

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
PROGRAMA DE DOCTORADO PSICOLOGÍA DE LA SALUD



**TESIS DOCTORAL**

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LAS  
UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CANARIAS  
EN EL QUINQUENIO 2009-2013

---

**JOSE ANTONIO DUQUE CÁRDENES**  
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA  
2015



*A mis hijos,  
Juan Jesús y Valentina,  
a Vane, mi compañera de vida,  
y a mi madre y a mi padre, siempre conmigo.*



## **AGRADECIMIENTOS.**

Este trabajo no es sólo una tesis, es un capítulo que cierra mi etapa académica, no mi constante aprendizaje, por lo que quiero agradecer a todos los que han contribuido en mi formación, y en lo que soy ahora como persona. Y en ello, hay tanta gente implicada que no caben en cien tesis, de algunos, ni siquiera me sé el nombre...

Quiero empezar por Don Juan Muñoz, la primera persona que encontré con vocación por enseñar (educación primaria), gracias por hacerme amar las ciencias y por confiar en mí, haciéndome cambiar de opinión para que hiciera bachiller.

Mi espíritu de sacrificio, mi autonomía se lo debo a la vela y a todas las personas que están alrededor de ella, donde tengo tantos amigos que me han ayudado, y me han dado su cariño. Siendo uno de los lugares donde me siento muy querido. Gracias por formar parte de mi identidad. Quiero nombrar especialmente a uno de mis primeros entrenadores, Lolo, *“cuando el viento me sople hacía el cielo, trimaré las velas para verte”*.

Otras de las áreas de mi vida es la música folklórica y popular, gracias a La Parranda Arguaney, mi grupo, mis compañeros, mis amigos, otra gran familia que tengo la suerte de tener.

Al Doctor Ricardo Chirino, por tener siempre la puerta abierta para mí, volví a ver personificada la vocación por la enseñanza.

A la Doctora María Dolores Díaz Palarea, por acompañarme en la tesina, y también por ofrecerme su cariño y ayuda.

Al Doctor Juan Antonio Díaz, por “empujarme” a esta aventura y a muchas más, y por su amistad incondicional.

Quiero agradecer especialmente a mis directores de tesis, el Doctor D. José Luís Hernández Fleta y a la Dra. D<sup>a</sup>. María Dolores Fiuza Pérez, por aceptar la tutela, acompañarme, guiarme, por confiar en mí, por su cariño, y por hacer material un sueño. Intentando resumir lo que siento... la primera vez

que vi al Doctor D. José Luís Hernández Fleta impartiendo una clase en mi programa de doctorado, me dije; *Quiero ser como él*. Y de la Dra. D<sup>a</sup>. María Dolores Fiuza Pérez, mi agradecimiento es eterno, por su generosidad, su honestidad, su perseverancia, su tiempo y por su apoyo, que ha ido más allá de una tesis doctoral. Qué suerte he tenido de tenerlos.

A Dña. Aída Gutiérrez, porque su ayuda muestra que no es necesario que las personas se conozcan para colaborar de forma desinteresada. Gracias por estar disponible detrás del teléfono.

A todos los profesionales que han hecho, y hacen posible el correcto funcionamiento del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).

Al Servicio Canario de Salud, por facilitar la información para la construcción de este trabajo.

A Kiko por regalarme el diseño de la portada, por su asesoramiento informático, y por enseñarme que *todos los días me ponga la ropa de los domingos*.

A mis amigas y amigos, por hacer que el tiempo no sea la medida ni para convertir ni para mantener la amistad.

Gracias también al mar y a la montaña, lugares a veces inhóspitos, a la intemperie,... qué curioso. Son mis refugios.

A mis niños pequeños, Juan Jesús y María Valentina, por entender que *“papi está trabajando con el ordenador”*, y por hacerme saber *“lo que me ha querido abuela”*. Espero no haberles robados mucho tiempo. Siempre estaré con ustedes, aunque no esté.

Esta tesis es también tuya, Vane, mi compañera de vida. Gracias por tu paciencia y por tu apoyo, por hacer que no se note mi ausencia en el hogar durante este trabajo, y por quererme tanto.

A mi madre, porque gracias a ella soy quien soy, le debo la vida, y mi vida, que me ha enseñado que el ser más fuerte es una mujer, que su espíritu de lucha, su perseverancia y su amor incondicional no tienen límite. Que ha sabido llevar las riendas de una familia en los peores momentos, y que el calificativo de *superman* quede pequeño ante *superwoman*.

A mi padre, porque sé que esto sería también tu sueño, como el mío. Gracias por encontrarte en mi soledad y en la oscuridad, respondiendo a las preguntas que te planteo de la vida, por ser mi guía, mostrando que vives en mí, y también ahora en tus nietos.



## ÍNDICE GENERAL



## **ÍNDICE GENERAL**

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
1.1	Desarrollo de la Salud Mental y Psiquiatría, en las últimas décadas.	1
1.2	La red asistencial de Salud Mental en Canarias. ....	16
1.2.1	Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC).....	17
1.2.2	Hospitales de Día de infanto-juveniles .....	21
1.2.3	Unidades de Internamiento Breve y Unidades de Interconsulta y Enlace .....	22
1.2.4	Unidades de Media y Larga Estancia.....	24
1.3	Sanitaria Sistemas de Información y Registros Sanitarios. ....	25
1.3.1	Sistemas de Información de Salud Mental (SISM) .....	26
1.3.2	Desarrollo de los SISM en España. ....	30
1.3.3	El Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP). ....	39
<b>2</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>53</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>57</b>
3.1	Objetivo general .....	59
3.2	Objetivos específicos .....	59
<b>4</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>61</b>
4.1	Diseño.....	63
4.2	Población. ....	63
4.3	Ámbito.....	63
4.4	Fuente de Información. ....	63
4.5	Variables del estudio.....	64
4.6	Análisis estadístico.....	65
4.7	Confidencialidad.....	66

<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>67</b>
5.1	Características de los pacientes del estudio.	69
5.1.1	Calidad de los registros.	72
5.1.2	Características demográficas de la población de estudio.	73
5.2	Estudio de los pacientes por grupos diagnósticos.	75
5.2.1	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. (F2)	75
5.2.2	Trastornos del humor (afectivos). (F3)	87
5.2.3	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. (F4)	97
5.2.4	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos. (F6)	107
5.3	Comparación entre los grupos diagnósticos estudiados	117
5.3.1	Distribución por género.	117
5.3.2	Distribución por edad.	118
5.3.3	Distribución de las altas y los tipos.	119
5.4	Características de las asistencias a estudio	121
5.5	Distribución geográfica de las asistencias de estudio	124
5.6	Frecuentación	135
5.7	Profesionales que realizan las asistencias en las USMC.	139
<b>6</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>151</b>
6.1	Características de los pacientes del estudio.	153
6.2	Calidad de los registros.	159
6.3	Características sociodemográficas de la población de estudio.	159
6.4	Estudio de los pacientes por grupos diagnósticos.	160
6.5	Comparación entre los grupos diagnósticos estudiados.	164
6.6	Características de las asistencias a estudio.	167
6.7	Distribución geográfica de las asistencias a estudio.	169

6.8	Profesionales que realizan las asistencias en las USMC.....	173
6.9	Limitaciones del estudio.....	175
<b>7</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>177</b>
<b>8</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>183</b>
<b>9</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>199</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página.
Figura 1. Red de Recursos en Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Canarias	17
Figura 2. Distribución anual de todos los pacientes.	69
Figura 3. Distribución anual de los pacientes.	71
Figura 4. Distribución anual de los pacientes por grupos diagnósticos.	72
Figura 5. Distribución de los pacientes por género.	73
Figura 6. Distribución anual de los pacientes por género.	74
Figura 7. Distribución etaria de los pacientes incluidos.	74
Figura 8. Distribuciones por géneros y edades.	75
Figura 9. Distribución por género y edad de F2.	76
Figura 10. Distribución de los pacientes por género de F2.	77
Figura 11. Distribución anual del estado civil de F2.	78
Figura 12. Distribución anual del nivel educativo de F2.	79
Figura 13. Distribución anual del tipo de convivencia de F2.	80
Figura 14. Porcentaje de pacientes con y sin empleo de F2.	81
Figura 15. Distribución anual de los pacientes con empleo de F2.	82
Figura 16. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F2.	84
Figura 17. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F2. Agrupados.	85
Figura 18. Porcentajes de altas anuales de F2.	86

Figura 19. Distribución anual de los tipos de altas de F2.	87
Figura 20. Distribución por género y edad de F3.	88
Figura 21. Distribución de los pacientes por género de F3.	88
Figura 22. Distribución anual del estado civil de F3.	89
Figura 23. Distribución anual del nivel educativo de F3.	90
Figura 24. Distribución anual del tipo de convivencia de F3.	91
Figura 25. Porcentaje de pacientes con y sin empleo de F3.	92
Figura 26. Distribución anual de los pacientes con empleo de F3.	93
Figura 27. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F3. Agrupados.	95
Figura 28. Porcentajes de altas anuales de F3.	96
Figura 29. Distribución anual de los tipos de altas de F3.	97
Figura 30. Distribución por género y edad de F4.	98
Figura 31. Distribución de los pacientes por género de F4.	98
Figura 32. Distribución anual del estado civil de F4.	99
Figura 33. Distribución anual del nivel educativo de F4.	100
Figura 34. Distribución anual del tipo de convivencia de F4.	101
Figura 35. Distribución de la situación laboral de F4.	102
Figura 36. Distribución anual de los pacientes con empleo de F4.	103
Figura 37. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F4. Agrupada.	106
Figura 38. Porcentajes de altas anuales de F4.	106

Figura 39. Distribución anual del tipo de alta de F4.	107
Figura 40. Distribución por género y edad de F6.	108
Figura 41. Distribución de los pacientes por género de F6.	108
Figura 42. Distribución anual del estado civil de F6.	109
Figura 43. Distribución anual del nivel educativo de F6.	110
Figura 44. Distribución anual de los tipos de convivencia de F6.	110
Figura 45. Distribución de la situación laboral.	112
Figura 46. Distribución anual de los pacientes con empleo de F6.	113
Figura 47. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F6.	
Agrupados.	115
Figura 48. Porcentajes de altas anuales de F6.	116
Figura 49. Distribución anual del tipo de alta de F6.	117
Figura 50. Distribución del género por grupos diagnósticos.	118
Figura 51. Distribución de la edad en porcentaje por grupos diagnósticos.	119
Figura 52. Porcentajes anuales de altas por grupos diagnósticos.	120
Figura 53. Porcentajes de los tipos de altas por grupos diagnósticos.	121
Figura 54. Evolutivo de contactos totales (2009 – 2013).	121
Figura 55. Evolutivo de contactos por F2, F3, F4 y F6 (2009 – 2013).	122
Figura 56. Proporción de asistencias por isla.	124
Figura 57. Proporciones de los diagnósticos atendidos por cada isla.	125
Figura 58. Número y proporciones de las asistencias por medio rural / urbano.	126

Figura 59. Proporciones de los diagnósticos atendidos por medio rural / urbano.	127
Figura 60. Distribución de los F2 atendidos por USMC.	129
Figura 61. Distribución de los F3 atendidos por USMC.	130
Figura 62. Distribución de los F4 atendidos por USMC.	131
Figura 63. Distribución de los F6 atendidos por USMC.	132
Figura 64. Proporciones de F atendidos por cada USMC de Canarias.	134
Figura 65. Tasa estandarizada anual por 1000 habitantes.	135
Figura 66. Tasa estandarizada de los grupos diagnósticos por 1000 habitantes.	136
Figura 67. Tasa estandarizada de las islas por cada 1000 habitantes.	137
Figura 68. Tasa estandarizada de las USMC por cada 1000 habitantes.	138
Figura 69. Distribución de los contactos por profesional de la USMC.	139
Figura 70. Porcentaje anual de los contactos por profesional de las USMC.	140
Figura 71. Proporciones de los Profesionales por isla del Archipiélago Canario.	142
Figura 72. Proporción de los Profesionales por medio rural / urbano.	143
Figura 73. Distribución de los contactos de los Auxiliares de Enfermería por USMC.	144
Figura 74. Distribución de los contactos de los Trabajadores Sociales por USMC.	145
Figura 75. Distribución de los contactos de los Psiquiatras por USMC.	146
Figura 76. Distribución de los contactos de los DUE por USMC.	147

Figura 77. Distribución de los contactos de los Psicólogos Clínicos por USMC.	148
Figura 78. Porcentaje de los Profesionales dentro de cada USMC.	150



## ÍNDICE DE TABLAS



## ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla I. Transferencias Sanitarias.	15
Tablas II. USMC de CCAA de Canarias.	18
Tablas III. USMC Infanto-Juveniles de CCAA de Canarias.	19
Tabla IV. Unidades de Internamiento Breve o de Agudos (UIB) de Canarias.	22
Tabla V. Unidades de Media y Larga Estancia de la CCAA de Canarias.	25
Tablas VI. Implantación de RCP.	35
Tabla VII. Datos administrativos de la Actividad Asistencial del RECAP.	43
Tabla VIII. Ficha Epidemiológica del RECAP.	48
Tabla IX. Trastornos mentales y del comportamiento, según CIE-10.	51
Tabla X. Tasa estandarizada anual.	69
Tabla XI. Total de pacientes por grupo diagnóstico.	70
Tabla XII. Nº de pacientes incluidos distribuidos por grupos diagnósticos.	70
Tabla XIII. Tasas de prevalencias de los grupos diagnósticos por mil habitantes.	70
Tabla XIV. RECAP información no cumplimentada.	73
Tabla XV. Distribución del estado civil de F2.	77
Tabla XVI. Distribución del nivel educativo de F2.	78
Tabla XVII. Distribución del tipo de convivencia de F2.	79
Tabla XVIII. Distribución del tipo de convivencia de F2. Agrupada.	81
Tabla XIX. Distribución de los pacientes con empleo de F2.	82

Tabla XX. Distribución de los pacientes sin empleo de F2.	83
Tabla XXI. Distribución de los pacientes sin empleo de F2. Agrupados.	84
Tabla XXII. Tipo de altas de F2.	86
Tabla XXIII. Distribución del estado civil de F3.	89
Tabla XXIV. Distribución del nivel educativo de F3.	90
Tabla XXV. Distribución del tipo de convivencia de F3.	91
Tabla XXVI. Distribución del tipo de convivencia. Agrupada de F3.	92
Tabla XXVII. Distribución de los pacientes con empleo de F3.	93
Tabla XXVIII. Distribución de los pacientes sin empleo de F3.	94
Tabla XXIX. Distribución de los pacientes sin empleo de F3. Agrupados.	94
Tabla XXX. Distribución de los tipos de alta de F3.	96
Tabla XXXI. Distribución del estado civil de F4.	99
Tabla XXXII. Distribución del nivel educativo de F4.	100
Tabla XXXIII. Distribución del tipo de convivencia de F4.	101
Tabla XXXIV. Distribución del tipo de convivencia de F4. Agrupada.	102
Tabla XXXV. Distribución de los pacientes con empleo de F4.	103
Tabla XXXVI. Distribución de los pacientes sin empleo de F4.	104
Tabla XXXVII. Distribución de los pacientes sin empleo de F4. Agrupada.	104
Tabla XXXVIII. Distribución del tipo de alta de F4.	106
Tabla XXXIX. Distribución del estado civil de F6.	109
Tabla XL. Distribución del nivel educativo de F6.	110

Tabla XLI. Distribución del tipo de convivencia de F6.	111
Tabla XLII. Distribución del tipo de convivencia de F6. Agrupada.	112
Tabla XLIII. Distribución de los pacientes con empleo de F6.	113
Tabla XLIV. Distribución de los pacientes sin empleo de F6.	114
Tabla XLV. Distribución de los pacientes sin empleo de F6. Agrupados.	114
Tabla XLVI. Distribución del tipo de alta de F6.	116
Tabla XLVII. Número y porcentajes de los grupos diagnósticos de todas las asistencias del periodo de estudio.	122
Tabla XLVIII. Número de asistencias incluidas en función del diagnóstico.	123
Tabla XLIX. Media de consultas al año por grupo diagnóstico y paciente.	123
Tabla L. Distribución de los diagnósticos atendidos por Islas.	125
Tabla LI. Proporción de asistencias por USMC.	128
Tabla LII. Número y porcentaje de contactos profesionales por grupos diagnósticos.	140
Tabla LIII. Número y porcentaje de los contactos profesionales por islas del Archipiélago Canario.	141



# 1 INTRODUCCIÓN



## 1.1 Desarrollo de la Salud Mental y Psiquiatría, en las últimas décadas.

*Para Aristóteles las cosas se conocen mejor a través de su origen y desarrollo.  
Desde el mundo clásico se discute si la historia es maestra de la vida.  
(Peset, 2003, p.25).*

Las enfermedades mentales son consideradas como un problema de salud pública de primer orden, con una gran repercusión sobre la morbi-mortalidad, la calidad de vida de pacientes y familiares y el uso de recursos del sistema sanitario (MSC, 2007).

En su conjunto, los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer.

Además, su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.

En España, se considera que aproximadamente el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental y que algo más del 25% lo padecerá a lo largo de su vida. En nuestro país, las enfermedades mentales y neurológicas suponen, la primera de las categorías en carga de enfermedad, llegando a ser el 27,62% de la carga total de enfermedades del país. (Génova y cols., 2006).

Entre todas las enfermedades, la depresión ocupa el cuarto lugar entre las causas de morbilidad y se prevé que en el año 2020 pase a ser la segunda (OMS, 2007), y según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial (OMS, 2011).

Los trastornos mentales graves (mayoritariamente la esquizofrenia y

## *INTRODUCCIÓN*

el trastorno bipolar) son menos frecuentes que los comunes y, en general, más discapacitantes, y suponen además una mayor carga para la familia de los afectados. El cuidado del paciente con esquizofrenia, por ejemplo, supone de 6 a 9 horas diarias para las personas que los cuidan, generalmente mujeres, lo que conlleva también efectos negativos en su vida laboral, social y familiar, cuando no la aparición de problemas de salud mental para los propios cuidadores (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2007).

La atención especializada a la enfermedad mental, desde el modelo comunitario, recae en las Unidades de Salud Mental Comunitaria, y hablar de ellas y de Registros de Casos Psiquiátricos, requiere una mirada hacia algunas décadas atrás para entender lo que promovió el cambio a un modelo comunitario, y su proceso. Desde un punto de vista tradicional, la reforma psiquiátrica se ha considerado como un proceso de «desinstitucionalización» o el abandono por cierre o profunda transformación de los viejos hospitales psiquiátricos, y la implantación sustitutiva de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia (centros laborales, de apoyo y de potenciación de las habilidades del individuo) (Salvador-Carulla y cols., 2002).

Para poder entender la reforma psiquiátrica haremos un repaso por los hitos históricos que fueron contribuyendo al caldo de cultivos que favorecieron el cambio, sin olvidar que la revolución surge cuando la sociedad quiere otro destino para los enfermos mentales, en especial para los trastornos mentales crónicos e incapacitados. Si hay algo común a todos los procesos de reforma psiquiátrica, es que surgen tras la II Guerra Mundial

debido al rechazo al encierro asilar, al manicomio, la urgencia de su reforma o de su cierre, y por tanto la necesidad de nuevos diseños terapéuticos, la creación de recursos más eficaces y solidarios (Desviat, 2010).

En los años 50, la Organización Mundial de la Salud inició una serie de publicaciones sobre la asistencia psiquiátrica, y creó la Sección de Higiene Mental. Y es en 1953, cuando el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS publica "The Community Mental Hospital", en el que figuran ciertas recomendaciones que deben cumplir los hospitales psiquiátricos. Entre ellas, se incluye el tener un ambiente apropiado para modificar las relaciones interpersonales entre el personal y los pacientes. Recomendó un número idóneo de camas - en torno a 300 – y que el hospital estuviera formado por pequeños edificios en los que los pacientes vivieran en grupos reducidos y que estuvieran ubicados cerca de una zona de servicios. El informe fue bastante progresista para su tiempo según la autora Moreno Küstner, donde utilizan el término "comunitario" para referirse a aquellos "hospitales mentales" en los que se realizan no solamente ingresos hospitalarios sino que también se desarrollan servicios ambulatorios que actúan en la comunidad (Moreno, 1998).

En la misma década comenzaron a aparecer tratamientos farmacológicos para enfermos mentales, especialmente permitiendo que se pudiera tratar a los pacientes psicóticos graves fuera del hospital con tratamientos farmacológicos eficaces, favoreciendo así el movimiento reformista.

En 1965 se publicó en Estados Unidos la llamada Ley Kennedy, hito que el autor Salvador-Carulla considera como el punto de partida oficial de los

## *INTRODUCCIÓN*

movimientos de reforma ocurridos en todo el mundo occidental durante las siguientes dos décadas. Probablemente la insatisfacción (por razones técnicas, económicas, humanitarias y científicas) con el régimen hospitalocéntrico que había regido la asistencia de los enfermos mentales desde el siglo XV (Salvador-Carulla y cols., 2002).

También por cuestiones técnicas —el fracaso del hospital psiquiátrico como espacio terapéutico— y razones éticas —la devolución de la dignidad, el respeto de los derechos para las personas con trastornos mentales—, propician nuevas formas de atención a los trastornos mentales, y en especial a las psicosis. La desinstitucionalización va exigir un modelo centrado en la comunidad y, con urgencia, procedimientos más eficaces para tratar la vieja y nueva cronicidad. Va exigir un cambio de modelo que involucra necesariamente al sistema sanitario y de prestaciones sociales, pues hablar de modelos en salud mental es hablar de modelos sanitarios y por tanto supone referirnos a modelos de sociedad. Teniendo en cuenta que la manera cómo una sociedad afronta las desigualdades, las enfermedades y las discapacidades, define el tipo de organización social y su talante moral (Moreno, 1998).

Es este necesario compromiso social, lo que va a provocar la fractura que se abrió con la reforma psiquiátrica, fractura que aún recorre todo el cuerpo de la psiquiatría, tanto a nivel teórico como asistencial y clínico. La Reforma desinstitucionalizadora, y el modelo comunitario, allí donde se ha producido, no ha supuesto una mera reordenación y optimización de los servicios de atención. Se ha convertido desde el inicio en un proceso social complejo, que exige reconstruir saberes y técnicas, un proceso técnico-ético

que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos. Un proceso que dinamita las bases conceptuales de una psiquiatría hecha en el adentro de los muros hospitalarios; de una psiquiatría que entroniza el signo médico y considera la enfermedad como un hecho natural, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, promoviendo una práctica trabada entre la normalización y la disciplina. Un proceso transformador que va a exigir de sensibilidad política, de la implicación de la comunidad y de un compromiso técnico-ético-político por parte de los profesionales (Moreno, 1998).

A partir de los años setenta y, fundamentalmente a raíz de la Conferencia de la OMS “Salud para todos en el año 2000” celebrada en 1978, en Alma-Ata (capital de Kazakstán), la conceptualización de los determinantes psicosociales de la conducta se amplía, entendiendo al ser humano como a un ser bio-psico-social, quedando su conducta plurideterminada. En este aspecto, se conduce a un pluralismo conceptual y técnico característico de los años ochenta. Las dos últimas décadas transcurren al amparo de la revolución en salud mental, pero de manera intensificada: intervención comunitaria, prevención y desinstitutionalización. En este sentido, la Conferencia “Salud para todos en el año 2000” de 1978, reúne las metas trazadas, para que todos los ciudadanos del mundo puedan conseguir una vida social y económicamente productiva y de bienestar. Este programa, que está suscrito por 32 países europeos (incluido España) desde 1984, abarca unos objetivos concretos, que impulsan a la revisión de las políticas nacionales sobre la salud (Díaz, 2001):

- Desarrollando el potencial de salud mental, a través de los

## INTRODUCCIÓN

servicios de asistencia sanitaria que lo solucionen las necesidades de salud mental.

- Oferta de oportunidades para los incapacitados, a partir del desarrollo de actividades hacia la incapacidad y de programas de ayuda, con el fin de desarrollar sus capacidades y conseguir una vida saludable.
- Preservación de la enfermedad mental y promoción de la salud a través de los planes y políticas concretas que fomenten el desarrollo de servicios comunitarios.
- Promoción de conductas positivas y disminución de conductas dañinas para la salud, que incluye programas para el control del consumo de drogas y métodos activos de manejo de estrés, especialmente para aquellos grupos vulnerables que se enfrentan con presiones psicosociales estresantes de carácter acumulativo (Sampaio-Faria, 1990).

Por lo que en esta conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, se sentarían las bases de un nuevo concepto de atención y una nueva línea de política sanitaria. Este modelo reorienta el desarrollo de los sistemas sanitarios, potencia el nivel primario y lo convierte en puerta de entrada a todo el sistema sanitario. Presentándose accesible a toda la población, distribuyéndose con equidad por todo el territorio, y racionalizando las intervenciones sobre los niveles de salud de la población. El abordaje de los problemas psiquiátricos, así como los aspectos psicosociales de los pacientes, pasan a ser competencia de los servicios sanitarios de primer nivel. Los dispositivos específicos de salud mental se

convierten en elementos de apoyo a la intervención de los equipos de atención primaria. El núcleo del sistema se ubica en el ámbito comunitario y está integrado por un equipo interdisciplinar (Salvador-Carulla y cols., 2002).

Este modelo prototípico de reforma psiquiátrica conocido como «Psiquiatría Comunitaria», que ha consistido en el desplazamiento de la asistencia del hospital psiquiátrico a la comunidad, ha tenido objetivos y métodos diferentes en los diversos países, incluso en las distintas regiones de un mismo país, de manera que son más las diferencias entre estos movimientos reformistas que sus semejanzas (Salvador-Carulla y cols., 2002). Sin embargo, pueden trazarse algunas características comunes de ámbito internacional:

a) La reforma psiquiátrica parte de la obsolescencia del sistema de salud mental, anclado en modelos del siglo XIX, con los mismos servicios institucionales de entonces y con inversiones muy por debajo de las necesidades reales de esta población. Así, el proceso de reforma psiquiátrica no implicó en realidad la sustitución de unos servicios por otros, sino la creación de unos servicios comunitarios imprescindibles donde antes no los había. Si este proceso ha venido acompañado del cierre completo o de la transformación de los hospitales psiquiátricos es en realidad secundario al hecho nuclear: creación de un sistema comunitario de salud mental.

b) La reforma se ha caracterizado por un predominio de modelos teóricos sobre los empíricos, y el proceso ha llevado implícita una fuerte carga ideológica.

c) El proceso ha carecido de una secuencia lógica de planificación

## INTRODUCCIÓN

temporal. Así, se ha procedido al cierre de los servicios residenciales hospitalarios antes de la implantación plena de una red asistencial comunitaria alternativa.

d) El modelo de reforma se ha centrado, en el ámbito internacional, en un subgrupo restringido de pacientes –pacientes psicóticos institucionalizados– que no es representativo de los enfermos mentales ni refleja las necesidades o las demandas de los enfermos mentales graves (por ejemplo, trastornos graves de personalidad, trastornos afectivos, retraso mental o drogodependencias).

e) El proceso se ha acompañado del trasvase de la responsabilidad de una parte sustancial de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores sin una dotación adecuada de recursos o un estudio de los costes y de la carga asociada desde una perspectiva de la sociedad. Este trasvase se ha efectuado fundamentalmente a:

– Servicios sociales. En el ámbito internacional los servicios sociales cuentan con menos financiación y capacidad logística para hacer frente a las necesidades y demandas de esta población.

– Sector privado. Los datos preliminares en Italia indican un aumento de la atención psiquiátrica residencial privada con estándares de calidad cuestionables, que ha coincidido con el proceso de reforma en este país. Este proceso es contrario al experimentado en otras enfermedades médicas (GNP 2000).

– Familias. Los estudios de carga familiar indican que se trasvasa a las familias un peso considerable de la atención, sin una dotación de sistemas de apoyo para este colectivo.

f) Ha faltado una evaluación sistemática de resultados. La enorme diversidad de dispositivos asistenciales, programas de intervención y filosofías de atención existentes en salud mental han dificultado, sin duda, tanto la evaluación de este sistema como la elaboración de estándares de calidad (Salvador-Carulla y cols., 2002).

No obstante, las características sociopolíticas de cada país - y más concretamente de su sistema sanitario- van a diferenciar los movimientos de reforma psiquiátrica. La desinstitucionalización avanza de diferentes formas dependiendo del nivel de recursos. EE.UU piensa que la coordinación de los recursos y la incorporación de empresas u organismos públicos y privadas son necesarias para la desinstitucionalización de los enfermos mentales. Otros han notado que la desinstitucionalización ha puesto mucho hincapié en el cuidado sólo de los psicóticos, y no en las pequeñas atenciones humanas que serían más efectivas y darían más calidad al cuidado. (Pileño, 2003).

Asimismo, en todos ellos se plantea como objetivo prioritario la superación del manicomio y de la psiquiatría custodial. Merecen una mención especial los movimientos antipsiquiátricos de Inglaterra, la desinstitucionalización de Italia, EE.UU. y España y la psiquiatría de sector de Francia, cuyas experiencias han tenido gran repercusión fuera de sus países y han marcado un hito en el desarrollo de la psiquiatría comunitaria (Salvador-Carulla y cols., 2002). Como ya referíamos anteriormente, aunque existan estas características comunes, cada país e incluso, cada CC.AA ha tenido su propio proceso de reforma, es por ello que vamos a proceder a

## *INTRODUCCIÓN*

exponer los antecedentes del modelo comunitario de salud mental en España.

La psiquiatría en España en el período comprendido entre finales del siglo XIX y la guerra civil española, se caracteriza por un tipo de asistencia de tipo custodial y asilar, con escasa consideración a los aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y epidemiológicos y con un gran aumento de la morbilidad psiquiátrica (Salvador-Carulla y cols., 2002).

La época de la dictadura (1939-1975), caracterizada por su política de aislamiento y de falta de libertad, era poco proclive a las influencias de los movimientos renovadores de la psiquiatría que se estaban desarrollando en algunos países europeos. En España, en la década de los 70 todavía se construían hospitales psiquiátricos aunque alguno de ellos no llegó a abrirse por las presiones de los profesionales más implicados en los cambios democráticos. En los últimos años de la dictadura la situación de la asistencia psiquiátrica era bastante deficitaria con falta de medios y de coordinación entre las distintas instituciones responsables de la atención psiquiátrica y con unas condiciones de vida dentro de los hospitales psiquiátricos bastante deplorables (Aparicio-Basauri, 1993).

En la década de los 70 comienza en España el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica.

El periodo de 1970-1982 se caracteriza por experiencias aisladas, basadas en el apoyo de un grupo de profesionales radicalizados (en aquel momento jugaba un importante papel la lucha política democrática) y que

habitualmente no estaban apoyados por las administraciones responsables de los servicios. Ejemplos de ello, son los movimientos de denuncia que ocurrieron en 1971 y 1972 en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, dónde se produjo la primera “huelga blanca” como la denominaron los medios de comunicación. Le siguieron los manicomios de Salt (Gerona), en 1973, y de Alcohete (Guadalajara), en 1975. Así mismo, en el Instituto Mental de la Santa Cruz (Barcelona), en 1973, se realizan encierros y se ejercen medidas de presión para reivindicar una mejor situación de los pacientes internados en las clínicas, formando todos ellos un movimiento denominado Coordinadora Psiquiátrica, formado mayoritariamente por jóvenes psiquiatras y MIR (Médicos Internos Residentes) que comienzan a denunciar la situación en la que se encuentra la psiquiatría en España.

Con estos antecedentes y a partir de la victoria electoral del Partido Socialista en el 82, comienza un nuevo período. El Ministerio de Sanidad crea por Orden Ministerial, en Julio de 1983, la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que desarrolló su trabajo principalmente a lo largo de la legislatura del ministro Ernest Lluch. (Espino, 2005).

Los miembros de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica preparan un Borrador de Informe (“Documento de política psiquiátrica”) y un Anexo con los datos básicos que habían podido recoger y elaborar sobre la situación de la salud mental en España, haciendo referencia a la integración en una nueva organización de la sanidad que primaba el compromiso territorial, una actitud preventiva, comunitaria y de salud pública, y una nueva valoración del papel de la atención primaria de salud en el conjunto de la atención sanitaria.

## INTRODUCCIÓN

Con todo, el proceso de reforma propiamente dicho debe situarse en 1985, con la publicación del «Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica» (Lluch, 1985) (Salvador-Carulla y cols., 2002).

El modelo se centraba en dos grandes aspectos: el compromiso territorial de la atención a la Salud Mental y la integración de los recursos, y acciones en Salud Mental en el ámbito del área de salud, lo que trascendía a la red hospitalaria. Esta ordenación suponía extender la salud mental a la atención primaria y promover la organización del nivel especializado que empezaba ya a diseñarse como una estructura en red, con su eje principal USMC.

La transformación de los hospitales psiquiátricos suponía un elemento esencial de la reforma junto al desarrollo de una red de recursos alternativos que incluía, junto a los nuevos centros de salud mental, la hospitalización de la población en la red general, la reordenación de la urgencia psiquiátrica y la atención en la crisis y la creación de los recursos de apoyo comunitario necesarios para dar continuidad y eficacia al cuidado de nuestros enfermos.

El Informe establecía programas de actuación prioritaria para los niños, los ancianos, los penados, y los trastornos psíquicos desencadenados por el uso de sustancias adictivas. Las necesidades de estos cuatro colectivos siguen vigentes en la actualidad, con el añadido, sin duda, de uno nuevo, el de los inmigrantes.

Igualmente se planteo en el Informe contar con instrumentos técnicos y de apoyo necesarios para consolidar las reformas. Como el registro y la información sanitaria: saber qué estaba pasando con la salud mental. En el apartado 1.3 se amplía información respecto a los Sistemas de información y

los Registros de Casos Psiquiátricos (RCP).

El desarrollo y cualificación de los recursos humanos figura en las recomendaciones en lugar preferente. Incluía la formación de postgrado en Psicología Clínica, iniciada en 1983 en el Principado de Asturias siguiendo el modelo MIR. No se concretará a nivel nacional, hasta diez años después. Igualmente, hacía especial hincapié en la acreditación de unidades y centros. Por último estaba el compromiso institucional con la investigación aplicada.

Las recomendaciones partían de un nivel general, los acuerdos entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas, y luego iban centrándose en actuaciones a llevar a cabo en el ámbito de las comunidades autónomas. El último nivel de propuestas se centraba en la organización de la atención a la salud mental dentro del área sanitaria, eje de la planificación y gestión de la atención a la salud, de acuerdo a la futura Ley de Sanidad (Salvador-Carulla y cols., 2002).

La Ley General de Sanidad, promulgada en 1986 (BOE número 102), origen del actual Sistema Nacional de Salud, garantizará una prestación universal, equitativa y descentralizada, de financiación pública, surgiendo en un clima de gran sensibilidad social y crecimiento económico de la posguerra mundial, teniendo como horizonte el Estado de Bienestar.

Es a partir de este momento cuando los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse “servicios de salud mental”, lo que supuso algo más que un cambio de nombre, recogiendo dicha ley en su artículo 20, los principios fundamentales de la reforma psiquiátrica en los que se aboga por una atención comunitaria alternativa al hospital psiquiátrico, se contempla la

## INTRODUCCIÓN

necesidad de estructuras intermedias de rehabilitación y reinserción social, y se hace mención a una hospitalización psiquiátrica en unidades ubicadas en los hospitales generales (BOE núm.102, 1986).

La reforma psiquiátrica en España, a diferencia de la italiana, no está basada en la obligatoriedad de una ley, y el documento elaborado por la Comisión Ministerial es meramente orientativo y no tiene rango normativo sino de simple recomendación, aunque varios de sus principios fundamentales son recogidos por la Ley General de Sanidad:

- *La atención a la Salud Mental se realizará, de forma progresiva, en el ámbito comunitario potenciando los recursos y medidas que reduzcan la necesidad de hospitalización.*
- *Los internamientos se llevarán a cabo en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*
- *Se considerarán especialmente los problemas de Salud Mental en niños y mayores.*
- *Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción del enfermo mental en coordinación con los Servicios Sociales.*
- *Igualmente, se atenderán los aspectos de prevención y atención a problemas psicosociales que puedan incidir sobre la pérdida de la salud.*

De esta forma, las CC.AA. y administraciones provinciales, como responsables de una parte importante de los recursos de salud mental, han aplicado de forma diferente estas recomendaciones. El resultado es que la reforma se ha llevado a cabo de una manera desigual en las distintas

comunidades que configuran nuestro estado (Desviat, 2011).

Con su aprobación y la conclusión de la legislatura de Ernest Lluch, acaba una primera fase, y empieza otra con protagonismo creciente de las comunidades autónomas, a pesar de la lentitud del proceso de transferencias sanitarias que empieza muy pronto, siendo Cataluña en el año 1981, y no terminará hasta el 2001, dándose la transferencia en 1994 a Canarias (tabla I) (Espino, 2005).

Tabla I. Transferencias Sanitarias

Año traspaso	CC.AA.
1981	Cataluña
1984	Andalucía
1987	País Vasco
	Comunidad Valenciana
1990	Galicia
	Navarra
1994	Canarias
2001	Resto de CC.AA.

La segunda fase de la reforma psiquiátrica se caracteriza por primar su desarrollo a nivel autonómico: Convenios de colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo con las Comunidades Autónomas; creación de estructuras directivas para la planificación de la Salud Mental en casi todas las comunidades autónomas, creación de Comités de enlace y coordinación, Planes de salud y de salud mental, y creación de nuevos recursos y programas de atención a la salud mental.

En este contexto se sitúa la constitución de los mapas sanitarios, la estructuración de áreas y distritos, las normas reguladoras de la atención a la salud mental que se crean en algunas comunidades autónomas, la organización y desarrollo de la formación postgrado de los psicólogos

## *INTRODUCCIÓN*

clínicos, las medidas de mejora de los instrumentos de gestión y evaluación de la Salud Mental, y los avances en la sustitución del modelo manicomial por otro en forma de red articulada en el territorio (Espino, 2005). Esta ordenación ha supuesto extender la salud mental a la atención primaria y promover la organización del nivel especializado como una estructura en red, con su eje principal, la USMC.

### **1.2 La red asistencial de Salud Mental en Canarias.**

La atención a la Salud Mental se realiza en dispositivos de Atención Especializada, con dependencia funcional, administrativa y de gestión de las Gerencias de los Hospitales de su zona de cobertura.

La atención en materia de Salud Mental se presta en las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC), y se encuentra sectorizada, de tal manera que en cada sector o área dispone, al menos, de una USMC. Los pacientes son derivados a través de los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud o a través de médicos especialistas. (<http://www.mspsi.es>)

A continuación, en la figura 1, se observan los diversos dispositivos que conforman la red asistencial en materia de Salud Mental en Canarias.

Figura 1. Red de Recursos en Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Canarias. Fuente: <http://www2.gobiernodecanarias.org>



Los dispositivos sanitarios para la atención a la Salud Mental se distribuyen en cinco tipos (<http://www3.gobiernodecanarias.org>):

- Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)
- Hospitales de Día Infanto-Juveniles
- Unidades de Hospitalización Breve (UIB)
- Unidades de Estancia Intermedia (UEI)
- Unidades de Rehabilitación Activa (URA)

A continuación se describe cada una de ellas.

### 1.2.1 Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC)

La transformación del modelo asistencial psiquiátrico, desde los tradicionales asilos a la atención comunitaria, ha convertido a los servicios de las Unidades de Salud Mental Comunitaria, en una pieza esencial de la

## INTRODUCCIÓN

red de salud mental, que implican una concepción de la atención a la Salud Mental de forma integral, interdisciplinar e integrada en el Sistema Nacional de Salud. Así mismo, supone una ordenación territorial y descentralizada de la atención, tomando como referencia las Áreas Sanitarias, y siendo las Unidades de Salud Mental el eje de la organización de los servicios. El nivel de actuación de estas unidades es de segundo nivel; Atención Especializada en el Sistema Sanitario, si bien en estrecha relación con Atención Primaria y con Atención Hospitalaria. Esto favorece y proporciona al paciente una continuidad de cuidados, disponiendo para ello de equipos multidisciplinares y de dispositivos asistenciales diversificados y cercanos a los lugares de residencia.

En la actualidad, en la Comunidad Autónoma de Canarias son un total de 28 Unidades de Salud Mental Comunitaria, distribuidas por las islas de la siguiente forma:

Tablas II. USMC de CCAA de Canarias.

ISLAS CANARIAS	USMC
TENERIFE	10
LA PALMA	3
LA GOMERA	1
EL HIERRO	1
GRAN CANARIA	8
FUERTEVENTURA	3
LANZAROTE	2
<b>Total</b>	<b>28</b>

De las cuales, cuatro son unidades específicas de atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil:

Tablas III. USMC Infanto-Juveniles de CCAA de Canarias

ISLAS CANARIAS	USMC Infanto-juvenil
TENERIFE	1
LA PALMA	1
FUERTEVENTURA	1
LANZAROTE	1
<b>Total</b>	<b>4</b>

Las funciones de las Unidades Salud Mental Comunitarias son (INSALUD, 1986):

1º Asistencial.

En los consultorios, en su mayor parte se tratarán de consultas programadas. Cabe admitir la consulta espontánea en función de la urgencia y la gravedad del cuadro de circunstancias sociales y geográficas (largos desplazamientos). La labor asistencial se centrará tanto en pacientes remitidos desde los Equipos de Atención Primaria, como en el seguimiento de enfermos dados de alta desde las unidades de hospitalización. Esta tarea asistencial incluirá los controles farmacológicos, entrevistas exploratorias, elaboración de informes, así como una serie de actividades, como psicoterapias individuales y de grupo, terapias familiares, etc.

Asimismo se dan asistencias domiciliarias, desarrolladas fundamentalmente por el enfermero, si bien, en caso necesario, el psicólogo o el psiquiatra deberán desplazarse al domicilio del enfermo.

2º. Apoyo a los Equipos de Atención Primaria.

Con el fin de realizar más fácilmente esta función y para una mejor integración en la comunidad, las Unidades de Salud Mental Comunitaria se

## *INTRODUCCIÓN*

ubicarán siempre que sea posible en Centros de Salud.

La función de apoyo se ejercerá a través de una labor de información general sobre los profesionales que componen los Equipos de Atención Primaria, sobre actuaciones específicas que posibiliten el tratamiento de enfermos psíquicos por los Equipos de Atención Primaria, y con la programación de sesiones clínicas y evaluación conjunta de casos, en los que intervengan los Equipos de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental, todo ello con una doble finalidad: clínica y formativa.

### *3º. Funciones preventivas y de promoción de la Salud Mental.*

Tiene como objetivo la adquisición de una serie de conocimientos y la modificación de hábitos y actividades negativas con el fin de incrementar el nivel de salud mental.

### *4º. Investigación*

La investigación de las Unidades de Salud Mental Comunitaria se centrará fundamentalmente en temas epidemiológicos, tales como; la evaluación de las tasas de incidencia, prevalencia y los factores ambientales que condicionan la aparición de permanencia y la evolución de trastornos mentales en un área de salud determinada. Además, evalúan las necesidades asistenciales psiquiátricas y de los niveles de utilización de los Servicios de Salud por parte de los enfermos mentales

Este modelo también conlleva el desarrollo de alternativas a la hospitalización psiquiátrica, estimulando la participación de la familia y los recursos de la comunidad, tomando en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad y la salud frente a los puramente biológicos.

La asistencia a las Unidades de Salud Mental Comunitaria es reclamada por una amplia variedad de situaciones, motivada muchas veces más por factores socio-ambientales que estrictamente clínicos. Los principales factores que determinan, a nivel individual, la utilización de estos servicios, serían: las propias características clínicas del problema o la necesidad percibida por el sujeto y/o familia, es decir el nivel de "distrés", el nivel sociocultural, económico y la accesibilidad de los servicios.

### *1.2.2 Hospitales de Día de infanto-juveniles*

En Canarias disponemos de dos Hospitales de Día para la población infanto-juvenil; uno en cada provincia. El Hospital de Día Infanto-juvenil de la provincia de Las Palmas, ubicado en Gran Canaria, y el de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en la isla de Tenerife. Ambos asumen los pacientes de la población de su provincia (<http://www3.gobiernodecanarias.org>).

El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Tenerife, "Diego Matías Guigou y Costa", inició su actividad en Diciembre de 2003. El programa cuenta con 45 plazas, distribuidas en 3 grupos de edad: de 0-6 años, de 7-12 y de 13-17. Dispone de 1 Psiquiatra, 1 Psicóloga clínica, 1 Pediatra especializado en Neuropsiquiatría, 1 Enfermero, 7 Auxiliares de enfermería, 1 Terapeuta ocupacional, 1 Psicomotricista, 1 Trabajador Social, 1 Celador, 1 Auxiliar Administrativo y 1 Profesora de Educación Especial (concedida por la Consejería de Educación) (<http://www3.gobiernodecanarias.org>).

El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria se inauguró en Diciembre de 2005. Cuenta con 45 plazas distribuidas en tres grupos de

## INTRODUCCIÓN

edad. El equipo está formado por 2 Psiquiatras, 1 Psicóloga clínica, 2 Enfermeros, 9 Auxiliares de clínica, 1 Trabajador Social, 1 Psicomotricista, 1 Auxiliar administrativo, 1 Celador, 1 Terapeuta Ocupacional y 1 Profesora de Educación Especial (concedida por la Consejería de Educación) (<http://www3.gobiernodecanarias.org>).

### 1.2.3 Unidades de Internamiento Breve y Unidades de Interconsulta y Enlace

En Canarias hay 7 Unidades de Internamiento Breve (UIBs), con 156 camas, ubicadas en los Hospitales de cada Área de Salud. La hospitalización psiquiátrica en régimen de agudos acoge situaciones de crisis que precisan intervención que no se puede realizar en la comunidad. A continuación, en la tabla IV se describen dichas Unidades.

**Tabla IV.** Unidades de Internamiento Breve o de Agudos (UIBs) de Canarias

ISLAS CANARIAS	UIB	Camas
TENERIFE	Hospital Universitario N <sup>o</sup> S <sup>a</sup> de Candelaria	30
TENERIFE	Hospital Universitario de Canarias	32
LA PALMA	Hospital General de La Palma	14
GRAN CANARIA	Hospital Universitario De Gran Canaria Doctor Negrín	30
GRAN CANARIA	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	30
FUERTEVENTURA	Hospital General De Fuerteventura	16
LANZAROTE	Hospital Dr. José Molina Orosa	12
<b>Total</b>		<b>156</b>

Fuente: <http://www2.gobiernodecanarias.org>

La hospitalización psiquiátrica en régimen de agudos está indicada en aquellas situaciones de crisis en las que el cuadro clínico del paciente representa un riesgo para sí mismo o para terceras personas, haciendo

necesario un diagnóstico y/o tratamiento que no pueda ser realizado en la comunidad y que conlleva mayores beneficios terapéuticos para el paciente. Su objetivo principal es el posibilitar una intervención terapéutica coordinada de recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer a la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente. Son lugares de cuidados psiquiátricos continuados de corta estancia, con atención las 24 horas del día, fundamentalmente para adultos con alteraciones mentales, con un número de camas que debería oscilar entre las 10 y las 30. En el caso de la población infanto-juvenil afecta de trastornos mentales que requieran un ingreso hospitalario, éste deberá realizarse en los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales para los menores de 15 años, y en las plantas de Psiquiatría (UIB) para los mayores de 14 años.

Además, existen Unidades funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE), con personal específico o compartido con la UIB en los 4 Hospitales de las Islas capitalinas. En el resto, las tareas de Interconsulta y Enlace son realizadas por profesionales de la UIB.

Estas Unidades, además de atender las Interconsultas de patología psiquiátrica de otros Servicios Hospitalarios, incluidas las Urgencias, y de prestar apoyo psicológico a los pacientes con cualquier patología somática que lo requieran, trabajan de manera programada con:

- Complejo Hospitalario Nuestra Señora de La Candelaria: Servicios de Cuidados Paliativos (incluyendo la atención a pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica y Enfermedad Fibroquística), Neurología, Cirugía Infantil

## *INTRODUCCIÓN*

Oro-facial, Trasplantes Hepáticos, Unidad del Dolor, Pediatría y Oncología, Consultas externas hospitalarias de psicooncología, psiquiatría oncológica, atención de enfermería de los pacientes con la Terapia Electroconvulsiva de mantenimiento.

- Complejo Hospitalario Universitario de Canarias: Psicooncología, VIH e Infecciones, Valoración para trasplante de donante vivo, Valoración previa de trasplante hepático, Rehabilitación cardíaca, Psicooncología infantil, Transexualidad.

- Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil: Cirugía, Oncología, Paliativos, Medulares, Neuropsicología, Transexualidad.

- Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín: Evaluación previa a la Cirugía Bariátrica, Evaluación previa al Trasplante Hepático, Unidad Funcional de atención a personas Transexuales, Rehabilitación de personas con cardiopatía isquémica, Psicooncología.

### *1.2.4 Unidades de Media y Larga Estancia*

En Canarias disponemos de dos Unidades de Media Estancia y dos Unidades de Larga Estancia, repartidos ambos entre las dos provincias, situados en Gran Canaria y Tenerife. Cada una de estas unidades da cobertura a la población de su provincia.

En Tenerife se cuenta con 24 camas de estancia media (subagudos: USA) y 70 de estancia prolongada (URA), ubicadas en el Complejo Febles Campos, sectorizadas tomando como referencia los dos Hospitales de Tenerife.

En Gran Canaria se cuenta con 29 camas de estancia media (UME: Unidad de Media Estancia) y 90 de estancia prolongada (UCyR: Unidad de Clínica y Rehabilitación), ambas unidades ubicadas en el Hospital Juan Carlos I. (<http://www3.gobiernodecanarias.org>).

Tabla V. Unidades de Media y Larga Estancia de la CCAA de Canarias

ISLAS CANARIAS	UME	ULE
TENERIFE	1	1
GRAN CANARIA	1	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

### 1.3 Sanitaria Sistemas de Información y Registros Sanitarios.

Estamos inmersos en la llamada sociedad de la información, en la cual la adquisición, el almacenamiento, el procesamiento, la transmisión y la diseminación de la información, con vistas a la creación de conocimiento y a la satisfacción de las necesidades de las organizaciones, tienen un papel central en el desarrollo del conocimiento. En el ámbito sanitario, los médicos utilizan aproximadamente un tercio de su tiempo registrando y sintetizando información.

