

**ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE EL PERFIL
DE USUARIO-A DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL
DE LA RED PÚBLICA VASCA-OSAKIDETZA.**

**ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS POR SEXOS
Y POSIBLES DESIGUALDADES
POR RAZÓN DE GÉNERO**

Beca 2

Emakunde AÑO 2012

Aurora Urbano Aljama
Elisabete Arostegi Santamaría
Juan Antonio Abeijón Merchán

INTRODUCCIÓN.....	5
PRIMERA PARTE.....	7
Salud mental y género.....	7
1.1. Conceptualizaciones de la salud mental. Teorías y modelos.....	7
1.2. Morbilidad, mortalidad y prevalencia de los trastornos mentales.....	9
1.3. Determinantes de la salud.....	12
1.4. Concepto de género, sistema sexo-género.....	13
1.5. Salud mental y género.....	21
1.6. Especificidad y aplicaciones en la CAPV.....	26
SEGUNDA PARTE.....	32
Objetivos.....	32
Hipótesis.....	32
Metodología.....	33
Resultados.....	36
2.1. Datos relativos a Bizkaia, Álava y Gipuzkoa.....	36
2.1.1. Sexo.....	36
2.1.2. Edad.....	37
2.1.3. Edad media.....	38
2.1.4. Historias clínicas en función del sexo y la edad.....	39
2.1.5. Estado civil.....	43
2.1.6. Nivel de instrucción.....	47
2.1.7. Estado civil y nivel de instrucción.....	54
2.1.8. Situación laboral.....	69
2.1.9. Ocupación Laboral.....	72
2.1.10. Ocupación laboral y estado civil.....	75
2.1.11. Situación laboral en función del nivel de instrucción.....	88
2.1.12. Remisión a la red de salud mental.....	113
2.1.13. Programa de atención.....	116
2.1.14. Provincia de nacimiento.....	120
2.1.15. Centros de asistencia.....	128

2.1.16. Diagnósticos	130
2.1.16.1. Diagnósticos Bizkaia.....	130
2.1.16.2. Diagnósticos Álava.....	136
2.1.16.3. Diagnósticos Gipuzkoa.....	139
2.1.17. Resumen.....	143
2.2. Análisis evolutivo longitudinal de los diagnósticos.....	146
2.2.1. Evolución de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas CIE-10 F10-19.....	156
2.2.1.1. Debidos al consumo de alcohol.....	157
2.2.1.2. Debidos al consumo de cannabinoides.....	158
2.2.1.3. Debidos al consumo de opioides.....	158
2.2.1.4. Debidos al consumo de sedantes e hipnóticos.....	159
2.2.1.5. Debidos al consumo de cocaína.....	159
2.2.1.6. Debidos a otros estimulantes incluida la cafeína.....	160
2.2.1.7. Debidos a múltiples drogas u otras sustancias psicotrópicas.....	161
2.2.2. Evolución de la Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos delirantes CIE-10 F20-29.....	165
2.2.3. Evolución de los Trastornos del humor (afectivos) CIE-10 F30-39.....	166
2.2.3.1. Episodio maníaco.....	167
2.2.3.2. Episodio bipolar.....	168
2.2.3.3. Trastorno depresivo.....	168
2.2.3.4. Trastornos del humor (afectivos) persistentes.....	169
2.2.4. Evolución de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos CIE-10 F40-49.....	171
2.2.4.1. Trastorno de ansiedad fóbica.....	172
2.2.4.2. Trastorno obsesivo-compulsivo.....	173
2.2.4.3. Reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación.....	173
2.2.4.4. Trastornos dissociativos.....	174
2.2.4.5. Trastornos somatomorfos.....	175
2.2.4.6. Trastornos neuróticos.....	175
2.2.5. Evolución de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos CIE-10 F50-59.....	179
2.2.5.1. Trastornos de la conducta alimentaria.....	180
2.2.5.2. Trastornos no orgánicos del sueño.....	180

2.2.5.3. Trastornos de las disfunciones sexuales de origen no orgánico.....	181
2.2.5.4. Trastornos. asociados a disfunciones fisiológicas y a factores orgánicos.....	182
2.2.6. Evolución de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto CIE-10 F60-69.....	185
2.2.7. Evolución del Retraso mental CIE-10 F70-79.....	193
2.2.8. Evolución de los trastornos del desarrollo psicológico CIE-10 F80-89.....	193
2.2.9. Evolución de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia CIE-10 F90-99.....	194
2.2.10. Evolución de los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (demencias) CIE-10 F00-09.....	196
2.2.11. Evolución de otras circunstancias específicas incluidas en CIE-10.....	197
2.2.12. Resumen.....	205
 Resumen general y conclusiones.....	208
 Resultado final del trabajo y sugerencias propuestas.....	227
 Bibliografía.....	247
 Anexos.....	258
Anexo 1. Clasificación de las categorías diagnósticas y agrupamiento de las mismas según el código propio que se ha asignado para esta investigación.....	258
Anexo 2. Distribución de la población femenina y masculina atendida en salud mental en la CAPV en 1995, 2000, 2005 y 2011 por diagnóstico CIE-10 y nivel de instrucción (N y %).....	282

Introducción

Se presenta a continuación la investigación promovida por Emakunde en el marco de la convocatoria de Resolución de 12 de diciembre de 2011, Beca tipo 2, Expediente N° 2012-BTI-P-19 titulado “Estudio longitudinal sobre el perfil de usuario-a del sistema de salud mental de la red pública vasca-Osakidetza. Análisis de las diferencias por sexos y posibles desigualdades por razón de género”, el cual se proyectó con un doble objetivo: 1. realizar un estudio evolutivo, longitudinal 1995-2011 que permitiera conocer el tipo de diagnóstico y la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento de la población de la CAPV en las últimas dos décadas, analizar su alcance y los factores de riesgo asociados a las problemáticas específicas, lo que permitiría ofrecer un perfil evolutivo de usuario-a del sistema público de Salud Mental y, 2. ante las evidencias científicas sobre distribución de patrones y formas de expresión de la enfermedad mental específicas para mujeres y hombres, contribuir a un conocimiento más profundo de esta realidad mediante el análisis de las diferencias por sexos, determinando las desigualdades de género derivadas de las mismas.

Los resultados y principales conclusiones que se han obtenido contribuirán a ampliar el estado actual de conocimiento de la salud mental, por una parte, al ofrecer información nueva sobre la evolución de los perfiles de las personas usuarias atendidas en salud mental en la CAPV y sobre los diagnósticos principales por los cuales han solicitado tratamiento y, por otra parte, al ofrecer recomendaciones y sugerencias de cambio para mejorar la recogida de información de las personas en general, y de las mujeres en particular, que acuden en demanda de ayuda para paliar sus padecimientos mentales. Todo ello permitirá favorecer una mejor atención al permitir desarrollar estrategias de adaptación a las necesidades específicas de la población usuaria, así como a un mayor grado de eficacia y eficiencia de los propios servicios públicos de salud.

El documento que se presenta está dividido en varias partes. En la primera aparece el marco teórico, el cual ha intentado incluir y abarcar los principales campos de estudio que definen y participan en una investigación sobre salud mental y el sistema sexo-género, concretamente en la primera parte se recogen las diversas conceptualizaciones de la salud mental, teorías y modelos de referencia; en el segundo se ofrece información sobre la morbilidad, mortalidad y prevalencia de los trastornos mentales. En el tercero se analizan los determinantes de la salud. En el cuarto se analiza el concepto de género y del sistema sexo-género. En el quinto se reflexiona en torno al concepto de salud mental y género y para finalizar, en el sexto, se analiza la especificidad del sistema de salud mental y sus aplicaciones en la CAPV. En la forma y contenidos del documento se ha primado la apertura y globalidad de los conocimientos frente a la profundidad y exclusividad, por lo que en muchos casos la información volcada responde a resúmenes y/o ‘fotografías teóricas’, en detrimento de una construcción sólida y homogénea.

En la segunda parte se describen los objetivos, hipótesis y la metodología empleada en la investigación, para continuar con el análisis de los resultados divididos en dos bloques: en el primero se muestra la descripción de la población analizada en base a las variables estudiadas y en función de los años seleccionados, mientras que en el segundo se pone de manifiesto el análisis longitudinal de las categorías diagnósticas detectadas en los servicios de atención de salud mental de la red pública vasca en los cuatro años de estudio.

Las conclusiones más importantes extraídas de esta segunda parte del estudio son éstas:

1. En el País Vasco, ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de los servicios psiquiátricos.

2. Las mujeres resultan protagonistas de las demandas en cuatro de los siete diagnósticos más prevalentes en las consultas de salud mental. Las categorías más diagnosticadas en las mujeres son: 'reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación', 'ansiedad fóbica', 'episodios depresivos' y 'trastornos del humor afectivos persistentes'. Los hombres están más representados en 'trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje' y 'trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol' y "esquizofrenia".
3. El compromiso de la institución de incorporar la perspectiva de género en los planes de salud no se traduce en la sistematización de los datos necesarios para desarrollar investigaciones que permitieran favorecer acciones concretas en este sentido. Sería recomendable sistematizar un protocolo de datos básicos que incorporara determinadas cuestiones que la investigación ha mostrado asociadas a la patología mental de las mujeres.

Además, el trabajo recoge en el apartado "anexos", en formato tabla, los datos correspondientes al nivel de instrucción y diagnóstico de todas las personas asistidas en los años 1995, 2000, 2005 y 2011 en Osakidetza en los tres territorios de la CAPV; una información de interés para quienes deseen realizar una lectura nueva y distinta de los datos de la que aquí se muestra. De todas las variables sociodemográficas estudiadas, se ha considerado el nivel de instrucción la que, a priori, aporta una información individual más completa.

Las personas que han favorecido y facilitado la elaboración de esta investigación han sido: en Bizkaia, María Etxebeste Portugal, Ander Retolaza Basaltegui, María Dolores Goiriene Seijo y Virginia Guillén Cañas; en Álava, Fernando Mosquera Ulloa y Ana Audicana Uriarte y en Gipuzkoa Álvaro Iruin Sanz y Lolo Aparicio Tellería. El equipo ha estado compuesto por Aurora Urbano Aljama, Juan Antonio Abeijón Merchán y Elisabete Aróstegui Santamaría. El tratamiento informático necesario ha contado con la imprescindible ayuda de David Herrero Fernández.

La presente investigación proyecta la confluencia de dos campos o disciplinas: la sanitaria y la social, necesariamente obligadas a coincidir en el denominado espacio sociosanitario. Esta confluencia se produce, por un lado, a través de un tratamiento y análisis de los datos recogidos desde los registros de la propia red de asistencia Osakidetza, y por otra, gracias a una interpretación de los mismos desde el sistema sexo-género que plantean las diversas corrientes feministas de conocimiento. Ambas acciones pretenden aportar conocimiento a la nueva visión sociocomunitaria de las enfermedades, entre la que se incluye la salud mental. No olvidemos que las nuevas políticas sanitarias públicas se dirigen hacia un planteamiento holístico de la salud y se abordan desde una descentralización de la asistencia, dirigiendo este concepto hacia un tratamiento educativo y local.

PRIMERA PARTE

SALUD MENTAL Y GÉNERO

1.1. Conceptualizaciones de la salud mental. Teorías y modelos.

El concepto de salud mental no es un concepto estable, sino que varía a lo largo de la historia, y es de difícil concreción. Las causas de esta dificultad derivan del hecho de tratarse de un concepto cuyo contenido tiene un alto componente valorativo. Así, los síntomas y procesos (afectivos, cognitivos y comportamentales) y las distintas evaluaciones utilizadas para designar sana o enferma a una persona o grupo social varían en cada cultura y en cada periodo según las representaciones y paradigmas científicos dominantes, y por tanto no son estables. Además, en nuestro mismo contexto histórico, las representaciones de los múltiples modelos explicativos existentes (desde la psiquiatría biológico, psiquiatría comunitaria y diferentes corrientes psicológicas) impiden un único criterio de definición de salud o enfermedad mental y un único modelo integrado (Montesó, 2008).

Unida a esta complejidad conceptual, las nuevas corrientes epidemiológicas plantean un marco teórico al concepto de salud, entendido como un proceso complejo en el que intervienen dos aspectos: por una parte, lo que puede ser entendido como ‘normalidad mental’ individual en un contexto y momento personal, familiar, social, cultural determinado y, por otra, las políticas públicas que en ese momento imperan (Amarante, 2012). Estas corrientes plantean que los determinantes de la salud mental no están solamente en el individuo o en las relaciones sociales, sino que están construidos en las cotidianas prácticas sociales institucionales, familiares, etc. Por tanto, hay que pensar en la atención a la salud mental englobando la dicotomía del saber disciplinar de normalidad-anormalidad de la práctica académica y pensar en prácticas culturales.

La salud física, mental y la social están fuertemente relacionadas. El conocimiento de esta unión ha apuntado de forma más clara que la salud mental es un fundamento básico en el bienestar general de las naciones, sociedades e individuos (Montesó, *ob. cit.*, p. 48). En el contexto de su promoción, la salud ha sido considerada como un medio para llegar a un fin y no como un objetivo en sí mismo. Sería un estado que posibilita llevar una vida individual, social y económicamente productiva a través de recursos personales (cognitivos, aptitudes físicas) y sociales.

La OMS (2007) define la **salud** como el “estado físico, mental y social completo”, y la **salud mental** como el “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. No obstante, se ha propuesto la eliminación del adjetivo *completo* a esta definición, puesto que en la salud (y en la enfermedad) existen diversos grados y no debería ser considerada como una variable dicotómica.

La salud sería, pues, estar en la situación de ser consciente de las propias capacidades, de trabajar de forma fructífera y productiva. Es decir, el estado desde el que se puede responder a las exigencias normales de la vida, contribuyendo de forma efectiva a la comunidad de la que se forma parte.

Por **salud mental** se entiende, asimismo, la capacidad de las personas, grupos y contextos para relacionarse e interaccionar de manera que se promueva el desarrollo, el bienestar y las habilidades emocionales, cognitivas y comportamentales. Cuando aparece una disrupción entre los factores individuales, grupales o ambientales se habla de un problema de salud mental (Montero, n.d.).

La OMS relaciona esta definición con la promoción del bienestar, es decir, con la amplia gama de acciones directa e indirectamente relacionadas con el bienestar físico y mental, así como también con la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas directamente afectadas por dichos trastornos.

La propia organización considera enfermedad a "la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar". Las enfermedades mentales serían los problemas y las disfunciones asociadas a los síntomas psíquicos diagnosticables, definidos como trastorno mental ó trastorno psicológico: un comportamiento anormal o conjunto de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos produce malestar o una interferencia en la actividad de las personas. Los dos signos más característicos de los trastornos psicológicos son: la presencia de emociones dolorosas y la de conflictos duraderos en las relaciones sociales, familiares o de pareja.

La enfermedad mental es el resultado de una compleja matriz de factores entre los que se encuentran el perfil genético, las experiencias recientemente vividas, eventos vitales tempranos, el apoyo social, las creencias religiosas y, por supuesto, el género (Silvia et al 2010).

En 2001, la OMS declara que para un mayor y mejor conocimiento y comprensión de los trastornos mentales es necesario investigar aspectos tanto biológicos como psicosociales de la salud mental y señala la existencia de diferencias en torno a la edad, clase y género en cuanto a la prevalencia y tipo de trastornos mentales. Por tanto, para una concepción integral de la salud mental se deben incluir conocimientos y aportaciones desde disciplinas médicas, psicológicas y sociológicas.

Mari Luz Esteban (2010), dentro de una línea de pensamiento antropológica y feminista, plantea una definición de salud como "la construcción social de las representaciones y prácticas de los procesos de salud/enfermedad/atención enmarcada en un contexto social, político y económico, concreto", para lo cual propone *operacionalizar* su concepto con el objetivo de que sirva para señalar y paliar las desigualdades provocadas por el androcentrismo en la biomedicina. Así, el análisis de los problemas de salud debe incluir a ambos géneros, ya que lo importante es la relación entre ellos (Esteban, 2001). Esta autora propone el estudio de la salud con un enfoque *interdisciplinar, desnaturalizado, no dualista y crítico* con los esquemas occidentales.

La Comisión Europea adoptó en octubre de 2005 el contenido del Libro Verde 'Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental'. No obstante, en la última década se ha ido desarrollando en Europa un modelo de organización de la atención que se denomina *Community based mental-health model*. Dicho modelo ha demostrado mejorar la calidad de vida de pacientes psiquiátricos, producir más satisfacción y ser más eficaz. En el Estado español, este sistema está amparado por el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y por la Ley General de Sanidad (1986).

Los principios básicos del modelo comunitario de atención (Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2006) son:

1. Autonomía, para promover y respetar la independencia de las personas
2. Continuidad del tratamiento y apoyo longitudinal (a lo largo de toda la vida) y trasversal (entre los servicios necesarios)
3. Accesibilidad; atención y cuidado cuándo y dónde se necesite
4. Comprensividad, adaptación de los servicios a las personas, no de las personas a los servicios.
5. Equidad, distribución de recursos adecuada a las necesidades

6. Recuperación personal, mediante la atención al trastorno dentro del proceso personal.
7. Responsabilización, de las instituciones frente a pacientes, familiares y comunidad.
8. Calidad, aumentar la probabilidad de los resultados que se desean.

Modelos conceptuales y explicativos

Modelo MEDICO CLINICO	Modelo COMUNITARIO
<ul style="list-style-type: none">· Centrado en el tratamiento· Formato clínico· El usuario-a demanda la atención· Individualista· Escasa prevención	<ul style="list-style-type: none">· Centrado en la prevención· Formato comunitario· Busca al usuario-a y lo forma· Social· Escaso tratamiento

Para la clasificación de las distintas enfermedades, incluidas las mentales, la OMS recomienda el uso de CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, cuyo uso está globalmente más extendido y que será la que a todos los efectos se use en el presente estudio.

Existen diversos modelos conceptuales de la salud mental (desde una perspectiva biologicista, cognitivo-conductual, psicoanalítica, etc.), si bien el más extendido es el que entiende la enfermedad mental como el resultado de procesos bio-psico-socio-culturales que interaccionan entre sí. En un sentido amplio, además, los procesos de salud-enfermedad-atención son entendidos como construcciones culturales dentro de los contextos en los que se han generado sus modelos conceptuales. Sin embargo, la forma de mostrar y demostrar, vivir y definir dichos procesos está mediatisada por las relaciones de poder inherentes a las estructuras sociales, como se verá más adelante en el apartado correspondiente a los determinantes de salud.

1.2. Morbilidad, mortalidad y prevalencia de los trastornos mentales.

Para elaborar este apartado se han recogido datos de diversos estudios e informes oficiales, con lo que se pretende mostrar un panorama informativo amplio sobre la prevalencia, morbilidad y mortalidad de los trastornos mentales más comunes en diferentes contextos geográficos.

El estudio ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales) es la fuente más completa de información en cuanto al conocimiento de la prevalencia de los trastornos mentales. Entre sus objetivos persigue, además de estimar la prevalencia, analizar la asociación con variables sociodemográficas, factores protectores y predisponentes, así como evaluar cómo afectan a la calidad de vida y describir y evaluar la atención sanitaria que perciben las personas con trastornos mentales. ESEMeD-España se integra en el proyecto europeo enmarcado en la iniciativa de la *World Mental Health Surveys* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Encuestas de Salud Mental en el mundo*. Los factores asociados a padecer un trastorno mental, según este estudio, son: pertenecer al sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad.

La tabla siguiente informa de las prevalencias, vida y año de distintos trastornos mentales, obtenidas del ESEMeD-España en 2006.

Prevalencia de distintos trastornos mentales en hombres y mujeres en España, 2006 (%) (IC 95%)

Trastorno	Prevalencias Vida		Prevalencias Año	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cualquier trastorno mental	15,7	22,93	5,25	11,44
Cualquier trastorno del estado de ánimo	6,71	15,85	2,33	6,25
Cualquier trastorno de ansiedad	5,71	12,76	2,53	7,61
Cualquier trastorno por consumo de OH	6,47	0,96	1,38	0,05
Depresión mayor	6,29	14,47	2,15	5,62
Distimia	1,85	5,29	0,52	2,38
Fobia específica	2,32	6,54	1,19	4,20
Abuso de alcohol	6,38	0,95	1,38	0,05

Fuente: Retolaza (2007).

Los datos recogidos en el siguiente gráfico proceden de distintos informes oficiales seleccionados por la Junta de Andalucía¹, organismo que dispone de una web especializada en esta problemática. En ella se señala que:

En el mundo

- Las enfermedades mentales representan el 40% de las enfermedades crónicas y principal causa de los años vividos con discapacidad. Los pacientes con trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias a menudo son estigmatizados, insuficientemente atendidos y con frecuencia sometidos a abusos. En los países en desarrollo los dispositivos de detección, asistencia y tratamiento son insuficientes, están distribuidos de forma no equitativa y se usan de modo ineficiente.
- El 25% de las personas sufrirá a lo largo de su vida una enfermedad mental. En el mundo, unos 450 millones de personas la padecen aunque un elevado número de ellas no reciben ningún tipo de tratamiento o atención.
- Con respecto a las consecuencias, estos padecimientos suponen el 40% de las dolencias crónicas y se sitúa en primer lugar como causa de los años vividos con discapacidad. Así, el 33% de los años vividos con discapacidad se atribuyen a padecimientos psiquiátricos, y el 12% de los mismos debido a la depresión.
- El impacto producido por las enfermedades mentales en la calidad de vida de las personas es superior al que tienen otras enfermedades crónicas (como la artritis, las enfermedades cardíacas y respiratorias y la diabetes).
- Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado

En Europa

- Seguidos de las enfermedades cardiovasculares, estos trastornos ocupan el segundo lugar como causa de carga por enfermedad.
- Aproximadamente el 4% del producto interior bruto de la UE es el coste económico y social y económico de los padecimientos mentales (sobre los 182.000 millones de euros).
- En Europa, del presupuesto total en salud el 5,8% corresponde a la salud mental.
- Los padecimientos mentales ocasionan el 45%-55% del absentismo laboral en muchos países europeos.
- El tratamiento y la rehabilitación de los mismos acarrea el 20% del gasto sanitario.

¹Junta de Andalucía, Consejería de salud y bienestar social. En: <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>

En España

- Entre el 19%-26% de la población padecerá un trastorno mental, un 9% la padece actualmente y las cifras aumentarán en el futuro.
- Más de la mitad de las personas con padecimientos mentales no reciben tratamiento y las que lo reciben, éste no es el adecuado.
- Con respecto a la población general, en personas con un trastorno esquizofrénico, la tasa de riesgo de suicidio es 9 veces mayor, en la depresión mayor por 21, en los trastornos de la alimentación por 33 y en las drogodependencias por 86.
- Si bien el 99% de los profesionales no lo considera, el 18% de la población general, el 28% de familiares y el 20% de las personas con padecimiento mental crónico cree éstas suponen un riesgo si no son hospitalizadas.
- Los trastornos más frecuentes son: los depresivos 26,2% y de ansiedad 17,4%. La prevalencia de la Esquizofrenia es del 1,02%.
- En las personas con padecimiento mental crónico, sólo un 5% tiene un empleo regular, un 14% tiene pareja estable y un 18% declara no tener ninguna amistad.
- La depresión ocupa el cuarto lugar entre las causas de morbilidad y se prevé que en el año 2020 pase a ser la segunda.
- Los padecimientos mentales graves (esquizofrenia y el trastorno bipolar) a pesar de ser menos frecuentes que los comunes, son más discapacitantes y añaden mayor carga familiar. Para las mujeres, sobre las que recae el cuidado, supone de 6 a 9 horas diarias, lo que implica consecuencias sobre la vida laboral, social y familiar.
- En la depresión mayor, la tasa de mortalidad por suicidio es 21 veces mayor que en la población general, en la esquizofrenia es 9 veces mayor.
- El impacto sobre la calidad de vida de los trastornos mentales sobre las personas que los padecen es superior al de las enfermedades crónicas, como las cardíacas y respiratorias, la artritis o la diabetes (MSC, 2006).

Fuentes: Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions. 2005

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006

Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2005

Asociación Mundial de Psiquiatría. La esquizofrenia abre las puertas. 2007

La OMS indica que las crisis repercuten en el estado de salud física y salud mental de las poblaciones al provocar y acentuar el número de situaciones de estrés, depresión y de trastornos mentales. Es importante señalar que las crisis económicas, como la que estamos padeciendo, tienden a aumentar el número de situaciones propicias para un aumento en la población del estrés, la ansiedad y la depresión, entre otras cuestiones, al reducir y/o vulnerar derechos laborales. Además, estas crisis afectan de forma más acentuada a las personas más vulnerables, entre las que se encuentran las personas que padecen trastornos mentales. El desempleo arrastra pobreza y estrés, además de un aumento de situaciones de violencia, lo que acentúa la exclusión social y la inseguridad constante, situaciones muy relacionadas con el origen y mantenimiento de este tipo de trastornos (Saco, 2008).

En la siguiente tabla se recogen algunos datos ofrecidos por la OMS (2007) relativos a la prevalencia de distintos trastornos mentales.

Prevalencia de distintos trastornos e incidencia en hombres y mujeres

Prevalencia-vida: 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida

Prevalencia-año: 8,4% en los últimos 12 meses

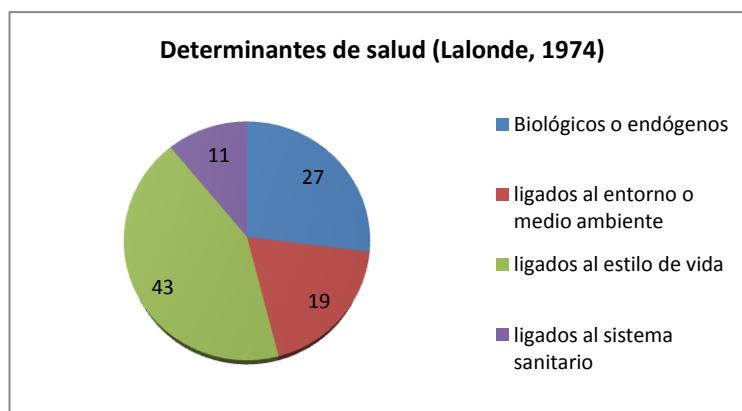
Trastorno	Hombres	Mujeres
Ansiedad	1	1,5
Depresión	1	2
Abuso de sustancias	5,6	1
Trastorno antisocial de la personalidad	3	1
Fobias específicas y sociales	1	2,5
Episodio Depresivo mayor	1	2,5
Trastornos de conducta, dependencia y abuso del alcohol:		
áreas urbanas	18,6	1,4
áreas rurales	31,5	1,2

Fuente: OMS (2007)

1.3. Determinantes de salud

Lalonde (1974) construyó un modelo de los determinantes en la salud que constituye el modelo de referencia en la salud pública. En él se explica que el nivel de salud de una determinada comunidad está determinado por la interrelación de cuatro variables:

1. Factores biológicos o endógenos (genética, envejecimiento), correspondiendo a éstos el 27% del monto/salud total.
2. Factores ligados al entorno o medio ambiente (contaminación física, química, psicosocial y sociocultural), con el 19% de representación.
3. Factores ligados a los hábitos de vida o estilo de vida (conductas de salud), los cuales representan un 43%
4. Factores ligados al sistema sanitario o al sistema de asistencia sanitaria, con el 11% del peso porcentual.



Un modelo posterior al de Lalonde fue el de Dahlgren y Whitehead (1992), el cual ahonda en los principales determinantes de salud definidos por Lalonde. Esos determinantes para los autores, son:

- Biológicos: Genes, Sexo, Edad
- Sociales y económicos Pobreza, Empleo, Exclusión social
- Medio ambiente: Calidad del aire, Vivienda, Calidad del agua
- Estilos de vida: Dieta, Ejercicio físico, Tabaco, Alcohol, Conducta sexual, Drogas

- Acceso a los servicios: Educación, Sanidad, Servicios sociales, Transportes, Ocio

La salud es, pues, una variable dependiente influida por estos factores: biológicos, relacionados con el entorno, ligados a los hábitos de vida y los vinculados al sistema sanitario.

La OMS (2009) define los **determinantes sociales de la salud** como las circunstancias en que las personas desarrollan sus vidas. El contexto en el que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud establecido. Tales circunstancias resultan inseparablemente de las políticas adoptadas y son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel local, de la comunidad, nacional y mundial. La distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos explican la mayor parte de las diferencias injustas y evitables que se observan entre países, y en los países mismos en lo referido a la situación sanitaria. La consecuencia de esas diferencias injustas derivadas de la desigual distribución del poder y de los recursos económicos afecta con especial virulencia al colectivo femenino.

Como se ha comentado anteriormente, la desigualdad en la salud entre hombres y mujeres surge de la distribución de los roles sociales y de las relaciones de poder que derivan en estilos de vida, las prácticas de riesgo y las prácticas preventivas, distintas para unos y otras.

