

Madrid

2009

Informe

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



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid

Objetivo 6
Mejorar la salud mental

6

Objetivo 6. Mejorar la salud mental

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

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

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

6.1. Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

6.1.1. Indicadores generales

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en la Comunidad de Madrid, con un claro predominio del componente de discapacidad sobre el de mortalidad. La práctica totalidad de los fallecimientos por estas causas corresponden a personas mayores (tablas 6.1 y 6.2).

Tabla 6.1. Indicadores generales de trastornos mentales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Trastornos mentales. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	257	676	933
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	8,8	21,7	15,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,8	0,6	0,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,9	9,5	9,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	14,1	14,0	14,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	230,5	207,4	218,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,054	0,102	0,085
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006*	81.691	101.404	183.095
Años de Vida Perdidos. CM 2006*	4.924	5.431	10.355
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006*	76.767	95.973	172.740

* La carga de enfermedad se estima para el conjunto de las enfermedades neuropsiquiátricas, por lo que incluye también las enfermedades del sistema nervioso.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema nervioso. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	571	926	1.497
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	19,5	29,7	24,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,7	3,5	5,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	17,7	15,1	16,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	21,2	19,5	20,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	1.333,7	1.737,8	1.541,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	-0,004	-0,036	-0,019
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006*	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM 2006 *	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006 *	-	-	-

* La carga de enfermedad se estima para el conjunto de las enfermedades neuropsiquiátricas. Ver los resultados en la tabla 6.1 (trastornos mentales)

Tabla 6.2. Indicadores generales de enfermedades del sistema nervioso. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

6.1.2. Mortalidad

En 2006 hubo 933 defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid debidas a trastornos mentales (257 en hombres y 676 en mujeres), con unas tasas brutas de 15,4, 8,8 y 21,7 muertes por cien mil personas respectivamente (tabla 6.1). La práctica totalidad de estos fallecimientos corresponden a personas mayores (98,1% son personas de 65 y más años) y especialmente muy mayores: dos tercios del total, 65,8%, pertenecen al grupo de 85 y más años de edad.

Las casi mil quinientas muertes atribuidas a enfermedades del sistema nervioso en el año 2006 (tabla 6.2) tienen un reparto por edad similar al de los trastornos mentales, aunque menos concentrado en los muy ancianos (93% en mayores de 64 años, 52% del total en mayores de 84).

La evolución temporal de ambas causas (figuras 6.1 y 6.2) se encuentra vinculada entre sí, en tanto que el ascenso de la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso observado a partir de la segunda mitad de los años noventa del siglo XX (figura 6.2) coincide con una ralentización e incluso disminución de las tasas ajustadas por trastornos mentales (figura 6.1), debida fundamentalmente a la reducción del número de fallecimientos por demencias inespecíficas que, en buena medida, tras el cambio de revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (de CIE-9 a CIE-10) pasaron a ser atribuidas a rúbricas correspondientes a enfermedades neurológicas. En los años más recientes, no obstante, también éstas últimas están viendo decrecer el valor de sus tasas ajustadas, algo que deberá esperar algunos años para confirmarse como un cambio de tendencia o como un paréntesis temporal en la evolución ascendente del indicador.

Esa reducción mantenida de las tasas de mortalidad por trastornos mentales se traduce en una pequeña ganancia en la esperanza de vida en el último quinquenio (2001-2006), más alta en las mujeres que en los hombres y concentrada en el grupo de personas mayores, puesto que es en esas edades, como se ha señalado anteriormente, donde se concentran las defunciones (y por tanto, la posibilidad de mejorar o empeorar la mortalidad por estas causas) (figura 6.3). En cambio, en el grupo de enfermedades del sistema nervioso la disminución de las tasas de mortalidad es más reciente y de menor intensidad, de modo que al comparar los años 2001 y 2006 esta disminución aún no se aprecia y el resultado del indicador arroja una leve merma de la expectativa de vida al nacer.

En la distribución espacial de la mortalidad por trastornos mentales, en hombres se aprecia un patrón de agregación de exceso de mortalidad en el sur de la Comunidad de Madrid y en mujeres tanto en el sur como en el este (figura 6.4).

Figura 6.1. Trastornos mentales. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

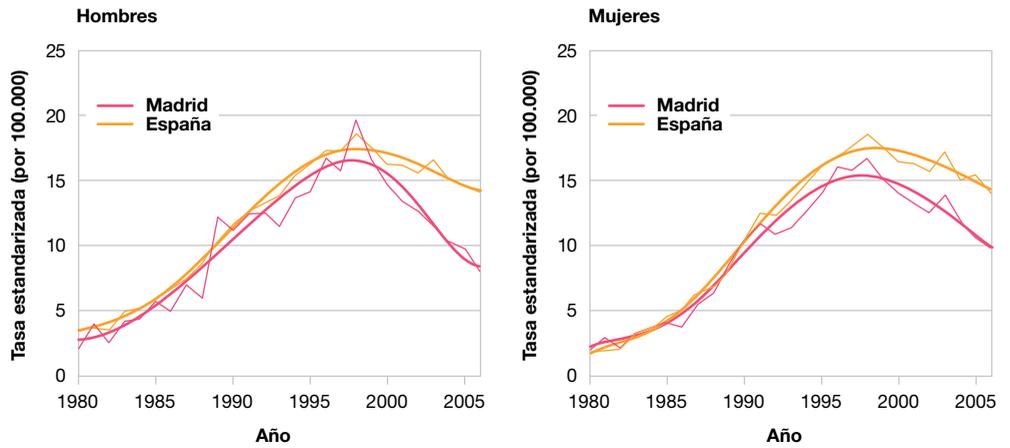


Figura 6.2. Enfermedades del sistema nervioso. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

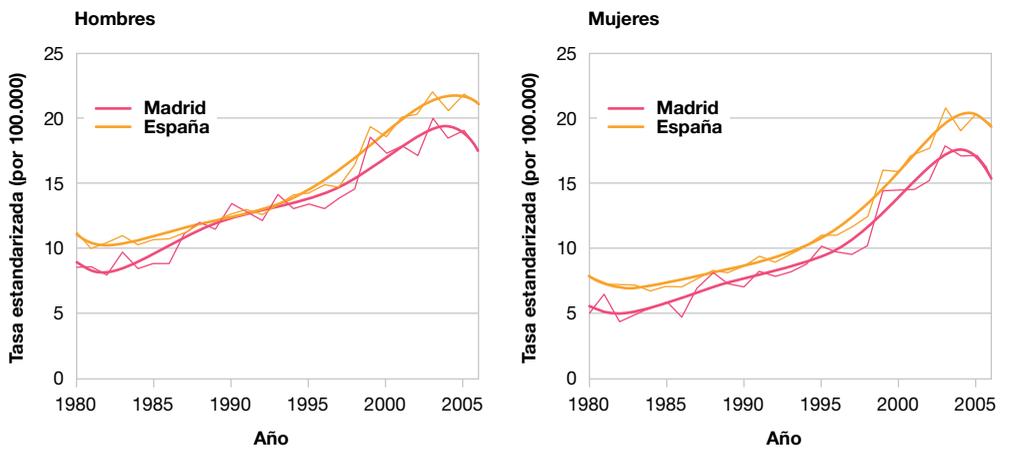
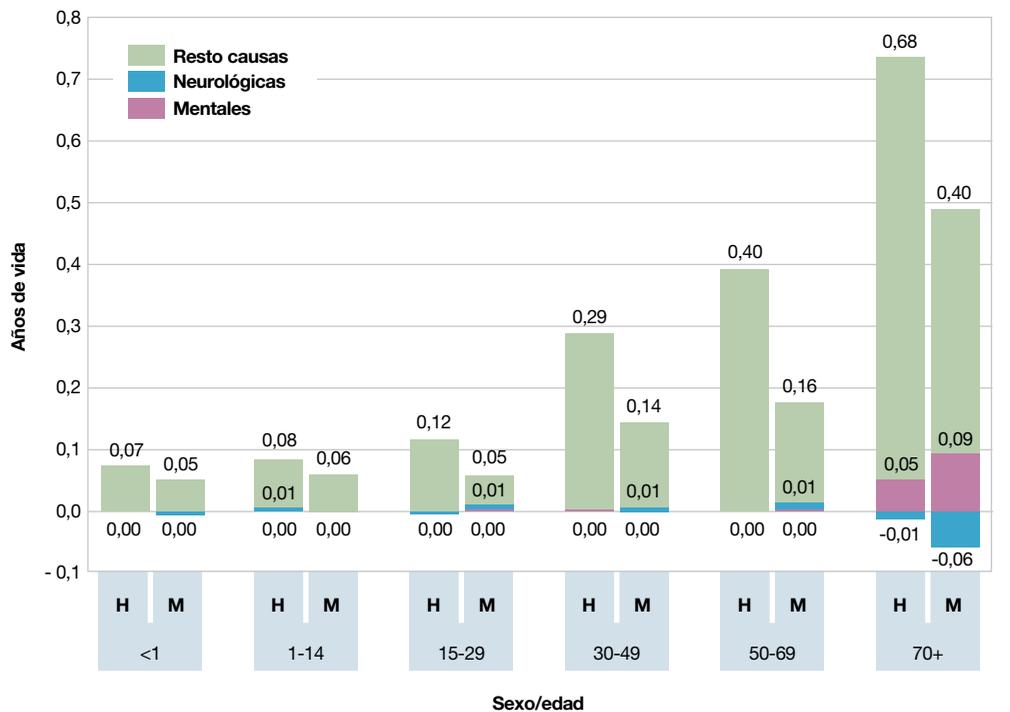