Si bien los profesionales reciben y producen mucha información, se requiere un sistema para que ésta pueda ser agregada, comparada y analizada; en definitiva, para que tenga utilidad práctica. A todo este proceso es lo que se denomina sistema de información sanitaria (SIS).

Asimismo, términos como registros de casos, historia clínica digitalizada y grandes bases de datos son tres conceptos interrelacionados y

## INTRODUCCIÓN

con un denominador común con los sistemas de información sanitaria.

La OMS en 1973, definió un Sistema de Información Sanitaria 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” (Moreno, 2012)

### *1.3.1 Sistemas de Información de Salud Mental (SISM)*

Dentro del ámbito de la Salud Mental, un sistema de información de salud mental (SISM) es un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende. (OMS, 2010).

El SISM aspira a mejorar la eficacia y la eficiencia de un servicio de salud mental y a asegurar prestaciones más equitativas, por permitir a los gestores y proveedores de servicios, tomar decisiones más informadas para mejorar la calidad de la atención. En resumidas cuentas, un SISM es un sistema para la actuación: existe no sólo con el objeto de recoger datos, sino también para permitir la toma de decisiones en todos los terrenos del sistema de salud mental. (OMS, 2010).

Entre las distintas fuentes e instrumentos más comúnmente utilizados para obtener la información, en función de los distintos objetivos que se desean alcanzar por medio de un sistema de información tanto para la administración y gestión de los servicios como para las necesidades de investigación y evaluación de la actividad clínica de los distintos profesionales, se encuentran los siguientes (Pons y cols., 1992):

### 1. Censos

Enumeración de la población que registra normalmente las identidades de todas las personas en cada lugar de residencia, con edad, sexo, ocupación, nivel educativo, información sobre salud como incapacidades.

En el caso de sistemas de información en salud mental hace referencia a la enumeración de los pacientes y sus características en un momento concreto y en uno o varios servicios determinados, como por ejemplo la elaboración de un censo de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos.

### 2. Indicadores asistenciales y administrativos.

Hace referencia a la recogida tradicional de indicadores de actividad en los servicios de salud, y posteriormente remitidos a la autoridad encargada de valorarlos. Esta unidad central no puede más que valorar los indicadores como tal, sin tener posibilidad de cruzar variables; un ejemplo típico es el de los indicadores de actividad del antiguo INSALUD: el centro remite datos sobre un número de pacientes nuevos, número de consultas, tablas de diagnóstico, edad y sexo, pero es prácticamente imposible cruzar esta información, o realizar seguimientos de pacientes.

### 3. Investigación muestral.

Tienen como objetivo el conocimiento de un fenómeno o situación y/o su evolución, mediante el estudio en un momento dado, o en periodos sucesivos de tiempo de una muestra representativa y, por tanto, extrapolable a una población más amplia.

## INTRODUCCIÓN

El diseño del estudio debe satisfacer que el resultado en la muestra sea lo más riguroso posible, el margen de tolerancia en la población lo más estrecho posible y la probabilidad de error, la menor posible.

### 4. Registros

En la epidemiología se aplica este término al fichero de datos de todos los casos y/o sucesos que cumplen unos determinados requisitos en una población definida, de tal manera que los casos y/o sucesos pueden relacionarse con la población de referencia.

En salud mental hay diferentes tipos de registros:

4.1. Registros de episodios (Sucesos): Se registra información sobre episodios definidos previamente, y sobre las personas que los producen. Su principal característica es que se centra en episodios independientemente del número de personas que las producen. (Ejemplos: Registro de Tentativas de Suicidio, Urgencias...).

4.2. Registro de Casos. Se caracterizan por estar centrados en los casos (personas) que cumplan los requisitos previamente establecidos. Estos se subdividen a su vez en dos tipos:

**4.2.1. Registros de incidencia.** Se registra información sobre pacientes exclusivamente en contacto, o que inician contacto con uno o unos servicios determinados. En este caso podríamos recoger información sobre la incidencia de la esquizofrenia u otra enfermedad que

nos permita ver la evolución temporal de la aparición de nuevos casos en contacto con los servicios determinados. Este es el caso en epidemiología de los registros de cáncer.

4.2.2. **Registros acumulativos de casos (RACs).** En este caso en particular se registra información tanto de los pacientes en contacto con los servicios como de la actividad que realizan. Es acumulativo, porque va acumulando la información de cada paciente en sus diversos contactos con los servicios. Dentro de los RACs podemos encontrarnos registros específicos que en vez de recoger información sobre toda la población que acuda a los servicios se centran en determinados colectivos, que pueden ser etarios (RAC de menores de 16 años), o por diagnósticos (drogodependencias, psicóticos, etc.). Este tipo de registros permiten no sólo analizar datos de la población atendida y su relación con la población de referencia sino que permiten seguir a los pacientes en el tiempo a través de los servicios y elaborar sus tendencias temporales así como observar el efecto de creación de nuevos servicios en el área.

## INTRODUCCIÓN

### 1.3.2 Desarrollo de los SISM en España.

Como ya se refiere anteriormente, en 1983 se crea por Orden Ministerial, la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que publican en 1985, el «Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica». Donde ya se planteaba contar con instrumentos técnicos y de apoyo necesarios para consolidar las reformas. Como el registro y la información sanitaria: saber qué estaba pasando con la salud mental. (Espino, 2005). En el mismo año, 1983, y centrados en el ámbito de la salud mental, la OMS describe un Registro de Casos Psiquiátricos, o Registro Acumulativo de Casos Psiquiátrico, como **“un sistema de información longitudinal, centrado en los pacientes, que recoge los contactos que se establecen con un conjunto definido de servicios de salud mental en un área geográfica delimitada”** (OMS, 1983). La información es almacenada en un fichero acumulativo y relacionado de forma que la historia asistencial del paciente puede ser registrada a lo largo del tiempo, sin importar lo extensa que ésta sea (Moreno, 2012).

En 1988 en Santiago de Compostela se realiza un encuentro de expertos, donde se elaboraron las líneas generales de los bloques de datos que debía contener el sistema de información, y se valoraron los diversos instrumentos utilizables de acuerdo a los objetivos del sistema, -expuestos anteriormente-. Para ello, se creó la comisión con el fin de elaborar una propuesta de homologación mínima y de definición de los ítems fundamentales para los registros de casos psiquiátricos. Es un hecho que el modelo que se deriva de la Ley General de Sanidad se basa en la

integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general, y en consecuencia los sistemas de información deben ser integrables. En el encuentro de diciembre de 1988 se señalaron como requisitos que debía reunir un sistema de información, los siguientes (Pons y cols., 1992):

- Unificación de criterios y definiciones.
- Elaboración de criterios operativos.
- Homologación de instrumentos.
- Una unidad de información estable dotada de un equipo técnico capacitado para el manejo de sistemas de información.
- Estabilidad en cuanto a los instrumentos y continuidad en cuanto a la organización.
- Flexibilidad para adaptarse a los ajustes y modificaciones que surgen de la propia dinámica del proceso.
- Dotado del conocimiento de las características sociodemográficas de la población general atendida.
- Conteniendo el tipo de respuesta del dispositivo a la demanda.
- Que garantice una evaluación continuada de los resultados.

Igualmente, los distintos tipos de información de Salud Mental que deben recogerse, según la Guía de de la OMS para la elaboración de *Sistemas de Información de Salud Mental*, publicada en 2005 con su versión española en el 2010, recomienda tener en cuenta cada nivel de la pirámide de organización de servicios a la hora de decidir qué información es necesaria. Los diferentes tipos de información deben procesarse en distintos

## INTRODUCCIÓN

niveles dentro del SISM, y es importante tener en cuenta cómo se relacionan en la práctica unos niveles con otros. Además, es necesario distinguir entre distintos tipos de información:

- La información a **nivel de episodio** es necesaria para gestionar un episodio individual de contacto con el servicio.
- La información a **nivel de caso** es necesaria para atender a un usuario individual del servicio.
- La información a **nivel de dispositivo asistencial** es necesaria para gestionar el dispositivo de servicios concreto (ya sea una institución especializada, una unidad de salud mental en un hospital general, un equipo de salud mental comunitario o un centro de atención primaria).
- La información a **nivel de sistemas** es necesaria para desarrollar una política y un plan para el sistema de salud mental en su conjunto.

Por lo tanto, el SISM debe incluir tanto sistemas de gestión de servicios (datos a nivel de dispositivo asistencial y a nivel de sistema) como sistemas de registro de pacientes (datos a nivel episódico y a nivel de caso). Los primeros son esencialmente herramientas estratégicas de gestión y control, que proporcionan medios para hacer un seguimiento y mejorar el sistema de salud mental en su conjunto dentro de unos objetivos amplios (que tienen que ver principalmente con información a nivel de sistema y a nivel de dispositivo). Los segundos proporcionan medios para mejorar la prestación diaria de servicios a los usuarios a través del registro de pacientes (en general, información a nivel de episodios y de casos). Es decir, esta doble longitudinalidad, afecta a los pacientes (seguimiento longitudinal)

y al funcionamiento de los servicios.

Sin embargo, hay que ser conscientes de las **limitaciones** que presentan estos sistemas de información, considerando las siguientes:

- Recoge datos de las personas atendidas en los servicios especializados –incidencia / prevalencia administrativa-, sin incluir personas atendidas en atención primaria, por lo que no permiten conocer la morbilidad real de la población (Pons y cols., 1992; Moreno y cols., 2001; Bobes y cols., 2013).
- La información que ofrecen está muy influenciada por la movilidad geográfica de la población cubierta o por la distribución no uniforme de los servicios de salud mental, es decir, es dependientes de la naturaleza y la estructura de los servicios y de las características de la población de referencia, de forma que fenómenos como las migraciones pueden tener un impacto desconocido en los datos (Pons y cols., 1992; Moreno y cols., 2001; Bobes y cols., 2013).
- Supone un elevado coste económico (Moreno y cols., 2001; Moreno, 2012).
- Falta de calidad en la cumplimentación de la información. Pudiéndose deber a la falta de formación o motivación de los profesionales, o al presentar el sistema de información como una barrea extra para al personal sanitario ya bastante sobrecargado (Pons y cols., 1992; Moreno y cols., 2001).
- Tanto su desarrollo como su mantenimiento, requieren de un

## INTRODUCCIÓN

elevado esfuerzo humano.

A continuación se enumeran algunos de los requisitos fundamentales que debería de cumplir un buen SISM en su implantación, según Moreno (2011):

1. El sistema debe estar centrado en el paciente.
2. La información debe ser longitudinal, acumulable y exhaustiva.
3. El sistema de información debe ser integrado.
4. Definición de un conjunto mínimo básico de datos necesarios.
5. Aplicación de medidas para garantizar la confidencialidad de la información.
6. Establecer medidas para garantizar la calidad de los datos.
7. Diseñar una explotación de los datos útil.
8. Contar con la opinión de los clínicos.
9. Creación de unidades intermedias para su mantenimiento.
10. Estar apoyado institucionalmente y ser considerado como una prioridad dentro del sistema de atención a la salud mental.

Tras analizar los distintos instrumentos existentes, y los distintos tipos de información que debe recogerse según la OMS, se considera que, el Registro Acumulativo de Casos es el que mejor responde al conjunto de características que son requeridas en Salud Mental, un sistema de información más amplio y dinámico. Igualmente, el grupo de expertos de salud mental, tras varias reuniones de trabajo entre 1985-1988, llegó a la conclusión de que un registro acumulativo de casos psiquiátricos sería el

método más idóneo para recoger la información necesaria sobre el funcionamiento de los sistemas de salud mental en nuestro país. Es por ello, que procedemos a exponer en el siguiente apartado, su desarrollo en España.

La instauración de procesos de reforma de la atención a la salud mental en diversas comunidades del Estado español, ha sido acompañado del interés por evaluar los efectos de las nuevas estructuras, procedimientos de organización y formas de trabajo. Para ello, se han establecido sistemas de información para obtener los datos que permitan la evaluación dinámica de los objetivos de la reforma, tratando de superar los sistemas de información de carácter puramente administrativo de escaso valor para el análisis asistencial (Pons y cols., 1992).

La reforma en España se ha llevado a cabo de una manera desigual en las distintas comunidades autónomas que configuran nuestro estado. Como ya se ha expuesto anteriormente, proceso de transferencias sanitarias es muy lento y desigual, siendo Cataluña en el año 1981, y no terminará hasta el 2001, dándose la transferencia en 1994 a Canarias. (Espino, 2005). Como no podía ser de otra manera, los SISM han corrido la misma suerte, a pesar de este interés por la evaluación de la atención a la salud mental. En la década de los 80 y principios de los años 90, surgen en España diferentes esfuerzos encaminados a consolidar los denominados registros acumulativos de casos psiquiátricos (Moreno, 2001), considerados como el método más idóneo para recoger la información necesaria para la evaluación de la atención a la salud mental. Se expone a continuación, (tabla VI) la

## INTRODUCCIÓN

CC.AA y el año en el que se implanta el RCP.

Tablas VI. Implantación de RCP.

Año	CC.AA.
1983	País Vasco
1986	Asturias
	Comunidad Valenciana
1987	Navarra
	Madrid
1990	La Rioja
1992	Aragón
1997	Canarias
1998	Murcia

El único registro de casos monográfico sobre esquizofrenia funciona en el área Sur de la provincia de Granada desde el año 1995 (Registro Andaluz de Esquizofrenia), En el resto de las comunidades autónomas españolas existirían sistemas de información en salud mental que recogen la actividad de los profesionales del área y funcionan como sistemas de indicadores asistenciales (Moreno, 2001; MSC, 2007).

Sin embargo, estas experiencias han sido iniciativas desarrolladas en diferentes zonas de España de forma aislada, y aunque en algunos lugares se han mantenido a lo largo del tiempo, no es posible la comparación de los datos recogidos en los diferentes Registros (Moreno, 2001, 2012).

Es por lo que en el ámbito de la evaluación de servicios, una de las grandes insuficiencias ha sido la ausencia de información fiable, en todo el territorio del Estado para realizar un correcto seguimiento del proceso de cambio de los servicios de atención a la salud mental (MSC, 2007).

Ante la carencia de un sistema de información en Salud Mental que recoja la actividad asistencial en cada comunidad autónoma y esté agregado

a nivel nacional para su posible comparación, la Estrategia en Salud Mental 2006 del Sistema Nacional de Salud, incluye entre sus actuaciones prioritarias la línea 6: sistemas de información y evaluación; cuyo objetivo es el desarrollo de un sistema de indicadores con el fin de disponer de datos objetivos que sustenten el avance hacia unos buenos resultados en salud mental (Moreno, 2012).

La Estrategia en Salud Mental 2006 del Sistema Nacional de Salud recoge en su documento limitaciones tanto a nivel nacional como de Comunidad Autónoma, exponemos las siguientes a modo de resumen:

- No existe un sistema de información en salud mental que recoja la actividad asistencial en cada Comunidad Autónoma y esté agregado a nivel nacional. Solamente se centraliza información sobre el proceso de hospitalización en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria.
- Se aprecia la existencia de diferencias entre las Comunidades Autónomas, pudiéndose agrupar las CC.AA. en cuatro grandes grupos:
  - Grupo 1. Disponen de un registro de casos psiquiátricos convencional que cubre toda la Comunidad Autónoma.
  - Grupo 2. Disponen de un registro de casos psiquiátricos extrahospitalarios que cubre toda la CA.
  - Grupo 3. Las Comunidades Autónomas de este grupo están empezando a implantar registros de casos psiquiátricos extrahospitalarios.
  - Grupo 4. En estas Comunidades Autónomas se recoge

## INTRODUCCIÓN

la actividad extrahospitalaria de forma agregada.

Asimismo, la Estrategia en Salud Mental 2006 del Sistema Nacional de Salud plantea una serie de objetivos:

Objetivo general:

- Mejorar el conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada por el Sistema Nacional de Salud.

Objetivos específicos:

1. Obtener información acerca del nivel de salud mental general de la población.
2. Disponer, a nivel del Sistema Nacional de Salud, de información sobre las principales causas de morbilidad atendida.
3. Disponer, a nivel del Sistema Nacional de Salud, de información integrada sobre la organización, los dispositivos y los recursos específicos dedicados a la atención de la salud mental.

La Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del 2008, concluye lo siguiente de la Estrategia en Salud Mental 2006:

*“Desde la aprobación de la Estrategia se han producido algunas mejoras en el conocimiento sobre la salud mental de la población si bien parece necesario insistir y seguir aunando esfuerzos en el desarrollo de sistemas de información que nos*

*permitan disponer de datos sobre las principales causas de morbilidad atendida para mejorar la prestación de servicios a la población, en general, y las personas con trastornos mentales, en particular”.*

Llama la atención que no se hayan materializado las recomendaciones sobre los sistemas de información en salud mental reseñadas en la Estrategia en Salud Mental 2006 y, además, que la línea 6 sobre sistemas de información y evaluación haya desaparecido de la Estrategia en Salud Mental 2009-2012, bajo la justificación de que el sistema de información viene determinado por los objetivos e indicadores de las demás líneas estratégicas (Moreno, 2012).

### ***1.3.3 El Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).***

El RECAP nace el 4 de marzo de 2002, por orden de la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, (BOC, 2002, núm.50).

Sin embargo, anteriormente, un grupo de profesionales sanitarios de la isla de Gran Canaria ya recogían datos en papel, en un modelo de cuestionario que se utilizaba en el norte de Europa.

En abril de 2003, se realiza un proyecto piloto en la isla de Gran Canaria, en las USMC de Ciudad Alta, Bañaderos, Puerto, y Canalejas, siendo las mismas, del área de influencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

## INTRODUCCIÓN

En abril de 2004 se evaluó el proyecto piloto y se consensó una planilla de recogida de datos en consulta, así como las fichas que componen el Sistema, esto es, la ficha epidemiológica, de rehabilitación psicosocial, y de tentativa suicida.

En vista del buen funcionamiento de la aplicación, la Consejería de Sanidad tomó la decisión en 2005, de implantar oficialmente el RECAP en la zona donde se había pilotado, generalizándose en toda la Comunidad Autónoma de Canarias entre el año 2006 y el 2009, quedando implantado en su totalidad en el 2009 en todas las USMC de Canarias, excepto en la isla de la Gomera y las UIJ, que comienzan en el mes de enero de 2010. Siendo hoy día, la información de la que se dispone de las USMC, de procedencia total y exclusivamente del actual, del Registro de Casos Psiquiátricos.

En el 2011 se ponen en marcha en los Hospitales de Día y en los Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial, y en el 2014, se inicia su utilización en las consultas ambulatorias hospitalarias.

Actualmente está implantado en todos los dispositivos extra hospitalarios de Salud Mental de Canarias:

- En las 28 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)
- Los dos Hospitales de día Infanto-Juveniles
- Los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial (Centros de día, dispositivos de alojamiento alternativo, Programas de empleo).
- Consultas ambulatorias hospitalarias.

En la actualidad, en 2015, se está trabajando en la implantación del RECAP en los servicios de urgencia de los hospitales de tercer nivel de Canarias.

El RECAP responde a la necesidad de disponer de un sistema unificado de información en Atención a la Salud Mental que permita conocer de forma periódica la utilización y actividades de la Red de Atención a la Salud Mental en Canarias. El registro está diseñado como un fichero longitudinal de pacientes en el que se recogen todos y cada uno de los contactos que éstos tienen con los diferentes dispositivos asistenciales en Salud Mental. Al estar centrado en pacientes, el registro evita la doble contabilidad de los mismos. Al estar referido a una población definida, posibilita las comparaciones con los datos del censo de la misma, la extracción de tasas y la comparación con otras. Al ser longitudinal y acumulativo permite un seguimiento continuo. Al estar orientado a los servicios, proporciona datos sobre el uso de los mismos.

Los objetivos concretos del RECAP son los siguientes (Gutiérrez y cols., 2014):

- En relación con la política de **gestión y planificación**, permite conocer las tendencias temporales de los distintos patrones de contacto que dibujan la trayectoria de cada paciente a través de los diferentes servicios. Esta política ayuda a valorar el efecto derivado de la reorganización de los recursos en un área y a fomentar una política descentralizadora e integradora que facilita la accesibilidad a los servicios.
- En la política de **evaluación de los rendimientos**, ayuda a conocer el funcionamiento y la demanda de los servicios de salud mental.
- En la política de **adopción de decisiones**, suministra la

## INTRODUCCIÓN

información de acuerdo con el nivel administrativo en el que se toma la decisión. También implica que la información se aporta de forma sencilla y fácilmente comprensible y con la rapidez necesaria para influir en la decisión.

- En relación con la política de **investigación**, evita los sesgos que se originan si se consideran sólo unos servicios asistenciales; permite comparar los datos obtenidos con relación a la población total, así como la iniciación de estudios longitudinales en la búsqueda de factores etiológicos, de pronóstico y/o tratamiento y contribuye a un banco de datos en salud mental para la extracción de muestras complejas.

Como ya hemos referido, uno de los requisitos que una buen SISM debe poseer, es el estar integrado en otros datos de salud del paciente, permitiendo al sistema no perder información de los pacientes, al cruzarse bases de datos de diferentes ámbitos asistenciales y al mejorar la relación entre niveles asistenciales; especialmente en la atención comunitaria favoreciendo la continuidad asistencial. Es por lo que el RECAP se nutre de datos recogidos en otros Sistemas de Información, como el Sistema de Información Hospitalaria (SIH), la base de datos de tarjeta sanitaria y la Historia Clínica Electrónica.

La cumplimentación del registro en los dispositivos clínicos, Unidades de Salud Mental y Hospitales de Día, se realiza en la plataforma de Historia Clínica Electrónica (DRAGO AE). En los dispositivos de rehabilitación psicosocial el registro se hace vía WEB, directamente en la aplicación del

RECAP. La informatización en la recogida de los datos ha supuesto un avance importante en la disponibilidad de la información y por tanto ha permitido una mayor rapidez y agilidad en la explotación de los datos.

El RECAP contiene un conjunto de datos clínicos y administrativos de cada contacto que establece un profesional con el paciente. En la tabla VII, se muestran las variables que posee el registro en nuestra comunidad Autónoma de Canarias, pudiendo se agrupar en dos partes:

- La primera de ellas consta de la **actividad asistencial**, es decir se cumplimenta siempre que se dé un contacto:

Tabla VII. Datos administrativos de la Actividad Asistencial del RECAP

Actividad Asistencial	
Profesional	
Fecha	
Centro	
Historia Clínica	
Fecha de nacimiento	
Nombre y apellidos	
Tipo de contacto	
Lugar del contacto	
Primera consulta	
Tratamiento farmacológico	
Tipo de actividad	Entrevista
	Psicoterapia
	Otras intervenciones
Indicación de ingreso	
Tentativa de suicidio	
Diagnóstico CIE-10	
Diagnóstico NANDA	
Alta	

A continuación vamos a especificar más información de las variables que lo requieren, de la actividad asistencial, según El RECAP:

## INTRODUCCIÓN

- PROFESIONAL: Hace referencia al profesional acreditado de la USMC: psiquiatras, psicólogos clínicos, DUE, Trabajadores Sociales, y Auxiliares de Clínica.
- FECHA: Fecha en la que se realiza el contacto o la intervención.
- CENTRO: Dispositivo de Salud Mental donde se realiza la intervención
- Hª CLÍNICA: Se refiere al N° de Historia Clínica que se le asigne individualmente al paciente. En los
- TIPO DE CONTACTO:
  - Urgente.
  - No programado.
  - Programado.
  - No acude.
- LUGAR
  - Propio Centro.
  - Domicilio.
  - Otra Institución.
- 1ª CONSULTA
  - Paciente nuevo.
  - Reinicio: Aquellos pacientes que retornan a la USMC tras un alta, abandono o derivación siempre que hayan transcurrido como mínimo 6 meses.

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
  - Prescripción y control de la medicación psicofarmacológica y otras técnicas biológicas de uso en psiquiatría.
  - Administración de medicación inyectable de uso en enfermería.
- TIPO DE ACTIVIDAD
  - Entrevistas.
    - Evaluación/diagnóstico.
    - Seguimiento individual.
    - Familia-Pareja.
  - Psicoterapias.
    - Individual.
    - Grupo.
    - Familia-Pareja
  - Otras Intervenciones.
    - Programas.
    - Cuidados enfermería.
    - Trabajo social.
    - Pruebas de Psicodiagnóstico.
    - Informes.
    - Contacto telefónico.
    - Atención personas relacionadas.
    - Coordinación.

## INTRODUCCIÓN

- Intervención en crisis.
- INDICACIÓN DE INGRESO
  - Incluye las actividades necesarias para favorecer un ingreso terapéutico del paciente.
- TENTATIVA DE SUICIDIO
  - Se registrará en la planilla de actividad asistencial la fecha de la tentativa y el método empleado. Se recogerá la mayor información posible a través de la hoja de Tentativas Autolíticas.
- DIAGNÓSTICO CIE.-10
  - Un aspecto clave del sistema de información es la posibilidad de asignar una categoría alfanumérica a cada una de las entidades nosológica de acuerdo con los criterios establecidos previamente para su clasificación. Por ello es necesario emplear una clasificación única homologada internacionalmente. La 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) el Capítulo (V) sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento, siendo responsabilidad exclusiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de su actualización desde su sexta revisión en 1946.
  - Se podrá codificar dos diagnósticos, principal y secundario, o bien eje I y eje II.

- DIAGNÓSTICO NANDA
  - Se utilizan los códigos diagnósticos de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería Internacional (NANDA-I) pudiéndose recoger dos códigos diagnósticos por contacto o episodio asistencial como máximo. Se debe registrar el diagnóstico con cinco dígitos.
  
- ALTA
  - Fin de tratamiento por mejoría o curación.
  - Abandono. Se considera abandono cuando un paciente con cita programada no acude, habiendo transcurrido más de 6 meses.
  - Derivación o traslado.
  - Fallecimiento.
  - No procede tratamiento.
  - Derivación a Atención Primaria
  - Otros
  
- El segundo grupo de datos, se suelen recoger en el primer contacto, correspondiendo a la **ficha epidemiológica** (tabla VIII), que en el caso de menores, se tomarían los datos del menor como de sus padres o tutores;

Tabla VIII. Ficha Epidemiológica del RECAP

<b>Ficha epidemiológica</b>
Estado civil.
Formato de convivencia.
Nivel de estudios.
Situación laboral.

Tanto la aplicación RECAP como la Historia Clínica Electrónica en DRAGO AE se ajustan al marco normativo establecido por las leyes de protección de datos. Para ello, ambas aplicaciones se integran con un registro corporativo de accesos que constituye la herramienta de control que permite auditar el cumplimiento de las normas de forma periódica y aleatoria. (Gutiérrez y cols., 2014).

El análisis de la información y el desarrollo de indicadores y cuadros de mando se realiza con el programa Oracle Business Intelligence (OBI) que permite la planificación y gestión de la asistencia y establecer criterios de calidad consensuados previamente con los profesionales sanitarios en todos los niveles del proceso, desde el primer momento con el registro de la información hasta la explotación de datos. También, se han diseñado una unidad intermedia para su mantenimiento, la Unidad de Procesamiento y Análisis (UPA), donde se depuran los datos, supervisando y con programas con controles de errores lógicos, tratando informática y metodológicamente los datos para la devolución de la información.

La explotación de los datos permite obtener una visión integral de todos los episodios asistenciales en los distintos dispositivos de Salud Mental, en los que está inmerso el paciente.

Periódicamente tanto los gestores como los profesionales reciben

informes que contienen datos de la actividad asistencial. El desarrollo de indicadores ha permitido evaluar el rendimiento asistencial y por ende, establecer en base a esos resultados criterios de calidad negociados y pactados con los profesionales.

Por lo que la instauración del RECAP canario suministra información precisa y puntual de calidad, imprescindible para unas adecuadas políticas de gestión, planificación, evaluación de rendimientos, investigación, y en última instancia, para la toma de decisiones en Salud Mental en nuestra Comunidad Autónoma (Gutiérrez y cols., 2014).

### **1.3.3.1 Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª Revisión.**

Un aspecto clave del RECAP es la posibilidad de asignar una categoría alfanumérica a cada una de las entidades nosológica de acuerdo con los criterios establecidos previamente para su clasificación. Por ello es necesario emplear una clasificación única homologada internacionalmente. La 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) el Capítulo (V) sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento.

La CIE-10 tiene su origen en la “Lista Internacional de causas de defunción” desarrollada por William Farr en 1855, en el seno del Instituto Internacional de Estadística en una reunión del Distrito Internacional de Estadística en Viena, se estableció con el propósito de clasificar las enfermedades para fines de salud pública. Sucesivas conferencias revisaron y actualizaron esta lista con el apoyo de la Sociedad de Naciones, siendo responsabilidad exclusiva de la Organización Mundial de la Salud tras la 2ª

## INTRODUCCIÓN

Guerra Mundial, desde su sexta revisión en 1946. En la actualidad, la CIE es la referencia internacional para la clasificación de la mortalidad y la morbilidad (Ramos y cols., 2002).

La finalidad de la CIE es clasificar las enfermedades, las afecciones y las causas externas de enfermedades y traumatismos, con objeto de recopilar información sanitaria útil relacionada con las defunciones, las enfermedades y los traumatismos (mortalidad y morbilidad) (OMS, 2007).

La décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 1992) contiene 21 capítulos. En el capítulo V está asociado a la letra F, que es donde se clasifican los trastornos mentales y del comportamiento, incluidos los trastornos del desarrollo psicológico. En 1989 fue aprobado el texto básico por la mayoría de los ministros de sanidad, de los más de 140 países miembros de la OMS; y en 1990 la Asamblea Mundial de la Salud acordó su introducción en los estados miembros a partir del 1 de enero de 1993.

Para la elaboración del capítulo F, cuyo primer borrador salió a la luz en 1986, fue necesario llevar a cabo diversos estudios de campo, realizados en 37 países con la participación de numerosos clínicos y en varios idiomas simultáneamente (OMS, 2007).

Las categorías principales del capítulo V van desde el F00 hasta el F99 y describen los diferentes trastornos mentales agrupados a partir de criterios muy prácticos, en el que poco o nada han tenido que ver criterios etiológicos, evolutivos o pronósticos. Tal y como expone la OMS en 1992; *"el término trastorno se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como enfermedad o*

*padecimiento. Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo".* Como se desprende de esta definición, el principio ordenador utilizado para clasificar es esencialmente el de las manifestaciones clínicas del paciente. En la tabla siguiente se muestran los grupos diagnósticos correspondientes al capítulo V:

Tabla IX. Trastornos mentales y del comportamiento, según CIE-10.

<b>Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>GRUPOS DIAGNÓSTICOS</b>
F00 - F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
F10 - F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicótropas.
F20 - F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
F30 - F39	Trastornos del humor (afectivos).
F40 - F48	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F50 - F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
F60 - F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
F70 - F79	Retraso Mental.
F80 - F89	Trastornos del desarrollo psicológico.
F90 - F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F99	Trastorno mental, no especificado en otro lugar.

Esta clasificación tiene 10 categorías principales de dos caracteres (de F00 a F99) y 78 categorías principales de tres caracteres. Dentro de cada grupo, identificados por los tres primeros caracteres, se encuentran incluidos los diferentes trastornos mentales (OMS, 1992).

Tal como está diseñada, la CIE tiene una repercusión directa en la

## *INTRODUCCIÓN*

atención de salud, pues influye en los programas de salud pública, la prevención y los tratamientos. Los países la utilizan para establecer sus estadísticas sanitarias básicas y supervisar el gasto en salud. Para poder comparar los resultados de los distintos países se necesita una referencia común. Igualmente, las categorías establecidas son útiles para respaldar la adopción de decisiones y disponer de documentación independiente sobre información médica. Es por lo que la CIE-10 se utiliza para clasificar las enfermedades y otros problemas de salud que figuran en muchos tipos de registros sanitarios y demográficos, como los certificados de defunción y los registros de los hospitales. Además de permitir almacenar y consultar información diagnóstica para fines clínicos y epidemiológicos, esos registros sirven de base para la compilación de las estadísticas nacionales, regionales y locales, de la mortalidad y la morbilidad en los Estados Miembros (OMS, 2007).

## **2 JUSTIFICACIÓN**



El incremento de la afluencia de pacientes a los servicios de las Unidades de Salud Mental Comunitaria es un dato innegable a la luz de los trabajos que sobre el tema se han realizado y publicado en los últimos años.

La causa de este aumento no es única, sino que han coincidido en el tiempo una serie de factores socio-ambientales, que son los que están en el origen de la mayor recurrencia a las Unidades de Salud Mental Comunitaria, pudiéndose destacar especialmente los siguientes:

- Desde el año 2007 se ha producido a nivel internacional una recesión económica, con zonas más castigadas por la crisis como el continente europeo y especialmente los países del sur de la zona euro, como Grecia, España y Portugal. La literatura científica refiere un incremento de la prevalencia de trastornos afectivos, de ansiedad, y de trastornos por uso de sustancias en las fases de recesión del ciclo económico (Muñoz y cols., 2013). Se le puede añadir, la posibilidad que la crisis económica esté produciendo una falta de adherencia a los tratamientos, y por ello se den mayores asistencias en las Unidades de Salud Mental Comunitaria, como un aumento de la cronicidad.
- Una disminución en la tolerancia de la población hacia la frustración y la ansiedad (Díez Manrique y cols., 1980) generada por la vida cotidiana, así como problemáticas eminentemente sociales, unido a la mejora de la accesibilidad de las Unidades de Salud Mental Comunitaria, han hecho que aumente la proporción de casos atendidos con este motivo de consulta.
- La creciente psiquiatrización de la población, bien por una mejor

## *JUSTIFICACIÓN*

detección de las psicopatologías (Díez Manrique y cols., 1980), o bien como efectos de una sociedad individualista, con una carencia creciente de redes de apoyo familiar y social, que favorece la soledad y la incomunicación. El volumen de las consultas de este tipo puede suponer entre el 20% y el 30% de las demandas asistenciales en un Centro de Salud Mental (Ortiz, González y Rodríguez, 2006).

- Cuando existe carestía en otros recursos tanto sociales como sanitarios, pueden estar contribuyendo al aumento de las asistencias de las Unidades de Salud Mental Comunitaria.

Teniendo todo esto en cuenta, creemos necesario el examinar de forma conjunta los datos sociológicos y los aspectos psiquiátricos de cada caso, ya que el verdadero problema es la relación que existe entre los factores clínicos y los factores sociales (OMS, 1976).

En el contexto socioeconómico actual que viven no sólo Europa y España, sino también las Islas Canarias, nos lleva a querer evaluar el nivel de atención especializada, fundamental en las atenciones a los trastornos mentales desde un modelo comunitario, las Unidades de Salud Mental Comunitaria de la Comunidad Autónoma de Canarias, a través del Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP), analizando las variables epidemiológicas de la población asistida durante el periodo de 5 años (período 2009-2013).

## **3 OBJETIVOS**



### 3.1 Objetivo general

- Estimar la prevalencia de la actividad asistencial de las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Canarias en el quinquenio 2009 - 2013.

### 3.2 Objetivos específicos

- Analizar la morbilidad atendida en las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Canarias durante el 2009 hasta 2013.
- Analizar los factores que se asocian a la asistencia a las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Canarias durante el 2009 hasta 2013.
- Analizar la frecuentación de la asistencia de las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Canarias durante el 2009 hasta 2013.
- Evaluar la distribución geográfica de la asistencia a las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Canarias desde el año 2009 hasta 2013.



## 4 METODOLOGÍA



## 4.1 Diseño.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los actos asistenciales de las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Canarias en el quinquenio 2009 - 2013.

## 4.2 Población.

La población objeto del estudio la constituyen las asistencias a las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Canarias en el quinquenio 2009 – 2013.

## 4.3 Ámbito.

El estudio se realiza de las asistencias a las 28 Unidades de Salud Mental Comunitaria, siendo cuatro de ellas Unidades Infanto-Juveniles. Suponen la totalidad de las existentes en la Comunidad Autónoma de Canarias. En nuestra Comunidad Autónoma la atención a los Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al uso de sustancias psicotropas, se realizan en las Unidades de Atención a la Drogodependencia, que no son objeto de este estudio,

## 4.4 Fuente de Información.

Nuestra fuente de información son los datos agregados cedidos por el RECAP a través de ficheros Excel. No disponemos del registro longitudinal por pacientes, debido a criterios de confidencialidad de la información del propio RECAP. Por lo que nuestra unidad de análisis son las USMC.

## METODOLOGÍA

Una vez depurados los datos, se convirtieron en la base de datos de nuestro estudio.

### 4.5 Variables del estudio

Los datos demográficos que han sido recogidos a través de la ficha del RECAP (anexos 1 y 2) y cedidos para la realización del estudio. Se pueden agrupar en tres partes:

La 1ª de ellas consta de las **variables administrativas y sociodemográficas** de los pacientes de cada USMC;

- Identificación de la USMC.
- Año.
- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Formato de convivencia.
- Nivel de estudios.
- Situación laboral.
- Hábitat Rural / Urbano: A través de la variable Identificación de la USMC, hemos construido esta variable para nuestro estudio. Según criterios del Instituto Nacional de Estadística, el medio rural está formado por poblaciones de menos de 10.000 habitantes, y urbano por poblaciones más de 10.001 habitantes, sin embargo, consideramos en nuestro trabajo hábitat urbano a aquellas poblaciones de más de 200.000

habitantes, siendo sólo las USMC de las dos capitales de provincias de Canarias, mientras que las demás UMSC se toman como rurales.

En la 2ª se recogen los datos correspondientes a la **asistencia de las Unidades de Salud Mental Comunitaria;**

- Número de asistencias.
- Actividad Asistencial por perfil profesional sanitario (psiquiatra, psicólogo clínico, DUE, auxiliar de enfermería, y trabajador social).

En la 3ª y última parte, la más propiamente **clínica;**

- Diagnóstico (según la CIE-10; las categorías principales, F a un solo dígito).
- Fecha de alta.
- Destino al alta.

## 4.6 Análisis estadístico

El análisis se ha realizado en hojas de cálculo de Excel. Desde el punto de vista descriptivo, las variables cuantitativas son tratadas analizando los índices de centralización: media aritmética. Las variables cualitativas se trataron analizando la frecuencia absoluta de la aparición de cada una de las categorías así como las frecuencias relativas. Hemos calculado tasas de prevalencias crudas de las diferentes variables, y estandarizadas para la

## *METODOLOGÍA*

población atendida y la población canaria.

### 4.7 Confidencialidad

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a los requerimientos expresados en la Declaración de Helsinki (revisión de Seúl, octubre de 2008) así como la legislación vigente en España la orden ministerial SAS/3470/2009, relativa a la realización de estudios observacionales.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Nuestro estudio fue clasificado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, como No-EPA (Estudio Observacional No Postautorización), con fecha de 30 de Junio de 2014. (Anexo 3).

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín emite su resolución favorable para la realización de nuestro estudio con fecha de 01 de Agosto de 2014. (Anexo 4).

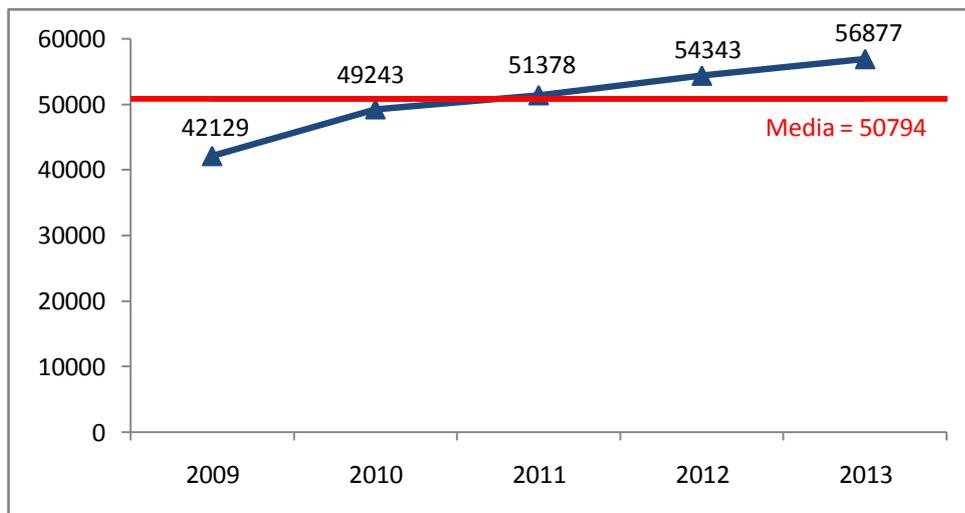
## **5 RESULTADOS**



## 5.1 Características de los pacientes del estudio.

Durante el periodo de estudio se han atendido un total de 253.970 pacientes, distribuidos anualmente como se muestra en la figura 2, y con una media de 50.794 pacientes por año.

Figura 2. Distribución anual de todos los pacientes.



Si comparamos los pacientes anuales con el número de habitantes anuales de la población canaria, obtenemos las tasas estandarizadas anuales de las USMC de Canarias (tabla X), creciendo la prevalencia administrativa en el periodo de estudio 0.2% por año, y con una prevalencia anual media de **2.61%**.

Tabla X. Tasa estandarizada anual.

	2009	2010	2011	2012	2013	Media
<b>Prevalencia administrativa</b>	2.16%	2.51%	2.61%	2.84	2.95	2.61

No obstante, se decide analizar a partir de este momento, sólo los cuatro grupos diagnósticos con mayor porcentaje en relación al total de pacientes. Siendo los siguientes, como se puede observar en la tabla, F4 (T. neuróticos, T. relacionados con el estrés y T. somatomorfos) (29,14%), F3

**RESULTADOS**

(T. del humor) (22,03%), F2 (Esquizofrenia, T. esquizotípicos y T. delirantes) (15,47%) y F6 (T. de la personalidad y del comportamiento en adultos) (4,95%). Asimismo, los grupos diagnósticos seleccionados hacen en total el **71,6%** de del total de grupos diagnósticos atendidos en los cinco años de estudio.

Tabla XI. Total de pacientes por grupo diagnóstico.

	F4	F3	F2	F6	Otros	Total
n	74.000	55.947	39.288	12.562	72.173	253.970
%	29,14	22,03	15,47	4,95	28,42	100

Hemos analizado un total de **181.797** pacientes, que han sido asistidos durante el periodo de estudio, de los cuatro grupos diagnósticos que hemos decidido seleccionar. Observándose en la tabla que el grupo diagnóstico F4 (T. neuróticos, T. relacionados con el estrés y T. somatomorfos), ocupa el primer lugar con 74.000 pacientes, siendo un 40,7% de la población estudiada.

Tabla XII. Nº de pacientes incluidos distribuidos por grupos diagnósticos.

Grupos diagnósticos	N	%
F4 – T. neuróticos, T. relacionados con el estrés y T. somatomorfos.	74.000	40.7
F3 – T. del humor (afectivos)	55.947	30.8
F2 - Esquizofrenia, T. esquizotípicos y T. delirantes.	39.288	21.6
F6 – T. de la personalidad y del comportamiento en adultos.	12.562	6.9
<b>Total</b>	<b>181.797</b>	<b>100</b>

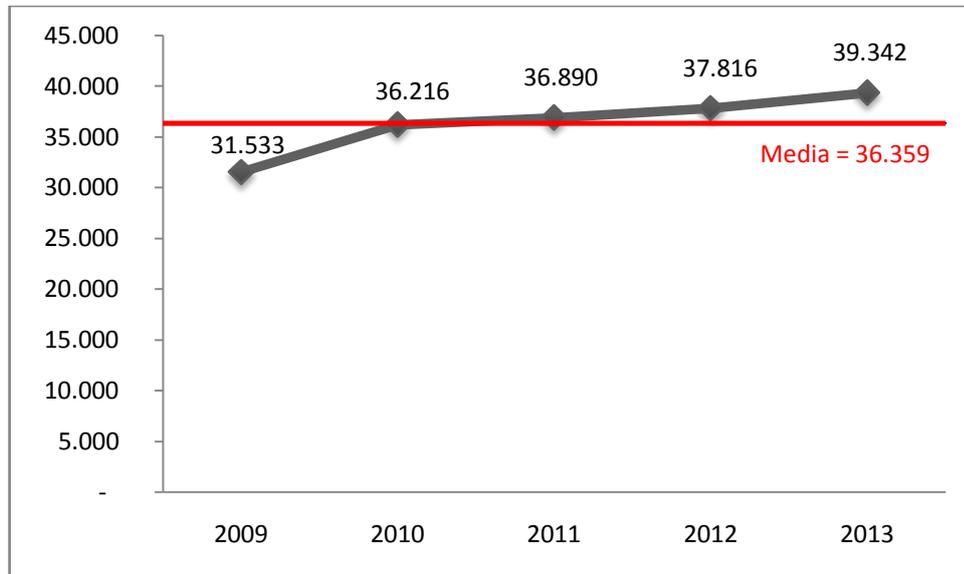
Al comparar el número de pacientes anuales de cada grupo diagnóstico, con el número de habitantes anuales de la población canaria, obtenemos las tasas de prevalencias anuales por cada mil habitantes de los grupos diagnósticos (tabla XIII).

Tabla XIII. Tasas de prevalencias de los grupos diagnósticos por mil habitantes

	F4	F3	F2	F6
Prevalencia administrativa	7.61‰	5.75‰	4.02‰	1.3‰

A continuación se expone en la figura 3 la distribución de los pacientes en los años de estudio, donde se aprecia una tendencia de aumento anual.

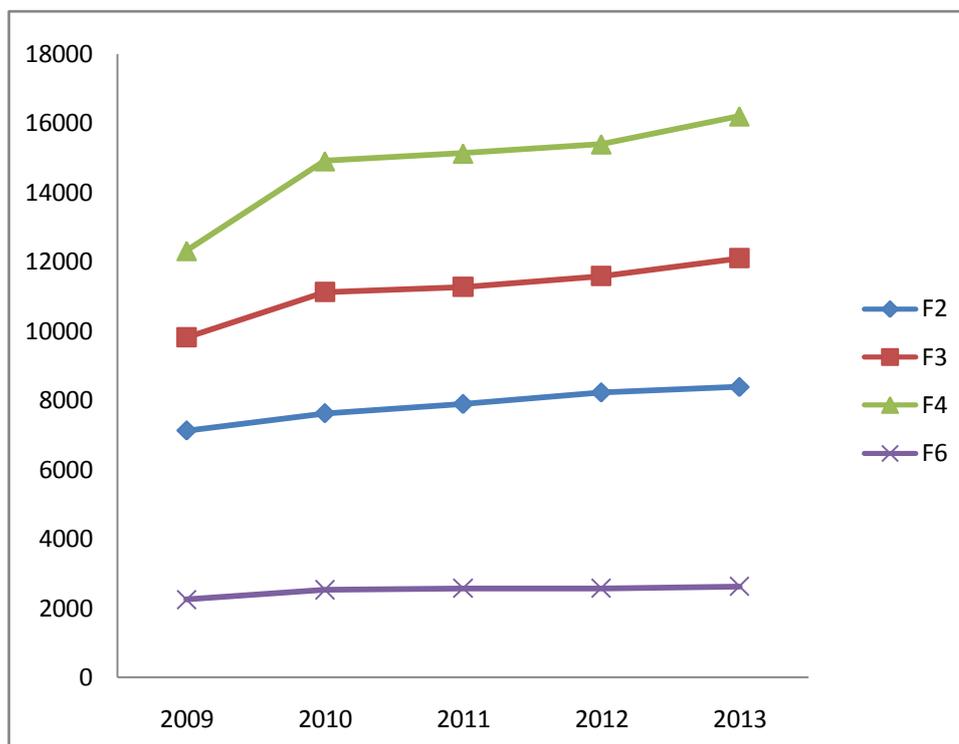
Figura 3. Distribución anual de los pacientes.



En la figura 4 se muestra la distribución anual del número de pacientes por grupos diagnóstico, encontrándose que los F4 ocupan el primer lugar todos los años.

## RESULTADOS

Figura 4. Distribución anual de los pacientes por grupos diagnósticos.



### 5.1.1 Calidad de los registros.

Hemos querido analizar la correcta cumplimentación de los datos disponibles en el registro de la RECAP, para ello, se muestra en la siguiente tabla las pérdidas de información. Se puede observar en la misma, que las variables situación laboral, convivencia, nivel educativo, y estado civil, superan el 50% de su información no cumplimentada, en cambio, las variables edad y género, tienen en total un 0,08% de información no cumplimentada.

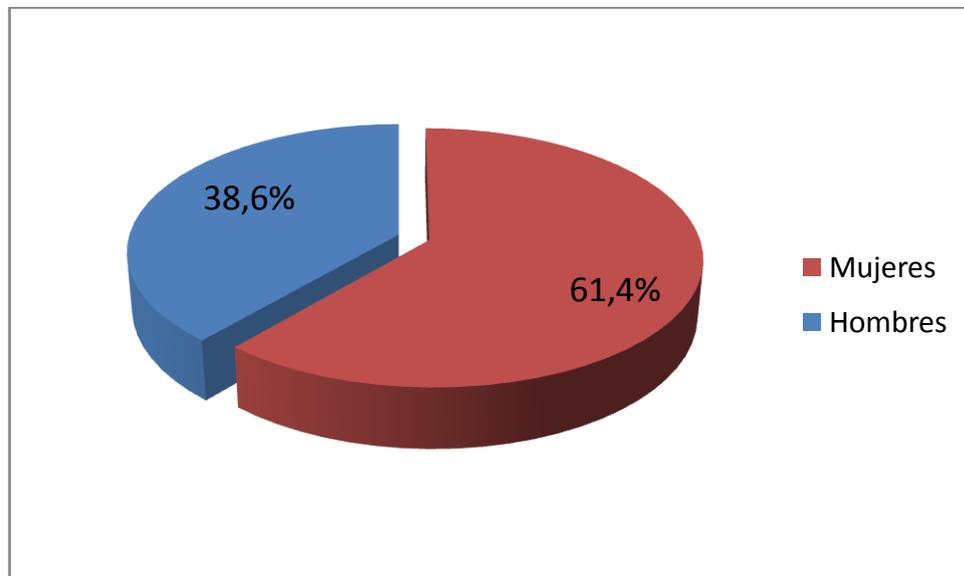
Tabla XIV. RECAP información no cumplimentada.