La OMS (2010) señala que la **salud mental individual** está determinada por **múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales**:

- Los trastornos mentales tienen causas de carácter biológico, como factores genéticos y desequilibrios bioquímicos cerebrales.
- Factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales.
- Determinadas condiciones socioeconómicas, como el bajo nivel educativo y la pobreza, en este orden, que crean espacios de riesgo para la salud mental de las personas y las comunidades. También afectan los factores sociales como los cambios sociales rápidos, la exclusión social, las condiciones de trabajo estresantes, los modos de vida poco saludables, los riesgos de violencia y mala salud física, las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de género.

1.4. Concepto de género, sistema sexo-género.

Los conceptos de 'género' e 'identidad de género' surgen en los años 50 para explicar cómo se llega a construir una identidad sexual en las personas intersexuales, en contradicción o no con el sexo corporal asignado (Money, 1955).

Conceptualizaciones	
Sexo	Dimensión biológica. Características generalmente invariables de los hombres y mujeres.
Género	Dimensión psíquica del sexo. Características socio-culturalmente construidas, que definen lo masculino y lo femenino: valores, sentimientos, rasgos de personalidad y carácter de los hombres y de las mujeres.
Rol de género	Carácter social del sexo: comportamientos masculinos y femeninos.

Identidad de género	Autoidentificación con el rol social. Identidad psicosexual
Estereotipo de género	Extensión de creencias preconcebidas sobre atributos 'naturales' de hombres y mujeres.

Silvia Tubert (2007) añade que sexo y género son dos dimensiones de la sexualidad humana relacionadas entre sí y sin una precisión concreta de los límites entre ambas. Desde este punto de vista, el 'sexo' no es una entidad puramente natural, sino que es también producto de *una construcción conceptual que separa artificialmente lo biológico de lo socio-cultural que en el ser humano son difíciles de discernir, puesto que las determinaciones procedentes de la sociedad, y de la cultura actúan sobre la persona a través de la familia, desde su nacimiento o aún antes*. La polaridad 'sexo-género' no es una diferencia real, sino producto de una operación cultural que establece artificialmente los límites dentro de un continuo. Es imposible distinguir aquello que resulta de la condición biológica de aquello que ha sido generado por su formación en el seno de un universo humano, lingüístico y cultural. Siguiendo a Joan Scott, Tubert define el 'género' como un sistema simbólico vinculado con las relaciones de poder que determinan la subordinación de las mujeres y que se manifiesta en los planos educativo, familiar, religioso, económico, político, cultural y social. Es generado por esas relaciones y a la vez contribuye a sustentarlas.

El sistema de género incide en la formación de la personalidad de mujeres y hombres en la medida en que estas categorías de feminidad y masculinidad se presentan como modelos ideales con los cuales los seres humanos se identifican en el proceso de socialización. De este proceso resultan unas diferencias que tradicionalmente han sido consideradas como naturales, biológicas o innatas, pero los estudios antropológicos, históricos, sociológicos y psicológicos demuestran que son producidas por los sistemas simbólicos en los que están inmersos hombres y mujeres, así como por los discursos y las prácticas sociales que nos configuran como seres humanos.

Una cosa son los seres humanos, 'hombres y mujeres' corporeizados, diferenciados por sus características sexuales anatómicas y otra distinta son las representaciones sexuales de la feminidad y la masculinidad, sin existencia empírica, sino generadas como construcciones teóricas de contenido variable según los grupos humanos y los momentos históricos; creaciones culturales que se ofrecen (e imponen) a los sujetos como modelos ideales y que son incorporados bajo la forma de un 'ideal del yo'. Este ideal orienta el comportamiento, la imagen de sí y la autoestima de hombres y mujeres; tanto su percepción de sí mismos/as como sus metas y aspiraciones estarán reguladas por los ideales.

Mari Luz Esteban (2010) plantea una definición de género desde la idea de 'perspectiva', no como variable, sino como 'principio de organización social', lo cual permite múltiples y diferentes niveles de análisis.

Lo socio-político-cultural por medio de simbólicos y ancestrales sistemas de representaciones impone estereotipos y categorías que definen, y por tanto moldean y marcan

- **los cuerpos**, lo dado biológicamente al nacer (el sexo) y en función de la biología (fenotipo)
- **la relación de subjetiva con su cuerpo** (lo que piensa, siente y cómo se comporta con su propio cuerpo)
- también define **las relaciones entre lo que finalmente 'somos'** ('nos sentimos' y 'nos comportamos') **con los-as demás**

La sociedad y sus mecanismos de poder determinan y condicionan subjetividades e intersubjetividades

	Tenemos un cuerpo...	Sentimos, pensamos, nos comportamos como...	Y, generalmente, hacemos una elección sexual
Grado de libertad	<p>Genéticamente determinado, con limitadas posibilidades de cambio, únicamente mediante tratamientos quirúrgicos u hormonales</p> <p>Nos viene dado, escasas posibilidades de cambio</p>	<p>Generalmente, según es nuestro cuerpo, nos formamos una identidad de género y, posteriormente, un rol de género</p> <p>Formado, marcado, construido educativa y culturalmente por la sociedad en la que nacemos</p>	Libremente elegida y (más o menos) manifiesta/manifestada
Formas y/o elecciones	<ul style="list-style-type: none"> - Fenotipos puros masculinos - Gradiente con formas intermedias según variaciones genéticas - Fenotipos puros femeninos 	<ul style="list-style-type: none"> - Transexuales hombres - Hombres - Mujeres - Transexuales mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> - Hombres heterosexuales - Transexuales hombres - Homosexuales - Bisexuales - Lesbianas - Transexuales mujeres - Mujeres heterosexuales

Fuente: Construcción propia

Diferencias entre hombres y mujeres

Genéticas, cromosómicas

Los hombres con otros hombres y las mujeres con otras mujeres se diferencian en un 1 por 1.000 del ADN en nuestra especie. Con personas de nuestro propio sexo compartimos por tanto un 999 por 1.000.

"Si se compara a una mujer con un hombre, el segundo cromosoma X de la mujer es sustituido por el pequeño y distinto cromosoma Y. Cuantitativamente esta sustitución es mucho más importante que todos los polimorfismos conocidos en el genoma humano y hace que un hombre y una mujer se diferencien entre sí mucho más que en el 1 por 1.000 del ADN. De hecho y desde este punto de vista, el hombre se diferencia de la mujer mucho más que del chimpancé. (Mosterin, 2008 p. 262)

Fuerza muscular, velocidad a la hora de correr, algunas diferencias son explicadas por el efecto de las hormonas sexuales (estrógenos y testosterona) en el cerebro. Desde el nacimiento, *"niños y niñas reciben los mismos estímulos en cerebros cableados de manera distinta"* (Mosterín, op. cit. P. 263).

Las diferencias entre mujeres y hombres no afectan al nivel general de inteligencia (IQ), sino a la manera en que se llevan a cabo diversas tareas cognitivas. Algunas de ellas son:

Mujeres (mejores resultados en)	Hombres (mejores resultados en)
<p>Test de velocidad perceptual, trabajos manuales a precisión, recordar posición previa de objetos y detectar los cambios.</p> <p>Mayor fluidez verbal y encontrar palabras que satisfacen cierta condición, mayor fluidez ideacional.</p> <p>En cálculo aritmético con números.</p> <p>Son más vulnerables a la adicción</p>	<p>Mejores resultados en pruebas de representación espacial</p> <p>Mejores en razonamiento matemático.</p> <p>Habilidad motora dirigida a un blanco.</p>

Fuente: Mosterín, 2008.

A la espera de conocer si las diferencias existentes entre los sexos pueden ser debidas al 'cableado' neuronal distinto por las diferencias morfológicas, hormonales y funcionales sobre las que se asienta (a las que se uniría posteriormente la fuerza de las prácticas culturales), la cuestión es que hombres y mujeres en general (entendido en sentido estadístico, promediando los datos) sienten, piensan y se comportan de forma distinta.

Las diferencias entre hombres y mujeres han evolucionado y evolucionarán a lo largo del tiempo debido a los procesos sociales e históricos, como por ejemplo el reconocimiento de los derechos políticos y

laborales, la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, los avances en el campo formativo e investigador, etc.

En la construcción social del género intervienen conceptos que se relacionan con la identidad, las actitudes, los comportamientos y las capacidades de los hombres y de las mujeres, y también, como consecuencia o efecto de lo anterior, con el uso de los recursos, las responsabilidades y el poder. Dicho de otro modo, por las relaciones entre necesidades ontológicas (ser, estar, tener hacer) y axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad). Por tanto, los procesos históricos, sociales y culturales pueden explicar cómo aparecen, se forman y perpetúan las diferencias, y consiguientemente las desigualdades de género.

La literatura señala que la *opresión* por el desempeño de un rol puede tornarse insopportable para las mujeres, y si además no se conoce el origen del sufrimiento, podría aparecer el trastorno mental como única forma de expresión (Montero, 2004). En la ejecución de los roles de madres y esposas se imponen deberes de *sumisión* que exigen o piden sentir-pensar-ostrar de una determinada manera y que son contrarios a los deberes que surgen como consecuencia de un *compromiso libremente elegido*, y a los deberes derivados de *un proyecto propio elegido sin pesos socioculturales*. Las mujeres en general han estado en mayor medida, social y culturalmente, sujetas a estos deberes de sumisión y han dispuesto de menos opciones para elegir los deberes fruto de un compromiso voluntariamente aceptado o los derivados de un proyecto libremente elegido (Marina, 1996). La sobrecarga emocional y la sobreexigencia (en términos de energía) que genera el desempeño de un rol impuesto se traduce en estrés psíquico y en una actitud sobreexpuesta por el esfuerzo continuado y por el escaso valor socialmente atribuido a las tareas desempeñadas.

En los procesos de individuación, hombres y mujeres se enfrentan con mandatos producto de roles sociales, culturalmente definidos, que exigen sentir, pensar y actuar de determinadas formas y, además, hombres y mujeres individualmente deben conseguir y mantener un equilibrio *homeostático* del yo (entre las capacidades y recursos personales y las exigencias externas) en esos procesos de individuación. Se nos socializa en determinados valores según el sexo. En contextos ya definidos por dichos valores, hombres y mujeres actúan e interaccionan y recogen improntas emocionales y/o narrativas que van formando, forjando y/o amputando capacidades y posibilidades humanas, en un equilibrio siempre precario de realización personal dentro de proyectos comunes y compartidos.

Los valores atribuidos a las características de los roles de género sobre cómo son o deberían ser los comportamientos masculinos y femeninos, se distorsionan en estereotipos de género, convirtiendo en inamovibles, inaceptables o perpetuas para uno u otro sexo muchas de las creencias preconcebidas sobre ellos. Se muestran algunos de estos valores recogidos y reproducidos por Cavallé (2004):

Cualidades y valores masculinos	Cualidades y valores femeninos
La exteriorización	La interiorización y el repliegue
La dureza y la inflexibilidad	La receptividad y la ductilidad
El uso de la fuerza entendido como la aplicación de la energía hacia el exterior	El uso de la fuerza concebida como resistencia, paciencia, aguante
El avance lineal orientado hacia un logro o hacia una meta externa	El avance no visible ni cuantificable, entendido como ahondamiento en lo mismo
El dominio a través de la fuerza, de la acometividad y de la exclusión	La síntesis o la tendencia a incluir lo diverso
El control a través de la división y del análisis. La competitividad	La cooperación y la sinergia: la armonía colaboradora entre las partes que configuran un sistema

Cualidades y valores masculinos (cont.)	Cualidades y valores femeninos (cont.)
<i>El imperio de una parte sobre el conjunto.</i> <i>La especialización (entendida como desarrollo lineal de una parte a expensas del conjunto)</i>	<i>El desarrollo orgánico del conjunto</i>
<i>La exploración y conquista del entorno</i>	<i>El respeto por el entorno y la conciencia de ser parte de él.</i> <i>El contacto con la naturaleza y con la vida</i>
<i>La conciencia del yo</i>	<i>La conciencia del tú y la afirmación del otro</i>
<i>La autoafirmación, la iniciativa y la ambición</i>	<i>El cuidado y la protección</i>
<i>La inteligencia analítica, deductiva y tecnológica y las actividades correspondientes (las ciencias, organización, industria...)</i>	<i>La inteligencia emocional ó 'conocimiento del corazón' y las actividades correspondientes (la música, la danza, la literatura, la poesía...)</i>
<i>El intelecto entendido como razonamiento discursivo y abstracto, como lógica aséptica</i>	<i>La inteligencia entendido como intuición integral, no disociada de lo concreto y como capacidad de percepción directa</i>
<i>La inclinación hacia lo objetivo</i>	<i>La inclinación hacia lo subjetivo</i>

Fuente: Cavallé (2004).

La misma autora propone una solución al peso de lo marcado socioculturalmente a través de la socialización: "Tanto las cualidades masculinas como las femeninas están presentes en el hombre y en la mujer. Cuanto más madura sea la personalidad de una mujer, tanto más estará en contacto consciente con su interioridad masculina. Cuanto más maduro sea el hombre, tanto más integradas estarán en su personalidad sus íntimas cualidades femeninas. Una mujer que se encuentre totalmente identificada con su actitud externa femenina y que no esté en contacto con sus cualidades masculinas interiores –de modo que éstas sean en ella totalmente inconscientes- no será, por ello, más femenina; al contrario, su feminidad se expresará de forma inmadura. A su vez, un hombre que no se reconozca y que no esté en contacto con sus cualidades femeninas, manifestará una virilidad superficial y desequilibrada. En general, cuando las cualidades masculinas y femeninas no están compensadas con su contraparte, se desequilibran y se tornan destructivas. De todo esto se deduce que, al dañarse o cercenarse mutuamente, el hombre y la mujer se dañan a sí mismos. Lo que empobrece a la mujer, empobrece al hombre, y viceversa. La realización de ambos, como seres humanos integrados, pasa por el redescubrimiento y el desarrollo de las dimensiones femeninas o masculinas más ocultas, respectivamente, de su ser" (Cavallé, 2004, p. 104-105).

La fuerza física y el lenguaje son herramientas que se usan como medios para conseguir determinados fines. Con respecto a la fuerza física, Tobeña (2003) plantea que la biología y fisiología humanas están establecidas de tal forma que el sistema neuroendocrino "está al servicio de la defensa (la huida, la resistencia, la alarma, el camuflaje, etc.) y puede orientarse sin solución de continuidad aparente al servicio del ataque, dominio, amenaza o sometimiento de los y las demás cuando surge un conflicto de intereses. Existen complejos sistemas internos para garantizar la lucha por la supervivencia, que fácilmente pueden convertirse en optimizadores del combate por la ganancia". Con relación al lenguaje, el manejo adecuado del habla es fundamental para entender a los-as demás y hacerse entender. Se ha señalado en el marco teórico que las mujeres en general, presentan en las pruebas una mayor fluidez verbal, encuentran antes que los hombres palabras que satisfacen cierta condición y poseen mayor fluidez ideacional. Sin embargo, esta situación de ventaja en el uso y manejo del lenguaje no es suficiente en un conflicto de intereses cuando se decide usar la fuerza física.

El sistema social, para Greer (2001), es definido como el conjunto de conductas aprendidas y de interacciones codificadas que constituyen el tejido conectivo de la sociedad. Dicho sistema necesita generar situaciones peligrosas, reales o simbólicas que ayuden a su sostenimiento. Desde la infancia, mediante la socialización, las personas adquieren conocimientos e incorporan maneras de pensar,

sentir y actuar. Hombres y mujeres aprenden un sistema de valores y comportamientos diferenciados para unos y otras. En la generación de los roles (la masculinidad y feminidad) los varones son socializados para la ejecución de tareas instrumentales y para la interacción y comunicación con el exterior/lo externo, potenciándose el conocimiento personal, la autonomía, la competición y la agresividad, mientras que las mujeres son culturalmente entrenadas para mantener y generar vínculos afectivos y tareas emocionales en el grupo propio, y se potencia el conocimiento de las otras personas, la comprensión y preocupación sobre los-as demás y la dependencia. En el acceso a los recursos de poder, económicos y socioculturales, los valores masculinos funcionan como sistemas de control.

Diferencias de género en algunos trastornos mentales

Los estudios epidemiológicos señalan que existe el doble de posibilidades de padecer **depresión** en las mujeres (con un mayor impacto durante la edad fértil) independientemente de los aspectos culturales, de los países y a lo largo de las décadas. Son varias las hipótesis explicativas (Pérez, 2006):

- Que no exista una diferencia real entre hombres y mujeres en este tema y que las diferencias se deban a que la mujer, al reconocer mejor los síntomas afectivos, pediría atención sanitaria, mientras que en los hombres existirían otros síntomas depresivos semejantes, como la dependencia alcohólica.
- Que exista una diferencia real en la que intervengan factores “biológicos (*predisposición genética, alteraciones del eje Hipotálamo-hipofisario-adrenal, influencia de los estrógenos en los sistemas de neurotransmisión, disfunciones tiroideas*), sociales (*vivencia más estresante de los acontecimientos vitales, desventajas sociales, mayor vulnerabilidad a la carencia de apoyo social, desempeño de varios roles*) y cognitivos (*desarrollo de estrategias de afrontamiento menos adecuados*)” (Pérez, 2006).

Además de las diferencias morfológicas analizadas en el apartado anterior, otros estudios² han descrito diferencias funcionales respecto a la percepción, expresión y procesamiento de estímulos emocionales (López et al, 2006), en concreto:

- *formas diferentes de respuesta en situaciones estresantes.* Los hombres podrían estar más adaptados a situaciones de estrés agudo en relación con su papel de defensa territorial y búsqueda de alimento, mientras que las mujeres presentan una mayor adaptación a situaciones de estrés mantenido o crónico. En cuanto a la naturaleza del estímulo se señala que los primeros presentan aumentos de cortisol en situaciones de desafío y amenazas, mientras que entre las segundas este aumento surge ante situaciones de rechazo social o estrés interpersonal.
- *percepción y respuesta ante distintos estímulos emocionales.* Los varones adolescentes presentan una restricción en la expresión emocional, mientras que las mujeres, en esta etapa, tienden a experimentar un aumento de la expresividad. Los primeros responden más intensamente a las imágenes eróticas o de contenido sexual, mientras que las segundas responden de forma más intensa o selectiva ante estímulos emocionales aversivos, como expresiones de tristeza, miedo o angustia. En las mujeres se muestra una mayor activación cuando perciben incongruencia semántica. Como hipótesis cabe plantear para los hombres que el sesgo de respuesta favorece conductas de aproximación necesarias para la defensa territorial y las conductas sexuales, mientras que entre las mujeres, este sesgo de respuesta permite condicionar el patrón de conducta de evitación de amenaza o compromiso vital.

² en el capítulo Género, procesamiento emocional y trastornos afectivos, de López-Araquistain, Cardoner y Urretavizcaya en Psiquiatría y Mujer (2006) se recogen los aspectos destacados por la literatura científica en torno a este tema. Se presenta un resumen de lo más relevante.

- *y en la codificación y recuerdo de información emocional.* Las mujeres recuerdan más acontecimientos bibliográficos y recuerdan datos con mayor rapidez e intensidad en respuesta a pistas. Se han propuesto dos hipótesis: la de la intensidad afectiva; ellas experimentan acontecimientos vitales de forma más intensa y, por otra parte, la relacionada con el estilo cognitivo, en la que frente a igual intensidad emocional, las mujeres y los hombres presentan un diferente patrón de activación.

López *et al* (2006) concluyen con respecto a las diferencias funcionales y de procesamiento cognitivo y emocional de estímulos emocionales, que el femenino muestra unas características diferenciales con marcado paralelismo con las que se observan en personas deprimidas. Subrayan que un sistema emocional más complejo puede presentar un mayor riesgo de alteraciones en su funcionamiento, derivando en mayor vulnerabilidad para la patología.

Entre las conclusiones generales del trabajo de tesis de Montesó (2008): *Salud mental y Género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres*, se extraen las siguientes hipótesis:

- “que la diferente conceptualización de lo que ha de ser una hombre y una mujer en nuestra cultura ha propiciado a que a la mujer se le asignaran “roles de género tradicionales” –rol maternal y cuidadora- y a unas condiciones de vida que les han conducido a “malestar” y depresión. Estos roles les han llevado a sufrir violencia, sobrecarga, estrés y poco apoyo social con mayor frecuencia que sus compañeros varones y por tanto a un porcentaje mayor de depresión” (p. 437)
- “que el mayor nivel de estudios, el trabajo remunerado y el apoyo social son factores que protegen de la depresión a las mujeres” (p. 442)
- “que los problemas de violencia laboral son casi una tercera parte de las causas que provocan depresión” (p. 445)
- “que el rol de género tradicional asignado a la mujer y los rápidos cambios sociales a los que nos enfrentamos hace que sea más difícil para las mujeres adaptarse al nuevo entorno ya que las estructuras organizacionales no han tenido tiempo de ajustarse a ellos; este hecho ha influido de manera importante en el aumento de depresión y otras enfermedades orgánicas” (p. 446)
- “la enfermedad mental en nuestra sociedad está estereotipada porque no es el prototipo de éxito que ésta demanda, por lo que aparecen otras formas de manifestar “el malestar” que son los problemas físicos o enfermedades, que están más aceptados socialmente” (p. 452).

Para Dio Bleichmar (1991), “la mayor incidencia de la depresión en las mujeres no debe buscarse en la biología, en su fisiología, en su cuerpo, sino en las condiciones de vida y en las características de la subjetividad” (p. 58).

Las categorías de “**trastorno adaptativo**” y las “**reacciones de estrés**” son entidades únicas dentro de la descripción, diferenciación y clasificación psiquiátrica, por cuanto son las únicas que hacen referencia a un agente etiológico y no a la presencia de un síndrome. Expresan el abanico de expresiones posibles a las circunstancias de cambio y/o situaciones de amenaza o pérdida, ante las que no se encuentran recursos y las personas no consiguen adaptarse. Estas vivencias también surgen en momentos o períodos en los que las personas se encuentran, desde un punto de vista subjetivo, sobre pasadas por los acontecimientos. Así pues, pueden considerarse como lo más cercano a una “patología de la vida cotidiana” o patología psicosocial (Pérez n.d.).

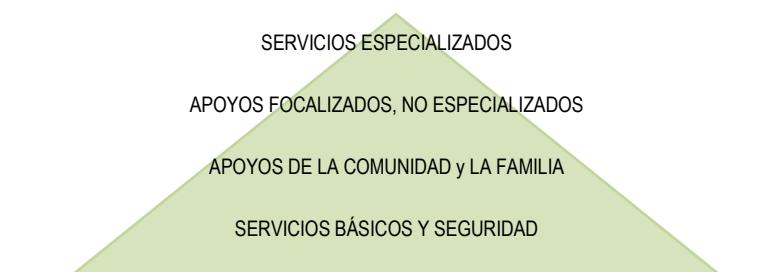
El gráfico que sigue a la tabla recoge la pirámide de las intervenciones en situaciones de estrés y apoyo psicosocial en emergencias para los servicios de salud mental, recogidas en la IASC, Inter-Agency

Standing Committee (2007). Las mujeres llegan a los servicios especializados cuando los resortes y apoyos previos al intento de adaptación posterior de la experiencia estresante, traumática o dolorosa ya han fracasado. Al demandar la ayuda que necesitan en los servicios especializados, las mujeres no han encontrado previamente entornos favorables para solucionar adaptativamente un problema vital.

Concepto de trauma
a. Una vivencia que se presenta una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, asociada frecuentemente a emociones y sentimientos de confusión y caos cuando se vive el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto.
b. La experiencia se presenta como inenarrable, incontable y es percibida con frecuencia como incomprensible para los demás
Concepto de trauma (Cont.)
c. Rompe uno o más de los pilares sobre los que se sustenta los referentes de seguridad del ser humano: como son el control sobre la propia vida, las creencias de invulnerabilidad, la confianza en las demás personas, en su bondad y su tendencia a la empatía y la seguridad en el carácter predecible y controlable del mundo
d. Hace cuestionar los esquemas del yo y del yo frente al mundo
e. El impacto del hecho puede leerse como una fractura del sistema de compensaciones y equilibrios que hacen regular la vida de las personas y de las personas en su medio.

Fuente: Pérez-Sales (n.d)

Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias



Fuente: Interagency Standing Committee. Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Ginebra. 2007

Con respecto a la **esquizofrenia**, diversos estudios señalan una mayor incidencia y prevalencia y una edad de inicio más temprana en los hombres (Rodríguez, 2006; Reverté y Baeza, 2006). Las mujeres tienen un inicio más tardío y con síntomas más graves que los hombres. Las diferencias son atribuidas al efecto protector de los estrógenos, desapareciendo en las mujeres este efecto en la menopausia. En ellas la evolución también es más favorable, con una mejor respuesta al tratamiento y con necesidad de dosis farmacológicas menores, mayor conciencia de enfermedad y con menor número de hospitalizaciones y de menor duración (Rodríguez, 2006).

1.5. Salud mental y género.

La OMS define la desigualdad en función de las diferencias en materia de salud, que son innecesarias, evitables e injustas. En 2008, en su informe, la OMS señala que los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias tienen prevalencia en todos los países, siendo a su vez importantes factores que favorecen a la mortalidad y morbilidad prematuras. Además se señalan dos tipos de barreras para el acceso al tratamiento de esta problemática: una tiene relación con el acceso a los recursos y se refiere a las limitaciones para la ampliación y mejora de la provisión de servicios de salud mental, la otra hace referencia a la prestación de los servicios. De este modo, la evidencia muestra que también existen barreras desde el punto de vista de la demanda que pueden disuadir a los y las pacientes del acceso al tratamiento disponible, especialmente si son pobres o vulnerables. Entre éstas últimas se encuentran los costos del acceso, la falta de información, así como factores de género, sociales y culturales. El informe recomienda que el enfoque usado para la prestación de servicios, debe atender a las cuestiones de género y señala que las diferencias entre los sexos crean inequidades entre los hombres y las mujeres en cuanto al estado de salud. Estas diferencias entre los sexos dan lugar a diferencias en el acceso y el uso de la información, la atención y los servicios sanitarios.

Dos son las ideas que recoge el siguiente punto: por una parte, la relación intrínseca entre salud física y salud mental (OMS), y por otra, la existencia de diferencias y desigualdades de salud entre hombres y mujeres (Rohlf, 2000).

Son dos los modelos de análisis explicativos de las diferencias en el estado de salud de mujeres y hombres: los biológico-genéticos y los socio-culturales. De manera general, en los primeros prevalece el papel de la herencia genética y la biología en el comportamiento de las personas, tanto en lo social como en lo corporal. Esta concepción subraya la existencia de diferencias genéticas, fisiológicas y hormonales entre hombres y mujeres, lo que inevitablemente orienta a ambos sexos a diferentes formas de enfermar. Se habla por tanto de diferencias de salud-enfermedad en función de vulnerabilidades biológicas ya establecidas genéticamente. Los segundos, como base para la explicación de las diferencias de salud entre los hombres y mujeres, introducen las desigualdades que surgen de los contextos socio-político-culturales en los que están inmersos, así como los valores sociales y normas establecidas en los mismos para cada uno de los sexos (García-Calvente, 2004).

En el primer modelo, las diferencias de salud estarían determinadas por el bagaje genético, fisiológico, lo biológicamente heredado, es decir, por el sexo de la persona. En el segundo, las diferencias de salud se explican por las desigualdades de género.

Diferencias de salud entre hombres y mujeres. Modelos explicativos		
	Modelos biologicistas	Modelos socioculturales
Diferencias determinadas por	El peso de lo genético, lo biológico, el sexo	Fruto de las desigualdades, el peso de la estructura socio-político-cultural
Diferencias entre hombres y mujeres	Expresión de las diferencias fisiológicas, hormonales y vulnerabilidades asociadas a ellas	Expresión corporal de las desigualdades sociales, políticas y culturales

Las diferencias de género en la salud-enfermedad han sido marginadas e ignoradas. Son varios los estudios e informes que recomiendan el enfoque de género en los programas de salud.

Así, la perspectiva o lectura de género como herramienta analítica, complementa el encuadre teórico explicativo dado hasta el momento a los procesos salud-enfermedad.

De la misma manera, la visión desde esta perspectiva señala diferencias empíricas entre mujeres y hombres en las siguientes dimensiones relacionadas con la salud y lo sanitario (1):

1. Riesgos concretos relacionados con tareas y actividades definidas como femeninas o masculinas.
2. Necesidades específicas de atención.
3. Percepciones distintas de salud y enfermedad.
4. Diferente grado de acceso y control sobre los recursos básicos para la protección de la salud.
5. Prioridades diferenciales en el reparto de recursos públicos destinados al cuidado de la salud y a la provisión de medios.