Figura 6.3. Contribución de los trastornos mentales, enfermedades neurológicas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

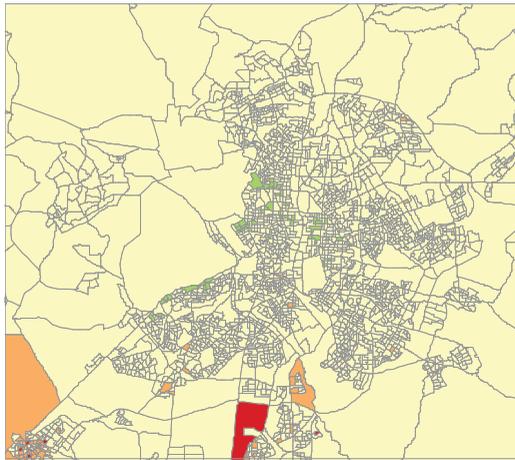
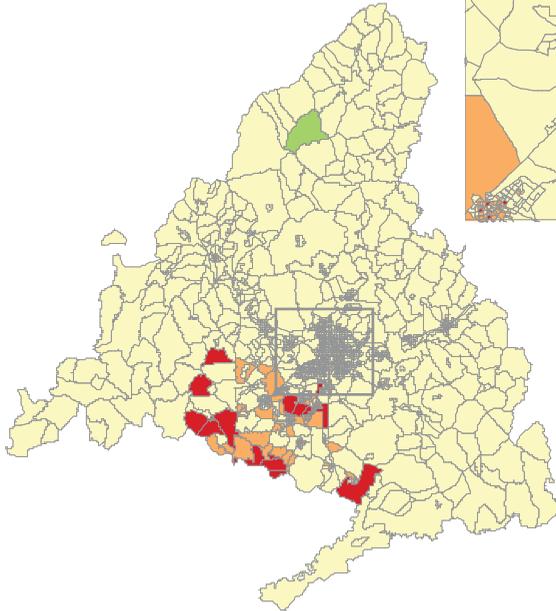
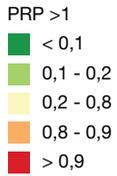
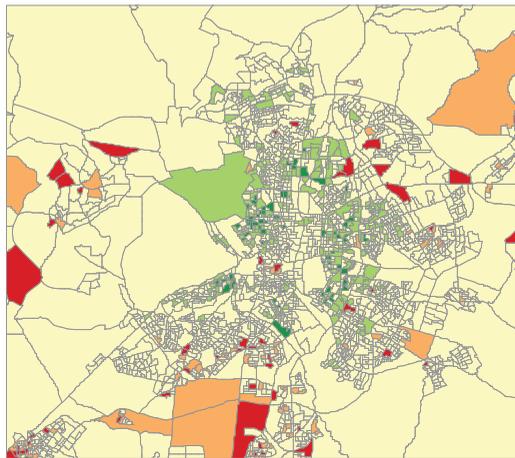
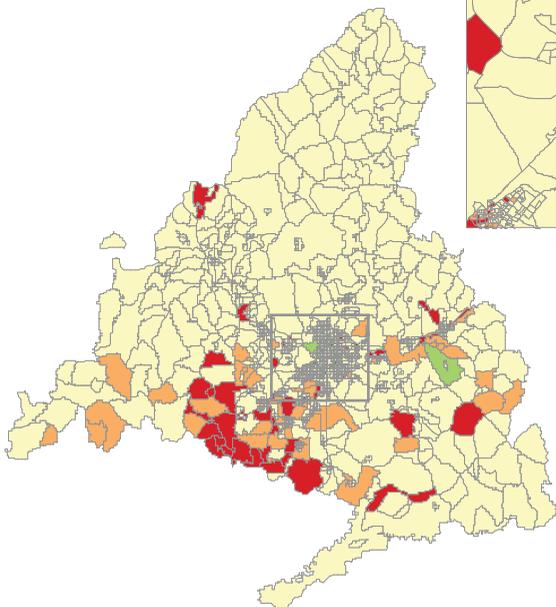
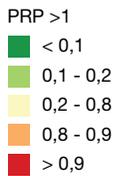


Figura 6.4. Mortalidad por trastornos mentales en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres



6.1.3. Morbilidad atendida en Atención Primaria

La patología mental representó un 3,9% de los episodios atendidos en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid en los años 2006 y 2007 (tablas 6.3 y 6.4). Las tasas más elevadas se observaron en mujeres y en población española, y se apreció una tendencia creciente con la edad (figura 6.5). Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con trastornos por ansiedad, depresión y problemas de sueño (figura 6.6).

Tabla 6.3. Patología mental atendida en Atención Primaria según sexo y nacionalidad*. Número, porcentajes sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	221.033	3,6	73,7 (71,5)	232.170	3,5	74,3 (73,0)
Mujeres	390.380	4,2	120,3 (107,0)	408.652	4,1	121,3 (108,4)
Extranjeros	58.610	3,2	55,8 (63,2)	67.899	3,1	57,3 (65,9)
Espanoles	550.889	4,0	106,1 (96,1)	571.721	4,0	107,7 (97,8)
Total	611.413	3,9	97,9	640.822	3,9	98,7

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

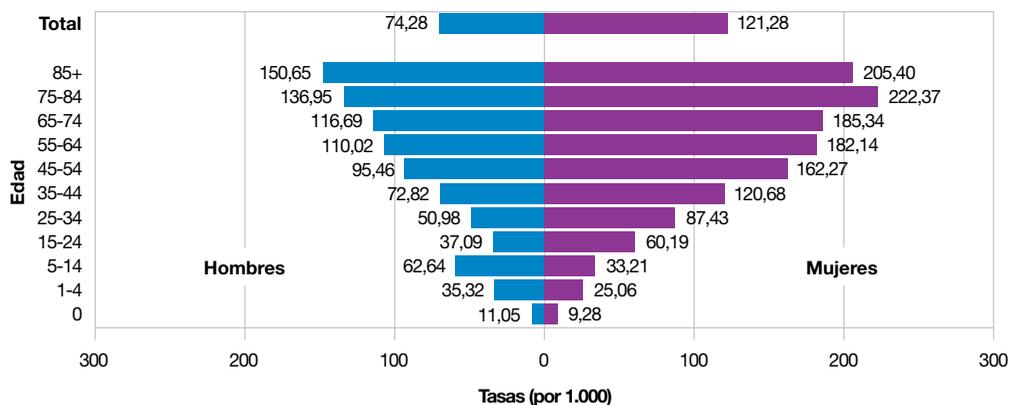
* En algunos casos no está registrada la nacionalidad

Tabla 6.4. Patología mental atendida en Atención Primaria según Área de Salud. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

Área de Salud	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa
1	77.639	3,8	102,9	83.225	3,8	108,3
2	44.989	4,5	98,9	47.990	4,4	104,3
3	33.836	3,4	94,0	36.663	3,3	90,9
4	58.303	4,0	97,4	63.009	4,0	103,9
5	67.488	4,1	89,9	71.317	4,0	91,9
6	62.095	4,2	95,2	62.872	4,2	93,4
7	50.006	4,5	88,6	51.802	4,2	78,5
8	46.404	3,7	94,9	46.652	3,6	94,9
9	45.960	3,5	112,0	46.869	3,4	112,8
10	39.849	3,7	117,2	38.886	3,5	109,9
11	84.844	4,0	97,6	91.537	3,9	103,3

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 6.5. Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.



Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
< 1	Trastornos del sueño (P06) N=270	Problemas específicos del aprendizaje (P24) N=121	Problemas de conducta (P11) N=68	Sensación de irritabilidad/enojo (P04) N=30	Trastornos de la memoria (P20) N=24
1-4	Problemas específicos del aprendizaje (P24) N=2.392	Trastornos del sueño (P06) N=1.988	Signos/síntomas comportamiento niño (P22) N=871	Enuresis (P12) N=597	Problemas de conducta (P11) N=463
5-14	Niño hiperactivo, hiperinético (P21, CIAP-1) N=5.539	Enuresis (P12) N=5.423	Signos/síntomas comportamiento niño (P22) N=4.087	Problemas específicos del aprendizaje (P24) N=3.853	Trastornos de la memoria (P20) N=1.986
15-34	Sensación ansiedad/tensión (P01) N=46.258	Depresión/trastornos depresivos (P76) N=15.869	Trastorno ansiedad/estado ansiedad (P74) N=12.979	Abuso del tabaco (P17) N=10.268	Trastornos del sueño (P06) N=7.181
35-64	Sensación ansiedad/tensión (P01) N=91.312	Depresión/trastornos depresivos (P76) N=67.132	Abuso del tabaco (P17) N=36.911	Trastornos del sueño (P06) N=32.488	Trastorno ansiedad/estado ansiedad (P74) N=26.487
65-84	Depresión/trastornos depresivos (P76) N=32.593	Trastornos del sueño (P06) N=24.958	Trastorno ansiedad/estado ansiedad (P74) N=21.815	Trastornos de la memoria (P20) N=13.466	Demencia (P70) N=12.218
85+	Demencia (P70) N=7.048	Trastornos del sueño (P06) N=4.722	Depresión/trastornos depresivos (P76) N=4.208	Trastornos de la memoria (P20) N=2.579	Trastorno ansiedad/estado ansiedad (P74) N=2.430

Figura 6.6. Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: OMI-AP. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

*Entre paréntesis figura el código CIAP-2 correspondiente. N = número de episodios

6.1.4. Morbilidad hospitalaria

Las tasas de hospitalización más elevadas, por patología mental, se observan en torno a las edades medias de la vida, especialmente en hombres, y a partir de los 75 años (figura 6.7). Llama la atención la elevada tasa en mujeres de 15 a 19 años, a la que contribuyen de forma fundamental los trastornos de comportamiento alimenticio (31,2% de las altas por patología mental en ese grupo de edad), y la tasa en varones de 90 y más años (37,3% de las altas en este grupo corresponden a demencias). Las altas hospitalarias por patología mental se han agrupado utilizando la clasificación DSM-IV-TR®. En los hombres las mayores tasas fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con sustancias, mientras en las mujeres los trastornos del estado de ánimo superaron a la esquizofrenia (figura 6.8). En los menores de 15 años las mayores tasas corresponden a trastornos de inicio en la infancia o adolescencia. Entre los 15 y los 64 años alcanzan mayores tasas los diagnósticos correspondientes a trastornos relacionados con sustancias, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y los trastornos del estado de ánimo, persistiendo estos últimos con tasas elevadas a partir de los 65 años, junto con el grupo de los trastornos cognitivos (figura 6.9).

