



## ORIGINAL

# Evolución de la prevalencia administrativa de los trastornos mentales durante 13 años en Asturias (norte de España)

Julio Bobes<sup>a</sup>, Celso Iglesias García<sup>b,\*</sup>, María Paz García-Portilla González<sup>a</sup>, María Teresa Bascarán<sup>a</sup>, Luis Jiménez Treviño<sup>c</sup>, José M. Pelayo-Terán<sup>d</sup>, Julia Rodríguez Revuelta<sup>e</sup>, Fernando Sánchez Lasheras<sup>f</sup> y Pilar Sáiz Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Área de Psiquiatría, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> Hospital Valle del Nalón, Langreo, Asturias. Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

<sup>c</sup> Área IV, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>d</sup> Área VI, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Arriondas, Asturias, España

<sup>e</sup> Área VIII, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Langreo, Asturias, España

<sup>f</sup> Departamento de investigación, Tecniproject S.L., Oviedo, Asturias, España

Recibido el 10 de octubre de 2012; aceptado el 25 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 21 de diciembre de 2012

## PALABRAS CLAVE

Prevalencia;  
Trastorno mental;  
Registro de casos;  
Epidemiología

## Resumen

**Introducción:** El estudio de la prevalencia administrativa a partir de los Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos permite tener una estimación de la salud mental de la población de una zona y del funcionamiento de sus servicios sanitarios.

**Métodos:** Análisis de los datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Asturias (RAC-PAS) entre el 1-1-1998 y el 3-12-2010. Estudio de las características de la población de referencia y análisis de la asociación de los índices sociodemográficos con la prevalencia de la enfermedad mental.

**Resultados:** La población media en los años estudiados fue de 1.078.406 con disminución de los índices de juventud, de Fritz y de reemplazo de la población activa. Se observó un leve incremento de la prevalencia de la mayoría de los trastornos mentales registrados en el RAC-PAS. No se observó un incremento significativo en la prevalencia de los trastornos mentales orgánicos, psicosis, trastornos del humor, consumo de sustancias no alcohólicas en los hombres ni en los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos en las mujeres. Hubo diferencias significativas entre los sexos en la prevalencia de todos los trastornos excepto en los trastornos de la personalidad y los trastornos orgánicos cerebrales. El envejecimiento poblacional tuvo una influencia significativa en el incremento de la prevalencia de la mayoría de los trastornos mentales tanto en hombres como en mujeres.

**Conclusiones:** Durante el periodo estudiado se observó un leve incremento general de la prevalencia administrativa influida por el envejecimiento poblacional.

© 2012 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [icelso@yahoo.es](mailto:icelso@yahoo.es) (C. Iglesias García).

## KEYWORDS

Prevalence;  
Mental disorder;  
Case register;  
Epidemiology

## Changes in administrative prevalence of mental disorders over a 13-year period in Asturias (northern Spain)

### Abstract

**Introduction:** The study of administrative prevalence from cumulative psychiatric case registers allows the mental health state of the studied region and the functioning of its Health Services to be estimated.

**Methods:** Data were extracted from the Asturias Cumulative Psychiatric Case Register (RACPAS) between January 1st 1998 and December 3rd 2010. Characteristics of the population of the catchment area were studied, and their relationship with the administrative prevalence was analyzed.

**Results:** The mean population in the studied period was 1,078,406 inhabitants. The Fritz index and the Youth and replacement indices of the active population decreased throughout the period. There was no significant increase in the prevalence of organic mental disorders, psychosis, mood disorders, and substance use in males, or behavioral disorders associated with somatic factors and physiological dysfunctions in females. There were significant gender differences in the prevalence of all disorders, except for personality disorders and organic mental disorders. Population ageing had a significant influence on the increase in the prevalence of most mental disorders in both males and females.

**Conclusions:** A slight general increase in the administrative prevalence of mental disorders is observed during the studied period, and it was influenced by population ageing.

© 2012 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, documento donde el Ministerio de Sanidad de España realiza la propuesta de los objetivos a conseguir en salud mental para el periodo 2009-2013, plantea una línea específica sobre sistemas de información y evaluación, cuyo objetivo general es mejorar el conocimiento de la salud mental de la población y la atención que se le presta<sup>1</sup>.

Entre los índices epidemiológicos la prevalencia durante un periodo (generalmente prevalencia anual) 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<sup>2,3</sup>. Los pacientes que contactan con los servicios (morbilidad administrativa) son una fuente de datos válida para conocer la evolución de las enfermedades<sup>3,4</sup>, 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.