Un resumen de las diferencias introducidas por la metodología feminista en la investigación en salud son las siguientes (García-Calvente, 2010):

- el enfoque comparado por sexos para identificar desigualdades de género,
- la utilización del género como categoría de análisis,
- el reconocimiento de la complejidad, intersubjetividad, reflexividad y la metodología cualitativa,
- la atención a grupos desfavorecidos o vulnerables y la orientación hacia la trasformación del conocimiento y cambio social

El género es una variable significativa en el desarrollo, diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales que no suele estar conceptualizada en teorías para explicar la enfermedad mental. Las diferencias en las tasas y en la distribución de las enfermedades mentales son tan llamativas que cualquier teoría propuesta debería siempre tenerlo presente (Montero, n.d.).

Se recoge a continuación un resumen de las aportaciones de Teresa Ordorika en su estudio *Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres* (2009). La razón por la cual se incluye una visión sociológica y feminista es la de ofrecer una mirada más amplia y específica que tenga en cuenta el plano histórico, social y cultural y, a la vez, mostrar cómo se han relacionado y se relacionan estas visiones con la salud mental de las mujeres. Se incluyen las referencias bibliográficas señaladas por la autora.

Las primeras aportaciones sobre la relación entre salud mental y género surgieron en el contexto de la segunda ola del feminismo (Annandale y Clarke, 1996), a raíz de las investigaciones realizadas en los años setenta del siglo pasado por académicas feministas británicas y estadounidenses. Sus trabajos se centraron en señalar y analizar las causas de la mayor representación femenina según los datos epidemiológicos de los registros oficiales. Las mujeres usaban más los servicios, se les recetaba más medicación y se las hospitalizaba con mayor frecuencia que a los hombres. Sus críticas fundamentalmente se centran en los sesgos sexistas y en el androcentrismo de la psiquiatría desde sus orígenes decimonónicos hasta la actualidad. Las contribuciones de estas autoras han sido decisivas

para una nueva reconceptualización de la salud mental y para que instituciones como la OMS planteen nuevas políticas y programas³.

Las perspectivas novedosas de análisis introducidas por estas autoras fueron dos:

1. El análisis crítico de las categorías utilizadas por la psiquiatría, así como de la metodología empleada para medir los trastornos y enfermedades. La idea subyacente es que los conceptos de salud y enfermedad son construcciones sociales que surgen de fenómenos socioculturales, nombrados y construidos en un contexto histórico determinado y que son, por tanto, manifestaciones re-conceptualizables.
2. Los factores sociales y las circunstancias de vida afectan a la salud. Así, diferencias existentes entre los hombres y las mujeres se deben a condiciones de vida de las segundas, caracterizadas por la opresión y dominación de lo masculino.

Las teorías de enfoque social constructivista de Joan Busfield explican cómo los procesos y estructuras sociales pueden afectar a la salud mental de las personas. Plantea que la situación de asimetría de poder de mujeres y hombres acarrea para éstas situaciones de subordinación y desempoderamiento. Las líneas de análisis han sido cuatro:

1. Los procesos sociales y las concepciones de salud y padecimiento mental

Se plantea que los procesos sociales y políticos han presionado, tanto en el surgimiento como en el desvanecimiento de las enfermedades⁴, así como en la conceptualización y clasificación diagnóstica construida por la psiquiatría. En este punto, la tarea fundamental de la sociología feminista fue cuestionar críticamente el fondo conceptual de salud y enfermedad mental, así como de las categorías diagnósticas. La sobrerepresentación femenina en la atención psiquiátrica se debe a sesgos androcéntricos de los discursos oficiales y no tanto a una representación real del estado de salud mental de las mujeres. La relación numérica de hombres y mujeres con trastornos mentales dependía de lo que cada sociedad consideraba como trastorno o enfermedad, y no a la vulnerabilidad fisiológica o mental perteneciente a cada sexo. Por lo tanto, esta línea sostiene que la definición de salud o enfermedad, mental o física, es una construcción social que varía diacrónicamente y que “existe un sexism institutionalizado” (Ordorika, 2006) en las concepciones sociales de las enfermedades mentales, atribuyendo a las mujeres, con mayor facilidad que a los hombres, trastornos o enfermedades mentales, lo cual hizo que ciertos padecimientos y no otros se incluyeran en los cuestionarios.

2. Los procesos sociales y las prácticas médicas

Esta línea de exploración se centra en analizar el funcionamiento de la práctica psiquiátrica con el fin de desvelar las actitudes y valores que subyacen, tanto en los diagnósticos como en los posteriores tratamientos sugeridos. El objetivo se centraba en explorar y desmontar los sesgos de género presentes en ambos procesos.

Varias autoras acogieron las concepciones de la antipsiquiatría, las cuales consideraban críticamente que la categoría de trastorno mental era en realidad la etiqueta de un comportamiento desviado y que la psiquiatría y sus instituciones participaban de un engranaje cuyo objetivo era un sistema de control

³ Para una información más completa y exhaustiva sobre las autoras que han contribuido a esta nueva concepción, se remite al artículo de Ordorika (2006). Más información en la bibliografía.

⁴ Ordorika (2006) define como *padecimiento* a la enfermedad mental o física.

social más amplio. Así, la situación de las mujeres en la práctica psiquiátrica controlada por varones es consecuencia del poder y del control ejercido sobre ellas, sobre sus mentes y cuerpos.

La institución psiquiátrica ha etiquetado a las mujeres como enfermas, más fácilmente que a los hombres, cuando éstas no han cumplido con los roles socialmente asignados. El rango de normalidad en el comportamiento de las mujeres resulta muy limitado y cualquier desviación con respecto al mismo es considerada como síntoma de trastorno mental. Otros trabajos resaltan la importancia y la característica del poder de designar las etiquetas de ‘enfermo mental’ y adjudicar los trastornos mentales a las personas pertenecientes a otros grupos por razones de género, étnica, clase social, etc. (Chesler, 2005). El etiquetamiento de los médicos y, como consecuencia, de las personas que las rodean, ejerce sobre las mujeres el efecto del desempoderamiento, toda vez que se ejerce sobre ellas un control social formal e informal.

Se produce así lo que se ha llamado ‘paradoja psiquiátrica’, consistente en mostrar interés por ayudar a las mujeres en sus problemas de salud a la par que se ejerce un control por medio del reforzamiento de estereotipos e imponiendo restricciones (Penfold y Walker, 1984).

En consecuencia, y a raíz de lo anterior, surgen dos corrientes feministas con posicionamientos distintos. Un grupo de teóricas piensa que el sexismo es una parte inevitable y estructural de la psiquiatría (Chesler, 2005; Showalter, 1987; Ussher, 1997), lo que ha supuesto una ruptura con la disciplina y, por otra parte, el segundo posicionamiento afirma que al igual que otras disciplinas, la psiquiatría puede ser sometida a la crítica e independizarla de sesgos clasistas, racistas y sexistas antes de ofrecerla a estos grupos vulnerables (Busfield, 1988; Allen, 1986). Para conseguir rescatar de la psiquiatría los aspectos que ayudan a las mujeres y olvidar el androcentrismo se debe comenzar por cubrir los intereses que ellas solicitan.

3. Los procesos sociales y la etiología de los padecimientos mentales

Si las líneas anteriores tienen como punto de partida el enfoque en la construcción social del padecimiento, otra línea de análisis investiga la producción social del trastorno, es decir, analiza las causas del mismo en las condiciones específicas de vida de las mujeres y cómo éstas influyen negativamente en su salud mental (Cockerham, 2000; Schwartz, 2002). Desde ahí, argumentan que la salud mental está íntimamente relacionada con los condicionamientos de vida de las personas (Bordo, 1992; Chernin, 1986). En condiciones adversas aparecen mayores índices y tipos concretos de trastornos. Las diferencias epidemiológicas entre mujeres y hombres son resultado e imagen de la explotación y las desigualdades que oprimen a las primeras en la sociedad patriarcal, dando como resultado la aparición de trastornos como la ansiedad, la depresión, la bulimia y la anorexia (Oakley, 1982; Bordo, 1992).

La inferior situación de las mujeres con respecto a los hombres influye en la forma de ser, pensar y actuar de éstas, afectando a la autoestima y a la construcción de su subjetividad. La vulnerabilidad resultante no es un estado físico o psíquico, sino lo resultante del desempoderamiento y de la ausencia de recursos simbólicos y materiales (Burín, 2000; Lagarde y de los Ríos, 2003).

Unido a lo anterior, otra característica de esta perspectiva teórica es el grado de importancia que se otorga a la relación entre el desarrollo psicológico de las personas y la posición de género que se ocupa. Las labores tradicionales realizadas por las mujeres (relacionadas con ser esposas, madres y amas de casa), tienden a la repetición, al aburrimiento, la ausencia de poder e invisibilización, lo que contribuye al estrés y a la frustración, generando trastornos mentales (Friedan, 1997; Simon, 1995; Burín, 2000).

En conclusión, esta corriente pone de relieve cómo la salud mental de las mujeres se ve afectada por determinadas condiciones de vida. Los padecimientos derivados del sistema patriarcal: la explotación, marginación y dominación que resulta de las jerarquías y del poder desigual, hace que los comportamientos de las mujeres sean considerados como indicativos de trastornos mentales, lo que a su vez se traduce en un desempoderamiento que genera más estrés y sufrimiento y genera índices mayores de trastornos mentales (Busfield, 1996).

4. La experiencia subjetiva de la salud y el padecimiento mental

Otro análisis que se realiza desde 1980 es el que se interesa por conocer cómo las personas perciben su salud y sus trastornos, qué estrategias de afrontamiento desarrollan frente a los mismos y qué tipo de conocimiento generan de estas vivencias.

En el anterior modelo sociológico de paciente, éste/a era definido-a como un ser pasivo frente a la práctica profesional. La llegada de una sociología que cuestiona el poder de las estructuras sobre las personas hizo que éstas aumentaran su carácter reflexivo y su capacidad de elección. Además se comprobó que las personas no sólo daban sentido a sus experiencias con recursos que no se limitaban a los discursos médicos, sino que también utilizaban recursos y estrategias personales para enfrentarse a sus circunstancias (Bury, 1982; Kangas, 2000; Charmaz, 1983; Williams, 1984).

El discurso de la experiencia propia sobre cómo se experimenta la salud y la enfermedad mental está íntimamente relacionado con las condiciones de vida. Además, al igual que el argumento que pretende explicar y conocer el peso de las diferencias genéticas entre hombres y mujeres, éste ha sido poco estudiado; sin embargo, aporta material de estudio e investigación que se debe explorar (Bendelow, 1993; Oinas, 1998, Klawiter, 2004), es decir, cómo los hombres y las mujeres, desde sus propias experiencias, perciben y viven la salud y la enfermedad mental y qué diferencias existen entre ambos discursos. Por una parte, qué padecimientos aquejan a los hombres y a las mujeres y, por otra, cómo se experimentan éstos (Walters, 1997).

La perspectiva de las experiencias subjetivas puede proporcionar el conocimiento para evaluar el peso que tienen, para la construcción de la identidad y estrategias de las mujeres, los conceptos de salud y enfermedad, informará sobre preocupaciones, opiniones y necesidades, elementos necesarios si se desea construir sistemas eficaces de salud para ellas (Esteban, 2001; Ordorika, 2004).

Unido al punto anterior, Cortés y otras (2004) afirman que el trabajo remunerado, en el que una buena parte de la población emplea gran cantidad de tiempo, es uno de los principales determinantes del estado de salud en general y del mental en particular.

En lo relativo al estudio de la salud mental femenina, que es otro de los objetivos centrales de análisis de este documento, ha permanecido invariable en el tiempo la idea de que las mujeres “padecen” más trastornos mentales, y probablemente así resulte del análisis que ofrecemos en este trabajo de investigación. Lo que sucede es que una de las principales conclusiones que ya se ha avanzado hace referencia nuevamente a la necesidad perentoria de proceder a la revisión de las variables que se incluyen en las tradicionales encuestas de salud o en los protocolos de recogida de datos sanitarios de cualquier tipo.

A este respecto, Lagarde (1996) explica que en la identidad femenina se manifiesta un malestar psicológico y que éste es fruto de la socialización en la desigualdad, que excluye a las mujeres de los ámbitos del poder y de la participación en la toma de decisiones y las relega al interior del hogar. Esta

socialización realizada en el marco de la sociedad patriarcal ha generado desigualdad tanto en el mundo real como en el simbólico. Actualmente, continúa la autora, las mujeres poseen una identidad compleja y en ocasiones contradictoria, fruto de la pervivencia de referentes de valores tradicionalistas y conservadores propios del orden patriarcal y de la emergencia de una identidad postmoderna de género. Esta ambivalencia es vivida con malestar por las mujeres, al no sentirse legitimadas en su mundo simbólico para tomar sus decisiones y ubicarse en el centro de su Yo, y desde ese lugar, reconocer sus propios deseos, tal y como señala esta misma autora (Lagarde, 2000). Pero esta tarea de reconocimiento de sí mismas no es sencilla para las mujeres, ya que cuando “transgreden el rol” asignado tradicional y socialmente, surge un fuerte sentimiento de culpa por no cumplir con lo que se espera de ellas (Sau, 1996).

Macintyre, et al (1999) destacan la necesidad de disponer de observaciones objetivas (exámenes clínicos o pruebas diagnósticas) para probar si la mayor prevalencia de morbilidad crónica de las mujeres se debe a factores exclusivamente subjetivos (capacidad de reconocer y verbalizar molestias) o si realmente hay una base clínica que lo justifique.

En definitiva, que los análisis de prevalencias derivados de las encuestas de salud seguirán manteniendo las desigualdades sanitarias si no se adopta con carácter general una perspectiva investigadora de género que no sólo afecte a la interpretación de los resultados, sino que incida en el propio diseño de las herramientas de conocimiento, incluidas las pruebas subjetivas más tradicionales y arraigadas, así como las variables más objetivas que hayan demostrado y demuestren su relación con cuestiones clínicas objetivables.

Hasta aquí, el resumen del trabajo realizado por Teresa Ordorika.

Con respecto a los trastornos que se analizarán en la parte práctica de este estudio, se presenta en el Anexo 1 y 2 un listado de los trastornos mentales más comunes incluidos en el CIE-10. Para una definición más completa de cada término y de la sintomatología asociada al mismo, véase cualquier manual de los disponibles sobre CIE-10.

1.6. Panorama histórico y presente de la Salud Mental en la CAPV.

Se presentan a continuación los principales hitos dentro de la trayectoria asistencial que en el campo de la salud mental se han desarrollado en la CAPV.

- La ley sobre la que se asienta la organización de la salud mental en el País Vasco es la Ley 9/1983 del Servicio Vasco de Salud/ Osakidetza y la Ley 8/1997 de Ordenación Sanitaria de Euskadi.
- En 2003 se aprueba el Convenio de colaboración entre las instituciones: Gobierno Vasco, diputaciones forales y EUDEL, desde el que se impulsará la coordinación de los sistemas social y sanitario de la CAPV y la creación del ‘Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria’, mediante el que se promueve para la atención a la salud mental un modelo de organización denominado *Community based-health model*, o modelo comunitario de atención, de referencia europea y universal.
- Posteriormente el Plan Estratégico sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2004-2008) y el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV (2005-2008),

dirigen y planifican futuras líneas estrategias, objetivos y acciones para la consolidación del modelo.

- En octubre de 2007 se crea el Consejo Asesor en Salud Mental de Euskadi y comienza su andadura en marzo de 2008. Se define como el órgano consultivo y de asesoramiento técnico en materia de salud mental.
- En 2006 se aprueba el Decreto 266/2006, de 26 de diciembre, mediante el que se impulsa la creación de los Centros Territoriales para la Atención Domiciliaria, Terapéutico Educativa y Educativa Hospitalaria.
- Posteriormente, el Decreto 131/2008, de 8 de julio 131/2008 es el regulador de los recursos de acogimiento residencial para la infancia y la adolescencia en situación de desprotección social y contempla la creación de los programas especializados para adolescentes con problemas de conducta.
- La Estrategia en Salud Mental de la CAPV (ESM-2010) propuesta por el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, cuyas líneas y principios son: la autonomía, continuidad, accesibilidad, atención integral, equidad, recuperación personal, responsabilidad y la calidad.
- En 2011, el 28 de febrero, se aprueba por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria el documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la CAPV.
- Posteriormente el DECRETO 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

Según el informe del Observatorio de Salud Mental (2010) de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en la CAPV no existe un Servicio de Gestión Autonómica para Salud Mental, aunque sí la figura de un Responsable Autonómico de Salud. Existe desde 2009, firmado por el Departamento de Sanidad, un Contrato Programa, siendo las Instituciones que proveen de estos servicios mayoritariamente de carácter público.

PLANES ESTRATÉGICOS EN SALUD MENTAL EN EUSKADI

Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud mental. 1982. Julián de Ajuriaguerra

Plan Estratégico de Atención Psiquiátrica y Salud Mental. 1990.

Plan Estratégico 2004/2008 de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza.

Estrategia en Salud Mental de la CAPV, OME-2010 ESM-2010. Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi.

Las redes asistenciales son en su mayoría públicas, aunque existe todo tipo de dispositivos concertados en las diferentes provincias.

	Bizkaia	Gipuzkoa	Alava
Financiación	Concertadas la mayoría de las plazas residenciales.	Concertada la hospitalización de media y larga estancia	
Implantados sistemas de calidad: el EFQM (con Qs de plata y oro en diferentes dispositivos), parcialmente el ISSO 9000			

Población por ámbitos territoriales, sexo y densidad de población (2011)				
	Total	Hombres	Mujeres	Densidad de población (hab/km ²)
C.A. de Euskadi	2.174.033	1.061.336	1.112.697	300,5
Territorios Históricos				
Bizkaia	1.152.406	557.780	594.626	519,8
Gipuzkoa	702.897	344.712	358.185	354,9
Araba / Álava	318.730	158.844	159.886	104,9

Los datos que se analizarán posteriormente pertenecen a los siguientes centros, directamente asociados a Osakidetza Salud Mental:

Vizcaya	Guipuzcoa	Alava
CT. MANU-ENE	C.S.M. LAKUABIZKARRA	P.O.I.BITARTE-METADONA
CT. KORTEZUBI (ETORKINTZA)	C.S.M. SAN MARTIN	C.S.M. ALTO DEBA
GIZAKIA C.T.	C.S.M. LEZA	C.S.M. EIBAR
BASURTO CONSULTAS EXTERNAS	C.S.M. GASTEIZ ESTE-CENTRO	C.S.M. AZPEITIA
PSIQ. INFANTIL HOSP. CRUCES	HOSP. PSIQ. LAS NIEVES	C.S.M. BEASAIN
C.S.M. URIBE – “ADULTOS”	C.S.M. ARANBIZKARRA II	C.S.M. ZUMARRAGA
C.S.M. URIBE – “INFANTIL”	C.S.M. SALVATIERRA	C.S.M. TOLOSALDEA
C.S.M. DERIO	C.S.M. AIALA	EQUIPO PSIQUEIATRIA INFANTIL
C.S.M. ERANDIO	UNIDAD PSIQUEIATRICA INFANTIL	AMBULATORIO GROS (EGIA)
C.S.M. BOMBERO ETXANIZ	C. TRAT. DE ALCOHOLISMO	C.S.M. GROS (AMARA)
U.D. CONDE MIRASOL. METADONA	C. TRAT. DE TOXICOMANIAS	C.S.M. ANTIGUO
U.D. NOVIA SALCEDO	HOSPITAL DE DIA – C/ Angulema	C.S.M. ZARAUTZ
C.S.M. ERCILLA INFANTIL	CONSULT. EXTERNAS LAS NIEVES	C.S.M. IRUN
C.S.M. BILBAO – ABANDO	U. PSIQ. HOSPITAL SANTIAGO	C.S.M. RENTERIA
C.S.M. J.AJURIAGUERRA		
C.S.M. OTXARKOAGA		
U.D. AJURIAGUERRA		
ADIN TXIKIKOAK (AJURIA)		
C.S.M. BARAKALDO		
U.DROG. BARAKALDO		
C.S.M. SESTAO		
C.S.M. ZALLA		
C.S.M. ORTUELLA		
C.S.M. SANTURTZI		
C.S.M. HERRIBITARTE		
U.P.I. HERRIBITARTE		
C.S.M. GALDAKAO. AMBULATORIO		
U. PSQU. INFANTIL GALDAKAO		
C.S.M. GERNIKA		
C.S.M. BERMEO		
C.S.M. DURANGO		
C.S.M. BASAURI		
HOSPITAL DE DIA URIBE		
C. EDUCAT-TERAPORTUELLA”		
CLUB URIBE		
HOSPITAL DIA AJURIAGUERRA		
HOSPITAL DE DIA BARAKALDO		
TALLER OCUPACIONAL SESTAO		
HOSPITAL DE DIA ORTUELLA		
CLUB ORTUELLA		
HOSPITAL DE DIA BASAURI		
M.A.P.S. REKALDEBERRI		
M.A.P.S. SAN IGNACIO		
M.A.P.S. IRALA (AUZO LAN)		
M.A.P.S. CRUCES		
FUNDACION ETORKINTZA		
PROYECTO HOMBRE		
S.S.M. INFANTO- JUV.J.AJURIAGUERRA(Haurrentzat)		
APNABI (Consultas Externas)		
APNABI (Centro de Dia)		
BIZITEGI		
EQUIPO PRISION BASAURI		

Cuadro resumen de los recursos de la red sanitaria vasca en materia de salud mental (2010 y 2011)

		CSM	CSMIJ	UHB	UHBIJ	HD	HDIJ	UME	UPR	UR	UL	PG
2010	Centros	41	8	8	3	10	5	7	1	2	13	6
	Plazas			231	20	247	45	282	14	84	804	155
2011	Centros	41	8	6	3	22	5	6	1	5	3	3
	Plazas			246	20	821	50	286	14	207	230	109

CSM: Centros de Salud Mental.

CSMIJ: Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, que agrupan además las toxicomanías, los equipos de atención a Trastornos de la Conducta Alimentaria y los que atienden a los Primeros Episodios Psicóticos.

UHB: Unidades de Hospitalización Breve, en Hospital General y Hospital Psiquiátrico.

UHBIJ: Unidades de Hospitalización Breve, en Hospital General y Hospital Psiquiátrico Infanto- Juveniles.

HD: Hospitales de día de personas adultas. HDIJ: Hospitales de día Infanto-juveniles.

UME: Unidades de Media Estancia y Subagudos.

UPR: Unidades de Psicosis Refractarias.

UR: Unidades de Rehabilitación.

UL: Unidades de Larga Estancia.

PG: Psicogeriatríficos.

Fuente: Observatorio de Salud Mental de la Asociación de Neuropsiquiatría (2010) y Servicio Vasco de Salud Osakidetza (2011).

Además de los dispositivos reflejados en el cuadro, existen 32 módulos ambulatorios de atención a las toxicomanías en el marco de un CSM o en exclusiva, 10 camas en hospital general destinadas a desintoxicaciones y dos Comunidades Terapéuticas exclusivos para pacientes con problemas de toxicomanías.

En cuanto a las personas atendidas, los últimos datos apuntan lo siguiente:

	RED de salud mental		Personas atendidas
2009	Adultos	Extrahospitalario	77.315
		Hospitalización	5.290
	Trastorno mental grave	Estructuras Residenciales	152
		Actividades estructuradas de día	1.403
		Hospitalización	917
	Infantoyjuvenil	Extrahospitalario	7.130
		Hospitalización	242

Fuente: Servicio Vasco de Salud, 2009

Actualmente, la red sanitaria cuenta con Centros de Salud Mental de adultos (en los que se engloban las toxicomanías) e infanto-juveniles, equipos de atención de la Conducta Alimentaria y Primeros Episodios Psicóticos, Hospitales de Día de adultos e infanto-juveniles, Unidades de Hospitalización Breve (en Hospital General y Hospital Psiquiátrico), Infanto-Juveniles, Unidades de Media Estancia y de Subagudos, Unidad de Psicosis Refractarias, de Rehabilitación, Unidades de Larga estancia, Psicogeriatríficos y Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario.

Dispone de equipos de atención que son multidisciplinares y que integran en los mismos a psiquiatras, personal de psicología clínica, enfermería especializada en salud mental, trabajo social y de apoyo administrativo.

SEGUNDA PARTE

OBJETIVOS

Se ha planteado, por una parte, la realización de un estudio descriptivo y comparativo por sexos del tipo de perfiles de usuarios-as asistidos en los CSM de la red pública vasca-Osakidetza; por otra, medir la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento de la población vasca y el uso que ésta realiza de su sistema de salud mental. Por último se procederá a analizar las diferencias que se presentan entre los sexos y su interpretación desde la visión de género. Los objetivos principales se han definido así:

1. Conocer los diferentes perfiles representativos de las personas usuarias de los servicios de salud mental de la CAPV desde 1995 a 2011, señalar los cambios en el perfil de la persona usuaria de los Centros de Salud Mental (CSM a partir de ahora) a través del estudio transversal de los perfiles que generan los nuevos ingresos y estudiarlos a través del diagnóstico y de los factores de exclusión de origen económico, social o de salud que les afectan.
2. Conocer las diferencias de diagnóstico y los factores de riesgo que afectan a la población usuaria de los CSM mediante el análisis comparado por sexos. Interpretar dichos datos desde el enfoque de la perspectiva de género.

HIPÓTESIS

Se ha partido de las siguientes hipótesis:

1. Existen "perfiles masculinos" y "perfiles femeninos" en lo referente al diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento entre la población asistida en los centros de salud mental públicos de la CAPV. Los distintos diagnósticos tienen una lectura de género distinta. Sus síntomas tipo están 'moldeados', 'condicionados' y 'permitidos' desde el bagaje sociocultural.
2. Las mujeres que son dadas de alta en los servicios públicos de atención en salud mental ingresan en unas circunstancias vitales distintas a las de los hombres. Ellas presentan unas circunstancias personales, familiares y sociales específicas, más desfavorecidas, más negativas y de mayor desamparo que sus compañeros varones, lo que acarrea un mayor deterioro bio-psico-social, y por lo tanto un mayor riesgo de exclusión social. Este perfil se mantiene a lo largo del periodo estudiado, aproximadamente desde 1995 hasta 2011.
3. Se puede hacer una lectura con perspectiva de género de las diferencias existentes en base a diferentes situaciones por sexos: de acceso a los servicios, las diferentes formas de demanda de acceso para unos y otras, el mayor número de altas, etc. A pesar de estas circunstancias, las mujeres podrían responder al tratamiento de forma más efectiva y eficaz que los hombres.

METODOLOGÍA

A la aprobación por parte de Emakunde del proyecto, se contactó con los y las responsables de la Red de Salud Mental Bizkaia para conocer y valorar qué datos de usuarios-as atendidos más antiguos podrían estar digitalizados. Desde 1995 existía un volumen suficientemente importante de primeras historias abiertas como para considerar éste como primer año completo de estudio. Posteriormente se diseñó un análisis incluyendo las historias de 2000, 2005 y el último año analizado, y el más reciente en cuanto a la información incorporada a las bases de datos, 2011. Al incluir 16 años de estudio, las bases instrumentales de compilación de datos de la propia red asistencial se han ido adaptando a sistemas cada vez más completos y compatibles con criterios internacionales. En los años 1995, 2000 y 2005, se utilizaba el sistema RCP de registro de casos psiquiátricos con la Clasificación internacional de enfermedades CIE9, novena revisión. A partir de 2007 se incorpora el WRCP (Win RCP) y la clasificación que se empieza a utilizar es la procedente del CIE10, por lo que el sistema se ve obligado a transformar de forma automática el CIE9 en CIE10 a través de una tabla de conversión. En el apartado correspondiente a la metodología se hará una descripción detallada del proceso y desarrollo de la investigación que ha dado lugar a este documento.

Esta primera selección y elaboración de los datos procedentes de Bizkaia sirvió de referencia metodológica de análisis para los de Álava y Gipuzkoa.

Desde el punto de vista metodológico, este es un estudio longitudinal, descriptivo y comparativo con cuatro puntos de corte para la recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos, lo que ha permitido obtener un panorama amplio que abarca 16 años de recogida de datos.

Se analizan las posibles diferencias de las variables “dependientes” desde dos enfoques distintos:

1. A través de un análisis evolutivo de las casuísticas individuales y por colectivos, pero siempre por sexo, desde cuatro momentos históricos detallados en el cuadro que aparece a continuación.
2. Mediante un análisis de las posibles diferencias desde un enfoque de género, con el propósito de comprobar si la existencia de diferencias significativas entre los sexos, o la acumulación de determinados factores de riesgo, determina la existencia de desigualdades y en qué medida se manifiestan en el caso de su presencia.

Se han seleccionado los datos pertenecientes a la población total asistida en cuatro años de estudio, 1995, 2000, 2005 y 2011, pertenecientes a personas usuarias que producen alta en los centros de asistencia de salud mental de la red pública vasca.