	F2		F3		F4		F6		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Situación laboral</b>	26.729	47,9	33.588	60,1	34.940	47,2	6.751	53,7	102.008	56,1
<b>Convivencia</b>	26.503	67,5	33.277	59,6	54.547	73,7	6.839	54,4	101.166	55,6
<b>Nivel educativo</b>	26.482	67,4	33.215	59,5	33.835	45,7	6.787	54	100.321	55,2
<b>Estado civil</b>	24.424	43,7	32.690	58,5	30.980	41,9	6.427	51,2	96.521	53,1
<b>Edad</b>	34	0,06	22	0,04	37	0,05	48	0,4	141	0,08
<b>Género</b>	34	0,06	22	0,04	37	0,05	48	0,4	141	0,08

### 5.1.2 Características demográficas de la población de estudio.

Analizando los pacientes por género, encontramos a un 61.4% de mujeres, frente a un 38.6% de los hombres (figura 5).

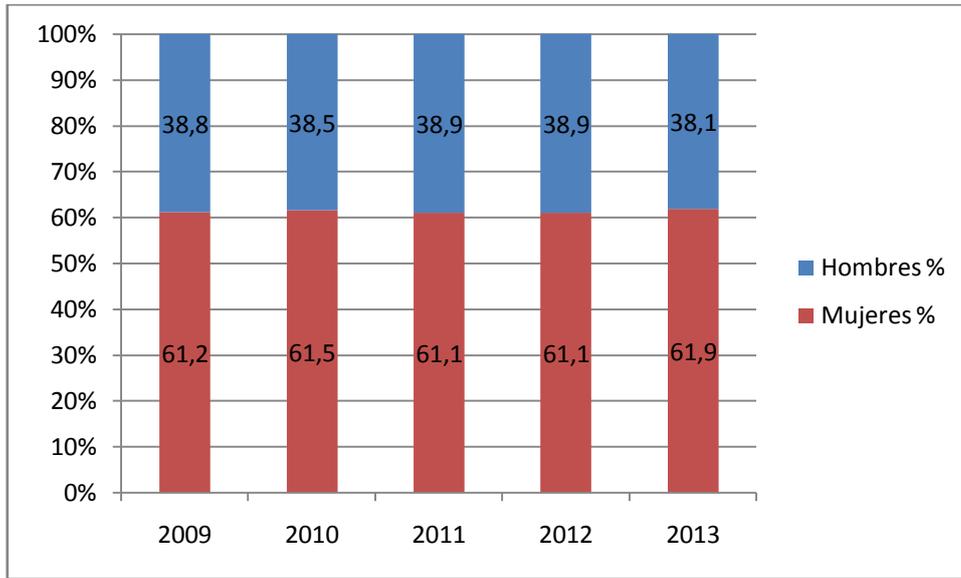
Figura 5. Distribución de los pacientes por género



En la siguiente figura se muestra los porcentajes por género por cada año del estudio.

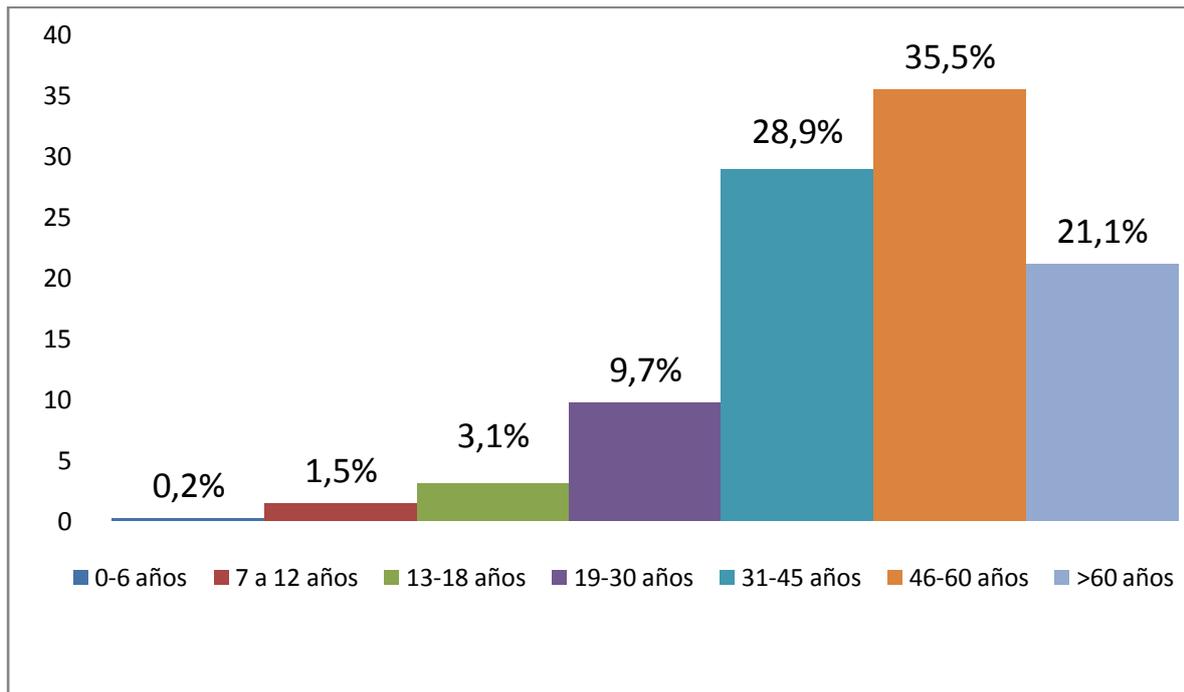
RESULTADOS

Figura 6. Distribución anual de los pacientes por género.



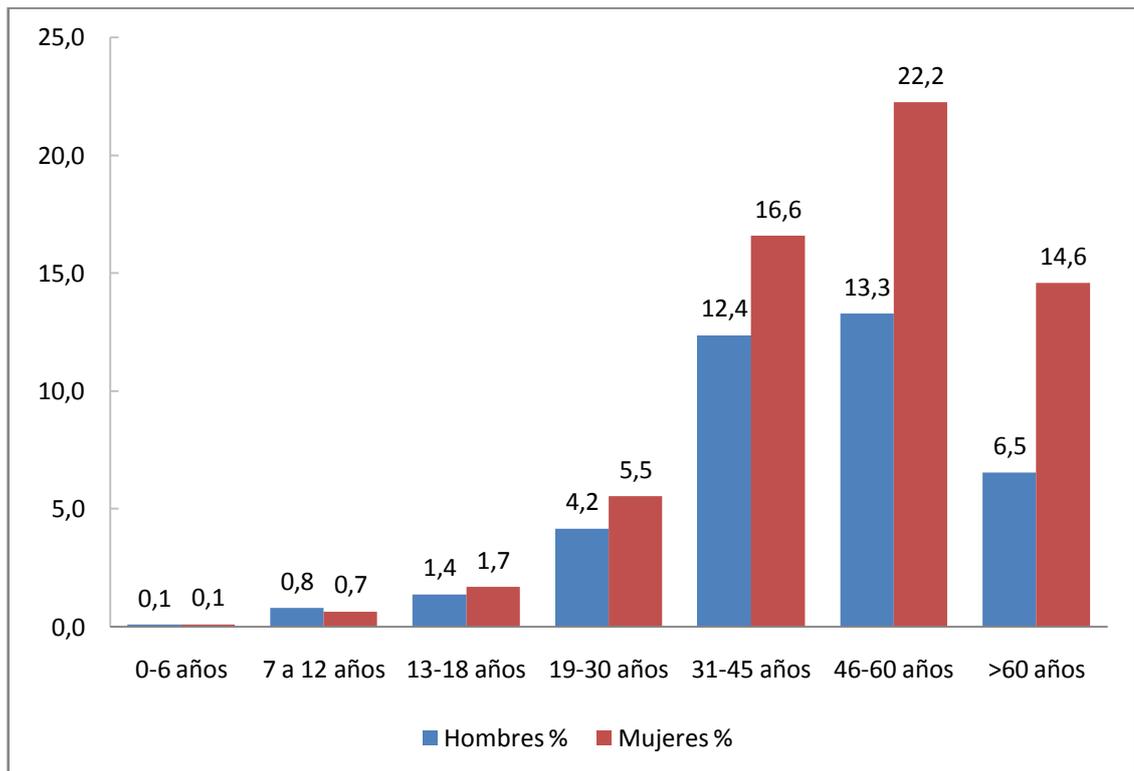
Mostramos la distribución de la edad en los intervalos según los criterios del RECAP (figura 7.). El primer lugar lo ocupa, el intervalo de 40-60 años de edad que supone el 35.5% del total de los pacientes, en segundo lugar, el intervalo de 31-45 años de edad con un 28.9% de los pacientes. Ambos intervalos suponen un 64.4% del total de los pacientes.

Figura 7. Distribución etaria de los pacientes incluidos.



Analizamos además la relación de edades y género, mostrando que a partir de la mayoría de edad, las mujeres superan a los hombres (figura 8), aumentando esta diferencia a medida que aumenta la edad. Siendo la máxima diferencia entre hombre y mujeres (8,9 puntos), en el intervalo de edad de 46 a 60 años.

Figura 8. Distribuciones por géneros y edades.



## 5.2 Estudio de los pacientes por grupos diagnósticos.

### 5.2.1 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. (F2)

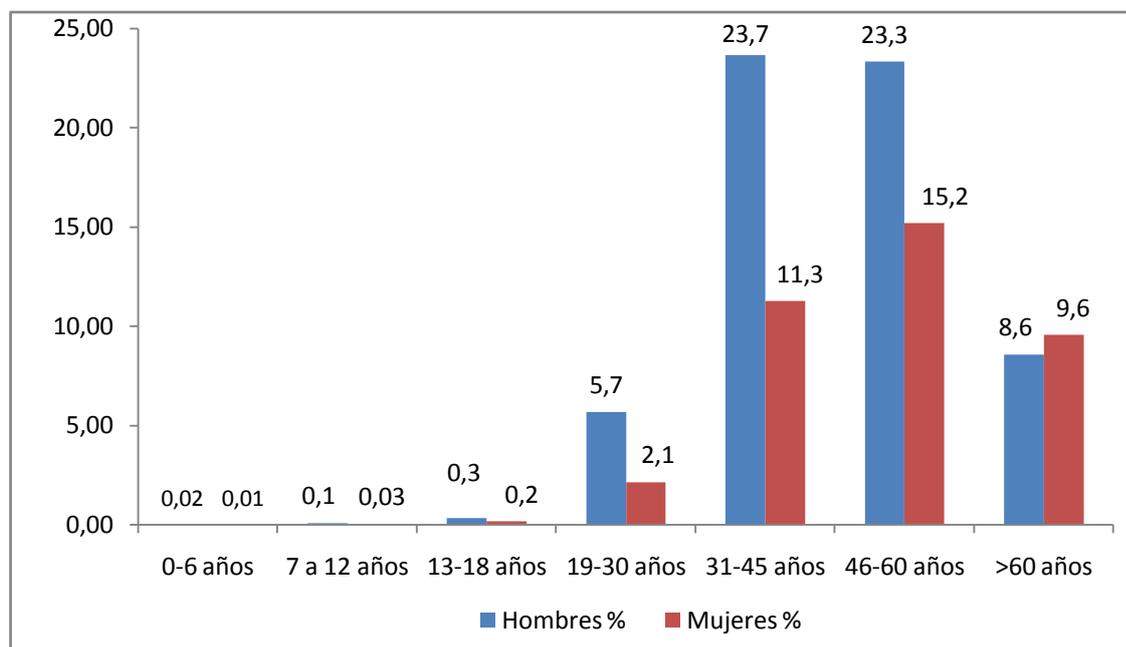
Hemos analizado un total de 39.288 pacientes, siendo un 21.6% del total de la población de estudio. A continuación se expondrán las características de de este grupo diagnóstico.

## RESULTADOS

### 5.2.1.1 Edad, género, estado civil y nivel educativo.

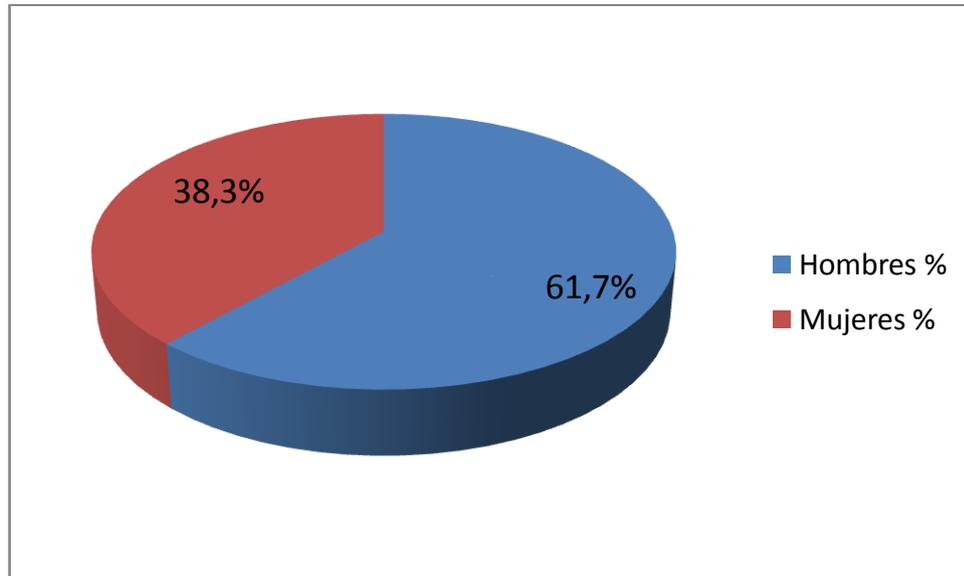
Analizando la relación de edades y género, se observa que a partir de la mayoría de edad, los hombres superan a las mujeres (figura 9), aumentando esta diferencia, llegando a ser máxima en el intervalo de 31 a 45 años de edad, en 12,4 puntos.

Figura 9. Distribución por género y edad de F2.



Analizando los pacientes por género, encontramos a un 61.7% de hombres, frente a un 38.3% de las mujeres (figura 10).

Figura 10. Distribución de los pacientes por género de F2.



Al centrarnos en el estado civil, encontramos un total de 8.297 pacientes solteros ocupando el primer lugar de esta categoría, siendo un 64.5% del grupo diagnóstico F2 (tabla XV).

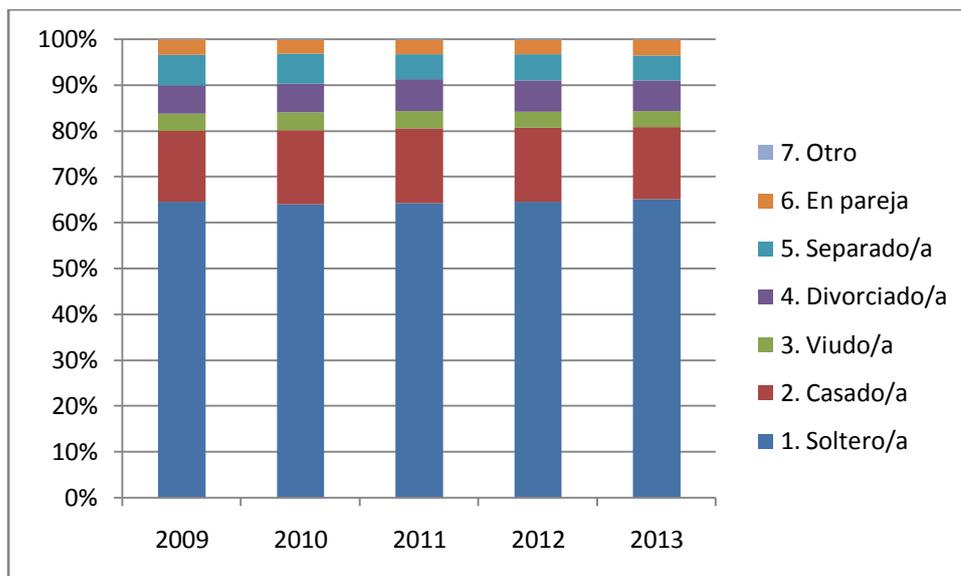
Tabla XV. Distribución del estado civil de F2.

Estado civil	Pacientes	%
1. Soltero/a	8.297	64,5
2. Casado/a	2.054	16
3. Viudo/a	472	3,7
4. Divorciado/a	850	6,6
5. Separado/a	754	5,9
6. En pareja	419	3,3
7. Otro	18	0,1
<b>Total clasificados</b>	<b>12.864</b>	<b>100</b>

Haciendo el análisis anual, se puede ver en la figura 11 como se mantienen los porcentajes interanuales.

RESULTADOS

Figura 11. Distribución anual del estado civil de F2.



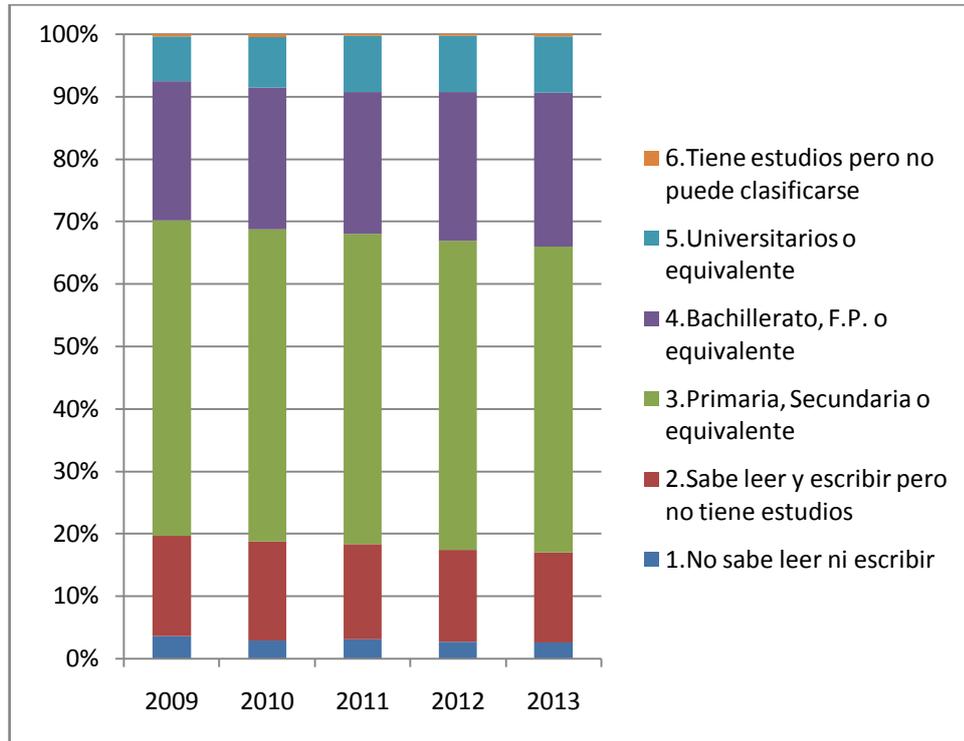
Con respecto al nivel educativo en este grupo diagnóstico, el 49,7% de los pacientes poseen estudios de primaria, secundaria o equivalente (tabla XVI).

Tabla XVI. Distribución del nivel educativo de F2.

Nivel educativo	Pacientes	%
1.No sabe leer ni escribir	373	2,9
2.Sabe leer y escribir pero no tiene estudios	1.940	15,1
3.Primaria, Secundaria o equivalente	6.359	49,7
4.Bachillerato, F.P. o equivalente	2.989	23,3
5.Universitarios o equivalente	1.096	8,6
6.Tiene estudios pero no puede clasificarse	49	0,4
<b>Total clasificados</b>	<b>12.806</b>	<b>100</b>

Si comparamos el nivel educativo entre los años del estudio (figura 12), se puede apreciar que con el tiempo disminuye el porcentaje de paciente que no saben leer ni escribir, y los que saben leer y escribir sin estudios, aumentando el porcentaje de pacientes con estudios de Bachillerato o FP, y los de estudios universitarios o equivalente.

Figura 12. Distribución anual del nivel educativo de F2.



### 5.2.1.2 Convivencia.

El 45.8% del total de pacientes clasificados del grupo diagnóstico de F2, ocupa el primer lugar en el tipo de convivencia con la familia de origen (tabla XVII).

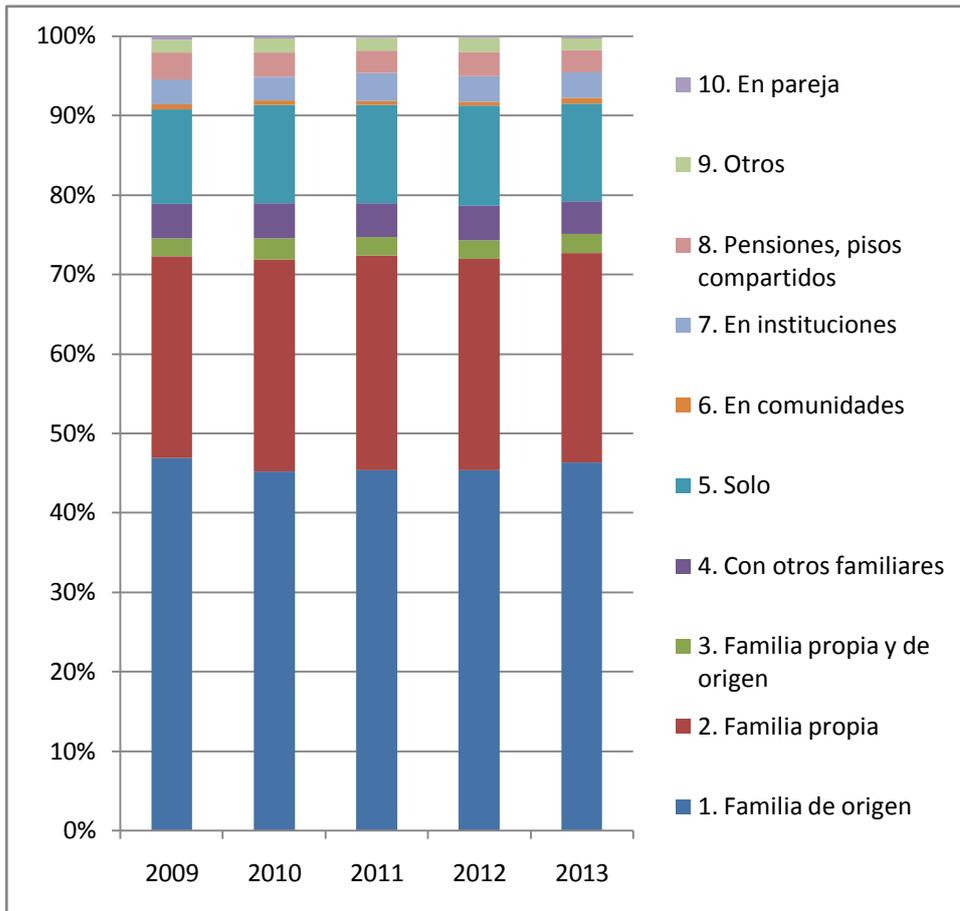
Tabla XVII. Distribución del tipo de convivencia de F2.

Tipo de convivencia	Pacientes	%
1. Familia de origen	5.853	45,8
2. Familia propia	3.384	26,5
3. Familia propia y de origen	304	2,4
4. Con otros familiares	545	4,3
5. Solo	1.578	12,3
6. En comunidades	78	0,6
7. En instituciones	409	3,2
8. Pensiones, pisos compartidos	386	3
9. Otros	209	1,6
10. En pareja	39	0,3
<b>Total clasificados</b>	<b>12.785</b>	<b>100</b>

RESULTADOS

Haciendo el análisis anual del tipo de convivencia, se puede ver en la figura 13 como se mantienen los porcentajes interanuales.

Figura 13. Distribución anual del tipo de convivencia de F2.



Si agrupamos los tipos de convivencia como se muestran en la tabla XVIII el 79.2% de los pacientes vive con sus familias o en pareja, mientras que le sigue el 12.3% que vive solo.

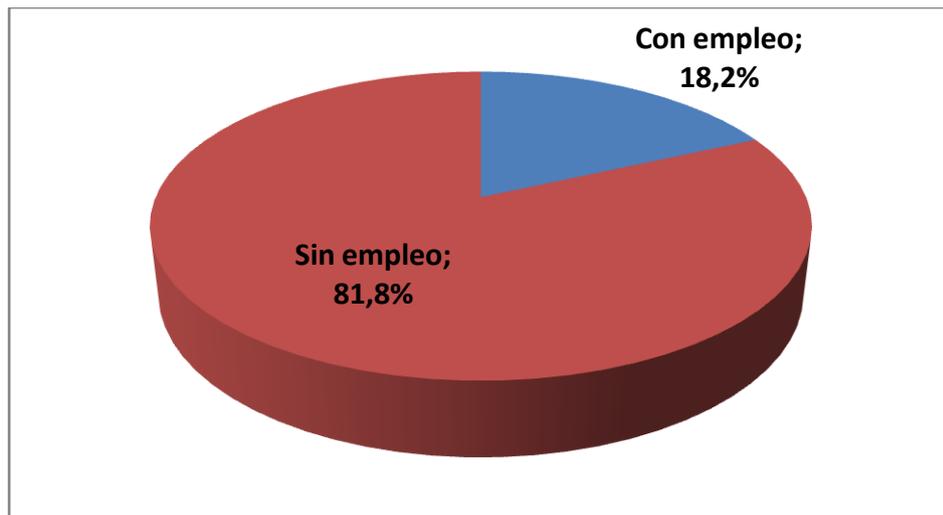
Tabla XVIII. Distribución del tipo de convivencia de F2. Agrupada.

Tipo de convivencia	Pacientes	%
1. Con familia o en pareja	10.125	79,2
2. Solo	1.578	12,3
3. Con iguales	873	6,8
4. Otros	209	1,6
<b>Total clasificados</b>	<b>12.785</b>	<b>100</b>

### 5.2.1.3 Situación laboral.

Del total de 10.464 pacientes de F2 con edad laboral, el 18.2% posee empleo, frente al 81.4% que no tiene empleo (figura 14).

Figura 14. Porcentaje de pacientes con y sin empleo de F2.



Observándose que los empleados por cuenta ajena, empleo fijo, ocupan el primer lugar con un 37.4% del total con trabajo (tabla XIX). Mientras que en los pacientes que no tienen empleo, el primer lugar es debido a la invalidez, un 30.7% del total sin empleo.

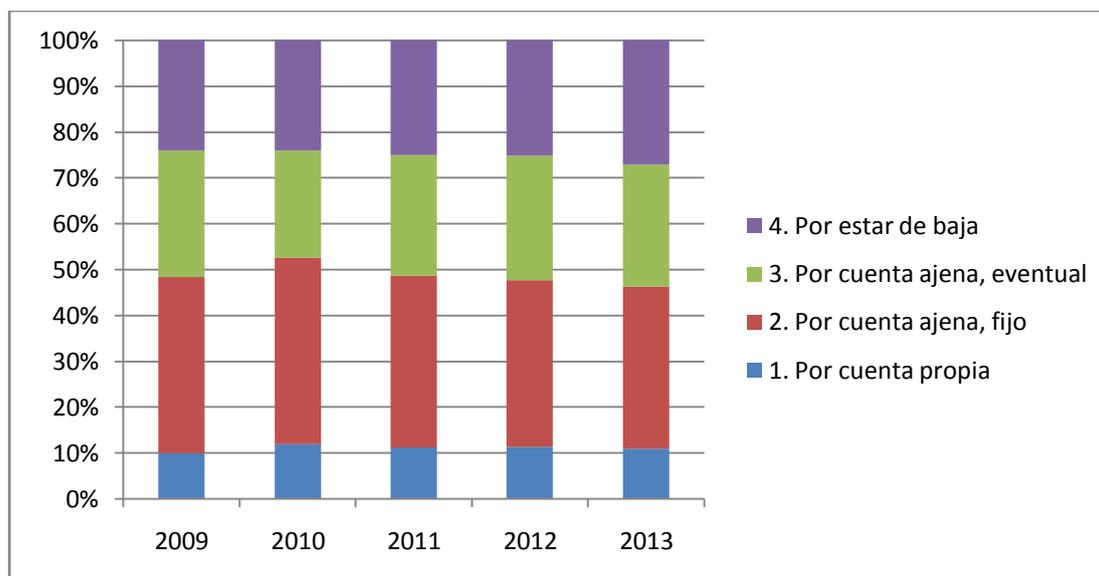
RESULTADOS

Tabla XIX. Distribución de los pacientes con empleo de F2.

Con empleo	Pacientes	%
1. Por cuenta propia	212	11,2
2. Por cuenta ajena, fijo	711	37,4
3. Por cuenta ajena, eventual	498	26,2
4. Por estar de baja	479	25,2
<b>Total clasificados</b>	<b>1.900</b>	<b>100</b>

Haciendo el análisis anual de los pacientes que tienen empleo, se puede ver en la figura 15 como se mantienen los porcentajes interanuales.

Figura 15. Distribución anual de los pacientes con empleo de F2.



Observando los tipos de desempleo según la clasificación que hace el RECAP, el 30,7% de los pacientes, se encuentran sin empleo por invalidez (tabla XX).

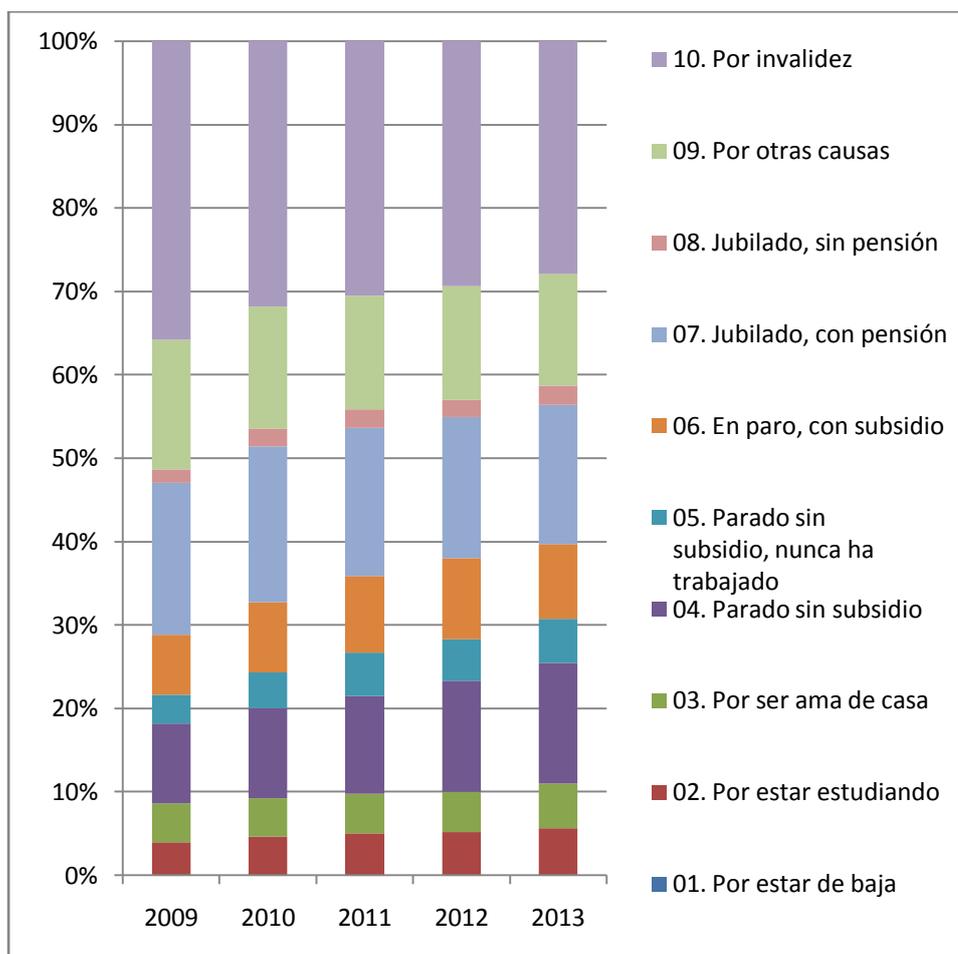
Tabla XX. Distribución de los pacientes sin empleo de F2.

Sin empleo	Pacientes	%
1. Por estar de baja	3	0,03
2. Por estar estudiando	530	5
3. Por ser ama de casa	519	4,9
4. Parado sin subsidio	1.302	12,2
5. Parado sin subsidio, nunca ha trabajado	503	4,7
6. En paro, con subsidio	937	8,8
7. Jubilado, con pensión	1.871	17,6
8. Jubilado, sin pensión	224	2,1
9. Por otras causas	1.497	14
10. Por invalidez	3.273	30,7
<b>Total clasificados</b>	10.659	100

En la distribución anual de los pacientes sin empleo, se puede apreciar que disminuye desde el 2009 hasta el 2013 el porcentaje de pacientes por invalidez, mientras que aumenta los que están en paro con y sin subsidio, y por estar estudiando (figura 16).

RESULTADOS

Figura 16. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F2.



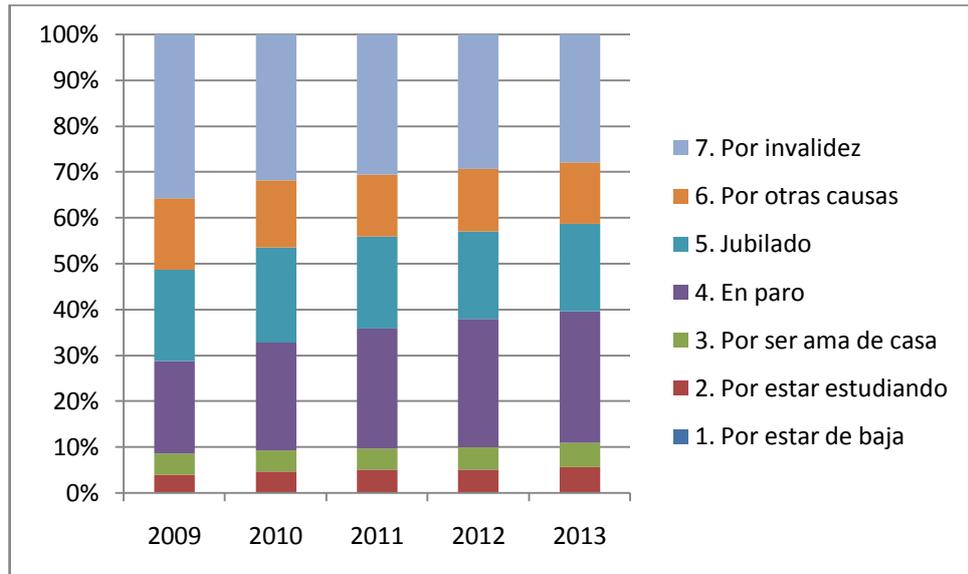
Si agrupamos los datos tal y como muestra la tabla XXI, el porcentaje de pacientes que esta sin empleo por invalidez, ocupa el primer lugar (30,7%), frente a los que se encuentran en paro con un 25,7%.

Tabla XXI. Distribución de los pacientes sin empleo de F2. Agrupados.

Sin empleo	Pacientes	%
1. Por estar de baja	3	0,03
2. Por estar estudiando	530	5
3. Por ser ama de casa	519	4,9
4. En paro	2.742	25,7
5. Jubilado	2.095	19,7
6. Por otras causas	1.497	14
7. Por invalidez	3.273	30,7
<b>Total clasificados</b>	10.659	100

Si analizamos interanualmente los datos agrupados de los pacientes sin empleo, se puede observar en la figura 17 que el porcentaje de pacientes sin empleo por invalidez, disminuyen, mientras que aumentan los que están en paro.

Figura 17. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F2. Agrupados.



#### 5.2.1.4 Perfil.

El perfil del paciente del grupo diagnóstico F2, es hombre (61,7%) de unos 43 años de edad, soltero (64,5%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (49,7%), que vive en su familia de origen (45,8%), y sin empleo (81,8%) por invalidez (30,7%) o por estar en paro (25,7%).

Si bien, no disponemos de información de las variables estado civil, nivel educativo, tipo de convivencia y situación laboral, de al menos un 40% de las mismas.

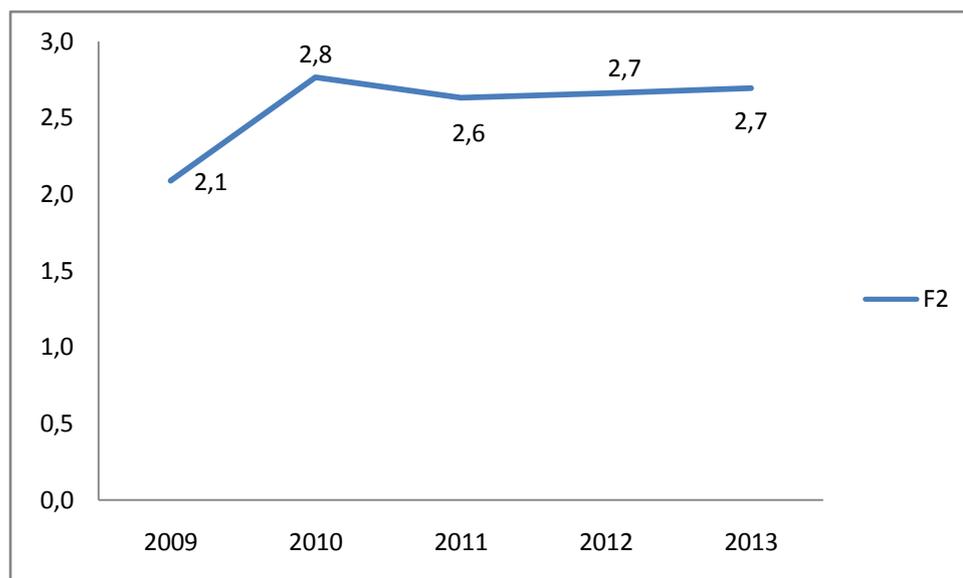
#### 5.2.1.5 Altas.

En el total del periodo, por este grupo diagnóstico se han dado

RESULTADOS

1026 altas lo que supone el 2,6% del total de estos pacientes. A continuación se expone en la figura 18 los porcentajes anuales de las altas.

Figura 18. Porcentajes de altas anuales de F2.



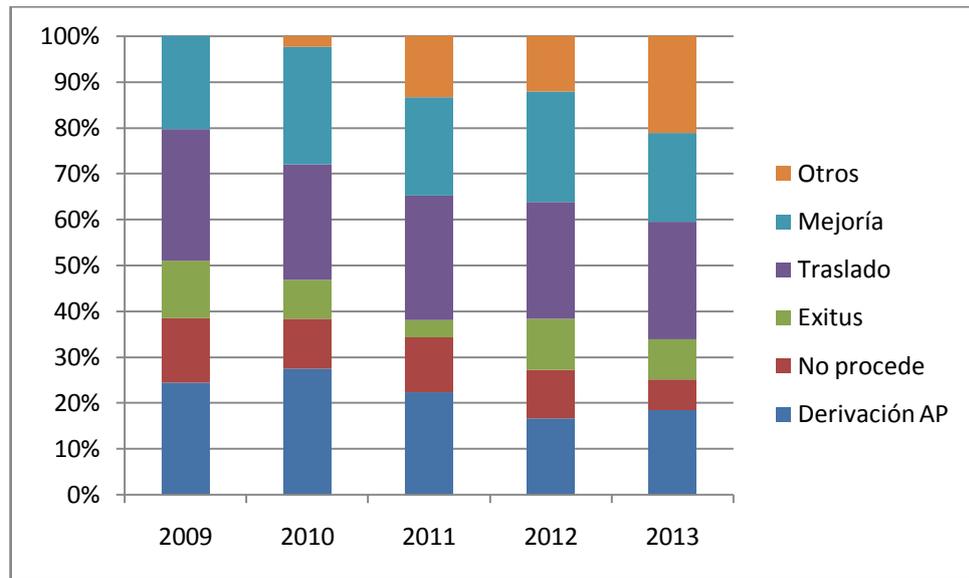
De las 1.023 altas que se dan durante el periodo de estudio, 1.007 son las que están clasificadas, lo que supone un 98,1% del total de las altas. El primer lugar de las altas de los pacientes del grupo diagnóstico F2, es ocupado por los traslados, un 26,2% de las altas, siguiéndole las mejorías con un 22,2% (tablaXXII).

Tabla XXII. Tipo de altas de F2.

Tipo de alta	Pacientes	%
1. Derivación AP	218	21,6
2. No procede	106	10,5
3. Exitus	88	8,7
4. Traslado	264	26,2
5. Mejoría	224	22,2
6. Otros	107	10,6
<b>Total clasificados</b>	<b>1.007</b>	<b>100</b>

Haciendo el análisis anual de las altas, no se encuentra un patrón en estos cinco años de estudio (figura 19).

Figura 19. Distribución anual de los tipos de altas de F2.



### 5.2.2 Trastornos del humor (afectivos). (F3)

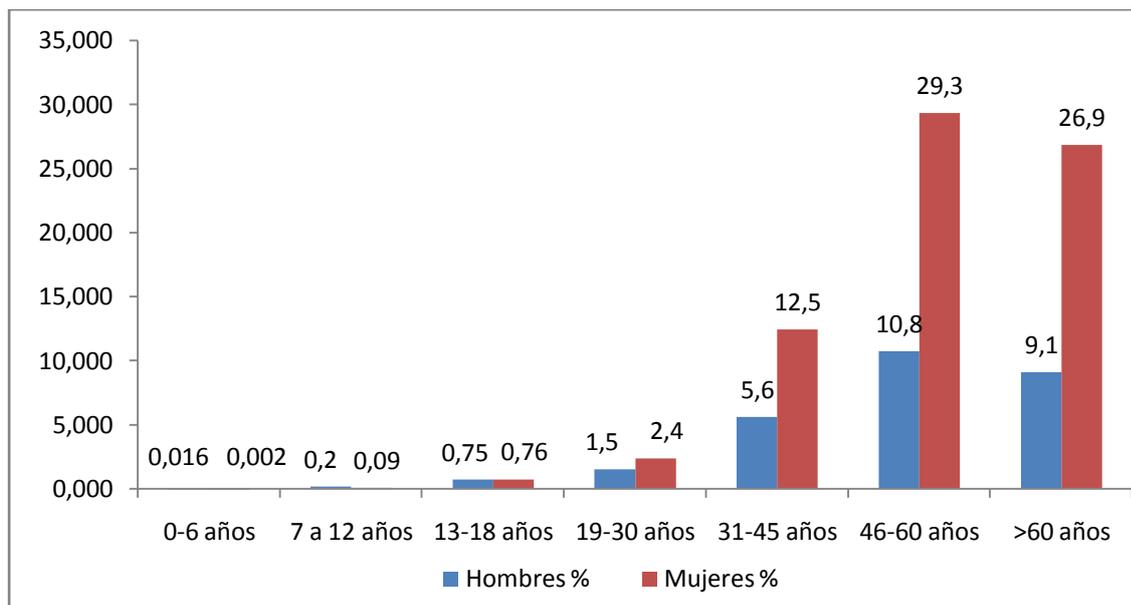
Hemos analizado un total de 55.947 pacientes, siendo un 30.8% del total de la población de estudio. A continuación se expondrán las características de de este grupo diagnóstico.

#### 5.2.2.1 Edad, género, estado civil y nivel educativo.

Cuando analizamos la relación de edades y género, se observa que a partir de la mayoría de edad, las mujeres superan a los hombres (figura 20), aumentando esta diferencia, llegando a ser máxima en el intervalo de 46 – 60 años de edad, (18,5 puntos).

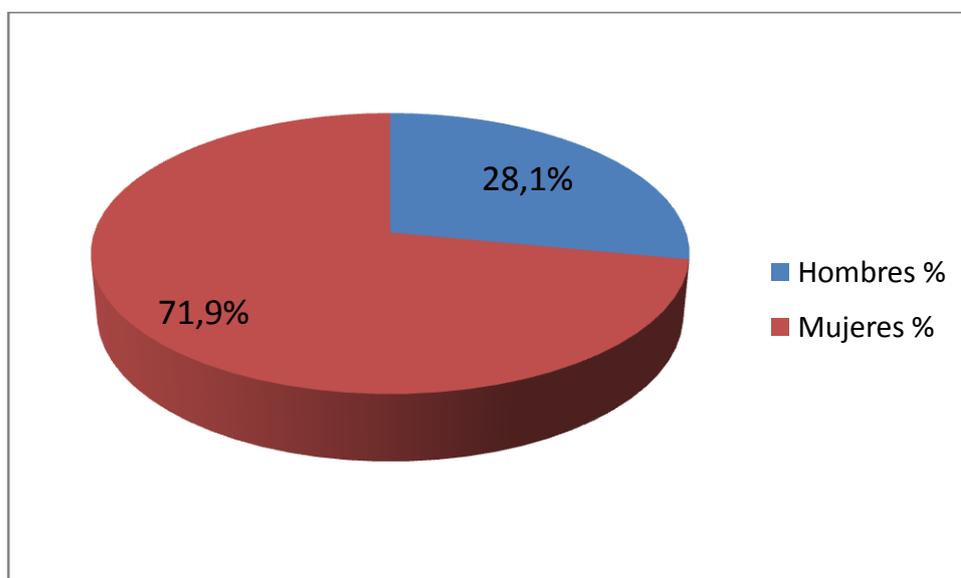
RESULTADOS

Figura 20. Distribución por género y edad de F3.



Analizando los pacientes por género, hallamos a un 71.9% de mujeres, frente a un 28.1% de los hombres (figura 21).

Figura 21. Distribución de los pacientes por género de F3.



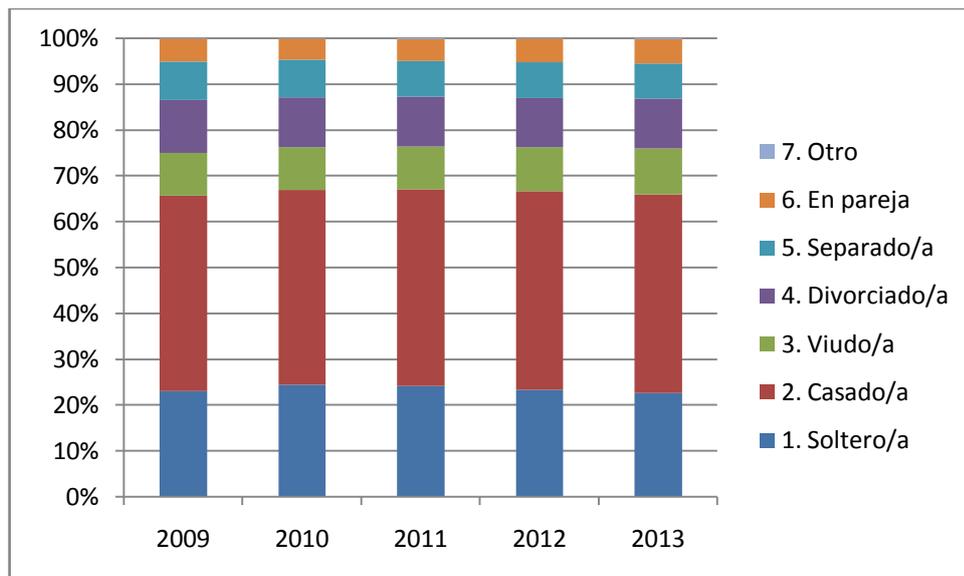
A continuación procedemos a describir el estado civil de los pacientes en la tabla XXIII, resaltando que el 43% de los pacientes se encuentran casados

Tabla XXIII. Distribución del estado civil de F3.

Estado civil	Pacientes	%
1. Soltero/a	5.462	23,5
2. Casado/a	9.996	43
3. Viudo/a	2.221	9,5
4. Divorciado/a	2.533	10,9
5. Separado/a	1.841	7,9
6. En pareja	1.156	5
7. Otro	48	0,2
<b>Total clasificados</b>	<b>23.257</b>	<b>100</b>

Haciendo el análisis anual, se puede ver en la figura 22 como se mantienen los porcentajes interanuales del estado civil de los pacientes.

Figura 22. Distribución anual del estado civil de F3.



Con respecto al nivel educativo en este grupo diagnóstico, el 42,6% de los pacientes poseen estudios de primaria, secundaria o equivalente (tabla XXIV).

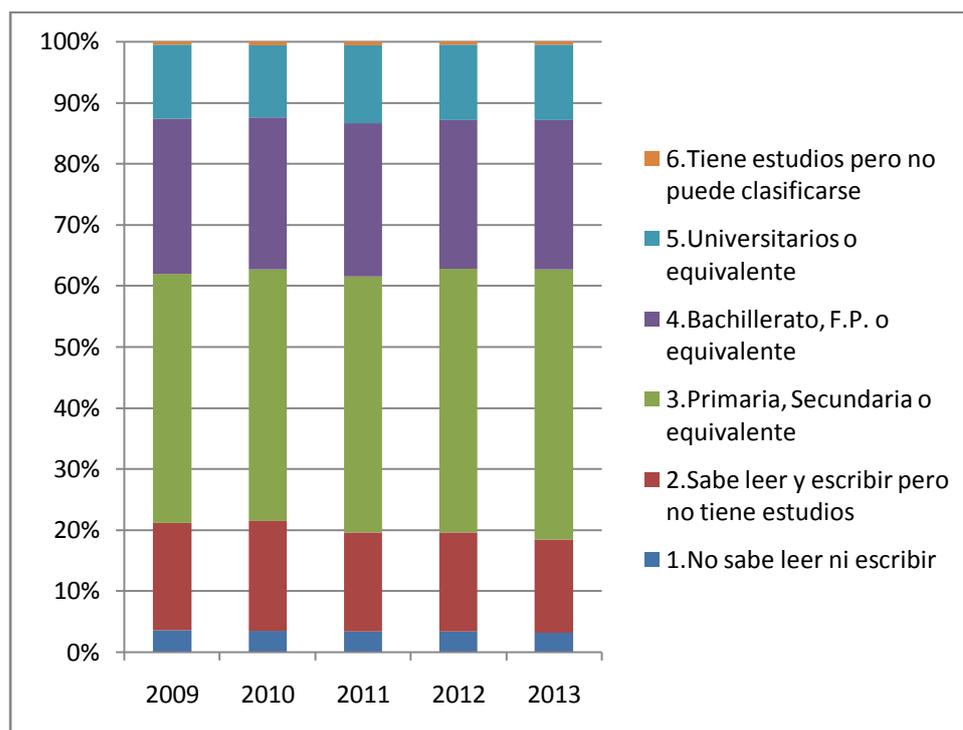
RESULTADOS

Tabla XXIV. Distribución del nivel educativo de F3.