Figura 6.7. Morbilidad hospitalaria por patología mental según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

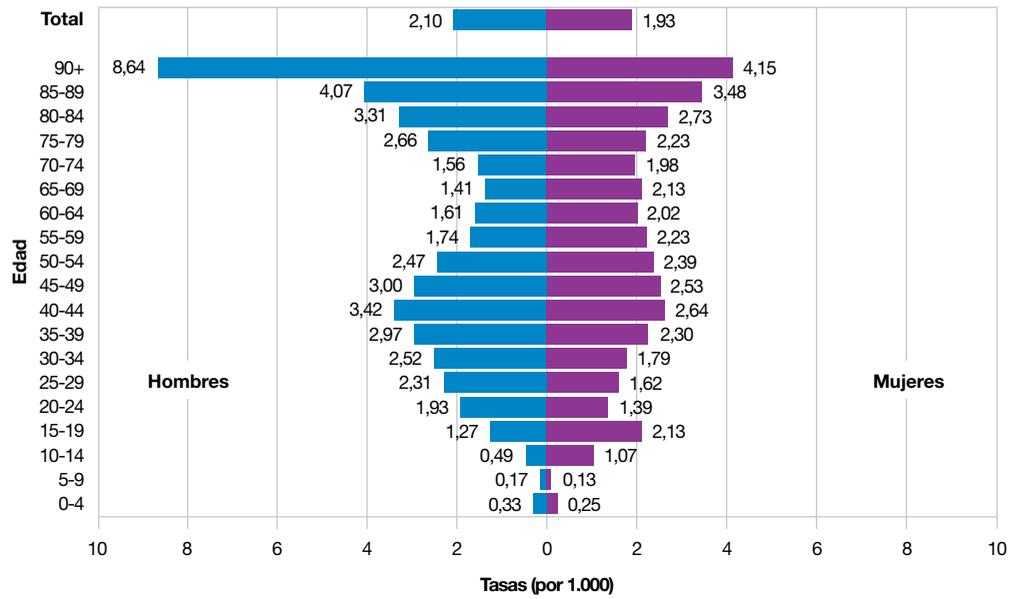
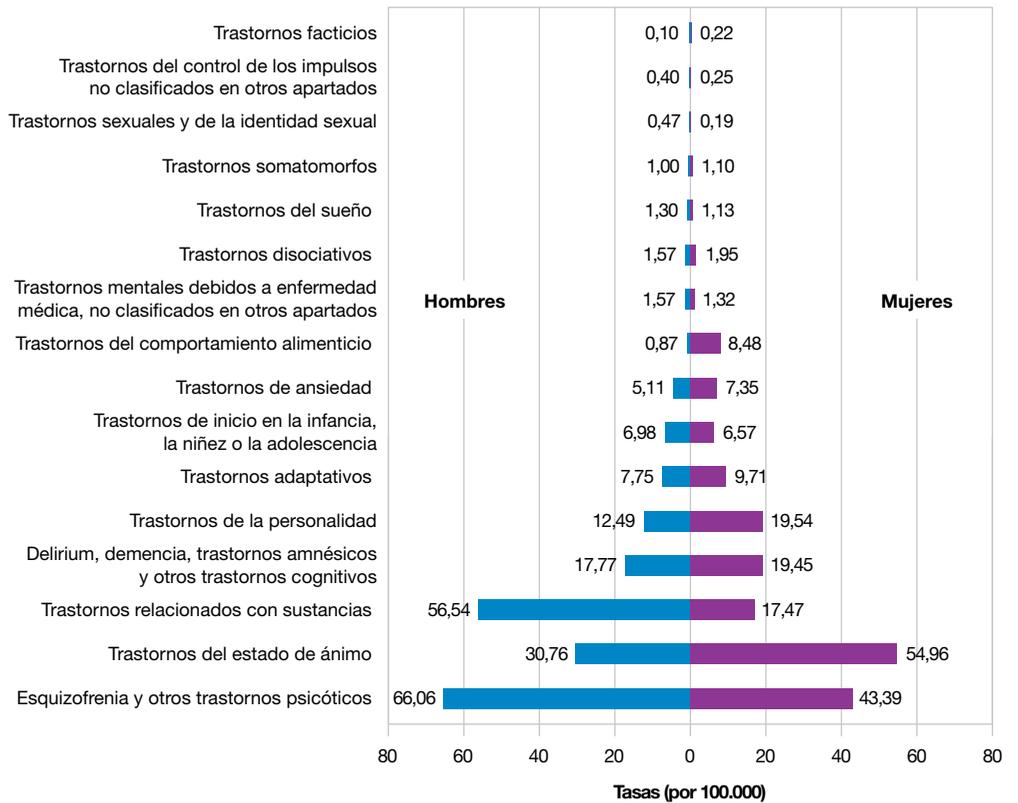


Figura 6.8. Morbilidad hospitalaria según sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



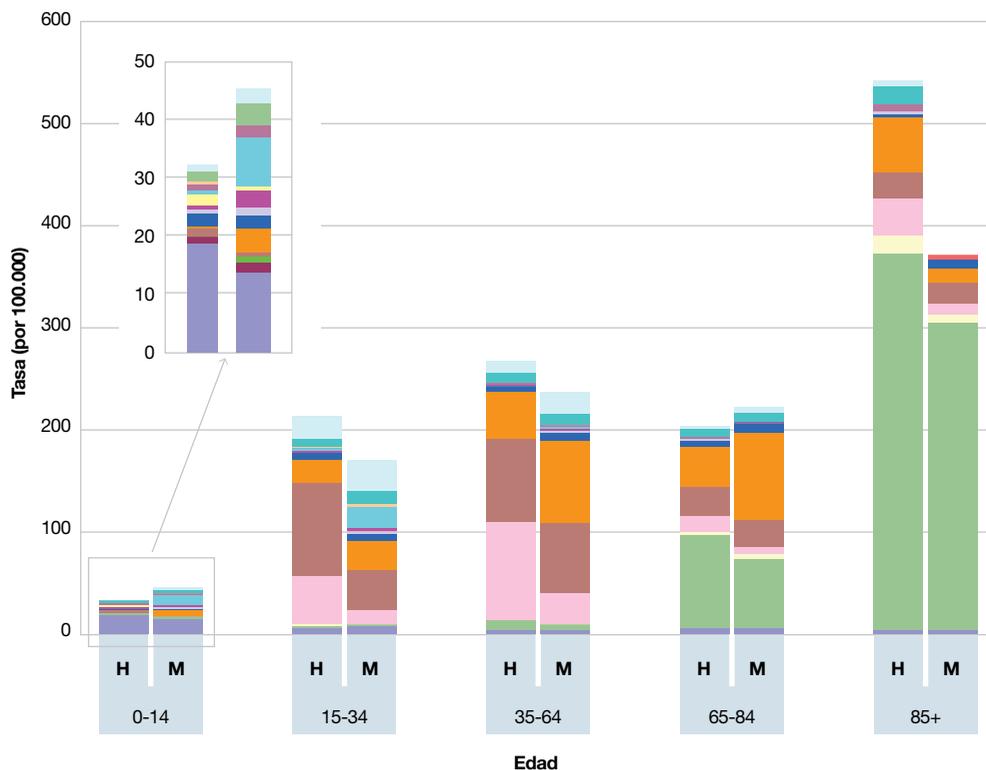


Figura 6.9. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

- Trastornos de la personalidad
- Trastornos adaptativos
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- Trastornos del sueño
- Trastornos comportamiento alimenticio
- Trastornos sexuales y de identidad sexual
- Trastornos disociativos
- Trastornos facticios
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del estado de ánimo
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos relacionados con sustancias
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos
- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

6.1.5. Carga de enfermedad

La clasificación de causas de enfermedad y defunción utilizada en los estudios de carga de enfermedad (ver capítulo 1, metodología) no permite disociar las causas mentales de las neurológicas del mismo modo que lo hace la CIE-10, por lo que se comentan de manera conjunta.