Los datos se han obtenido de los registros informatizados de la UGS (Unidad de Gestión Sanitaria), compiladora de los datos de los centros de atención intra y extrahospitalaria de los CSM del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, garantizando de este modo su representatividad poblacional y territorial.

Las variables recogidas se analizaron mediante tablas de contingencia, introduciéndolas dos a dos. En el caso de los cruces de dos variables, simplemente se calcularon los porcentajes de casos que cumplían cada una de las posibilidades en función de las categorías de las variables en cuestión. En el caso de los cruces en los que había más de dos variables implicadas, se procedió a dividir la matriz en base a una o a dos de las variables, dejando siempre dos para la realización de la tabla. Al ser un estudio de población y no muestral, únicamente se analizaron descriptivamente los datos, no siendo necesaria la realización de inferencia estadística.

Algunas de las variables estudiadas serán las siguientes:

Sociodemográficas	Motivo e impacto de tratamiento
Sexo, Fecha de Nacimiento, Lugar de Nacimiento, Edad al ingreso, Dirección, Código Postal, Población, Provincia, Estado Civil, Instrucción, Ocupación laboral, Situación laboral.	Remitente, Programa de tratamiento, Diagnóstico codificado, Tipo de centro.

La población objeto de estudio es la población vasca atendida en los centros de salud de la red pública de la CAPV en los años 1995, 2000, 2005 y 2011.

Los datos pertenecen a las fichas de entrada de los Centros de Salud Mental y algunas unidades de toxicomanías, y no las procedentes de otros dispositivos públicos de la red sanitaria, por ser los CSM y los de drogodependencias los centros de derivación de primera instancia tras la primera consulta de Atención Primaria a la que acuden las personas en busca de atención. De esta forma y a nivel general, las personas que solicitan ayuda acuden inicialmente a su centro de Atención Primaria, desde donde son derivadas, en los casos en los que se considera la necesidad de un diagnóstico y/o tratamiento psiquiátrico, o bien a los CSM o bien a un centro de toxicomanías cuando el diagnóstico está relacionado directamente con un problema de abuso y/o adicción a cualquier sustancias psicotrópica. El resto de dispositivos que señala la tabla precedente (Hospital de día, unidades psiquiátricas, etc.) incluye otros recursos públicos especializados que abordan en un momento posterior al diagnóstico el problema detectado.

Al objeto de este estudio, en el que se pretende analizar las diferencias en cuanto al diagnóstico psicopatológico en función del género, así como las cuestiones que por este motivo diferencian el uso de los servicios y otras cuestiones, resultan *per se* indicativas las historias de los dispositivos diagnósticos de primera instancia, los que serán seleccionados, pero no resultan ser tan útiles aquéllos recursos que trabajan el problema en momentos posteriores, una vez establecido el diagnóstico y que consideramos de segunda instancia por su carácter terapéutico y de valoración diagnóstica.

Por otro lado, y también por cuestiones metodológicas, algunos de los datos se analizaron por territorios históricos (Bizkaia, Álava y Gipuzkoa) con el objetivo de reflejar aspectos específicos relacionados con el perfil de los usuarios-as (residentes en medio urbano o rural, etc) y con la ubicación urbana o rural de los recursos, dado que partimos de la hipótesis de que este factor implica diferencias diagnósticas y de utilización de los servicios que han sido tenidas en cuenta en la interpretación de los datos.

La investigación se ha organizado en las siguientes fases:

1. Revisión en profundidad de la documentación publicada.
2. Contacto con los responsables de Osakidetza y de la Unión de Gestión Sanitaria (UGS).
3. Análisis previo de los datos totales de los años 1995, 2000, 2005 y 2010 de Bizkaia, que sirvió de referencia para el posterior análisis realizado de Álava y Gipuzkoa.
4. Unificación de datos y selección de los mismos para su definitiva informatización.
5. Informatización y tratamiento de los datos con software específico utilizando el paquete de análisis estadístico SPSS versión 19.

6. Análisis de la información obtenida, que concluyó con la elaboración del informe final en el que se integran las conclusiones y recomendaciones derivadas de la interpretación y el análisis de los datos.

RESULTADOS

2.1. Datos relativos a Bizkaia, Álava y Gipuzkoa

Las tablas y gráficos que se presentan a continuación reflejan algunos datos del perfil sociodemográfico de las personas de la CAPV que han generado una nueva alta en los Servicios Sanitarios de Salud Mental de Osakidetza a lo largo de los cuatro años de “corte” que se han tomado como referencia en el estudio (1995, 2000, 2005 y 2011).

Distribución de la población total atendida en salud mental en la CAPV por Territorio y sexo (N y % horizontales)						
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bizkaia	22.206	47	24.999	53	47.205	100
Álava	4.777	45,8	5.645	54,2	10.422	100
Gipuzkoa	9.736	46	11.413	54	21.149	100
Total	36.719	46,6	42.057	53,4	78.776	100

2.1.1. Sexo

El universo de altas nuevas registradas en los tres territorios de la Comunidad Vasca en los diversos recursos de Salud Mental de la Red Osakidetza durante los 4 años analizados asciende a 78.776 personas, siendo mujeres la mayor proporción de usuarias del servicio (53,4%).

Distribución de la población total atendida en salud mental en la CAPV por sexo (N y %)						
Sexo	Bizkaia		Álava		Gipuzkoa	
	N	%	N	%	N	%
Hombres	22.206	47,0	4.777	45,8	9.736	46
Mujeres	24.999	53,0	5.645	54,2	11.413	54
Total	47.205	100,0	10.422	100,0	21.149	100,0

El análisis en función de cada territorio refleja esta misma realidad en cada uno de ellos, es decir, que más de la mitad de las personas que se dan de alta en los servicios de salud mental en cada provincia vasca son mujeres. La proporción de féminas es mayor en Álava y Gipuzkoa (54,2% y 54% respectivamente) que en Bizkaia (53%) y siempre, como se ha manifestado, superior a la de hombres dados de alta, que sólo son más de 4 de cada 10.

En cuanto a la representación por sexos se comprueba que el mayor porcentaje de varones tratados, con relación al volumen de mujeres usuarias del mismo territorio, es atendido en Bizkaia (47%), después en Gipuzkoa (46%) y finalmente en Álava (45,8%), luego, lógicamente, es en el territorio alavés donde las mujeres asistidas están más representadas en cuanto al total de usuarios y usuarias de salud Mental del territorio (10.422 personas).

La mayor proporción de personas usuarias de los Servicios de Salud Mental en el País Vasco son mujeres

2.1.2. Edad

En el conjunto de la CAPV, la mayor parte de las demandas de atención proviene del grupo de personas mayores de 65 años (24%), porque son también las del grupo de edad más representado (18.879 personas), seguidas de las personas de entre 41 y 50 años (19,3%), las segundas más representadas (15.130 personas) en el total de personas dadas de alta (78.776). Tras éstas destacan las personas de entre 31 y 40 años (17,9%).

Desde el nacimiento y hasta los 18 años las solicitudes de atención en salud mental (8,1%) son notablemente más escasas que en cualquier otro grupo de edad.

Grupos de Edad	CAPV	
	N	%
0-14	3.660	4,6
15-18	2.767	3,5
19-30	10.846	13,8
31-40	14.134	17,9
41-50	15.130	19,3
51-65	13.360	16,9
>65	18.879	24,0
Total	78.776	100,0

El análisis por territorios muestra que en Bizkaia, el colectivo que agrupa el mayor volumen de atenciones es primero el de las personas mayores de 65 años (25,4%), seguidas por el de personas de 41-50 años (19,4%). En tercer lugar reclaman estos servicios las personas adultas de entre 31-40 años (17,7%).

En Álava también son las personas más mayores las que causan el mayor número de nuevas historias (20,6%), pero tras ellas son las personas de 51-65 años las que generan el alta (19,9%) y posteriormente las de la franja etaria anterior, de entre 41-50 años (19,3%). Sucede lo mismo en Gipuzkoa, donde primero aparecen las personas más mayores (22,4%), seguidas de las de 51-65 años (19,5%) y posteriormente de las de la franja de edad anterior, personas de entre 41-50 años (18,8%).

En estos dos territorios la distribución de altas nuevas, comparadas con las de Bizkaia, se reparte de forma más proporcional entre los colectivos de más edad. En Álava y Gipuzkoa sucede que a medida que aumenta la edad son más las atenciones dispensadas, pero esta regla tiene su excepción en Bizkaia, dado que el segundo colectivo más atendido no es, como en las otras dos provincias, el de 51-65 años, sino el de 41-50 años, mientras que el tercero es el de personas relativamente jóvenes, las de 31-40 años, adelantándose así unas décadas respecto a la realidad de Gipuzkoa y Álava

Distribución de la población total atendida en salud mental en la CAPV por grupos de edad (N y %)						
Grupos de Edad	Bizkaia		Álava		Gipuzkoa	
	N	%	N	%	N	%
0-14	2.001	4,2	521	5,0	1.138	5,4
15-18	1.758	3,7	324	3,1	685	3,2
19-30	6.774	14,4	1.415	13,5	2.657	12,6
31-40	8.375	17,7	1.935	18,6	3.824	18,1
41-50	9.143	19,4	2.011	19,3	3.976	18,8
51-65	7.166	15,2	2.069	19,9	4.125	19,5
>65	11.988	25,4	2.147	20,6	4.744	22,4
Total	47205	100,0	10422	100,0	21149	100,0

2.1.3. Edad media

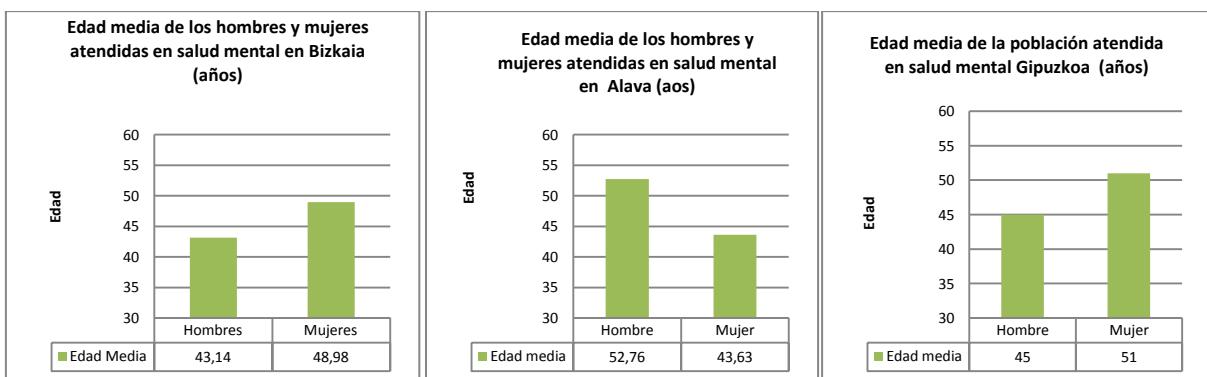
En Bizkaia, la edad media de la muestra analizada respecto a las altas actuales, independientemente de la fecha en que acudieron por primera vez a la red sanitaria, es de casi 49 años (48,98) en el caso de las mujeres y de 43 (43,14) en el de los hombres. La edad media en el momento de darse de alta como paciente en Salud mental, pues, es mayor entre las mujeres, que acuden a este servicio con 6 años de retraso con respecto a los varones del territorio.

En Gipuzkoa sucede prácticamente lo mismo, es decir, que las mujeres acuden para ser atendidas en Salud mental 6 años más tarde que los varones. La diferencia con respecto a Bizkaia aparece en cuanto a la edad media de altas nuevas. Entre las mujeres gipuzkoanas se produce en torno a los 51 años (51,02) y entre los varones de ese territorio a los 45 (45,45), dos años más tarde que las mujeres y hombres de Bizkaia.

El caso de Álava es diferente a los anteriores, por cuanto que en este territorio son las mujeres (a los 43,63 años de media) las que acuden nueve años de media antes que los hombres (52,76 años de media) a demandar atención en los servicios de la Red pública de Salud mental.

Edad Media y Edad de entrada de Población total atendida en salud mental en la CAPV				
Bizkaia				
	SEXO	N	Media	Desviación típica
EDAD MEDIA al momento del alta	Hombre	22.206	43,14	20,442
	Mujer	24.998	48,98	20,944
EDAD ENTRADA al servicio	Hombre	22.206	33,82	19,778
	Mujer	24.996	39,48	20,434

Edad Media y Edad de entrada de Población total atendida en salud mental en la CAPV				
Álava				
	SEXO	N	Media	Desviación típica
EDAD MEDIA al momento del alta	Hombre	4.777	52,76	21,269
	Mujer	5.645	43,63	21,349
EDAD ENTRADA al servicio	Hombre	4.777	37,47	21,146
	Mujer	5.645	38,58	20,990
Gipuzkoa				
	SEXO	N	Media	Desviación típica
EDAD MEDIA al momento del alta	Hombre	9.736	45,45	20,94
	Mujer	11.413	51,02	21,40
EDAD ENTRADA al servicio	Hombre	9.735	35,44	20,03
	Mujer	11.413	41,20	20,83



2.1.4. Historias clínicas nuevas en función del sexo y la edad

En cuanto a la edad de las personas atendidas en toda la comunidad vasca en función del sexo, cabe señalar que en las franjas más jóvenes están más representados los varones, mientras que a medida que aumenta la edad asciende la proporción de mujeres que solicitan servicios de salud mental.

Hasta los 30 años son más hombres que mujeres los que solicitan atención. A partir de los 31 y hasta la franja de mayor edad (>65), las demandas las protagonizan las mujeres en mayor medida.

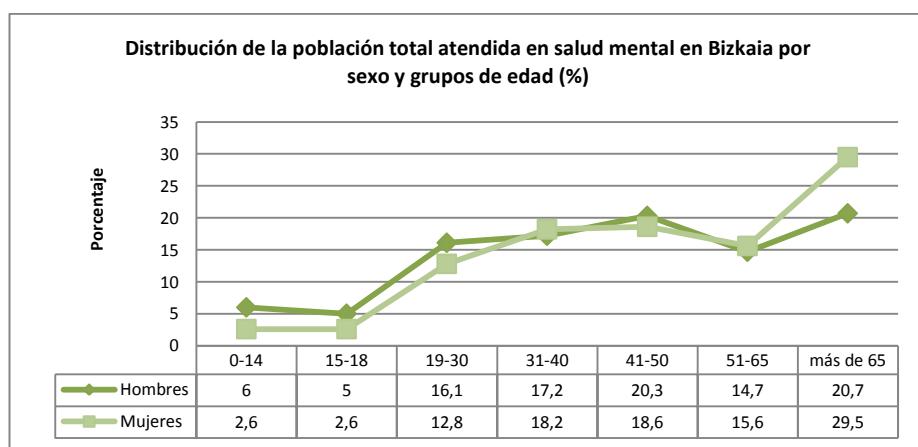
Distribución de la población total atendida en salud mental en la CAPV por grupos de edad y sexo (N y % horizontales)						
Grupos de Edad	Hombre		Mujer		Totales	
	N	%	N	%	N	%
0-14	2.076	56,7	1.584	43,3	3.660	100
15-18	1.582	57,2	1.185	42,8	2.767	100
19-30	5.593	51,6	5.253	48,4	10.846	100
31-40	6.339	44,9	7.795	55,1	14.134	100
41-50	6.731	44,5	8.399	55,5	15.130	100
51-65	6.115	45,8	7.245	54,2	13.360	100
>65	7.598	40,2	11.281	59,8	18.879	100
Total	36.034	-	42.742	-	78.776	-

Por provincias, sucede que en el territorio bizkaino y en ambos sexos, las personas mayores de 65 años (25,5%) y las de entre 41-50 años (19,4%) son quienes copan en mayor proporción las consultas.

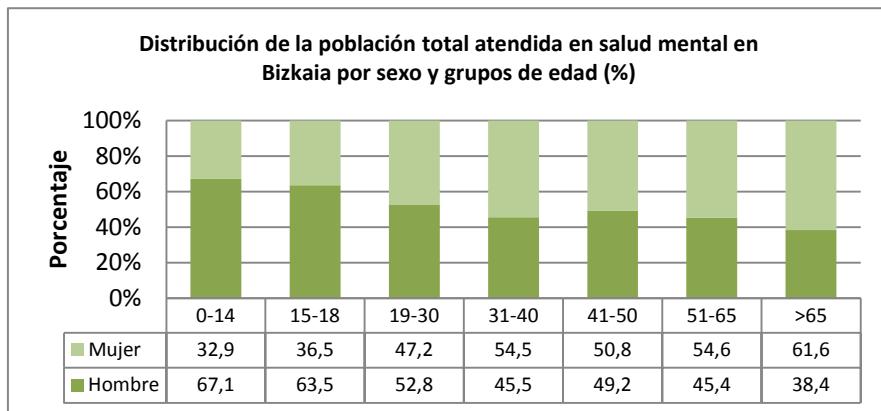
En el primer colectivo de edad (>65) son más las mujeres (7.387) que los varones atendidos (4.601), pero así como la segunda franja de edad (41-50 años) supone entre los varones, comparados consigo mismos, un 20,3% de las atenciones, entre las mujeres de la misma edad sólo supone un 18,6% de los casos.

Todo esto significa que las atenciones entre las mujeres están más distribuidas entre las diversas edades de la población. Entre los varones están más concentradas entre los más mayores y los varones de 41-50 años, y casi en proporciones similares.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia por sexo y grupos de edad (N y %)						
GRUPOS DE EDAD	SEXO				Total	
	Hombre		Mujer			
	N	%	N	%	N	%
0-14	1.343	6	658	2,6	2.001	4,2
15-18	1.117	5,1	641	2,5	1.758	3,7
19-30	3.575	16,1	3.199	12,9	6.774	14,3
31-40	3.815	17,2	4.560	18,2	8.375	17,7
41-50	4.500	20,3	4.643	18,6	9.143	19,4
51-65	3.255	14,6	3.911	15,6	7.166	15,2
>65	4.601	20,7	7.387	29,6	11.988	25,5
Total	22.206	100	24.999	100	47.205	100



La distribución por sexos pone de manifiesto el protagonismo de las mujeres en las franjas de edad más altas y a partir de los 31 años, mientras que los hombres jóvenes, hasta los 30, están más representados en las solicitudes de atención en Bizkaia.



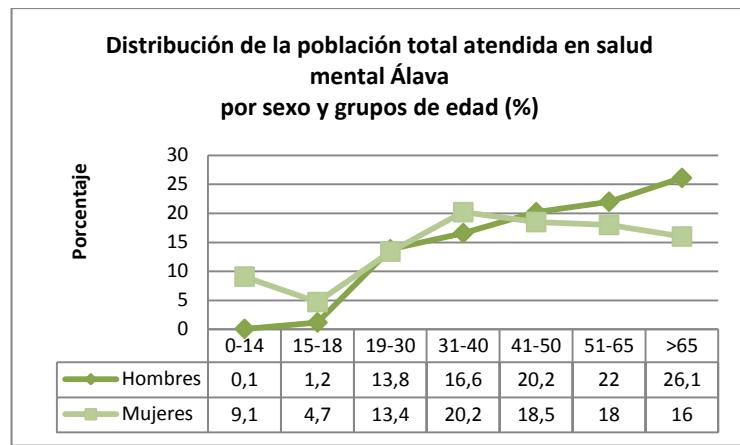
En Álava también resultan más, en conjunto, (20,6%), las personas demandantes mayores de 65 años respecto a otros grupos de edad, pero en este territorio la segunda franja más representada en las consultas son las personas de entre 51-65 años (19,8%), igual que en Gipuzkoa y a diferencia de Bizkaia, tal y como se ha apuntado anteriormente.

Curiosamente, y en comparación con Bizkaia y Gipuzkoa, sucede en Álava que las personas más mayores atendidas son en mayor medida hombres (26,1%), mientras que en las dos primeras provincias de la CAPV, la atención del colectivo mayor de 65 años la protagonizan en mayor medida mujeres.

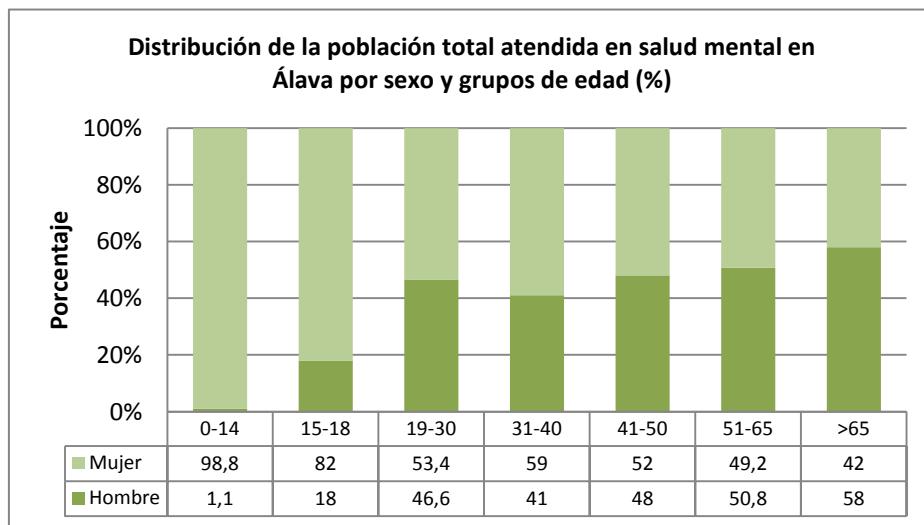
En Álava, las personas más mayores que solicitan atención a Osakidetza son generalmente más varones que mujeres (un 20,2% de varones frente al 18,5% de féminas en la franja de 41-50 años; un 22% de hombres frente al 18% de mujeres de entre 51 y 65 años; y un 26,1% de hombres frente al 16% de mujeres mayores de 65 años). En las franjas etarias menores, de 0 a 18 años hay más demandantes mujeres y en la de 31-40 años también (20,2% mujeres frente al 16,6% de la representación masculina en esa edad).

Todo parece indicar que las mujeres alavesas causan alta en salud mental a una edad más temprana que la de los varones de su mismo territorio.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo y grupos de edad (N y %)						
GRUPOS DE EDAD	SEXO				Total	
	Hombre		Mujer			
	N	%	N	%	N	%
0-14	6	0,1	515	9,1	521	5,0
15-18	58	1,2	266	4,7	324	3,1
19-30	659	13,8	756	13,4	1.415	13,6
31-40	793	16,6	1.142	20,2	1.935	18,6
41-50	965	20,2	1.046	18,5	2.011	19,3
51-65	1.051	22,0	1.018	18,0	2.069	19,8
>65	1.245	26,1	902	16,0	2.147	20,6
Total	4.777	100,0	5.645	100,0	10.422	100,0



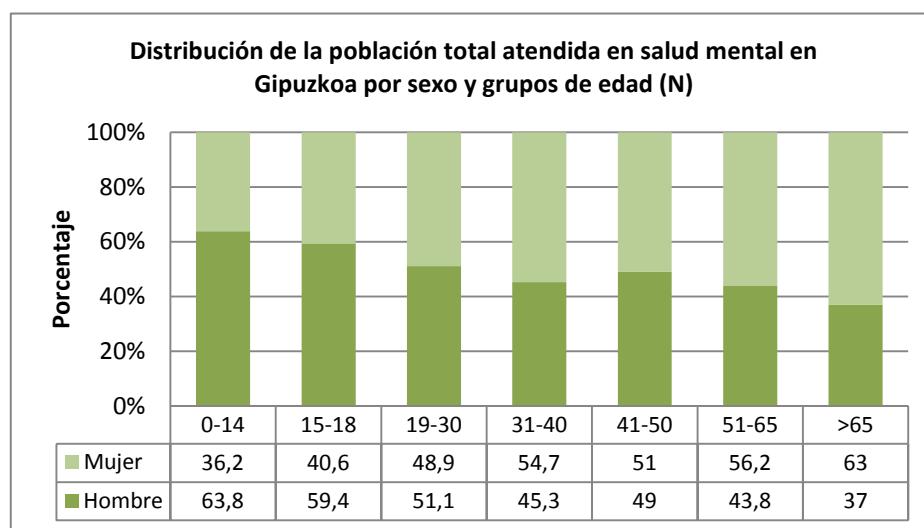
En el territorio de Álava, la proporción de hombres atendidos es muy baja hasta los 18 años; son mujeres más de 9 de las 10 personas tratadas de entre 0 a 14 años y también son féminas más de 8 de cada 10 de las personas atendidas de entre 15 y 18 años. A partir de los 19 años también siguen siendo protagonistas las mujeres en la atención en salud mental. Luego, esta proporción se equilibra, pero sólo hasta los 50 años. Cuando analizamos las dos franjas de mayor edad, los varones están más representados en las demandas. O sea, a partir de los 50 años y a medida que aumenta la edad, los varones alaveses acuden en mayor medida que las mujeres a ser atendidos en la Red.



En Gipuzkoa son las mujeres mayores de 65 años las que demandan la mayor proporción de atenciones (26,2%). Luego están las de la franja etaria inmediatamente anterior (20,3% de mujeres entre 51-65 años). Entre los varones, quienes solicitan mayormente su tratamiento en la red son sobre todo los hombres que tienen entre 51-65 años (18,6%), y luego los mayores de 65 (18,0%).

Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo y grupos de edad (N y %)						
GRUPOS DE EDAD	SEXO				Total	
	Hombre		Mujer			
	N	%	N	%	N	%
0-14	727	7,5	411	3,6	1.138	5,4
15-18	407	4,2	278	2,4	685	3,2
19-30	1.359	14	1.298	11,4	2.657	12,6
31-40	1.731	17,8	2.093	18,3	3.824	18,1
41-50	1.951	20	2.025	17,8	3.976	18,8
51-65	1.809	18,6	2.316	20,3	4.125	19,5
>65	1.752	18	2.993	26,2	4.744	22,4
Total	9.736	100	11.413	100	21.149	100

En Gipuzkoa, y en lo que a la distribución por sexos se refiere, comprobamos en el gráfico que desde los 0 hasta los 30 años son más hombres que mujeres las personas atendidas. A medida que aumenta la edad aumenta la proporción de hombres por encima de la de mujeres. A partir de los 31 años la tendencia por sexo se invierte y son más las mujeres que demandan atención que los hombres atendidos, y esto se refleja desde los 31 hasta el grupo de edad más avanzada, donde son mujeres más de 6 de cada 10 usuarios/as de los servicios de salud mental.



2.1.5. Estado civil

El mayor porcentaje de personas que causan una nueva alta en el conjunto de la CAPV a lo largo de los años analizados son solteras (35,3%) y personas casadas (28,4%).

Se declara divorciada o separada el 4,7% del universo muestral y ha enviudado el 4,3%. Existe un importante porcentaje de historias en las que no figura el estado civil de las personas que acuden al servicio (27,2%).

Estado Civil	BIZKAIA		ALAVA		GIPUZKOA		TOTAL
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Soltera	9.284	7.780	1.855	1.760	3.945	3.228	27.852
Casada	5.534	7.723	1.503	2.126	2.229	3.293	22.408
Divorcio-separación	1.018	1.259	222	318	333	581	3.731
Viuda/o	305	1.669	89	413	150	730	3.356
No consta	6.061	6.568	904	898	3.079	4.751	21.429
Total	22.206	24.999	4.777	5.645	9.736	11.413	78.776

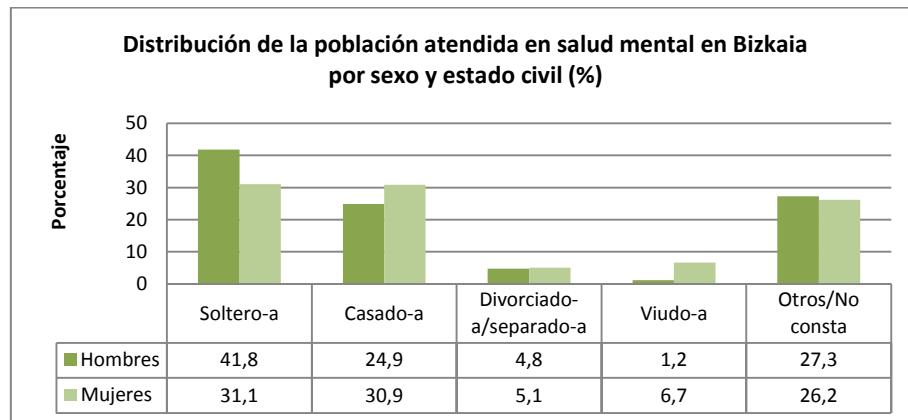
Ese perfil mayoritario de solicitantes solteros/as primero y casados/as después se produce de la misma manera en Bizkaia y Gipuzkoa, no así en Álava, donde la mayor proporción de personas atendidas (hombres y mujeres en conjunto) están casadas. La diferencia de solicitudes entre personas casadas y solteras de Álava es prácticamente imperceptible, se distribuyen casi de igual manera. Los porcentajes entre unos y otros estados civiles en Bizkaia y Álava son más diferenciados.