Un registro acumulativo de casos psiquiátricos (RACP) se define como una base de datos en la que se registran, longitudinalmente, los distintos contactos de las personas que componen la población de un área geográfica definida con un conjunto determinado de establecimientos de salud mental<sup>5</sup>. Resulta ser un registro del consumo asistencial en salud mental en una región<sup>6</sup>. Los RACP están centrados en casos (personas) y almacenan la información de las personas en contacto con los servicios y las actividades que realizan. Son acumulativos porque van acumulando la información de cada persona en sus distintos contactos con los servicios<sup>7</sup>. La base geográfica definida permite la obtención de tasas y el desarrollo de evaluaciones de corte epidemiológico.

Los RACP tienen una serie de limitaciones: recogen información de servicios especializados sin incluir personas

atendidas en atención primaria y son 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. Otra limitación específica del estudio actual es la imposibilidad de analizar los datos por edad.

El Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos del Principado de Asturias (RACPAS) comenzó a funcionar el día 1-1-1986 y recoge información de todos los contactos, tanto hospitalarios como ambulatorios, con todos los establecimientos de asistencia psiquiátrica pública de Asturias, incluyendo la atención a adicciones<sup>8</sup>.

El objetivo del presente trabajo es, partiendo del análisis de los datos del RACPAS, estudiar la evolución de las tasas de prevalencia administrativa en los servicios de salud mental de Asturias entre 1998 y 2010.

## Material y métodos

Se analizan los datos del RACPAS referidos a sujetos que establecieron contacto con algún establecimiento asistencial de los servicios de salud mental de Asturias durante el periodo que va desde el 1-1-1998 hasta el 31-12-2010. Para el análisis temporal de los datos se utiliza la «tasa de prevalencia administrativa anual o la prevalencia tratada anual» (sujetos que se encontraban en contacto con los servicios de salud mental al inicio de cada año más los que establecieron contacto por primera vez a lo largo del mismo). En la tabla 1 se muestra la taxonomía utilizada por el RACPAS y su correspondencia con las categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Los datos poblacionales se obtuvieron de los datos oficiales del Padrón Municipal de cada año incluido en el intervalo estudiado. Esta información se ha extraído de la base de

**Tabla 1** Enfermedades mentales estudiadas en el presente trabajo (según la taxonomía utilizada en el RACPAS) junto con el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para cada tipo de trastorno

Categoría recogida en el RACPAS	Clasificación CIE 10	Prevalencia media durante el periodo estudiado (%)	
		Hombres	Mujeres
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	F00-9	0,07	0,08
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	F20-9	0,34	0,23
Trastornos del humor (afectivos)	F30-9	0,54	1,23
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos	F40-9	1,00	1,78
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	F60-9	0,16	0,15
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	F51-59	0,03	0,02
Trastornos de la conducta alimentaria	F50	0,01	0,08
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	F10	0,30	0,06
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicótropas	F11-9	0,34	0,07
Trastornos del desarrollo psicológico	F8X	0,04	0,04
Retraso mental	F7X	0,06	0,04
Eje III	ZXX	0,03	0,01
Otros procesos	Otros	0,09	0,13

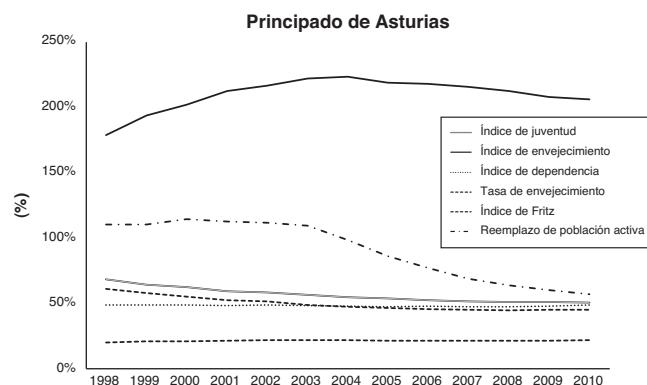
datos del Instituto Nacional de Estadística que desde 1998 se obtiene con carácter anual. A partir de los mismos se calcularon los siguientes indicadores poblacionales: a) índice de juventud: porcentaje de la población menor de 20 años en relación con la de 60 años o más; b) índice de envejecimiento: porcentaje de la población mayor de 64 años frente al grupo de menores de 16; c) índice de dependencia: población mayor de 64 y menor de 16 años frente al grupo comprendido entre ambas edades; d) tasa de envejecimiento: proporción de la población de 65 años o más frente al total de la población; e) índice de Fritz: porcentaje de población de menos de 20 años con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años; y e) reemplazo de la población activa: proporción de personas entre 15 y 19 años en relación con la proporción de población entre 60 y 64 años. Estos índices muestran el crecimiento vegetativo poblacional y aportan una estimación de las personas dependientes y de la evolución de la población activa.