Como se apuntó en el capítulo 2, las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el conjunto de España y, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, en la mayoría de los países de alta esperanza de vida. El componente de mala salud (años vividos con discapacidad) tiene un peso mucho mayor (94,3% de la carga total por estas causas) que el de la mortalidad (años de vida perdidos por muerte). Sólo a edades elevadas, y debido a las demencias y la enfermedad de Alzheimer, la mortalidad cobra cierta presencia en este indicador.

En la distribución por edades de la carga de enfermedad por causas neuropsiquiátricas se aprecia un patrón bimodal (figura 6.10), con un primer valor máximo en edades de adultos jóvenes, resultado principalmente de las consecuencias del abuso de alcohol en varones y de la depresión en mujeres (figura 6.11), un segundo valor máximo a edades avanzadas resultado del impacto de las demencias y el Alzheimer, con mayor efecto en las mujeres (figura 6.12).

Figura 6.10. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

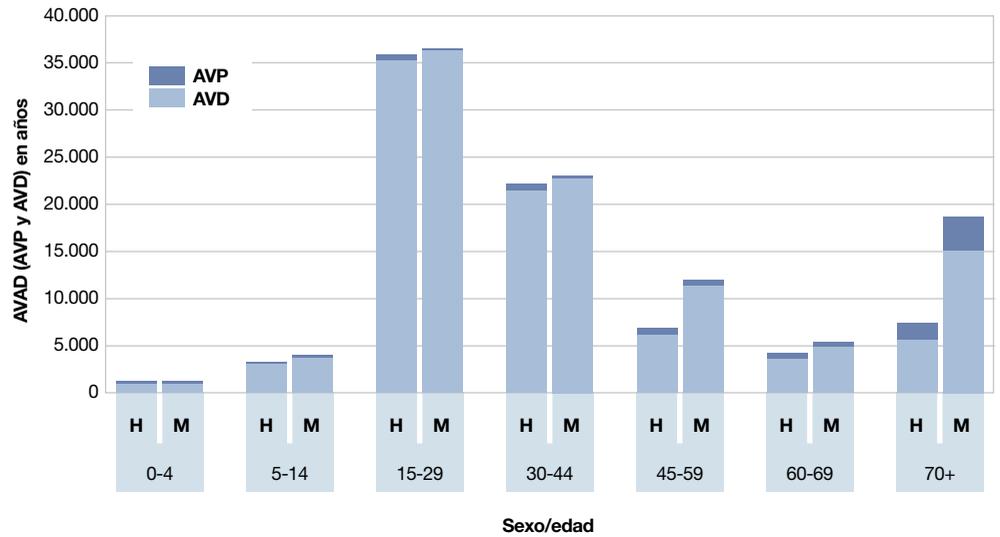


Figura 6.11. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por depresión unipolar, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

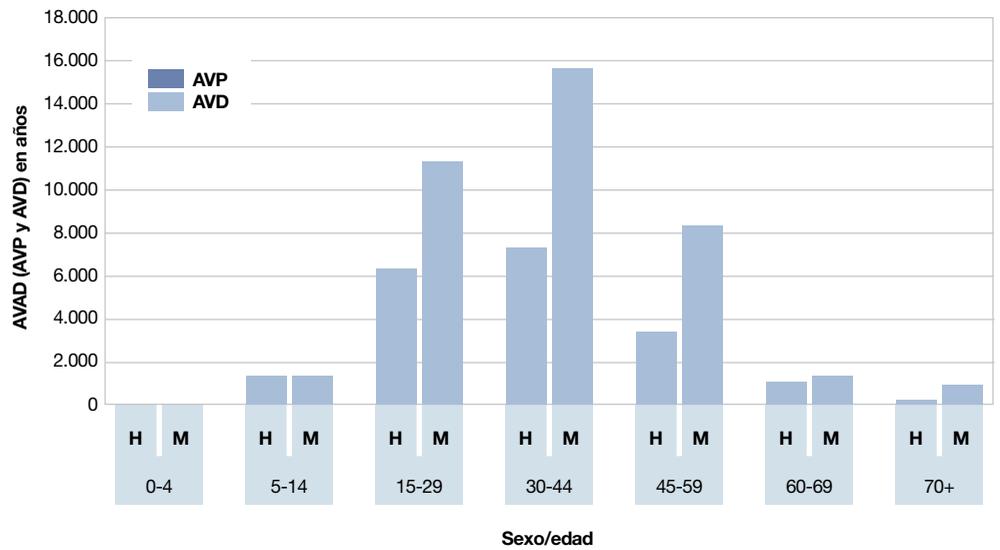
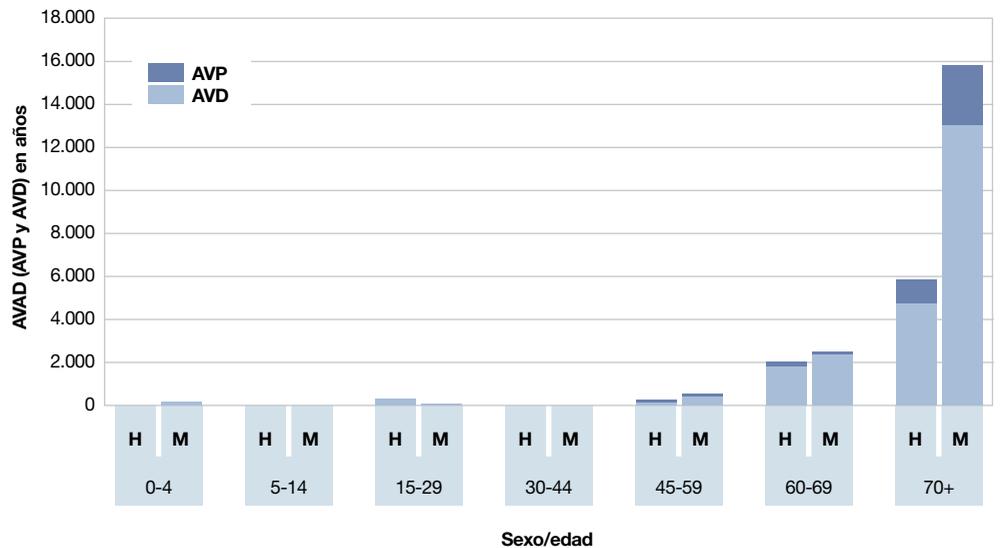


Figura 6.12. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por demencias y enfermedad de Alzheimer, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



6.1.6. Salud mental según la encuesta de salud (ERSM2007)

Con el objetivo de conocer la situación de la salud mental de la población de la Comunidad de Madrid, se han incorporado en la Encuesta Regional de Salud (ERSM2007) diversas preguntas que han permitido recabar información sobre patología mental diagnosticada, percepción del encuestado sobre su propio estado de ansiedad o depresión (EuroQol), y posible riesgo de padecer un trastorno mental no psicótico como ansiedad o depresión. Para detectar esta última situación se ha utilizado el General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) por ser un instrumento validado y utilizado habitualmente en población general.

El 9,68% de la población dijo haber sido diagnosticada de alguna patología mental, siendo este porcentaje más elevado en las mujeres (13,07% frente a 5,99%) y en la población de más edad. La patología más frecuente fue la depresión (4,59%) seguida por la ansiedad (4,26%). El porcentaje de población que refirió presentar sintomatología ansioso-depresiva alcanzó en 14,49%, siendo también mayores los porcentajes entre mujeres e incrementándose con la edad. La población en posible riesgo de sufrir patología mental no psicótica llegó al 25,15%, con una distribución por edad y sexo similar a las dos anteriores (tabla 6.5 y figura 6.13).

En cuanto al país de nacimiento (figura 6.14), el porcentaje de población diagnosticada de alguna patología mental una vez ajustado por edad fue superior entre población autóctona así como la proporción de población con sintomatología ansioso-depresiva, aunque en los grupos de edad más jóvenes el porcentaje de población inmigrante con sintomatología ansioso-depresiva supera al de la población autóctona. El riesgo de sufrir patología mental es superior entre población inmigrante para ambos sexos y para los grupos de edad por debajo de 55 años. El nivel socioeconómico (figura 6.15) supone un gradiente tanto en el diagnóstico de patología mental, como en la presencia de síntomas y en el riesgo de sufrir algún trastorno, alcanzando los porcentajes más elevados los grupos más desfavorecidos. Los convivientes en pareja presentaron menores porcentajes de patología diagnosticada y de sintomatología, mientras que los mayores porcentajes de población en riesgo fueron las viudas y los separados (figura 6.16).