Nivel educativo	Pacientes	%
1.No sabe leer ni escribir	762	3,4
2.Sabe leer y escribir pero no tiene estudios	3.739	16,4
3.Primaria, Secundaria o equivalente	9.672	42,6
4.Bachillerato, F.P. o equivalente	5.627	24,8
5.Universitarios o equivalente	2.797	12,3
6.Tiene estudios pero no puede clasificarse	133	0,6
<b>Total clasificados</b>	<b>22.730</b>	<b>100</b>

Al comparar el nivel educativo entre los años del estudio (figura 23), no se aprecia cambios de un año a otro.

Figura 23. Distribución anual del nivel educativo de F3.



5.2.2.2 Convivencia.

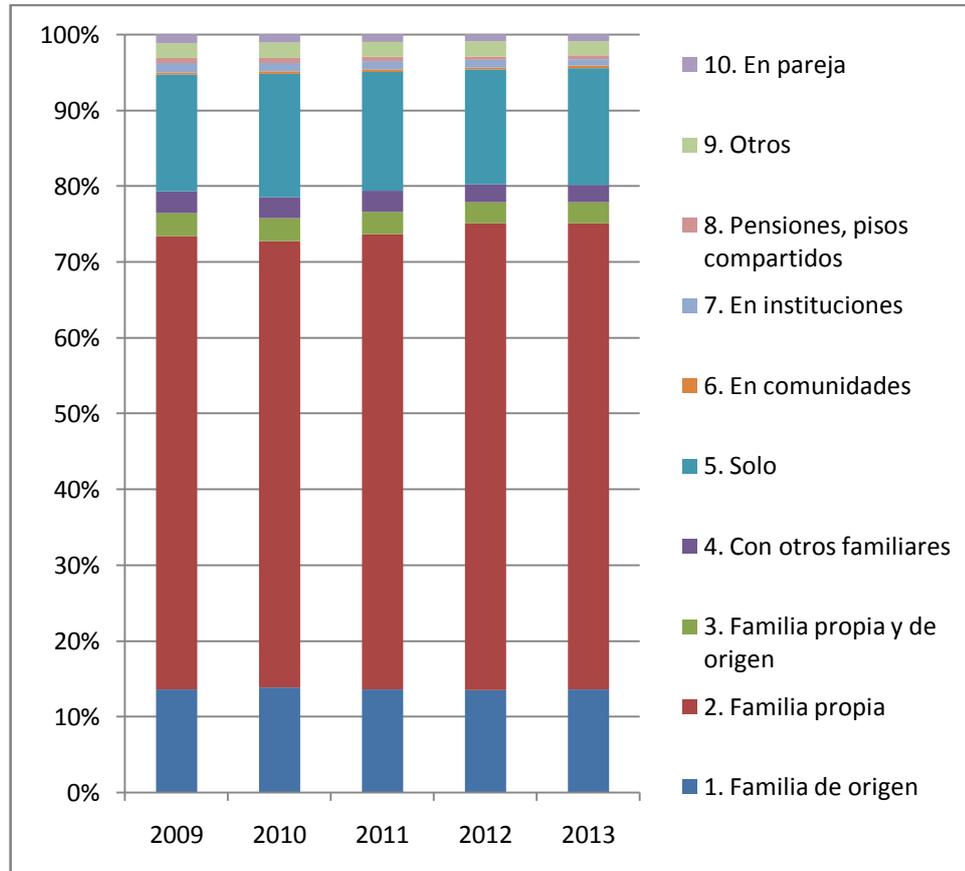
Cabe resaltar que el primer lugar de los tipos de convivencia lo ocupa con familia propia con un 60,6% (tabla XXV).

Tabla XXV. Distribución del tipo de convivencia de F3.

Tipo de convivencia	Pacientes	%
1. Familia de origen	3.078	13,6
2. Familia propia	13.730	60,6
3. Familia propia y de origen	657	2,9
4. Con otros familiares	577	2,5
5. Solo	3.532	15,6
6. En comunidades	67	0,3
7. En instituciones	233	1
8. Pensiones, pisos compartidos	124	0,5
9. Otros	447	2
10. En pareja	225	1
<b>Total clasificados</b>	<b>22.670</b>	<b>100</b>

Si hacemos el análisis anual del tipo de convivencia, se puede ver en la figura 24 como se mantienen los porcentajes interanuales.

Figura 24. Distribución anual del tipo de convivencia de F3.



**RESULTADOS**

Agrupando los tipo de convivencia en las cuatro categorías que se muestran en la tabla XXVI, el 80.6% de los pacientes vive con sus familias o en pareja, mientras que le sigue el 15.6 % que vive solo.

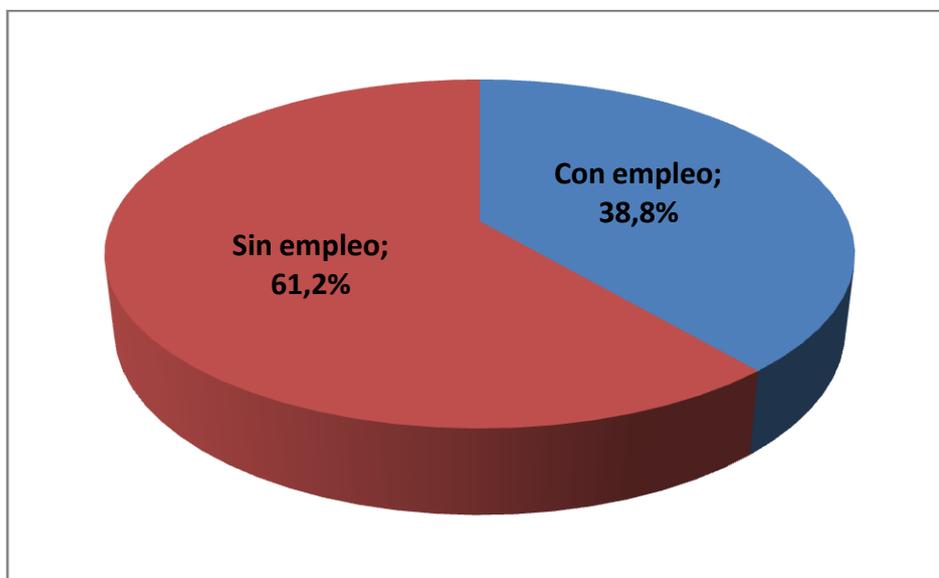
Tabla XXVI. Distribución del tipo de convivencia. Agrupada de F3.

Tipo de convivencia	Pacientes	%
1. Con familia o en pareja	18.267	80,6
2. Solo	3.532	15,6
3. Con iguales	424	1,9
4. Otros	447	2
<b>Total clasificados</b>	<b>22.670</b>	<b>100</b>

**5.2.2.3 Situación laboral.**

Del total de pacientes de F3 con edad laboral, el 38.8% posee empleo, frente al 61.2% que no tiene empleo (figura 25).

Figura 25. Porcentaje de pacientes con y sin empleo de F3.



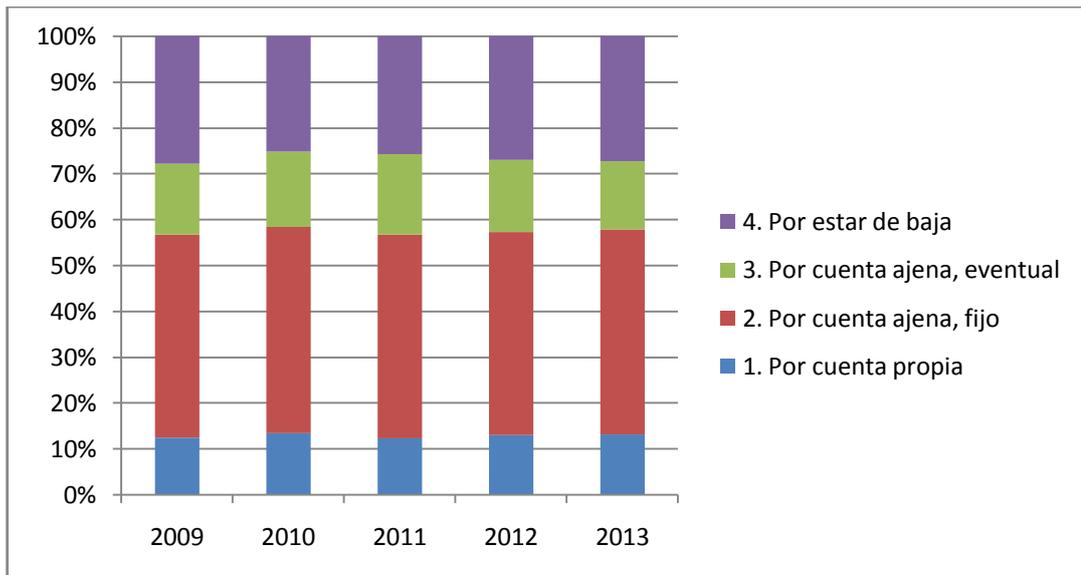
Analizando a los paciente que tienen empleo, el 44.5% de ellos, trabajan por cuenta ajena y son fijos, tal y como se puede ver en la tabla XXVII.

Tabla XXVII. Distribución de los pacientes con empleo de F3.

Con empleo	Pacientes	%
1. Por cuenta propia	910	13
2. Por cuenta ajena, fijo	3.123	44,5
3. Por cuenta ajena, eventual	1.121	16
4. Por estar de baja	1.867	26,6
<b>Total clasificados</b>	<b>7.021</b>	<b>100</b>

Si hacemos el análisis anual del tipo de empleo que tienen los pacientes, se puede ver en la figura 26 como se mantienen los porcentajes interanuales.

Figura 26. Distribución anual de los pacientes con empleo de F3.



Al proceder a analizar los pacientes que no tienen empleo, tal y como expone la tabla XXVIII, el primer motivo de que no lo posean es por ser ama de casa, siendo un 20.7% del total de los desempleados.

RESULTADOS

Tabla XXVIII. Distribución de los pacientes sin empleo de F3.

Sin empleo	Pacientes	%
1. Por estar de baja	12	0,1
2. Por estar estudiando	501	3,3
3. Por ser ama de casa	3.149	20,7
4. Parado sin subsidio	1.906	12,5
5. Parado sin subsidio, nunca ha trabajado	417	2,7
6. En paro, con subsidio	1.957	12,8
7. Jubilado, con pensión	3.656	24
8. Jubilado, sin pensión	524	3,4
9. Por otras causas	1.191	7,8
10. Por invalidez	1.925	12,6
<b>Total clasificados</b>	<b>15.238</b>	<b>100</b>

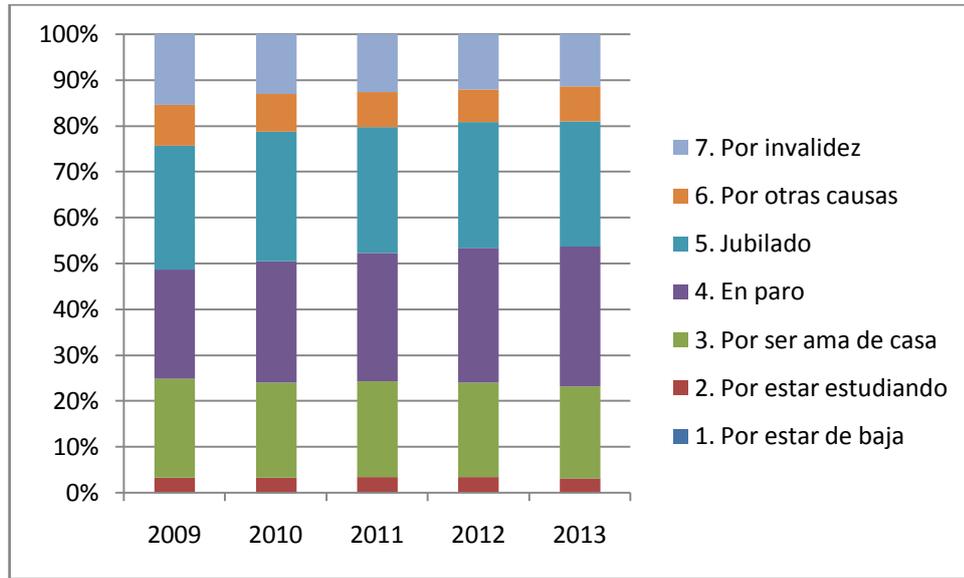
Sin embargo, si agrupamos los tipos de desempleo según se muestra en la tabla XXIX, el primer lugar lo ocupan los pacientes que se encuentran en paro (28.1%), seguido de las amas de casa (20.7%).

Tabla XXIX. Distribución de los pacientes sin empleo de F3. Agrupados.

Sin empleo	Pacientes	%
1. Por estar de baja	12	0,1
2. Por estar estudiando	501	3,3
3. Por ser ama de casa	3.149	20,7
4. En paro	4.280	28,1
5. Jubilado	4.180	27,4
6. Por otras causas	1.191	7,8
7. Por invalidez	1.925	12,6
<b>Total clasificados</b>	<b>15.238</b>	<b>100</b>

En la figura 27 se puede observar como a medida que pasa el tiempo disminuye el porcentaje de invalidez, y aumenta el de pacientes en paro.

Figura 27. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F3. Agrupados.



#### 5.2.2.4 Perfil.

El perfil del paciente del grupo diagnóstico F3, es mujer (71,9%) de unos 53 años de edad, casada (43%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (42,6%), que vive en su familia propia (60,6%), y sin empleo (61,2%) por estar en paro (28,1%) o ser ama de casa (20,7%).

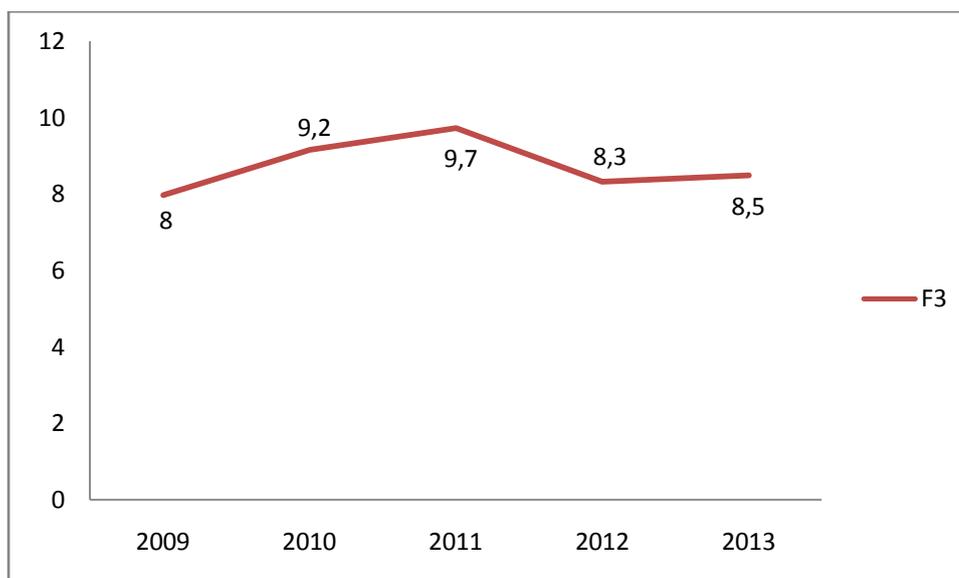
Si bien, no disponemos de información de las variables estado civil, nivel educativo, tipo de convivencia y situación laboral, de al menos un 40% de las mismas.

#### 5.2.2.5 Altas

En el total del periodo, se han dado 5.000 altas de este grupo diagnóstico, lo que supone el 8,9% del total de estos pacientes. A continuación se expone en la figura 28 los porcentajes anuales de las altas.

RESULTADOS

Figura 28. Porcentajes de altas anuales de F3.



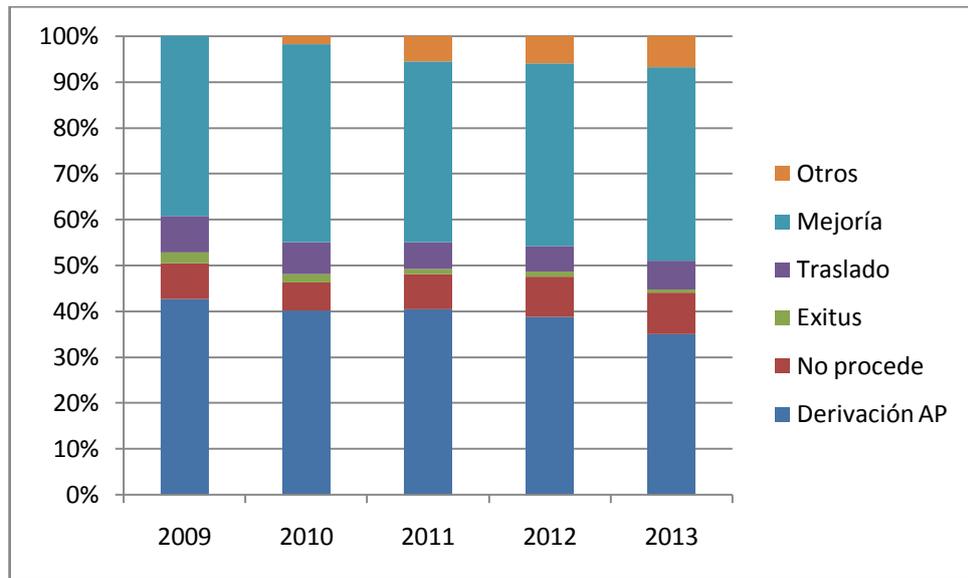
De las 5.000 altas que se dan durante el periodo de estudio, 4.900 son las que están clasificadas, lo que supone un 98% del total de las altas. El tipo de alta que ocupa el primer lugar en este grupo diagnóstico (F3), es en mejoría, un 40.8% del total de las altas, tal y como se expone en la tabla XXX.

Tabla XXX. Distribución de los tipos de alta de F3.

Tipo de alta	Pacientes	%
1. Derivación AP	1.924	39,3
2. No procede	384	7,8
3. Exitus	68	1,4
4. Traslado	316	6,4
5. Mejoría	1.998	40,8
6. Otros	210	4,3
<b>Total clasificados</b>	<b>4.900</b>	<b>100</b>

Observando las diferencias anuales en los tipos de altas, se puede apreciar como en los últimos años ha disminuido las derivaciones a AP, aumentando otros tipos de altas sin definir y las mejorías (figura 29).

Figura 29. Distribución anual de los tipos de altas de F3.



### 5.2.3 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. (F4)

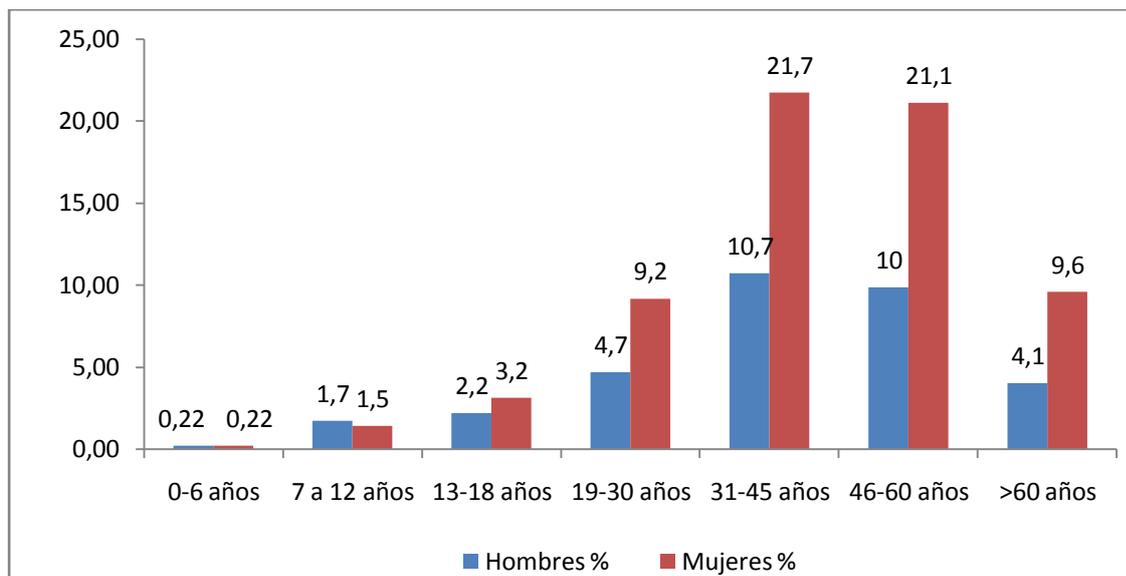
Este grupo diagnóstico analizado contiene un total de 74.000 pacientes, siendo un 40.7% del total de la población de estudio. Se exponen a continuación las características del mismo.

#### 5.2.3.1 Edad, género, estado civil y nivel educativo.

Analizando la edad y el género, en la figura 30 vemos como ya desde el intervalo de edad de 13 a 18 años, comienza a ser mayor la proporción de mujeres frente a hombres, aumentando dicha diferencia, a medida que aumenta la edad de los pacientes, llegando a ser máxima (11.1 puntos a favor de las mujeres) en el intervalo de 46 a 60 años de edad.

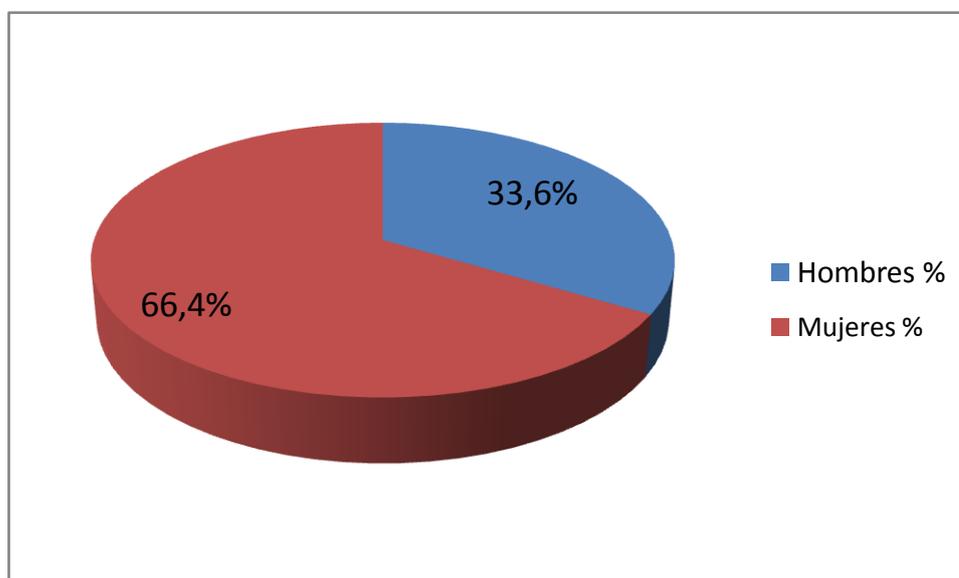
RESULTADOS

Figura 30. Distribución por género y edad de F4.



Estudiando los pacientes por género, encontramos a un 66.4% de mujeres, frente a un 33.6% de los hombres (figura 31).

Figura 31. Distribución de los pacientes por género de F4.



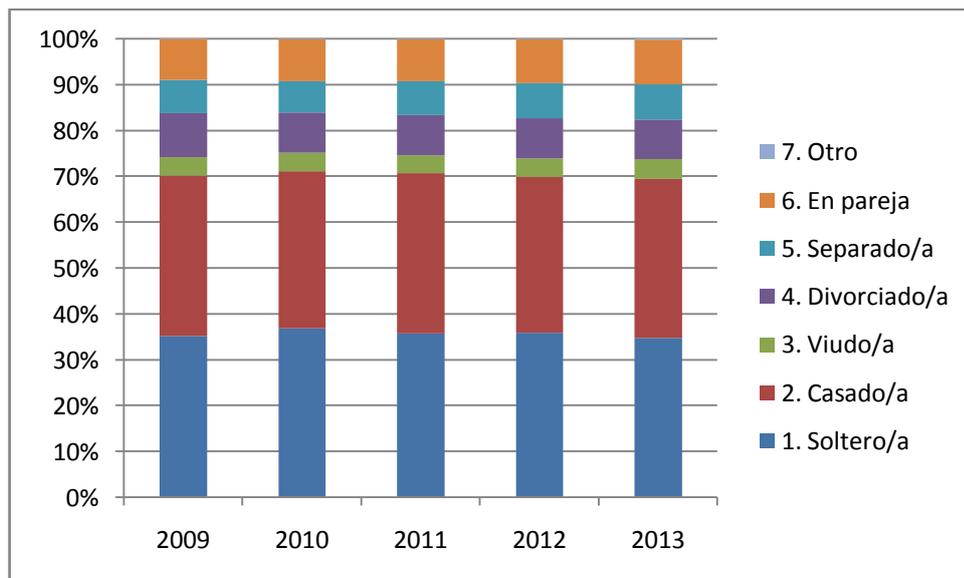
En la tabla XXXI se expone la distribución del estado civil de este grupo diagnóstico (F4), donde se puede resaltar que los mayores porcentajes se encuentran en soltero y casado, con un 35.7% y un 34.5%, respectivamente.

Tabla XXXI. Distribución del estado civil de F4.

Estado civil	Pacientes	%
1. Soltero/a	15.347	35,7
2. Casado/a	14.838	34,5
3. Viudo/a	1.749	4,1
4. Divorciado/a	3.792	8,8
5. Separado/a	3.186	7,4
6. En pareja	4.031	9,4
7. Otro	77	0,2
<b>Total clasificados</b>	<b>43.020</b>	<b>100</b>

Haciendo el análisis anual, se puede ver en la figura 32 como se mantienen los porcentajes interanuales.

Figura 32. Distribución anual del estado civil de F4.



Al entrar a analizar el nivel educativo, el 42.6% de los pacientes que están en primer lugar, poseen estudios de primaria, secundaria o equivalente (tabla XXXII).

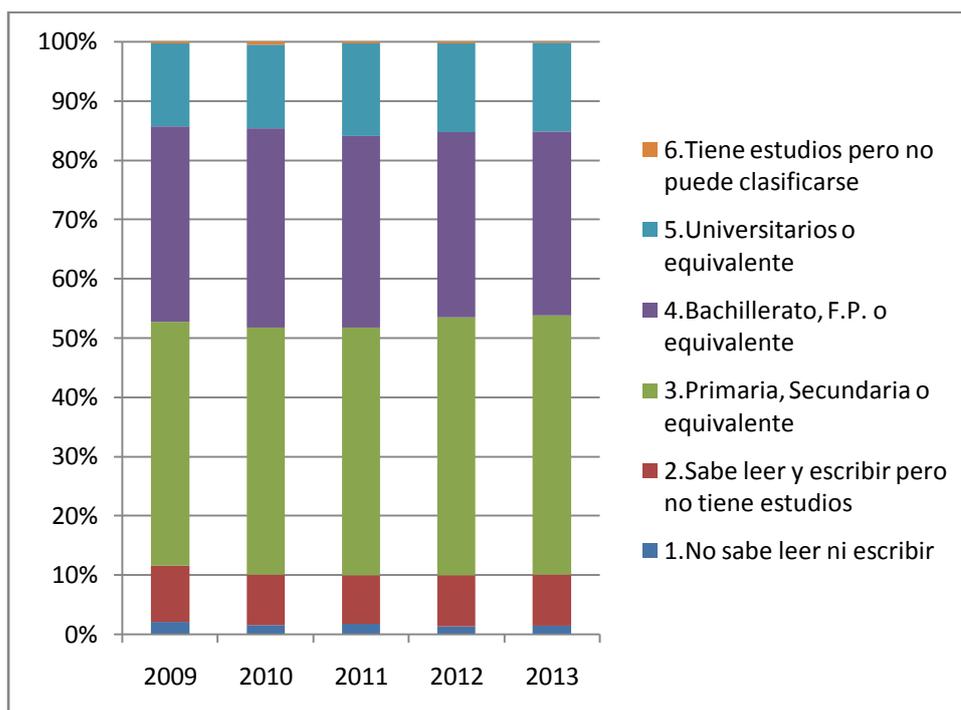
RESULTADOS

Tabla XXXII. Distribución del nivel educativo de F4.

Nivel educativo	Pacientes	%
1.No sabe leer ni escribir	621	1,5
2.Sabe leer y escribir pero no tiene estudios	3.453	8,6
3.Primaria, Secundaria o equivalente	17.110	42,6
4.Bachillerato, F.P. o equivalente	12.892	32,1
5.Universitarios o equivalente	5.967	14,9
6.Tiene estudios pero no puede clasificarse	123	0,3
<b>Total clasificados</b>	<b>40.166</b>	<b>100</b>

Si hacemos el análisis anual del nivel educativo de este grupo diagnóstico, se puede ver en la figura 33 como se mantienen los porcentajes interanuales.

Figura 33. Distribución anual del nivel educativo de F4.



5.2.3.2 Convivencia.

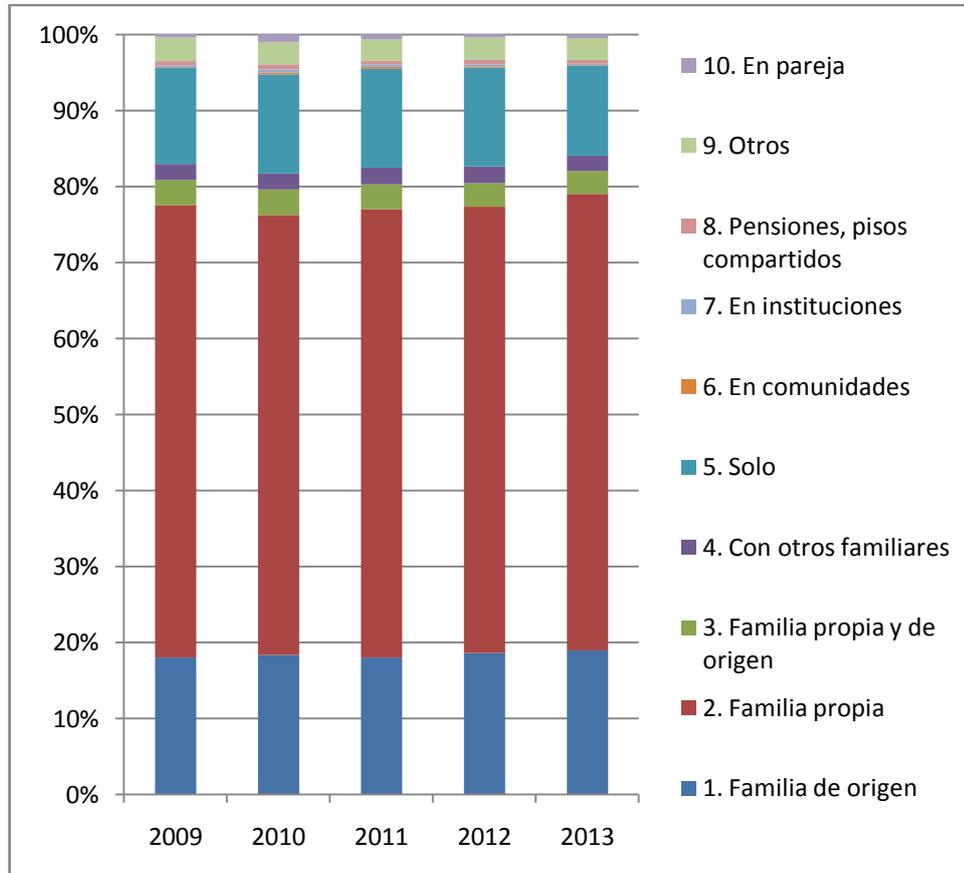
El 59% de los pacientes viven con su familia propia (tabla XXXIII), siendo ésta el tipo de convivencia que más se da en este grupo diagnóstico (F4).

Tabla XXXIII. Distribución del tipo de convivencia de F4.

Tipo de convivencia	Pacientes	%
1. Familia de origen	7.288	18,5
2. Familia propia	23.284	59
3. Familia propia y de origen	1.268	3,2
4. Con otros familiares	828	2,1
5. Solo	5.011	12,7
6. En comunidades	66	0,2
7. En instituciones	102	0,3
8. Pensiones, pisos compartidos	220	0,6
9. Otros	1.149	2,9
10. En pareja	237	0,6
<b>Total clasificados</b>	<b>39.453</b>	<b>100</b>

En el análisis anual, se puede apreciar en la figura 34 como se mantienen los porcentajes interanuales de los tipos de convivencia.

Figura 34. Distribución anual del tipo de convivencia de F4.



**RESULTADOS**

Si agrupamos los tipos de convivencia tal y como se expone en la tabla XXXIV, los pacientes que viven con familia o en pareja son el 83.4%, mientras que el 12.7% vive solo.

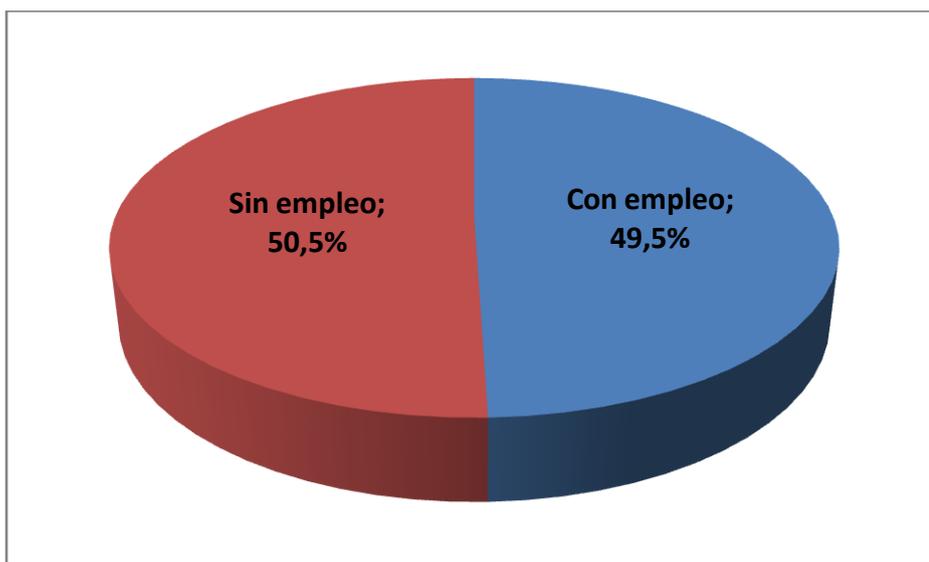
Tabla XXXIV. Distribución del tipo de convivencia de F4. Agrupada.

Tipo de convivencia	Pacientes	%
1. Con familia o en pareja	32.905	83,4
2. Solo	5.011	12,7
3. Con iguales	388	1
4. Otros	1.149	2,9
<b>Total</b>	<b>39.453</b>	<b>100</b>

**5.2.3.3 Situación laboral.**

La situación laboral general de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F4), se expone a continuación en la figura 35, estando alrededor del 50% tanto los que poseen empleo como los que no lo tienen.

Figura 35. Distribución de la situación laboral de F4.



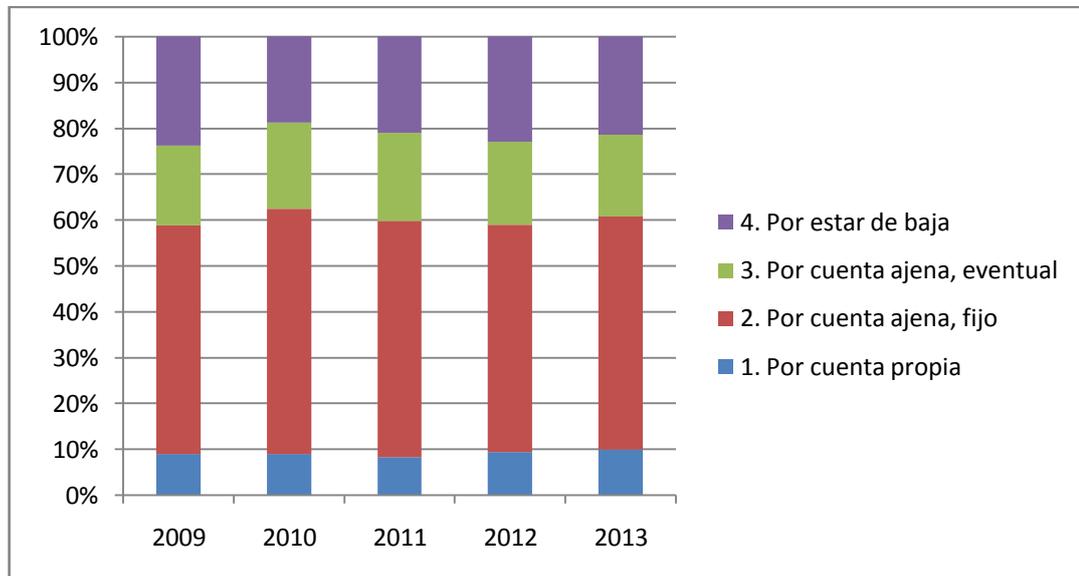
Al entrar a analizar como es el tipo de empleo, el primer lugar lo ocupan los de cuenta ajena y fijos, el 51% de los que poseen empleo (tabla XXXV).

Tabla XXXV. Distribución de los pacientes con empleo de F4.

Con empleo	Pacientes	%
1. Por cuenta propia	1.635	9,2
2. Por cuenta ajena, fijo	9.068	51
3. Por cuenta ajena, eventual	3.251	18,3
4. Por estar de baja	3.811	21,5
<b>Total clasificados</b>	<b>17.765</b>	<b>100</b>

Si hacemos el análisis anual del tipo de empleo que tienen los pacientes, se puede ver en la figura 36 como se mantienen los porcentajes interanuales.

Figura 36. Distribución anual de los pacientes con empleo de F4.



A continuación se presenta en la tabla XXXVI la distribución de pacientes sin empleo, destacando en primer lugar los pacientes en paro con subsidio (20.8%).

RESULTADOS

Tabla XXXVI. Distribución de los pacientes sin empleo de F4.

Sin empleo	Pacientes	%
1. Por estar de baja	79	0,4
2. Por estar estudiando	2.169	10,2
3. Por ser ama de casa	3.062	14,4
4. Parado sin subsidio	4.138	19,4
5. Parado sin subsidio, nunca ha trabajado	1.073	5
6. En paro, con subsidio	4.422	20,8
7. Jubilado, con pensión	2.763	13
8. Jubilado, sin pensión	381	1,8
9. Por otras causas	1.523	7,2
10. Por invalidez	1.685	7,9
<b>Total clasificados</b>	<b>21.295</b>	<b>100</b>

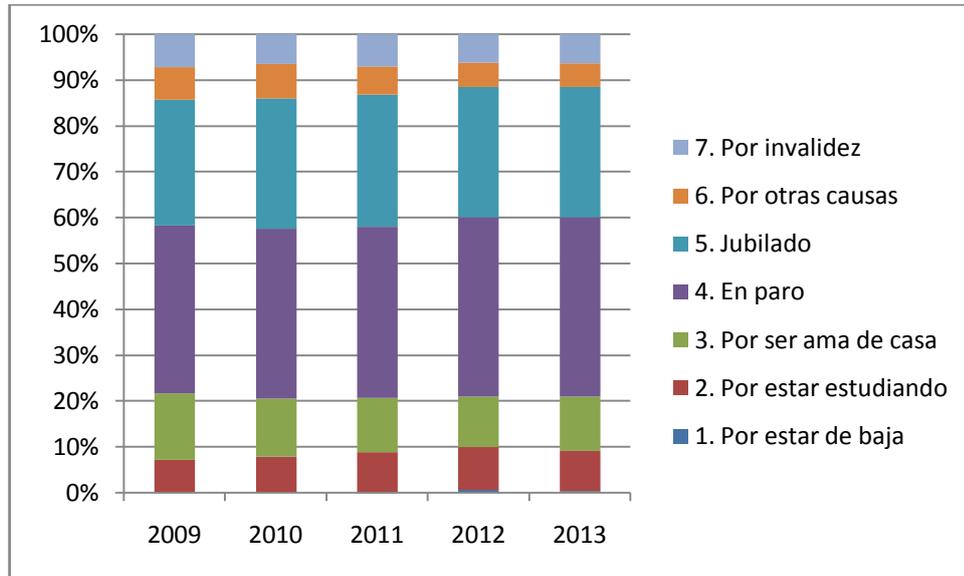
Tras agrupar las categoría de los desempleados, se muestra en la tabla XXXVII que los pacientes que ocupan el primer lugar son los que están en paro, siendo un 45.2%.

Tabla XXXVII. Distribución de los pacientes sin empleo de F4. Agrupada.

Sin empleo	Pacientes	%
1. Por estar de baja	79	0,4
2. Por estar estudiando	2.169	10,2
3. Por ser ama de casa	3.062	14,4
4. En paro	9.633	45,2
5. Jubilado	3.144	15
6. Por otras causas	1.523	7,2
7. Por invalidez	1.685	7,9
<b>Total clasificados</b>	<b>21.295</b>	<b>100</b>

En el análisis anual de los motivos de no tener empleo, se puede ver en la figura 37 como se mantienen los porcentajes entre los años de dichos motivos.

Figura 37. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F4. Agrupada.



#### 5.2.3.4 Perfil.

El perfil del paciente del grupo diagnóstico F4, es mujer (66,4%) de unos 40 años de edad, soltera (35,7%) o casada (34,5%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (42,6%), que vive en su familia propia (59%), con empleo (49,5%), por cuenta ajena y fija (51%), o sin empleo (50,5%) por estar en paro (45,2%) con subsidio (20,8%).

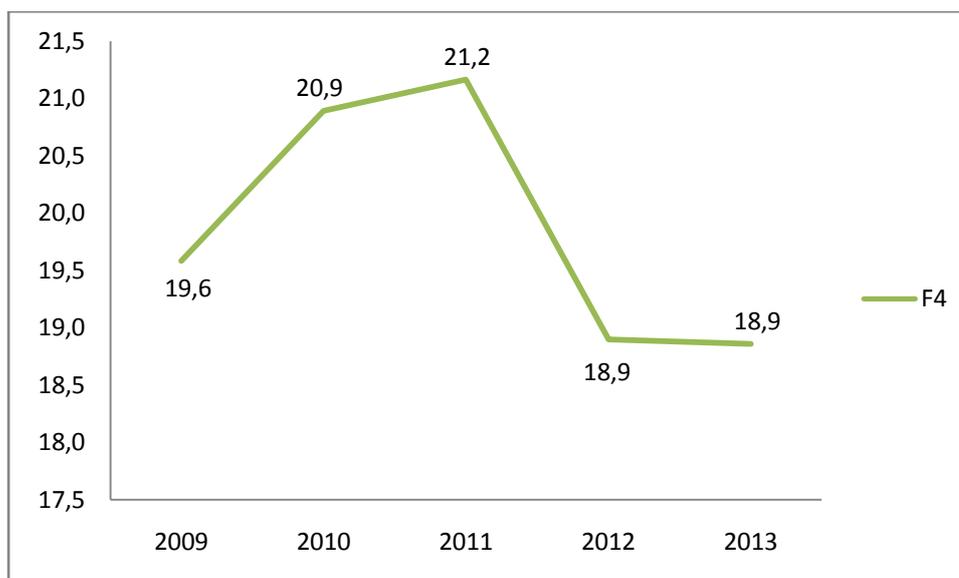
Si bien, no disponemos de información de las variables estado civil, nivel educativo, tipo de convivencia y situación laboral, de al menos un 40% de las mismas.

#### 5.2.3.5 Altas.

En los cinco años de estudio, se han dado 15.015 altas de este grupo diagnóstico, lo que supone el 20,3% del total de estos pacientes. A continuación se expone en la figura 38 los porcentajes anuales de las altas.

RESULTADOS

Figura 38. Porcentajes de altas anuales de F4.



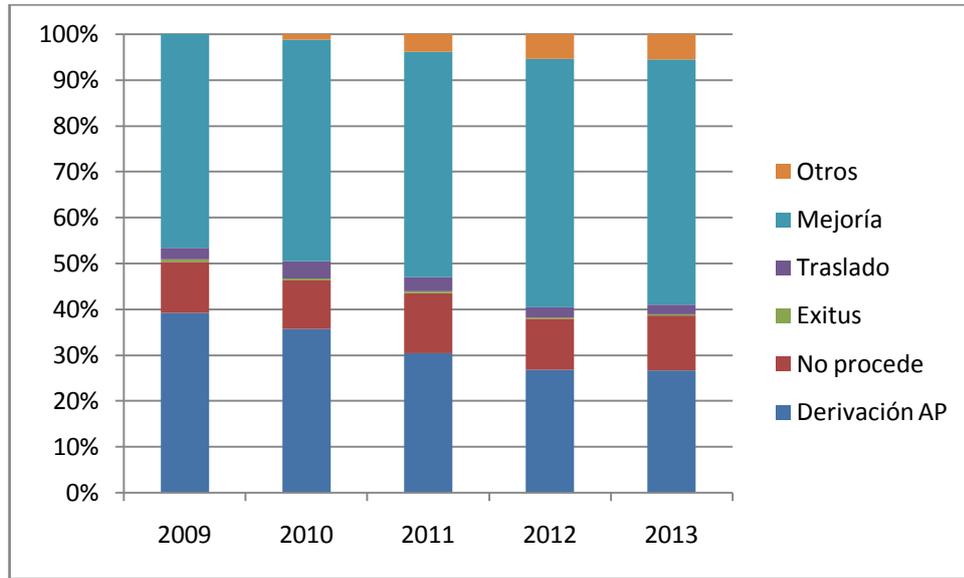
De las 15.015 altas que se dan durante el periodo de estudio, 14.755 son las que están clasificadas, lo que supone un 98,3% del total de las altas. Analizando los tipos de altas que se realizan, se aprecia que el primer lugar lo ocupan las altas por mejorías con un 50.5% (tabla XXXVIII).

Tabla XXXVIII. Distribución del tipo de alta de F4.

Tipo de alta	Pacientes	%
1. Derivación AP	4.641	31,5
2. No procede	1.715	11,6
3. Exitus	54	0,4
4. Traslado	404	2,7
5. Mejoría	7.444	50,5
6. Otros	497	3,4
<b>Total clasificados</b>	<b>14.755</b>	<b>100</b>

Cuando observamos las distribuciones en los años de estudio, de los tipos de altas, podemos encontrar en la figura 39, la disminución de las derivaciones a Atención Primaria (AP) con el paso del tiempo, mientras aumentan las mejorías y otras altas no definidas.

Figura 39. Distribución anual del tipo de alta de F4.



#### 5.2.4 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos. (F6)

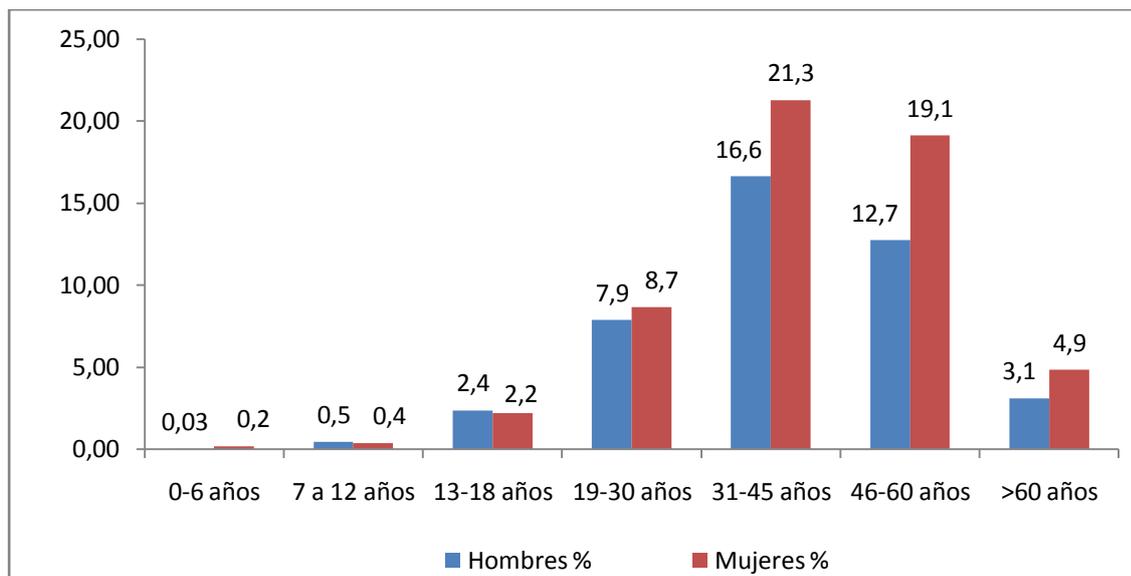
Se ha estudiado un total de 12.562 pacientes, siendo un 6.9% del total de la población de estudio. Seguidamente se expondrán las características de de este grupo diagnóstico.

##### 5.2.4.1 Edad, género, estado civil y nivel educativo.

Al analizar la relación entre edad y género, encontramos cierta estabilidad de género, hasta que se cumple la mayoría de edad, comenzando a incrementarse el porcentaje de las mujeres frente a los hombres a medida que avanza la edad de los paciente, llegando a la máxima diferencia (6.4 puntos) en el intervalo de 46 a 60 años de edad (figura 40).

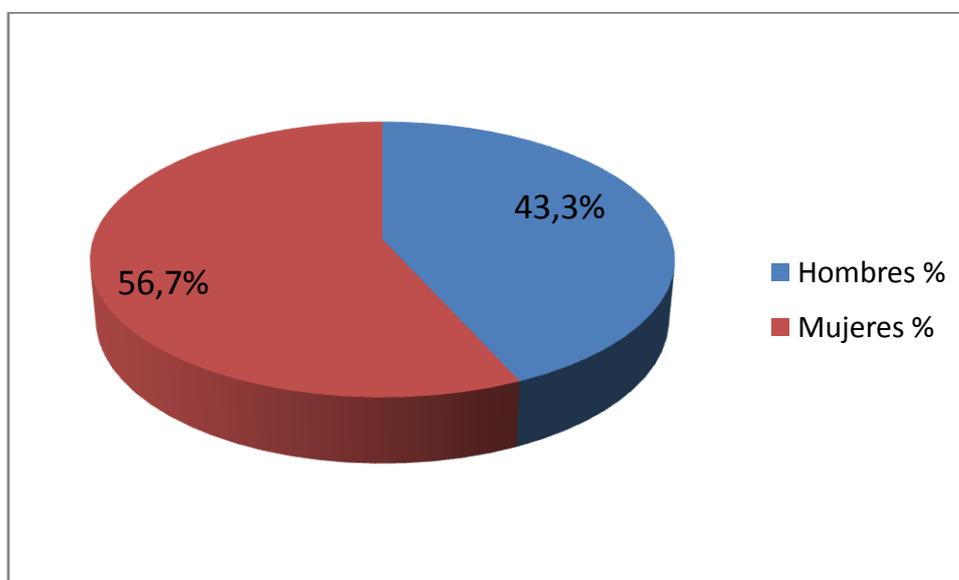
## RESULTADOS

Figura 40. Distribución por género y edad de F6.