Para el análisis de las tendencias en los índices demográficos y en las tasas de prevalencia administrativa de los distintos trastornos se aplica el test de Cox-Stuart<sup>9</sup>. Además, se emplea el test de Mann-Whitney<sup>10</sup> para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los valores de las medianas de la tasa de prevalencia de las distintas enfermedades. Finalmente, para estudiar la relación del envejecimiento de la población y el paso del tiempo con la prevalencia administrativa de las enfermedades se emplean modelos de regresión multivariante<sup>11</sup> con la prevalencia administrativa de cada uno de los trastornos como variable independiente. Las 2 variables dependientes utilizadas fueron la variable año (paso del tiempo) y la tasa de envejecimiento.

## Resultados

La población media del área de captación (Asturias) durante el periodo evaluado fue de 1.078.406 habitantes (52,03% mujeres). En 1998 la estructura poblacional ya presentaba signos de envejecimiento que se incrementaron durante el tiempo estudiado. La figura 1 muestra la evolución de los indicadores demográficos. Aplicando el test de Cox-Stuart se observó una disminución progresivamente significativa de los índices de juventud ( $p=0,0156$ ), de Fritz ( $p=0,0156$ ) y de reemplazo de la población activa ( $p=0,0156$ ).

En los hombres se evidencia un incremento estadísticamente significativo en la prevalencia administrativa de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos ( $p=0,0156$ ), trastornos de



**Figura 1** Evolución de los indicadores demográficos del Principado de Asturias durante el periodo de 1998 a 2010.

**Tabla 2** Resultado de los modelos de regresión lineal que toman como variable independiente la prevalencia administrativa de cada uno de los trastornos y tienen como variables dependientes el tiempo (variable año) y la tasa de envejecimiento de la población

Trastorno	Hombres				Mujeres			
	Año (valor de p)	Tasa de envejecimiento (valor de p)	R <sup>2</sup> (%)	R <sup>2</sup> ajustado (%)	Año (valor de p)	Tasa de envejecimiento (valor de p)	R <sup>2</sup> (%)	R <sup>2</sup> ajustado (%)
T. mentales orgánicos	0,778	0,037	62,30	54,70	0,038	0,036	70,20	64,20
Psicosis, esquizofrenia	0,726	0,145	45,40	34,50	0,0001	0,008	92,20	90,70
T. del humor	0,5292	0,038	65,60	58,70	0,001	0,0001	91,40	89,70
T. neuróticos	0,052	0,012	85,30	82,40	0,0001	0,0001	94,70	93,60
T. personalidad	0,836	0,057	56,10	47,30	0,014	0,001	86,80	84,10
T. comportamiento asociado	0,123	0,008	84,10	80,90	0,0001	0,0001	93,90	92,70
T. conducta alimentaria	0,569	0,004	71,50	65,90	0,109	0,0001	83,80	80,50
Alcoholismo	0,12	0,007	84,80	81,70	0,0001	0,0001	99,00	98,70
Toxicomanías	0,838	0,087	50,20	40,30	0,054	0,001	83,50	80,20
T. del desarrollo	0,021	0,367	74,70	69,60	0,708	0,063	33,40	20,10
Retraso mental	0,121	0,04	77,50	73,10	0,0001	0,003	89,10	87,00
Otros procesos	0,107	0,007	57,10	48,50	0,07	0,0001	94,80	93,80
Eje III	0,022	0,001	91,60	90,00	0,0001	0,001	91,90	90,30

comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a efectos somáticos ( $p=0,0156$ ), trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol ( $p=0,0156$ ), trastornos del desarrollo psicológico ( $p=0,0312$ ), retraso mental ( $p=0,0312$ ) y Eje III ( $p=0,0156$ ). En el caso de las mujeres los incrementos significativos se dan en trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos ( $p=0,0156$ ), esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes ( $p=0,0156$ ), trastornos del humor (afectivos) ( $p=0,0156$ ), trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos ( $p=0,0156$ ), trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto ( $p=0,0156$ ), trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol ( $p=0,0156$ ), trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicótropas ( $p=0,0312$ ), retraso mental ( $p=0,0156$ ) y Eje III ( $p=0,0156$ ). No se observó tendencia a la disminución en la prevalencia administrativa de ningún trastorno.