	Sexo			Edad			
	Total	Hombres	Mujeres	16-29	30-44	45-64	65+
Diagnóstico de patología mental	9,68	5,99	13,07	3,45	6,85	12,66	18,50
Depresión	4,59	2,53	6,49	1,05	2,86	6,48	9,51
Ansiedad	4,26	2,31	6,05	1,95	3,36	6,16	5,90
Insomnio	3,50	2,06	4,83	0,65	1,71	4,80	8,61
Otra patología mental	1,16	1,29	1,04	0,60	1,29	1,22	1,56
Sintomatología ansioso-depresiva	14,49	9,13	19,43	6,98	11,56	18,39	23,69
Moderada	12,18	7,84	16,18	6,49	9,90	15,30	19,02
Importante	2,31	1,29	3,25	0,49	1,66	3,10	4,66
Riesgo de patología mental (GHQ-12)	25,15	18,92	30,85	20,94	23,63	26,48	31,79

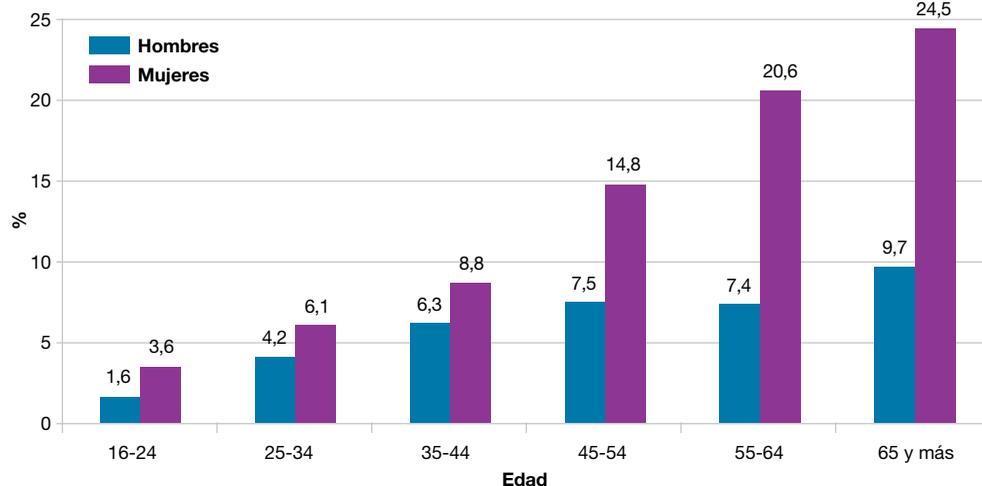
Tabla 6.5. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

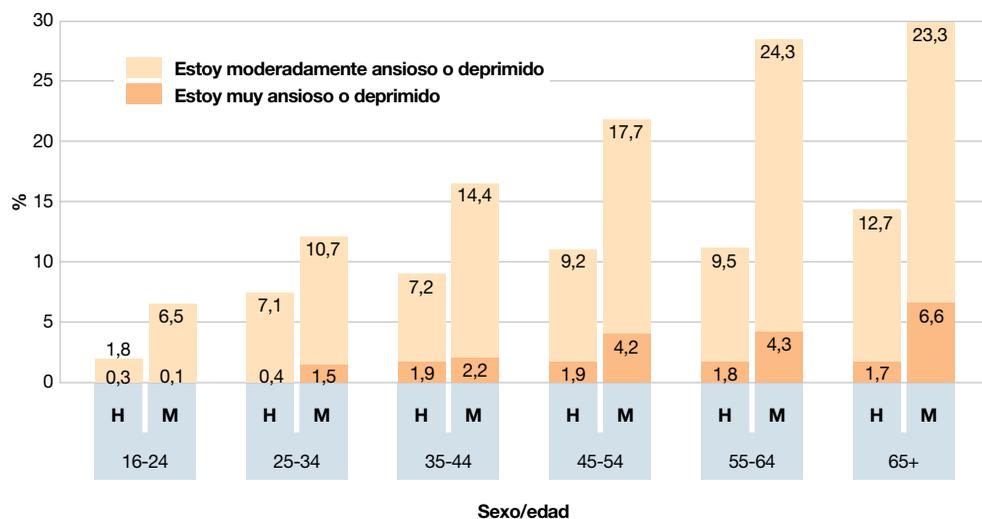
Figura 6.13. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

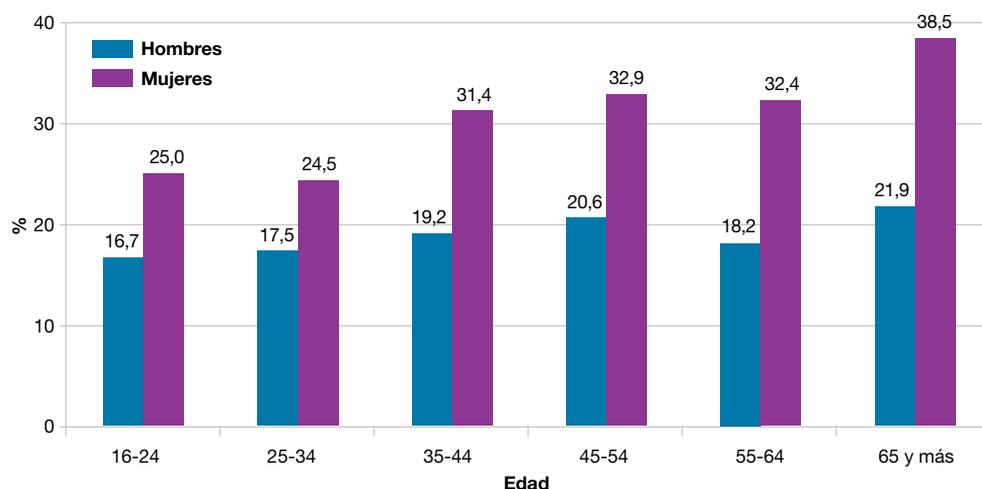
Patología mental diagnosticada



Presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol)



Riesgo de morbilidad psiquiátrica (GHQ-12)



Patología mental diagnosticada

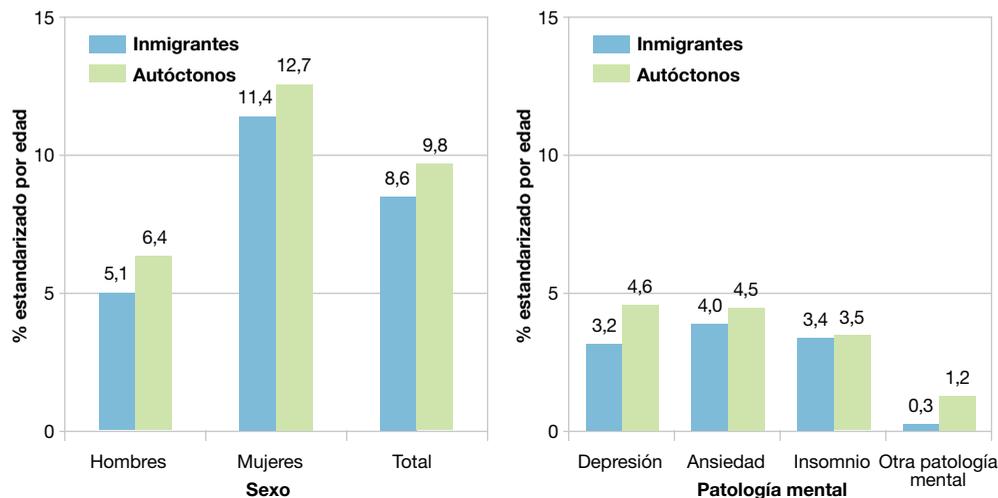
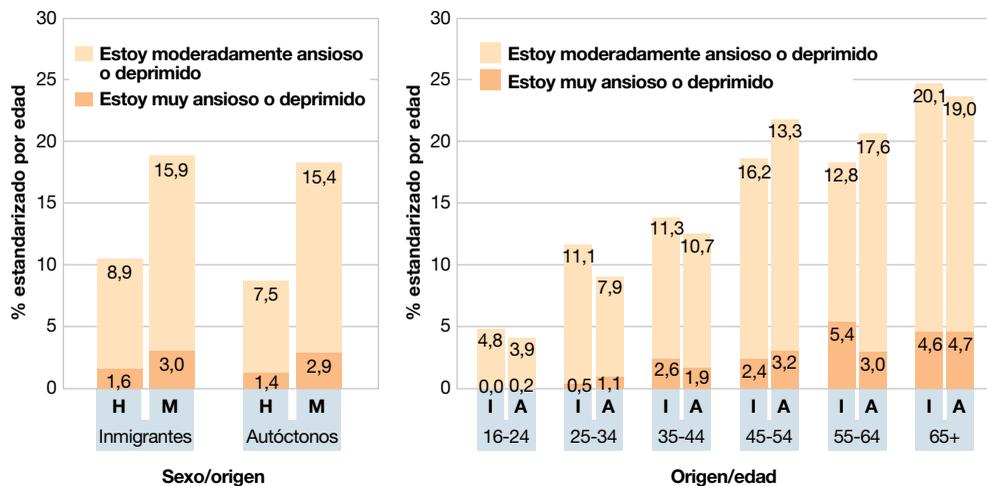


Figura 6.14. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol)



Riesgo de morbilidad psiquiátrica (GHQ-12)