Quando analizamos los pacientes por género, encontramos a un 56.7% de mujeres, y un 43.3% de los hombres (figura 41).

Figura 41. Distribución de los pacientes por género de F6.



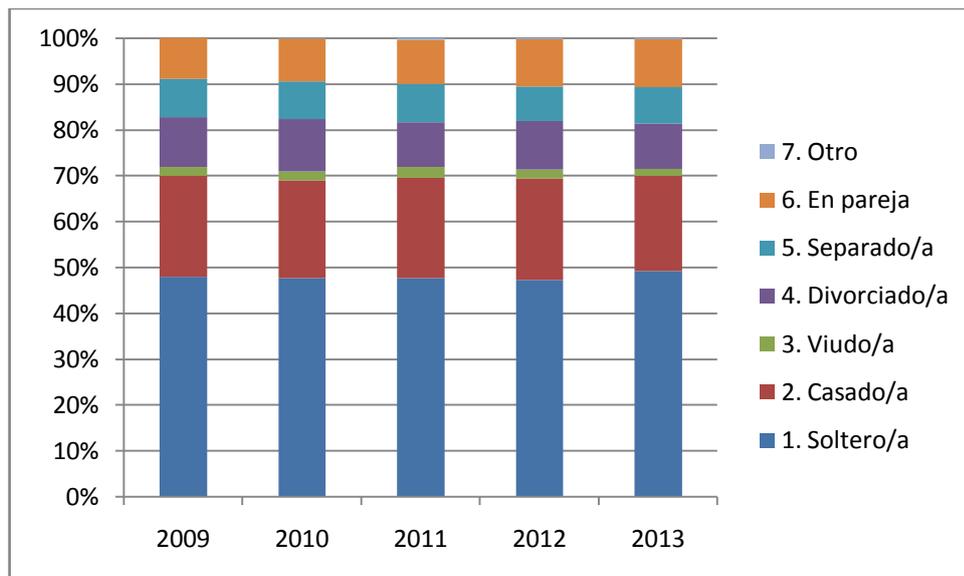
Con respecto al estado civil, el primer lugar lo ocupan los pacientes solteros con un 48% (tabla XXXIX).

Tabla XXXIX. Distribución del estado civil de F6.

Estado civil	Pacientes	%
1. Soltero/a	2.944	48
2. Casado/a	1.324	21,6
3. Viudo/a	118	1,9
4. Divorciado/a	640	10,4
5. Separado/a	492	8
6. En pareja	602	9,8
7. Otro	15	0,2
<b>Total clasificados</b>	<b>6.135</b>	<b>100</b>

Haciendo el análisis anual, se puede ver en la figura 42 como se mantienen los porcentajes interanuales del estado civil de los pacientes.

Figura 42. Distribución anual del estado civil de F6.



Al entrar a analizar el nivel educativo, el 47.5% de los pacientes son el primer lugar, poseyendo estudios de primaria, secundaria o equivalente (tabla XL).

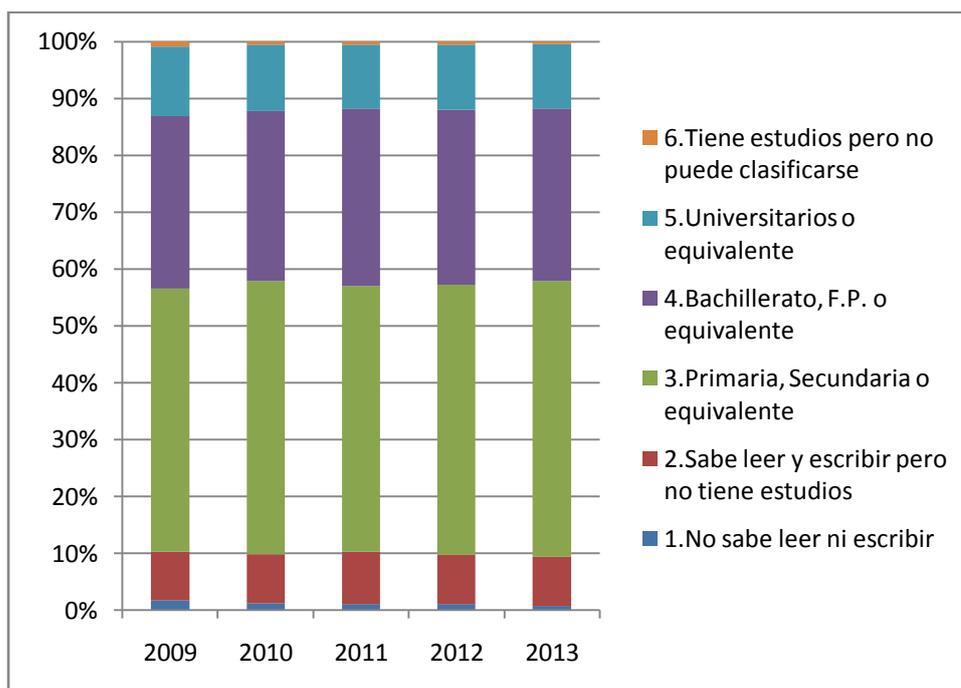
RESULTADOS

Tabla XL. Distribución del nivel educativo de F6.

Nivel educativo	Pacientes	%
1.No sabe leer ni escribir	67	1,2
2.Sabe leer y escribir pero no tiene estudios	506	8,8
3.Primaria, Secundaria o equivalente	2.740	47,5
4.Bachillerato, F.P. o equivalente	1.762	30,5
5.Universitarios o equivalente	664	11,5
6.Tiene estudios pero no puede clasificarse	35	0,6
<b>Total clasificados</b>	<b>5.774</b>	<b>100</b>

En el análisis anual expuesto en la figura 43, se aprecia cómo se mantienen los porcentajes interanuales del nivel educativo de los pacientes.

Figura 43. Distribución anual del nivel educativo de F6.



5.2.4.2 Convivencia.

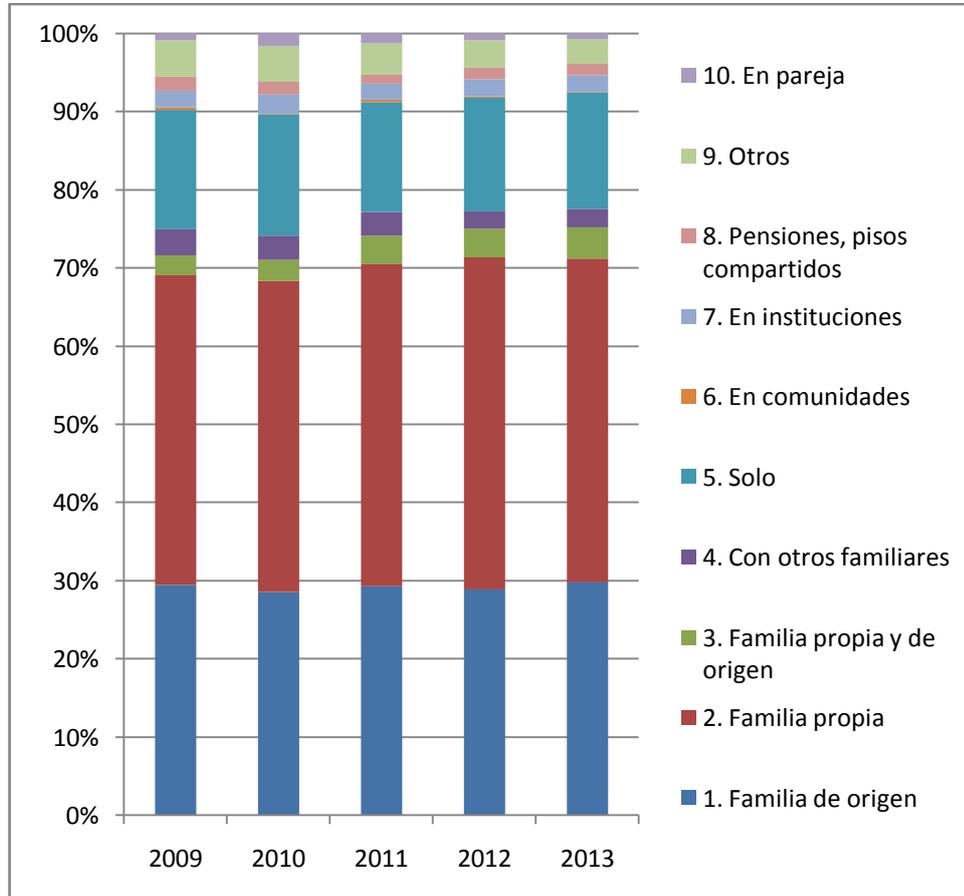
El 41% de los pacientes viven con la familia propia (tabla XLI), ocupando el primer lugar entre los distintos tipos de convivencia.

Tabla XLI. Distribución del tipo de convivencia de F6.

Tipo de convivencia	Pacientes	%
1. Familia de origen	1.672	29,2
2. Familia propia	2.348	41
3. Familia propia y de origen	193	3,4
4. Con otros familiares	158	2,8
5. Solo	846	14,8
6. En comunidades	12	0,2
7. En instituciones	125	2,2
8. Pensiones, pisos compartidos	84	1,5
9. Otros	223	3,9
10. En pareja	62	1,1
<b>Total clasificados</b>	<b>5.723</b>	<b>100</b>

Si hacemos el análisis anual, se puede ver en la figura 44 como se mantienen los porcentajes interanuales de los tipos de convivencia a de los pacientes.

Figura 44. Distribución anual de los tipos de convivencia de F6.



**RESULTADOS**

Al agrupar las categorías del tipo de convivencia, se observa en la tabla XLII como vivir con familia o en pareja supone un 77.5% y vivir solo un 14.8%.

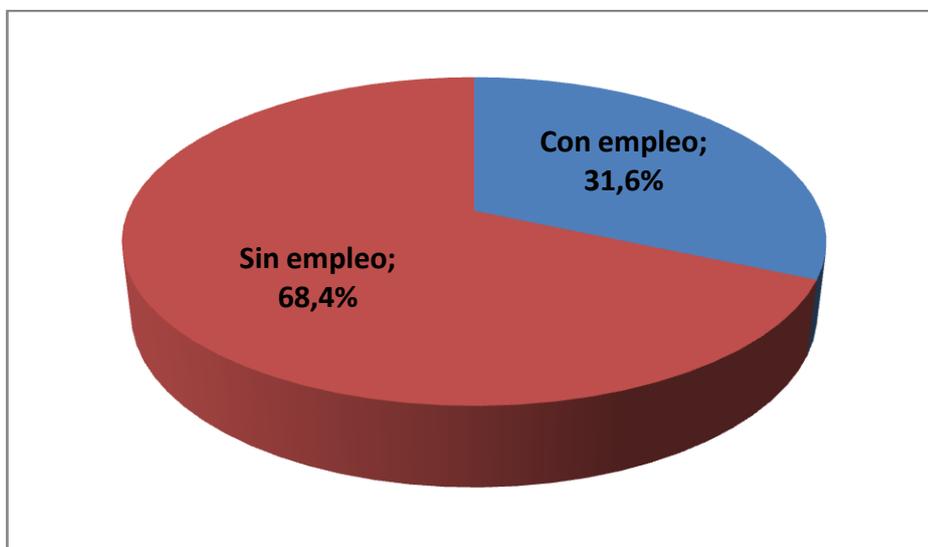
Tabla XLII. Distribución del tipo de convivencia de F6. Agrupada.

Tipo de convivencia	Pacientes	%
1. Con familia o en pareja	4.433	77,5
2. Solo	846	14,8
3. Con iguales	221	3,9
4. Otros	223	3,9
<b>Total clasificados</b>	<b>5.723</b>	<b>100</b>

**5.2.4.3 Situación laboral.**

Si analizamos la situación laboral general de los pacientes, encontramos como el 68.4% están sin empleo (figura 45).

Figura 45. Distribución de la situación laboral.



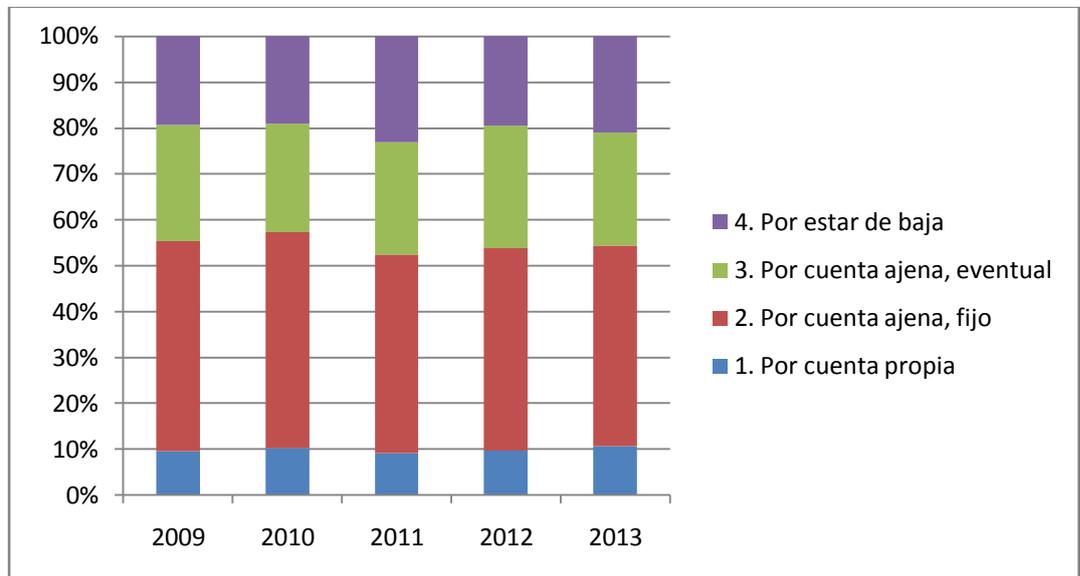
El primer lugar de los pacientes con empleo, lo ocupan los que están por cuenta ajena y fijos, un 44.6% (tabla XLIII).

Tabla XLIII. Distribución de los pacientes con empleo de F6.

Con empleo	Pacientes	%
1. Por cuenta propia	166	9,9
2. Por cuenta ajena, fijo	748	44,6
3. Por cuenta ajena, eventual	419	25
4. Por estar de baja	343	20,5
<b>Total clasificados</b>	<b>1.676</b>	<b>100</b>

Al hacer el análisis entre los años de estudio, no se aprecian diferencias, tal y como está en la figura 46.

Figura 46. Distribución anual de los pacientes con empleo de F6.



Entre los pacientes sin empleo, el primer lugar está ocupado por los parados sin subsidio, llegando a un 19.9% de los pacientes en edad laboral (tabla XLIV).

RESULTADOS

Tabla XLIV. Distribución de los pacientes sin empleo de F6.

Sin empleo	Pacientes	%
1. Por estar de baja	3	0,1
2. Por estar estudiando	474	11,5
3. Por ser ama de casa	328	7,9
4. Parado sin subsidio	824	19,9
5. Parado sin subsidio, nunca ha trabajado	268	6,5
6. En paro, con subsidio	759	18,4
7. Jubilado, con pensión	444	10,7
8. Jubilado, sin pensión	65	1,6
9. Por otras causas	382	9,2
10. Por invalidez	588	14,2
<b>Total clasificados</b>	4.135	100

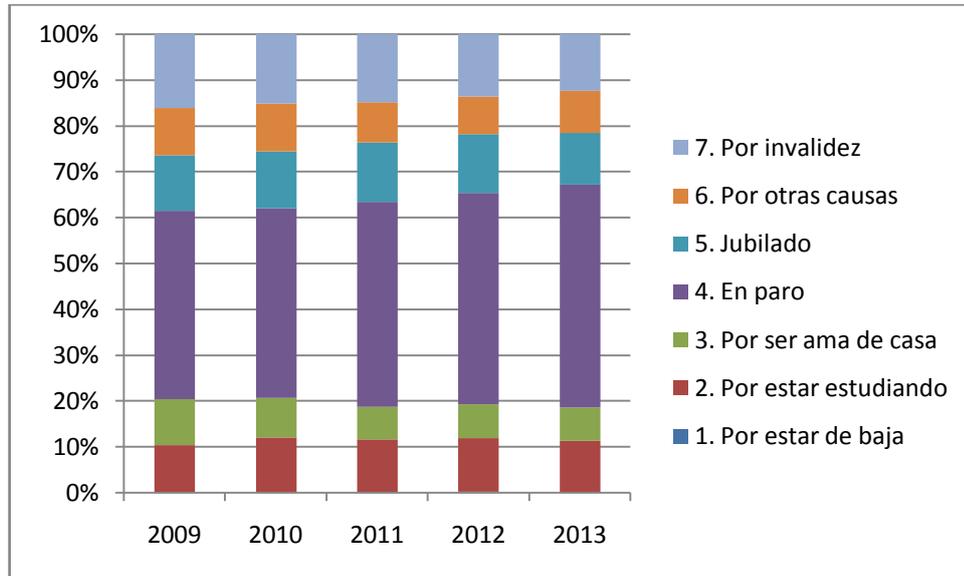
Si agrupamos las categorías, nos encontramos que la primera por desempleo es por estar en el paro, siendo un 44.8% del total de los desempleados (tabla XLV).

Tabla XLV. Distribución de los pacientes sin empleo de F6. Agrupados.

Sin empleo	Pacientes	%
1. Por estar de baja	3	0,1
2. Por estar estudiando	474	11,5
3. Por ser ama de casa	328	7,9
4. En paro	1.851	44,8
5. Jubilado	509	12,3
6. Por otras causas	382	9,2
7. Por invalidez	588	14,2
<b>Total clasificados</b>	4.135	100

En el análisis anual de los desempleados con las categorías agrupadas, se aprecia en la figura 47, como con los años va ampliándose el porcentaje de pacientes que están en el paro, y va disminuyendo los que están por invalidez.

Figura 47. Distribución anual de los pacientes sin empleo de F6. Agrupados



#### 5.2.4.4 Perfil.

El perfil del paciente del grupo diagnóstico F6, es mujer (56,7%) de unos 39 años de edad, soltera (48%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (47,5%), que vive en su familia propia (41%), y sin empleo (68,4%) por estar en paro (44,8%) sin subsidio (26,4%).

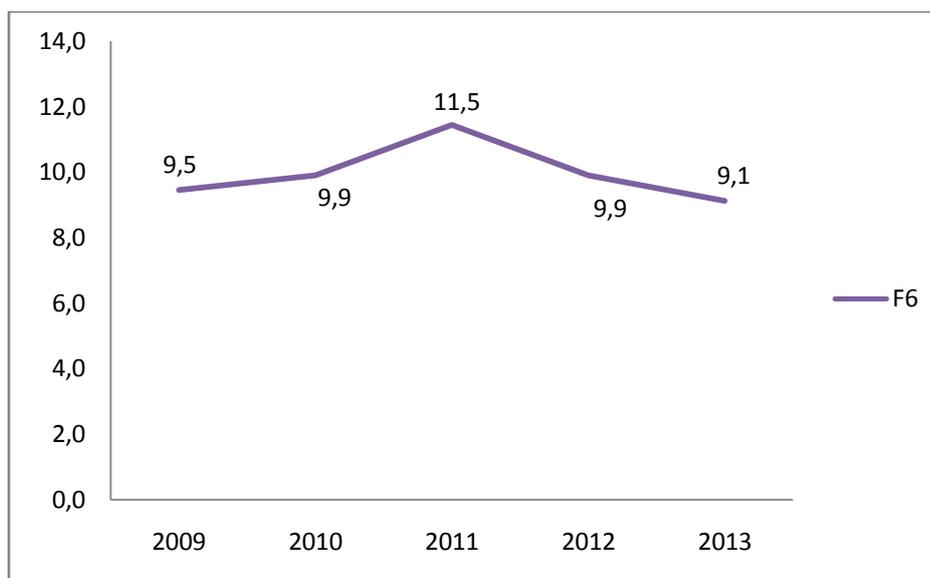
Si bien, no disponemos de información de las variables estado civil, nivel educativo, tipo de convivencia y situación laboral, de al menos un 40% de las mismas.

#### 5.2.4.5 Altas.

En todo el periodo de estudio, se han dado 1.282 altas de este grupo diagnóstico, lo que supone el 10,2% del total de estos pacientes. A continuación se expone en la figura 48 los porcentajes anuales de las altas.

RESULTADOS

Figura 48. Porcentajes de altas anuales de F6.



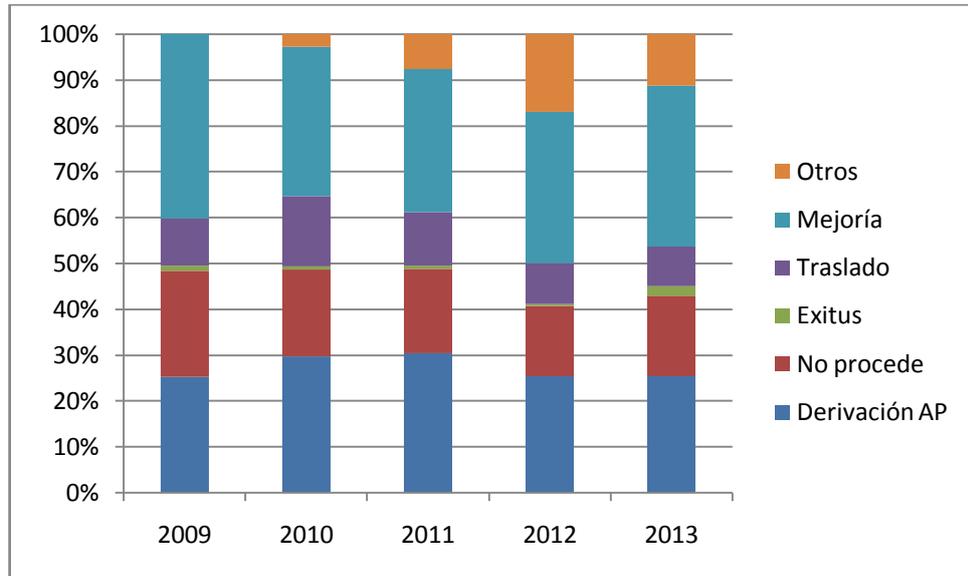
De las 1.282 altas que se dan durante el periodo de estudio, 1.248 son las que están clasificadas, lo que supone un 97,3% del total de las altas. Entre los tipos de alta, las mejorías son las que mayor porcentaje poseen, un 34% (tabla XLVI).

Tabla XLVI. Distribución del tipo de alta de F6.

Tipo de alta	Pacientes	%
1. Derivación AP	343	27,5
2. No procede	230	18,4
3. Exitus	12	1
4. Traslado	138	11,1
5. Mejoría	424	34
6. Otros	101	8,1
<b>Total clasificados</b>	<b>1.248</b>	<b>100</b>

Cuando observamos las distribuciones en los años de estudio, de los tipos de altas, podemos encontrar en la figura 49, la disminución de las mejorías, mientras aumenta otras altas no definidas.

Figura 49. Distribución anual del tipo de alta de F6.



### 5.3 Comparación entre los grupos diagnósticos estudiados

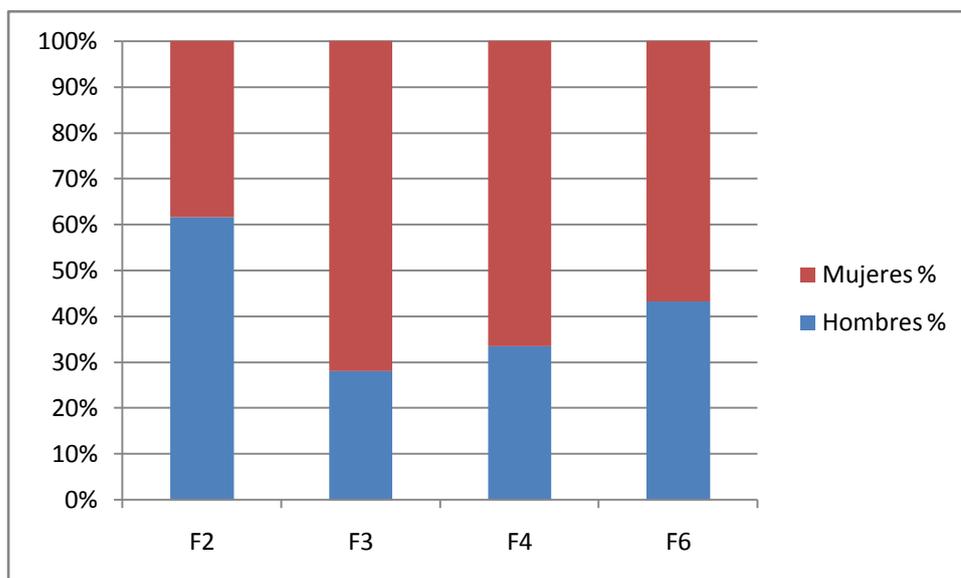
Comparamos las variables que poseen una pérdida de información menor al 5%, que son edad, género y altas.

#### 5.3.1 Distribución por género.

Tal y como se aprecia en la figura 50, en los grupos diagnósticos F3, F4 y F6, más del 50% son mujeres, mientras que F2, son hombres.

## RESULTADOS

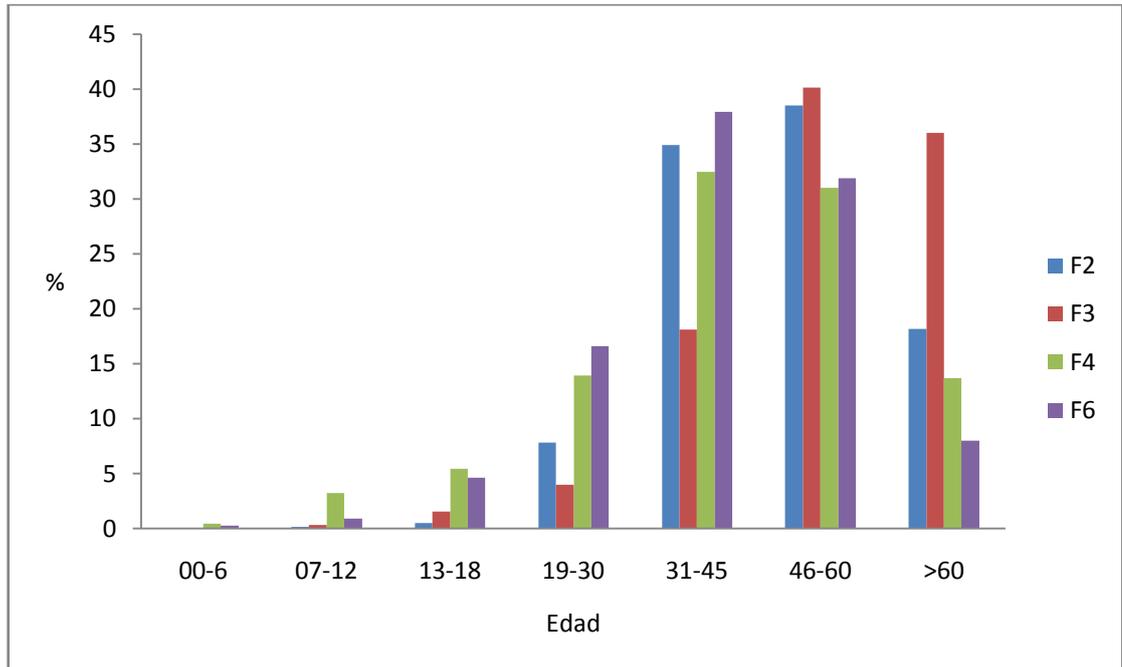
Figura 50. Distribución del género por grupos diagnósticos.



### 5.3.2 Distribución por edad.

En la figura 51 se observa que las categorías F3 y el F2 ocupan su mayor proporción en el intervalo de 46 a 60 años de edad. Los grupos diagnósticos F6 y F4 poseen su mayor proporción de pacientes en el intervalo de 31 a 45 años de edad.

Figura 51. Distribución de la edad en porcentaje por grupos diagnósticos.

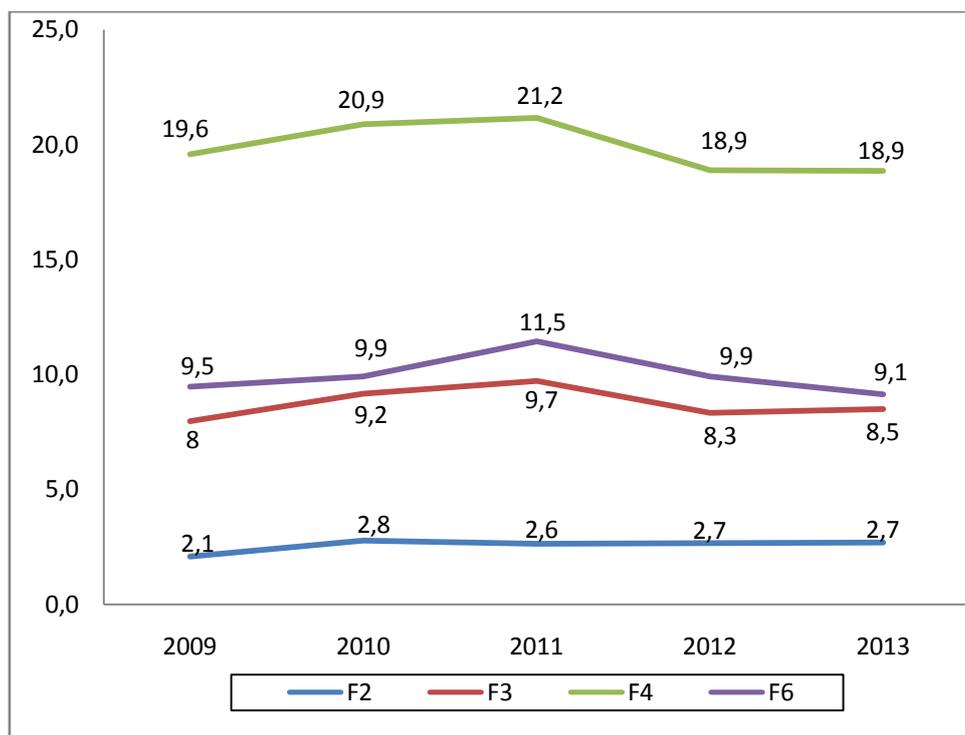


### 5.3.3 Distribución de las altas y los tipos.

El número de altas que más se da en proporción a al total de su grupo diagnóstico, es el F4 (20,3%), seguido de F6 (10,3%), de F3 (8,9%) y finalmente de F2 (2,6%). Asimismo se observa estabilidad interanual en cada grupo diagnóstico (figura 52).

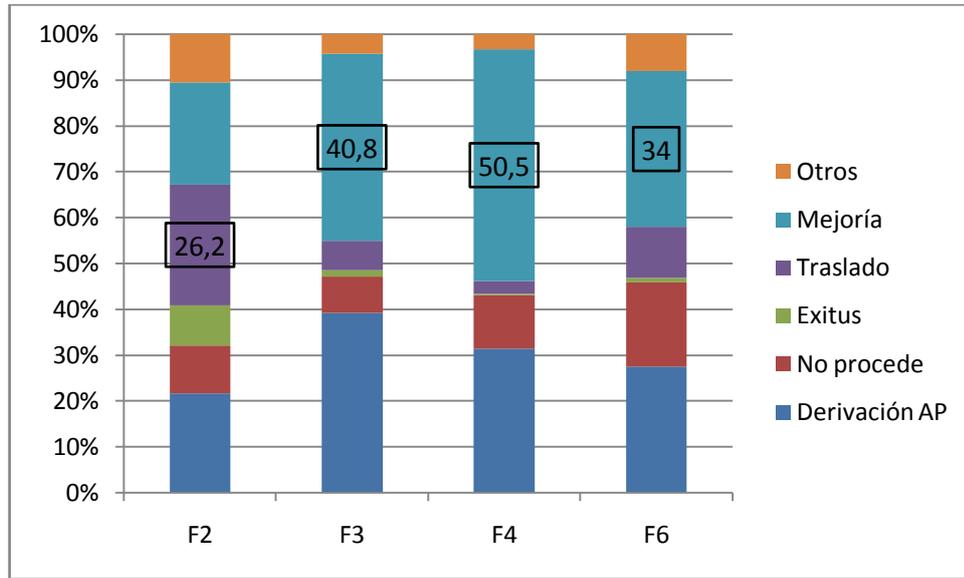
RESULTADOS

Figura 52. Porcentajes anuales de altas por grupos diagnósticos.



Cuando entramos a analizar los tipos de alta en función de cada grupo diagnóstico, encontramos (figura 53) que el mayor porcentaje lo ocupa F4 en las mejorías (50,5%), le sigue F3 (40,8%) y F6 (34%), ambos en mejorías. Finalmente, la mayor proporción en tipo de alta de F2 es en traslado (26,2%).

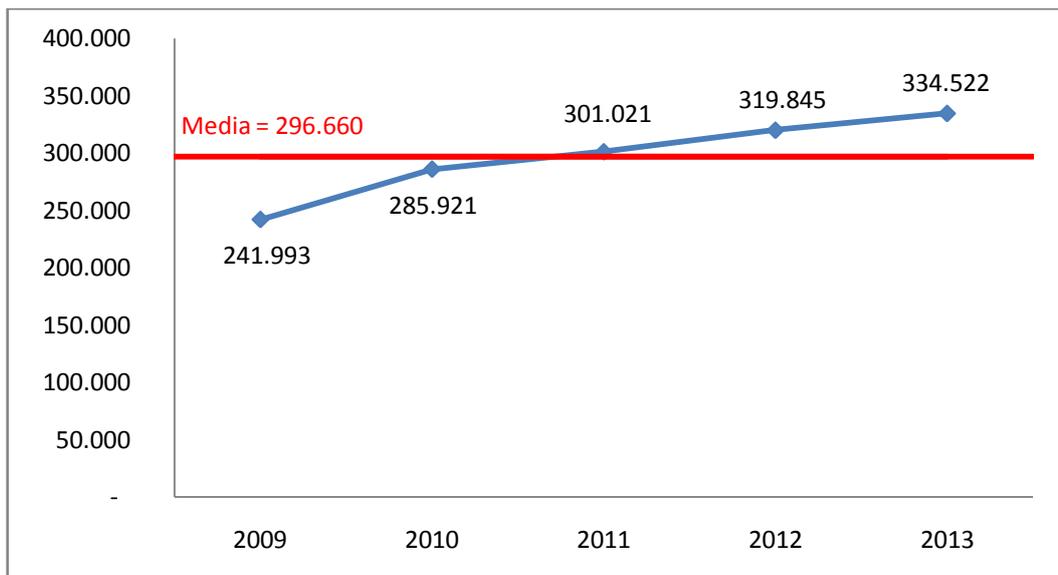
Figura 53. Porcentajes de los tipos de altas por grupos diagnósticos.



## 5.4 Características de las asistencias a estudio

Dentro de la CCAA de Canarias se da un total de **1.483.302** asistencias, distribuidas en los años de estudio según se expone en la figura 54, con una media de 296.660 asistencias por año.

Figura 54. Evolutivo de contactos totales (2009 – 2013).



RESULTADOS

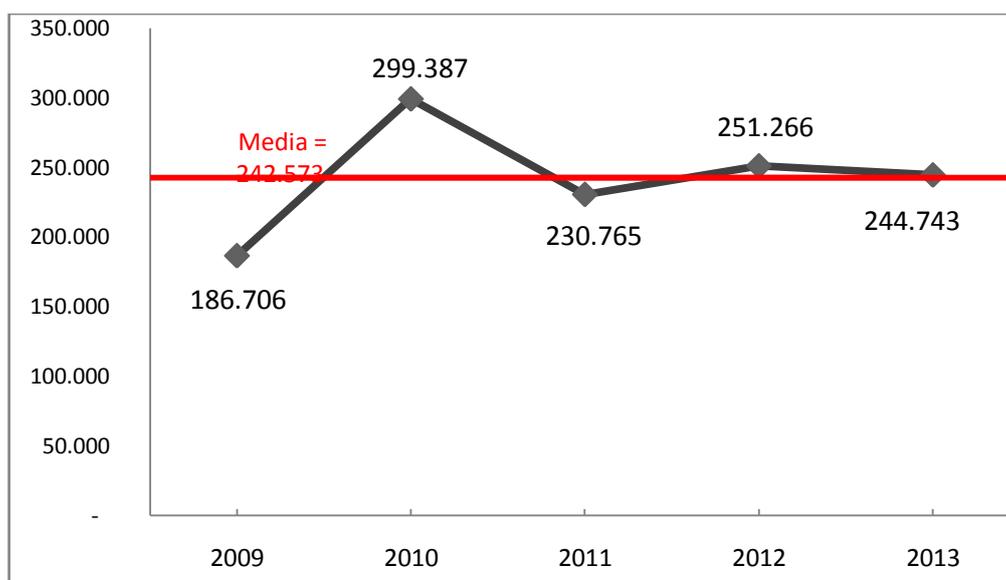
Del total de las asistencias del periodo de estudio, hemos decidido analizar solamente aquellas asistencias de los grupos diagnósticos que mayor porcentaje ocupan, siendo los siguientes; F2 con un 38,1%, F3 con 19,98%, F4 con 18,37% y F6 con un 5,32% de todas las asistencias de los cinco años de estudio (tabla XLVII). Estos cuatro grupos diagnósticos hacen **81,77%** del total de asistencias de todos los grupos diagnósticos atendidos durante los cinco años de estudio.

Tabla XLVII. Número y porcentajes de los grupos diagnósticos de todas las asistencias del periodo de estudio.

	F2	F3	F4	F6	Otros	Sin Diag.	Total
n	565.123	296.350	272.468	78.926	13.524	58.219	1.284.610
%	38,10	19,98	18,37	5,32	14,31	3,92	100

En nuestro estudio hemos analizado **1.212.867** asistencias de los cuatro grupos diagnósticos seleccionados, mostrando el evolutivo del 2009 al 2013 (figura 55), obteniendo una media de asistencias anuales de 242.573.

Figura 55. Evolutivo de contactos por F2, F3, F4 y F6 (2009 – 2013).



Al analizar las asistencias agrupadas por las categorías diagnósticas F2 - Esquizofrenia, Trastornos esquizotípicos y Trastornos delirantes, F3 - Trastornos del humor (afectivos), F4 – Trastornos neuróticos, Trastornos relacionados con el estrés y Trastornos somatomorfos y F6 – Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, de todas las USMC de Canarias, durante el quinquenio 2009 a 2013. De las cuales los F2 suponen el 565.123 de las asistencias, un 46.6 % del total. Si bien, sumamos F4 y F3, son un 47% de las asistencias estudiadas (tabla XLVIII).

Tabla XLVIII. Número de asistencias incluidas en función del diagnóstico.

Grupos diagnósticos	n	%
F2 - Esquizofrenia, T. esquizotípicos y T. delirantes.	565.123	46,6
F3 – T. del humor (afectivos)	296.350	24,4
F4 – T. neuróticos, T. relacionados con el estrés y T. somatomorfos.	272.468	22,5
F6 – T. de la personalidad y del comportamiento en adultos.	78.926	6,5
<b>Total</b>	<b>1.212.867</b>	100

Con el número de contactos que realiza cada grupo diagnóstico, y con el número de pacientes anuales, analizamos las medias de las consultas que se realizan al año cada grupo diagnóstico, exponiéndose en la tabla XLIX. Observamos que el primer lugar lo ocupa F2 con 14.38 consultas medias al año por paciente, siendo la media de los cinco años de estudio, le sigue F6 con 6.28 consultas al año por paciente, F3 con 5.3 consultas anuales, y F4 con 3.68 consultas al año.

Tabla XLIX. Media de consultas al año por grupo diagnóstico y paciente.

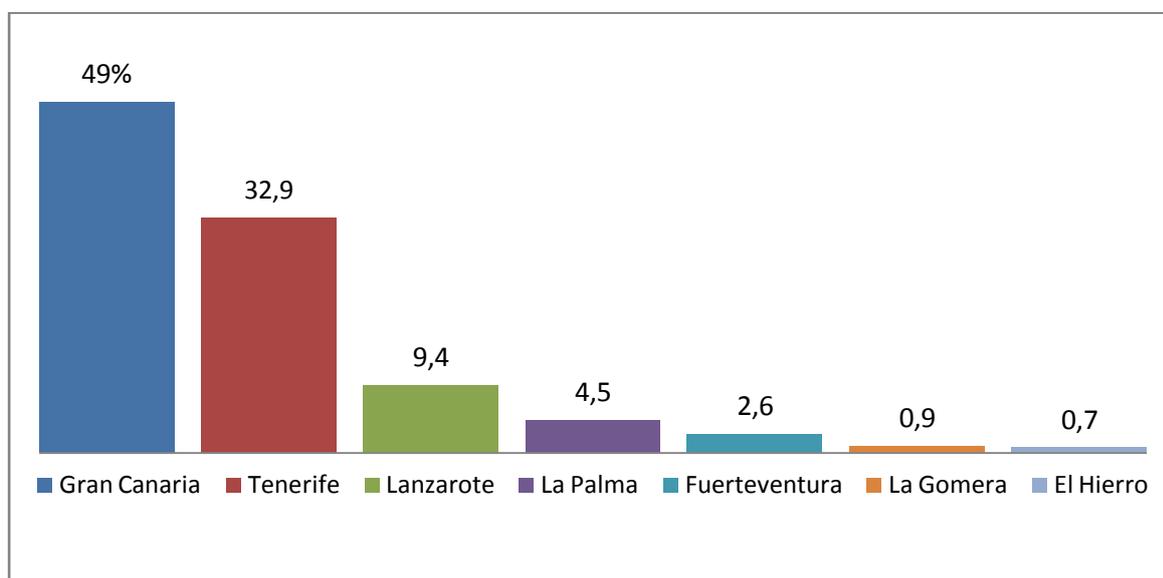
	F2	F6	F3	F4
<b>2009</b>	13,01	5,05	4,44	3,16
<b>2010</b>	17,93	6,47	7,08	4,52
<b>2011</b>	14,08	4,96	4,85	3,44
<b>2012</b>	13,71	9,64	5,05	3,57
<b>2013</b>	13,28	5,16	5,00	3,65
<b>Media</b>	<b>14,38</b>	<b>6,28</b>	<b>5,30</b>	<b>3,68</b>

## RESULTADOS

### 5.5 Distribución geográfica de las asistencias de estudio

A continuación nos interesa conocer la distribución geográfica de las asistencias por islas. En la figura 56 se puede observar que las asistencias que se encuentran en las islas capitalinas son 49% en Gran Canaria y 33% en Tenerife, ambas suman el 82% de las asistencias totales de las Islas Canarias.

Figura 56. Proporción de asistencias por isla.



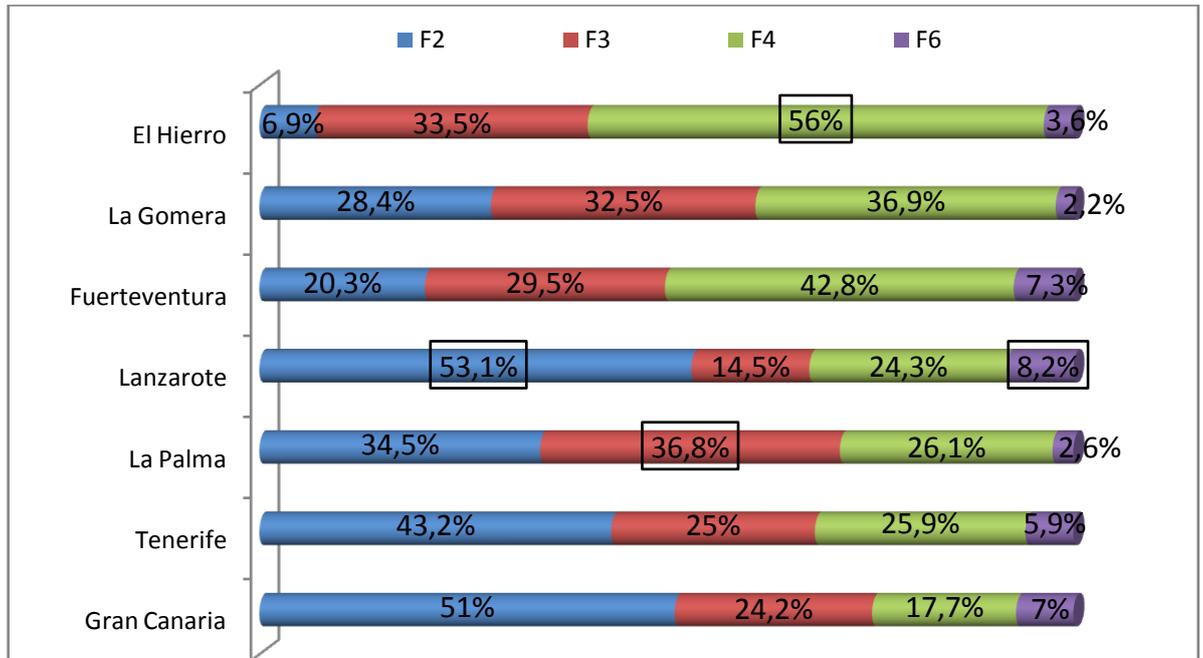
Tal y como se puede apreciar en la tabla L, mostramos la distribución de los diagnósticos atendidos por islas. En relación a los F2 (53.7%), F3 (48.7 %), F4 (38.9 %) y F6 (53.1%) Gran Canaria ocupa el primer lugar frente a las demás islas del archipiélago.

Tabla L. Distribución de los diagnósticos atendidos por Islas.

	F2		F3		F4		F6	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gran Canaria	303.396	53,7	144.168	48,7	105.143	38,6	41.892	53,1
Tenerife	172.258	30,5	99.727	33,7	103.134	37,8	23.475	29,7
Lanzarote	60.308	10,7	16.484	5,6	27.583	10,1	9.285	11,8
La Palma	19.001	3,4	20.292	6,8	14.388	5,3	1.419	1,8
Fuerteventura	6.413	1,1	9.308	3,1	13.519	5	2.314	2,9
La Gomera	3.188	0,6	3.643	1,2	4.136	1,5	244	0,3
El Hierro	559	0,1	2.728	0,9	4.565	1,7	297	0,4
<b>Total</b>	<b>565.123</b>	<b>100,00</b>	<b>296.350</b>	<b>100,00</b>	<b>272.468</b>	<b>100,00</b>	<b>78.926</b>	<b>100,00</b>

No obstante, si realizamos un análisis de las proporciones totales de los diagnósticos atendidos por cada isla (figura 57), se puede obtener que las islas que encabezan cada grupo diagnóstico son las siguientes; la isla de El Hierro, el 56% sus asistencias pertenece al F4, le sigue Lanzarote en 53.1% de F2, la isla de La Palma con el 36.8% de F3, y el 8.2 % de F6 en las asistencias de la isla de Lanzarote.

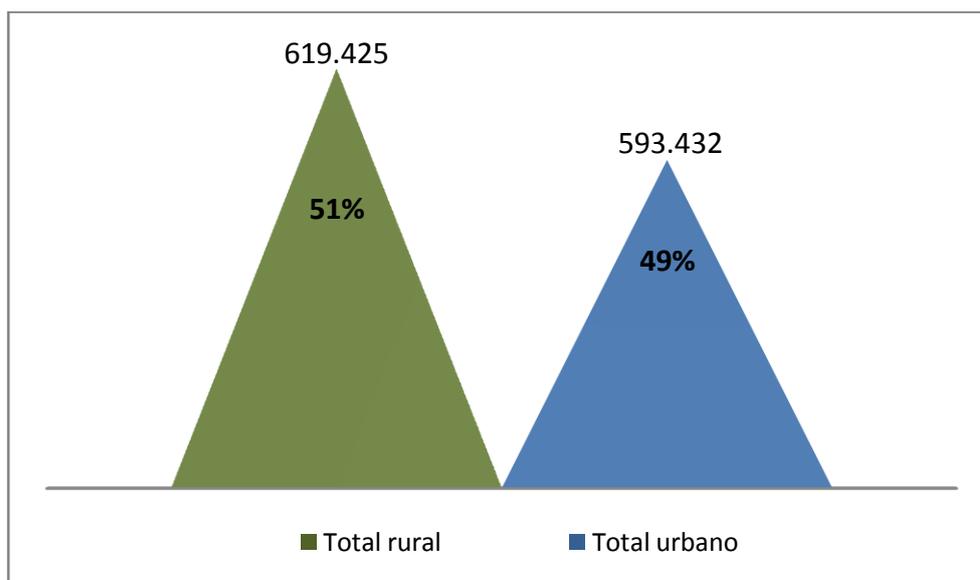
Figura 57. Proporciones de los diagnósticos atendidos por cada isla.



## RESULTADOS

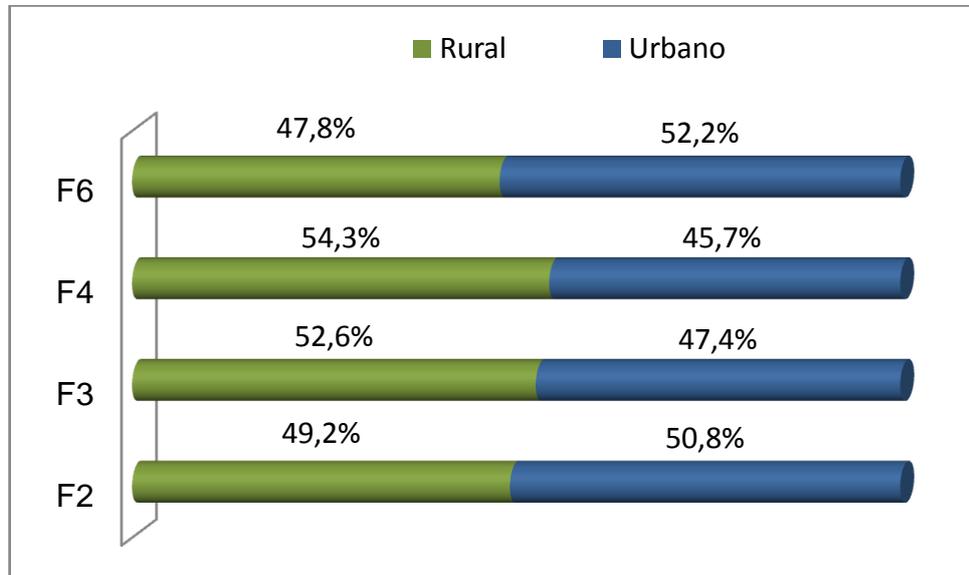
Además de observar las distribuciones por islas, procedemos a analizar las asistencias por la característica del medio, ya sea urbano o rural. Un 51% de las asistencias provienen del medio rural frente al urbano, que es de un 49% (figura 58).