La comparación, a través del test de Mann-Whitney, de las cifras de prevalencia entre hombres y mujeres muestra diferencias estadísticamente significativas. En los hombres hay una prevalencia significativamente más alta de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes ( $p=0,0001$ ), trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a efectos somáticos ( $p=0,004$ ), trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol ( $p=0,0001$ ), trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicótropas ( $p=0,001$ ) y retraso mental ( $p=0,001$ ). En las mujeres la prevalencia fue más alta en los trastornos del humor ( $p=0,0001$ ), trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos ( $p=0,0001$ ), trastornos de la conducta alimentaria

(TCA) ( $p=0,00001$ ) y Eje III ( $p=0,02$ ). No existen diferencias significativas en la prevalencia de los trastornos del desarrollo psicológico ( $p=0,019$ ), los trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto ( $p=0,096$ ) ni en los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos ( $p=0,369$ ).

Finalmente, con el fin de estudiar la influencia simultánea de la tasa de envejecimiento de la población y de la variable tiempo sobre la prevalencia administrativa de cada trastorno, se calcularon para cada uno de ellos y cada sexo de manera independiente un conjunto de modelos de regresión lineal que relacionan el valor de la variable independiente, la tasa de prevalencia administrativa de cada uno de los trastornos, frente a las variables dependientes, el año (paso del tiempo) y la tasa de envejecimiento.

Los resultados de la tabla 2 muestran que la tasa de envejecimiento resulta ser una variable de significación estadística para un nivel  $\alpha$  del 5% en todos los modelos mencionados, salvo en el caso de los hombres en la prevalencia administrativa de la «esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes», los «trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto», los «trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicótropas» y los «trastornos del desarrollo psicológico». En el caso de las mujeres resulta una influencia significativa para todas las enfermedades con la excepción de los «trastornos del desarrollo». El paso del tiempo solo resulta significativo en los hombres para los trastornos del desarrollo y el Eje III. Sin embargo, en las mujeres es significativo para todos los trastornos a excepción de los TCA y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicótropas y en otros procesos.

## Discusión

De forma sintética, la situación sociodemográfica de la población al inicio del estudio y la disminución progresiva de los índices de Fritz y del índice de juventud<sup>12</sup> definen un territorio envejecido con dificultad para el reemplazo de la población activa y con un incremento «a priori» del número de personas dependientes.

Comparando nuestros datos con los datos de la prevalencia anual recogidos en la población general europea (estudio ESEMED) se estima que los servicios de salud mental de Asturias atienden alrededor de una cuarta parte de la enfermedad mental existente en la Comunidad: un 24,7% de los trastornos del humor, un 28% de los trastornos de ansiedad y un 22% de los problemas relacionados con el alcohol<sup>13</sup>. Los datos de Asturias coinciden, de manera bastante precisa, con el estudio citado en cuanto a la morbilidad tratada tanto global (un 25% las personas de la población general que tuvieron un trastorno mental en los últimos 12 meses consultaron con un servicio de salud mental) como desagregada por grupos diagnósticos. Los datos del ESEMED muestran que son tratados en los servicios de salud mental el 36% de los casos de trastornos del humor (30% de casos con trastorno mental grave) y el 26% de los trastornos de ansiedad<sup>14-16</sup>, variando la proporción de los que acuden a los servicios de salud mental en función de la enfermedad presente y de las características sociodemográficas del paciente (edad, género y estado civil)<sup>17</sup>. En nuestro ámbito, por tanto, existiría un nivel considerable de necesidades de salud mental no cubiertas que se concretan en que menos de un tercio de las personas que sufren un trastorno mental durante un año reciben algún tipo de tratamiento especializado<sup>18</sup>. La excepción se da en los trastornos psicóticos en los que la prevalencia tratada está más cerca de la prevalencia real en la población general que se estima es de un 3 por 1.000 habitantes en hombres y 2,86 por 1.000 en mujeres<sup>19</sup>.