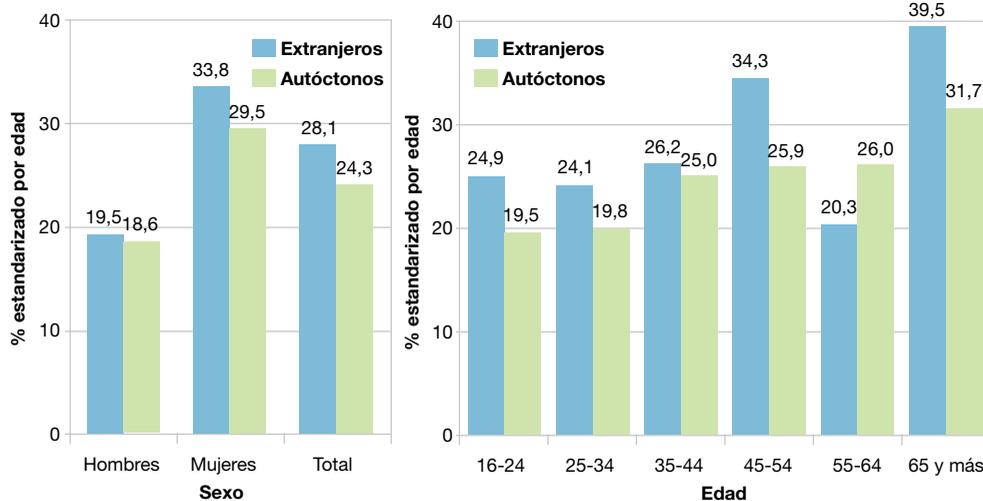
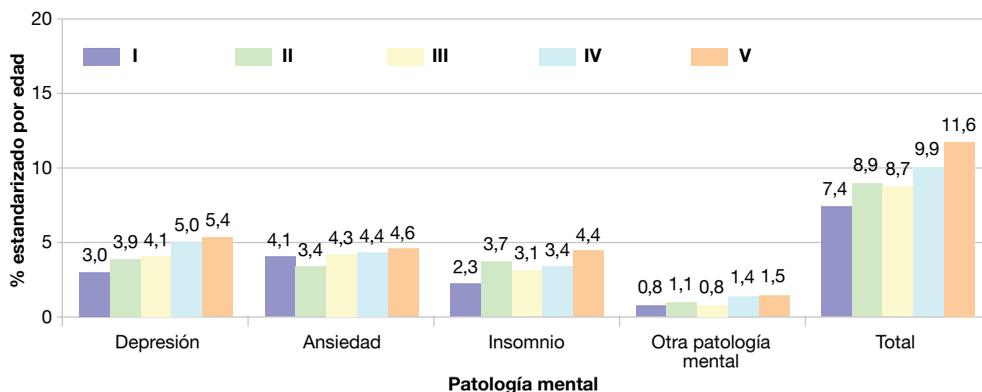
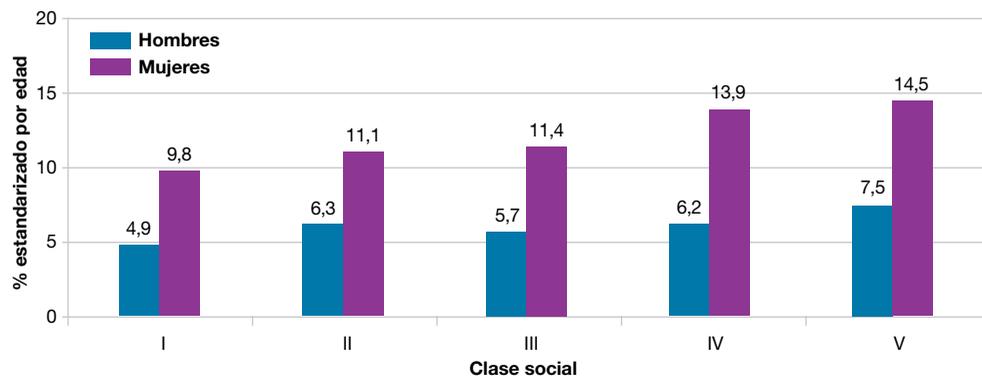


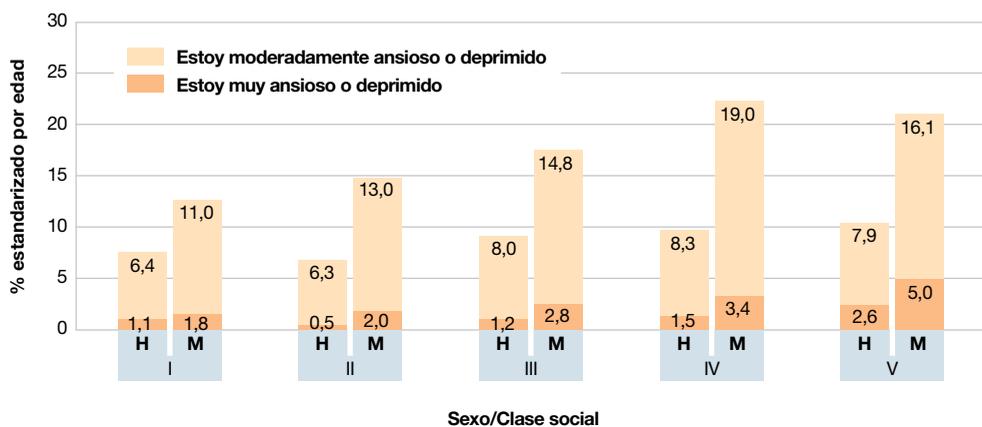
Figura 6.15. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y clase social. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

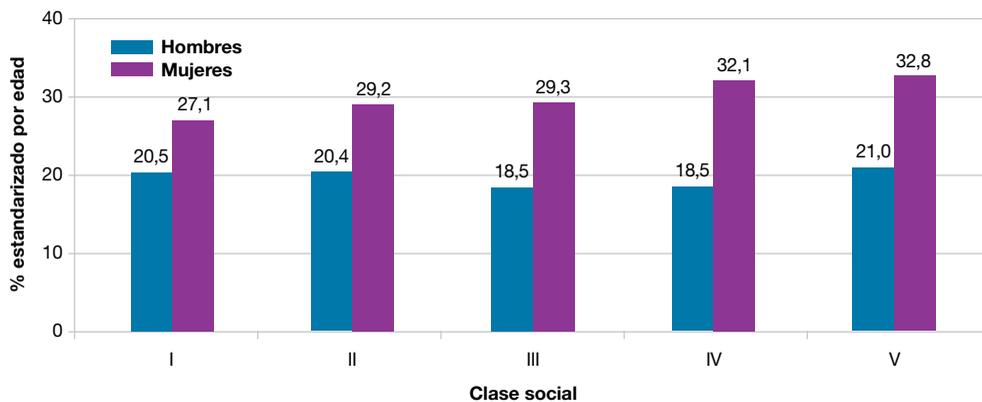
Patología mental diagnosticada



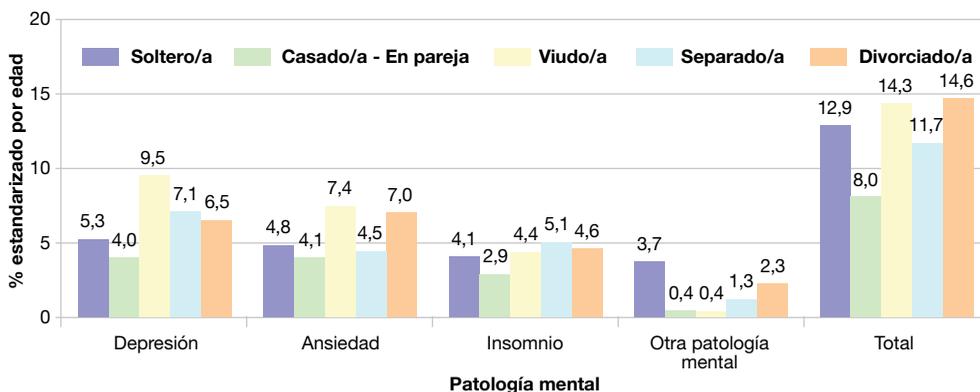
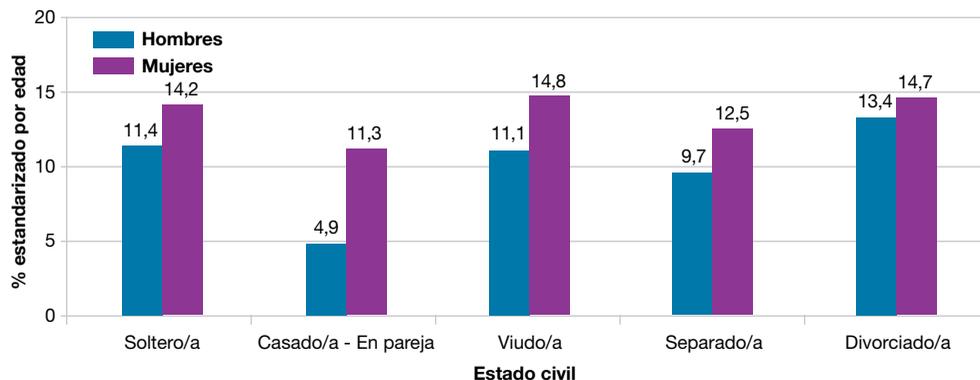
Presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol)



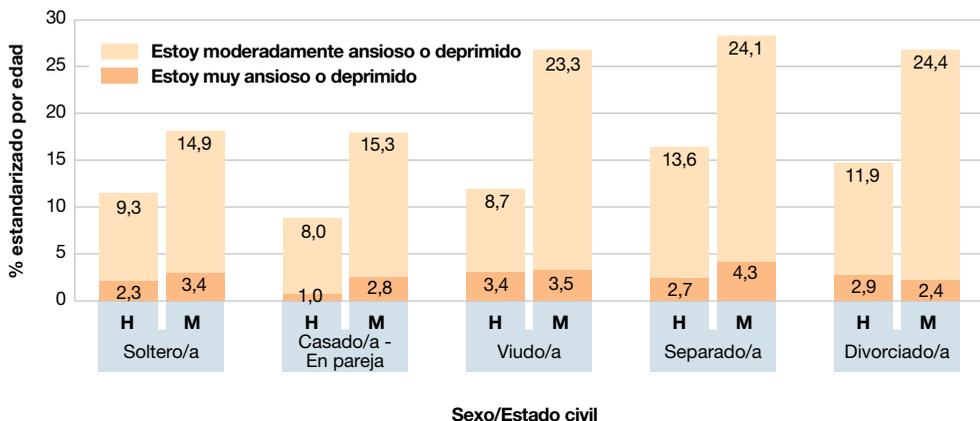
Riesgo de morbilidad psiquiátrica (GHQ-12)



