parcialmente, algunos de los resultados. Así vemos como en algunas comunidades, donde la incidencia de ingreso por trastorno mental es elevada, como es el caso de Asturias y Baleares, la dotación es reducida (149 y 266 camas por 100.000 habitantes) respecto a la media española (443) lo que podría explicar una mayor carga asistencial, en las unidades de salud mental de los hospitales generales, en dichas comunidades. Así, en comparación con otras, como La Rioja, Cantabria y Extremadura, donde la dotación de camas en hospitales psiquiátricos es superior a la media española (681, 952 y 894 camas por 100.000 habitantes respectivamente) la incidencia es menor. Sin embargo, las diferencias territoriales van más allá de tales consideraciones, necesitando explicaciones multicausales. Por ejemplo, el País Vasco que ocupa el cuarto puesto en incidencia para la CDM19, es una de las que más camas en hospitales psiquiátricos tiene (900 por 100.000 habitantes) siendo el hospital psiquiátrico un eje esencial de la asistencia y en ocasiones el principal dispositivo asistencial, ahora bien, también es cierto que ha sido una de las pioneras en implementar las primeras unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales⁸⁸. Sin embargo, Murcia y Comunidad Valenciana, con la dotación menor, presentan incidencias inferiores a la media del estado.

Así como la dotación de infraestructura, específicamente medida en número de camas, es desigual entre comunidades (lo que se hace más patente en la asistencia psiquiátrica), es notable la desigualdad interterritorial de la oferta privada, además de Cataluña, con una larga tradición de dispositivo privado concertado, las dos comunidades insulares se sitúan en el extremo más dotado. En el otro extremo están las ciudades autónomas, La Rioja y Aragón²⁴¹.

Por otra parte, el desarrollo de la red asistencial para las drogodependencias a lo largo del tiempo no ha sido homogéneo entre las distintas autonomías. A modo de ejemplo, en cuanto a los programas de sustitución con opioides, la comunidad de Madrid contaba en 1992 con sólo un recurso utilizando metadona; en 1994 disponía ya de 7 centros y en 1999 eran 40 centros que atendían a 7202 personas. Andalucía y Cataluña se sitúan a la cabeza de las comunidades con un mayor desarrollo de este tipo de programas. En 1992, Andalucía contaba con 538 centros a los que asistieron 17.430 pacientes; Cataluña con 213 centros dio asistencia a 7915 personas³⁴³.

Estos números en bruto son difíciles de interpretar y reflejan diferencias en cuanto actividad asistencial que sólo son comprensibles en base a cuestiones estructurales, como la concentración/dispersión territorial de las poblaciones diana de los recursos y cuestiones referentes a la organización y funcionamiento de los programas y planes de salud en cada una de las autonomías. No sólo se deben tener en cuenta las distintas incidencias, sino que cuestiones como la dotación material y humana asignada a cada recurso mediatizará la capacidad de asistencia del mismo.

Indudablemente, son datos a tener en cuenta en futuras investigaciones donde se consideren las distintas variables que pueden influir en el estado actual de la Reforma Psiquiátrica en cada una de las comunidades e incluso establecer, con un análisis multivariante, el grado de consecución de los objetivos de la reforma y la existencia de programas sociosanitarios alternativos a la institucionalización, estableciendo un listado decreciente que pueda ser comparado con datos de carga asistencial. Ahora bien, las diferentes nomenclaturas para denominar los programas y políticas, la no homogeneidad de los sistemas de información e índices utilizados, según comunidad autónoma, dificultan dicha tarea.

VII.6. Limitaciones.

El hecho de que se realice un estudio de todo el territorio nacional, aunque nos da una visión de conjunto nada desdeñable, al considerar áreas grandes y no pequeñas es imposible delimitar las áreas de cobertura asistencial y extraer información concreta que permita el análisis comparativo. Así como corroborar resultados hallados en otros estudios como, por ejemplo, las diferencias que concurren entre el medio urbano y rural tanto en disponibilidad y acceso a recursos como en diferencias respecto a prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios²⁸.

En los estudios ecológicos de grupos múltiples de tipo exploratorio, como éste, hay que tener en cuenta la llamada falacia ecológica, donde las asociaciones basadas en datos sociodemográficos referidos a áreas no necesariamente pueden ser aplicadas sobre individuos. A pesar de sus limitaciones los estudios ecológicos tienen la ventaja de tener en cuenta factores sociales, geográficos y comunitarios de tipo contextual que no pueden ser analizados en los estudios individuales^{270, 344-347}.

Al ser un estudio a un año y no una serie no se puede estimar las tendencias temporales de las características sociodemográficas y los patrones de ingreso. En el caso de la CDM 20, es primordial estimar las tendencias temporales ya que al ser un fenómeno tan plástico es susceptible de cambios continuos. La aparición de nuevas sustancias o nuevas modalidades de consumo así como la influencia de la inclusión de programas, como por ejemplo la metadona, van a determinar en gran medida la incidencia registrada. Se pretendió realizar una foto fija con un corte trasversal como metodología de trabajo para obtener una visión general que sirviera de punto de partida en futuros estudios y que señalase, aunque fuese a groso modo, las desigualdades existentes.

Podríamos pensar que una limitación del estudio sería no considerar los reingresos. Así, hay algunos estudios que analizan los reingresos y el tiempo de permanencia en la comunidad, así como las variables que influyen en los mismos³⁴⁸. Sin embargo, nuestro objetivo de estudio ha sido la carga asistencial psiquiátrica. Nos ha sido útil tener claro tal objetivo y denominar al comienzo del trabajo, en el diseño, el indicador episodio de hospitalización. Como lo que se notifica son “episodios”, no se puede conocer el número de personas que ingresan (a lo largo del año una persona puede ingresar en más de una ocasión). Ahora bien, para profundizar en las diferencias territoriales encontradas y considerar la variabilidad en la práctica clínica así como valorar criterios de calidad asistencial puede ser útil, en futuros estudios, considerar los reingresos, de modo que analicemos si en las diferencias regionales encontradas influye esta variable. Así, por ejemplo, ¿se asocia la duración de la estancia con los reingresos?; ¿Las CCAA que soportan una excesiva presión asistencial tienen más reingresos?; ¿se asocia la presión asistencial y/o número de reingresos con la disponibilidad de recursos extrahospitalarios? En un estudio realizado en Andalucía¹⁹ se comprueba que el porcentaje de ingresos por motivos psiquiátricos y abuso de sustancias no difiere apenas de las proporciones estimadas para los pacientes atendidos.

Tenemos que sopesar también la fiabilidad de la información de las grandes bases de datos sanitarias. El nodo de investigación de la Universidad de Granada de la Red RIRAG

(Prof. F. Torres) ha realizado un estudio complementario del aquí presentado sobre la adecuación y utilidad de la información procedente de estas fuentes²⁶⁶.

En esta línea una limitación inherente a los datos del CMBD es el sistema de codificación que utiliza. Las discrepancias diagnósticas entre los sistemas de clasificación psicopatológicas más utilizadas (CIE-10 y DSM IV) y las posibles consecuencias (por ejemplo, infradiagnóstico o, por el contrario, inclusión de falsos positivos) se han puesto en evidencia en diferentes estudios³⁴⁹. Cuando la codificación de la información depende, como en este caso, de la CIE-9-MC, la cosa se complica puesto que no sólo hay diferencias cualitativas importantes sino que las categorías, en algunos casos, son erróneas con criterios de exclusión-inclusión contradictorios. Así, la entidad diagnóstica 296.2, trastorno depresivo mayor, episodio único, introduce en sus criterios de inclusión a la psicosis maniaco-depresiva, tipo depresivo que se corresponde con el 296.5, trastorno depresivo bipolar, en fase depresiva. De igual modo, en el 296.3, trastorno depresivo grave, episodio recurrente, introduce en sus criterios de inclusión a la psicosis maniaco-depresiva, tipo depresivo, declarada como recurrente (que se corresponde con el 296.5). En definitiva, codifica dos enfermedades distintas en un mismo código y, a su vez, repite código para una misma enfermedad (psicosis maniaco-depresiva (o trastorno bipolar) fase depresiva (296.5 y 296.3).

Si pensamos que tal circunstancia hace imposible la elección a un psicopatólogo experto, imaginemos lo que puede suponer para el responsable de la codificación de los datos de un hospital que, en la mayoría de los casos, nada tiene que ver con tal disciplina.

De hecho, en la nomenclatura de los códigos en el CMBD utilizada en la Comunidad de Madrid la confusión se evidencia aún más si cabe: el código 296.2, lo denomina como psicosis maniaco-depresiva circular, fase maníaca, mientras que en la CIE 9-MC esta entidad diagnóstica es un criterio de exclusión para dicho código (correspondiendo tal denominación al código 296.4). El código 296.3 lo define como psicosis maniaco-depresiva circular, fase depresiva (correspondiendo al código 296.5 de la CIE 9-MC).

En definitiva, cuando analizamos el cuarto dígito de la CIE-9-MC con los datos del CMBD y queremos establecer, por ejemplo, la carga asistencial que supone la depresión, los datos no van a ser del todo fiables. El investigador, a priori, contabilizará, entre otros, los casos de depresión mayor (296.2 y 296.3) pero, realmente, muchos de esos casos serán trastornos bipolares, entidad diagnóstica que nada tiene que ver con la anterior.

La CIE-9 aún y compendia numerosos modelos, por lo que con frecuencia, determinados tipos y categorías que aparecen se solapan. En esta propuesta se seguían manteniendo determinadas dicotomías muy vigentes por entonces. Una de ellas, es la psicótica/neurótica, junto a la cual se percibe claramente la psicológica (reactivo)/orgánica (endógena) y la diferenciación unipolar/bipolar. En palabras de Abril³⁵⁰: “Carece de criterios operativos claros, pero es de muy difícil manejo por especialistas de diferentes zonas culturales”. Numerosos autores criticaron esta clasificación^{351, 352}, aludiendo a la fuerte confusión y complejidad que subyace (categorías que se solapan, ausencia de criterios operativos claros...), debido a “un intento político de contentar y consensuar a psiquiatras de 50 países diferentes”³⁵³.

Como ya hemos dicho, el análisis de los GRD nos permite hacer comparaciones entre grupos de pacientes con complejidad similar. Ahora bien, la configuración de los GRD en psicopatología, que abarcan en determinados casos un amplio abanico de patologías, sobre todo en lo que se refiere al GRD 430 (psicosis), minimiza las posibilidades de análisis. Aún siendo insuficiente para explicar las variaciones en el grupo, permite comparar la actividad entre dispositivos. Se muestra útil en la evaluación de la gestión asistencial no tanto como utilidad para el clínico. Ahora bien, como hemos visto, en estudios ecológicos de este tipo que sirvan para detectar peculiaridades y sirvan como punto de partida de futuros estudios, más específicos, nos simplifica el trabajo dando una perspectiva general nada despreciable.

Por otro lado, cuando queremos dar explicación a los datos hallados y plantearnos futuras líneas de trabajo, la diferente nomenclatura que cada comunidad utiliza para designar sus actuaciones evidencia una mayor heterogeneidad y dificulta el análisis comparativo y, por ende, nuestra tarea.

Con estos comentarios, se da por concluido el capítulo de Discusión y pasamos por tanto a las Conclusiones.



VIII. Conclusiones

“Pero debo confesar también que el poder de la Naturaleza es tan amplio y vasto, y que estos principios son tan simples y generales, que casi no encuentro ningún efecto particular que no conozca de antemano que puede ser deducido de ellos de varias maneras diferentes, y que mi mayor dificultad consiste de ordinario en averiguar cuál de estas maneras es la verdaderamente adecuada”
DESCARTES.