En la población general española el trastorno mental más prevalente fue el trastorno depresivo mayor con una prevalencia anual del 3,9%. Otros trastornos con alta prevalencia fueron la fobia específica, los trastornos por abuso de alcohol y la distimia<sup>15</sup>. En nuestro caso, los trastornos de ansiedad presentan una prevalencia tratada mayor que los trastornos afectivos que puede deberse a las limitaciones del registro. El RACPAS no incluye específicamente entre sus categorías diagnósticas los trastornos de adaptación cuya prevalencia puede llegar al 2,9%. Estos trastornos, situados entre la ausencia de trastorno mental y los trastornos afectivos, pueden ser responsables de las diferencias de nuestros datos con los de los estudios de prevalencia de trastornos mentales en la población general que suelen utilizar instrumentos de detección de casos que permiten obtener una categorización diagnóstica más detallada<sup>20</sup>.

En cuanto a las diferencias de sexo se obtiene resultados previsibles, con tasas más altas de prevalencia administrativa en mujeres en el caso de los trastornos del humor, trastornos de ansiedad y trastornos de somatización, y en hombres en los trastornos por uso de sustancias<sup>21</sup>.

La tendencia general al incremento en la prevalencia de la mayoría de los grupos diagnósticos durante el periodo no es, sin embargo, homogénea. Existen diferencias entre las tendencias de los hombres y las mujeres y entre algunos grupos diagnósticos. En el caso de los «factores que influyen

en el estado de salud y contacto con los servicios de salud» (Eje III) la prevalencia se incrementa de forma importante en los primeros años del periodo analizado y, posteriormente, se mantiene estable. Una posible explicación vendría de la modificación en los hábitos diagnósticos de los profesionales de salud mental o en los hábitos de derivación de los médicos de atención primaria. El mismo fenómeno (incremento acusado durante los primeros años del periodo y tendencia a la estabilización a partir de 2004) puede verse claramente en los trastornos más prevalentes (trastornos de ansiedad y trastornos del humor) y, de forma menos acusada, en los menos prevalentes. Teniendo en cuenta que el RACPAS comenzó a funcionar en 1986 y que al inicio del periodo estudiado la red de asistencia psiquiátrica de Asturias ya tenía un nivel de desarrollo notable, no parece verosímil la hipótesis de que el incremento de los primeros años evaluados pudiera reflejar el tiempo que se tarda en registrar por primera vez y acumular los casos nuevos de procesos crónicos y recurrentes<sup>3</sup>.

La disminución proporcional del incremento de los trastornos del humor en los últimos años ya ha sido evidenciada en otros trabajos que detectaron incrementos rápidos en los tratamientos de los trastornos afectivos en la década entre 1987 y 1997, coincidentes con el desarrollo de nuevos antidepresivos y de mejores procedimientos para diagnosticar depresión en atención primaria, e incrementos más modestos en la década posterior, asociados a un cambio hacia una comprensión biológica de la depresión y una disminución asociada de los tratamientos psicoterapéuticos<sup>22-24</sup>, argumentos que también podrían utilizarse en el caso de los trastornos de ansiedad.

El sistema de clasificación del RACPAS plantea problemas derivados de que se trabaje con categorías diagnósticas excesivamente generales. Estudiando las tendencias de los trastornos del humor durante períodos amplios (15 años) se han encontrado incrementos en la prevalencia que no se asociaban ni al aumento de la prevalencia de depresión mayor (que no se modificaba durante el periodo), ni al de la proporción de personas que manifestaban que su vida era extremadamente estresante (que disminuyó) ni a cambios en la proporción de las personas que manifestaban tener una mala salud mental. Es decir, aunque no hay cambios en las medidas basadas en la evaluación de síntomas e incluso la percepción de estrés extremo disminuye, los diagnósticos y los tratamientos se incrementan. Estos datos no avalan la hipótesis de que el aumento de la prevalencia administrativa se deba a modificaciones reales de la salud mental de la población y obligan a pensar que este incremento puede ser debido a otros factores como hipotéticas variaciones en los hábitos diagnósticos de los profesionales, en los conocimientos sobre salud mental o en la capacidad e interés de los pacientes para reportar problemas de salud mental<sup>25</sup>. En un sentido parecido otros autores<sup>3</sup> han reseñado que el incremento hay que verlo con cautela, ya que en la categoría global de «trastornos afectivos» se incluyen relativamente pocos trastornos graves y más cantidad de «leves y no especificados» que son los que presumiblemente hacen aumentar la prevalencia.