Distribución de la población total atendida en salud mental en la CAPV por sexo y estado civil (N y %)

ESTADO CIVIL	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
Bizkaia						
	N	%	N	%	N	%
Soltero-a	9284	41,8	7780	31,1	17064	36,1
Casado-a	5534	24,9	7723	30,9	13257	28,1
Divorciado-a/separado-a	1081	4,8	1259	5,1	2340	4,9
Viudo-a	305	1,2	1669	6,7	1974	4,2
Otros/No consta	6002	27,3	6568	26,2	12.570	26,7
Total	22206	100	24999	100	47205	100
Álava						
	N	%	N	%	N	%
Soltero-a	1855	38,8	1760	31,1	3615	34,7
Casado-a	1503	31,5	2126	37,7	3629	34,8
Divorciado-a/separado-a	222	4,6	318	5,7	540	5,2
Viudo-a	89	1,9	413	7,3	502	4,8
Otros/No consta	1.108	23,2	1.028	18,2	2.136	20,5
Total	4.777	100	5.645	100	10422	100
Gipuzkoa						
	N	%	N	%	N	%
Soltero-a	3945	40,5	3228	28,3	7173	33,9
Casado-a	2229	22,9	3293	28,9	5522	26,1
Divorciado-a/separado-a	333	3,4	581	5,1	914	4,3
Viudo-a	150	1,5	730	6,4	880	4,2
Otros/No consta	3079	31,7	3581	31,3	6660	31,5
Total	9736	100	11413	100	21149	100
Total CAV						
	N	%	N	%	N	%
Soltero-a	15.084	41,1	12.768	30,3	27.852	35,3
Casado-a	9.266	25,2	13.142	31,2	22.408	28,4
Divorciado-a/separado-a	1.636	4,4	2.158	5,2	3.794	4,8
Viudo-a	544	1,5	2.812	6,7	3.356	4,3
Otros/No consta	10.189	27,8	11.177	26,6	21.366	27,2
Total	36.719	100	42.057	100	78.776	100

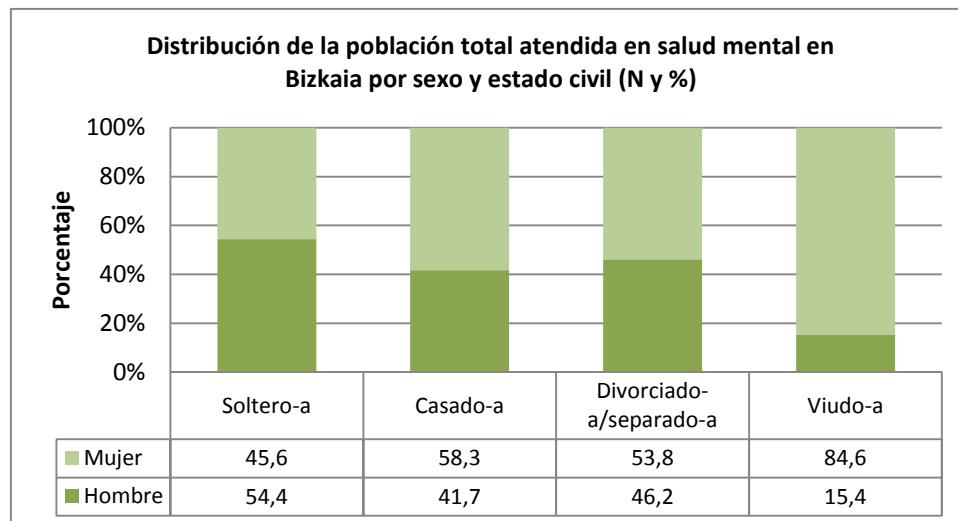
En la representación por sexos, en el conjunto de la CAPV, las personas solteras son en su mayoría varones, mientras que las casadas, divorciadas y viudas son en mayor medida mujeres.

En Bizkaia, más de 4 de cada 10 varones atendidos permanecen solteros (41,8%); sólo un 24,9% de los pacientes varones está casado.



En este mismo territorio la mayoría de las mujeres atendidas también están solteras (31,1%), pero con escasa diferencia respecto a las casadas (30,9%).

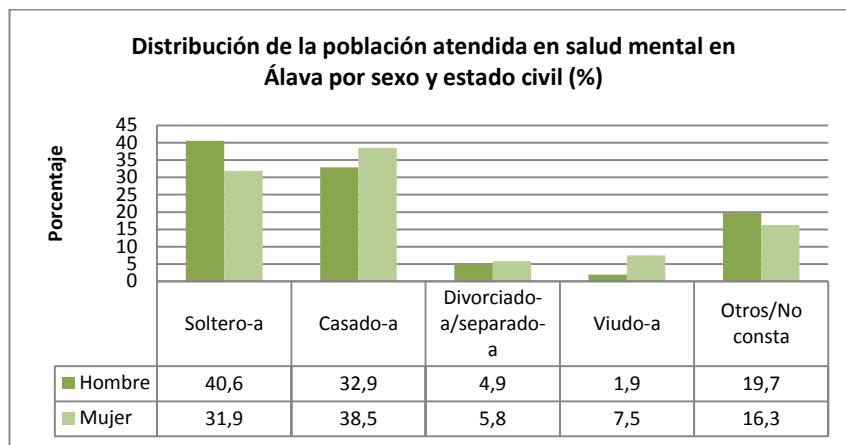
En definitiva, el perfil mayoritario en cuanto al estado civil de las personas atendidas en Salud mental de Bizkaia es el de los varones solteros (más de 4 de cada 10) y las mujeres solteras o casadas (3 de cada 10 están solteras y otras tantas casadas)



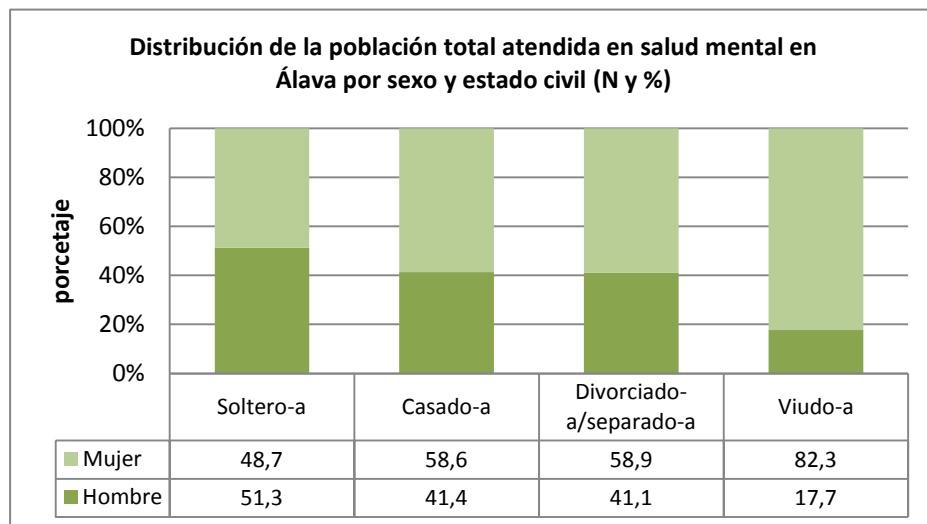
Al igual que lo que sucedía en el conjunto de la comunidad, en Bizkaia se repite el hecho de que son más mujeres que hombres las personas atendidas que están casadas, divorciadas o viudas. Los pacientes solteros son mayoritariamente hombres.

Esta distribución se repite en las otras dos provincias, Álava y Gipuzkoa, es decir, los varones están más representados entre las personas solteras y son en mayor medida mujeres las que están casadas, divorciadas-separadas o viudas.

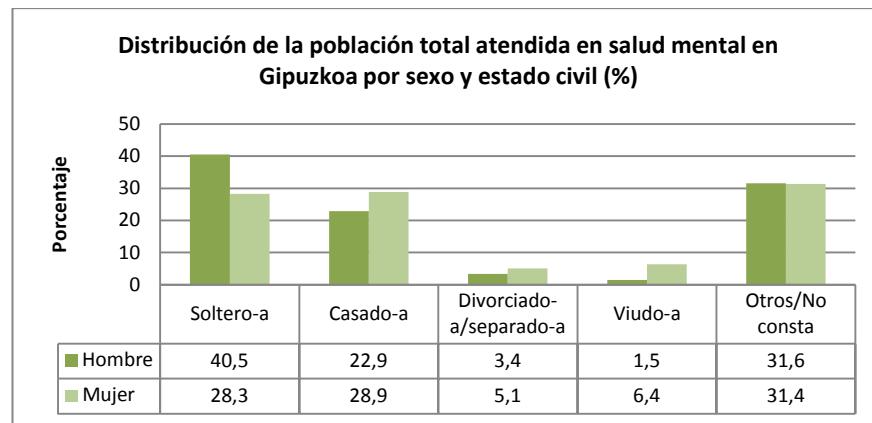
En Álava, el análisis por sexos señala, como se ha reflejado anteriormente, que los varones atendidos son mayoritariamente solteros, como en Bizkaia, pero que a diferencia de lo que sucedía en aquel territorio, las mujeres solicitantes de ayuda para sus problemas están casadas, no mayoritariamente solteras. También son más las mujeres que los hombres cuyo estado civil es el de separación o viudedad.



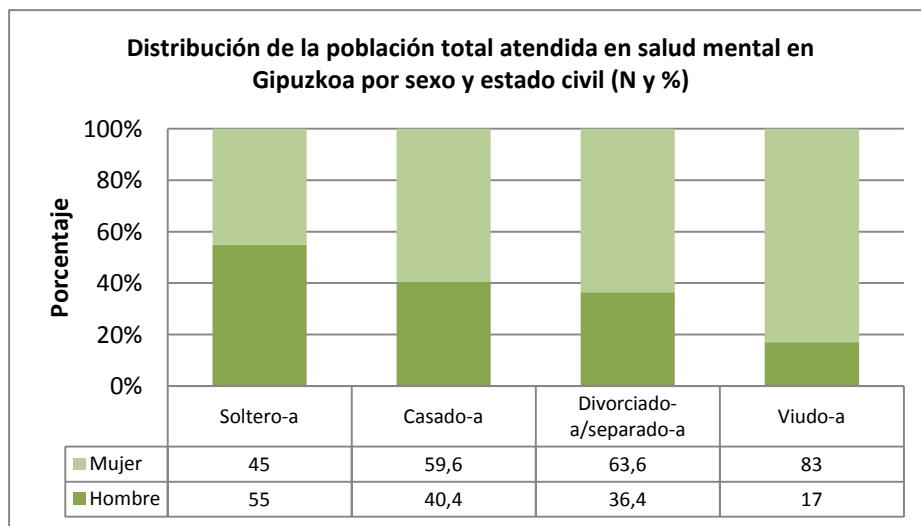
En el territorio alavés, casi 6 de cada 10 personas casadas o separadas atendidas en los servicios de Salud mental son mujeres. Son más de 8 de cada 10 las mujeres viudas.



En Gipuzkoa, la mayor parte de pacientes varones de la red de salud mental está soltero (40,5%) y el mayor porcentaje de usuarias son casadas (28,9%). Son solteras casi otras tantas (28,3%). Existe un alto porcentaje de historias en ambos sexos en las que no se recoge el estado civil de las mujeres y hombres atendidos.



La distribución por sexos es escalonada en sentido descendente, lo que significa que la proporción de hombres frente a la de mujeres va descendiendo a través de los sucesivos estados civiles. Más hombres que mujeres solteras y más mujeres casadas, divorciadas y viudas proporcionalmente en cada una de estas categorías.



2.1.6. Nivel de Instrucción

Así como se comentaba la falta de datos respecto al estado civil de muchas de las personas cuya historia engrosa el volumen de altas nuevas, sucede que no se tiene constancia del nivel de instrucción de un 38,6% de todas las personas que causan alta a lo largo de los cuatro años analizados en el conjunto de la CAPV, lo que dificulta conocer y elaborar un perfil exacto de las personas atendidas en la red pública vasca de Salud mental.

En cualquier caso, y con los datos que sí figuran, es posible determinar que la mayoría de estas personas posee un nivel académico escaso, el que obtienen quienes completan únicamente el nivel de estudios primarios (25,4%). Un 14,7% alcanza el bachillerato elemental y un 12,5% el superior. En conjunto, sólo un 7,1% posee un nivel medio o superior en los estudios. Afortunadamente son pocas las personas analfabetas, un 1,7%.

Nivel de Instrucción CAPV		
	N	%
No lee, escribe	1.337	1,7
Estudios primarios	20.001	25,4
Bachillerato elemental	11.554	14,7
Bachillerato superior	9.854	12,5
Estudios medios	2.784	3,5
Estudios superiores	2.831	3,6
No consta	30.415	38,6
Total	78.776	100

El análisis en función del sexo determina que las personas sin estudios de toda la CAPV son en proporciones muy similares mitad hombres (49,5%) mitad mujeres (50,5%). De las 20.001 personas con estudios primarios, son mujeres más de 5 de cada 10 (53,2%); quienes están en posesión del título de bachillerato elemental son en mayor medida hombres (50,9%) más que mujeres (49,1%).

Nivel de Instrucción	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	661	49,4	676	50,6	1.337	100
Estudios primarios	9.353	46,8	10.648	53,2	20.001	100
Bachillerato elemental	5873	50,8	5.681	49,2	11.554	100
Bachillerato superior	4.489	45,5	5.365	54,5	9.854	100
Estudios medios	958	34,4	1.826	65,6	2.784	100
Estudios superiores	1.079	38,1	1.752	61,9	2.831	100
No consta	14.306		16.109		30.415	
Total	36.719		42.057		78.776	

Cuando analizamos a las personas con título de bachiller superior observamos que son en mayor medida mujeres (54,4%), así como quienes poseen estudios medios (65,6%) y superiores (61,9%), más mujeres que varones. Todo ello muestra que a medida que el nivel de instrucción asciende, aparece una mayor proporción de mujeres representadas en la escala.

En definitiva, pues, 5 ó poco más de 5 de cada 10 personas de la CAPV que no leen ni escriben o que cuentan sólo con estudios primarios son mujeres. Son menos mujeres que hombres las que poseen el título de bachiller elemental (no llegan a la mitad, 49,2%). Por el contrario, ellas destacan por encima de los varones cuando más de 6 de cada 10 féminas logran un nivel académico medio o superior, mientras que, en clara lógica, apenas 4 de cada 10 varones dispone de esa titulación.

Nivel de Instrucción	Nivel de Instrucción de las personas atendidas en cada Territorio Histórico N y % horizontales					
	BIZKAIA		ALAVA		GIPUZKOA	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
No lee, escribe	458 49,9	460 50,1	44 33,8	86 66,2	159 55,0	130 45,0
Estudios primarios	5445 47,3	6074 52,7	1400 46,0	1639 54,0	2508 46,0	2935 54,0
Bachillerato elemental	3884 52,0	3575 48,0	706 47,2	791 52,8	1284 49,4	1315 50,6
Bachillerato superior	2572 45,0	3139 55,0	709 45,5	850 54,5	1209 46,8	1376 53,2
Estudios medios	550 36,6	951 63,4	139 29,9	326 70,1	269 32,9	549 67,1
Estudios superiores	647 33,0	1019 67,0	196 34,3	376 65,7	236 39,8	357 60,2
No consta	8.652	9781	1.583	1.577	4071	4751
Total	22.206	24.999	4.777	5.645	9.736	11.413

En Bizkaia y Álava son más las mujeres que los hombres quienes no leen ni escriben (50,1% de mujeres frente al 49,9% de varones analfabetos en el primer territorio y un 66,2% de mujeres que no leen ni escriben en Álava frente a un 33,8% de varones analfabetos). En Gipuzkoa son más los varones que no leen ni escriben (55%) que las mujeres con ese nivel académico (45%).

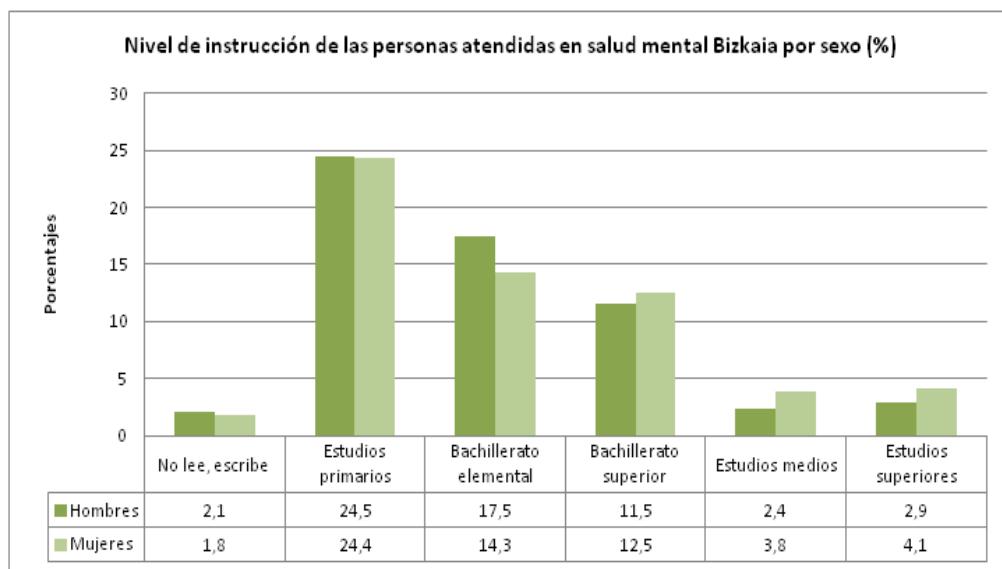
Cuando nos referimos a los estudios primarios y al bachillerato elemental vemos que las mujeres de cada uno de los tres territorios están más representadas que los hombres en ambos niveles, salvo cuando vemos el porcentaje más elevado de varones de Bizkaia con bachillerato elemental que mujeres de Bizkaia con ese nivel académico. Aún y con todo, las diferencias porcentuales entre unas y otros en los dos niveles no son tan amplias como las que surgen a medida que aumenta el nivel escolar. Esto significa que a partir del título de bachillerato superior, las representaciones masculinas descienden notablemente y las mujeres adquieren un mayor protagonismo. En bachiller superior, estudios medios y superiores, la proporción de mujeres-hombres es de 6 y 7 féminas por cada 4 ó 3 varones.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Nivel de Instrucción de las personas atendidas en cada Territorio Histórico N y % verticales					
	SEXO				Total	
	Hombre		Mujer			
	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	458	2,1	460	1,8	918	1,9
Estudios primarios	5445	24,5	6074	24,4	11519	24,5
Bachillerato elemental	3884	17,5	3575	14,3	7459	15,8
Bachillerato superior	2572	11,5	3139	12,5	5711	12,1
Estudios medios	550	2,4	951	3,8	1501	3,1
Estudios superiores	647	2,9	1019	4,1	1666	3,5
No consta	8650	39,1	9781	39,1	18426	39,1
Total	22206	100	24999	100	47205	100

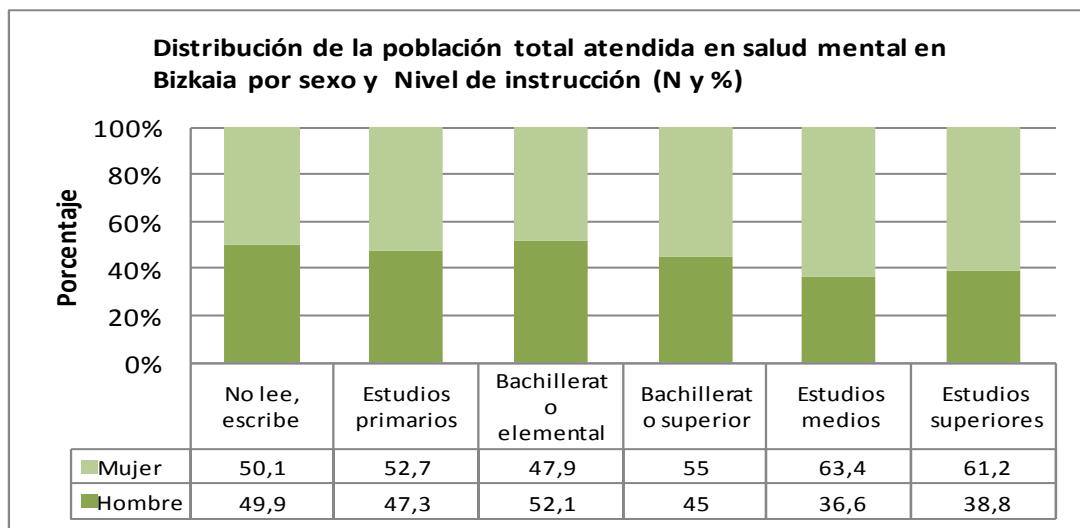
En cuanto a los datos de Bizkaia, comparados los varones consigo mismos y las mujeres entre ellas, se observa que en ambos sexos que los mayores porcentajes en ambos sexos se detectan entre pacientes con estudios primarios, hombres y mujeres. Es el nivel donde se acumula el volumen más numeroso de personas de ambos sexos. Son un 24,5% de los 22.206 hombres y un 24,4% de las 24.999 mujeres de Bizkaia.

El segundo grupo integrado por más cantidad de personas es el de las mujeres y hombres que poseen bachillerato elemental. El 17,5% del total de varones y un 14,3% de entre todas las mujeres.

Hay una proporción más elevada de hombres que de mujeres representando ese nivel educativo, porque las mujeres se distribuyen más proporcionalmente en otras categorías educativas superiores. Por eso, sucede lo inverso al ascender en el nivel académico, porque al analizar en función del sexo a las personas con título de bachiller superior comprobamos que están más representadas las mujeres (12,5%) que los hombres (11,5%), aunque no es tanta la diferencia porcentual comparada con el caso anterior. En los siguientes niveles educativos (estudios medios y superiores) son más cantidad las féminas.

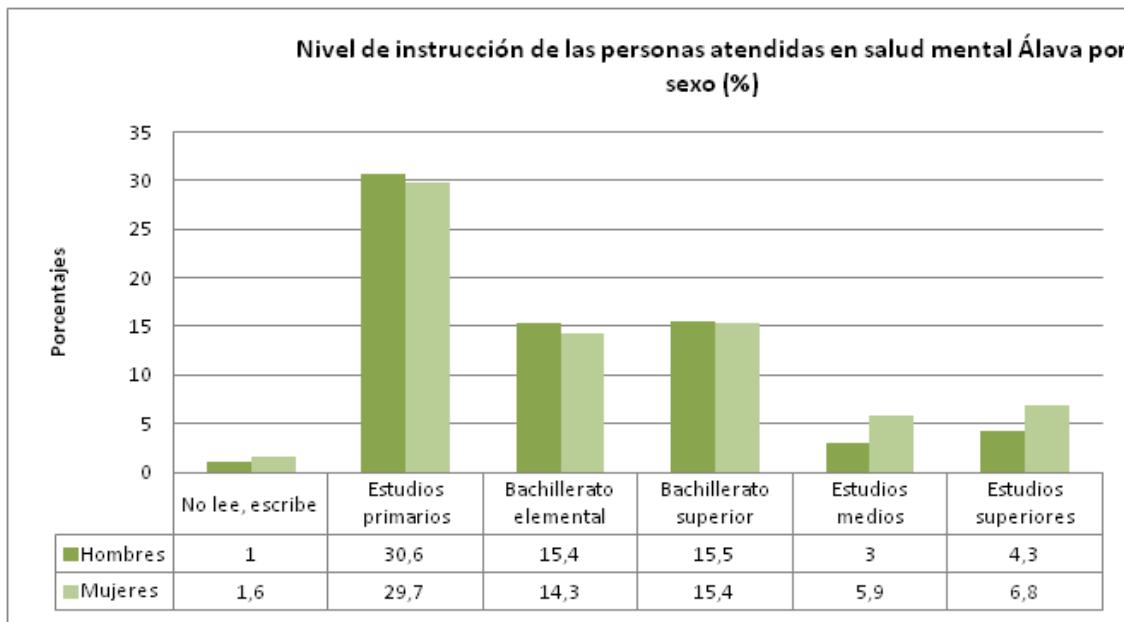


En cuanto a la representación por sexos del nivel educativo de las personas de Bizkaia, las mujeres quedan más representadas que los hombres en los dos niveles educativos inferiores, ceden el protagonismo a los varones cuando se trata de la obtención del título de bachiller elemental, pero destacan por encima de ellos a medida que la exigencia académica aumenta y destacan en los dos niveles académicos superiores, el de estudios medios y superiores, donde ellas son 6 y ellos 4 de cada 10.

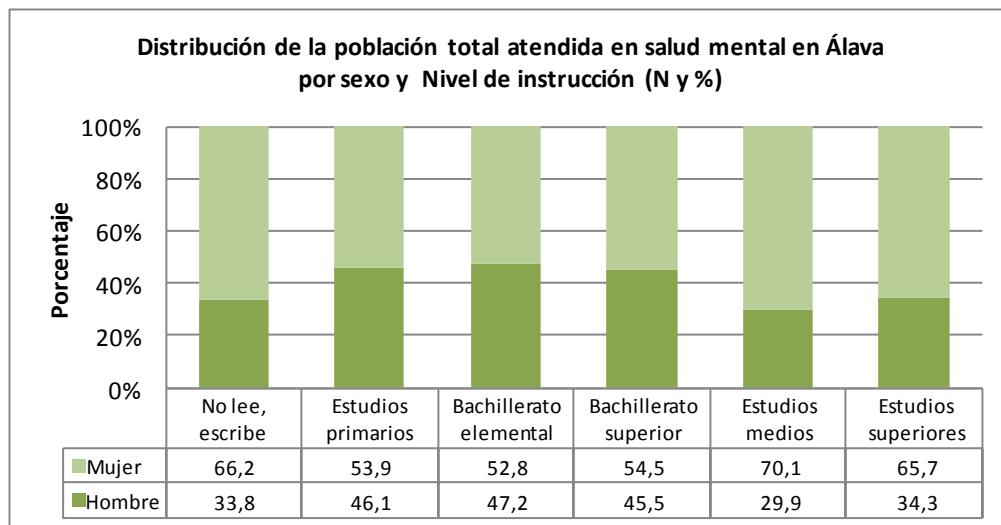


En Álava la mayor proporción de hombres (30,6%) y de mujeres (29,7%) cuentan con estudios primarios. Igualmente, la segunda mayor proporción la componen los varones (15,5%) y mujeres (15,4%) que han obtenido el bachiller superior. En Álava, a diferencia de Bizkaia, el segundo nivel académico más mencionado por las personas atendidas es el de los y las pacientes con bachiller superior; en Bizkaia en el segundo lugar figuraban las personas tratadas que sólo disponían de bachiller elemental.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo y Nivel de instrucción (N y %)						
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	44	1,0	86	1,6	130	1,3
Estudios primarios	1400	30,6	1639	29,7	3039	30,1
Bachillerato elemental	706	15,4	791	14,3	1497	14,8
Bachillerato superior	709	15,5	850	15,4	1559	15,5
Estudios medios	139	3,0	326	5,9	465	4,6
Estudios superiores	196	4,3	376	6,8	572	5,7
No consta	1379	30,2	1447	26,2	2826	28,0
Total	4573	100	5515	100	10088	100



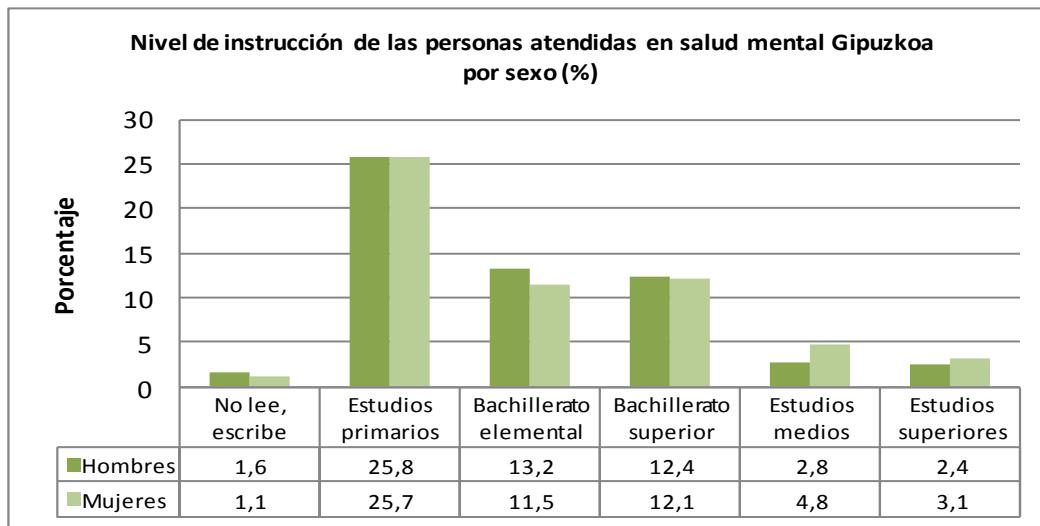
En el caso de Álava, las mujeres están más representadas que los hombres en todos los niveles académicos, tanto en los más bajos como en los intermedios y superiores. Si bien es cierto que hablamos de que de cada 10 pacientes analfabetos/as, 6 son mujeres y cuatro hombres, resulta igualmente cierto que de cada 100 personas con estudios medios o superiores, el 60-70% son mujeres y sólo el resto varones.