Es necesario que las administraciones sanitarias de las CCAA establezcan criterios consensuados acerca de las características básicas de los sistemas de información en salud mental, y se establezca un único sistema que sirva para todo el territorio nacional y, por tanto, posibilite análisis comparativos interterritoriales, que sirvan para la planificación adecuada de los servicios de salud mental. Hasta entonces, el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH), utilizado en el presente trabajo, es una herramienta útil para el estudio epidemiológico en psicopatología y teniendo en cuenta la situación actual, junto con los GRD, la única herramienta que posibilita la comparabilidad de resultados.

Desde el inicio de la Reforma Psiquiátrica en 1985, este estudio supone la primera foto fija que se ha realizado de todo el territorio nacional de la asistencia hospitalaria en salud mental.

VIII.1. Epidemiología General.

Teniendo en cuenta los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental³⁵⁴ el número de estancias de hospitalización psiquiátrica en hospital general ha ido incrementándose desde el año 1992. En ese año se dieron 29762 ingresos en el total de las 84 unidades disponibles, aumentando progresivamente hasta el año 1996 que registra 45206 estancias en las 109 unidades disponibles. En nuestro caso, como hemos visto en los resultados, se dan un total de 69413 episodios de hospitalización de los cuales 56966 son estrictamente psicopatológicos. La progresión sigue siendo ascendente.

El análisis de las tasas calculadas ha puesto en evidencia una cierta distribución desigual de los ingresos psicopatológicos en España, mostrándonos diferencias territoriales importantes. La representación cartográfica ha sido útil, mostrándose como una herramienta esclarecedora que nos ha permitido exponer de forma visual los resultados. De esta forma, queda representado mediante mapas, por ejemplo, la menor incidencia de episodios de hospitalización por abuso de alcohol y drogas y trastornos mentales inducidos en el sur que en el norte del país.

El hecho de que dispongamos de datos de tratamiento ambulatorio en la CDM 20 (Observatorio Nacional sobre Drogas⁶⁰) y que estos sean contrapuestos a los aquí presentados, es decir, donde hay menos ingresos hospitalarios hay más admisiones a tratamiento ambulatorio, se muestra revelador. Es necesario determinar qué papel juega la distribución de los recursos (ej. dispositivos extra hospitalarios, la existencia de unidades hospitalarias específicas, etc.).

El Plan Nacional de Lucha contra las Drogas ha contribuido decisivamente a la homogeneización de la oferta asistencial. Sin embargo, en el caso de las drogodependencias son ocho las comunidades (Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, Castilla La Mancha, Extremadura, Galicia y Madrid) que tienen adscritos sus servicios a un plan y red específicos, separados de la red de salud mental, incluyendo centros específicos de atención a drogodependientes, además de diversas comunidades terapéuticas para la rehabilitación y reinserción de los casos con mayor desarraigo social, dependiendo del área de servicios sociales. Así mismo, la cobertura de las prestaciones frente a los problemas originados por el alcoholismo varía en función de las distintas comunidades. En dos comunidades (Andalucía y Baleares) las prestaciones no están integradas en la red de salud mental sino que se ofrecen a través de una red específica, generalmente bajo la cobertura de un Plan de Drogodependencias, dependiendo del área de servicios sociales, y en otra comunidad (Canarias) no se ofrecen ni a través de la red de salud mental ni a través de la red de drogodependencias, sino que se atiende en la red común sanitaria a través de atención primaria. En el resto de comunidades autónomas el dispositivo pertenece plenamente a la red de salud mental⁷⁸.

En el caso de los trastornos mentales graves, la cobertura es desigual en cuanto se refiere a los programas de prevención de las recaídas y de rehabilitación psicosocial. El proceso de reforma, que ha afectado profundamente en las dos últimas décadas al sistema de prestación de servicios en el campo de la salud mental, ha seguido un ritmo desigual en las distintas comunidades en función, entre otros factores, por un lado de la disponibilidad de alternativas a la institucionalización del paciente, y por otro lado, de servicios de rehabilitación y reinserción socio-laboral.

Los datos son concordantes con las deficiencias reflejadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2002) respecto a los recursos, y así vemos: un excesivo peso del hospital psiquiátrico en Extremadura, o de las estructuras de media y larga estancia en La Rioja; insuficiencias en el desarrollo del modelo comunitario de atención en el País Vasco; deficiencias en el proceso de reforma de los hospitales psiquiátricos en Baleares⁷⁸.

Aunque necesite comprobación empírica, hemos visto como el estado de la reforma psiquiátrica juega un papel crucial en la incidencia de los episodios de hospitalización en salud mental. Reducir las camas psiquiátricas sin aumentar los recursos en la asistencia comunitaria puede tener como resultado un número creciente de admisiones breves como han demostrado otros estudios internacionales³⁵⁵.

Quedaría por indagar la influencia de los factores socioeconómicos en tales desigualdades.

VIII.1.1. Diagnóstico Principal según CIE-9-MC.

Los hospitales españoles acogen en su mayoría a los pacientes agudos. La mayoría de los ingresos se debe a lo que se conoce como “enfermedad mental grave”, casi la mitad de los ingresos son catalogados de psicosis y de estos las entidades nosológicas más frecuentes son las de sintomatología positiva, entidades que representan en mayor medida una ruptura con la realidad.

En el caso del abuso de sustancias, la mayoría de los ingresos son consecuencia del abuso de alcohol primando las dependencias frente a las psicosis. A lo largo de los años han proliferado los recursos comunitarios para atender los problemas derivados del consumo de drogas no así para el caso del abuso de alcohol lo que supone una sobrecarga hospitalaria, especialmente en las CCAA donde no existe una prestación específica.

VIII.1.2. Estancias Hospitalarias.

Como era de esperar, para los trastornos mentales “puros” tanto la estancia hospitalaria como la edad de ingreso es más elevada que para el abuso de drogas/alcohol y trastornos mentales derivados de su consumo.

Las diferencias más acusadas dependen, en gran medida, de la psicopatología. Los ingresos por psicosis requieren el doble de estancia que los casos de neurosis y entre éstos el subtipo marca las diferencias.

VIII.2. Influencia de Género en los Ingresos Psiquiátricos.

En líneas generales, se producen más ingresos masculinos que femeninos siendo la diferencia entre sexos más acusada en los ingresos derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

Parece que los episodios de hospitalización presentan patrones diferenciales, según sean pacientes masculinos o femeninos. Los hombres presentan una tendencia hacia los cuadros esquizofrénicos y trastornos de la personalidad, mientras que las mujeres presentan una mayor tendencia hacia los cuadros relacionados con la esfera afectivo-emocional, psicosis afectivas y trastornos neuróticos.

Las diferencias de género respecto al diagnóstico se mantienen en el análisis de los subtipos. Aunque se afirma que la esquizofrenia se distribuye de forma similar en ambos sexos, el porcentaje de ingresos en los servicios de salud mental hospitalarios es mayor en los hombres. Aunque en ambos sexos prima la esquizofrenia paranoide, en los hombres toma más peso. En el caso de las mujeres destacan en mayor medida los trastornos esquizoafectivos.

Del mismo modo, se hace patente una clara diferencia tipológica según género en las psicosis afectivas y trastornos neuróticos. La mayoría de los ingresos son de mujeres. En las psicosis afectivas, en los hombres, el peso fundamental es para el trastorno bipolar en fase maníaca mientras que en las mujeres toma más peso el trastorno depresivo mayor. En los trastornos neuróticos, aunque para ambos sexos, el diagnóstico en importancia es la depresión neurótica, en los hombres toman más peso los estados de ansiedad y los trastornos obsesivo-compulsivos mientras que en las mujeres lo hace la depresión y la histeria.

En la CDM 20, como hemos visto, la mayoría de los ingresos son masculinos, apreciándose diferencias de género en las psicosis inducidas; siendo más frecuente en los hombres las psicosis por alcohol y en las mujeres las psicosis por drogas. En este caso las diferencias se relacionan directamente con los hábitos de consumo.

Hemos visto como los factores socioculturales no pueden desvincularse del estudio de género. Es indispensable continuar profundizando en el análisis de los factores sociales y culturales implicados en las características que adquiere la hospitalización en la enfermedad mental.

Igualmente, se constatan diferencias según género en la edad del paciente en el momento del ingreso y en el tiempo que permanece ingresado. Los pacientes masculinos presentan una edad media inferior y van a permanecer, por norma, menos tiempo ingresados. Para ambas variables, las diferencias son más destacadas en los trastornos mentales propios que en los derivados del consumo de sustancias.

El análisis de los subtipos muestra prácticamente el mismo patrón. Sólo en los casos donde el porcentaje se acerca en ambos sexos o inclusive es mayor para los hombres, no se aprecian grandes diferencias respecto a la duración de la estancia hospitalaria.

Podemos concluir que existe un patrón típico de comportamiento en los episodios de hospitalización de la enfermedad mental y que éste radica en el género. En la mayoría de los

episodios de hospitalización podemos observar un mismo patrón, una mayor frecuencia de casos masculinos, una elevada tasa de incidencia para el género masculino, una edad media y una estancia media de los pacientes masculinos inferior a la de los pacientes femeninos.

Para mejorar la calidad asistencial, es necesario incorporar la mirada de género al estudio epidemiológico en salud mental, aclarar el por qué de estas diferencias; si existe o no variabilidad de género en la práctica clínica o si se debe a que la mujer acude más tarde al sistema y/o recurre en mayor medida a los servicios extra hospitalarios; si existe una mayor tolerancia a sus síntomas y/o mejor funcionamiento social y/o una aparición más tardía de la enfermedad. La perspectiva de género puede seguir aportando conocimientos que contribuyan además al diseño de estrategias preventivas.

VIII.3. Influencia del Área en los Ingresos Psiquiátricos.

En España existe una importante variabilidad territorial en la distribución de la incidencia de los episodios de hospitalización psiquiátricos. Hay una probabilidad diferente de ingresar por trastorno mental según la zona donde se resida. Este hecho tiene importantes implicaciones en la planificación de servicios, dado que aconsejaría estimar la necesidad de recursos teniendo en consideración las características de la zona geográfica de referencia. La importancia de variables específicas de la zona geográfica ha sido puesto en evidencia recientemente en nuestro medio, concretamente en Cataluña²⁴⁰.

En la **CDM 19**, el orden de frecuencia de los *diagnósticos principales* por comunidades es por lo general equiparable -pudiéndose establecer agrupaciones territoriales en función al orden de frecuencias de los diagnósticos más relevantes- mientras que la incidencia y distribución porcentual muestra una variabilidad interterritorial amplia. De esta forma, en la mayoría destaca la psicosis esquizofrénica como la primera causa de episodio de hospitalización y en segundo lugar las psicosis afectivas. En algunas comunidades, como es el caso de Andalucía y Cantabria, la tasa de incidencia de trastornos esquizofrénicos duplica la tasa de psicosis afectiva, mientras que en otras, como en Aragón y Cataluña, las tasas son similares.

Así, en Extremadura, Cataluña y Ceuta toman más peso los diagnósticos relacionados con la esfera afectiva, ocupando el primer puesto en el orden de frecuencias las psicosis afectivas.

La Rioja se muestra como un caso a parte, singular, que no registra incidencia para los trastornos esquizofrénicos y donde la mayoría de los ingresos se deben a síntomas generales.

Del mismo modo, para la **CDM 20**, la incidencia interregional es desigual. Aunque en líneas generales el alcohol es la razón de la mayoría de los ingresos, en Andalucía, Canarias y Comunidad Valenciana son más frecuentes los ingresos por drogas. En Baleares y Melilla, a pesar de que predominan los ingresos debidos al abuso de alcohol, las diferencias entre los ingresos por alcohol y drogas no son tan amplias.