Patología mental diagnosticada



Presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQoI)



Riesgo de morbilidad psiquiátrica (GHQ-12)

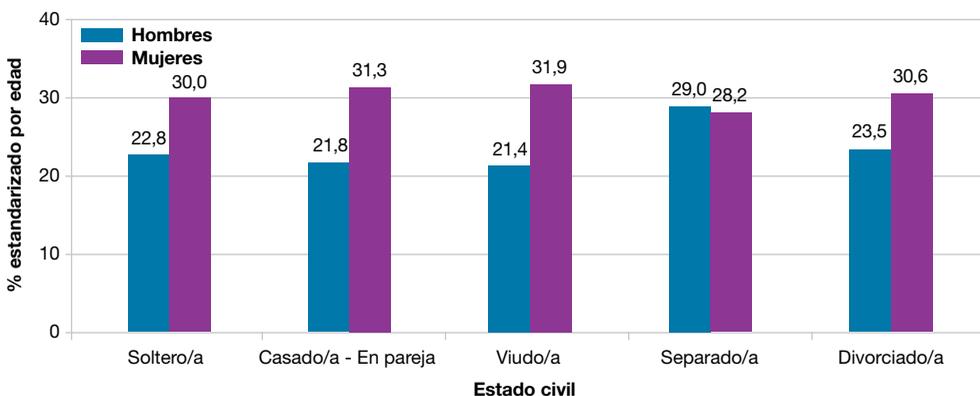


Figura 6.16. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQoI) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y estado civil. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

6.2. Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil. Enfermedad de Alzheimer

Como se ha comentado al inicio del capítulo, la práctica totalidad de las defunciones por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso se producen a edades avanzadas. En el caso de los primeros esto es debido al abrumador peso de las demencias (trastornos mentales orgánicos, senil y presenil) que suponen el 96,7% del total de fallecimientos por este capítulo de la CIE-10. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, su peso sobre el conjunto del gran grupo de enfermedades del sistema nervioso es menor (45,5%), pero igualmente importante en número absoluto de casos. Es por ello que el valor de las tasas truncadas (que tiene en cuenta la mortalidad de la población de 35 a 64 años cumplidos de edad) es en ambos casos inapreciable (tabla 6.6), y que las curvas de evolución de las tasas ajustadas de mortalidad por ambas causas específicas (figuras 6.17 y 6.18) y su contribución al cambio de la esperanza de vida (figuras 6.19) coinciden con las de los respectivos grandes grupos a los que pertenecen, y que han sido ya comentadas.

Respecto a la distribución espacial de la mortalidad por estas causas (figura 6.20 y 6.21) destaca la presencia de agregación de zonas de exceso de mortalidad por trastornos mentales orgánicos senil y presenil: en hombres en la parte sur de la Comunidad principalmente en los Distritos de Salud de Fuenlabrada, Getafe, Parla, Móstoles, Alcorcón, Leganés y Navalcarnero, y en mujeres en la zona sur y este con agregación en los Distritos de Navalcarnero, Parla, Móstoles, Leganés, Fuenlabrada, Coslada y Getafe entre otros.

Tabla 6.6. Indicadores generales de demencias. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Demencias. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	235	665	900
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	8,0	21,3	14,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,3	0,2	0,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,3	9,3	8,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	12,2	13,4	13,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,058	0,097	0,080
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006*	8.622	19.132	27.754
Años de Vida Perdidos. CM 2006*	1.463	2.945	4.407
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006*	7.159	16.187	23.346

*La carga de enfermedad se estima para el conjunto de las demencias y enfermedad de Alzheimer

Tabla 6.7. Indicadores generales de enfermedad de Alzheimer. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedad de Alzheimer. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	195	487	682
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,7	15,6	11,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,3	0,2	0,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,8	7,0	6,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	8,8	11,6	10,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	-0,008	-0,021	-0,016
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006*	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM 2006*	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006*	-	-	-

* La carga de enfermedad se estima para el conjunto de las demencias y enfermedad de Alzheimer. Ver los resultados en la tabla 6.6 (demencias)

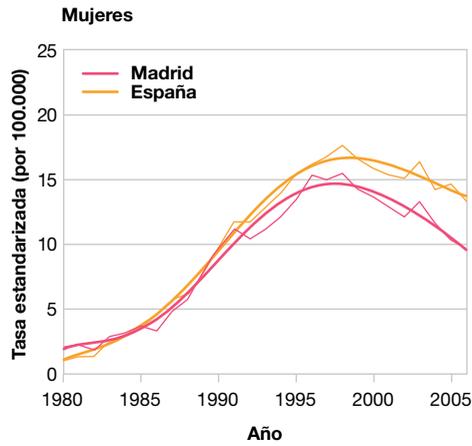
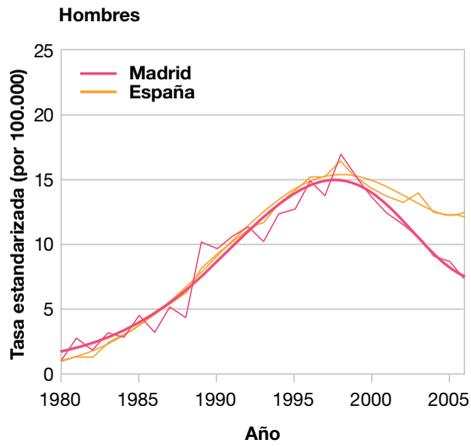


Figura 6.17. Demencias. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

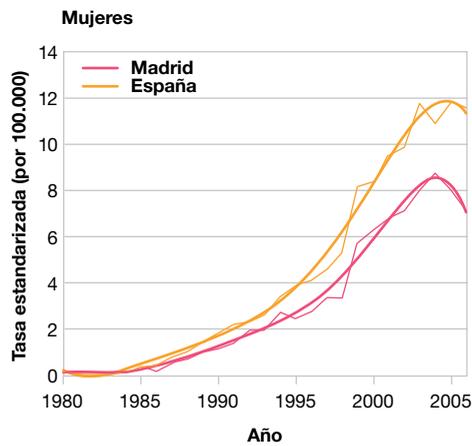
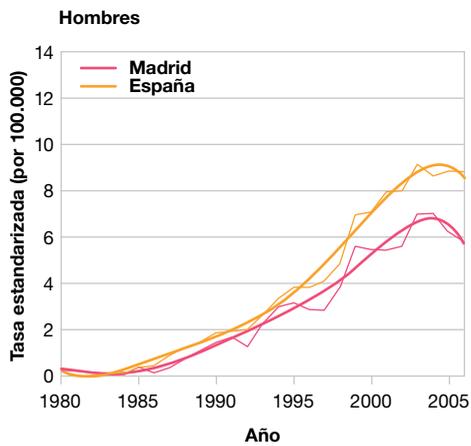


Figura 6.18. Enfermedad de Alzheimer. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