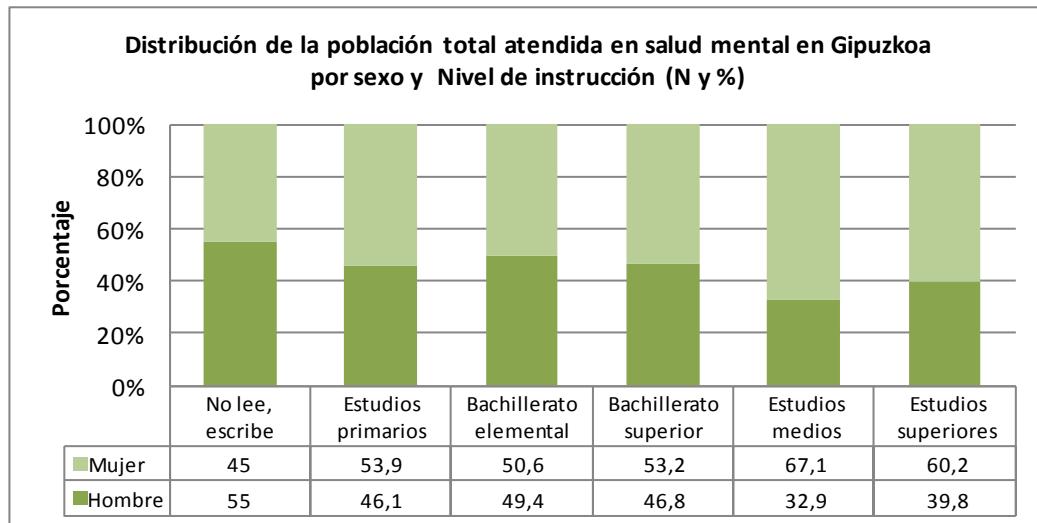
El nivel de instrucción en Gipuzkoa varía ligeramente con respecto a Bizkaia y Álava. En estos dos últimos territorios los dos porcentajes más voluminosos tenían, en cuanto al nivel académico, la misma correspondencia entre hombres y mujeres, es decir, en Bizkaia los varones y las mujeres que recibían tratamiento poseían en primer lugar estudios primarios y posteriormente bachiller elemental, pero sucedía lo mismo en ambos sexos. En Álava ocurría también en ambos sexos que la mayoría de personas tratadas poseía en primer lugar estudios básicos y luego bachiller superior, pero en Gipuzkoa la cosa cambia en cuanto al segundo porcentaje más cuantioso.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo y Nivel de instrucción (N y %)						
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	159	1,6	130	1,1	289	1,4
Estudios primarios	2508	25,8	2935	25,7	5443	25,7
Bachillerato elemental	1284	13,2	1315	11,5	2599	12,3
Bachillerato superior	1209	12,4	1376	12,1	2585	12,2
Estudios medios	269	2,8	549	4,8	818	3,9
Estudios superiores	236	2,4	357	3,1	593	2,8
No consta	4071	41,8	4751	41,6	8822	41,7
Total	9736	100	11413	100	21149	100

El grupo más voluminoso de varones atendidos es el de quienes sólo posee estudios primarios (25,8%) y bachillerato elemental (13,2%). La mayor proporción de mujeres atendidas en Gipuzkoa obtiene tan sólo estudios primarios (25,7%), pero el segundo porcentaje más alto las define como pacientes con bachillerato superior (12,1%).



A diferencia de lo visto hasta ahora, en Gipuzkoa hay más hombres analfabetos que mujeres que lo son. A partir de ahí, las personas con niveles académicos superiores son más mujeres que varones, sobre todo entre quienes poseen estudios medios y superiores



2.1.7. Estado civil y nivel de instrucción

Siguiendo como hasta ahora, mostramos los datos relativos a los porcentajes más cuantiosos en cada categoría y desde ahí podemos informar de que, en Bizkaia, el mayor porcentaje de personas atendidas en los servicios de salud mental poseen estudios primarios (24,5%).

Distribución de la población general atendida en salud mental Bizkaia por estado civil y nivel de instrucción (N y %)												
HOMBRES	ESTADO CIVIL											
	Soltero		Casado		Divorciado Separado		Viudo		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	350	3,7	72	1,3	9	0,8	5	1,9	22	0,3	458	2
Estudios primarios	2722	29,6	2173	39,4	316	31,3	161	52,9	73	1,3	5445	24,5
Bachillerato elemental	2455	26,4	1104	19,9	259	25,4	41	13,4	24	0,3	3.883	17,5
Bachillerato superior	1462	15,7	868	15,7	199	19,5	24	7,8	18	0,2	2.571	11,5
Estudios medios	245	2,6	260	4,7	35	3,4	5	1,7	5	0,1	550	2,5
Estudios superiores	318	3,4	263	4,7	57	5,6	6	1,7	3	0,1	647	2,9
No consta	1732	18,6	794	14,3	143	14	63	20,6	5.920	97,7	8.652	39,1
Total	9284	100	5534	100	1018	100	305	100	6061	100	22.206	100
MUJERES		Soltera		Casada		Divorciada Separada		Viuda		No consta		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	212	2,7	118	1,6	22	1,7	83	5	25	0,3	460	1,8
Estudios primarios	1504	19,3	3119	40,4	402	31,9	1022	61,3	27	0,4	6074	24,4
Bachillerato elemental	1789	23	1360	17,6	270	21,4	137	8,2	19	0,2	3575	14,3
Bachillerato superior	1746	22,4	1100	14,2	219	17,4	56	3,3	18	0,3	3139	12,5
Estudios medios	482	6,2	377	4,9	62	4,9	27	1,6	27	0,4	951	3,8
Estudios superiores	596	7,7	350	4,5	50	4	17	1	6	0,1	1019	4
No consta	1451	18,7	1299	16,8	234	18,7	326	19,6	6470	98,3	9777	39,2
Total	7780	100	7723	100	1259	100	1669	100	6568	100	24999	100

Los varones, sea cual sea su estado civil, poseen mayoritariamente estudios primarios, sobre todo los viudos (52,9%) y los casados (39,4%). Cuando se analiza el nivel académico de los hombres solteros se comprueba que son más los que sólo poseen estudios primarios (29,6%) que otro nivel de estudios, pero los que declaran estar en posesión del título de bachiller superior son casi tantos como los primeros (26,4%).

Entre las mujeres casadas, divorciadas y viudas también es más frecuente encontrar personas con estudios primarios, sobre todo entre viudas (61,3%) y casadas (40,4%). Las solteras, por el contrario, han alcanzado el bachillerato elemental (23%) o el superior (22,4%).

Como conclusión cabe decir que las mujeres solteras son las que poseen un mejor nivel académico que las que han adquirido otro estado civil y que son éstas también las que superan a los hombres solteros en cuanto al nivel de instrucción.

Cuando se analiza el nivel de estudios en interacción con el estado civil, la tabla muestra que el grupo de varones de Álava, independientemente de su situación civil, se agrupa en sus proporciones más altas en torno a los estudios primarios, como en Bizkaia. Es ahí donde se sitúa la mayoría de varones, sobre todo los viudos. El mayor porcentaje de hombres solteros (36,4%), casados (39,1%), divorciados-separados (31,1%) y viudos (59,6%) poseen un nivel académico elemental.

Se repite el mismo caso entre las mujeres alavesas, que la mayoría, independientemente de su estado civil, aúnan los porcentajes más altos en torno a este mismo nivel académico primario. Sin embargo, entre las mujeres solteras de este territorio, el segundo porcentaje más alto señala que hay casi tantas mujeres con estudios primarios (23,9%) como con titulación de Bachiller superior (22,3%). Entre las demás los porcentajes no son tan próximos.

Distribución de la población general atendida en salud mental Álava por estado civil y nivel de instrucción (N y %)

HOMBRES	ESTADO CIVIL											
	Soltero		Casado		Divorciado Separado		Viudo		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	24	1,3	16	1,1	2	0,9	1	1,1	1	0,1	44	1,0
Estudios primarios	676	36,4	587	39,1	69	31,1	53	59,6	15	1,7	1400	30,6
Bachillerato elemental	366	19,7	263	17,5	55	24,8	10	11,2	12	1,3	706	15,4
Bachillerato superior	342	18,4	299	19,9	56	25,2	9	10,1	3	0,3	709	15,5
Estudios medios	53	2,9	74	4,9	10	4,5	1	1,1	1	0,1	139	3,0
Estudios superiores	96	5,2	87	5,8	13	5,9	0	0,0	0	0,0	196	4,3
No consta	298	16,1	177	11,7	17	7,6	15	16,9	872	96,5	1.583	30,2
Total	1855	100,0	1503	100,0	222	100,0	89	100,0	904	100,0	4.777	100,0

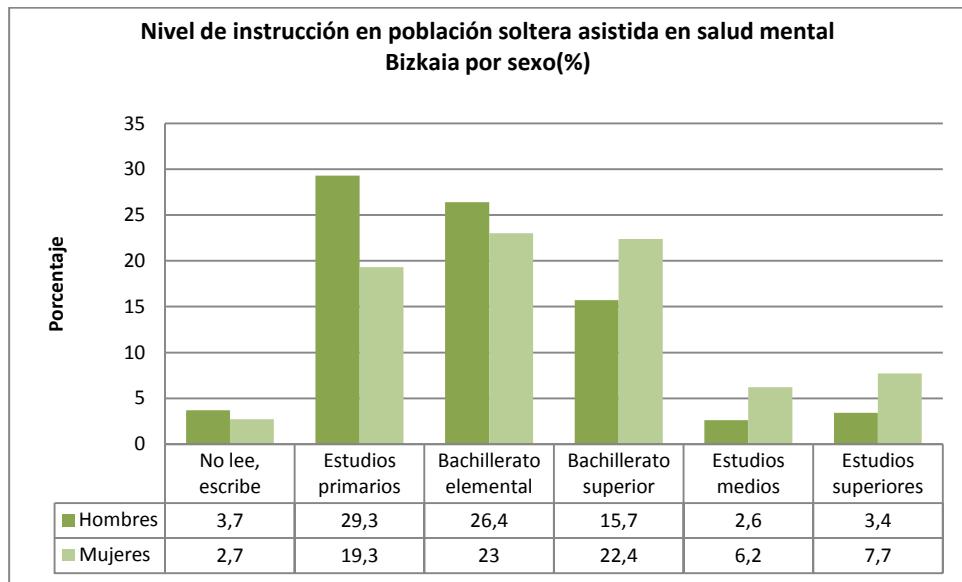
MUJERES	Soltera		Casada		Divorciada Separada		Viuda		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	24	1,4	37	1,7	4	1,3	21	5,1	0	0,0	86	1,6
Estudios primarios	420	23,9	813	38,3	117	36,8	286	69,2	3	0,3	1639	29,8
Bachillerato elemental	282	16,0	381	17,9	72	22,6	37	9,0	2	0,2	791	14,3
Bachillerato superior	393	22,3	381	18,7	60	18,9	14	3,4	2	0,2	850	15,4
Estudios medios	146	8,3	149	7,0	22	6,9	6	1,5	3	0,3	326	5,9
Estudios superiores	200	11,4	146	6,9	25	7,9	4	1,0	1	0,1	376	6,8
No consta	295	16,7	202	9,5	18	5,6	45	10,8	887	98,9	1.577	26,2
Total	1760	100,0	2126	100,0	318	100,0	413	100,0	898	100,0	5.645	100,0

El caso de Gipuzkoa es similar al de Álava, puesto que tanto hombres como mujeres, cualquiera que sea su estado civil, poseen mayoritariamente un nivel de instrucción primario.

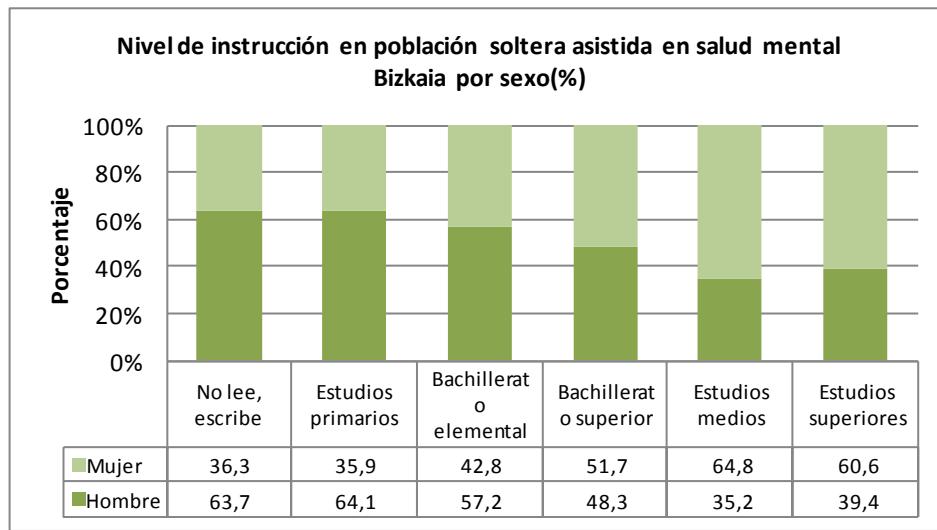
Distribución de la población general atendida en salud mental Gipuzkoa por estado civil y nivel de instrucción (N y %)												
		ESTADO CIVIL										
HOMBRES	Soltero		Casado		Divorciado Separado		Viudo		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	130	3,3	24	1,1	1	0,3	3	2,0	1	0	159	1,6
Estudios primarios	1382	35	929	41,7	105	31,5	86	57,3	6	0,2	2508	25,8
Bachillerato elemental	843	21,4	354	15,9	73	21,9	7	4,7	7	0,2	1284	13,2
Bachillerato superior	756	19,2	375	16,8	61	18,3	12	8,0	5	0,2	1209	12,4
Estudios medios	159	4,0	89	4,0	17	5,1	3	2,0	1	0	269	2,8
Estudios superiores	138	3,5	79	3,5	15	4,5	3	2,0	1	0	236	2,4
No consta	537	13,6	379	17,0	61	18,4	36	24,0	3058	99,4	4071	41,8
Total	3945	100	2229	100	333	100	150	100	3079	100	9736	100
MUJERES	Soltera		Casada		Divorciada Separada		Viuda		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	74	2,3	36	1,9	5	0,9	15	2,1	0	0	130	1,1
Estudios primarios	774	24	1528	38,5	178	30,6	448	61,4	7	0,2	2935	25,7
Bachillerato elemental	630	19,5	511	17,9	122	21	40	5,5	12	0,3	1315	11,5
Bachillerato superior	808	25	428	17,9	94	16,2	32	4,4	14	0,4	1376	12,1
Estudios medios	293	9,1	200	7,1	40	6,9	12	1,6	4	0,1	549	4,8
Estudios superiores	212	6,6	113	6,9	26	4,5	3	0,4	3	0,1	357	3,1
No consta	437	13,5	477	9,8	116	19,9	180	24,6	3541	98,9	4751	41,7
Total	3228	100	3293	100	581	100	730	100	4751	100	11413	100

En cualquier caso, parece posible poder señalar que entre las personas solteras resulta más probable encontrar titulados o tituladas de bachiller que entre personas casadas, divorciadas o viudas. Por el contrario, las personas viudas son quienes muestran un menor nivel académico, más si cabe en el caso de las mujeres viudas. Resulta lógico por cuanto que la población analizada está compuesta por un

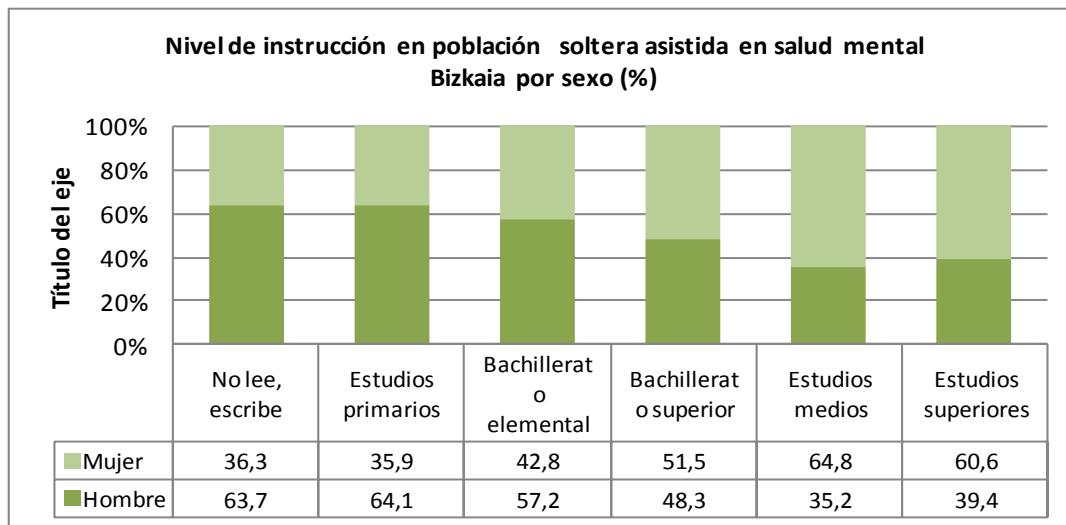
mayor número de mujeres viudas, porque la viudedad es un estado más asociado a la mujer en función de la mortalidad masculina, y porque este grupo de viudas está compuesto por un importante porcentaje de personas mayores de 65 años, que no pudieron optar en su momento, por diversas circunstancias, a las posibilidades académicas de las que han gozado otras generaciones posteriores.



Los varones solteros de Bizkaia están más representados que las mujeres en los tres primeros niveles académicos, los más bajos (analfabetismo, estudios primarios y bachillerato elemental), mientras que se observa un mayor porcentaje de mujeres que de hombres en las categorías educativas superiores, esto es, con bachillerato superior, estudios medios y/o superiores. Aún y con todo, los mayores porcentajes entre los varones se concentran entre los estudios primarios y el bachillerato elemental (55,7%) y entre las mujeres en un nivel superior, entre el bachiller elemental y el superior (45,4%)

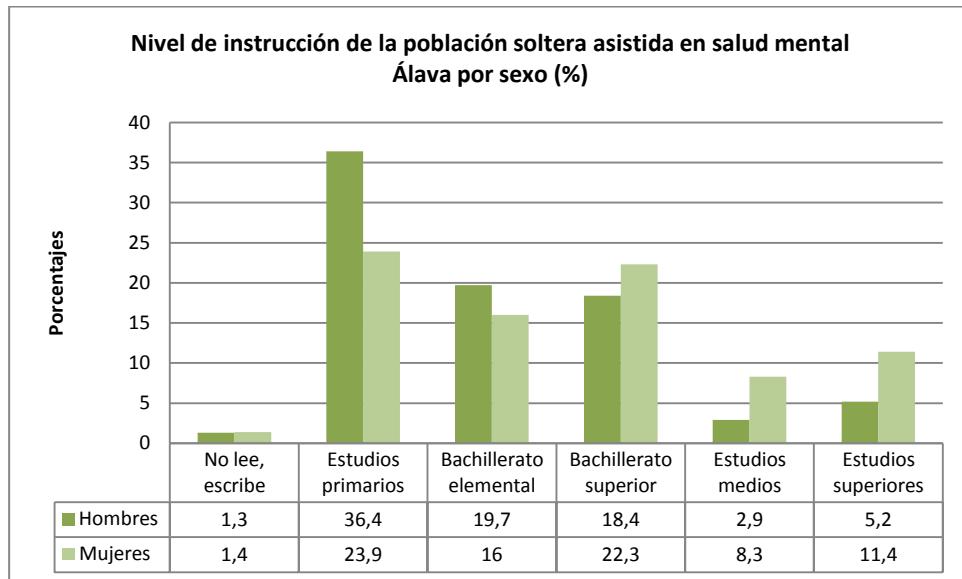


En Bizkaia, comparados los hombres con las mujeres, la tabla muestra que más de 6 de cada 10 personas atendidas carentes de habilidades académicas como la lectura y la escritura son varones. Las mujeres analfabetas de Bizkaia no llegan a ser ni 4 de cada 10. En el extremo superior esta distribución se invierte y son mujeres 6 o más de 6 de cada 10 personas con estudios superiores, los otros 4 son varones.

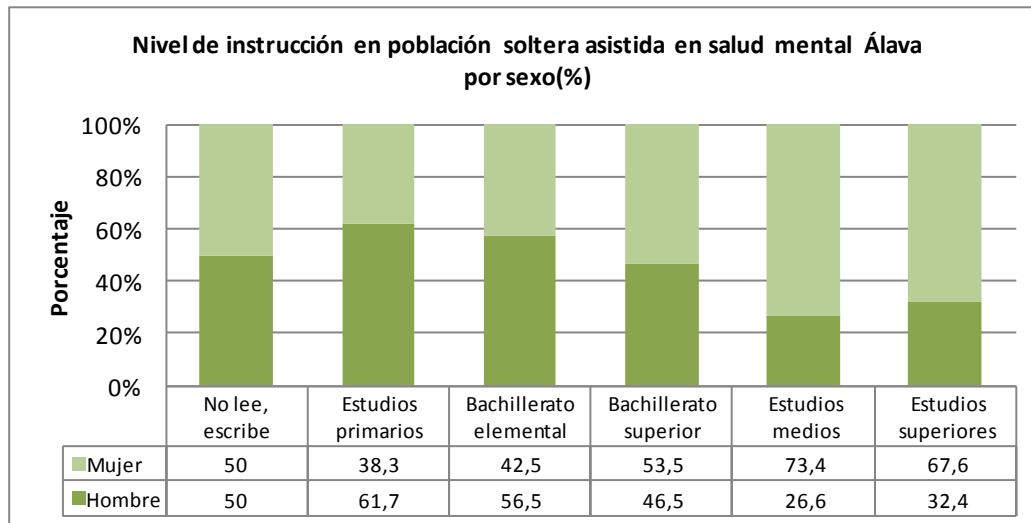


En la población alavesa los varones solteros están más representados en el nivel académico primario y el de bachillerato elemental (56,1%), más en el primero (36,4%) que en el segundo (19,7%). Ellas también, sumando ambos porcentajes (39,9%), pero se ve que entre las féminas son similares los porcentajes de quienes obtienen una titulación primaria (23,9%) y quienes pasan directamente a tener bachillerato superior (22,3%).

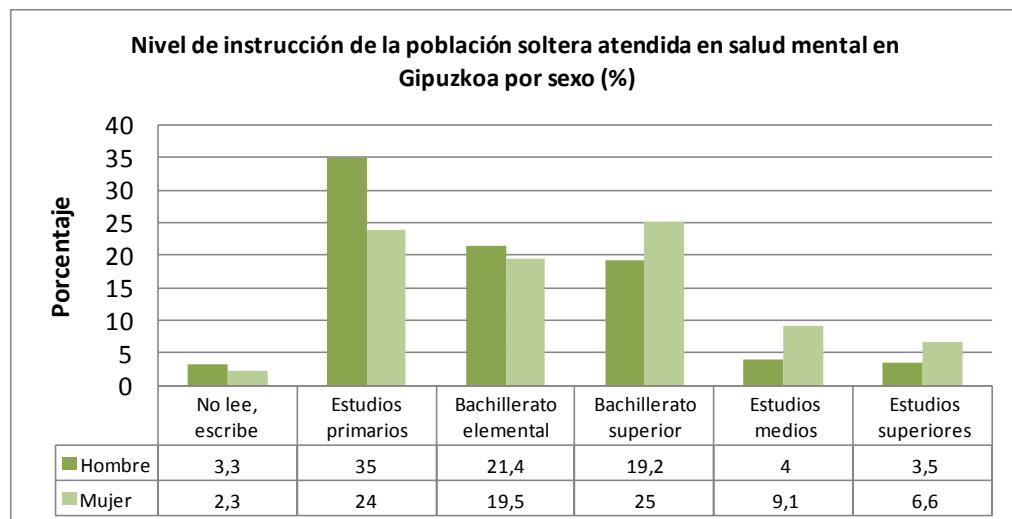
En Álava, porcentualmente hablando, existen más personas que en Bizkaia con estudios primarios y menos personas con bachiller elemental y superior.



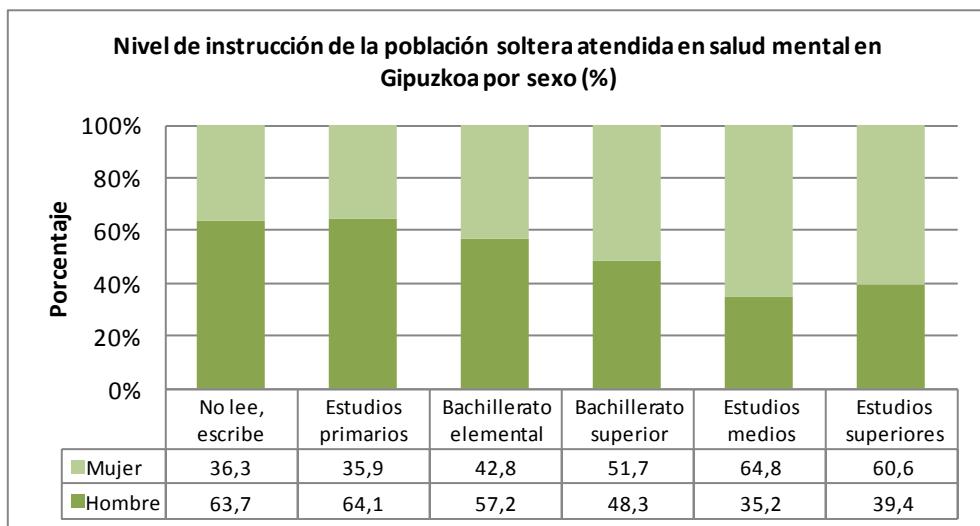
En la distribución por sexos de Álava comprobamos idéntica proporción de analfabetismo entre hombres y mujeres, una menor cantidad de mujeres con estudios primarios y de bachiller elemental y más mujeres que varones con estudios de mayor nivel, sobre todo en el caso de los estudios medios y superiores. De cada 10 personas solteras atendidas en Álava con estudios medios, más de 7 son mujeres.



Gipuzkoa reproduce el discurso de Bizkaia cuando se habla de más varones analfabetos que mujeres analfabetas. Ellos mayoritariamente se ven representados en los niveles primarios y elementales (56,4%) y ellas entre el elemental o primario y el bachiller superior (44,5%). En Gipuzkoa también superan en porcentaje a Bizkaia en cuanto al volumen de personas con estudios primarios. Su situación es similar a la de los y las alavesas, es decir, que hay más personas con estudios primarios que en Bizkaia y, por lo tanto, menos hombres y mujeres con titulación superior que en el territorio bizkaino.

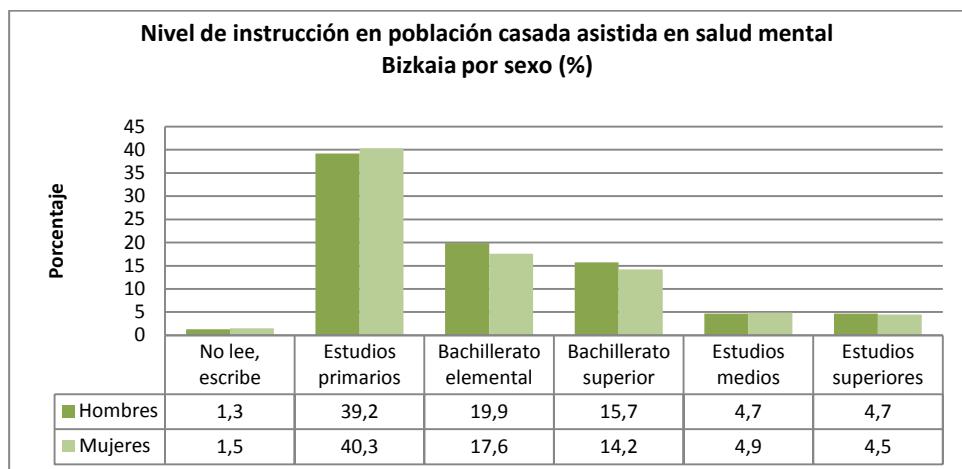


Igualmente, son más las mujeres solteras de Gipuzkoa con bachiller superior (51,7%), estudios medios (64,8%) y superiores (60,6%) que los hombres en ese nivel de instrucción, que son el resto porcentual en cada categoría académica.