Hay que señalar que la desigualdad entre las tasas autonómicas no se traduce necesariamente en una desigualdad en la magnitud del problema. La desigualdad puede también explicarse por una desigualdad interautonómica en la oferta o utilización de servicios o simplemente por diferencias en la cobertura del sistema. A veces, como hemos visto, las discrepancias pueden estar relacionadas con la administración y/o gestión de los casos y/o codificación y registro de la información.

Ciertamente, las diferencias apreciadas en la distribución territorial de los diagnósticos, no pueden ser explicadas por razones estrictamente epidemiológicas, es evidente que, además de las ya citadas, las características socioculturales, el estado de la reforma psiquiátrica en las diferentes comunidades, son variables que juegan un papel importante.

Igualmente, los resultados muestran una variabilidad amplia, según región, respecto a los valores de edad y estancia hospitalaria. Así, un paciente con trastorno mental estará más o

menos tiempo ingresado dependiendo de la región donde viva. Navarra es la comunidad que presenta las estancias más largas en las tres entidades diagnósticas más relevantes.

A veces las unidades hospitalarias se convierten, por falta de recursos comunitarios, en unidades de larga estancia, habría que comprobar si a menores recursos hay mayores estancias y/o si las estancias son más prolongadas en los casos donde existen más unidades hospitalarias específicas de salud mental. Concretamente, ya hemos visto como Navarra es una comunidad infradotada respecto a número de profesionales.

VIII.4. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico.

Los GRD han mostrado su pertinencia para considerarlos, desde varias ópticas, como una unidad de análisis estadístico útil en el campo de la salud mental. Los datos hallados mediante su análisis se han mostrado generalmente concordantes con los resultados obtenidos con la exploración del CMBDAH.

Así, la distribución de los ingresos según GRD se muestra con rasgos diferenciales en cuanto al género, mostrando consonancia con los datos obtenidos respecto al diagnóstico principal.

Igualmente, en el estudio por comunidades, se aprecia cómo existen diferencias en las tasas de episodios de hospitalización según GRD, detectando diferencias importantes intercomunidades, pudiéndose hablar de agrupaciones territoriales. En los GRD más frecuentes, el Principado de Asturias, las Islas Baleares y Aragón presentaron tasas elevadas.

Los GRD 430, psicosis; GRD 428, trastornos de la personalidad y del control de los impulsos y GRD 429, alteraciones orgánicas y retraso mental, presentaron un comportamiento similar atendiendo a: una tasa de incidencia mayor para el género masculino que para el femenino, una edad media de los casos masculinos inferior a la de los femeninos siendo éstas, precisamente, las que soportan estancias más prolongadas.

Por otro lado, los GRD relacionados con el abuso de drogas/alcohol nos permiten realizar estimaciones de los ingresos codificados por tipo de consumo y por la existencia o no de complicaciones y/o comorbilidades completando los datos que podamos obtener de los indicadores del Observatorio Nacional sobre Drogas.

El análisis por GRD de esta categoría confirma resultados hallados en el análisis según diagnóstico principal. Así, los GRD más frecuentes corresponden a los ingresos codificados como abuso o dependencia de alcohol. En Melilla, por ejemplo, destacó la alta incidencia de abuso de sustancias, sin complicaciones, en contraste con la nula incidencia de abuso con complicaciones. Por el contrario, Asturias destacó por abuso de sustancias con complicaciones.

Este análisis, nos permite considerar la influencia de una variable importante en estos casos, los pacientes que han pedido el alta voluntaria, variable extraña que interfiere en la duración de las estancias hospitalarias.

Los GRD que corresponden al abuso de drogas y alcohol, al ser un fenómeno tan plástico, están sujetos a los cambios en los estilos de vida y necesitan, por tanto, de estudios longitudinales que analicen la evolución a lo largo del tiempo teniendo en cuenta estos cambios en los hábitos de consumo y los nuevos recursos y tratamientos que se incorporen.

Los tres índices multivariantes creados mediante el ACP (volumen asistencial, gestión de los episodios de hospitalización y atención de los abusos y consumo de drogas) han permitido señalar las áreas más complejas respecto a la atención a la salud mental. Nos han permitido establecer agrupaciones o cluster territoriales, clasificando a las distintas áreas en función de un conjunto amplio de indicadores.

Una conclusión que se deriva de lo anterior sería la reorganización de los dispositivos sanitarios en salud mental para atender y contener esas dificultades que separan unas comunidades de otras. Queda por dilucidar cuáles serían las causas que motivan esas diferencias regionales y si es plausible la hipótesis de la influencia de factores socioeconómicos y/o socioculturales, cuál es el impacto de la variabilidad en la práctica clínica en los resultados constatados y de qué forma, específica, influye la diferencia de recursos en la presión asistencial.

En definitiva:

- La aplicación de la reforma psiquiátrica ha seguido una trayectoria muy desigual en las CCAA de nuestro país, con marcadas diferencias tanto en la organización como en la tipología de servicios de atención hospitalaria, con un grado muy dispar en cuanto a su desarrollo estructural y a su implantación temporal, lo que da lugar a grandes desigualdades en la prestación de servicios.

Las últimas transferencias sanitarias se han culminado por iniciativa del gobierno central, a diferencia de las primeras diez transferencias, y han estado muy mediatizadas por el cambio de modelo de financiación autonómica de 2002. Aunque es pronto para sopesar cómo se contrapesan ventajas e inconvenientes de la descentralización completa, la inexistencia de este tipo de estudios, previo a las transferencias, hace necesario los esfuerzos ligados a la evaluación de la situación de la realidad de la salud mental en nuestro país.

Teóricamente las CCAA podrán traducir legislativamente sus prioridades entre salud y otros bienes, y entre grupos de población dentro del sistema de salud, y podrán experimentar innovaciones organizativas que mejoren la gestión de sus respectivos sistemas de salud²⁴², debería evaluarse el resultado cuando haya transcurrido un plazo razonable y valorar comparativamente y de forma objetiva las consecuencias de tal descentralización.

De momento se constata que hay diversidad regional, preexistente a las transferencias de 2002 en acceso, recursos y carga asistencial. No parece que las CCAA recién despedidas del INSALUD hayan acometido reformas organizativas en profundidad.

- El aumento progresivo del número de ingresos hospitalarios en salud mental en los últimos años puede indicarnos carencias respecto a la evolución del proceso de reforma. El cierre de los antiguos hospitales psiquiátricos no ha ido acompañado de un aumento en el nº de recursos comunitarios, lo que repercute en una sobrecarga asistencial.
- Las diferencias encontradas entre las distintas CCAA nos indica que este proceso ha sido desigual, que hay comunidades más complejas, y que a las diferencias de recursos hay que añadir peculiaridades que posiblemente se

relacionen más con características socioculturales inherentes, factores demográficos, la variabilidad en la práctica clínica y/o gestión y codificación de la información. Es importante indagar más ampliamente sobre algunas peculiaridades detectadas tales como: mayor incidencia en Baleares respecto al resto de trastornos neuróticos no especificados, la incidencia de disfunción eréctil en los hombres en Cataluña o la singularidad que muestra La Rioja.

- La distribución de recursos en las unidades de hospitalización breve en las distintas comunidades autónomas no es siempre acorde con el volumen de episodios de hospitalización que soportan.
- La disparidad respecto a la duración en la estancia hospitalaria entre las distintas comunidades merece un estudio más amplio. Habría que comprobar si a menores recursos hay mayores estancias y/o si las estancias son más prolongadas en los casos donde existen más unidades hospitalarias específicas de salud mental.
- Los episodios de hospitalización muestran rasgos diferenciales según sexo tanto en el diagnóstico principal como en la edad de ingreso y tiempo que el paciente permanece ingresado. La diferencia tan dispar en la Ciudad Autónoma de Melilla respecto a la presencia por sexos de determinados diagnósticos nos indica, en su máximo exponente, la necesidad de realizar análisis desde una perspectiva de género, teniendo en cuenta las influencias que ejercen los roles que asumen hombres y mujeres.
- El análisis de los GRD se ha mostrado útil, siendo generalmente congruente con los resultados obtenidos del CMBDAH. Teniendo en cuenta la situación actual respecto a los sistemas de información vigentes en nuestro país, los resultados obtenidos de la explotación de los datos del CMBDAH y GRD es la única información útil para gestionar los recursos de forma equitativa en función de las necesidades reales estimadas.
- El análisis multivariante (ACP) es un método útil que nos ha permitido sintetizar y dar sentido a tan amplia información, característica de este tipo de estudios ecológicos. Nos ha permitido establecer, con un conjunto amplio de indicadores, el nivel de complejidad asistencial de cada CCAA. Se necesitan de análisis que expliquen el por qué de tales diferencias.
- El desarrollo de la salud mental en nuestro país depende, en gran medida, de estudios epidemiológicos que arrojen luz a los partícipes del sistema (políticos, gestores, profesionales, asociaciones de enfermos,...) que den a conocer las diferencias injustas y las diferencias inherentes y posibilite la distribución equitativa y racional de los recursos. Esto no será posible si tras el proceso de transferencias sanitarias no somos conscientes de que para progresar tendremos que combinar los beneficios de esa independencia adquirida con la transparencia y fiabilidad de los datos, siendo sólo posible si partimos de la coordinación y cohesión intercomunitaria.

- Es necesario realizar estudios periódicos que permitan el análisis de los episodios de hospitalización en sentido longitudinal, así como controlar y unificar criterios en la codificación de los datos que incluyan los cambios y criterios nosológicos actuales, especialmente en el caso de los trastornos afectivos.
- Al igual que en el caso de las toxicomanías, con el Plan Nacional sobre Drogas, donde se han establecido indicadores que han permitido valorar la evolución del consumo en nuestro país y considerar las necesidades que marcan dichas pautas; se hace necesario establecer indicadores unánimes, enmarcados dentro de un Plan Nacional de Salud Mental, para analizar la evolución de la asistencia y facilitar la integración del sistema de salud mental en el sistema sanitario público reduciendo las diferencias que siguen existiendo respecto a otras especialidades.
- Sería interesante poder evaluar qué ingresos han sido derivados de los centros de salud mental y cuáles han accedido por los servicios de urgencias hospitalarios; qué diferencias culturales, demográficas y de capacidad de respuesta de los CSM existen en las diferentes comunidades españolas.
- Es necesario orientar y aunar esfuerzos para establecer un sistema de información específico en salud mental que sea similar para todas las comunidades autónomas y que permita obtener resultados comparables tanto hospitalarios como extrahospitalarios.

Todo proceso evaluativo debe responder a preguntas tales como: ¿cuántos individuos han establecido contacto con los servicios asistenciales?, ¿qué tipo de contacto establecen?, ¿cuáles son las tendencias de utilización que se observan a lo largo del tiempo?. Estas preguntas sólo se pueden contestar si se dispone de un registro acumulativo de casos que incluya toda la red sanitaria³⁵⁶. La evaluación del sistema de servicios de salud mental no es posible si no se realiza mediante la conexión de la información que proviene de los diferentes dispositivos.

Igualmente, como nos plantea Garrido, Salvador-Carulla, Salinas y Almenara¹⁹, para establecer un buen mapa de asistencia es necesario conocer:

- Política de Salud Mental: legislación, presupuestos, órganos de gestión.
- Características territoriales del espacio a organizar: zonificación sanitaria general y específica en Salud Mental.
- Características demográficas: distribución de la población, estructura de la población, movilidad de la población, indicadores socioeconómicos.
- Morbilidad psiquiátrica: en función de la información procedente de los sistemas de información de salud mental, tanto hospitalarios como ambulatorios, a la población atendida.