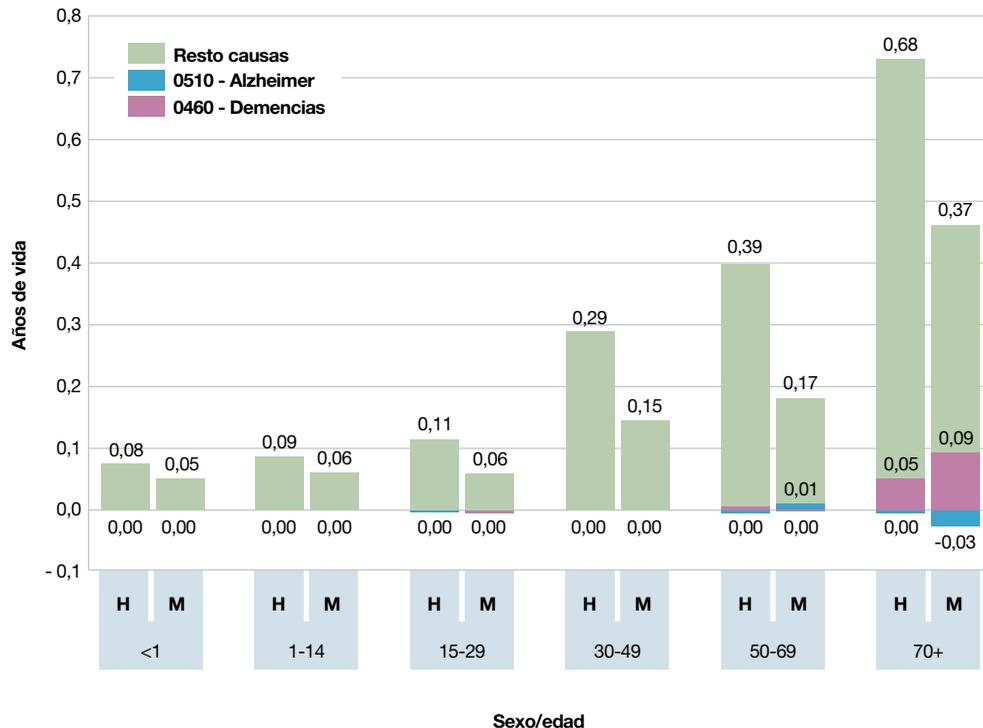
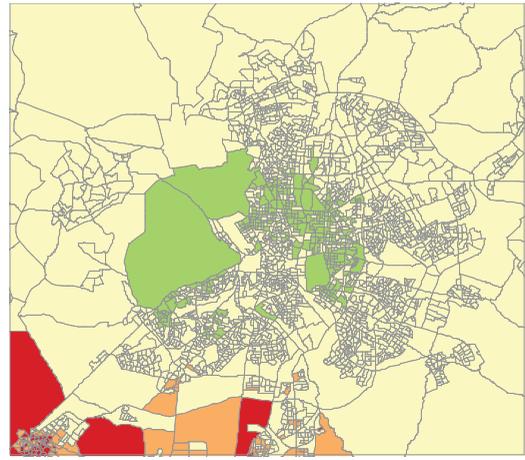
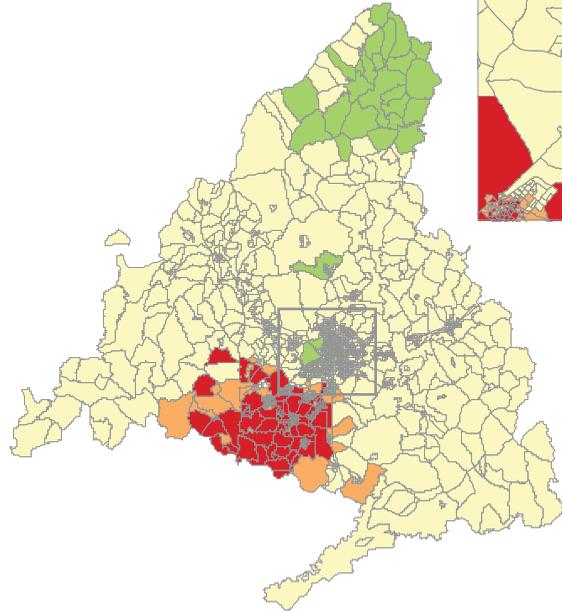


Figura 6.19. Contribución de las demencias, la enfermedad de Alzheimer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

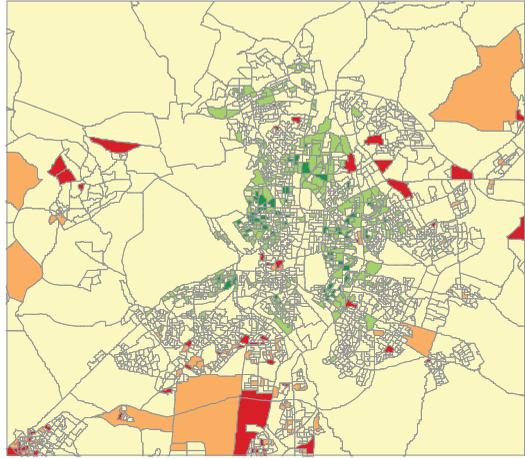
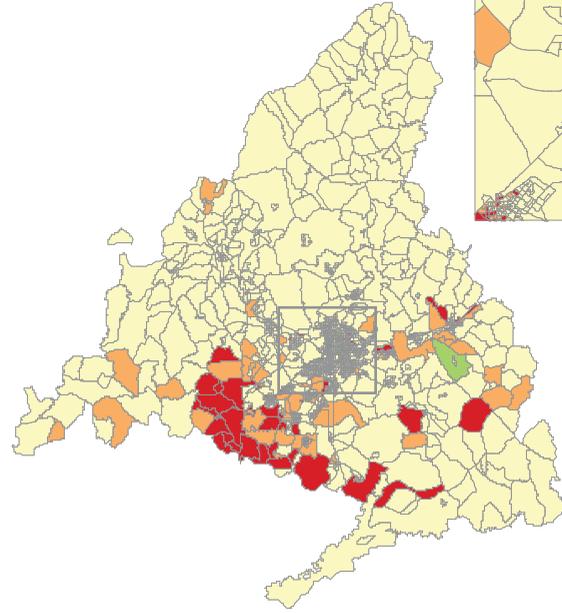
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 6.20. Mortalidad por trastornos mentales orgánicos, senil y presenil, en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Hombres
 PRP >1
 < 0,1
 0,1 - 0,2
 0,2 - 0,8
 0,8 - 0,9
 > 0,9



Mujeres
 PRP >1
 < 0,1
 0,1 - 0,2
 0,2 - 0,8
 0,8 - 0,9
 > 0,9



Hombres

PRP >1

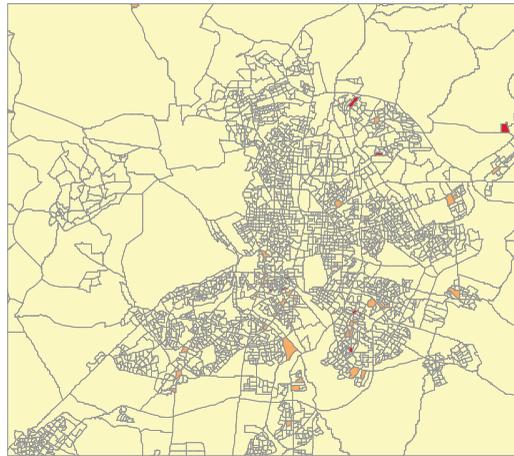
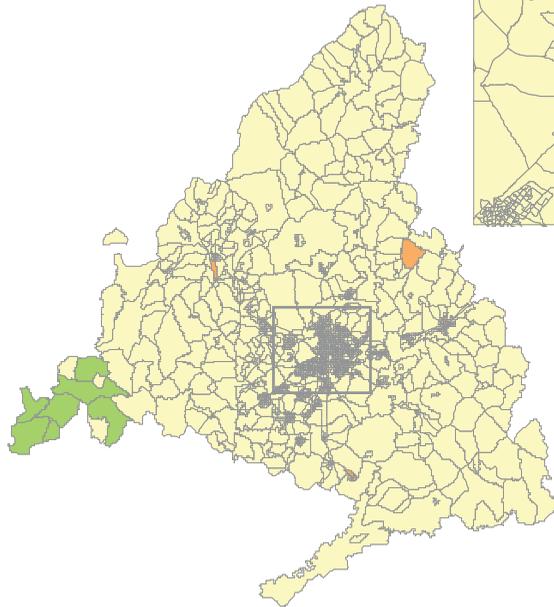
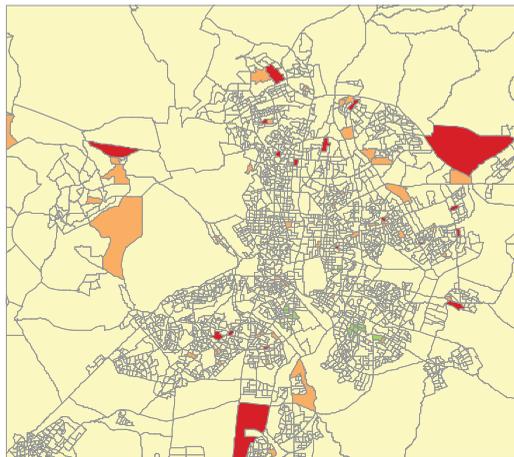
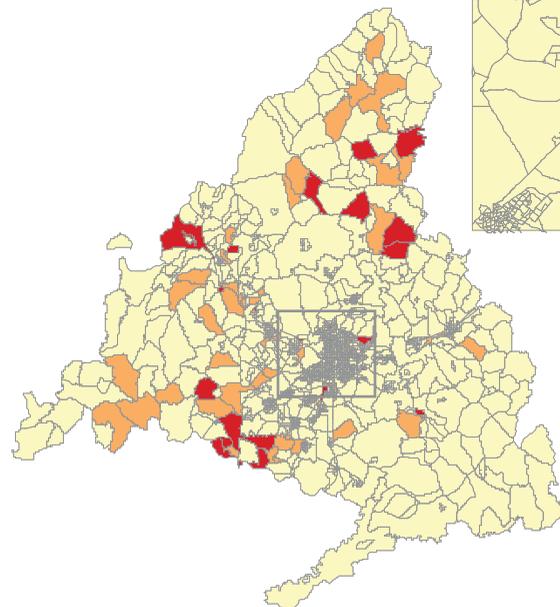
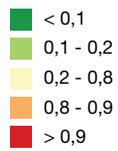


Figura 6.21. Mortalidad por enfermedad de Alzheimer en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres

PRP >1



6.3. Conclusiones y recomendaciones

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña. El componente de mala salud tiene un peso mucho mayor que el de la mortalidad. Ésta se produce a edades elevadas, debido a las demencias y a la enfermedad de Alzheimer.

En Atención Primaria la patología mental representó un 3,9% de los episodios atendidos en 2007. La hospitalización por este motivo se produce sobre todo en las edades medias de la vida y a partir de los 75 años. En los hombres las mayores tasas de morbilidad hospitalaria fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Según la encuesta de salud, la patología mental es más frecuente en mujeres y aumenta con la edad. Se observaron diferencias en la presencia o riesgo de sufrir ansiedad o depresión, según país de nacimiento, nivel socioeconómico y estado civil. Esta información permite priorizar los programas para mejorar la salud mental en aquellos grupos que presenten un riesgo más elevado.