Figura 58. Número y proporciones de las asistencias por medio rural / urbano.



En la figura 59 se muestra la distribución de diagnósticos por medio rural y urbano.

Figura 59. Proporciones de los diagnósticos atendidos por medio rural / urbano.



A continuación nos interesa saber la distribución de asistencias por USMC de las Islas Canarias. Encontrándose que la USMC que más asistencias realiza es Canalejas, atendiendo 140.019 con un 11,5% de las asistencias de todas las USMC (tabla LI). Le sigue Arrecife – Valterra con 93.352 asistencias, siendo un 7.7% de las asistencias de todas las USMC.

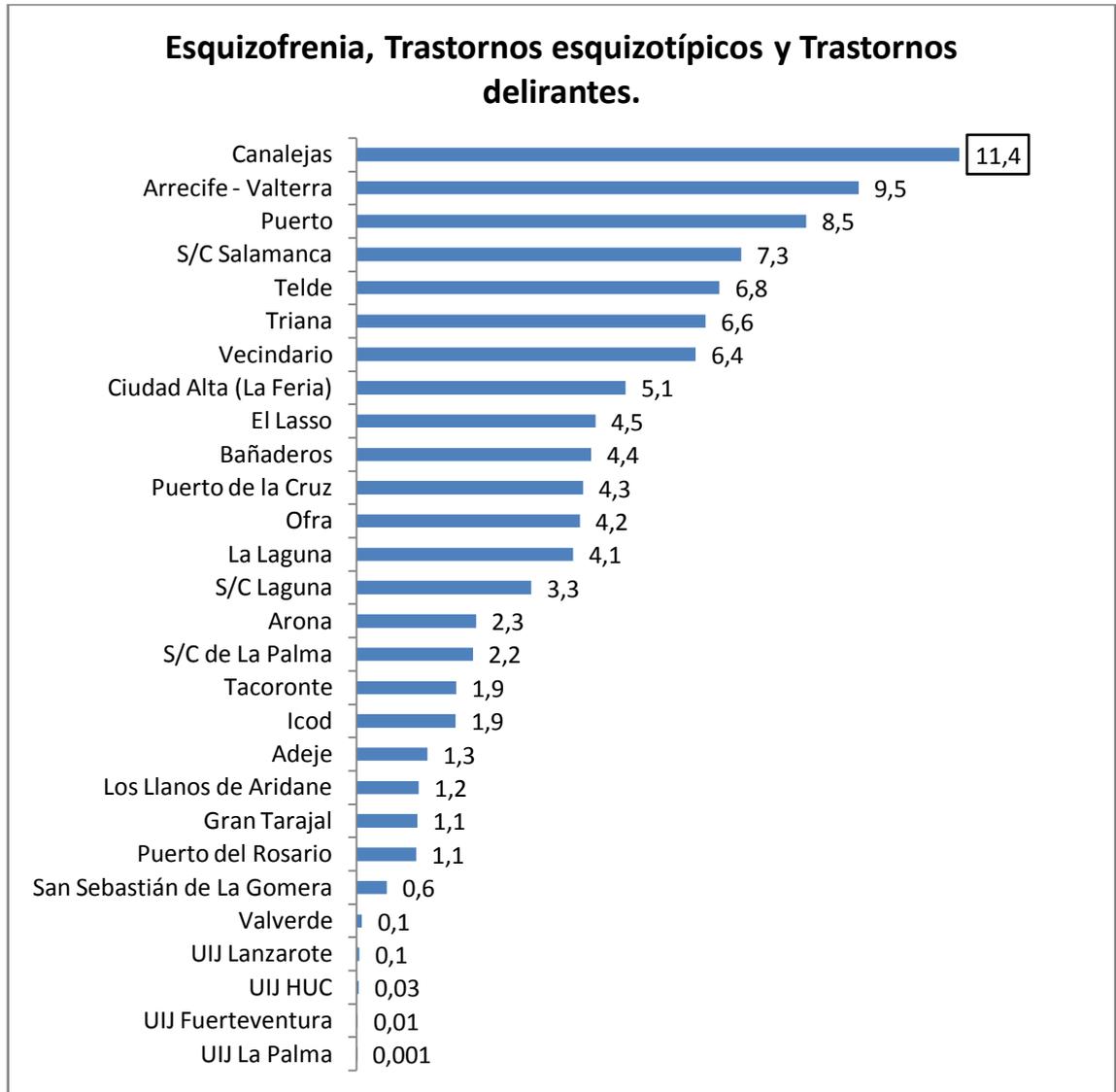
RESULTADOS

Tabla LI. Proporción de asistencias por USMC.

USMC	%
USM Canalejas	11,5
USM de Arrecife - Valterra	7,7
USM de Santa Cruz-Salamanca	7,3
USM de Puerto	6,9
USM Vecindario	6,7
USM Ciudad Alta (La Feria)	5,6
USM Telde	5,4
USM Triana	5,1
USM Ofra	4,8
USM Bañaderos	4,3
USM de La Laguna	4,2
USM del Puerto de la Cruz	4,2
USM de Santa Cruz-Laguna	4,0
USM El Lasso	3,5
USM de Arona	2,7
USM de Santa Cruz de La Palma	2,6
USM del Puerto del Rosario	2,4
USM Adeje	2,2
USM de Los Llanos de Aridane	1,8
USM de Tacoronte	1,7
USM Icod	1,6
USM de Gran Tarajal	1,3
USM de San Sebastián de La Gomera	0,9
USM de Valverde	0,7
UIJ de Lanzarote	0,3
UIJ Fuerteventura	0,2
USM IJ HUC	0,2
UIJ La Palma	0,1
<b>Total</b>	100

Si analizamos los grupos diagnósticos por USMC, obtenemos en primer lugar los grupos de diagnóstico de F2, F3 y F4 en Canalejas. F2 con unas 64.293 asistencias y un 11,4% (figura 60), F3 con unas 40.591 asistencias y un 13,7% (figura 61) y F4 con unas 28.692 asistencias y un 10,5%, en relación a las demás USMC (figura 62). Con respecto a los F6, lo encabeza la USMC de Ciudad Alta, con 15.104 asistencias, siendo un 19,1% de las asistencias de este grupo diagnóstico en relación al resto de las USMC (figura 63).

Figura 60. Distribución de los F2 atendidos por USMC.



RESULTADOS

Figura 61. Distribución de los F3 atendidos por USMC.

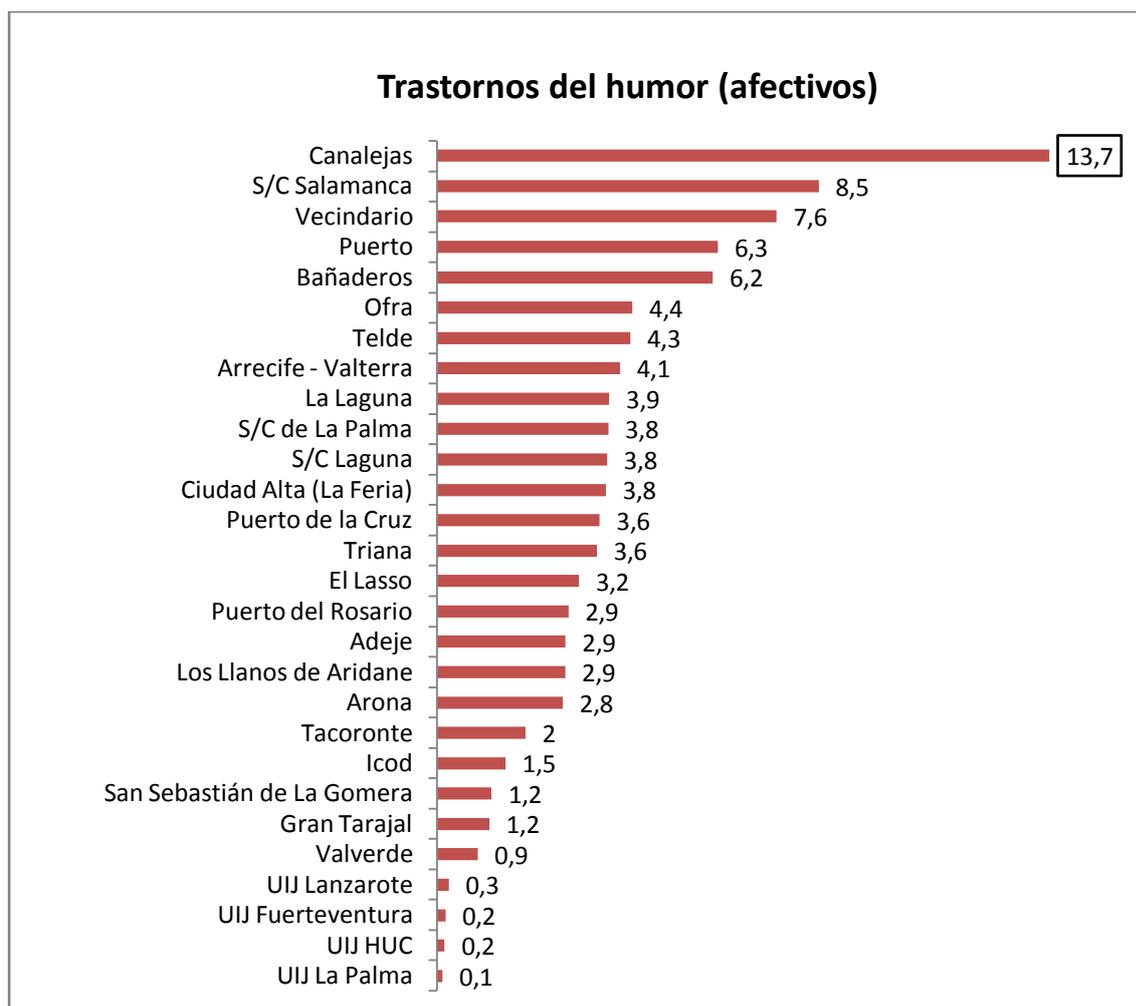


Figura 62. Distribución de los F4 atendidos por USMC.



RESULTADOS

Figura 63. Distribución de los F6 atendidos por USMC



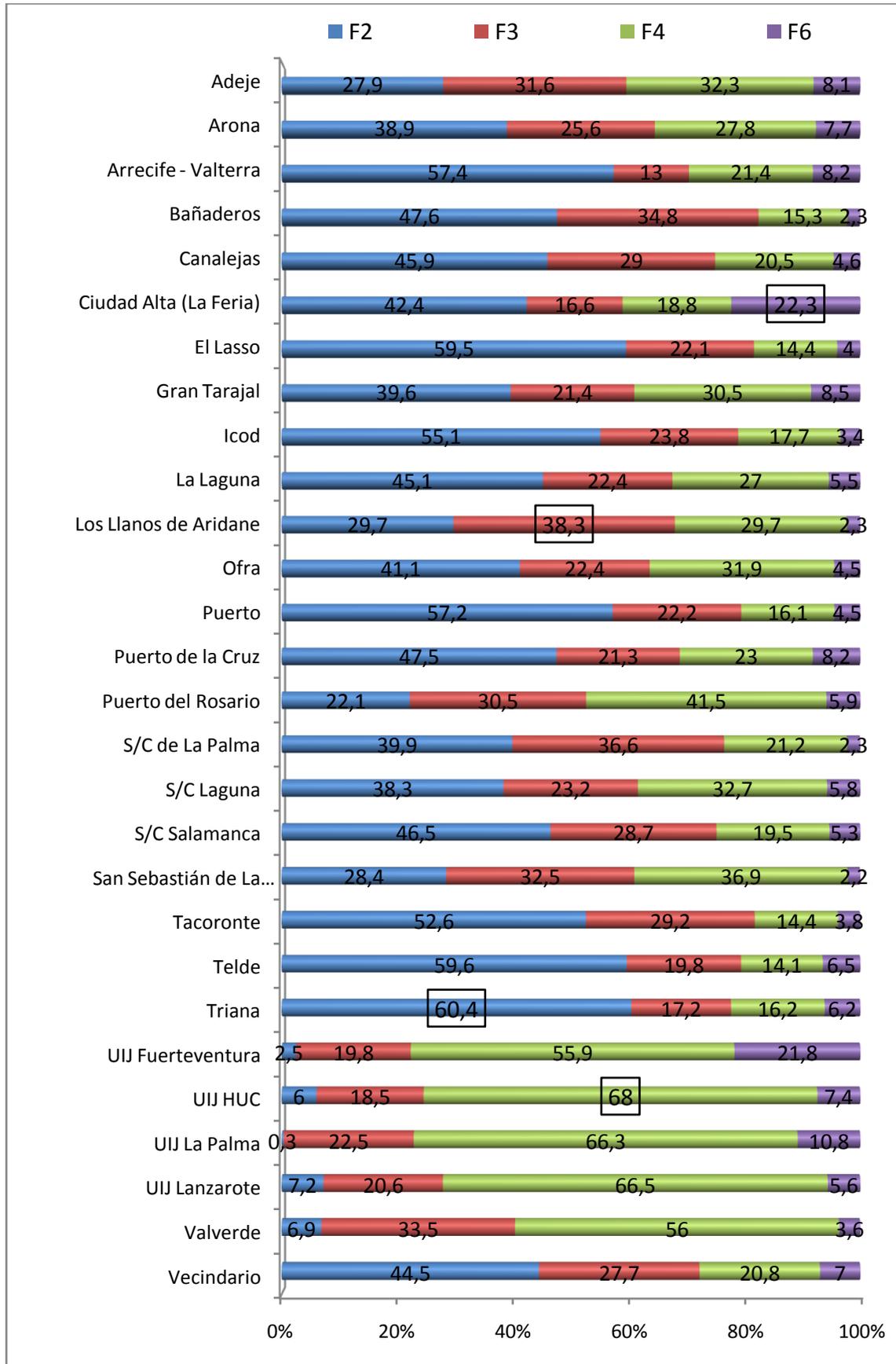
Sin embargo, si realizamos un análisis de las proporciones totales de los diagnósticos atendidos por cada USMC, se puede observar que las USMC que ocupan la primera posición para cada grupo diagnóstico son las siguientes:

- **Trastornos neuróticos, Trastornos relacionados con el estrés y Trastornos somatomorfos (F4)** es un 68% de sus asistencias en la UIJ HUC (figura 63).
- **Esquizofrenia, Trastornos esquizotípicos y Trastornos delirantes (F2)** es un 60.4% de las asistencias de la USMC de Triana (figura 63).
- **Trastornos del humor (F3)** es un 38.3% de sus asistencias en la USMC de Los Llanos de Aridane (figura 63).

- **Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F6)** es un 22.3% de sus asistencias en la USMC de Ciudad Alta (figura 64).

RESULTADOS

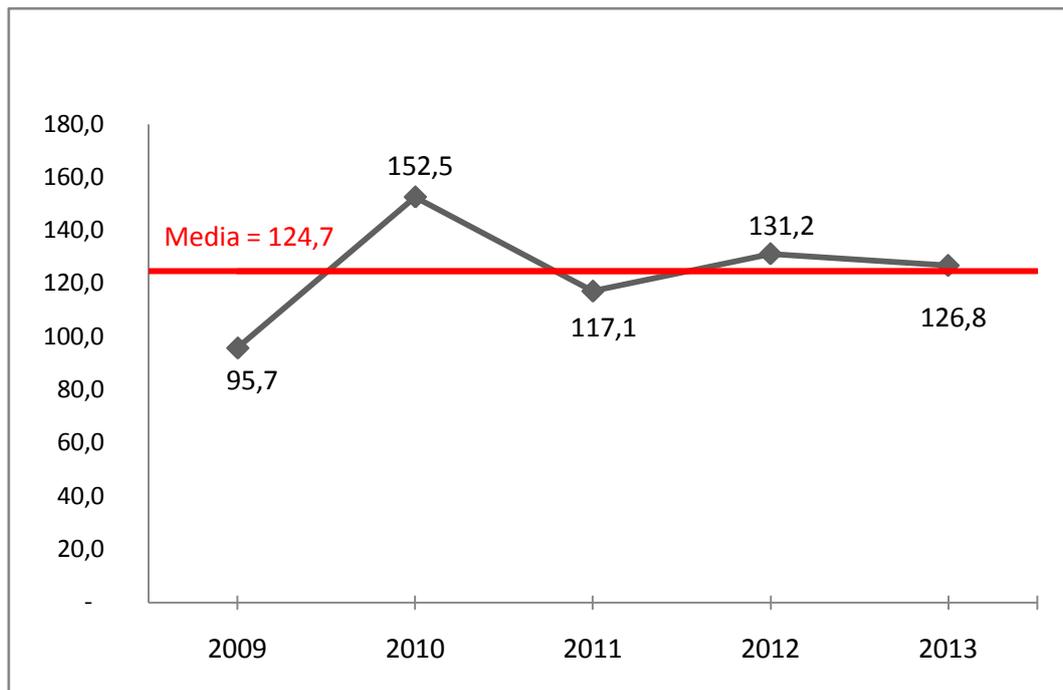
Figura 64. Proporciones de F atendidos por cada USMC de Canarias.



## 5.6 Frecuentación

En la figura 65, se puede observar la frecuentación anual de Canarias, dándose de media en estos cinco años, de 124,7 consultas por cada 1000 habitantes.

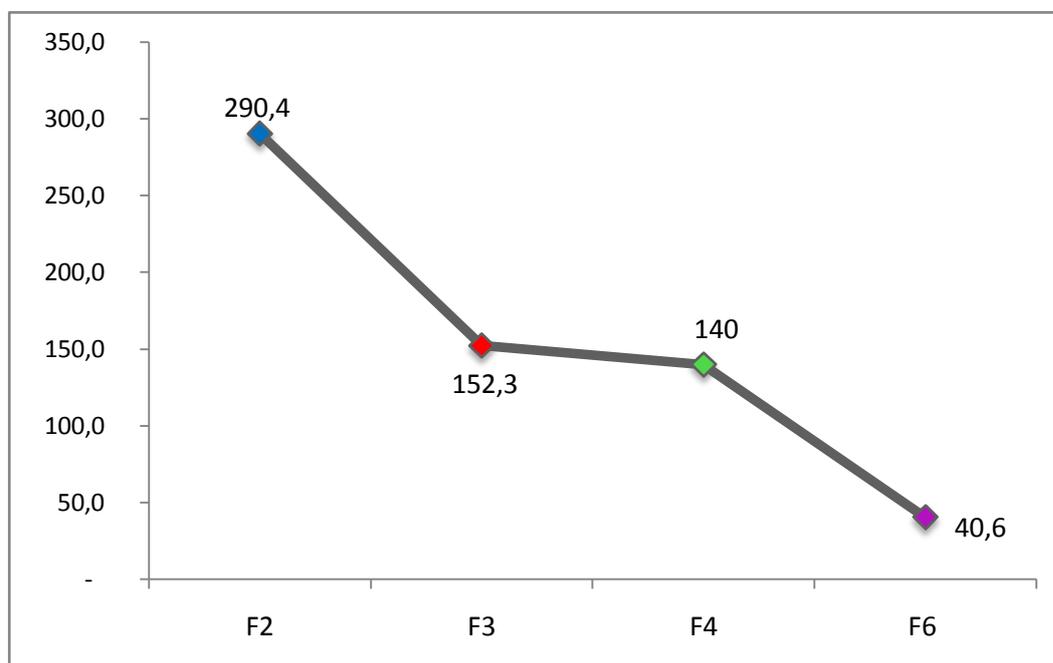
Figura 65. Tasa estandarizada anual por 1000 habitantes.



Por grupo diagnóstico, tal y como se expone en la figura 66, los paciente de F2 son los que más consulta generan, llegando a 290,4 consultas por cada 1000 habitantes.

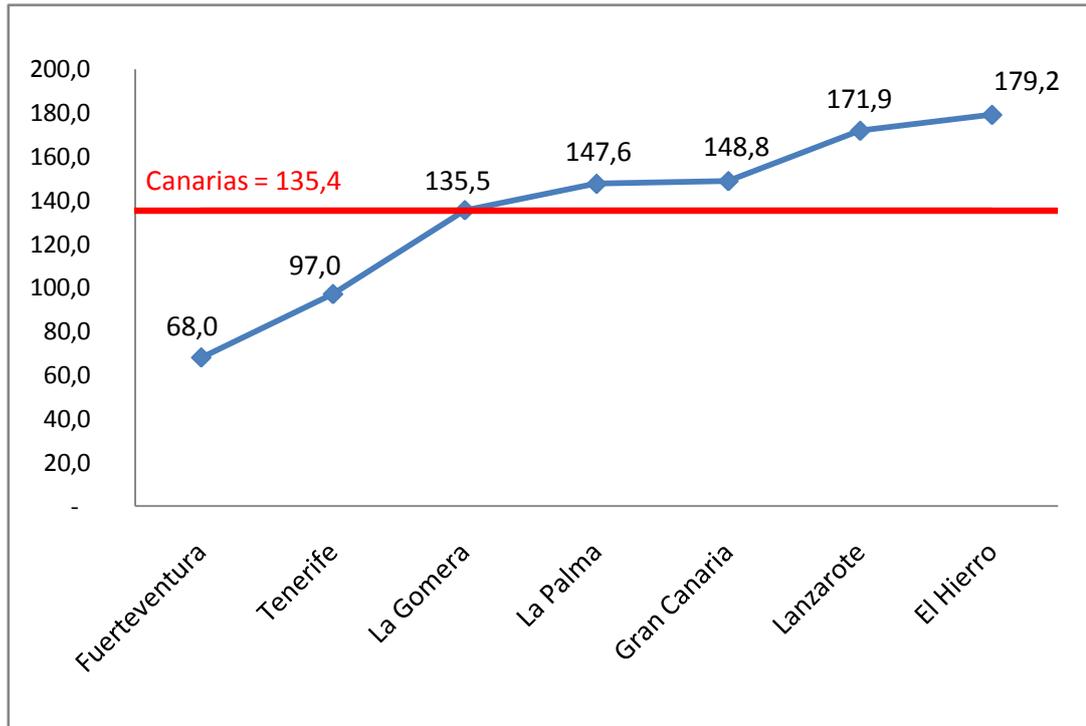
RESULTADOS

Figura 66. Tasa estandarizada de los grupos diagnósticos por 1000 habitantes.



Si analizamos la frecuentación de pacientes por isla, el primer lugar lo ocupa la isla de El Hierro, con 179,2 consultas por cada 1000 habitantes, siendo la media entre islas de 135,4 consultas por cada 1000 habitantes (figura 67).

Figura 67. Tasa estandarizada de las islas por cada 1000 habitantes.

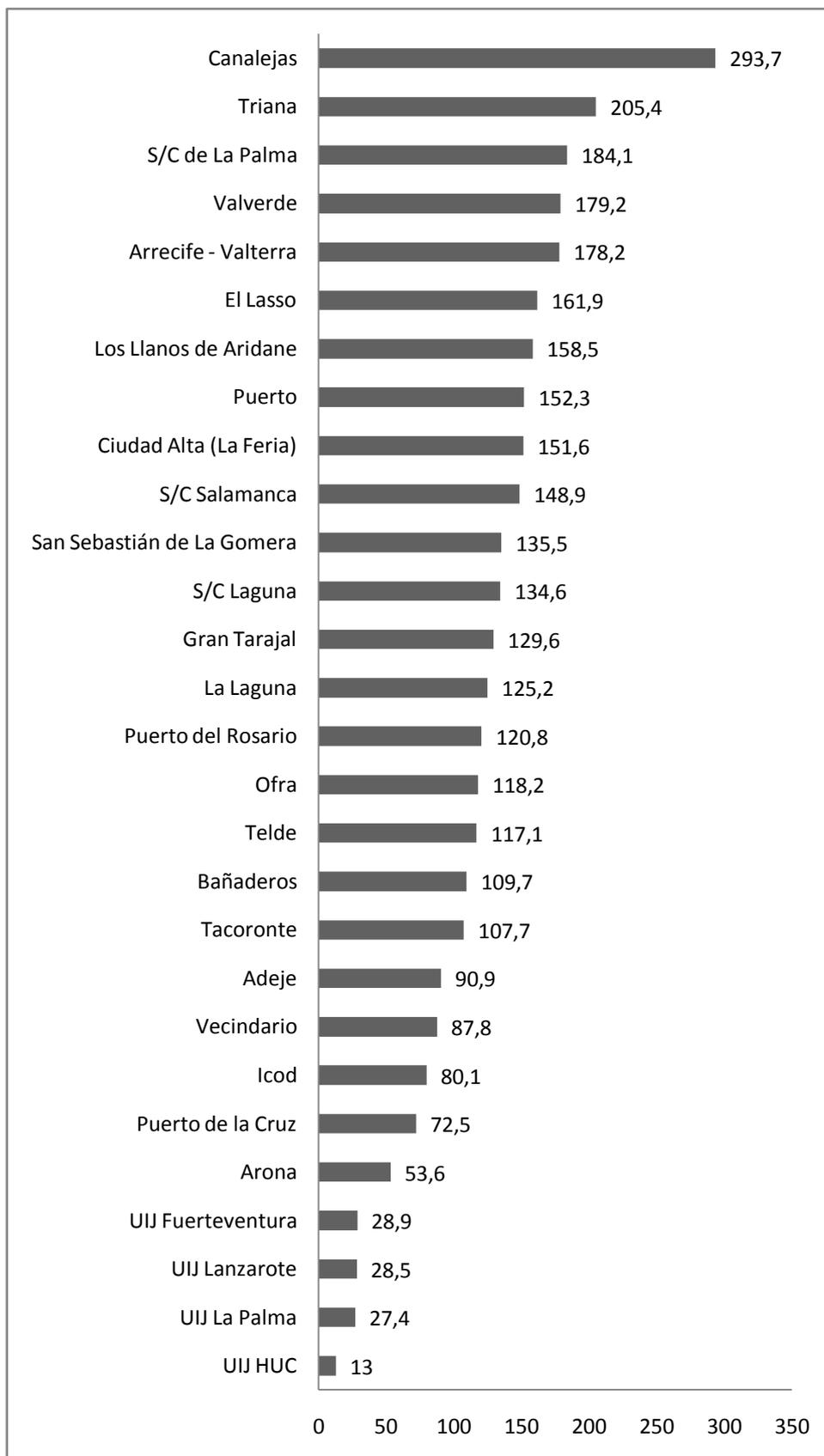


Al agrupar los contactos por el tipo de medio, rural o urbano, encontramos al analizar la frecuentación, que en el medio urbano se dan 160 contactos por cada 1000 habitantes, siendo superior frente al rural que es de 102 contactos por cada 1000 habitantes.

Entre las USMC de Canarias, encontramos que la que mayor frecuentación recibe, es la de Canalejas, seguida de la de Triana, con 293,7 y 205,4 consultas respectivamente, por cada 1000 habitantes (figura 68).

RESULTADOS

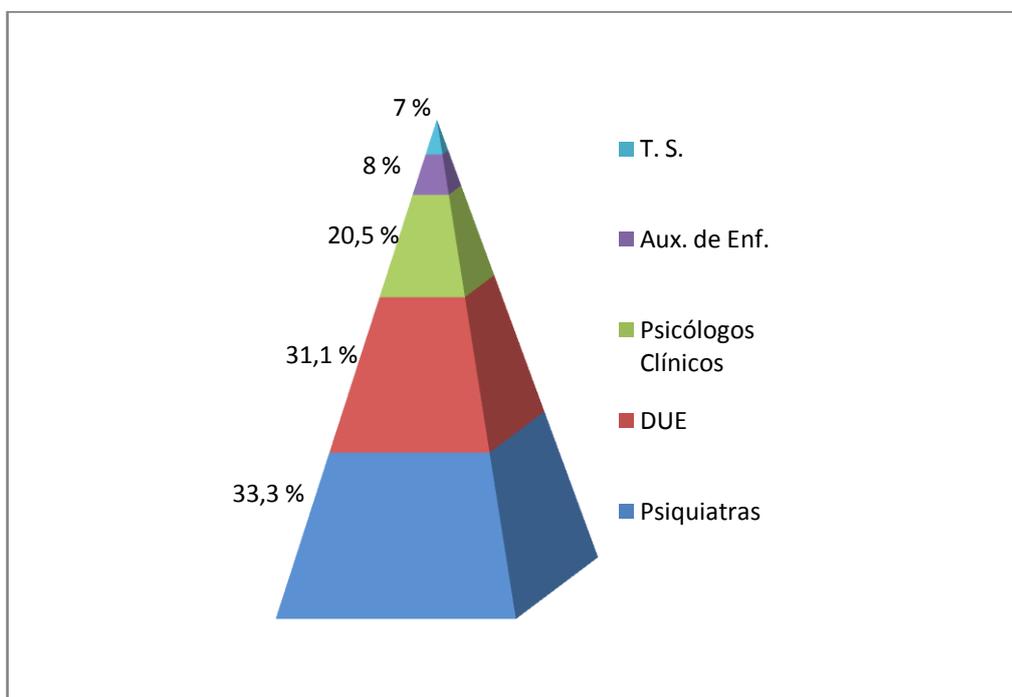
Figura 68. Tasa estandarizada de las USMC por cada 1000 habitantes



## 5.7 Profesionales que realizan las asistencias en las USMC.

Al querer saber la distribución en porcentajes de todos los contactos por profesional, encontramos que el primer lugar lo ocupan los psiquiatras realizando un 33.3% (figura 69) con un 407.68 de contactos (tabla LII), seguidos por los DUE con un 31% de 379.117 contactos.

Figura 69. Distribución de los contactos por profesional de la USMC.



Al entrar a analizar como se reparten los contactos realizados por profesional, tal y como se observa en la tabla LII, los psiquiatras ocupan el primer lugar en contactos en F3 y F6, con 147.397 (36,5%) y 26.971 (6,7%), respectivamente. Mientras que en el F2, los DUE con 294.188 (77,9%) y en F4 los psicólogos clínicos 141.412 (56,9%) contactos.

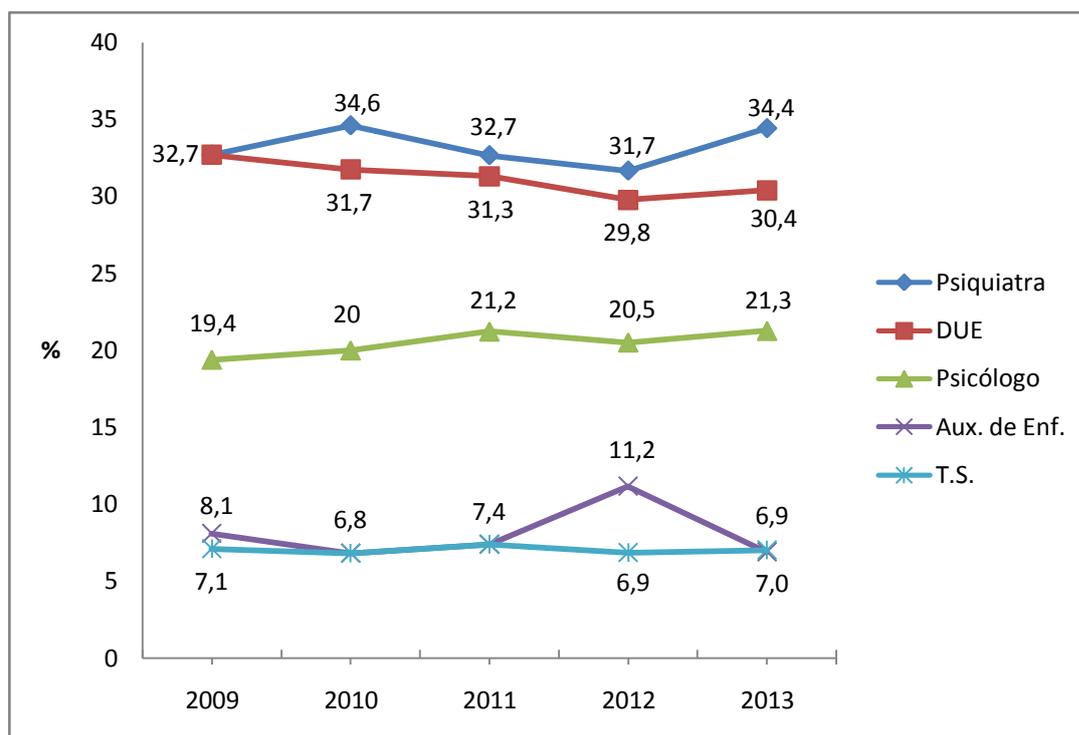
RESULTADOS

Tabla LII. Número y porcentaje de contactos profesionales por grupos diagnósticos.

PROFESIONALES	F2		F3		F4		F6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Psiquiatra	132.039	32,7	147.397	36,5	97.465	24,1	26.971	6,7	403.872	100
DUE	294.188	77,9	53.857	14,3	20.536	5,4	8.976	2,4	377.557	100
Psicólogo Clínico	18.573	7,5	66.142	26,6	141.412	56,9	22.597	9,1	248.724	100
Auxiliar de Enfermería	66.288	68	12.975	13,3	4.215	4,3	13.998	14,4	97.476	100
Trabajador Social	54.035	63,4	15.979	18,7	8.840	10,4	6.384	7,5	85.238	100
<b>Total</b>	<b>565.123</b>	<b>46,6</b>	<b>296.350</b>	<b>24,4</b>	<b>272.468</b>	<b>22,5</b>	<b>78.926</b>	<b>6,5</b>	<b>1.212.867</b>	<b>100</b>

A continuación se exponen los resultados de los contactos por profesional tras el análisis evolutivo del periodo de estudio. Observándose cierta estabilidad interanual en los profesionales (figura 70).

Figura 70. Porcentaje anual de los contactos por profesional de las USMC.



En cuanto a cómo se distribuyen los contactos profesionales por isla, Gran Canaria ocupa el mayor número de contactos en todas las categorías profesionales, quedando de la siguiente manera, los Psiquiatras, 190.324 (47.1%) contactos, los DUE, 186.369 (49.4%) contactos, los Psicólogos

Clínicos, 106.790 (42.9%) contactos, los Auxiliares de Enfermería 71.227 (73.1%) contactos, y los Trabajadores Sociales, 39.889 (47%) contactos (tabla LIII).

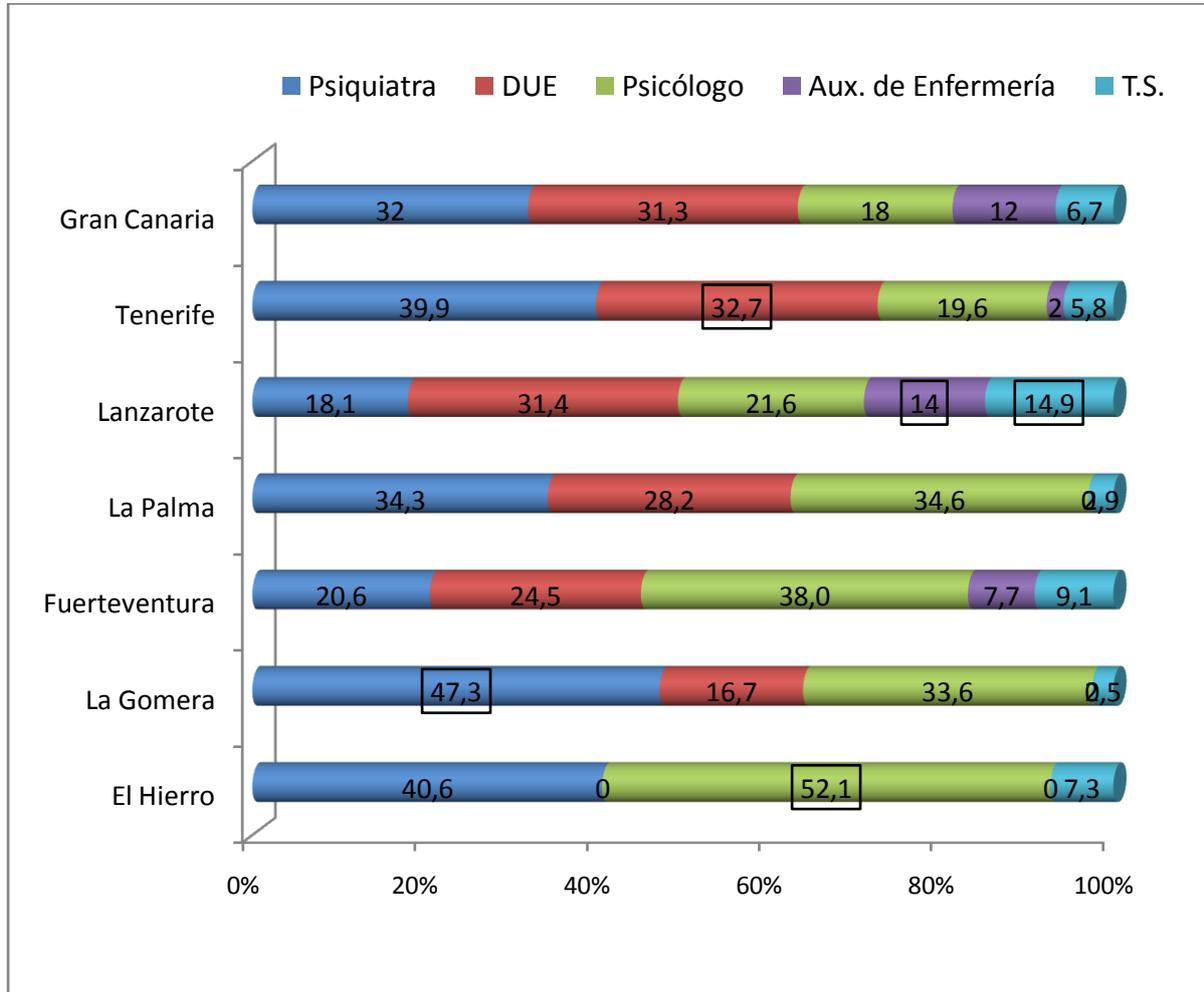
Tabla LIII. Número y porcentaje de los contactos profesionales por islas del Archipiélago Canario.

ISLAS	Psiquiatra		DUE		Psicólogo Clínico		Auxiliar de Enfermería		Trabajador Social	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gran Canaria	190.324	47,1	186.369	49,4	106.790	42,9	71.227	73,1	39.889	47
Tenerife	159.011	39,4	130.426	34,5	78.265	31,5	7.834	8	23.024	27,0
Lanzarote	20.532	5,1	35.666	9,4	24.568	9,9	15.972	16,4	16.959	19,9
La Palma	18.894	4,7	15.546	4,1	19.052	7,7	1	0	1.605	1,9
Fuerteventura	6.499	1,6	7.742	2,1	11.984	4,8	2.442	2,5	2.886	3,4
La Gomera	5.302	1,3	1.869	0,5	3.762	1,5	-	-	278	0,3
El Hierro	3.310	0,8	-	-	4.242	1,7	-	-	597	0,7
<b>Total</b>	<b>403.872</b>	<b>100</b>	<b>377.618</b>	<b>100</b>	<b>248.663</b>	<b>100</b>	<b>97.476</b>	<b>100</b>	<b>85.238</b>	<b>100</b>

Si observamos la proporción de los contactos de los distintos profesionales que conforman la USMC, dentro de cada isla del Archipiélago Canario en la figura 71, el mayor porcentaje es de los Psicólogos Clínicos en el isla de El Hierro con un 52,1%, los Psiquiatras en la Gomera con un 47,3%, Los DUE en Tenerife con un 32,2%, y los Trabajadores Sociales y los Auxiliares de Enfermería, en la isla de Lanzarote con un 14,9% y un 14%, respectivamente.

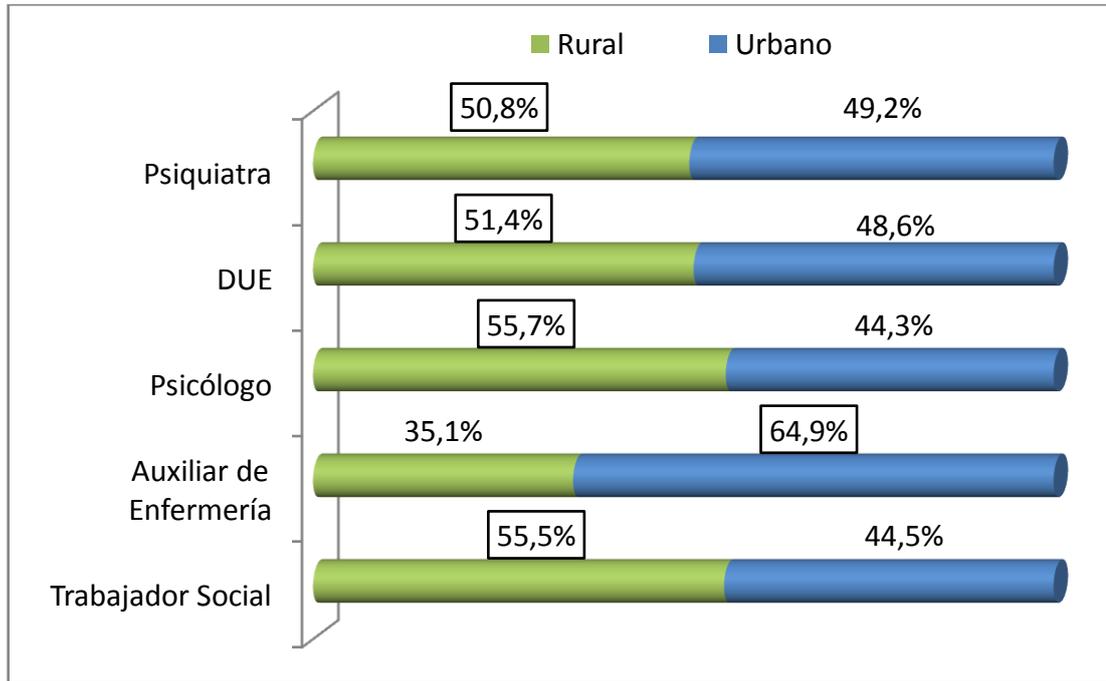
RESULTADOS

Figura 71. Proporciones de los Profesionales por isla del Archipiélago Canario.



En la distribución de profesionales por medio rural y urbano (figura 72), se puede encontrar, como los Auxiliares de Enfermería son superiores en urbano un 64.9%, mientras que, Psicólogos Clínicos (55.7%), Trabajadores Sociales (55.5%), DUE (51.4%) y Psiquiatras (50.8%), superan en proporción en el medio rural frente al medio urbano.

Figura 72. Proporción de los Profesionales por medio rural / urbano.



Si analizamos los contactos por profesionales por USMC, obtenemos los primeros lugares de las USMC, a los Auxiliares de Enfermería de Ciudad Alta con un 18,1% (figura 73), los Trabajadores Sociales de UIJ de Fuerteventura con un 17% (figura 74), y en Canaleja, los Psiquiatras, DUE y Psicólogos Clínicos con un 13,6%, 11,7% y 9,2%, respectivamente (figuras 75, 76 y 77).

RESULTADOS

Figura 73. Distribución de los contactos de los Auxiliares de Enfermería por USMC.

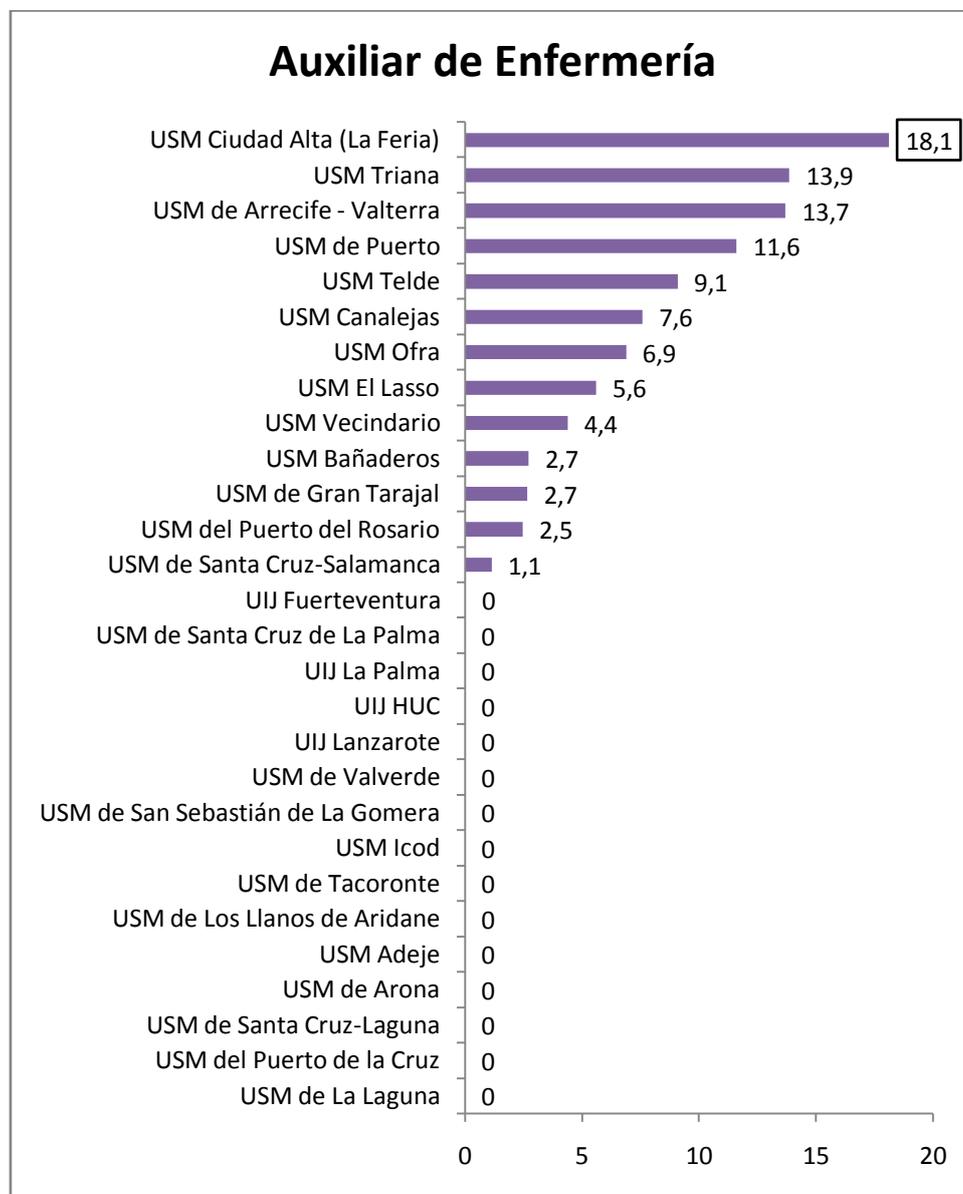
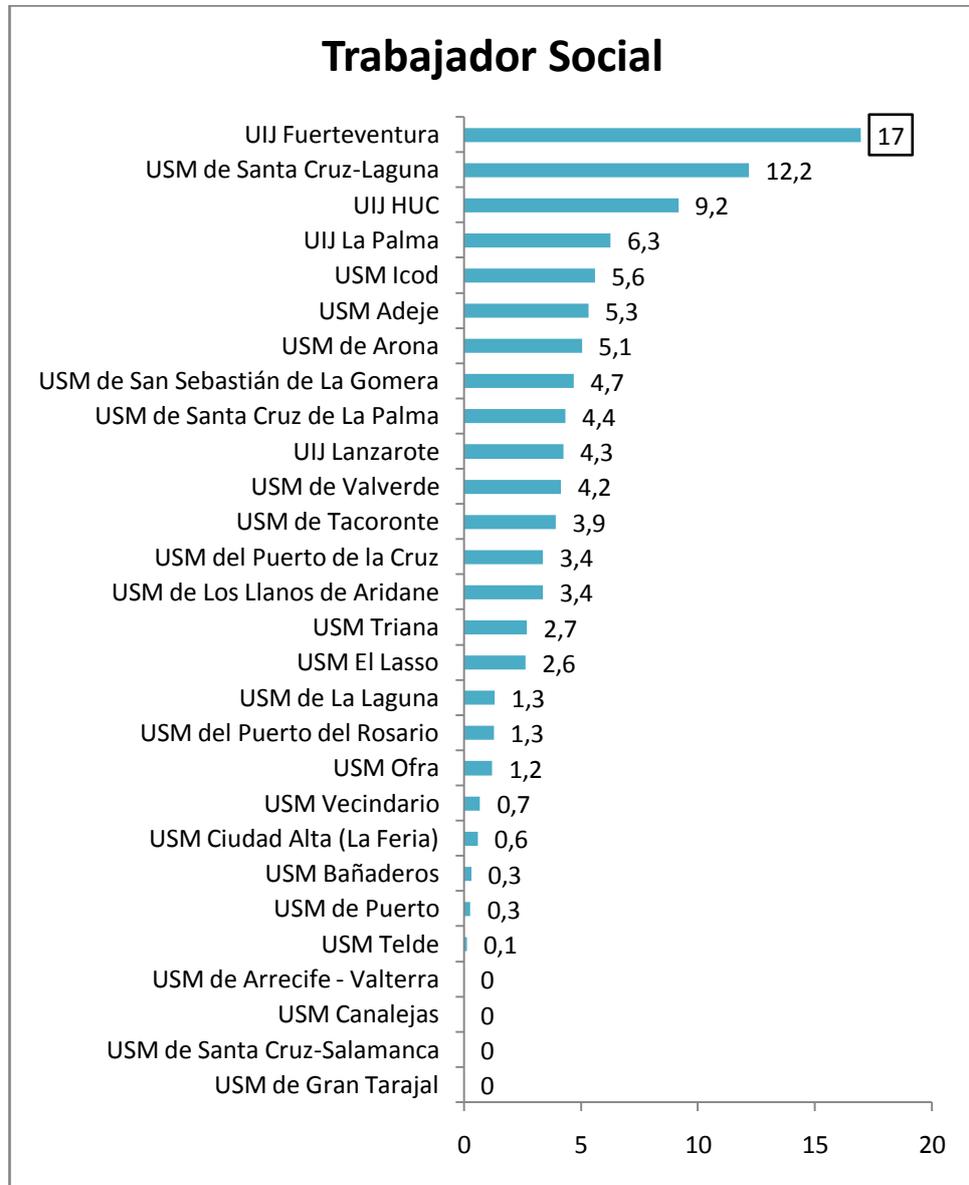


Figura 74. Distribución de los contactos de los Trabajadores Sociales por USMC.