- Distribución territorial de los recursos de atención a la Salud Mental (dispositivos y profesionales) en función del mapa sanitario y de las infraestructuras básicas de transporte mediante isócronas.

Para llegar a tales metas es imprescindible la coordinación y cooperación entre los organismos oficiales que planifican y gestionan la salud mental en las distintas autonomías. Sin ello, no se podrá avanzar en el desarrollo de la salud mental de nuestro país, se seguirá manteniendo la opacidad de la información y no se distribuirán los recursos en función de las necesidades reales. La falta de respuesta de las administraciones competentes y las diferencias detectadas respecto a los pocos informes oficiales es un mal síntoma para lograr tales propósitos.



IX. Bibliografía

1. World Health Organization. **The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope.** Geneva: World Health Organization; 2001b.
2. World Health Organization. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report.** Geneva: World Health Organization; 2004b.
3. Eddy M. **Prevention of conduct disorders, violence and aggression.** En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S. Editores. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford: Oxford University Press; 2005.
4. Jané-Llopis E, Muñoz R, Patel V. **Prevention of depression and depressive symptomatology.** En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S. Editores. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford: Oxford University Press; 2005.
5. Hosman C, Dadds M, Raphael B. **Prevention of anxiety disorders.** En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S. Editores. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford: Oxford University Press; 2005.
6. Killackey E, et al. **Early prevention in psychosis.** En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S. Editores. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford: Oxford University Press; 2005.
7. Anderson P, Biglan A, Holder H. **Preventing the harm done by substances.** En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S. Editores. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford: Oxford University Press; 2005.
8. Hosman C, Wasserman D, Bertelotte J. **Suicide prevention.** En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S. Editores. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford: Oxford University Press; 2005.
9. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos G. **Prevalence of psychiatric disorders in Athens: a community study.** *Soc Psychiatry* 1986; 21: 172-181.
10. Vázquez-Barquero JL, Díez JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menéndez J, et al. **A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity.** *Psychol Med* 1987; 17: 227-241.
11. Seva A, Magallón R, Sarasola A, Merino JA. **SAMAR'89; Proyecto epidemiológico psiquiátrico en Zaragoza.** Zaragoza: Diputación General de Aragón; 1990.
12. Seva A, Civeira JM. **Análisis higiénico-sanitario de salud mental en Soria.** Soria: Publicaciones de la Excma. Provincia de Soria; 1982.
13. Díez JF, et al. **Metodología de la investigación epidemiológica comunitaria: a propósito del estudio general de Cantabria.** En: Seva A. Editor. *Epidemiología psiquiátrica. Vol I.* Zaragoza: Publicaciones de la Universidad de Zaragoza; 1984.
14. Mateos R, Rodríguez A. **Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega.** Santiago: Colección Saude Mentale. Servicio Galego de Saude Xunta de Galicia; 1989.
15. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Domenech J, Martín S. **Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona).** *Inf Psiq* 1990; 120: 1111-1130.
16. Villaverde ML, Gracia R, De la Fuente J, González de Rivera JL, Rodríguez Pulido F. **Estudio comunitario de salud mental en población urbana en Tenerife.** En: González de Rivera JL, Rodríguez Pulido F, Sierra A. Editores. *El método epidemiológico en Salud Mental.* Barcelona: Masson/Salvat; 1993. p. 187-199.
17. Santiago A, Vázquez-Barquero JL, Díez JF. **El rol femenino como determinante de la salud mental de las mujeres de la población general de Cantabria.** *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994; 22(5): 218-229.

18. Gili M, Ferrer V, Roca M, Bernardo M. **Diferencias de género en un estudio epidemiológico de salud mental en población general de la Isla de Formentera.** *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1998; 26(2): 90-96.
19. Garrido M, Salvador-Carulla L, Salinas JA, Almenara J. **Atlas de salud mental de Andalucía 2005.** Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. En prensa 2005.
20. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. **Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España.** *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (12): 445-451.
21. Goldberg DP, Huxley P. **Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care.** London: Tavistock; 1980.
22. Almenar FD, Gómez M, Romaguera A, Sánchez P, Morillo C, Palomar O. **Enfermedad mental en asistencia primaria en la Comunidad Valenciana.** *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1988; 16: 18-36.
23. Padierna JA, et al. **La morbilidad psiquiátrica en la atención primaria.** *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1988; 24: 21-29.
24. Zuazo JI, Marín Zurimendi JA, Arrese JL. **Bases técnicas para la reforma de la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco.** Departamento de Sanidad y Consumo. Dirección de Asistencia Sanitaria. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1990.
25. Markez I. **Detección de morbilidad psiquiátrica en atención primaria de salud.** Serie Tesis. Universidad del País Vasco/EHU; 1993.
26. Pérez-Echeverría MJ, GEMPZZ. **Evaluación multiaxial de pacientes en atención primaria: el estudio epidemiológico de Zaragoza.** En: XXIX Congreso Nacional Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Zaragoza; 1993.
27. Institute of Medicine. **Utilization management by third parties: controlling costs and changing patient care? The role of utilization management.** Washington DC: Institute of Medicine; 1989.
28. Lehtinen V, Riihonen E, Lahtinen E. **Promotion of mental health on the European agenda. Report.** Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Department for prevention and promotion; 2000.
29. Anthony JC, Eaton WW, Henderson AS. **Looking to the future in psychiatric epidemiology.** *Epidemiol Rev* 1995; 17(1): 240-242.
30. Herrán A, Sierra-Biddle D, Vázquez-Barquero JL. **La enfermedad psiquiátrica: concepto, clasificación, epidemiología.** *Medicine* 1999; 7(106): 4931-4941.
31. Borges G, Medina ME, López Moreno S. **El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales.** *Salud Publica Mex* 2004; 46(5): 451-463.
32. Babor TF, Brown J, Del Boca FK. **Validity of self-reports in applied research on addictive behaviours: fact or fiction?** *Behav Assess* 1990; 12(1): 5-31.
33. Kessler RC, Wittchen HU, Abelson I, Zhao S. **Methodological issues in assessing psychiatric disorders with self-reports.** En: Stone AA, Turkkan JS, Bachrach CA, Jobe JB, Kurtzman HS, Cain VS. Editores. *The science of self-report: implications for research and practice.* Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2000.p. 229-255.
34. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. **The NIMH Epidemiologic Catchments Area Program. Historical context, major objectives, and study population characteristics.** *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41(10): 934-941.

-
35. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. **Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.** Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
 36. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. **Epidemiology of mental disorders in Spain: methods and participation in the ESEMeD-Spain Project.** Actas Esp Psiquiatr 2003; 31(4): 182-191.
 37. Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. **Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI.** Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 523-530.
 38. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M. **Mental disorder and medical conditions. A community study in a small island in Spain.** J Psychosom Res 2001; 50: 39-44.
 39. Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, Fuhrer R, Kivela SL, Lawlor BA, et al. **Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres.** Br J Psychiatry 1999; 174: 339-345.
 40. Andersen K, Launer LJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR, et al. **Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: the EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group.** Neurology 1999; 53: 1992-1997.
 41. Mateos R, González F, Páramo M, García MC, Carollo MC, Rodríguez-López A. **The Galicia study of mental health of the elderly I: general description of methodology.** Int J Methods Psychiatr Res 2000; 9: 165-173.
 42. Mateos R, Páramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. **Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain).** Subst Use Misuse 2002; 37: 1957-1976.
 43. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. **Depression research in European society study gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies.** Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; 252(5): 201-209.
 44. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al., and the ODIN Group. **Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study.** Br J Psychiatry 2001; 179: 308-316.
 45. Lehtinen V, Michalak E, Wilkinson C, Dowrick C, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, et al. **Urban-rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe-evidence from the ODIN study.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38(6): 283-289.
 46. Salvador-Carulla L, Garrido M. por el grupo Psicost/RIRAG. **Conjunto básico de indicadores de salud mental en el ámbito europeo y español. La experiencia PSICOST/RIRAG.** [CD-ROM]. En: XXII y XXIV Jornadas de Economía de Salud; 2004.
 47. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Editores. **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences, clinical psychiatry.** 7ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1994.
 48. Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. **The global burden of disease 2000 project: aims, methods, and data sources.** Geneva: World Health Organization; 2001.
 49. Jablensky A, Kalaydjieva L. **Genetic epidemiology of schizophrenia: phenotypes, risk factors, and reproductive behaviour.** Am J Psychiatry 2003; 160(3): 425-429.
 50. Van Os J, McGuffin P. **Can the social environment cause schizophrenia?** Br J Psychiatry 2003; 182 (4): 291-292.

51. Jablensky A, McGrath J, Herrman H, Castle D, Gureje O, Evans M, et al. **Psychotic disorders in urban areas: an overview of the study on low prevalence disorders.** Aust NZ J Psychiatry 2000; 34: 221-236.
52. Frangous S, Murray RM. **Pharmacological treatment strategies.** En: Schizophrenia, London: Martín Dunita; 2000. p. 48-59.
53. Geddes JR, Lawrie SM. **Obstetric complications and schizophrenia: a meta-analysis.** Br J Psychiatry 1995; 167(6):786-93.
54. McNeil TV. **Prenatal risk factors and schizophrenia: selective review and methodological concerns.** Epidemiol Rev 1995; 17(1): 107-12.
55. Warner, R. **The prevention of schizophrenia: what interventions are safe and effective?** Schizophr Bull 2001; 27(4): 551-562.
56. Torrey EF, Bowler AE, Clark K. **Urban birth and residence as risk factors for psychoses: an analysis of 1880 data.** Schizophr Res 1997; 25(3): 169-76.
57. Vázquez-Barquero JL, Cuesta MJ, De la Varga M, Herrera S, Gaite L, Arenal A. **The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings.** Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 156-162.
58. World Health Organization. **Global status report: alcohol policy.** Geneva: World Health Organization; 2004a.
59. World Health Organization. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life style.** Geneva: World Health Organization; 2002c.
60. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). **Indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad del Observatorio Español sobre Drogas.** Madrid: DGPNSD; 2002. Informe 2001.
61. Mann A. **The evolving face of psychiatric epidemiology.** Br J Psychiatry 1997; 171: 314-318.
62. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. **Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 Rema Lapuse Lecture.** Am J Public Health 1982; 72(11): 1271-1279.
63. Merikangas KR. Editor. **The next decade of psychiatric epidemiology.** Int J Methods Psychiatric Res 1999; 8: 1-5.
64. Eaton WW, Merikangas KR. **Psychiatric epidemiology: progress and prospects in the year 2000.** Epidemiol Rev 2000; 22(1): 29-34.
65. Susser M. **Should the epidemiologist be a social scientist or a molecular biologist?** Int J Epidemiol 1999; 28(5): S1019-S1022.
66. García-Silverman S. **Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental.** Salud Publica Mex 2002; 44: 289-296.
67. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, González-Vázquez T. **Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural en México.** Salud Publica Mex 2003; 45: 19-26.
68. Wittchen HV. **Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research –the NAPE lectura 1999.** Acta Psychiatr Scand 2000; 101(1): 2-10.
69. Henderson S. **Epidemiology of mental disorders: the current agenda.** Epidemiol Rev 2000; 22(1): 24-28.

70. Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F. **La salud mental en España: ¿Cenicienta en el país de las maravillas?** En: Cabasés JM, Villalba JR, Aibar C. Editores. Informe SESPAS 2002: invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública. 5ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002. p. 301-326.
71. Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. **Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención en salud mental.** Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1985; 13: 204-222.
72. Astrain MV. **La intervención comunitaria en la atención a los enfermos psiquiátricos.** En: XV Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Bilbao; 1998.
73. Ley 14/1986 de 25 de abril, **Ley General de Sanidad.** (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 25-04-1986).
74. Aparicio-Basuri V. **Evaluación de servicios de salud mental.** Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
75. Aparicio V. **El declinar de una reforma devaluada.** GOZE 1999; 3(6): 29-34.
76. Espino A. **La salud mental en los noventa: guía para la discusión.** Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1995; 15(55): 735-745.
77. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. **Sistema de información en salud mental. Indicadores año 1996.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
78. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Informe de situación de salud mental.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
79. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). **Grupo de trabajo de la AEN sobre prestaciones y calidad asistencial. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad.** Madrid: AEN; 2000. Cuadernos Técnicos: 4.
80. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). **El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España.** Publicaciones de la AEN 2005; 93 (enero-marzo): 3645-3725.
81. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de **Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.** (Boletín Oficial del Estado, número 128, de 29-05-2003).
82. World Health Organization. **Mental health atlas 2005.** Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: WHO; 2005. [en línea] [fecha de acceso 20 de septiembre de 2006]. URL disponible en: <http://www.cvdinfobase.ca/mh-atlas/>
83. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Informe de situación de salud mental.** Observatorio del Sistema Nacional de Salud. [en línea] 2002 [fecha de acceso 21 de septiembre de 2006]. URL disponible en: http://www.infodisclm.com/documentos/salud/informe_salud_mental.pdf.
84. Muñoz PE, Ferreira A, Reneses B. **Asistencia psiquiátrica, sistemas de información y gestión clínica de pacientes.** En: I Congreso Virtual de Psiquiatría; febrero 2000.
85. García J. **Estructuras intermedias y atención comunitaria.** Psiquiatría Pública 1991; 3(2): 71-99.
86. Harris M, Bergman H. **Clinical case management for the chronically mentally ill: a conceptual analysis.** En: Harris M, Bachrach L. Editores. Clinical case management: new directions for mental health services. San Francisco: Jossey-Bass; 1988. p. 5-13.

87. Igartua J, Iraurgi I, Páez D, Velorio MJ. **Enfermedad mental: grupo de autoayuda e integración social**. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1994. Colección Cuadernos para la Integración Social: 6.
88. Markez I, Póo M, Ariño J, Córdoba S, Merino C, Romera C. **Atención comunitaria de la enfermedad mental**. Bilbao: Ararteko; 2000. Informe Extraordinario del Parlamento Vasco.
89. Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM). **La atención a la salud mental en Madrid hoy, análisis, reflexiones y planteamientos de futuro**. Madrid: Mineo; 1998.
90. Repullo. **Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico**. Revista de Administración Sanitaria 1998; 7: 36-63.
91. Ahicart C. **Sistemas de información hospitalarios. Desarrollo actual y perspectivas de futuro**. Todo Hosp 1996; 132: 21-27.
92. World Health Organization. **Health information system**. Copenhagen: WHO; 1973.
93. Del Río Mata J. **La normalización de los sistemas de codificación**. En: Jornadas de Sistemas de Información Sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico del SAS. Motril (Granada); 1992.
94. Navarro H, Pastor V. **Sistemas de Información**. En: Temes JL, Pastor V, Díaz JL. Editores. Manual de gestión hospitalaria. Madrid: Interamericana-McGrawHill; 1992.
95. Rodríguez JR. **¡Que viene el manager care!** El Médico 1996; 623: 10-23.
96. Martínez Navarro FJ. **Evolución del concepto de epidemiología**. Rev San Hig Pub 1977; 51: 1001-1008.
97. Bernabeu J. **Marcelino Pascua desde la perspectiva histórica**. En: I Encuentro Marcelino Pascua. Estadísticas demográfico-sanitarias. Madrid 1991. Centro Nacional de Epidemiología; 1992.
98. Pascua M. **Organización del servicio de estadísticas sanitarias y su utilización**. I Congreso Nacional de Sanidad. Tomo III. Madrid; 1935.
99. García F, Segura A, Godoy C. **Estadísticas de mortalidad en España: pequeños problemas, grandes perspectivas**. Revis Salud Pública 1991; 2: 43-66.
100. Clavero G. **La obra de Marcelino Pascua en su entorno**. En: I Encuentro Marcelino Pascua. Estadísticas demográfico-sanitarias. Madrid 1991. Centro Nacional de Epidemiología; 1992.
101. García Álvarez M. **Historia del Instituto Nacional de Estadística, 1945-1981**. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1981.
102. Almenara J, Silva LC, Benavides A, García Ortega C, González Caballero JL. **Historia de la Bioestadística: la génesis, la normalidad y la crisis**. Cádiz: Quórum Editores; 2003.
103. Robles E, García F, Bernabeu J. **La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990**. Rev Esp Salud Publica 1996; 70: 221-233.
104. Lorenzo JA. **La red de hospitales**. En: Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública. Editores. La sanidad española a debate. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública; 1990.
105. Piedrola G, Trincado P, Vos Saus R. **Hospitales**. En: Pumarola A, Piedrola G, González F, Del Rey Calero J, et. al. Editores. Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Madrid: AMARO; 1983.
106. Díaz JL, Temes JM. **La reforma hospitalaria**. En: Temes JL, Pastor V, Díaz JL. Editores. Manual de Gestión Hospitalaria. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1992.

107. Gómez López LI, Aibar C. **Sistema sanitario español: Ley General de Sanidad.** En: Piedrola G, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A, Sáenz MC, et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* Barcelona: Salvat Editores; 1989.
108. Compañ L, Portella E, García AM. **¿Cuánto y cómo estamos utilizando la encuesta de morbilidad hospitalaria?** *Gac Sanit* 1995; 9: 354-362.
109. Benavides FG, Segura A. **Grupo de trabajo sobre sistemas de información en Salud Pública. La reconversión de la vigilancia epidemiológica en vigilancia de Salud Pública.** *Gac Sanit* 1995; 9: 53-61.
110. Rivero A. **Proyecto de desarrollo del Conjunto Mínimo Básico de Datos en el Sistema Nacional de Salud.** En: *Jornadas sobre Sistemas de Información Sanitaria en el SAS; Motril (Granada).* Granada: SAS; 1992.
111. Servicio Andaluz de Salud. Servicio de Información y Estadística. **Manual de instrucciones del Conjunto Mínimo de Datos al Alta Hospitalaria.** Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 1993.
112. Department of Health Education and Welfare (DHEW). National Committee on Vital and Health Statistics. **Uniform Hospital Discharge Data Minimum Data Set.** Hyattsville, MD: US Department of Health, Education and Welfare; 1980.
113. Lambert PM, Roger FH. **Hospital Statistics in Europa.** Amsterdam: North Holland; 1982.
114. Organización Mundial de la Salud. **Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena revisión. Modificación clínica.** 2ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.
115. Thornicroft G, Tansella M. **The mental health matrix: a manual to improve services.** Cambridge: University Press; 1999.
116. Guimón J, Baro FCJ, Becker T, Breier P, Czabala JC, Dilling H et. al. **Grupo de trabajo de la OMS sobre evaluación en salud mental: reflexiones tras una experiencia de tres años.** *Eur J Psychiat* (edición española) oct-dic 2002; 16(4): 228-235.
117. Organización Mundial de la Salud. **Monitoring mental health system and services: monitoring instrument. Mental health: evidence and research.** En: Garrido M, Salvador-Carulla L, Salinas JA, Almenara J. **Atlas de salud mental de Andalucía 2005.** Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. En prensa.
118. Johnson S, Kuhlmann R, and the EPCAT Group. **The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services.** *Acta Psychiat Scan* 2000; 102 Supl 405: 14-23.
119. Beecham J, Johnson S, and the EPCAT Group. **The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development.** *Acta Psychiat Scan* 2000; 102 Supl 405: 33-46.
120. STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health). **Establishment of a set of mental indicators for European Union.** Directorate General Health and Consumer Protection. The European Union Online [en línea] 2001; [fecha de acceso 3 de junio de 2002]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_exs_09_en.pdf.
121. Mental Health Economics (MHE) (SPC 2002397). **Directorate general health and consumer protection.** [en línea] Comisión Europea [fecha de acceso 6 de agosto de 2004] Disponible en: <http://www.mhe.com>

122. World Health Organization. **Atlas: country profiles on mental health resources 2001. Mental health: new understanding, new hope.** [en línea] Ginebra: WHO; 2001. [fecha de acceso 14 de noviembre de 2004]. URL disponible en: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/media/project-atlas.htm>
123. Salvador-Carulla L, Romero C, Garrido M, Salinas JA, Ochoa S. **Informe PSICOST/CatSalud 2003.** Servicio Catalán de Salud (CatSalut); 2003. Informe Técnico.
124. Trujillo F, Almenara J, Rodríguez F. Coordinadores. **Proyecto AID. Aplicación informática para discapacitados.** [CD-ROM]. Córdoba: PROMI; 1998.
125. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Directorio de Registros Sanitarios Españoles de utilidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias.** Madrid: AETS; 2000.
126. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). **Grupo de trabajo de la AEN sobre rehabilitación psicosocial: rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.** Madrid: AEN; 2002. Cuadernos Técnicos: 6.
127. Salvador Carulla L, Romero C, Poole M. Grupo de evaluación en medicina psicosocial. DESDE. **Escala para la descripción estandarizada de servicios para personas con discapacidad en España.** Madrid: IMSERSO; 2004.
128. Moreno B. Editor. **El registro de casos de esquizofrenia en Granada.** Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2005.
129. Ministerio de Sanidad y Consumo. **La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de salud.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
130. Garrido M, Almenara J, Salvador-Carulla L. **Análisis de índices multivariantes en el análisis epidemiológico de la salud mental en Andalucía (España).** En revisión.
131. Proyecto ETES. **Informe sobre episodios de hospitalización en el CMBD de Cataluña.** Cataluña: documento sin publicar; 2006.
132. Lara MC. **Evolución histórica de las clasificaciones en psiquiatría.** Salud Ment 1996; 19 Supl 2: 7-10.
133. Ontiveros M. **Clasificación Internacional de Enfermedades. Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10.** Salud Ment 1996; 19 Supl 2: 11-18.
134. Echeverría, R. **El diagnóstico categorial y las estrategias de investigación en psicopatología.** Inf Psiquiatr 1995; 141: 363-374.
135. Guimón J, Mezzich JE, Berrios GE. **Diagnóstico en psiquiatría.** II Congreso Mundial sobre el Diagnóstico en Psiquiatría. Barcelona: Salvat; 1988.
136. Polaino-Lorente, A. **Psicología patológica.** Madrid: UNED; 1983.
137. Vázquez C. **Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en psicopatología.** En: Fuentenebro F, Vázquez C. Editores. Psicología médica. Psicopatología y psiquiatría. Vol. II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1990a.
138. American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual-III (DSM-III).** Washington: American Psychiatric Press; 1980.
139. Feighner JP, Robins E, Guze JB, Woodruff RA, Winolur G, Muñoz R. **Diagnostic criteria for use in psychiatric research.** Arch Gen Psychiatry 1972; 26: 56-73.
140. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. **Research diagnostic criteria for a selected group of functional disorders. Biometrics research.** New York: New York Psychiatric Institute; 1975.