En las mujeres se observa un incremento en todos los grupos diagnósticos excepto en los «trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos», incluyendo los «TCA». La estabilización de las

cifras de prevalencia podría deberse al efecto combinado de las variaciones epidemiológicas del trastorno evidenciadas en algunos estudios (mantenimiento de la incidencia de la anorexia nerviosa<sup>2</sup> y posible disminución de la incidencia de la bulimia nerviosa<sup>26</sup>) y de la puesta en marcha de programas específicos que a través de una mayor información, sensibilización y facilidad de acceso hayan permitido realizar intervenciones más precoces y más efectivas en la disminución de la cronificación de los casos.

Es llamativo que, a pesar de las modificaciones en la estructura de la población, no se hayan incrementado los casos de trastornos mentales orgánicos. Esta situación puede deberse a varios factores. En Asturias los servicios de Neurología son los que, generalmente, realizan el diagnóstico de demencia; otros trastornos mentales orgánicos, como los accidentes cerebrovasculares, se asocian a trastornos afectivos en más de un 50% de los casos<sup>27</sup> y cuando acuden a los servicios de salud mental lo hacen, fundamentalmente, por trastornos del humor que son los que quedan en el registro como diagnóstico.

En cuanto a las sustancias psicótropas, la evaluación de los pacientes que acuden a servicios de urgencias y a atención primaria muestra, al igual que nuestro estudio, un incremento de atenciones en los últimos 15 años por problemas relacionados con el alcohol, mientras que las asistencias por otras drogas permanecen estables<sup>28</sup>. En España, entre 2001 y 2007, se observó una ligera disminución en la prevalencia de consumo de sustancias psicótropas en hombres y mujeres, salvo de cocaína en estas últimas<sup>1</sup>.

El mantenimiento de la prevalencia de psicosis resulta un hecho relevante ya que se trata de procesos crónicos en los que no cabe pensar que haya habido una disminución de la incidencia durante el periodo. Además, en la última década, en Asturias se han realizado esfuerzos en infraestructuras (centros de tratamiento integral) y programas (tratamiento asertivo comunitario, administración de psicofármacos) que deberían haber producido una mayor captación y mantenimiento de los pacientes en los servicios asistenciales públicos. A pesar de todo, los datos coinciden con los aportados por otros registros de casos que han establecido una escasa tendencia al cambio en la prevalencia tratada de esquizofrenia<sup>3</sup> y con los datos previos del RACPAS que en el periodo entre 1987 y 1997 mostraban una tendencia a la disminución de las cifras de incidencia de este trastorno que en aquel momento se consideró que podría ser debida a cambios demográficos o aspectos administrativos como las modificaciones en los hábitos diagnósticos de los profesionales<sup>29</sup>. También es probable que, en el caso de las psicosis, la prevalencia tratada se encontrase, desde el inicio del periodo estudiado, en cifras más cercanas a la prevalencia real que en otros trastornos, lo que disminuye la posibilidad de incremento.

En el análisis de las tendencias de la prevalencia tratada debe valorarse la proporción de pacientes que pierden el contacto con los servicios (fallecimientos, abandonos del tratamiento, altas). Se han dado cifras de abandonos del seguimiento en servicios de salud mental del 31% en un año<sup>30</sup>. En un estudio realizado en un servicio comunitario se encontró un 17% de abandonos del seguimiento inadecuados que se daban más frecuentemente en pacientes más jóvenes y solteros y que sufrían de ansiedad y trastornos somatomorfos y menos frecuentemente en

pacientes con trastorno mental grave (el diagnóstico de esquizofrenia resultó ser un predictor robusto de mantenimiento en contacto con los servicios)<sup>31</sup>. En España se ha evidenciado una tasa de abandonos inadecuados del tratamiento en un año, en pacientes con ansiedad o depresión, cercana al 20%<sup>32</sup>. También podrían producirse abandonos del seguimiento en pacientes con episodios psicóticos agudos, sobre todo secundarios a tóxicos, que son agrupados en el RACPAS junto con los trastornos psicóticos crónicos y las adicciones; y de TCA, ya que este tipo de trastornos se dan en pacientes con características asociadas a los abandonos inadecuados del seguimiento (jóvenes sin lazos familiares y con escaso nivel de satisfacción con los servicios).