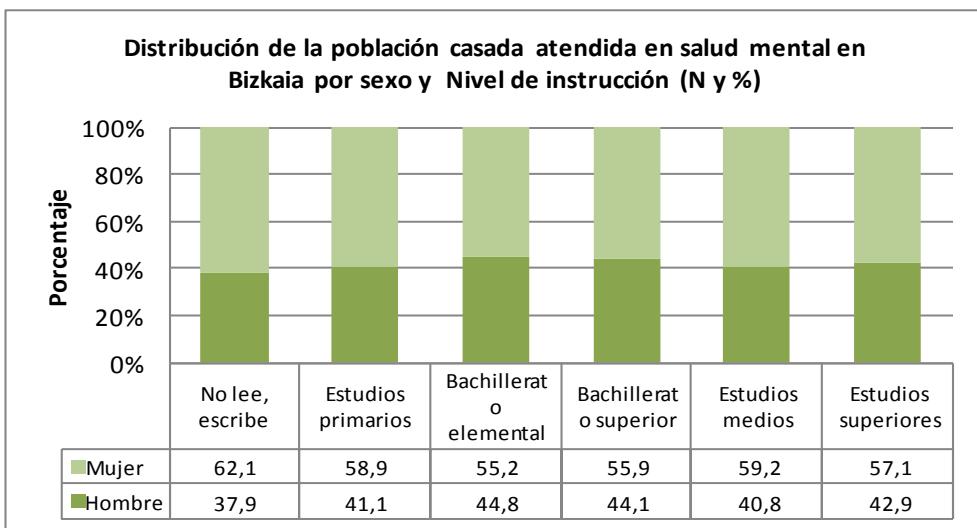
Entre las personas casadas de Bizkaia comprobamos que hombres y mujeres se aúnan en torno a un nivel académico de estudios primarios.

Así como en la población soltera las personas se distribuían en mayor medida en este y otros niveles superiores, entre las personas casadas existe una mayor diferencia entre la proporción de varones y mujeres casadas con estudios primarios y la de hombres y mujeres casadas con un mayor nivel académico (son porcentualmente menos que las personas solteras del territorio).

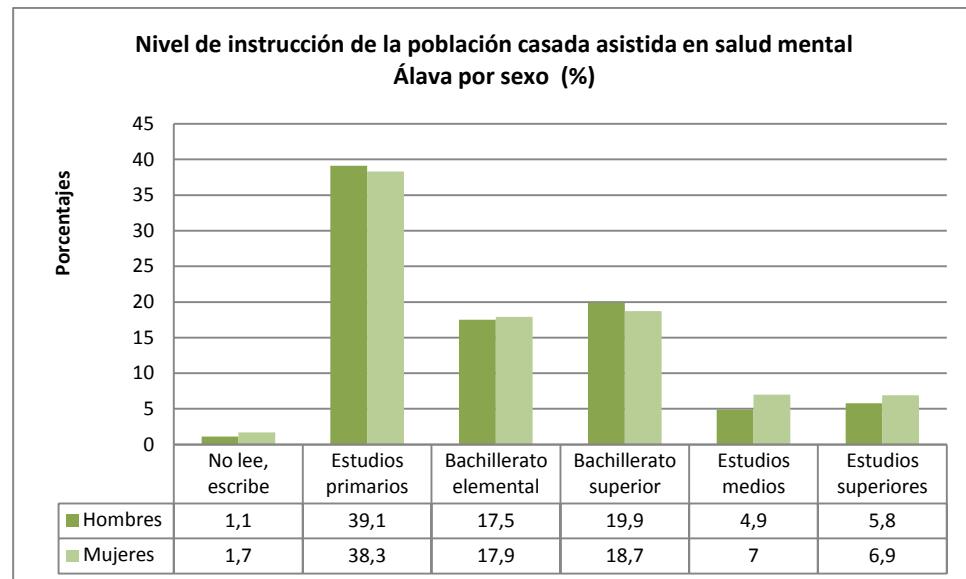


En la población casada bizkaina, el reparto de hombres y mujeres es muy similar en todos y cada uno de los niveles académicos, es decir, que en todos ellos la proporción de mujeres siempre supera a la de varones pero en similares proporciones. De cada 10 personas atendidas, más de la mitad de las que poseen estudios primarios, bachiller elemental, superior, estudios medios o superiores son mujeres. Se trata de una representación bastante igualitaria de ambos sexos en prácticamente todos los niveles académicos, salvo en el analfabetismo.

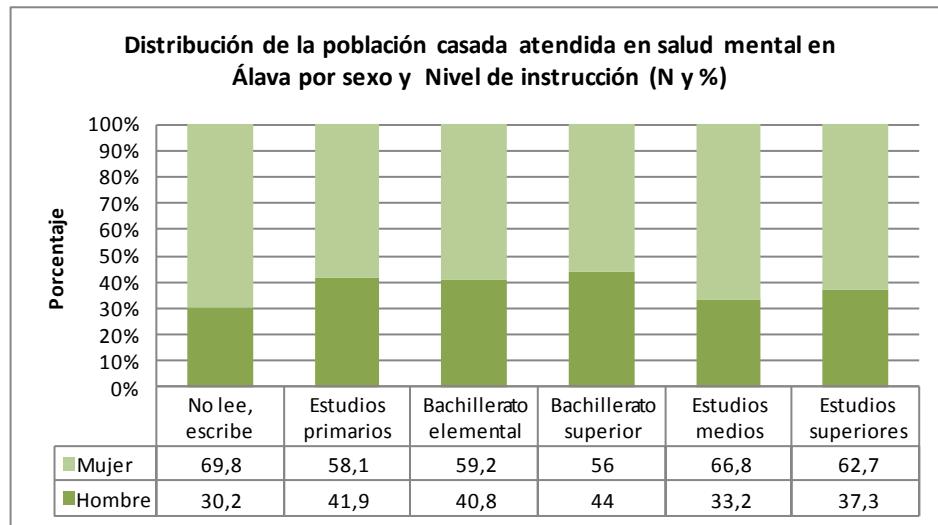
También señala que el nivel educativo de las mujeres de Bizkaia es ligeramente superior al de los varones de este territorio



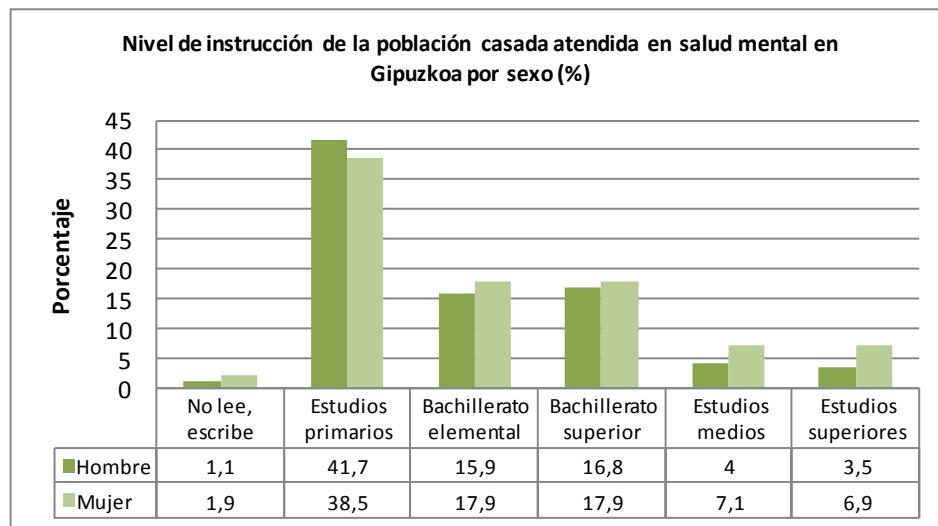
En Álava las personas casadas de ambos性es disponen de estudios primarios mayoritariamente, pero se observa una tendencia mayor que la de Bizkaia a distribuirse por otros niveles académicos superiores, es decir, que hay más personas que en Bizkaia, proporcionalmente, que disponen de otros títulos superiores, concretamente el de bachiller superior. Los varones con bachiller elemental o superior son casi tantos (37,4%) como quienes disponen sólo de estudios primarios (39,1%). Lo mismo sucede con las mujeres, que son un 36,6% las que cuentan con titulación de bachiller (elemental o superior), poco menos que las que únicamente cuentan con estudios primarios (38,3%).



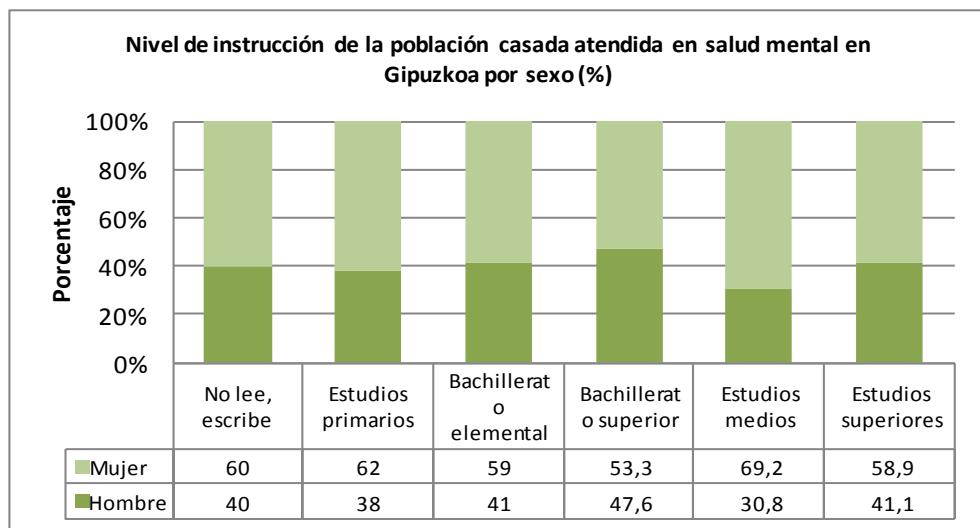
En Álava son más las mujeres analfabetas que los varones que no leen ni escriben, pero también son más las mujeres que disponen de estudios medios o superiores, por encima de sus congéneres varones. En definitiva, en la población casada de Álava, las mujeres están más representadas en todos los niveles escolares, en los inferiores y los superiores.



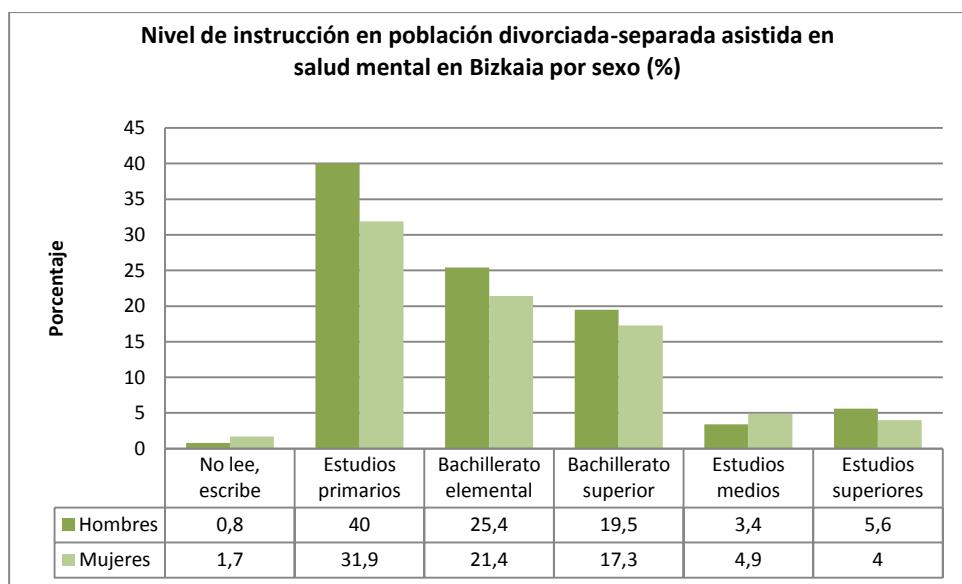
En Gipuzkoa, la realidad señala que existen más varones con estudios primarios (41,7%) que en Bizkaia (39,2%) y en Álava (39,1%), menos varones que en Bizkaia y Álava con el grado de Bachiller elemental y más hombres que en Bizkaia con Bachiller superior, pero menos que en Álava. Prima, pues, el porcentaje de varones con estudios primarios (41,7%) que con bachillerato elemental o superior (32,7%), mientras que aunque las mujeres también se agrupan en torno al nivel primario (38,5%), también se distribuyen de forma idéntica entre la titulación de bachiller elemental y superior (35,8%).



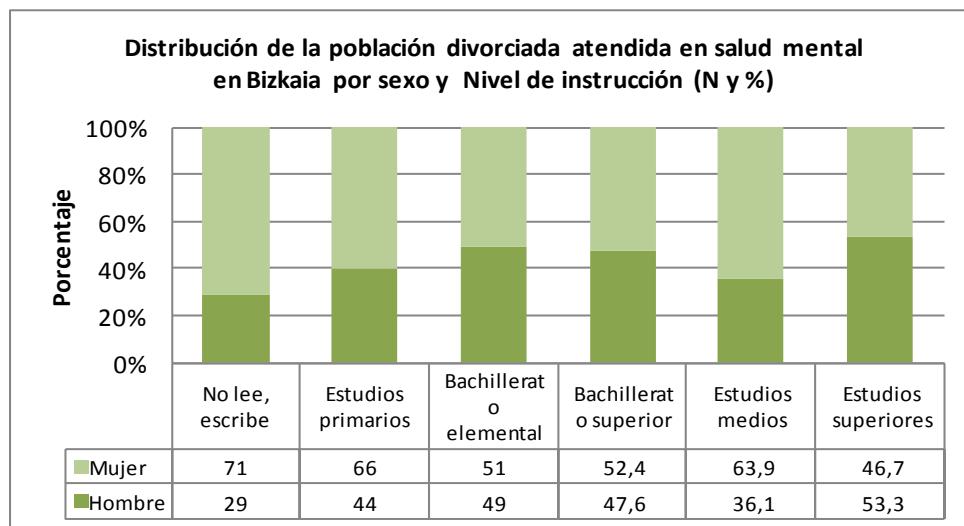
La distribución por sexos pone de manifiesto el protagonismo de las mujeres en todos los niveles académicos, desde el más básico (no lee ni escribe, 60%), pasando por los niveles de estudios primarios (62%), de bachiller elemental (59%) y superior (53,3%), estudios medios (69,2%) y superiores (58,9%).



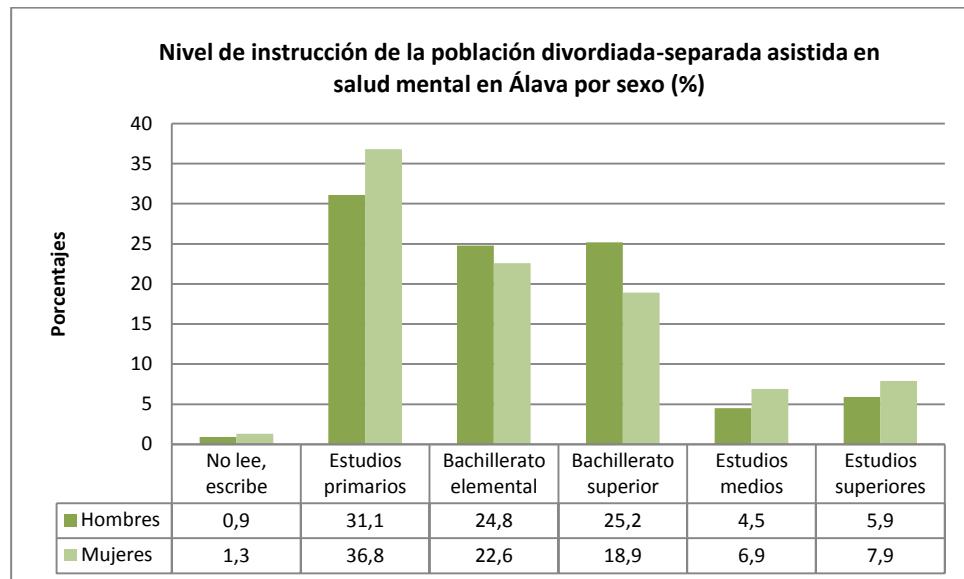
La mayor proporción de hombres y mujeres divorciadas de Bizkaia sólo ha alcanzado un nivel educativo primario o elemental, pero son muchas las personas, hombres y mujeres separadas que disponen del bachillerato elemental. Con ello, sucede que los varones separados con bachiller elemental o superior (44,9%) superan el porcentaje de hombres con estudios primarios (40%), al igual que las mujeres con bachillerato (38,7%), que son un 6,8% más que las que únicamente disponen de estudios primarios.



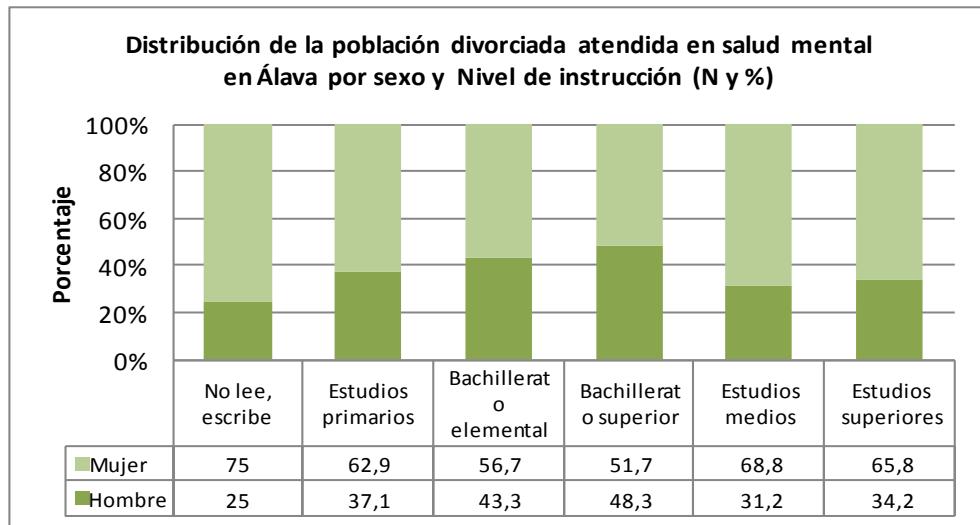
En este caso, al igual que lo que veíamos hasta el momento en cuanto a la distribución por sexos, la proporción de mujeres divorciadas atendidas en Bizkaia es mayor en todos los niveles de instrucción, salvo en el caso de la titulación superior, puesto que son más los hombres divorciados con estudios superiores (53,3%) que las mujeres separadas con el mismo título (46,7%). Ellas son más que ellos cuando se habla de los estudios medios (63,9%), también son más las mujeres analfabetas (71%) que los varones analfabetos divorciados (29%), pero ellos son más protagonistas cuando de lo que se trata es de la obtención de la titulación de bachiller superior (53,3%).



La población separada de Álava se distribuye entre los diversos niveles académicos, aunque están más representadas las personas divorciadas con estudios primarios. Los siguientes niveles de instrucción son los de bachillerato elemental y superior, donde los varones, en ambos títulos obtienen una representación prácticamente similar, mientras que las mujeres son más en el elemental que en el superior.

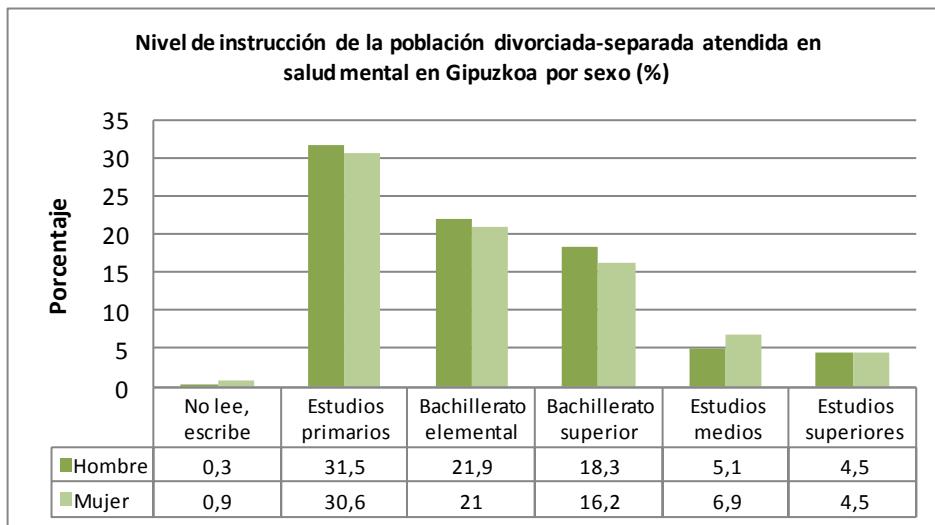


Entre la población divorciada de Álava atendida en salud mental se comprueba que las mujeres están más representadas que los hombres en todos los niveles académicos, en los inferiores y en los superiores e intermedios. La mayor proporcionalidad por sexos se halla en el análisis de los y la tituladas de bachillerato superior y las mayores diferencias al analizar el analfabetismo.

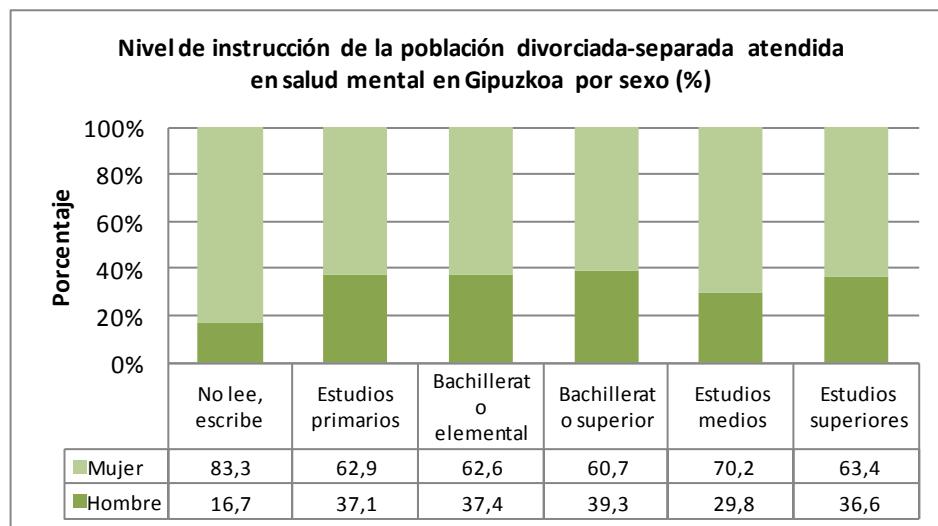


Nuevamente, en Gipuzkoa vemos que el mayor porcentaje de personas divorciadas no tienen sino estudios primarios, tanto ellas como ellos. Se agrupan en torno a esta categoría en mayor medida que a otras, es la que más les representa.

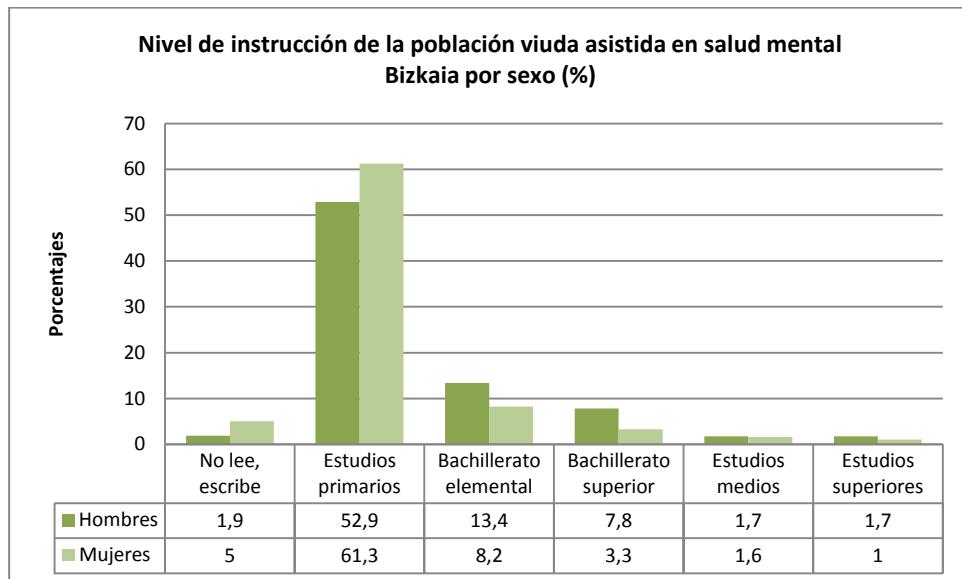
La segunda proporción más cuantiosa se produce en torno al bachillerato elemental, pero son casi un 10% menos los hombres y mujeres divorciados que lo obtienen respecto a quienes sólo tienen estudios primarios. Sin embargo, sumadas las personas con bachillerato elemental y superior, este porcentaje es superior al de quienes tienen niveles primarios, tanto en el caso de los varones como en el de las féminas.



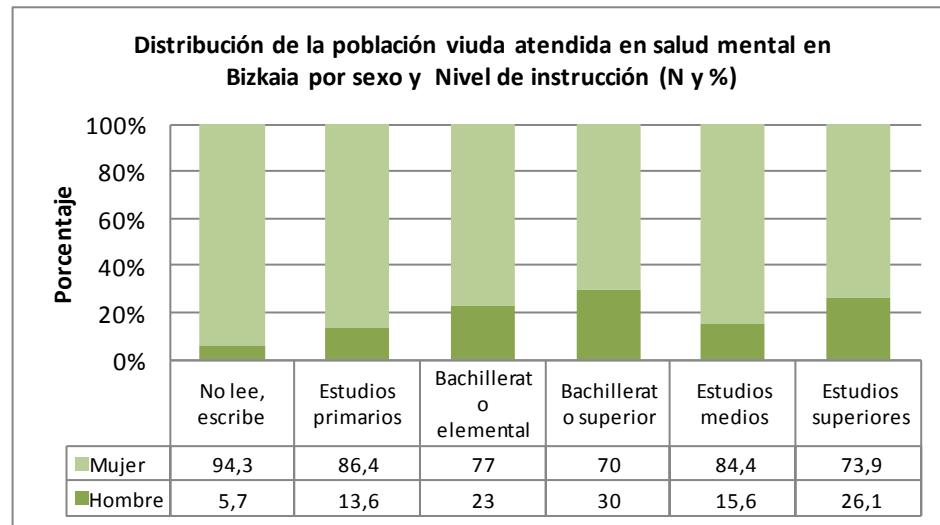
En Gipuzkoa, como en Álava, las mujeres están más representadas que los hombres en todos los niveles académicos, en los inferiores, sobretodo y en los superiores e intermedios. A diferencia de lo que sucedía allí, no hay ningún nivel de instrucción donde se registre la mínima proporcionalidad. Los hombres son, como mucho, 3 de cada 10 en cada nivel, si exceptuamos el analfabetismo y el grado de estudios medios.



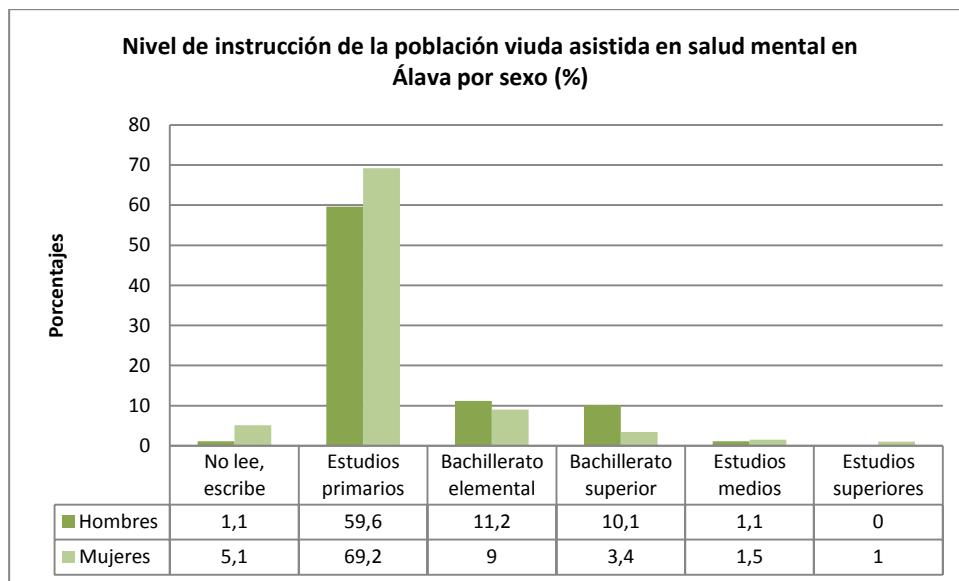
En el caso de las personas viudas de Bizkaia, la gráfica muestra claramente la agrupación notable de varones y mujeres, más ellas, que cuentan únicamente con estudios primarios. No se observa la misma distribución de personas en otras categorías superiores, lo que significa que la población viuda de Bizkaia, probablemente por ser la más mayor, no ha accedido a las mismas oportunidades educativas que otras generaciones más jóvenes.