141. Klerman GL. **Historical perspectives in contemporary schools of psychopathology.** En: Millon T, Klerman GL. Directores. Contemporary directions in psychopathology. Toward the DSM-IV. New York: Guildford; 1986.
142. Vázquez C. **Sistemas de clasificación en psicopatología.** En: Fuentenebro F, Vázquez C. Editores. Psicología médica. Psicopatología y psiquiatría. Vol. II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1990b.
143. Spitzer RL, Forman JB, Nee J. **DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability.** Am J Psychiatry 1979; 136: 815-817.
144. Grove WM, Andreasen NC, McDonald-Scott P, Keller MB, Shapiro RW. **Reliability studies in psychiatric diagnosis: theory and practice.** Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 408-413.
145. Hyler SE, Williams JB, Spitzer RL. **Reliability in the DSM-III field trials: interview vs. case summary.** Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 1275-1278.
146. Zwick R. **Assessing the psychometric properties of psychodiagnostic systems: How do the research diagnostic criteria measure up?** J Consult Clin Psychol 1983; 51: 117-131.
147. Ries R, Bokan J, Schuckit MA. **Modern diagnosis of schizophrenia in hospitalized psychiatric patients.** Am J Psychiatry 1980; 137: 1419-1421.
148. Giner J, Fernández-Argüelles O, Blanco A. **Consideraciones en torno a la nosología de los trastornos afectivos.** Psicopatología 1983; 3(4): 361-376.
149. Spitzer RL, First MB, Williams JBW, Kendler K, Pincus HA, Tucher G. **Now is the time to retire the term "organic mental disorders".** Am J Psychiatry 1992; 149: 240-244.
150. Jiménez García GI. **La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida.** [Tesis Doctoral] Madrid: Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense de Madrid; 2004.
151. Spitzer RL, Wilson PT. **Clasificación en psiquiatría.** En: Freedman AM, Kaplan H, Sadock BJ. Tratado de psiquiatría. Tomo I. Barcelona: Salvat; 1982.
152. Berlanga C. **Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).** Salud Ment 1996; 19 Supl 2: 26-30.
153. Vázquez C. **Limitaciones y sesgos en el procedimiento de la información: más allá de la teoría del "hombre como científico".** Estud Psicol 1985; 23-24: 111-113.
154. González de Pablo A. **La locura en la filosofía y la medicina antiguas.** Historia 16 1993; 221: 26-33.
155. Alarcón RD. **Clasificación de la conducta anormal: el DSM-IV.** En: Caballo VE, Buela-Casal G, Carrobbles JA. Directores. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A; 1995. p. 246-250.
156. Kendell RE. **Reflections on psychiatric classification. For the architects of DSM-IV and ICD-10.** Integr Psychiatry 1984; 2: 43-49.
157. Spitzer RL, Williams JBW, Skodol AE. **International perspectives on DSM-III.** Washington, DC.: American Psychiatric Press; 1983.
158. Menninger KA. **Appendix to the vital balance: the life process in mental health and illness.** New York: Viking Press; 1963.
159. Foucault M. **Historia de la locura en la época clásica.** Madrid: Fondo de cultura económica; 1967.
160. Bousoño M, González García-Portilla P, Pedregal J, Bobes J. **Diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos.** Psiquis 1994; 6(2): 13-21.

161. Jackson SW. **Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna.** Madrid: Turner (traducción de la versión original de 1986, Londres: Universidad de Yale); 1989.
162. Fresquet JL. **Instituto de historia de la ciencia y documentación.** Valencia: CSIC-Universidad de Valencia; 2004.
163. Vallejo Ruiloba J. **Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.** Barcelona: Salvat; 1984.
164. Escobar JI. **El diagnóstico psiquiátrico. Principios generales, nuevos sistemas diagnósticos e instrumentos diagnósticos estructurados.** Psiquis 1982; 3(3): 16-28.
165. Sprock J, Blashfield RK. **Classification and nosology.** En: Hersen M, Kazdin AE, Bellack S. Editores. *The clinical psychology handbook.* Nueva York: Pergamon; 1984.
166. Szasz T. **The myth of mental illness.** Am Psychol 1960; 15(1): 113-118.
167. Rogers CR. **Client-centered therapy.** Boston: Houghton Mifflin; 1951.
168. Freud S. **La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. Obras completas. Tomo IX.** Madrid: Amorrortu Editores; 1924.
169. Organización Mundial de la Salud. **Constitución de la OMS. Conferencia Sanitaria Internacional, 7 de abril de 1948.** [en línea] OMS. [fecha de acceso 18 de agosto de 2004]. Disponible en: <http://www.who.int/about/es/>
170. American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I).** 1ª ed. Washington: APA; 1952.
171. Stengel E. **Classification of mental disorders.** WHO Bulletin 1959; 21: 619-663.
172. De la Fuente R. **Importancia del diagnóstico y de la clasificación en psiquiatría.** Salud Ment 1996; 19 Supl 2: 1-3.
173. Librero J. **Las estadísticas de causa médica de muerte: coordenadas históricas, herramientas actuales.** Boletín de la Asociación de Demografía Histórica XI 1993; 3: 151-172.
174. Kaplan HI, Sadock BJ. **Tratado de psiquiatría.** Barcelona: Salvat; 1989.
175. Organización Mundial de la Salud. **CIE-9-MC. Clasificación Internacional de Enfermedades. Modificaciones clínicas.** 9ª Revisión. Ginebra: OMS; 1996.
176. Orengo F. **Comentarios al capítulo V (Trastornos Psíquicos) de la nueva edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD 10).** Psiquis 1990; 11 (90): 53-56.
177. Organización Mundial de la Salud. **CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación.** Ginebra: OMS; 1992. p. 12.
178. Talbot JA, Hales RE, Yudofsky SC. **Tratado de psiquiatría.** Barcelona: Ancora; 1989.
179. Frances A, Pincus HA, Widiger TA, Davis WW, First MB. **DSM-IV: work in progress.** Am J Psychiatry 1990; 147: 1439-1448.
180. Proyecto NIPE. **El Proyecto NIPE y el Proyecto "Análisis y desarrollo de los GRDs en el Sistema Nacional de Salud".** Capítulo III. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001. p. 83-93.
181. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. **CMBD INSALUD. Análisis de los GRDs año 2000.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
182. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. **Case mix definition by Diagnosis Related Groups.** Med Care 1980; 18 Supl 2: 1-53.
183. Bisbe J. **Modelos de costes y bases de datos: opciones para el cálculo del consumo de recursos por GRD.** En: Casas M. Editora. *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización.* Barcelona: Masson; 1991.

184. Tierney WM, Fitzgerald J, Millar ME, James MK, McDonald CJ. **Predicting impatient costs with admitting clinical data.** Med Care 1995; 33: 1-14.
185. Selle V, Scarpa B. **La qualita dei dati delle schede di dimissione ospedaliera nell'ospedale civile di Venezia: aspetti metodologici e valutativi ai fini dell'utilizzo dei DRG.** Epidemiol Prev 1995; 19: 342-348.
186. Casas M. **Clasificación de pacientes y producción hospitalaria: los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).** En: Casas M. Editora. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson; 1991.
187. Giuliano G, Catalana S, Baldacci S, Capuano A, Donato L. **Valutazione dell'attività di ricovero in cardiocirurgia pediatrica mediante il sistema di classificazione AP-DRG (All patient Diagnosis Related Groups).** G Ital Cardiol 1996; 26: 1157-1174.
188. Sconquist JA, Morgan JN. **The detection of interactions effects.** Ann Arbor: University of Michigan. Institute for Social Research; 1991.
189. Knaus WA, Wagner DP, Zimmerman JE, Draper EA. **Variations in mortality and length of stay in intensive care units.** Ann Intern Med 1993; 118: 753-761.
190. Yale University. **DRG refinement with diagnostic specific comorbidities and complications: a synthesis of current approaches to patient classification.** New Haven: Yales University; 1989.
191. Freeman JL. **Refined DRGs: trials in Europe.** Health Policy 1991; 17: 151-164.
192. Tomás R. **Evaluación del comportamiento de los GRD en nuestro medio.** En: Casas M. Editora. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson; 1991.
193. Wiley MM. **Los GRD en Europa: revisión de los proyectos de investigación y experimentación.** En: Casas M. Editora. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson; 1991.
194. Casas M. **Issues for comparability of DRG statistics in Europe. Results from EURODRG.** Health Policy 1991; 17: 133-149.
195. Casas M. **Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico en Europa. El Proyecto EURODRG de la CEE.** Todo Hosp 1992; 87: 33-36.
196. Casas M, Tomás R. **Producing DRG statistics at the European level: lessons from the EURODRG Project.** En: Casas M, Wiley MM. Diagnosis Related Groups in Europe. Berlin: Springer-Verlag; 1993.
197. Casas M. **GRD. Una guía práctica para médicos.** Barcelona: Iasist; 1995.
198. Mérida de la Torre FJ. **La psicopatología en los hospitales públicos andaluces.** [Tesis Doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz. Departamento de Psicología; 2004.
199. Ben-Tonvim D, Elzinga R, Pilla J, Mcallister S, Wilhelm K, Lipton O, Pols R, Franklin J, Walters MM. **A case-mix for mental health services: the development of the mental health and substance abuse components of the Australian national diagnosis-related groups.** Aust N Z J Psychiatry 1996; 30: 450-456.
200. Brizioli E, Antonicelli R, Paciaroni E. **Analisi del sistema tariffario a DRGs in cardiología. Risultati di uno studio comparativo tra región.** Minerva Cardioangiol 1996; 44: 555-562.
201. Casas M. **Gestión Clínica.** En: Cuervo JI, Varela J, Belenes R. Editores. Gestión de Hospitales. Barcelona: Vicens Vives; 1994.

202. García Ortega C, Almenara J, Martínez Castañeda C. **Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta como sistema de información en un hospital comarcal.** *Todo Hosp* 1996; 132: 7-12.
203. Rué Monné M, Lemeshow S, Artigas A, Mestre J, Bonfill X. **Grupo de participantes en el European and Nort American Study of Severity Systems. Utilización de los modelos probabilísticas de mortalidad (MPM II) para evaluar la atención a los pacientes en estado crítico.** *Med Clin* 1996; 106: 656-670.
204. Almenara J, García Ortega C, González-Caballero JL, Abellán MJ. **Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales.** *Salud Pública Mex* 2002; 44: 533-540.
205. González Juárez C. **Medida del producto sanitario y sistemas de clasificación de los pacientes.** *Psiquiatr Pública* 1999; 11(3): 52-57.
206. Seva-Díaz A, Seva-Fernández A. **Los GRDs psiquiátricos: una investigación pendiente.** *Eur J Psychiat* 2003; 17(1): 49-63.
207. McCrone P, Phelan M. **Diagnosis and length of psychiatric in-patient stay.** *Psychol Med* 1994; 24: 1025-1030.
208. McCrone P. **Predicting mental health service use: diagnosis based systems and alternatives.** *J Ment Health* 1995; 1: 31-40.
209. Kovess V, Soyris D. **The introduction of medical data into hospitals data base and the prospective payment in psychiatry: feasibility and consequences.** *Lèncephale* 1994; 20(1): 37-45.
210. Averill RF, Goldfield N, Steinbeck BA. **Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs).** Sigesa; 1995.
211. Pizarda SR, Ries R, Logerfo JP. **Cost of comorbid alcohol and drug problems.** *Am J Addict* 1997; 6(3): 193-204.
212. Meise U, Hinterhuber H. **Inpatient coverage based on diagnosis-related groups (LKF) financial loses for psychiatry?** *Neuropsychiatrie* 1998; 12(4): 177-186.
213. Davis GC, Breslau N. **DRGs and the practice of psychiatry.** *Med Care* 1984; 22(7): 595-596.
214. Hunter CE, McFarlane AC. **DRGs and australian psychiatry.** *Aust N Z J Psychiatry* 1994; 28: 114-120.
215. Errera P, Nightingale E, Lipkin JO, Ashcraft MLF. **DRGs and psychiatry: works in progress.** *Gen Hos Psychiatry* 1985; 7: 316-320.
216. Figueiredo JM, Boerstler H. **DRGs and reimbursement for inpatient psychiatry.** *Compr Psychiatry* 1985; 26(6): 567-572.
217. Taube C, Lee ES, Forthofer RN. **DRGs in psychiatry. An empirical evaluation.** *Med Care* 1984; 22(7): 597-610.
218. Taube C, Goldman HH, Lee ES. **Use of specialty psychiatric settings in constructing DRGs.** *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1037-1040.
219. Ettner SL, Hermann RC. **Impatient psychiatric treatment of elderly medicare beneficiaries.** *Psychiatric Serv* 1998; 49(9): 1173-1179.
220. Faulkner PA, Tobin MJ, Weir MA. **Predicting the unpredictable. Issues for output based funding in psychiatric services.** *Aus Health Rev* 1994; 17(1): 86-113.
221. Wellock CM. **Is a diagnosis-based classification system appropriate for funding psychiatric care in Alberta?** *Can J Psychiatry* 1995; 40: 507-513.
222. Goldberg RJ, Daly MD, Golinger RC. **The impact of psychiatric comorbidity on medicare reimbursement for impatient medical care.** *Gen Hos Psychiatry* 1994; 16: 16-19.