El incremento significativo en la prevalencia 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. Los incrementos en la prevalencia, que suponen más personas en contacto con los servicios, pueden deberse a: a) cambios de estructura poblacional (considerando que la cantidad total de la población no ha variado durante el periodo, el incremento de los contactos habría que asociarlos con las modificaciones etarias, lo cual queda reflejado en los resultados de la regresión lineal); b) 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; c) incremento del estrés en la población en la última década relacionado con el deterioro de las condiciones sociales; d) cambios en la estructura de los servicios de salud mental (expansión y diversificación del sistema asistencial durante el periodo); y e) cambios en los hábitos de los profesionales (cambios en los hábitos diagnósticos o mayor duración de la atención en los servicios).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Agradecimientos

Dña. Margarita Eguiagaray, D. Julio Cesar Fernández y todos los profesionales han hecho posible el correcto funcionamiento del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Asturias.

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSel. Servicio de Publicaciones; 2011.

2. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:406–14.
3. Fryers T, Woof K. A decade of mental health care in an English urban community: patterns and trends in Salford, 1976–87. En: Wing JK, editor. *Health Services Planning and Research*. London: Gaskell; 1989.
4. Vázquez-Barquero JL. Los diseños para la investigación en la población general y en el primer nivel de atención. En: García González J, Aparicio Basauri V, editores. *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*. Oviedo: Principado de Asturias; 1990.
5. Perera G, Soremekun M, Breen G, Stewart R. The psychiatric case register: noble past, challenging present, but exciting future. *Br J Psychiatry*. 2009;195:191–3.
6. Drukker M, van Os J, Dietvorst M, Sytema S, Driessen G, Delespaul P. Does monitoring need for care in patients diagnosed with severe mental illness impact on Psychiatric Service Use? Comparison of monitored patients with matched controls. *BMC Psychiatry*. 2011;11:45.
7. Pons i Anton I, Pedreira Crespo V, Lalucat i Jo L, Espinosa Escudero MI, Pedreira Massa JL, Eguiagaray García M, et al. Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1992;12:115–24.
8. Iglesias García C. Evolución de la incidencia administrativa de esquizofrenia en Asturias. *An Psiquiatría*. 2001;17:87–93.
9. Cox DR, Stuart A. Some quick tests for trend and dispersion. *Biometrika*. 1955;42:80–95.
10. Mann HB, Whitney DR. On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Ann Math Statist*. 1947;18:50–60.
11. Kutner MH, Nachtsheim CJ, Neter J. Applied linear regression models. 4th ed. Boston: McGraw-Hill/Irwin; 2004.
12. Sierra A, Doreste JL. Demografía y salud pública. Demografía estática. En: Gil P, editor. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson-Salvat; 1991.
13. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;21–7.
14. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;47–54.
15. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445–51.
16. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010;120:76–85.
17. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35 Suppl 2:21–8.
18. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21:655–79.
19. Ayuso-Mateos JL, Gutierrez-Recacha P, Haro JM, Chisholm D. Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophr Res*. 2006;86:194–201.
20. Fernández A, Mendiive JM, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano JV, Pinto-Meza A, et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry*. 2012;201:137–42.
21. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1992;241:247–58.
22. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA*. 2002;287:203–9.
23. Blumner KH, Marcus SC. Changing perceptions of depression: ten-year trends from the general social survey. *Psychiatr Serv*. 2009;60:306–12.
24. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:1265–73.
25. Simpson KR, Meadows GN, Frances AJ, Patten SB. Is mental health in the Canadian population changing over time? *Can J Psychiatry*. 2012;57:324–31.
26. Keel PK, Heatherton TF, Dorer DJ, Joiner TE, Zalta AK. Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychol Med*. 2006;36:119–27.
27. Hornsten C, Molander L, Gustafson Y. The prevalence of stroke and the association between stroke and depression among a very old population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55: 555–9.
28. Cherpit CJ, Ye Y. Trends in alcohol- and drug-related emergency department and primary care visits: data from four U.S. national surveys (1995–2010). *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73:454–8.
29. Iglesias García C. Decline in the diagnosis of schizophrenia in the last decades. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001;29: 109–13.
30. Young AS, Grusky O, Jordan D, Belin TR. Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatr Serv*. 2000;51:85–91.
31. Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *Br J Psychiatry*. 2002;181:331–8.
32. Pinto-Meza A, Fernández A, Bruffaerts R, Alonso J, Kovess V, de Graaf R, et al. Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46: 273–80.