RESULTADOS

Figura 75. Distribución de los contactos de los Psiquiatras por USMC.

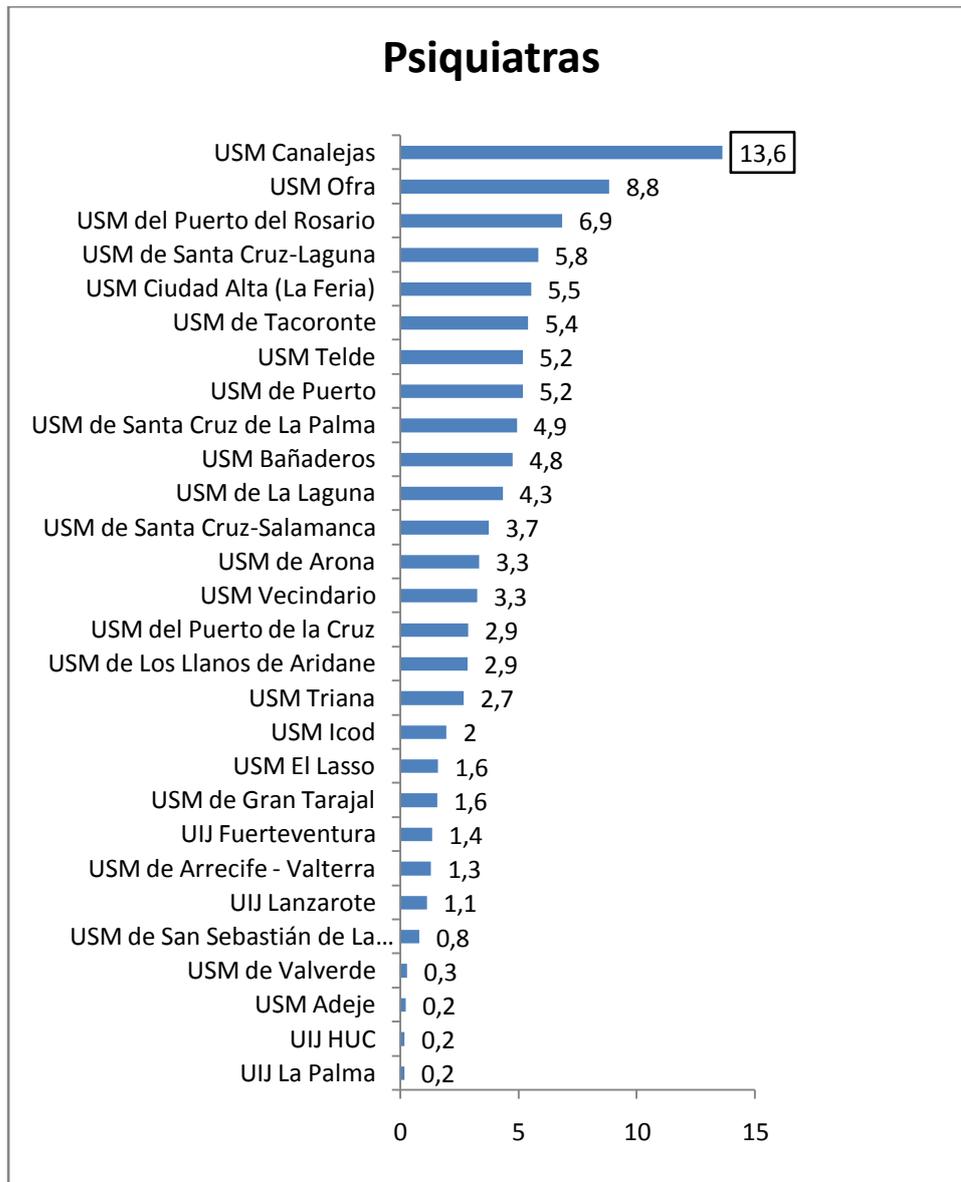
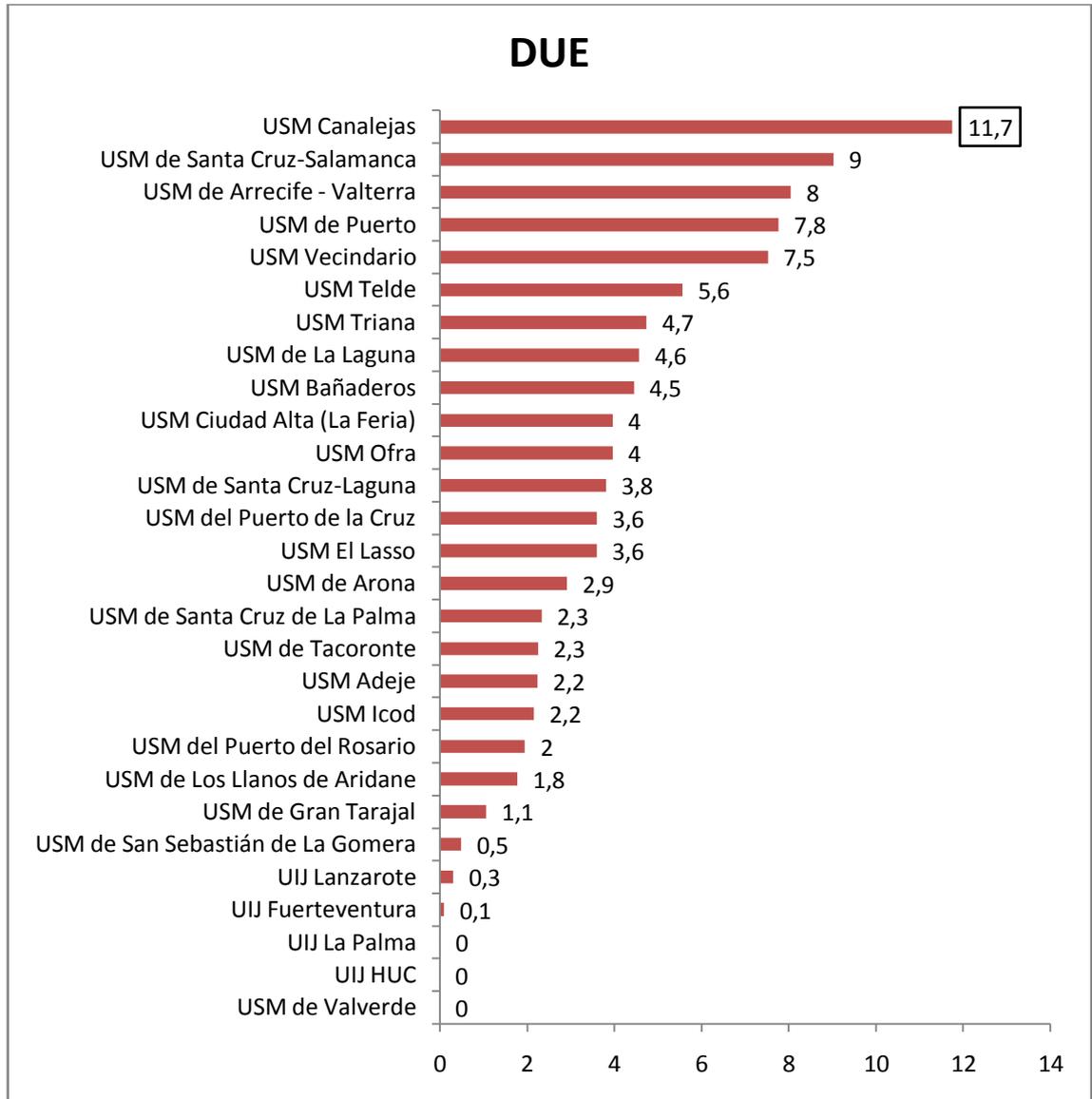
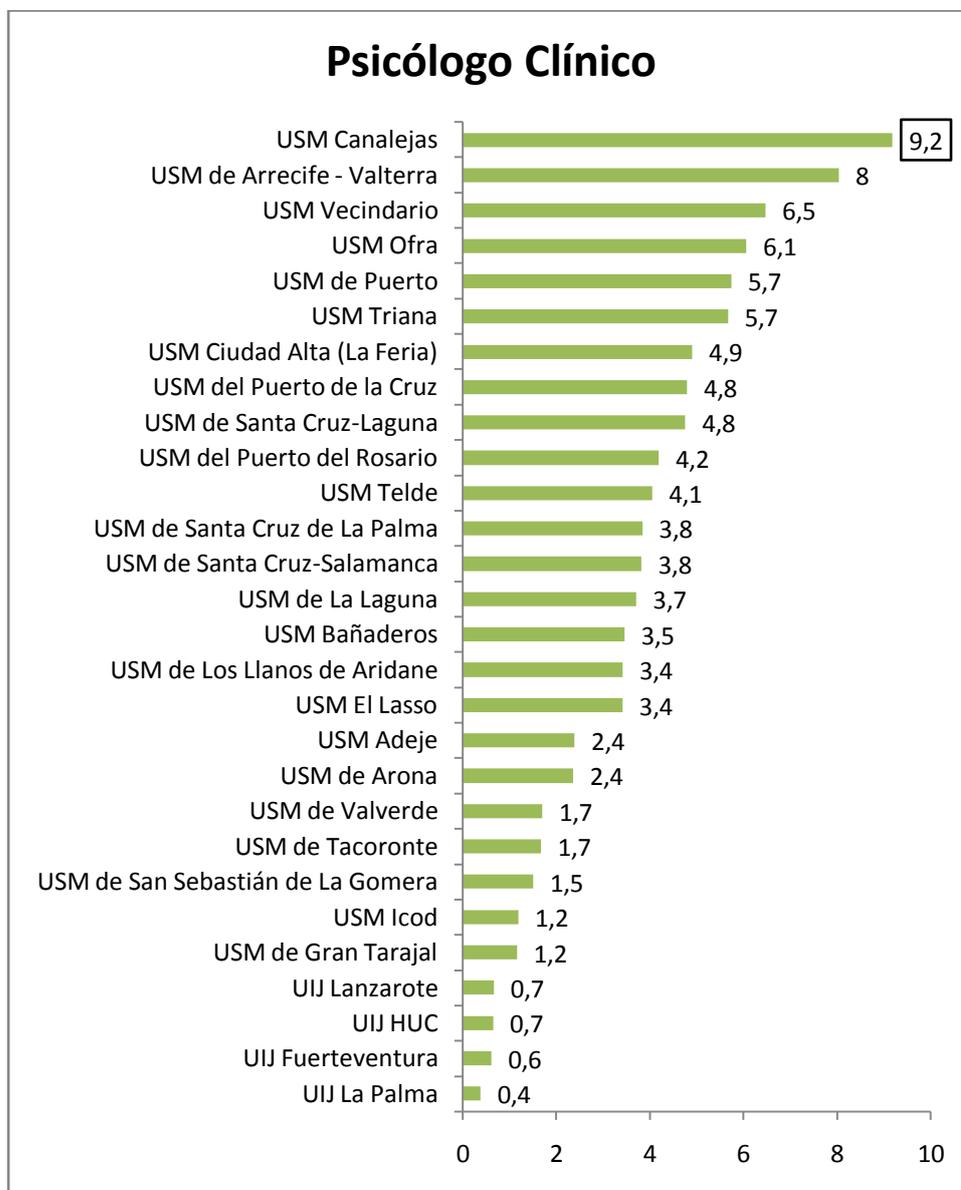


Figura 76. Distribución de los contactos de los DUE por USMC.



RESULTADOS

Figura 77. Distribución de los contactos de los Psicólogos Clínicos por USMC.



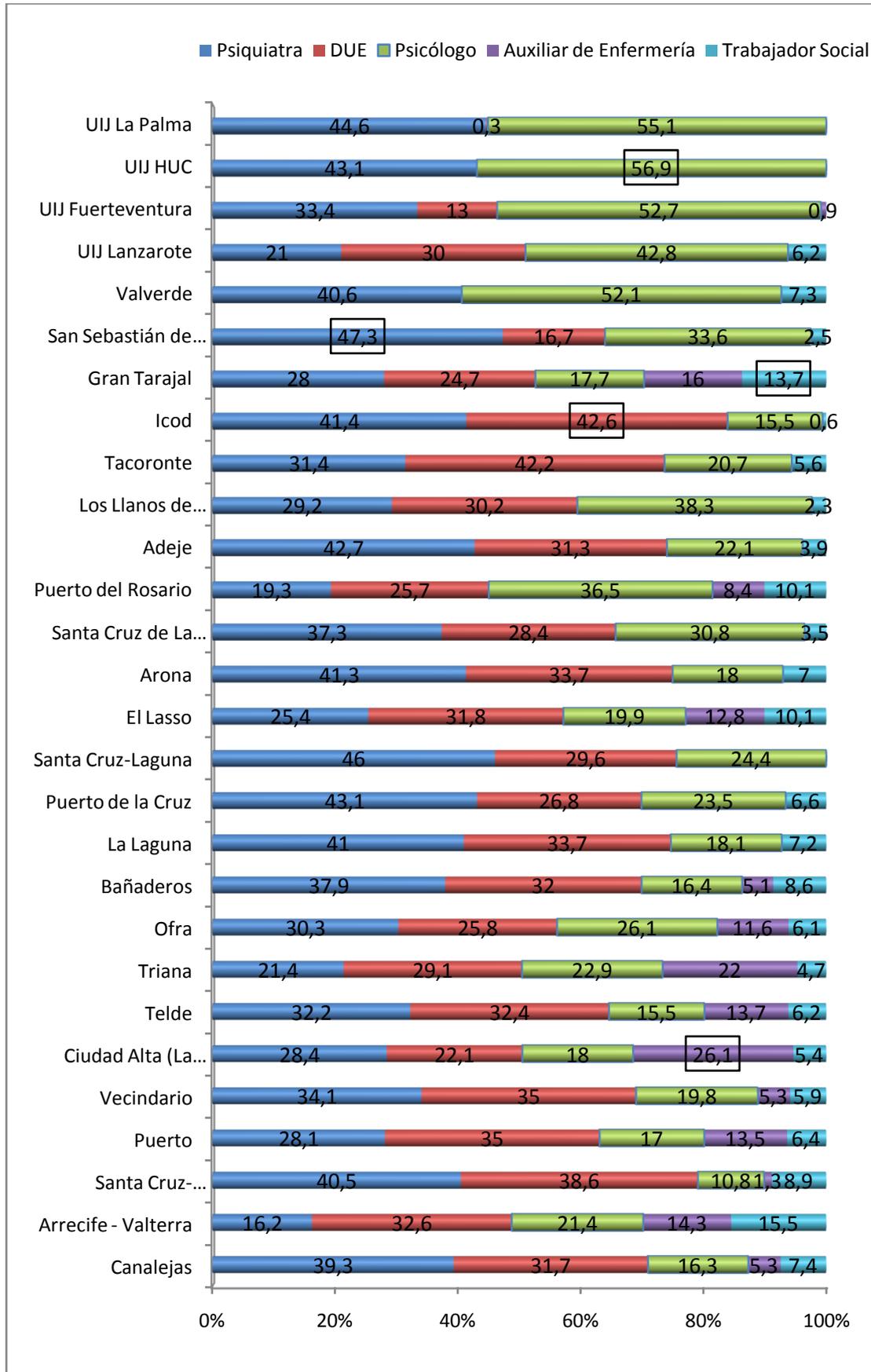
Sin embargo, si realizamos un análisis de las proporciones totales de los contactos profesionales por cada USMC, se puede observar en la figura 78 que las USMC que ocupan la primera posición para cada categoría profesional, son las siguientes:

- **Psicólogos Clínicos**, un 56.9% de sus asistencias en la UIJ HUC.
- **Psiquiatras**, un 47.3% es un 60.4% de las asistencias de la USMC de San Sebastián de La Gomera.
- **DUE**, un 42.6% de sus asistencias en la USMC de Icod.

- **Auxiliar de Enfermería**, un 26.1% de sus asistencias en la USMC de Ciudad Alta.
- **Trabajador Social**, un 13.7% de sus asistencias en la USMC de Gran Tarajal.

RESULTADOS

Figura 78. Porcentaje de los Profesionales dentro de cada USMC.



## 6 DISCUSIÓN



## 6.1 Características de los pacientes del estudio.

En nuestro estudio realizado en el quinquenio 2009 / 2013, en las USMC de la CCAA de Canarias, se ha atendido un total de 253.970 pacientes, con una media de 50.794 pacientes por año.

Dándose un crecimiento de pacientes del 35% desde el 2009, hasta el 2013, sin embargo, debido a que en la Gomera y las UIJ comienzan en el mes de enero de 2010, tomamos este último año ya que el RECAP estaría en ese año a pleno rendimiento, y los datos del 2009 estarían sesgando los datos globales. Por lo que obtenemos del 2010 al 2013 un crecimiento del 15%, y un crecimiento del número de pacientes por año, de **4.92%** de media.

Uno de nuestros objetivos es estimar la tasa de prevalencia asistida anual de las USMC de Canarias, siendo un **2.61%** de promedio de los años del estudio. En cuanto a cómo evoluciona en los cinco años, la tasa de prevalencia asistida de nuestro estudio, crece **0.2%** anualmente. En el intento de estudiar la tendencia de las tasas de prevalencias en el plano asistencial, Martín (2005) realiza una revisión de 21 estudios publicados desde 1984 hasta 2004, realizando una meta-regresión encuentra que cada año, la tasa de prevalencia asistida crece 0.29%, encontrándose en Canarias datos muy próximos a este metaestudio.

Si comparamos nuestros datos con los datos de la prevalencia anual recogidos en la población general española (estudio ESEMeD-España, 2006) se observa que mientras que ESEMeD-España estima la prevalencia-año de cualquier trastorno mental en 8.4%, en Canarias la tasa de prevalencia asistida es de **2.61%** de media, estando 5.79 puntos por debajo de ESEMeD-España. Por lo que podemos estimar que los servicios ambulatorios de salud mental de Canarias atienden alrededor de un tercio de la enfermedad mental existente en la Comunidad, el **31.1%**. Si observamos otras CC.AA que ofrecen datos de su RCP, obtenemos que atienden en función de ESEMeD-España, lo siguiente; Madrid un 31.6% (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2007), Asturias un 25% (Bobes y cols., 2013), estando Canarias en consonancia con otras CC.AA.

## DISCUSIÓN

Asimismo, encontramos prevalencias anuales de padecer un trastorno mental en Canarias de 24.82%, en la Encuesta de Salud de Canarias de 1997, y algo más alta, 28.2%, en la Encuesta Nacional de Salud de 2006. En este último estudio, coloca a Canarias en el primer lugar, seguido por Navarra (25,5%), por las Islas Baleares (25,1%), por Madrid (23.7%), por Asturias (23.5), y la que tuvo menor prevalencia fue La Rioja (12,2%). Encontrando una prevalencia estatal media del 20.1%, frente a ESEMeD-España, 2006, que ofrece el 8.4%.

Dadas estas diferencias, es muy importante tener en cuenta la metodología utilizada para poder realizar comparaciones, siguiendo a Golberg y Huxley, ya en 1980, advertían de la enorme importancia de los aspectos metodológicos cuando analizaban y trataban de comparar las prevalencias de los trastornos mentales obtenidas. De esta manera concluían que las diferencias entre las distintas poblaciones podían deberse, no sólo a la presencia de factores sociales, ambientales o genéticos, a la existencia de migraciones selectivas, o distintas sensibilidades para los instrumentos diagnósticos empleados, sino a las diferentes formas en la que llevaron a cabo los estudios. Es por ello que vamos a ver los métodos utilizados por los estudios que se comparan. Una de las características que presenta nuestro estudio, es que se ha realizado con pacientes incluidos en un registro de casos psiquiátricos, lo que implica que son pacientes que están en contacto con los servicios de salud mental de un área determinada. Por tanto, no están incluidos aquellos que están en tratamiento en Atención Primaria ni los que acuden a consultas privadas, al igual que otros RCP como el de Asturias o Madrid. La ventaja que tiene estudiar a este tipo de pacientes es que no existe un sesgo en la selección de los casos ya que se incluyen todos los pacientes en contacto con los servicios de salud mental y se recogen todos los contactos con dichos dispositivos. Sin embargo, la metodología de ESEMeD, de la Encuesta de Salud de Canarias, y de la Encuesta Nacional de Salud, son estudios en la población general, donde en primer lugar, detectarían pacientes de Atención Primaria, servicios privados, y los que no son atendidos por profesionales sanitarios. En segundo lugar, el tipo de instrumento utilizado, mientras que ESEMeD utiliza el CIDI

(Composite International Diagnostic Interview), un instrumento que aporta datos según los criterios diagnósticos CIE-10 y/o DSM-IV y con una menor proporción de falsos positivos, así, la Encuesta de Salud de Canarias y la Encuesta Nacional de Salud, estiman la prevalencia a través del GHQ (General Health Questionnaire), que aunque el GHQ genera unas cifras más uniformes, estas son generalmente más elevadas que las detectadas mediante entrevistas psiquiátricas, ya que incluyen manifestaciones subclínicas (Montero y cols., 2004).

Si entramos a observar tanto el porcentajes de atenciones, como su evolución de los distintos grupos diagnósticos, encontramos primero en nuestro trabajo, que con mayor porcentaje en relación al total de pacientes atendidos, son: F4 (29,14%), F3 (22,03%), F2 (15,47%) y F6 (4,95%). Asimismo, los grupos diagnósticos seleccionados hacen en total el 71,6% del total de grupos diagnósticos atendidos en los cinco años de estudio. Si estos datos lo comparamos con la población total de Canarias, obtenemos las siguientes tasas de prevalencias asistidas anuales por cada mil habitantes; **F4 (7,61)**, **F3 (5,75)**, **F2 (4,04)** y **F6 (1,3)**. En ESEMeD-España, la prevalencia anual de sus grupos diagnósticos estudiados, mantiene el mismo orden que nuestro estudio, F4 (6,2%) y F3 (4,3%). Podemos observar como las USMC de Canarias, atienden el **15%** de los trastornos de ansiedad, y el **13,4%** de los trastornos afectivos, pudiendo estar el resto de personas con estas patologías, atendidas en otros recursos como en Atención Primaria o servicios privados, o quedarse sin atención profesional sanitaria. Al comparar nuestros datos con otros estudios, estimamos el porcentaje de sus atenciones comparándolas con las prevalencias de ESEMeD-España, obteniendo que Asturias atiende entre el 16.1% y el 19.8% de F4, y entre el 12.5% y el 28.6% de F3 (Bobes y cols., 2013), y en Granada un 13.6 de F4 y 8.5 de F3 (Martín, 2005), estando las atenciones de nuestra comunidad en consonancia con servicios de salud mental de otros lugares españoles.

Cuando analizamos el grupo diagnóstico F2, encontramos en la investigación bibliográfica datos con más variabilidad en relación a la prevalencia anual. En una revisión sistemática de la evidencia científica de

## DISCUSIÓN

188 estudios publicados entre 1965 y 2002 sobre la prevalencia de la esquizofrenia en 46 países, si bien, aparecen variaciones sustanciales entre distintos lugares, la prevalencia muestra generalmente valores comprendidos entre 4 y 7 por mil habitantes, dependiendo del tipo de estimación empleado. En la misma revisión, la prevalencia se mostró mayor en poblaciones emigrantes (Saha y cols., 2005). En España, Ayuso-Mateos y cols., (2006) obtiene una prevalencia estimada de 3 por mil habitantes por año para los hombres, y 2,86 por mil para las mujeres. En nuestra Comunidad, encontramos dos trabajos en la isla de Tenerife con datos dispares, 8.1 por mil limitado en área urbana (Villaverde, 1991), frente a 3.1 por mil, de la isla de Tenerife (Díaz-Cruz, 2004). Mientras que en nuestro trabajo hallamos una tasa de prevalencia asistida anual de **4.04 por mil** habitantes, lo que nos puede llevar a pensar que se atiende un porcentaje muy alto de este grupo diagnóstico, el **49.9 %** como mínimo., ya que es comparado con la prevalencia más alta, 8.1 por mil habitantes. Dado que la prevalencia de los trastornos psicóticos es muy variable de unos estudios a otros, lo que comparamos con otros estudios es la tasa de prevalencia asistida por mil habitantes, siendo la de Asturias entre 2.3 y 3.4 (Bobes y cols., 2013), y la de Madrid 5.4 (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2007), estando la encontrada en nuestro estudio entre ambas comunidades autónomas.

Antes de analizar los trastornos de personalidad y del comportamiento en adultos (F6), cabe resaltar, que este grupo diagnóstico presenta varias características que dificultan su diagnóstico, tales como su alta comorbilidad con trastornos por uso de sustancias (60%) (Van den Bosch y cols., 2007), con trastornos psicóticos (55,2%) especialmente en el cluster A, con trastornos afectivos (29,3%) y trastornos de ansiedad (22%) (Sánchez Autet, y cols., 2006). Igualmente, la alta heterogeneidad clínica dentro del grupo diagnóstico F6, y que muchos trastornos de la personalidad se consideran egosintónicos, acudiendo a consulta de forma más episódica y por cuestiones quizás más circunstanciales que por el trastorno en sí mismo, añadiendo también la necesidad de un estudio longitudinal para poder establecer el diagnóstico. Nos hace tener una especial cautela con este

grupo diagnóstico en particular.

Es por ello que puede que estemos encontrando prevalencias tan variables, tales como 4.4% oscilando entre 3.9% y 22.3% (Coid y cols., 2006), Moreno Díaz y Medina León (2006) hacen una revisión de los estudios de prevalencia y se establecen en un intervalo entre el 10.3% y 15%, y 13.4% en un estudio con una muestra representativa de 2053 personas en Oslo, capital de Noruega (Torgersen y cols., 2001). Decidimos tomar este último dato para hacer las comparaciones, y sabiendo que nuestro trabajo posee una tasa de prevalencia asistida de este grupo diagnóstico de **1.3 por mil** habitantes, podemos estimar que estaríamos atendiendo alrededor del **10%**, datos que están en consonancia con el Principado de Asturias con una tasa de prevalencia asistida entre 1.5 por mil habitantes, valoramos que atiende 11.5% de los trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos (Bobes y cols., 2013).

Tras hacer las estimaciones sobre el porcentaje que se atiende en las USMC, en función de las prevalencias en la población general, nos sugiere que una gran proporción de personas que pueden estar afectadas por un trastorno mental, no consultan con los servicios de salud mental ambulatorios, resultados similares se dan, como ya hemos visto, en otras comunidades autónomas y son reseñadas en otros estudios (Codony y cols., 2007).

En cuanto a cómo ha evolucionado en nuestro estudio la tasa de prevalencia asistida de cada grupo diagnóstico en el periodo de estudio, obtenemos que los trastornos de ansiedad (F4) aumentan **7,37%** por año, ocupando el primer lugar. Los trastornos afectivos (F3) un **5,45%** por año, los trastornos psicóticos (F2) un **4,18%**, y los trastornos de personalidad (F6) un **4,04%**.

El incremento de la tasa de prevalencia asistida de la mayoría de los trastornos durante el periodo estudiado sugiere la existencia de un factor general más que factores relacionados con grupos de trastornos específicos (Bobes y cols., 2013). Estos incrementos suponen más personas en contacto con los servicios, y pueden deberse a múltiples explicaciones en diferentes niveles, como a la estructura poblacional, por ejemplo a la

## *DISCUSIÓN*

modificación etaria, envejecimiento de la población que se detectó en un estudio de diez años en el Principado de Asturias (Bobes y cols., 2013), pudiendo estar ocurriendo lo mismo en nuestra población. En el aumento de pacientes podrían estar influyendo cambios en las actitudes de la población, con una tendencia creciente a buscar o aceptar más fácil y rápidamente la atención formal de la salud mental. La reducción de la estigmatización social de los trastornos mentales estaría favoreciendo tanto a nivel individual, como social, el acercamiento a los servicios de salud mental (Corrigan, 2004). Al incremento del estrés en la población en la última década relacionado con el deterioro de las condiciones sociales y la crisis económica. Otras explicaciones serían atribuidas a los cambios en la estructura y disponibilidad de los servicios de salud mental (expansión y diversificación del sistema asistencial durante el periodo de estudio), Así como también en cambios en los hábitos de los profesionales (cambios en los hábitos diagnósticos o mayor duración de la atención en los servicios) (Bobes y cols., 2013).

Por ello esta metodología estaría limitada para conocer la morbilidad psiquiátrica existente en la población general. Sin embargo, Según Bobes y cols., (2013), entre los índices epidemiológicos, la tasa de prevalencia asistida es la medida más útil para conocer la carga total de la enfermedad, y su impacto asistencial en los servicios que atienden episodios de duración tan variable como los de la salud mental. Los pacientes que contactan con los servicios (morbilidad administrativa) son una fuente de datos válida para conocer la evolución de las enfermedades, que resulta más fiable cuanto más definida y delimitada sea la zona geográfica y más completo y estructurado sea el sistema de recogida de información. (Bobes y cols., 2013). Asimismo, estudios sobre la población atendida, nos permite conocer una morbilidad más real, su evolución y las variables que pueden estar implicadas.

## 6.2 Calidad de los registros.

Al analizar la correcta cumplimentación de los datos disponibles en el registro del RECAP, se muestra que las variables situación laboral, convivencia, nivel educativo, y estado civil, superan el 50% de su información no cumplimentada, con un intervalo del 41.9% a un 67.5% de información perdida. En cambio, las variables edad y género, tienen en total un 0,08% de información no cumplimentada. Esto podría estar explicándose por la forma que se obtienen los datos. Las variables género y edad son dadas automáticamente de forma informática, estando el RECAP integrado en el sistema, consiguiendo los datos a través de la tarjeta sanitaria. No obstante, las variables situación laboral, convivencia, nivel educativo, y estado civil, se suelen cumplimentar por el profesional sanitario en un solo contacto, generalmente el primero, a través de una ventana que emerge si el profesional desea rellenar, llamada ficha epidemiológica, pudiéndose subsanar estas pérdidas con controles informáticos que avisen al profesional cuando la ficha esté incompleta. Asimismo, al tomarse los datos una sola vez, y no actualizarse cada cierto periodo, un paciente puede cambiar su situación a lo largo del año y no estar siendo recogida por el sistema. Es por ello que, los datos referentes a la situación laboral, convivencia, nivel educativo, y estado civil, deben de tomarse con cautela.

## 6.3 Características sociodemográficas de la población de estudio.

Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes del estudio, encontramos datos previsibles en relación a otros trabajos, con una mayoría de mujeres entre los usuarios de los servicios, un 61.4%, frente a un 38.6% de los hombres, porcentajes que se mantuvieron sin cambios entre los años de estudios (Montilla, 2002; Haro y cols., 2006). Igualmente, encontramos en relación a la edad, que el primer lugar lo ocupa el grupo de edad del intervalo de 40-60 años de edad (35.5%), y en segundo lugar, el intervalo de 31-45 años de edad con un 28.9% de los pacientes. Ambos

## DISCUSIÓN

intervalos suponen un 64.4% del total de los pacientes. Y si analizamos la relación de edad y género, encontramos que a partir de la mayoría de edad, las mujeres superan a los hombres, aumentando esta diferencia a medida que aumenta la edad. Siendo la máxima diferencia entre hombre y mujeres (8,9 puntos), en el intervalo de edad de 46 a 60 años. Por lo que podemos decir que nuestra población no dista de otras en cuanto el uso de servicios ambulatorios de salud mental (Goldberg y Huxley, 1980; Montilla, 2002; Haro y cols., 2006). No obstante existen diferencias en cuanto a estas variables en relación al grupo diagnóstico al que pertenecen, es por ello que procedemos a profundizar en los grupos diagnósticos estudiados.

### 6.4 Estudio de los pacientes por grupos diagnósticos.

#### Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. (F2)

Hemos analizado un total de 39.288 pacientes. Encontrando que el perfil de estos usuarios del servicio ambulatorio de salud mental de este grupo diagnóstico, es hombre (61,7%) de unos 43 años de edad, soltero (64,5%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (49,7%), que vive en su familia de origen (45,8%), y sin empleo (81,8%) por invalidez (30,7%) o por estar en paro (25,7%).

Encontramos en otros trabajos las similitudes con nuestros datos, siendo las siguientes; hombres (56%), con una edad media de 37.7 años, soltero (63.4%) y con estudios básicos (48.1%) (Herrán et al. 2000).

También en Moreno-Küstner y cols., 2000, se muestra mayor prevalencia de hombre (71%), con edad media de 39 años, su mediana de 36, que vive con la familia de origen (62%), soltero (70%) y recibiendo una pensión de jubilación (51%).

En un estudio que se realizó en el País Vasco, entre los años 1992 y 2009, describen un perfil de hombre (80%), soltero (65.4%), con estudios elementales (61.1%), e inactivos laboralmente (65.4%) (Iruin y cols., 2014).

Nuestros datos son previsibles con lo publicado hasta hoy, siendo características propias de este grupo diagnóstico, y explicables por la propia naturaleza crónica de la patología. Los perfiles se muestran constantes

interanualmente, a excepción del motivo que dan los paciente a la hora de encontrarse en desempleo, dándose un cambio de patrón progresivo desde el 2009 hasta el 2013, disminuyendo el porcentaje un 7.9% “estar sin empleo” por “estar con invalidez”, y aumentando un 8.4% el “estar sin empleo” por “estar en paro”.

### Trastornos del humor (afectivos). (F3)

En cuanto a los trastornos del humor, hemos analizado un total de 55.947 pacientes, encontrando como perfil, mujer (71,9%) de unos 53 años de edad, casada (43%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (42,6%), que vive en su familia propia (60,6%), y sin empleo (61,2%) por estar en paro (28,1%) o ser ama de casa (20,7%). Si comparamos este perfil con las variables sociodemográficas encontradas por ESEMeD-España, 2006, podemos observar que coinciden los mayores porcentajes en cada variable, siendo de la siguiente manera; mujeres casadas que viven con su familia propia o que estuvo previamente casada, con una edad de entre 50 a 64 años, con estudios de primaria, sin empleo. Sin embargo, en relación al motivo del desempleo se encuentran discrepancias, mientras que en nuestro estudio se debe a “estar en el paro” o por “ser ama de casa”, para ESEMeD-España el motivo por encontrarse en desempleo, lo ocupa el primer lugar por invalidez, y le sigue baja laboral. Es necesario que tengamos en cuenta que nuestro estudio comienza en el 2009, mientras que ESEMeD- España es en el 2006, dándose el inicio de la crisis económica en el 2008. Cabe resaltar que en el periodo de cinco años de nuestro trabajo, la tendencia del motivo de estar sin empleo, va cambiando progresivamente, teniendo un perfil más parecido a ESEMeD-España, en el 2009, y a medida que pasan los años, cambia, disminuyendo la proporción por invalidez un 4.1% y aumentando la proporción de estar sin empleo por estar en el paro un 6.6% en el periodo de los cinco años.

Podemos encontrar paralelismos con un estudio entre el 1999-2004 en Elche, sobre el impacto de una crisis sociolaboral en la demanda de atención en salud mental, donde se detectaron cambios en el perfil sociodemográfico (sexo y nivel de formación), situación laboral y en el

## DISCUSIÓN

motivo de consulta. Aumentaron las consultas de los siguientes grupos: varones, con mayor nivel de formación, en paro, de baja laboral o pensionistas, y también aquellos con problemas laborales como principal motivo de consulta o agravando otros cuadros (Martínez Pastor y cols., 2014). En nuestro estudio sólo observamos cambios en el motivo de encontrarse sin empleo, como ya hemos mencionado, no pudiendo hacer relaciones con las demás variables debido a la falta de datos antes del 2009.

### Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. (F4)

Este grupo diagnóstico analizado contiene un total de 74.000 pacientes, siendo el que mayor número cuenta en comparación con los demás trastornos mentales. La elaboración que el perfil nos ofrece es mujer (66,4%) de unos 40 años de edad, siendo el intervalo con mayor prevalencia el de 46 a 60 años de edad, y con una diferencia de 11.1 puntos a favor de las mujeres en el mismo, soltera (35,7%) o casada (34,5%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (42,6%), que vive en su familia propia (59%), con empleo (49,5%), por cuenta ajena y fija (51%), o sin empleo (50,5%) por estar en paro (45,2%) con subsidio (20,8%). Cabe resaltar que se da estabilidad interanual en todas las variables estudiadas en los cinco años.

En relación a la variable género, los datos obtenidos eran los esperables y consistentes por los estudios publicados anteriormente (Haro y cols., 2006; Bobes y cols., 2013; Bernaldo-de-Quirós y cols., 2012).

En cambio, se encuentra en otros artículos publicados más variabilidad en cuanto a edad, estado civil, nivel educativo, tipo de convivencia y situación laboral. Dicha variabilidad también es encontrada en nuestro estudio. Empezamos comparando estas variables con ESEMeD-España, 2006, en cuanto a la edad, obtiene dos intervalos donde se da mayor prevalencia, entre 18-24 y 50-64 años de edad, el estado civil previamente casado, en desempleo y de baja por enfermedad, y en el nivel educativo y en el tamaño de municipio, no se pueden establecer diferencias dada la variabilidad.

Otro estudio expone que el perfil sociodemográfico del paciente que acude a consulta sería una mujer, soltera, de unos 30 años, empleada o estudiante, con estudios universitarios y que no vive sola (Bernaldo-de-Quirós y cols., 2012). Dicho perfil coincide con el observado en otros trabajos con pacientes que acuden a consulta con todo tipo de problemas (Labrador y cols., 2010; Vallejo y cols., 2008)

Por lo que podemos concluir, que las variables estudiadas en el grupo diagnóstico F4 se da una amplia variabilidad, no permitiendo establecer un perfil más definido, a excepción del género, superior en mujeres (66.4%) y consistente con otros estudios realizados.

#### Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos. (F6)

Estudiado un total de 12.562 pacientes, obtenemos el perfil de mujer (56,7%) u hombre (43.3%), produciéndose un aumento de mujeres en el grupo, a medida que tienen más edad. Al igual que en otros estudios asistenciales (Moreno Díaz y Medina León, 2006; Bobes y cols., 2013), no se detectan diferencias significativas en cuanto al género en la prevalencia anual,

Para la revisión de Moreno Díaz y Medina León, en el 2006, la edad de presentación y donde se acumula más el diagnóstico es entre los 34-49 años, solteros, asentándose más en las poblaciones urbanas y de nivel socioeconómico bajo así como también es mayor la prevalencia en personas con nivel educacional muy alto o muy bajo. Mientras que en nuestro trabajo, obtenemos una media de edad de 39 años, soltera/o (48%), pero en el nivel educativo no se agrupan en los extremos como el estudio anterior, sino más bien con estudios de primaria, secundaria o equivalente (47,5%).

Encontramos otros trabajos sobre los trastornos de personalidad que exponen que son mucho más propensos a estar desempleados o económicamente inactivos y menos probabilidades de poseer su propio alojamiento, personas separadas y divorciadas (Coid y cols., 2006). Estando estos datos en consonancia con los obtenidos en nuestro trabajo, mostrando que vive en su familia propia (41%), y sin empleo (68,4%) por estar en paro (44,8%) sin subsidio (26,4%).

## DISCUSIÓN

Cabe añadir que todas las variables estudiadas presentan estabilidad en los cinco años de estudio, a excepción de la variable motivo de desempleo, cambiando progresivamente tras los años, disminuyendo las proporciones por invalidez y por ama de casa, a favor de encontrarse en desempleo por estar en el paro, que aumenta un 7.4% en los cinco años de estudio.

Llama la atención que uno de los cambios que se producen durante los años de estudio en los perfiles F2, F3 y F6, es en relación al motivo de estar sin empleo, dándose un aumento en el porcentaje de pacientes por encontrarse en paro, en detrimento de otros motivos. Lo que nos sugiere algunas hipótesis tales como si la crisis económica está produciendo mayor número de trastornos mentales o si las personas que ya estaban siendo atendidas se han quedado sin empleo debido a la crisis, sugerencias que en nuestro estudio no podemos establecer asociaciones ya que los datos son dados sin estar asociados entre sí, no pudiendo saber si los pacientes han llegado al servicio ya en paro, o han perdido empleo durante las asistencias. Lo que si podemos llegar a decir, que tras los años de estudio, se han dado cambios en los perfiles F2, F3 y F6 en lo referente al motivo de estar sin empleo, aumentando el porcentaje por estar en paro.

### 6.5 Comparación entre los grupos diagnósticos estudiados.

Comparamos las variables de los grupos diagnósticos entre sí, que poseen una pérdida de información menor al 5%, que son, género edad, y altas.

En cuanto al género, los grupos diagnósticos, trastornos del humor (F3), y Trastornos de ansiedad (F4), tienen una prevalencia administrativa de más del 50% en mujeres, 71.9% y 66.4% respectivamente, (Haro y cols., 2006; Labrador y cols., 2010; Vallejo y cols., 2008; Bobes y cols., 2013; Bernaldo-de-Quirós y cols., 2012). Mientras que en esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F2), son mayores en hombres

(61.7%) (Iruin y cols., 2014; Bobes y cols., 2013; Herrán y cols., 2000; Moreno-Küstner y cols., 2000), siendo prevalencias administrativas significativas en estos grupos diagnósticos y predecibles por otros estudios tanto en las diferencias por género, como por el tamaño entre los distintos grupos diagnósticos.

En el grupo diagnóstico de los trastornos de la personalidad (F6), la variable género está más igualada en nuestro estudio, siendo las mujeres un 56,7% del total de los pacientes de este grupo, encontrando en otros estudios que las diferencias no son significativas en cuanto al género (Coid y cols., 2006; Moreno Díaz y Medina León, 2006; Bobes y cols., 2013), dada la variabilidad de tipos de trastornos de personalidad que engloba el F6, hallándose diferencias significativas en función del tipo de trastorno de personalidad que presenta, cuestión que en un próximos estudios habría que profundizar en las USMC de Canarias.

En cuanto a las diferencias de género encontradas entre los diferentes grupos diagnósticos, aun no siendo el objetivo de este trabajo, podríamos especular que pueden existir factores de vulnerabilidad (bioquímicos, hormonales, sociales) que expliquen esta preponderancia a los trastornos de ansiedad y del humor en la mujer, pero no se precisan factores específicos ni sus mecanismos de acción. Por ejemplo, se señala que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables que los hombres, y se atribuye a razones hormonales pero sin precisar el por qué (Arenas y Puigcever, 2009). Es decir, no se conoce por qué las tasas son más elevadas en las mujeres y se sabe muy poco sobre cuáles son los factores de riesgo antecedentes. Lo que sí parece evidente es que, dada la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y del humor en las mujeres, y de trastornos psicóticos en hombres, se hace necesario dar especial relevancia a la variable género tanto a la hora de identificar causas, como de desarrollar los tratamientos, como en la toma de decisión de la gestión y planificación sanitaria.

Al entrar a analizar la edad de los pacientes, observamos que en el grupo diagnóstico F2, el mayor porcentaje de la población se sitúa en los

## DISCUSIÓN

intervalos de edad de 31-45 y de 46-60 años, sin que exista diferencia entre ambos intervalos por lo que podemos ampliarlo al rango de 31 a 60 años de edad, encontrándose en él, el 73.5% de la población estudiada, y con una media de edad de 43 años. En relación a otros estudios que sitúan la edad entre 37 y 39 años de media (Bobes y cols., 2013; Herrán y cols., 2000; Moreno-Küstner y cols., 2000), nuestra población es algo mayor, explicable posiblemente por el envejecimiento de la población general de Canarias.

La edad media del grupo diagnóstico F3 es 53 años, y el intervalo que ocupan su mayor proporción (40.1%), es el de 46 a 60 años de edad, seguido por el de más de 60 años de edad con un 36%, sumando los dos un total de 76.1% de los pacientes de este grupo diagnóstico, coincidiendo con otros estudios (Haro y cols., 2006), lo que nos indica que es la población de mayor edad de los grupos diagnósticos estudiados.

En cambio, los grupos diagnósticos F4 y F6 poseen su mayor proporción de pacientes en el intervalo de 31 a 45 años de edad, 32.4% y 31.1% respectivamente, y con una edad media de 40 años para F4 y de 39 años para F6. Son grupos muy parecidos en cuanto a cómo se distribuye su edad, llegando a ser ambos grupos los de menor edad en relación a los grupos diagnósticos estudiados. Por otro lado, en la encuesta de la población general de ESEMeD-España, 2006, la edad de los trastornos de ansiedad (F4), posee dos intervalos donde se da mayor prevalencia, el de 18-24 y el de 50-64 años de edad, y en contraste con los estudios sobre los pacientes que acuden a consulta, que estiman una edad aproximada a los 30 años (Bernaldo-de-Quirós y cols., 2012; Labrador y cols., 2010; Vallejo y cols., 2008), nos hace pensar que nuestra población es mayor en edad en F4, mientras que la edad los trastornos de personalidad (F6), coincide con la literatura revisada (Moreno Díaz y Medina León, 2006) .

En cuanto a cómo se distribuyen las altas y sus tipos, con los grupos diagnósticos estudiados, vemos que el número de altas que más se da en proporción al total de su grupo diagnóstico, es el F4 (20,3%), seguido de F6 (10,3%), de F3 (8,9%), y finalmente de F2 (2,6%). Asimismo se observa estabilidad interanual en cada grupo diagnóstico en relación al porcentaje de

altas. Pero no todas las altas son del mismo tipo, y cuando entramos a analizar los tipos de alta en función de cada grupo diagnóstico, encontramos que el mayor porcentaje lo ocupa F4 en las mejorías (50,5%), le sigue F3 (40,8%) y F6 (34%), ambos en mejorías. Finalmente, la mayor proporción en tipo de alta de F2 es en traslado (26,2%), seguido por las mejorías un 22.2%. Estos datos nos hacen pensar en muchas variables que intervienen en las mejorías, y aunque no sea objetivo de este trabajo entrar a analizar todas las variables posibles, podemos llegar a generar hipótesis tales como indicadores de cronicidad, que en el caso del grupo diagnóstico F2 es más evidente, no lo es tanto en los demás trastornos, en buscar asociaciones entre profesionales sanitarios que participan y niveles de mejoría, evaluación de programas específicos que se estén implantando en un territorio definido, etc. Por lo que el análisis de las altas, se convierte en una herramienta fundamental con visiones a largo plazo sobre planificación sanitaria, y a corto plazo sobre programas específicos en pacientes muy definidos en cuanto a sus características clínicas y sociodemográficas.

## 6.6 Características de las asistencias a estudio.

Dentro de la CC.AA de Canarias se da un total de **1.483.302** asistencias, distribuidas en los años de estudio, con una media de 296.660 asistencias por año. Se estima un crecimiento del 34.28% de los contactos desde el 2009 hasta el 2013, sin embargo, y al igual que en el número de pacientes, debido a que en la Gomera y las UIJ comienzan en el mes de enero de 2010, tomamos este último año ya que el RECAP estaría en ese año a pleno rendimiento, y los datos del 2009 estarían sesgando los datos globales. Por lo que obtenemos del 2010 al 2013 un crecimiento del **16.1%** de contactos, y un crecimiento del número de contactos por año, de **5.37%** de media.

La frecuentación administrativa anual de Canarias, en nuestros cinco años de estudio es de **124.7** consultas por cada 1000 habitantes. Si comparamos estos datos con un estudio de los servicios de salud mental de Cataluña en el 2010 (Salvador-Carulla y cols., 2013), encontramos que

## DISCUSIÓN

poseen una frecuentación media de 165,4 contactos por mil habitantes en los Centros de Salud Mental para adultos, con la frecuentación más elevada por encima de 300 por mil, y las más bajas por debajo de 100 por mil. Asimismo, en sus centros de salud mental infantil y juvenil, la prevalencia asistida regional es de 33,2 pacientes por mil en menores de 18 años, con la frecuentación más elevadas con más del 55 por mil, y con la inferior de 15 por mil. Sin embargo en nuestro trabajo contemplamos los centros de salud mental para adultos y para infantil y juvenil, juntos. Por lo que se aproximarían las frecuentaciones medias de ambos trabajos, estando la frecuentación de CCAA de Canaria próxima a la de Cataluña.

Del total de las asistencias del periodo de estudio, hemos decidido analizar solamente aquellas asistencias de los grupos diagnósticos que mayor porcentaje ocupan, siendo los siguientes; F2 - Esquizofrenia, Trastornos esquizotípicos y Trastornos delirantes con un **38,1%**, F3 - Trastornos del humor (afectivos), con **19,98%**, F4 - Trastornos neuróticos, Trastornos relacionados con el estrés y Trastornos somatomorfos con **18,37%**, y F6 - Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, con un **5,32%** de todas las asistencias de los cinco años de estudio. Estos cuatro grupos diagnósticos hacen **81,77%** del total de asistencias de todos los grupos diagnósticos atendidos durante los cinco años de estudio.

La mayor frecuentación anual por grupo diagnóstico de nuestro estudio es la de los trastornos psicóticos (F2), con 290.4 consultas por mil habitantes, le sigue los trastornos del humor (F3), con 152.3 por cada mil, los trastornos de ansiedad (F4) con 140 por mil, y los trastornos de personalidad (F6) con 40.6 contactos por mil habitantes.

Si establecemos una relación por consultas por año por grupo diagnóstico, obtenemos para los trastornos psicóticos 14.38 consultas por paciente por año, para los trastornos de personalidad 6.28 consultas, para los trastornos del humor 5.3, y para los trastornos de ansiedad 3.68 consultas por año por paciente. Estudios hechos en España muestran dato parecidos respecto al consumo asistencial por grupos diagnósticos, para pacientes psicóticos 13.24 consultas, para trastornos afectivos 7 consultas

(Montilla et al., 2002), y en Andalucía en el 2005, los pacientes que más veces acudieron a consulta fueron aquellos que padecen un trastorno psicótico, con una media de 11,87, y en 2002, la media fue de 9,61 visitas. Cabe resaltar que una variable no tenida en cuenta en nuestro estudio, es el tiempo de duración del contacto, ya que siguiendo a Montilla y cols., (2002) los datos se pueden considerar similares si se valora el tiempo de duración de la asistencia, junto con el número de visitas.