-
223. Sinclair E, Alexson J. **Creating diagnostic related group: a manageable way to deal with DSM III.** Am J Orthopsychiatry 1985; 55(3): 426-433.
 224. Goldberg RJ, Daly D, Backstrom D. **Psychiatric complications and comorbidities in medical inpatients: the inadequacy of attestation at discharge.** Gen Hos Psychiatry 1996; 18 (2): 102-105.
 225. Stoskopf C, Horn SD. **Predicting length of stay for patients with psychoses.** Health Serv Res 1992; 26(6): 743-766.
 226. Boot B, May W, Andrews G. **Disability, outcome and case-mix in acute psychiatric in patient units.** Br J Psychiatry 1997; 171: 242-246.
 227. Hay P, Pearce T. **Casemix funding in psychiatry: some problems and common pitfalls.** Aus Health Rev 1996; 19(2): 125-133.
 228. English JT, McCarrick RG. **DRGs: An overview of the issues.** Gen Hosp Psychiatry 1985; 8: 359-364.
 229. English JT, Sharfstein SS, Scherl DJ, Astracham B, Muszynski IL. **Diagnosis-Related Group and general hospital psychiatry: the APA study.** Am J Study 1986; 143(2): 131-139.
 230. Frank RG, Lave JR. **The psychiatric DRGs. Are they different?** Med Care 1985; 23(10): 1148-1155.
 231. Long MJ, Fleming ST, Chesney JD. **The impact of diagnosis related group profitability on the skimming dumping of psychiatric diagnosis related groups.** Int J Soc Psychiatry 1993; 39(2): 108-120.
 232. Kiesler CA, Simpkins C. **Changes in diagnostic case mix in psychiatric care in general hospitals, 1980-1985.** Gen Hos Psychiatry 1992; 14: 156-161.
 233. Knoer SJ, Couldry RJ, Folker T. **Evaluating a benchmarking database and identifying cost reduction opportunities by diagnosis-related group.** Am J Health Syst Pharm 1999; 56: 1102-1107.
 234. McCrone P, Lorusso PA. **Comparison of psychiatric casemix in the UK and Italy.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34: 432-436.
 235. Semke J. **Shifts in case mix and locus of mental health for Washington State adults with severe mental illness.** Adm Policy Ment Health 1999; 26(3): 191-205.
 236. Louis DZ, Yuen EJ, Braga M, Cicchetti A, Rabinowitz C, Laine C, Gonnella J. **Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy.** Health Serv Res 1999; 34(1): 405-415.
 237. Rosenheck R, Massari L, Astracham BM. **The impact of DRG-based budgeting on inpatient psychiatric care in veterans administration medical centers.** Med Care 1990; 28(2): 124-134.
 238. Cots F, Elvira D, Castells X, Dalmau E. **Medicare's DRG-weights in a European environment: the spanish experience.** Health Policy 2000; 51: 31-47.
 239. Desviat M. **La asistencia de la psicosis en España o hacia dónde va la reforma psiquiátrica.** En: Rivas Guerrero F. Editor. La psicosis en la comunidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.
 240. Gispert R, Puig X, Palomera E, Antonell J, Giné JM, Ribas G, et al. **Factores individuales y del entorno asociados a la variabilidad geográfica de los trastornos psicológicos entre áreas pequeñas: un análisis multinivel.** Rev Esp Salud Pública 2006; 80(1): 335-347.

241. González B, Urbanos R, Ortega P. **Oferta pública y privada de servicios sanitarios por Comunidades Autónomas.** En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscá JV. Coordinadores. Informe SESPAS 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit 2004; 18 Supl 1: 82-9.
242. González López-Valcárcel B. **Descentralización y reformas sanitarias en España.** Guión de la presentación en el Seminario del Instituto de estudios Fiscales. [en línea] 7 octubre 2004 [fecha de acceso 28 de noviembre de 2006]. Disponible en: http://www.ief.es/Investigacion/Recursos/Seminarios/EconomiaPublica/2004_07octubre.pdf
243. González López-Valcárcel B. **Situación y resultados de la descentralización sanitaria en España.** En: Libro de actas de la Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: CES; 2001.
244. Barrio G, Bravo MJ, De la Fuente L. **Consumo de drogas ilegales en España: hacia una diversificación de los patrones de consumo y los problemas asociados.** Enf Emerg 2000; 2(2): 88-102.
245. Orden de 6 septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del informe del alta. Boletín Oficial del Estado, nº 221, (14 de septiembre de 1984).
246. Estación Clínica Analizador. **Listado de GRDs** [programa de ordenador]. Versión 18.0. Manual del usuario de 3M; 2004.
247. Consejería de Salud. **Sistema de información interhospitales.** Manual de utilización. Sevilla: Consejería de Salud; 1986.
248. **CLINOS.** [Programa de ordenador]. Versión 3.0. Barcelona: IASSIST; 1995.
249. Almenara J. **Medidas de frecuencia de una enfermedad.** [Documento inédito]. Cádiz; 2002.
250. Beall G, Cobb S. **The frequency distribution of episodes of theumatoid arthritis as shown by periodic examination.** J Chronic Dis 1961; 14: 291-310.
251. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. **Epidemiologic research: principles and quantitative methods.** New York: Van Nostrand Reinhold; 1982.
252. Breslow NE, Day NE. **Statistical method in cancer research. The analysis of case-control studies.** IARC Scientific Publications 1994; 32 (1).
253. Seminars D, Orams GI. **Genetic epidemiology of cancer: a multidisciplinary approach.** Genet Epidemiol 1994; 11: 235-254.
254. Rothman K, Greenland S. **Modern epidemiology.** New York: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
255. Bolumar F. **Las medidas de frecuencias.** En: Doménech E. Editor. Diseño de Estudios Sanitarios. Estudios Descriptivos. Barcelona: Signo; 2000.
256. Bolumar F. **Medición de los fenómenos de salud y enfermedad en epidemiología.** En: Piedrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
257. Tapia JA. **Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional.** Med Clin 1994; 103: 140-142.
258. Rothman KJ. **Epidemiología moderna.** Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1987.
259. Dos Santos I. **Epidemiología del cáncer: principio y métodos.** Lyon: OMS; 1999.
260. Almenara J, González Caballero JL, García Ortega C, Peña González P. **¿Qué es el análisis de componentes principales?** Jano 1998; 55(1268): 18-24.
261. Jolliffe IT. **Principal component analysis.** 2ª ed. New York: Springer-Verlag New York; 2002.

-
262. González López-Valcárcel B. **Análisis multivariante. Aplicación al ámbito sanitario.** Barcelona: SE Editores; 1991.
263. Mérida de la Torre FJ, García Ortega C, Almenara J. **El enfermo mental en la provincia de Sevilla 1997-2000.** En: Memorias Académicas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Sevilla: Real Academia de Medicina de Sevilla; 2001.
264. Pérez C. **Técnicas de análisis multivariante de datos. Aplicaciones con SPSS.** Madrid: Pearson-Prentice; 2004.
265. Bravo MF, Aparicio D, Cuevas C, Díaz B, Eguigaray M, Fuente J, et al. **Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad.** Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.
266. Garrido M. **Planificación Territorial de los Servicios de Salud Mental en Andalucía.** [Tesis Doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2005.
267. Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta de morbilidad hospitalaria 2002.** [nota de prensa]. Instituto Nacional de Estadística; 2004.
268. Harrison J, Barrows S, Creed F. **Social deprivation and psychiatric admission rates among different diagnostic groups.** Br J Psychiatry 1995; 167:456-462.
269. Patel V, Jané-Llopis E. **Poverty, social exclusion and disadvantages groups.** En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S edir. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford: Oxford University Press; 2005.
270. Borrell C, Rúa M, Pasarín MI, Benach J, Kunst AE. **La medición de las desigualdades en salud.** Gac Sanit 2000; 14 (3): 20-33.
271. Benach J, Daponte A, Borrell C, Artazcoz A, Fernández E. **Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España.** En: Navarro V. Editor. El estado de bienestar en España. Madrid: Tecnos; 2004.
272. Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E et al. **Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español.** Gac Sanit 2005; 19(4): 277-286.
273. Saarento O, Räsänen S, Nieminen P, Hakko H, Isohanni M. **Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in Northern Finland.** Eur Psychiatry 2000; 15: 205-12.
274. Muñoz PE. **La asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización. Un estudio de prevalencia-día. Departamento de Salud Mental** [documento interno]. Madrid: Consejería de Sanidad; 1997.
275. López Hernández JL. Director. **Plan de salud mental de Castilla La Mancha 2005-2010.** Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha [en línea] 2006 [fecha de acceso 7 de noviembre de 2006]. Disponible en: http://www.infodisclm.com/documentos/salud/plan_s_mental.html
276. Ayanian JZ, Epstein AH. **Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease.** N Engl J Med 1991; 325: 221-225.
277. Mark DB, Shaw LK, DeLong ER, Califa R, Prior DB. **Absence of sex bias in the referral of patients for cardiac catheterization.** N Engl J Med 1994; 330: 1100-1106.
278. Guyatt GH, Cook DJ. **Health status, quality of life, and the individual.** JAMA 1994; 272: 630-631.
279. Ruiz MT, Ronda E. **Atención sanitaria según el sexo de los pacientes.** Med Clin 1994; 13: 537-538.

280. Ruiz MT, Ronda E, Alvaret-Dardet C, Gil V, Belda J. **Atención según el género de los pacientes en los servicios de urgencias: ¿diferente o desigual?** Gac Sanit 1995; 9: 76-83.
281. Caballero X, Sans A, De la Puente ML, López R. **Diferencias entre sexos en la hospitalización pediátrica de la Regió Sanitaria Centre (RSC) del Servei Catalá de la Salut.** Gac Sanit 1996; 10 Supl 1: 15.
282. Fernández E, Schiaffino A, Badia X, Vicente R, Segura A. **Desigualdades en salud y la utilización de servicios sanitarios según el género en Cataluña.** Gac Sanit 1996; 10 Supl 2: 84.
283. Blechman EA, Bronwell KD. **Handbook of behavioural medicine for women.** Oxford: Pergamon Books; 1988.
284. Mass J, Tesoro A. **Mujer y salud mental. Mitos y realidades.** En: XIX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Barcelona: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1999.
285. Wing JK. **Epidemiology of schizophrenia.** Br J Psychiatry, Spec 1975; 9: 25.
286. Bachrach LL, Nadelson CC. **Treating chronically mentally women.** Washington DC: American Psychiatric Press; 1988.
287. Goldstein JM, Tsuang MT. **Gender and schizophrenia: an introduction and synthesis of findings.** Schizophr Bull 1990; 16 (2): 263-275.
288. Vázquez-Barquero JL, Santiago A, Díez-Manrique JF. **La salud mental de la mujer en España.** En: Instituto de la Mujer. La mujer y la salud en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1992. Informes Básicos: 3.
289. Canals J, Doménech E, Carbajo G, Bladé J. **Prevalence of DSMIII-R and ICD-10 psychiatric disorder in a spanish population of 18 years old.** Acta Psychiatr Scand 1997; 96: 287-294.
290. Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A. **Prevalence of mental disorders in the general population of Catalonia.** Gac Sanit 1998; 12: 153-159.
291. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montañó JJ, Salvá JJ, et al. **Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the schedule for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN).** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34: 410-415.
292. Andia MA, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T, Kuck J et al. **Gender differences in schizophrenia.** J Nerv Ment Dis 1983; 183 (18): 522-527.
293. Angermeyer MC, Goldstein JM, Kuhn L. **Gender differences in schizophrenia: rehospitalization and community survival.** Psychol Med 1989; 19: 365-382.
294. Angermeyer MC, Kuhn L, Goldstein JM. **Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes.** Schizophr Bull 1990; 16(2): 293-306.
295. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. **The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients.** Br J Psychiatry 1990; 157: 853-859.
296. Childers SE, Harding CM. **Gender, premorbid social functioning, and long-term outcome in DSM-III schizophrenia.** Schizophr Bull 1990; 16 (2): 309-318.
297. Cirici R, Bel MT, Guarch J, Arauxo A, Obiols J. **Competencia sexual en la esquizofrenia: discrepancias por sexos.** Cuad Med Psicossom 1993; 27: 6-11.
298. Dworkin RH. **Patterns of sex differences in negative symptoms and social functioning consistent with separate dimensions of schizophrenic psychopathology.** Am J Psychiatry 1990; 147: 347-349.

-
299. Goering P, Wasylenki D, Onge M, Paduchnak D, Lancee W. **Gender differences among clients of a case management program for the homeless.** *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43(2): 160-165.
 300. Goldstein JM, Kreissman D. **Gender, family environment and schizophrenia.** *Psychol Med* 1988; 18: 861-872.
 301. Goldstein JM, Faraone SV, Chen WJ, Tolomiczenko GS, Tsuang MT. **Sex differences in the familial transmission of schizophrenia.** *Br J Psychiatry* 1990; 156: 819-826.
 302. Loranger AW. **Sex differences in age at onset of schizophrenia.** *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 157-161.
 303. Hass GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB. **Gender and schizophrenia outcome: A clinical trial of an inpatient family intervention.** *Schizophr Bull* 1990; 16(2): 277-292.
 304. McGlashan TH, Bardenstein KK. **Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders.** *Schizophr Bull* 1990; 16 (2): 319-329.
 305. Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. **The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia.** *Br J Psychiatry* 1993; 162: 80-86.
 306. Seeman MV. **Current outcome in schizophrenia: women vs. men.** *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 609-617.
 307. Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL, Wade JH. **Gender, social competence and symptomatology in schizophrenia: a longitudinal analysis.** *J Abnorm Psychology* 1990; 99(2): 138-147.
 308. Salokangas RK, Stengård E. **Gender and short-term outcome in schizophrenia.** *Schizophr Res* 1990; 3: 333-345.
 309. Test MA, Burke SS, Wallisch LS. **Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care.** *Schizophr Bull* 1990; 16(2): 331.
 310. Perkins RE, Rowland LA. **Sex differences in service usage in long-term psychiatric care and women adequately served?** *Br J Psychiatry* 1991; 158 (10): 75-79.
 311. Wahl OF, Hunter J. **Are gender effects being neglected in schizophrenia research?** *Schizophr Bull* 1992; 18(2): 313-318.
 312. Üstun TB, Sartorius N. **Mental illness in General Health Care.** Chichester: John Wiley y Sons; 1995.
 313. Hirsch S. **Psychiatry beds and resources: factors influencing bed use and service planning. Report of a working party for the section of social and community psychiatry of the Royal College of Psychiatrist.** London: Gaskell; 1998.
 314. Alonso J, Angermeyer MC, Bernett S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. **Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project.** *Acta Psychiatr Scand* 2004; 420 Supl: 38-46.
 315. **Programa de Acción en Salud Mental.** Secretaría de Salud de México [en línea]. 2002 [fecha de acceso 20 de septiembre de 2006]. URL en <http://www.ssa.gob.mx>
 316. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J et al. **Género y salud mental en un mundo cambiante.** *Gacet Sanit* [en línea]. Mayo 2004 [fecha de acceso 7 de noviembre de 2006]; 18(1). URL disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=es&nrm=iso
-

317. Timms D. **Gender, social mobility and psychiatric diagnoses.** Soc Sci Med 1998; 46(9): 1235-1247.
318. Weich S, Sloggetta A, Lewis G. **Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7-year, population-based cohort study.** Psychol Med 2001; 31(6): 1055-1064.
319. Hambrecht M, Maurer K, Häfner H. **Gender differences in schizophrenia in three cultures. Results of the who collaborative study on psychiatric disability.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992; 27: 117-121.
320. Mas Hesse J, Tesoro A, Rodríguez JL, Marín A, Martos C, Peñín E et al. **Diferencias de género en las esquizofrenias.** En: Mas J, Tesoro A. Coordinadores. *Mujer y salud mental. Mitos y realidades.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
321. Solomon P, Draine J. **An assessment of gender as a factor among severely mentally disabled case management clients.** Soc Work Health Care 1993; 19 (1): 39-60.
322. Leung A, Chue P. **Sex differences in schizophrenia, a review of the literature.** Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 3-38.
323. Torres-González F. **Factores predictores para estudios de coste-efectividad en trastornos psiquiátricos de larga evolución.** En: Baca E, Lázaro J. Editores. *Hechos y valores en psiquiatría.* Madrid: Triacastela; 2003. p. 261-294.
324. Piccinelli G. **Gender differences in depression.** Br J Psychiatry 2000; 177: 486-92.
325. Granados JA, Ortiz Hernández L. **Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género.** Salud Ment 2003; 26(1): 42-50.
326. Edwards J, Maude D, Mc Gorry PD, Harrigan SM, Cocks J. **Prolonged recovery in first-episode psychosis.** Br J Psychiatry 1998; 172 Supl 33: 107-116.
327. Larsen TK, Johannessen JO, Opjordsmaen S. **First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis.** Br J Psychiatry 1998; 172 Supl 33: 45-52.
328. Drake R, Haley C, Akhtar S, Lewis S. **Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia.** Br J Psychiatry 2000; 177: 511-515.
329. Norman RMG, Townsend L, Malla AK. **Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients.** Br J Psychiatry 2001; 179: 340-345.
330. Joyce E, Hutton S, Mutsatsa S, Gibbins H, Webb E, Paul S. **Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: the west London study.** Br J Psychiatry 2002; 181: 38-44.
331. Kalla O, Aaltonen J, Lehtinen V, García Cabeza J, González de Chávez M. **Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain.** Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 265-275.
332. Skeate A, Jackson C, Birchwood M, Jones C. **Duration of untreated psychosis and pathways to care in first episode psychosis.** Br J Psychiatry 2002; 181: s73-s77.
333. Amminger GP, Edwards J, Brewer WJ, Harrigan S, McGorry PD. **Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia.** Schizophr Res 2002; 54(3): 223-230.
334. Palma Sevillano C, Cañete J, Farriols N, Soler F, Juliá J. **Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos.** An Psicol 2005; 21(2): 286-293.
335. Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabases J, Madoz V, Vázquez-Barquero JL. **Utilization of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain.** Br J Psychiatry 1998; 173: 334-340.

-
336. Harrison J, Barrows S, Gask L, Creed F. **Social determinants of GHQ score by postal survey.** J Pub Health Med 1999; 21(3): 283-288.
337. Stuart H. **Access to physician treatment for a mental disorder: a regional analysis.** Soc Psychiatr Psychiatric Epidemiol 2000; 35(2): 61-70.
338. Harrison J, Barrows S, Creed F. **Mental health in the North West region of England: associations with deprivation.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33(3): 124-128.
339. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. **Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38: 677-683.
340. Apter A. **Suicidio e intento de suicidio en adolescentes.** En: Wasserman D. Editor. Suicidio, una muerte innecesaria. Londres: Martin Dunita; 2001. p. 181-195.
341. Organización Mundial de la Salud. **Prevención de los trastornos mentales.** Informe Compendiado. Ginebra: OMS; 2004.
342. Ramos MA, García Ortega C, Mérida de la Torre FJ, Almenara J, Blanco F, Pérez Sendino A. **Utilidad de los sistemas de información en psiquiatría: análisis de un Hospital General Básico.** An Psiquiatr 2002; 18(8): 378-383.
343. Ruiz I, Aceijas C, Hernán M. **Uso de drogas ilegales en España.** En: Cabasés JM, Villalba JR, Aibar C. Editores. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas 2002. [Monografía en Internet] Madrid: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002 [acceso 2 de enero de 2007] Disponible en: http://www.sespas.es/fr_inf.html
344. Schwartz S. **The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences.** Am J Public Health 1994; 84: 819-824.
345. Susser M. **The logic in ecological: I the logic of analysis.** Am J Public Health 1994; 84: 825-829.
346. Morgenstern H. **Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles and methods.** Annu Rev Public Health 1995; 16: 61-81.
347. Benach J, Borrell C, García D, Chamizo H. **Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España.** En: Catalá FJ, De Manuel E. Informe SESPAS 1998: la salud pública y el futuro del estado del bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
348. Yamada MM, Korman M, Hughes CW. **Predicting rehospitalization of persons with severe mental illness.** J Rehabil 2000; 66(2): 32-39.
349. Pérez Urdaniz A, Vega FM, Martín N, Molina R, Mosqueira I, Rubio V. **Discrepancias diagnósticas entre la CIE-10 y el DSM-IV en los trastornos de personalidad.** Actas Esp Psiquiatr, 2005; 33 (4): 244-253.
350. Abril A. **Dimensión afectiva del síndrome depresivo (humor depresivo).** [Tesis Doctoral]. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; 1988.
351. Andreasen NC. **Concepts, diagnosis and classification.** En: Paykel ES. Editor. Handbook of affective disorders. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1982.
352. Kendell RE. **The classification of depression: a review of contemporary confusion.** En: Burrows G. Editor. Handbook of studies on depression. Amsterdam: Excerpta Medica; 1977.
353. Vallejo Ruiloba J. **Clasificación de las depresiones.** Psicopatología 1989; 9(2): 85-90.
354. Gil E. **Informe. Sistema de información en Salud Mental.** Psiquiatría Pública [en línea] septiembre-octubre 1998 [fecha de acceso 18 enero de 2004]; 10(5). disponible en: http://www.dinarte.es/salud-mental/v10_n5.htm
-

355. Kaltiala-Heino R, Laippala P, Joukamaa M. **Has the attempt to reduce psychiatric inpatient treatment been successful in Finland?** Eur Psychiatry 2001; 16: 215-221.
356. Vázquez Barquero JL, Díez JF, Peña Martín C. **La evaluación en salud mental: aspectos conceptuales y metodológicos.** Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 2005; 19: 521-534.