En cuanto a que los trastornos psicóticos tengan un número de consultas por caso muy alto, llega a suponer un indicador de buena práctica asistencial ya que, los pacientes con diagnóstico severo, incluidos en este estudio, tienen una alta tasa de frecuentación de servicios y de dedicación de tiempo en los mismos.

## 6.7 Distribución geográfica de las asistencias a estudio.

Uno de los objetivos del estudio es conocer las diferencias en el empleo de los recursos entre las distintas islas del archipiélago canario, la diferencias entre los municipios capitalinos y los demás municipios (rural – urbano), y las USMC entre sí.

En primer lugar hay que considerar que las diferentes dotaciones de personal de cada uno de los servicios, modificarán su capacidad para realizar más o menos consultas. No obstante, entendemos que no hay que interpretar estos resultados desde el punto de vista del profesional, sino desde la perspectiva del usuario, es decir, qué posibilidades tiene el paciente de recibir más o menos contactos.

Comenzamos por conocer la distribución geográfica de las asistencias por islas. Observando con datos brutos que las asistencias que se encuentran en las islas capitalinas son 49% en Gran Canaria y 33% en Tenerife, ambas suman el 82% de las asistencias totales de las Islas Canarias, siendo la última la isla la de El Hierro, con un 0.7% de las asistencias totales. En cambio si estudiamos la frecuentación de asistencias por año, llama la atención que El Hierro sea la isla que ocupa el primer lugar con 179.2 asistencias por mil habitantes, seguida de Lanzarote con 171.9,

## DISCUSIÓN

Gran Canaria con 148.8, La Palma con 147.6, La Gomera con 135.5, Tenerife con 97, y finalmente Fuerteventura con 68 asistencias por mil habitantes Cabe resaltar que la frecuentación anual de Canarias, es de 124 consultas por cada 1000 habitantes.

Además de observar las distribuciones por islas, procedemos a analizar las asistencias por la característica del medio, ya sea urbano o rural. No sin antes puntualizar que mientras el Instituto Nacional de Estadística establece como punto de corte más 10.000 habitantes, en nuestro estudio, hemos optado por establecerlo en 200.000 habitantes por las características de nuestro territorio. A modo de ejemplo la isla de El Hierro posee más de 10.000 habitantes y tiene adscrita sólo una USMC para toda la isla, estando la población muy dispersa en los tres municipios y teniendo una densidad muy baja en comparación con las capitales de provincia, que poseen más de 200.000 habitantes, considerándolas las únicas urbanas en nuestro estudio, asimismo los términos rural y urbano representan un espectro continuo. Atendiendo a que consideramos urbano las asistencias dadas en las capitales de provincia (Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de Gran Canaria), y las demás, rurales, obtenemos que las asistencias están distribuidas un 51% de las asistencias provenientes del medio rural frente al urbano, que es de un 49%, no dándose diferencias significativas. Lo mismo ocurre con el porcentaje de rural / urbano en cada grupo diagnóstico, lo que nos lleva a pensar que no existen diferencias en las asistencias por grupo diagnósticos en ambos medios.

No obstante, cuando analizamos la frecuentación, encontramos que en el medio urbano se dan 160 contactos por cada 1000 habitantes, siendo superior frente al rural que es de 102 contactos por cada 1000 habitantes. Por lo que podemos pensar que cualquier grupo diagnóstico de los estudiados tiene más frecuentación en el medio urbano frente al rural (Montilla y cols., 2002). Existe una extensa bibliografía al respecto en la que nuestros datos generan alguna disparidad. Según Peen y Dakker (2004), defienden que el vínculo entre el medio urbano y el desarrollo de trastornos psiquiátricos está bien establecido, y revisan estudios apoyando su tesis. De

la misma manera Muñoz (1999) en “Morbilidad psiquiátrica y proceso de urbanización” explica como viene de lejos el poner en correspondencia los procesos de urbanización con el posible desarrollo de enfermedades psiquiátricas. Hechos más evidentes cuando se trata de los trastornos psicóticos (Iruin y cols., 2014). Sin embargo el hecho de que se mantengan igual las proporciones de las asistencias entre rural y urbano, y también entre los distintos grupos diagnósticos, pero que se dé más frecuentación en el medio urbano, nos genera explicaciones posibles, como que la gravedad de los trastornos es menor en el medio rural, ya que es sabido que hay una menor asistencia de los trastornos menos graves en el medio rural y una asistencia semejante para los trastornos más graves en ambos hábitats (De Francisco y Goenaga, 2002). Es por ello que al haber más gravedad, aumente la frecuentación en el medio urbano.

Otras razones que pueden estar explicando este hecho, son que en el medio urbano hay más accesibilidad en las USMC, ya sea porque cuentan con mayores recursos humanos, como por el acceso físico al Centro (estructura del edificio, distancia y facilidad de los medios de transporte), como por las derivaciones de Atención Primaria. Esta última afirmación sería coherente con lo señalado por Goldberg (1995) cuando afirma que los médicos de atención primaria son más partidarios de derivar a los pacientes con trastornos mentales más severos, a los pacientes jóvenes y a los varones, y que los médicos de atención primaria de zonas rurales son menos partidarios de derivar que los de zonas urbanas (Retolaza, 2009). Las dudas acerca de las asistencias de los diferentes trastornos en los hábitats señalados, sólo podrían resolverse con otros estudios poblacionales.

A continuación nos interesa saber las asistencias por USMC de las Islas Canarias. Es por lo que encontramos que la USMC que más pacientes atienden en datos brutos, es Canalejas con 140.019 atenciones, un 11,5% de las asistencias de todas las USMC. Le sigue Arrecife – Valterra con 93.352 asistencias, siendo un 7.7% de las asistencias de todas las USMC. En cambio, si lo estudiamos teniendo en cuenta la población adscrita, tenemos también en primer lugar a Canalejas con 293.7 consultas por cada

## DISCUSIÓN

mil habitantes, mientras que le siguen, Triana con 205 consultas por mil habitantes, S/C de La Palmas con 184.1 y Valverde con 179 consultas por mil habitantes.

Ahora bien, no se distribuyen por el territorio las asistencias de los grupos diagnósticos por igual. Por isla y en relación a las asistencias de los grupos diagnósticos, Gran Canaria ocupa el primer lugar frente a las demás islas del archipiélago en datos brutos en todos los grupos diagnósticos, siendo el porcentaje que atiende del total de cada grupo diagnóstico, el siguiente; de F2 atiende su 53.7%, de F3 el 48.7 %, de F4 el 38.9 %, y de F6 el 53.1%. Le siguen; Tenerife, Lanzarote, La Palma, Fuerteventura, La Gomera y El Hierro. Se aprecia que decrecen las asistencias en todas las islas en el mismo orden para cada grupo diagnóstico. Si analizamos los grupos diagnósticos por USMC, en datos brutos, obtenemos en primer lugar los F2, F3 y F4 en Canalejas. F2 con unas 64.293 asistencias y un 11,4%, F3 con unas 40.591 asistencias y un 13,7% y F4 con unas 28.692 asistencias y un 10,5%, en relación a las demás USMC. Con respecto a los F6, lo encabeza la USMC de Ciudad Alta, con 15.104 asistencias, siendo un 19,1% de las asistencias de este grupo diagnóstico en relación al resto de las USMC.

No obstante, si realizamos un análisis de las proporciones totales de los diagnósticos atendidos por cada isla, se puede apreciar diferencias entre islas, obteniendo que las islas que encabezan cada grupo diagnóstico son las siguientes; en la isla de El Hierro, el 56% sus asistencias pertenece al F4, le sigue Lanzarote en 53.1% de F2, la isla de La Palma con el 36.8% de F3, y el 8.2 % de F6 en las asistencias de la isla de Lanzarote. Así como, en las USMC de Canarias, encontramos diferencias en cuanto a cómo están distribuidas las asistencias de los grupos diagnósticos en función de cada USMC. Hallando que en la UIJ HUC, el 68% de sus asistencias son F4, en F2, Triana con un 60.4% de sus asistencias, F3 en los Llanos de Aridane con un 38.3%, y F6 es un 22.3% de las asistencias en Ciudad Alta.

Se aprecian diferencias tanto en el número de asistencias como en la distribución de los diagnósticos entre las distintas islas del archipiélago

canario y entre las USMC. Esto podría explicarse tanto desde la perspectiva de los pacientes y su entorno, como desde la USMC que les atiende.

## 6.8 Profesionales que realizan las asistencias en las USMC.

Al igual que quisimos saber las diferencias geográficas de las asistencias en la CCAA de Canarias, vamos a conocer las diferencias en los contactos con los distintos profesionales sanitarios que configuran las USMC. Teniendo en cuenta que cada profesional tiene unas funciones y una distribución distinta en comparación con otros profesionales, sabemos de antemano, que tanto cuantitativa como cualitativamente, la actividad asistencial de cada categoría profesional tendría que ser diferente.

En datos brutos, la distribución en porcentajes de todos los contactos por profesional, se muestra de la siguiente manera, el primer lugar lo ocupan los psiquiatras realizando 403.872 contactos (33.3%), seguidos por los DUE con 377.557 contactos (31%), los psicólogos clínico con 248.724 contactos (20.5%), los auxiliares de enfermería con 97.476 contactos (8%) y los trabajadores sociales son 85.238 contactos (7%). No se encuentran cambios significativos durante los cinco años de estudio en los porcentajes de cada profesional sanitario.

En cuanto a cómo se distribuyen los contactos profesionales por isla, Gran Canaria ocupa el mayor número de contactos en todas las categorías profesionales, quedando de la siguiente manera, los Psiquiatras, 190.324 (47.1%) contactos, los DUE, 186.369 (49.4%) contactos, los Psicólogos Clínicos, 106.790 (42.9%) contactos, los Auxiliares de Enfermería 71.227 (73.1%) contactos, y los Trabajadores Sociales, 39.889 (47%) contactos. Nos llama la atención que se mantenga el orden de profesionales en todas las islas en comparación con los contactos totales de los profesionales de Canarias. Igualmente ocurre cuando se analiza por isla, quedando de mayor a menor porcentajes de asistencias por cada uno de los profesionales el siguiente orden, Gran Canaria, Tenerife, Lanzarote, La Palma, Fuerteventura, La Gomera y El Hierro. Esto nos puede estar indicando que

## DISCUSIÓN

la proporción de asistencias de los profesionales es homogénea entre las islas del archipiélago.

En cambio el reparto de los contactos realizados por profesional, en función del grupo diagnóstico, muestra que los psiquiatras ocupan el primer lugar en contactos en F3 y F6, con 147.397 (36,5%) y 26.971 (6,7%), respectivamente. Mientras que en el F2, los DUE con 294.188 (77,9%) y en F4 los psicólogos clínicos 141.412 (56,9%) contactos.

Unos de los datos esperables que se comparten con otros estudios, es que el mayor número de consultas lo realizan los psiquiatras, así como con el tipo de diagnóstico, que se encontró en un estudio en USA, donde los psiquiatras proporcionaban un significativo mayor número de consultas que los psicólogos clínicos, para trastornos esquizofrénicos, pacientes bipolares, abuso de sustancias y depresión, pero significativamente menor para trastornos de ansiedad y síntomas misceláneos de nerviosismo, siendo tratado por los psicólogos clínicos (Retolaza, 2009). Sin embargo en nuestro estudio, los DUE ocupan el primer lugar en atenciones al grupo diagnóstico F2, y el segundo lugar después de los psiquiatras en las asistencias, en general, quizás debido al seguimiento de los pacientes en relación a su tratamiento farmacológico, generando así, una alta frecuencia de contactos.

Si observamos la proporción de los contactos de los profesionales dentro de cada isla del Archipiélago Canario, el mayor porcentaje de contactos es de Psicólogos Clínicos en el isla de El Hierro con un 52,1%, los Psiquiatras en la Gomera con un 47,3%, Los DUE en Tenerife con un 32,2%, y los Trabajadores Sociales y los Auxiliares de Enfermería, en la isla de Lanzarote con un 14,9% y un 14%, respectivamente. La distribución de profesionales por medio rural y urbano, se puede encontrar, como los Auxiliares de Enfermería son superiores en urbano un 64.9%, mientras que, Psicólogos Clínicos, Trabajadores Sociales, DUE, y Psiquiatras se encuentran repartidos de forma homogénea en los distintos hábitats.

Si analizamos los contactos por profesionales por USMC, obtenemos que en Ciudad Alta están los Auxiliares de Enfermería que más contactos realizan por USMC, con un 18,1% de sus contactos, le siguen los Trabajadores Sociales en UIJ de Fuerteventura con un 17%, y en Canaleja,

los Psiquiatras, DUE y Psicólogos Clínicos con un 13,6%, 11.7% y 9.2%, respectivamente

Sin embargo, si realizamos un análisis de las proporciones totales de los contactos profesionales por cada USMC, se pueden apreciar diferencias entre ellas. Siendo los mayores contactos en proporción por profesional en cada USMC, se encuentra que el 56.9% de los contactos de la UIJ HUC los hace el psicólogo clínico, en San Sebastián de La Gomera un 47.3% el psiquiatra, en Icod un 42.6% es asistido por el DUE, en Ciudad Alta un 26.1% de las asistencias es realizada por el Auxiliar de Enfermería, y en Gran Tarajal, 13.7% de los contactos es del trabajador social. Esto muestra grandes diferencias en cuanto a la posibilidad de que profesional puede asistir al paciente en función de la isla y de la USMC a la que esté adscrita.

## 6.9 Limitaciones del estudio.

Al no disponer de información referida a cada asistencia por paciente, no podemos conocer cómo se comporta un paciente a lo largo del periodo de estudio, ni asociar las características del mismo entre ellas, quedándonos el análisis a nivel de grupo.

Hay que tener en cuenta los problemas de calidad en la cumplimentación de las variables de la ficha epidemiológica del RECAP, las situación laboral, convivencia, nivel educativo, y estado civil, no están cumplimentada entre el 41.9% y el 67.5%, quedándose esta información perdida. Asimismo, al tomarse los datos una sola vez en dicha ficha, y no actualizarse cada cierto periodo, un paciente puede cambiar su situación a lo largo del año y no estar siendo recogida por el sistema. Es por ello que, los datos referentes a la situación laboral, convivencia, nivel educativo, y estado civil, limitan nuestro estudio.

Entre las características de los RCP se encuentra que son muy dependientes de la naturaleza y la estructura de los servicios, y de las características de la población de referencia, de forma que fenómenos sociales como las migraciones pueden tener un impacto desconocido en los datos. Es necesario resaltar que los RCP no suelen registrar los actos

## *DISCUSIÓN*

clínicos realizados en Atención Primaria (Iglesias y cols., 2014), por ello esta metodología estaría limitada para conocer la morbilidad psiquiátrica existente en la población general. Sin embargo, Según Bobes y cols., (2013), entre los índices epidemiológicos, la tasa de prevalencia asistida anual es la medida más útil para conocer la carga total de la enfermedad, y su impacto asistencial en los servicios de salud mental. Los pacientes que contactan con los servicios (morbilidad administrativa) son una fuente de datos válida para conocer la evolución de las enfermedades, que resulta más fiable cuanto más definida y delimitada sea la zona geográfica y más completo y estructurado sea el sistema de recogida de información. (Bobes y cols., 2013). Asimismo, estudios sobre la población atendida, nos permite una conocer una morbilidad más real, su evolución y las variables que pueden estar implicadas.

En España, pese a que cada Comunidad Autónoma cuenta con un RCP, nos hemos encontrado poca explotación y publicación de sus datos, limitando así la comparación y el estudio de los mismos. Asimismo, son muchos los estudios epidemiológicos que hacen referencia a la prevalencia de trastornos mentales en las diferentes Comunidades Autónomas. Sin embargo no existe una metodología común que pueda sentar las bases para establecer comparaciones entre las diferentes comunidades, de manera que si queremos llevarlas a cabo debemos centrarnos en cuestiones comunes, tales como el diseño o el tipo de instrumentos utilizados (Salvador-Carulla y cols., 2002; Iglesias y cols., 2014).

## **7 CONCLUSIONES**



1. Los pacientes atendidos en las USMC de Canarias del 2010 al 2013 crecen presentando un promedio de 4.92% de pacientes por año, y su evolutivo un 15% del 2010 al 2013.
2. La tasa de prevalencia anual de las USMC de Canarias es un promedio de 2.61%, y crece por año un 0.2%. Se estimar que las USMC de Canarias atienden alrededor de un tercio de la enfermedad mental existente en la Comunidad, el 31.1%.
3. La morbilidad administrativa en las USMC de Canarias en el periodo de estudio, es: trastornos de ansiedad (29,14%), trastornos afectivos (22,03%), trastornos psicóticos (15,47%) y trastornos de la personalidad (4,95%).
4. Las tasas de prevalencias por cada mil habitantes; trastornos de ansiedad (7,61), trastornos afectivos (5,75), trastornos psicóticos (4,04) y trastornos de la personalidad (1,3). Se estimar que las USMC de Canarias atienden el 49.9% de trastornos psicóticos, el 15% de trastornos de ansiedad, el 13,4% de trastornos afectivos y el 10% de trastornos de la personalidad.
5. Los perfiles de los pacientes por grupo diagnóstico que acuden a las USMC de Canarias en el periodo de estudio son:
  - a. Trastornos psicóticos (F2): hombre (61,7%) de unos 43 años de edad, soltero (64,5%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (49,7%), que vive en su familia de origen (45,8%), y sin empleo (81,8%) por invalidez (30,7%) o por estar en paro (25,7%).
  - b. Trastornos afectivos (F3): mujer (71,9%) de unos 53 años de edad, casada (43%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (42,6%), que vive en su familia propia (60,6%), y

## CONCLUSIONES

- sin empleo (61,2%) por estar en paro (28,1%) o ser ama de casa (20,7%).
- c. Trastornos de ansiedad (F4): mujer (66,4%) de unos 40 años de edad, soltera (35,7%) o casada (34,5%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (42,6%), que vive en su familia propia (59%), con empleo (49,5%), por cuenta ajena y fija (51%), o sin empleo (50,5%) por estar en paro (45,2%) con subsidio (20,8%).
- d. Trastornos de la personalidad (F6): mujer (56,7%) de unos 39 años de edad, soltera (48%), con estudios de primaria, secundaria o equivalente (47,5%), que vive en su familia propia (41%), y sin empleo (68,4%) por estar en paro (44,8%) sin subsidio (26,4%).
6. Las asistencias de las USMC de Canarias han crecido en el periodo de estudio, un 16.1%, con un incremento anual promediado de 5.37%. La frecuentación administrativa anual de las USMC de Canarias es de 124.7 consultas por cada mil habitantes.
7. La frecuentación administrativa anual por grupos diagnósticos por cada mil habitantes es: trastornos psicóticos (290.4), trastornos afectivos (153.3), trastornos de ansiedad (140) y trastornos de la personalidad (40.6). Las consultas medias al año de un paciente por grupo diagnóstico es: trastorno psicótico (14.38), trastorno de la personalidad (6.28), trastorno afectivo (5.3), y trastorno de ansiedad (3.68).
8. La distribución geográfica de las asistencias en el quinquenio 2009 - 2013, es la siguiente:
- a. La isla de El Hierro es la que más frecuentación tiene por habitantes, 179.2 asistencias al año.

- b. En el medio urbano se dan más frecuentación frente al rural, 160 asistencias por mil habitantes, frente al 102.
  - c. La USMC de Canalejas tiene la frecuentación más alta de la Canarias con 293.7 asistencias por cada mil habitantes.
9. La distribución de los contactos de los profesionales que realizan las asistencias en las USMC durante el periodo de estudio, queda de la siguiente manera:
- a. Los porcentajes de los contactos por profesional son; psiquiatras (33.3%), DUE (31%), psicólogos clínicos (20.5%), auxiliares de enfermería (8%), y trabajadores sociales (7%).
  - b. Los porcentajes de los contactos por profesional, en función del grupo diagnóstico que atienden en primer lugar, son; psiquiatras en F3 (36.5%) y F6 (6.7%), DUE en F2 (77.9%), y psicólogos clínicos F4 (56.9%).



## **8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Aparicio-Basauri V. (1993). *Evaluación de Servicios de salud Mental*. AEN. Madrid.
- Arenas, MC. y Puigcever, A. (2009). *Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica*. Valencia: Escritos de Psicología, 3 (1) 20-29.
- Asociación Mundial de Psiquiatría (2007). *La esquizofrenia abre las puertas*.
- Ayuso-Mateos, JL., Gutiérrez-Recacha, P., Haro, JM. y Chisholm, D. (2006). *Estimar la prevalencia de la esquizofrenia en España mediante un modelo de enfermedad*. Epub 21 de julio.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, FJ., Labrador J., Fernández-Arias, I., Gómez, L., Blanco, C. y Alonso, P. (2012). *Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad*. *Psicothema* 2012. Vol. 24, nº 3, pp. 396-401
- Berrios, GE. (1991) *Evaluación de servicios de salud mental*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 21(37):87-92.
- Bobes, J., Iglesias García, C. Á., García-Portilla González, M. P., Bascarán Fernández, M. T., Jiménez Treviño, L., Pelayo-Terán, J. M. Saiz Martínez, P. A. (2013). *Evolución de la prevalencia administrativa de los trastornos mentales durante 13 años en Asturias (norte de España)*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 6 (2) 60 – 66.
- Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, E. (2010). *Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España*. *Psicothema*: Vol. 22, nº 3, pp. 389 - 395.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canela-Soler, J., Elvira-Martínez, D., Labordena-Barceló M. y Loyola-Elizondo, E. (2010). *Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora Medicina Clínica*. Barcelona: 134 (Supl 1) 3 – 9.
- CIBERSAM - Centro de Investigación Biomédica En Red para Salud Mental (2009). *Plan estratégico para el periodo 2011-2013*.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, J., Usall, J., Dolz, M. y Haro, JM. (2007). *Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España*. Actas Española Psiquiatría 35 (Supl. 2) 21 - 28.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. y Ullrich, S. (2006). *Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain*. The British Journal of Psychiatry 188 (5) 423-431.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Libro verde.
- Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid (2006). *Estigma social y enfermedad mental*.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, (2007). *Plan estratégico de Madrid 2010-14*.
- Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía (2008) *La Salud Mental en Andalucía 2003-2006. Programa de Salud Mental*.
- Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias (2002). *ORDEN de 4 de marzo de 2002, por la que se amplía la relación de ficheros de datos de carácter personal existentes en el Servicio*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canario de la Salud*. Boletín Oficial de Canarias núm. 50, viernes 19 de abril de 2002.
- Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. *Plan de Salud de Canarias 2004-2008*.
  - Corrigan, P. (2004). *How stigma interferes with mental health care*. Am Psychol. 59:614-25.
  - De Francisco Beltrán, P. y Goenaga Palancares, E. (2002). *Diferencias de la demanda en Salud Mental según hábitat* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 22 (82) 105 – 113.
  - Delgado A. (1991). *Influencia de la necesidad y otras variables individuales. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Barcelona. En: De la Revilla L (ed). Eds Doyma SA; 11-19.
  - Desviat, M. (2010). *Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España*. Madrid: Cuadernos de Trabajo Social, v.23, (pp.253-263).
  - Desviat, M. (2011). *La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad*. Madrid: Revista Española de Salud Pública, 201, 85, (5) 427-436.
  - Díaz Cruz, F. (2001). *Salud mental en la isla de Tenerife: un estudio epidemiológico*. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna. La Laguna, España.
  - Díaz Garrido, JA. (2013). *Evaluación de los ingresos y reingresos psiquiátricos agudos en los hospitales públicos de Canarias en el período 2000-2010*. Tesis doctoral. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España. Las Palmas de Gran Canaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz-Cruz, F., Bethencourt, JM., y Peñate, W., (2004). *Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.90, pp. 21-39. ISSN 0211-5735.
- Díez Manrique y cols. (1980). *La urgencia psiquiátrica*. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica XIV, n.O 2: 133-151.
- Espino Granados JA (2006). Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En Espino Granado JA (Coordinador): *La Atención a la salud mental en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández Blanco, J. y Sánchez Vicente, MC. (2003). *La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales*. Intervención Psicosocial, Vol. 12 (1) 7 - 18.
- Fernández Liria A, Vicente Muelas N, y García Alvarez JL. (1994). *La implantación del registro de casos psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de Madrid*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol. XIV, n51, pp. 569-582.
- Fernández López L., Morera A., Cuesta J., Valenciano R., Tost L., Morales C. (1992). *Urgencias psiquiátricas en el Hospital General: análisis de un año*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XII, N.O 43.
- Génova Maleras R, Álvares Martín E, Moran Ginestar C. (2006). *Carga de enfermedad en de la población española Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondal Assistance, 107-124.
- GNP - Gruppo Nazionale Progress (2000). *Le strutture residenziali psichiatriche. Salute e Territorio*. Italia: 121: 183-187.
- Gobierno de Canaria (2014). *Recursos sanitarios en Salud Mental*.

Sanidad. Recuperado desde:

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=50faada8-f82f-11dd-b1fa-a5269341ea94&idCarpeta=f0ae71f7-a98d-11dd-b574-dd4e320f085c>

- Gobierno de Canaria (2015). *Sanidad abre la nueva Unidad de Internamiento Breve del Hospital General de Fuerteventura*. Sanidad. Recuperado desde:  
<http://www.gobiernodecanarias.org/noticias/historico/Sanidad/63571/sanidad-abre-nueva-unidad-internamiento-breve-hospital-general-fuerteventura>
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock Publications. (Traducido al castellano: *Enfermedad mental en la comunidad*, Madrid, Nieva, 1990).
- Goldberg, D. (1995). *Epidemiology of mental disorders in primary care settings*. *Epidemiologic Reviews*, 17, 182 -190.
- Goldberg, D., (1995). *Epidemiology of mental disorders in primary care settings*, *Epidemiologic Reviews*, 17, pp. 182-190.
- Gutiérrez M, Preckler S, Acosta F, Barrera A, Pereira J, Hernández J, y Sánchez J. (2014). *Un Sistema de Información Integral en Salud Mental: Registro De Casos Psiquiátricos De Canarias (Recap.)* Presentado en el XVII Congreso Nacional de Informática de la Salud (Inforsalud 2014).
- Haro, JM., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz M., Alonso, J. y grupo ESEMeD España (2006). *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España*. *Med Clin (Barc)*. 126 (12) 445-51.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herrán, A. Sierra-Biddle, D. Cuesta, M. J. Sandoya, M. Díez-Manrique, J. F. y Vázquez-Barquero, J. L. (2010). *Determinantes de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia crónica*. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000.
- Iglesias, CG., Sáiz, PM., García-Portilla, MP., Bousoño, MG., Jiménez, LT., Sánchez, FL. y Bobes, J. (2014). *Efectos de la crisis económica en la demanda por trastornos mentales en Asturias: datos del registro acumulativo de casos psiquiátricos (2000-2010)*. Actas españolas de psiquiatría, 42 (3) 108-115.
- INSALUD, (1986). *Unidades de Salud Mental: Normas de Funcionamiento*. Papeles del Psicólogo. ISSN 0214 – 7823, Junio, nº 26, 1986. Recuperado desde:  
<http://www.papelesdel psicologo.es/vernumero.asp?id=276>
- Instituto Nacional de Estadística. (1993). *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991*. Madrid: INE.
- Iruin, A., Aldama, A., Ramirez, M., Lopez-Picado, A., Latorre, A., Etxebeste, M., Mosquera, F., Gonzalez-Pinto, A., Latorre, K., Aizpuru, F. (2014). *Mapa geográfico de salud mental: variación geográfica en psicosis y asociación con factores ambientales*. Investigación Comisionada. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz Informe Osteba D-14-02.
- Jiménez Estévez, J. F. (2011). *El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España*. Revista de

- la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(112) 735-751.  
Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=265022192011>
- Labrador, F.J., Estupin, F.J., y García-Vera, M.P. (2010). *Demanda de atención psicológica en la práctica clínica*. *Psicothema*, 22, 619-626.
  - Lluch, E. (1985). *Informe para la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Ministerio de Sanidad. Madrid.
  - Martín Pérez, C. (2005). *Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. España, Granada.
  - Martinez CJ, Garcia, MA, Marti, A, Fenollar I F, Quiles J, Real V. (2011). *Impact of a social and employment crisis on the demand for mental health care* (Footwear Crisis, Elche 2004). *Revista de psiquiatría y salud mental*. 2011;4 (2):75-80. Impacto de una crisis sociolaboral en la demanda de atencion en salud mental (crisis del calzado, Elche 2004).
  - Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
  - Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
  - Montero, I., Aparicio, D., Gomez-Beneyto, M., Moreno-Kustner, B., Reneses, B., Usall, J. et al. (204) *Género y salud mental en un mundo cambiante*. *Gaceta Sanitaria*. 18:175-81.
  - Montera, I., Apariciob, D., Gomez-Beneytoc, M., Moreno-Kustnerd, B., Renesese, B., Usallf, J., Vazquez-Barquerog, JL. (2004). *Género y salud mental en un mundo cambiante*. *Visiones de la salud pública*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

desde la perspectiva de género y clase social Gaceta Sanitaria 18 (Supl 1) 175 – 81.

- Montilla, JF., González, C., Retolaza, A., Dueñas, C., y Alameda, J., (2002). *Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2002, vol XXI, n.º 84, pp. 25-47
- Moreno Díaz MJ. y Medina León, A. (2006). *Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad*. Universidad de Córdoba. Fuente: PSQUIATRIA.COM. 10(1).
- Moreno Küstner, B. (2002). *Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Departamento de Medicina legal, Toxicología y Psiquiatría. Granada. España.
- Moreno Küstner, B. (2011) *¿Por qué no funcionan los sistemas de información en salud mental? Diez requisitos necesarios para su implementación*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 32 (113) 29 - 38.
- Moreno Küstner, B. (2012). *Los Sistemas de Información en Salud Mental en Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental*. Edicomplet. Grupo SANED.
- Moreno Küstner, B., Rosales Varo, C. y Torres Gonzalez, F. (2001). *Creación y funcionamiento del Registro Andaluz de Esquizofrenia*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.77, pp. 51-65.
- Moreno, B. (2012). *¿Por qué no funcionan los sistemas de información en salud mental? Diez requisitos necesarios para su implementación*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 32 (113), 29-38.
- Moreno-Küstner, B., Luna Del Castillo, JD., Torres-González, F., Rosales-Varo, C. (2000). *Registro de casos. Factores predictores del*

*tiempo entre los contactos Ambulatorios en pacientes esquizofrénicos.*  
Un estudio de registro de casos. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de  
Febrero - 15 de Marzo 2000. Rescatado desde:  
[http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa50/conferencias/50  
ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa50/conferencias/50_ci_a.htm)

- MSC - Ministerio de Sanidad y Consumo (1983). *ORDEN del 27 de Julio de 1983, de constitución de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.* BOE 196 pp 22596-22596.
- MSC - Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.* Madrid.
- MSC - Ministerio de Sanidad y Consumo (1986). *Ley 14/1986 General de Sanidad.* BOE n 102 pp 15207-15224.
- MSC - Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006.* Madrid.
- MSPS - Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.* Madrid.
- MSSSI - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Sistema de Información de Atención Primaria.* Recuperado desde:  
<http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- Muñoz Sánchez S., García Jorge P., García de Fernando García S., Portabales Barreiro L., Moreno Fernández L., Ceverino Domínguez A., Polo Usaola C. (2013). *Conducta suicida y crisis económica.* Norte de salud mental, 2014, vol. XII, nº 48: 36-43.
- Muñoz, P. (1999). *Morbilidad psiquiátrica y proceso de urbanización.* En B. Reneses (coord.), *La salud mental en las grandes ciudades* (pp. 65-84). Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OMS - Organización Mundial de la Salud (1976). *El suicidio y los intentos de suicidio*. Cuadernos de Salud Pública, n.º 58. Ginebra.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria*. Alma-Atá: URSS. Ginebra.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades. 10<sup>a</sup> Revisión (CIE-10). [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf)
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2005). *Sistemas de Información en Salud Mental*. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas en Salud Mental. Ginebra.
- OMS – Organización Mundial de la Salud (2011) *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. Consejo Ejecutivo EB130/9. Punto 6.2 del orden del día provisional.
- Ortiz, A., González, R., y Rodríguez, F. (2006). *La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable*. Atención Primaria, 38, 563-569.
- Peen, J. & Dakker, J. (2004). *Is urbanicity an environmental risk-factor for psychiatric disorders?* The Lancet, 363, 2012 -2013.
- Peiró, S. (1997). *Valoración de los sistemas de información desde la perspectiva de la docencia-investigación*. Papeles Médicos, 6 (1) 22-37.

- Peset, J.L. (2003). *La historia de la psiquiatría vista por un historiador*. Átopos, 12 (1), 25-32.
- Pileño Martínez, ME., Morillo Rodríguez FJ., Salvadores Fuentes, P. y Nogales Espert, A. (2003). *El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval*. España: Cultura de los Cuidados Vol.13.
- Pons, I., Pedreira, V., Lalucat, L., Espinosa, MI., Pedreira, JL., Eguiagara, M. et al. (1992). *Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica*. Documento del grupo de trabajo sobre registros de casos psiquiátricos. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría (12) 115 - 124.
- Retolaza A. (Coordinador) (2009). *Ponencias del XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Cádiz*. 3-6 de junio de 2009.
- Retolaza, A., (2007). *Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados?*. Norte de salud mental (29) 44– 50.
- Rhodes, A. y Goering, P. (1997). *Diferencias entre sexos en el uso de los servicios de salud mental ambulatorios*. Revista de Toxicomanías. Nº. 10.
- Ricci-Cabello, I., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. y Montero-Piñar, I. (2006). *Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos. Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006*. Rev Esp Salud Pública 2010; 84: 29-41 Nº 1.
- Rodríguez Pulido F., De las Cuevas Castresana C., Henry Benítez M., Morilla Cantero J., Frugoni Perdomo A., Alamo V. y González de Rivera JL. (1989). *Variables socio-demográficas y psiquiátricas de las*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- tentativas de suicidio atendidas en un hospital general*. *Psiquis*; 10: 293-299.
- Rodríguez Pulido, F. y Hardisson Duque, M. (2010) *Informe de la Junta Directiva de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría (Canarias)*. Observatorio de salud mental 2010 de la asociación española de Neuropsiquiatría. Cuadernos técnicos, Madrid 2010:15. 65-77.
  - Saha, S., Chant, D., Welham, J. y McGrath, J. (2005). *A systematic review of the prevalence of schizophrenia*. *PLoS Med*. 2(5) 413-33.
  - Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J. L., Muñoz, P. E., Gómez-Beneyto, M., & Torres, F. (2002). *La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?* In: J. M. Cabasés, J. R. Villalba, & C. Aibar (Orgs.), *Informe SESPAS 2002: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública* (pp. 301-326). Valencia: Generalitat Valenciana y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.
  - Salvador-Carulla, L., Serrano-Blanco, A., Garcia-Alonso, C., Fernandez, A., Salinas-Perez, JA., Gutiérrez-Colossía, MR., Marfull-Blanc, T., Rodero-Cosano, ML., Prat-Pubill, B., Molina, C. (2010). *GEOSCAT: Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña*. Barcelona: Plan director de salud mental y adicciones. Barcelona: Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, Generalitat de Cataluña; 2013 [Traducido del Catalán].
  - Sampaio-Faria, J.G. (1990). *Europa en el año 2000: hacia un lugar para la salud mental*. *Papeles del Psicólogo*, Época II, 53, 22-28.
  - Sánchez Autet, M., Miquel de Montagut, L., Pardo Gallego, M., Miñambres Donaire, A., Borràs Torralbo, M., M. Planella Sala, M. y

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rivero Ortega, S. (2006). *Trastornos de personalidad y comorbilidad*. X Congreso Nacional de Psiquiatría. *Psiqu Biol.* 13 (Supl 3)1-177.
- SNS – Sistema Nacional de Sanidad (2011). *Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.
  - Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2011). *Effects of the 2008 financial crisis on health: a first look at European data*. *The Lancet*, 378: 124–5.
  - Ten Horn, GH. y Pedreira JL. (1988). *Epidemiología y registro de casos en salud mental infanto-juvenil*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 8 (26) 373 - 390.
  - Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). *The prevalence of personality disorders in a community sample*. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590– 596.
  - Vallejo, M.A., Jordán, C.M., Díaz, M.I., Comeche, M.I., Ortega, J., Amor, P., y Zubeidat, I. (2008). *Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online*. *Psicothema*, 20, 610-615.
  - Van den Bosch, LM. y Verheul, R. (2007). *Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications*. *Curr Opin Psychiatry*. 20 (1) 67 - 71.
  - Villaverde, M.L. (1991). *Estudio de morbilidad psiquiátrica en población urbana de Tenerife*. Tesis doctoral, Universidad de La Laguna. La Laguna, España.
  - WHO - World Health Organization (2011). *European Health for All Database*.









ANEXOS

Anexo 2: Fichas de datos epidemiológicos del RECAP.

**Ficha Epidemiológica para Adultos**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Profesional: \_\_\_\_\_  
Centro de Salud: \_\_\_\_\_  
N.I.F.: \_\_\_\_\_ N° Afiliación al INSS: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Tarjeta Sanitaria N°.: \_\_\_\_\_

**DATOS BÁSICOS**

Fecha Día: \_\_\_\_\_  
Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
Remitente: Atención Especializada, Atención Primaria, Autoridad Judicial, Centros Educativos, Familiar, Iniciativa Propia, Otros, Servicios Sociales, U.I.B., Urgencias.  
¿Está en tratamiento psicofarmacológico?  Si  No

Nivel Educativo:  (Rellenar la casilla con el n° que proceda)

1. No sabe leer ni escribir	4. Bachillerato, F.P. o equivalente
2. Sabe leer y escribir pero no tiene estudios	5. Universitarios o equivalente
3. Primaria, Secundaria o equivalente	6. Tiene estudios pero no puede clasificarse

Tipo de Convivencia:  (Rellenar la casilla con el n° que proceda)

1. Familia de origen	6. En comunidades
2. Familia propia	7. En instituciones
3. Familia propia y de origen	8. Pensiones, pisos compartidos
4. Con otros familiares	9. Otros
5. Solo	

Estado Civil:  (Rellenar la casilla con el n° que proceda)

1. Soltero	3. Viudo	5. Separado	7. otros
2. Casado	4. Divorciado	6. En pareja	

Situación Laboral: (Rellenar cada casilla con el n° que proceda)

¿Tiene trabajo remunerado? Si

1. Por cuenta propia	
2. Por cuenta ajena, fijo	
3. Por cuenta ajena, eventual	
4. Por estar de baja	

No

1. Por estar estudiando	7. Jubilado, sin pensión
2. Por ser ama de casa	8. Por otras causas
3. Parado sin subsidio	9. Por invalidez
4. Parado sin subsidio, nunca ha trabajado	
5. En paro, con subsidio	
6. Jubilado, con pensión	

Anexo 2: Fichas de datos epidemiológicos del RECAP.

**Ficha Epidemiológica para Menores**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Profesional: \_\_\_\_\_  
 Centro de Salud: \_\_\_\_\_  
 N.I.F.: \_\_\_\_\_ N° Afiliación al INSS: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Tarjeta Sanitaria N°: \_\_\_\_\_

**DATOS BÁSICOS**

Fecha Dta: \_\_\_\_\_  
 Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
 Remitente: Atención Especializada, Atención Primaria, Autoridad Judicial, Centros Educativos, Familiar, Iniciativa Propia, Otros, Servicios Sociales, U.I.B., Urgencias.  
 ¿Está en tratamiento psicofarmacológico? Si  No

Nivel Educativo:  (Rellenar la casilla con el n° que proceda)

1. Guardería	3. Está en edad escolar sin escolarizar	5. Curso retrasado
2. No está en edad escolar	4. Curso que corresponde	6. Curso adelantado

Tipo de Convivencia:  (Rellenar la casilla con el n° que proceda)

1. Con padres	6. Con padres y parientes próximos
2. Con el padre	7. Con otras personas (no familiares)
3. Con la madre	8. Interno en un colegio
4. Custodia compartida	9. En otra institución
5. Con parientes próximos (sin los padres)	10. Otros

Nivel Escolar

1. Ed. Infantil (1°,2°,3°)*	4. Bachiller (1°,2°)	**Rodear con un círculo lo que proceda
2. Ed. Primaria (1°,2°,3°,4°,5° 6°)*	5. Ciclo Formativo FP	
3. Ed. Secundaria (1°,2°,3° 4°)*		

Estado Civil:

Paciente: 1. Soltero; 2. Casado; 3. Viudo; 4. Divorciado; 5. Separado; 6. En pareja Padre: 1. Soltero; 2. Casado; 3. Viudo; 4. Divorciado; 5. Separado; 6. En pareja Madre: 1. Soltera; 2. Casada; 3. Viuda; 4. Divorciada; 5. Separada; 6. En pareja	(Subtrayr lo que proceda)
---	---------------------------

Situación Laboral: (Rellenar cada casilla con el n° que proceda)

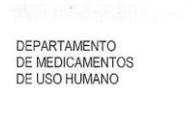
¿Tiene el paciente trabajo remunerado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene el padre trabajo remunerado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene la madre trabajo remunerado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SI		
1. Por cuenta propia 2. Por cuenta ajena, fijo 3. Por cuenta ajena, eventual 4. Por estar de baja		
NO		
1. Por estar estudiando 2. Por ser ama de casa 3. Parado sin subsidio 4. Parado sin subsidio, nunca ha trabajado 5. En paro, con subsidio 6. Jubilado, con pensión 7. Jubilado, sin pensión 8. Por otras causas 9. Por invalidez		

ANEXOS

**Anexo 3: Clasificación por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.**

 <p>MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD</p>	 <p>agencia española de medicamentos y productos sanitarios</p>	<p>DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO</p>
<p><b>DESTINATARIO:</b></p>	<p>D. JOSE ANTONIO DUQUE CÁRDENES C/ PEDRO GARCIA AROCENA, 1, 21 2ºB 35018 – LAS PALMAS DE GRAN CANARIA LAS PALMAS</p>	
<p>Fecha: 30 de junio de 2014</p>		
<p><b>REFERENCIA:</b> ESTUDIO SMCanarias</p>		
<p><b>ASUNTO:</b> NOTIFICACIÓN DE RESOLUCION DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO</p>		
<p>Adjunto se remite resolución de clasificación sobre el estudio titulado “EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE CANARIAS EN EL QUINQUENIO 2009-2013”.</p>		
<p>MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD REGISTRO AUXILIAR AGENCIA E. DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS SALIDA N. de Registro: 17627 / RG 51039 Fecha: 01/07/2014 14:04:28</p>		
<p>CORREO ELECTRÓNICO farmacoapl@aemps.es</p>	<p>C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8 28022 MADRID</p>	

### Anexo 3: Clasificación por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.



**ASUNTO:** RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DE  
ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO

**DESTINATARIO:** D. JOSE ANTONIO DUQUE CÁRDENES

Vista la solicitud-propuesta formulada con fecha **25 de junio de 2014**, por **D. JOSE ANTONIO DUQUE CÁRDENES**, para la clasificación del estudio titulado **“EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE CANARIAS EN EL QUINQUENIO 2009-2013”**., y cuyo promotores son **“Jose Antonio Duque Cárdenes, Dra. María Dolores Fiuza Pérez y Dr. José Luis Hernández Fleta”**, se emite resolución.

El Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, <sup>(1)</sup> **RESUELVE** clasificar el estudio citado anteriormente como **“Estudio Observacional No Posautorización”** (abreviado como No-EPA).

Para el inicio del estudio no se requiere la autorización previa de ninguna autoridad competente (AEMPS o CCAA) <sup>(2)</sup>, pero sí es necesario presentarlo a un CEIC acreditado en nuestro país y obtener su dictamen favorable.

El promotor tendrá que informar a los responsables de las entidades proveedoras de servicios sanitarios donde se lleve a cabo el estudio y les entregará copia del protocolo y de los documentos que acrediten la aprobación por parte del CEIC y, en su caso, la clasificación de la AEMPS. Asimismo estos documentos se entregarán a los órganos competentes de las CC.AA., cuando sea requerido. La gestión y formalización del contrato estará sujeta a los requisitos específicos de cada Comunidad Autónoma.

**CORREO ELECTRÓNICO**  
farmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8  
28022 MADRID

ANEXOS

**Anexo 3: Clasificación por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.**

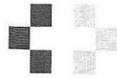
 <p>MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD</p>	 <p>agencia española de medicamentos y productos sanitarios</p>	<p>DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO</p>
<p>Contra la presente resolución que pone fin a la vía administrativa podrá interponerse Recurso Potestativo de Reposición, ante la Directora de la Agencia, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a aquel en que tenga lugar la notificación de la presente resolución. <sup>(3)</sup></p>		
<p>Madrid, a 30 de junio de 2014</p>		
<p>EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO</p>		
<p>César Hernández García</p>		
<p><sup>1</sup> Son de aplicación al presente procedimiento la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; la Ley 12/2000, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social; la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios; el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos; el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su estatuto; el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano y la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios posautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano.</p>		
<p><sup>2</sup> De acuerdo con la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre</p>		
<p><sup>3</sup> De conformidad con lo dispuesto en los artículos 116 y 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, o Recurso Contencioso-Administrativo ante el Juzgado Central de lo Contencioso-Administrativo de Madrid, en el plazo de dos meses contados desde el día siguiente al de la notificación de la presente resolución, de conformidad con la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, sin perjuicio de poder ejercitar cualquier otro recurso que se estime oportuno. En caso de interponerse recurso de reposición no podrá interponerse recurso contencioso-administrativo hasta la resolución expresa o presunta del primero.</p>		
<p>CORREO ELECTRÓNICO farmacoepi@aemps.es</p>	<p>C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8 28022 MADRID</p>	

## Anexo 4: Resolución del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

 <p>Servicio Canario de la Salud</p> <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN</p>	 <p>Gobierno de Canarias</p>
<b>INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA/COMITÉ DE LA ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN</b>	
<hr/>	
<p><b>D. DANIEL SEBASTIÁN CEBALLOS SANTOS</b>, Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica-Comité de Ética en la Investigación del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín</p>	
<p><b>C E R T I F I C A:</b></p>	
<p>Que este Comité, según consta en el <b>Acta 7/2014</b> de fecha 31 de Julio de 2014 según la Orden SAS/3470/2009, ha evaluado la propuesta del promotor para que se realice el <b>estudio No EPA</b> titulado:</p>	
<p><b>TÍTULO:</b> "Evaluación de la actividad asistencial de las unidades de Salud Mental de Canarias en el quinquenio 2009-2013". <b>Estudio SMCanarias. NO-EPA</b></p>	
<p><b>Promotor:</b> Investigación Independiente. <b>TESIS.</b> José Antonio Duque Cárdenes</p>	
<p><b>Código de Promotor:</b> Estudio SMCanarias</p>	
<p><b>Código CEIC Negrín:</b> 140152</p>	
<p><b>Protocolo:</b> Versión inicial de <u>fecha 23 de Junio de 2014</u></p>	
<p><b>Hoja de Información al paciente y Documento de Consentimiento Informado:</b> No aplica</p>	
<p><b>Comité de Referencia:</b> Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín</p>	
<p>Y considera que:</p>	
<p>Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto. La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio. Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y el modo de reclutamiento previsto para el estudio. El investigador y su equipo se comprometen a cumplir las recomendaciones y directrices de Buena Práctica Clínica aplicables a este tipo de estudios y la Declaración de Helsinki actualizada. El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.</p>	
<p>Asimismo, este Comité <b>ACEPTA</b> que dicho <b>Estudio No EPA</b> sea realizado <b>por D. José Antonio Duque Cárdenes</b> como investigador principal.</p>	
<p>Que este Comité, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con el R.D. 223/2004.</p>	
<p>Que su composición actual es la siguiente:</p>	
<p><b>PRESIDENTE:</b> D<sup>o</sup> Pedro Lara Jiménez (F.E.A. Oncología Radioterápica)</p>	
 <p>EXCELENCIA EUROPEA 400+ años</p>	<p>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín <b>Comité Ético de Investigación Clínica CEIC/CEI</b> <a href="mailto:ceichugedn.scs@gobiernodecanarias.org">ceichugedn.scs@gobiernodecanarias.org</a> Barranco de la Ballena S/N 35010 Las Palmas Tel: 928 44 90 71 FAX 928 44 98 05</p>

ANEXOS

**Anexo 4:** Resolución del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.



Servicio  
Canario de la Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN



**SECRETARIO:** D<sup>o</sup>. Daniel Sebastián Ceballos Santos (F.E.A. Servicio de Digestivo)

**VOCALES:**

- D<sup>o</sup>. Javier Díaz Moreno (Licenciado en Derecho, F.E.A. Servicio de Admisión)
- D<sup>a</sup>. Trinidad Revilla Villegas (Enfermera Docencia)
- D<sup>o</sup>. Jorge Solé Violán (F.E.A. Medicina Intensiva)
- D<sup>a</sup>. Luz Casasnovas Susana (Farmacóloga Clínica, Facultad de Medicina de la ULPGC)
- D<sup>a</sup>. Soledad Ojeda Bruno (F.E.A. Servicio de Reumatología)
- D<sup>a</sup>. Silvia De La Iglesia Iñigo (F.E.A. Servicio de Hematología)
- D<sup>o</sup>. Jaime Vilar Alejo (F.E.A. Servicio de Dermatología)
- D<sup>o</sup>. Antonio García Quintana (F.E.A. Servicio de Cardiología)
- D<sup>o</sup>. Rafael Molero Gómez (Farmacia)

Que en dicha reunión se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Que, en el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, dicho miembro no participa en la evaluación ni el dictamen del propio protocolo.

Lo que firmo en Las Palmas de Gran Canaria, a 1 de Agosto de 2014

El Presidente

Fdo.: D. Pedro C. Lara Jiménez



Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín  
**Comité Ético de Investigación Clínica CEIC/CEI**  
[ceichugcdn.scs@gobiernodecanarias.org](mailto:ceichugcdn.scs@gobiernodecanarias.org)  
Barranco de la Ballena S/N  
35010 Las Palmas  
Tel: 928 44 90 71 FAX 928 44 98 05