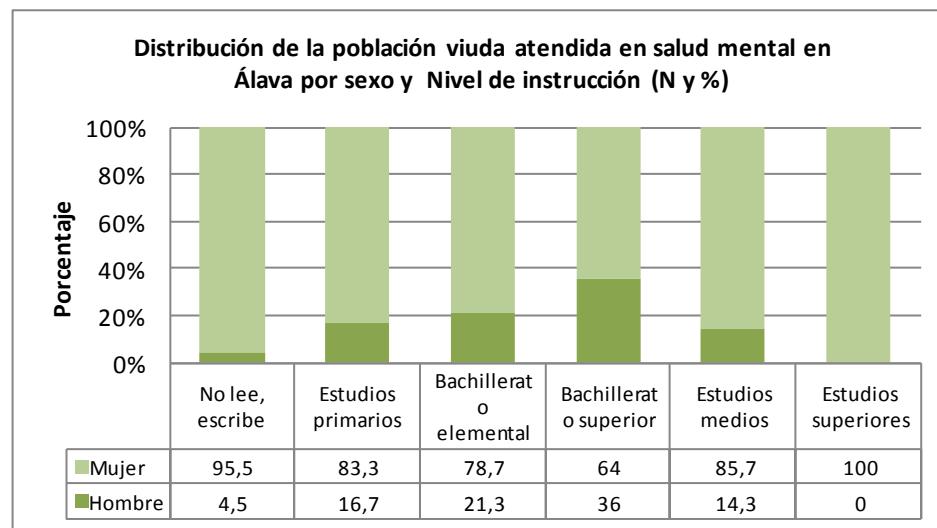
Aquí se produce la sobre representación de la mujer en la distribución por sexos, en tanto que ellas son muchas más que ellos en todas las categorías académicas. Ahora bien, destaca la proporción de mujeres viudas analfabetas, que están representadas en un 94,3%, mientras que los viudos analfabetos son sólo un 5,7%.



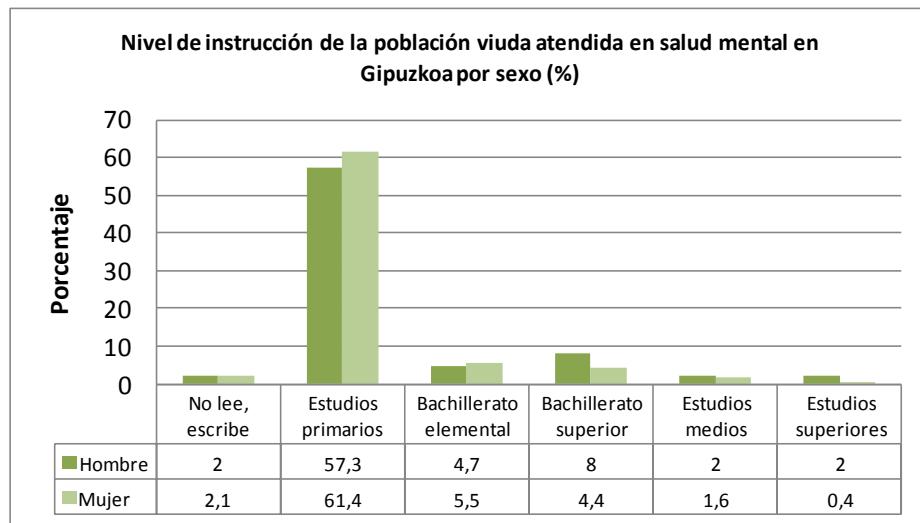
Otra vez más, las proporciones mayores de hombres y mujeres viudas se corresponden a las de personas con estudios primarios, y apenas hay una representación de este estado civil en ningún otro de los niveles académicos. En la comparativa con Bizkaia se observa que en Álava la proporción de viudos y viudas con estudios primarios es mayor que allí, y menor la que pueda aparecer cuando se analizan titulaciones superiores, lo que sugiere que en el territorio alavés hay una mayor proporción de gente viuda con estudios elementales que en Bizkaia.



En Álava también se produce la sobre representación de la mujer en la distribución por sexos, por cuanto que ellas son muchas más que ellos en todas las categorías académicas. Ahora bien, destaca la proporción de mujeres viudas analfabetas (95,5%), pero también la de las mujeres con estudios superiores. Todas las personas viudas con estudios superiores atendidas en Salud Mental de Álava han sido mujeres.

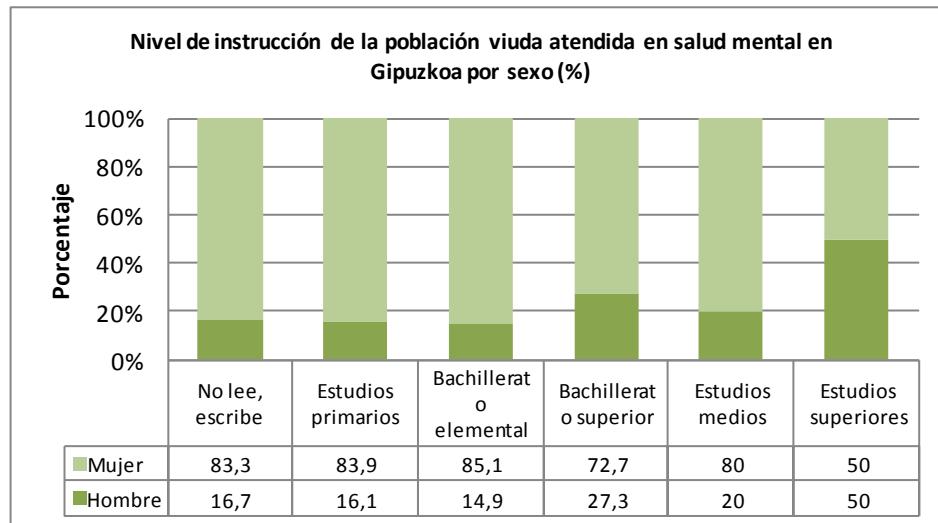


En Gipuzkoa y como conclusión de la realidad académica de las personas viudas, se observa que ésta es similar en los tres territorios. Estas personas, generalmente mayores de 65 años, apenas disponen de una formación académica más allá de la elemental.



En Gipuzkoa, a diferencia de Álava, hay más hombres representados en todas las categorías académicas. No significa que haya más varones que mujeres en ellas, sino que hay más hombres, comparándolo con la representación de viudos de Álava.

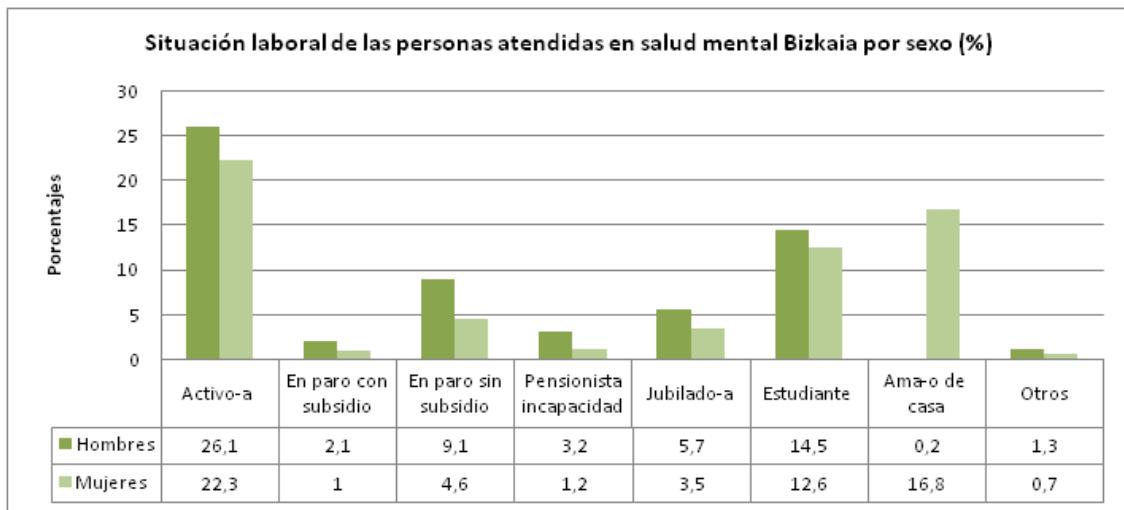
En Gipuzkoa, de todas las personas viudas atendidas con estudios superiores, la mitad ha sido un hombre y otras tantas mujeres.



2.1.8. Situación laboral

En Bizkaia no consta la situación laboral en más de 3 de cada 10 fichas clínicas. Con respecto a la información disponible se puede afirmar que hay más hombres activos (26,1%) que mujeres que están trabajando (22,3%) y que la mayor proporción de las personas que acude a tratamiento, hombres y mujeres están activas desde el punto de vista laboral. Esto significa que el colectivo trabajador es el que acude en mayor medida a demandar atención (24%). Tras él, en el caso de los chicos, los que relaman atención son estudiantes varones (14,5%) y las amas de casa en el caso de las mujeres (16,8%). Siguiendo con los varones, el tercer colectivo usuario del sistema de salud es el de los parados varones que no percibe subsidio (9,1%) y en el caso de las mujeres las estudiantes (12,6%).

Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia por sexo y situación laboral (N y %)						
SITUACIÓN LABORAL	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Activo-a	5769	26,1	5550	22,3	11319	24
En paro con subsidio	485	2,1	261	1	746	1,5
En paro sin subsidio	2031	9,1	1169	4,6	3200	6,8
Pensionista incapacidad	718	3,2	314	1,2	1032	2,1
Jubilado-a	1261	5,7	872	3,5	2133	4,6
Estudiante	3226	14,5	3133	12,6	6359	13,5
Ama-o de casa	43	0,2	4192	16,8	4235	9
Otros	284	1,3	172	0,7	456	0,9
No consta	8389	37,8	9336	37,3	17725	37,6
Total	22206	100	24999	100	47205	100

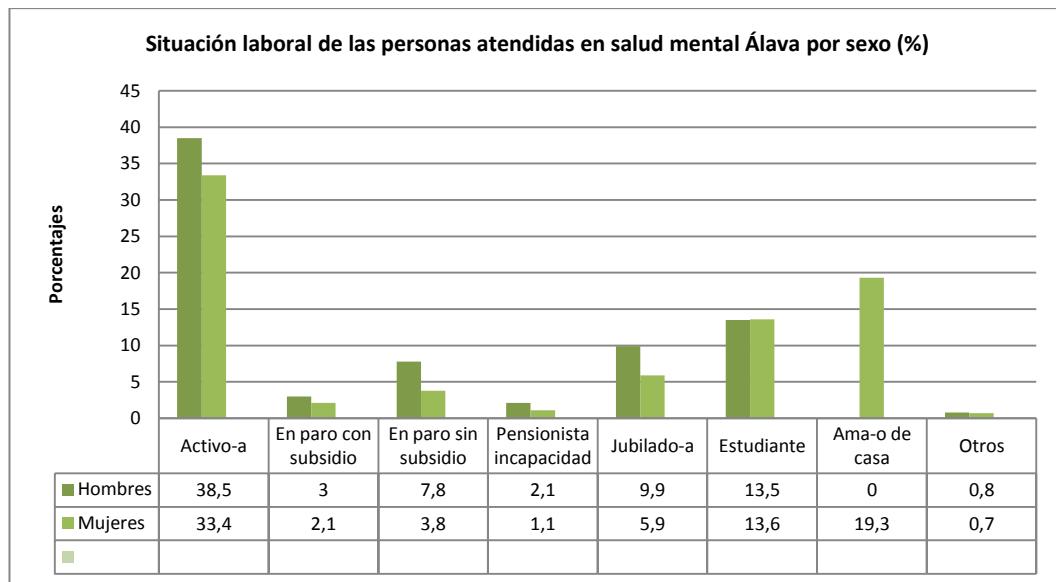


En Álava, al igual que en Bizkaia, el colectivo de usuarios de salud mental más numeroso es el que está trabajando, tanto en el caso de los hombres (38,5%) como en el de las mujeres (33,4%). El porcentaje de hombres y mujeres trabajadoras de Álava es superior al de Bizkaia en más de 10 puntos porcentuales.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo y situación laboral (N y %)

SITUACIÓN LABORAL	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Activo-a	1.755	38,5	1.838	33,4	3.593	35,6
En paro con subsidio	136	3,0	116	2,1	252	2,5
En paro sin subsidio	358	7,8	210	3,8	568	5,6
Pensionista incapacidad	97	2,1	62	1,1	159	1,6
Jubilado-a	453	9,9	328	5,9	781	7,7
Estudiante	618	13,5	748	13,6	1.366	13,5
Ama-o de casa	1	0,0	1.066	19,3	1.067	10,6
Otros	37	0,8	39	0,7	76	0,8
No consta	1.118	24,4	1.108	20,1	2.226	22,1
Total	4.573	100,0	54,7	100,0	10.088	100,0

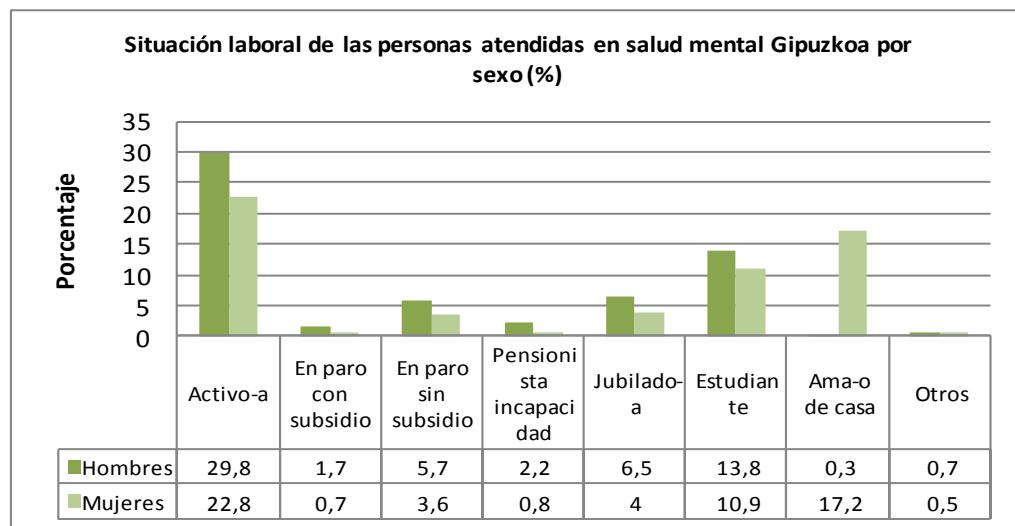
En territorio alavés también se repite el orden o volumen porcentual de Bizkaia, por cuanto que el segundo grupo usuario de la red entre los varones es el de los estudiantes (13,5%) y entre las mujeres el de amas de casa (19,3%). En tercer lugar figuran los parados varones sin subsidio (7,8%) y en el caso de las féminas las estudiantes (13,6%).



En Gipuzkoa ocurre otro tanto de lo mismo, el primer colectivo al que se atiende es el de las personas trabajadoras de ambos性, con porcentajes de personas activas menores que los de Álava y más similares a los de Bizkaia. Entre los varones gipuzkoanos hay más trabajadores (29,8%) que en Bizkaia, pero entre las mujeres del territorio hay tantas activas (22,8%) como en Bizkaia (22,3%).

Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo y situación laboral (N y %)						
SITUACIÓN LABORAL	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Activo-a	2.898	29,8	2.607	22,8	5.505	26
En paro con subsidio	168	1,7	79	0,7	247	1,2
En paro sin subsidio	555	5,7	409	3,6	964	4,6
Pensionista incapacidad	213	2,2	88	0,8	301	1,4
Jubilado-a	630	6,5	451	4,0	1.081	5,1
Estudiante	1.340	13,8	1.242	10,9	2.582	12,2
Ama-o de casa	31	0,3	1.963	17,2	1.994	9,4
Otros	67	0,7	60	0,5	127	0,6
No consta	3.834	39,3	4.514	39,5	8.348	39,5
Total	9.736	100	11.413	100	21.149	100

Aquí también se repite el orden o volumen porcentual de Bizkaia y Álava, ya que el segundo grupo usuario de la red entre los varones es el de los estudiantes (13,8%), mientras que entre las mujeres el de amas de casa (17,2%). En tercer lugar figuran los parados varones sin subsidio (5,7%) y en el caso de las féminas las estudiantes (10,9%).



2.1.9. Ocupación laboral

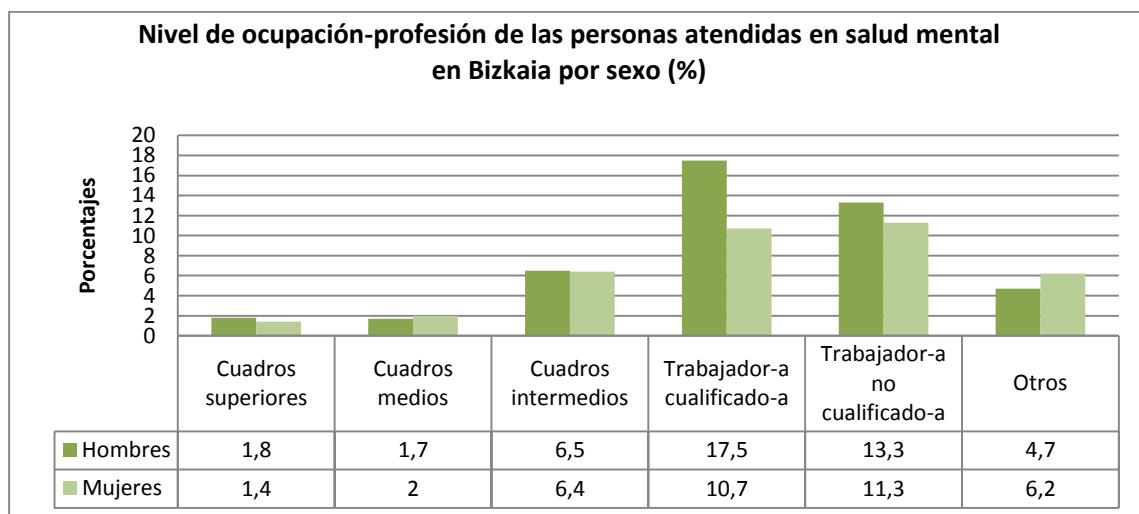
Con relación a la ocupación o desempeño laboral de todas las personas vascas atendidas en Salud mental se observa que las historias clínicas de la gran mayoría carece también de este dato, de hecho este extremo no se ha recogido en el 58% de los casos. Teniendo esto en cuenta, el siguiente porcentaje más alto es el que representa a las personas con trabajo cualificado (14,2%), seguido de quienes no obtienen ninguna cualificación laboral (11,5%). En tercer lugar figuran las trabajadoras y trabajadores de cuadros intermedios (6,5%). Son pocas personas las que se ocupan laboralmente en cuadros medios o superiores (3,2%).

Ocupación laboral	BIZKAIA		ALAVA		GIPUZKOA		TOTAL
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Cuadros superiores	405	351	66	84	137	95	1.138
Cuadros medios	380	510	73	122	160	183	1.428
Cuadros intermedios	1.456	1.597	276	443	624	736	5.132
Trabajador cualificado	3.882	2.671	792	909	1.773	1.161	11.188
Trabajador no cualificado	2.959	2.812	807	865	807	780	9.030
Otros	1051	1.563	149	316	812	1.110	5.001
No consta	12.069	15.492	2.410	2.906	5.423	7.348	45.648
Total	22.206	24.999	4.777	5.645	9.736	11.413	78.776

Veamos aquí también si esta realidad se refleja por igual en cada territorio.

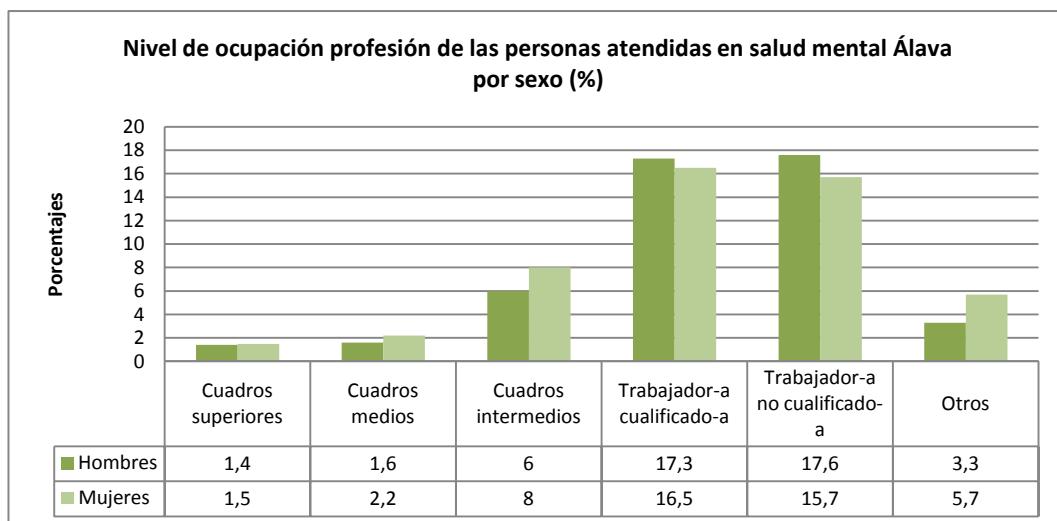
Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia por sexo y nivel de ocupación profesional (N y %)						
NIVEL DE OCUPACIÓN PROFESIONAL	SEXO					
	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cuadros superiores	405	1,8	351	1,4	756	1,6
Cuadros medios	380	1,7	510	2	890	1,8
Cuadros intermedios	1.456	6,5	1.597	6,4	3.053	6,4
Trabajador-a cualificado-a	3.882	17,5	2.671	10,7	6.553	13,9
Trabajador-a no cualificado-a	2.959	13,3	2.812	11,3	5.771	12,3
Otros	1.051	4,7	1.563	6,2	2.614	5,6
No consta	1.2069	54,5	15.488	62	27.557	58,4
Total	22.206	100	24.999	100	47.205	100

Pero lo cierto es que la realidad del conjunto vasco sólo tiene su réplica en los hombres de Bizkaia, no entre las mujeres. Los pacientes varones atendidos en la red de Bizkaia son principalmente trabajadores cualificados (17,5%), luego no cualificados (13,3%) y posteriormente trabajadores de cuadros intermedios (6,5%). Las mujeres atendidas son en su mayoría porcentual más alta trabajadoras sin cualificación (11,3%), luego cualificadas (10,7%) y en tercer lugar trabajadoras con ocupaciones en cuadros intermedios.



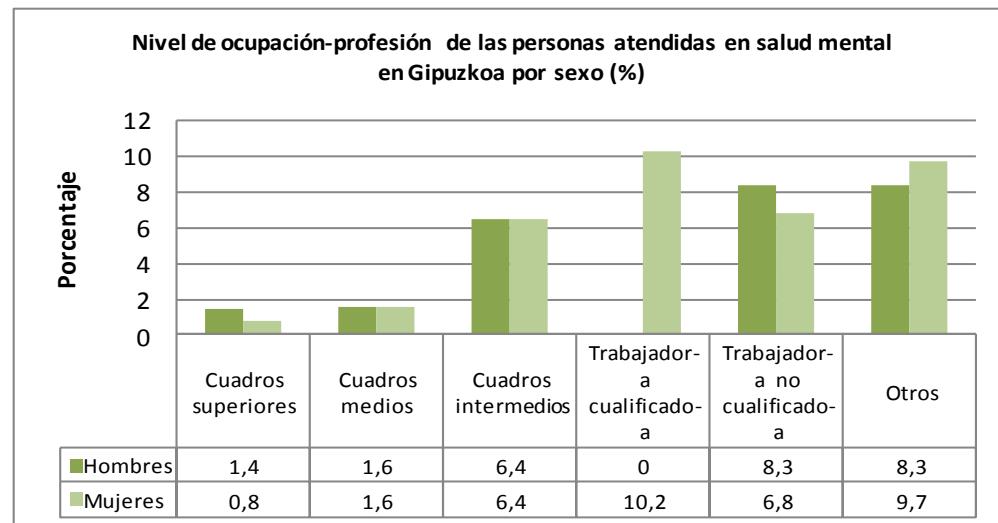
En Álava la situación es contraria que la de las mujeres y hombres de Bizkaia ya que se invierten los porcentajes de los dos primeros puesto, de los colectivos prioritarios que acuden solicitando ayuda. Los usuarios varones de los servicios de salud mental de Álava son en primer lugar trabajadores no cualificados (17,6%), seguidos en similares proporciones por los hombres activos con cualificación (17,3%). En el caso de las mujeres, que en Bizkaia eran principalmente trabajadoras no cualificadas, pasan en Álava a ser cualificadas en primer lugar y en cuanto a la mayor proporción de pacientes de salud mental (16,5%). Quedan en segundo lugar las demandantes que carecen de cualificación laboral (15,7%). El tercer puesto en ambos sexos es el de usuarios y usuarias de la red que ocupan cuadros intermedios desde el punto de vista ocupacional.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo y nivel de ocupación profesional (N y %)						
NIVEL DE OCUPACIÓN PROFESIONAL	SEXO					
	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cuadros superiores	66	1,4	84	1,5	150	1,5
Cuadros medios	73	1,6	122	2,2	195	1,9
Cuadros intermedios	276	6,0	443	8,0	719	7,1
Trabajador-a cualificado-a	792	17,3	909	16,5	1.701	16,9
Trabajador-a no cualificado-a	807	17,6	865	15,7	1.672	16,6
Otros	149	3,3	316	5,7	465	4,6
No consta	2.410	52,8	2.776	50,4	5.186	51,4
Total	4.573	100,0	5.515	100,0	10.088	100,0



En Gipuzkoa, la mayor proporción de personas solicitantes, hombres y mujeres, son trabajadoras y trabajadores cualificados, donde hay una mayor proporción de varones (18,2%) que de mujeres (10,2%), posteriormente aparecen los hombres y mujeres con trabajos no cualificados y los y las que ocupan puestos o cuadros intermedios.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo y nivel de ocupación profesional (N y %)						
NIVEL DE OCUPACIÓN PROFESIONAL	SEXO					
	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cuadros superiores	139	1,4	96	0,8	235	1,1
Cuadros medios	160	1,6	183	1,6	343	1,6
Cuadros intermedios	624	6,4	736	6,4	1.360	6,4
Trabajador-a cualificado-a	1.773	18,2	1.161	10,2	2.934	13,9
Trabajador-a no cualificado-a	807	8,3	780	6,8	1.587	7,5
Otros	812	8,3	1.110	9,7	1.922	9,1
No consta	5.421	55,8	7.347	64,5	12.768	60,4
Total	9.736	100	11.413	100	21.149	100



2.1.10. Ocupación laboral y estado civil

En Bizkaia, los varones solteros sobre los que disponemos de información respecto a la variable laboral son en mayor proporción trabajadores cualificados (18,9%) o trabajadores no cualificados en menores pero similares proporciones (17,3%). Sigue lo mismo entre todos los varones, independientemente de su estado civil, que son más los cualificados que los que no lo están, aunque ciertamente, la proporción o volumen de trabajadores varones cualificados en Bizkaia es mayor entre casados y divorciados que entre solteros y viudos.

Con las mujeres sucede lo contrario, y es que hay más mujeres con trabajos no cualificados entre las mujeres casadas (15,5%), separadas (16,9%) y viudas (12,4%) que féminas con ese mismo estado civil que declaran poseer cualificación laboral (15,5, 16,9 y 7,7% respectivamente). En el caso de las mujeres solteras ocurre al revés: existe una mayor proporción de féminas con trabajos cualificados (14,3%) que sin cualificación (13,4%).

En definitiva, los varones de Bizkaia tratados en la red ocupan en mayor medida que las mujeres puestos de trabajo cualificados que las mujeres de este territorio, que trabajan sin cualificación laboral. La excepción se produce en el caso de las mujeres solteras, la mayor proporción de las cuales ocupan puestos cualificados, igual que los varones solteros pero en inferiores proporciones.

OCUPACIÓN	HOMBRES ESTADO CIVIL											
	Soltero		Casado		Divorciado Separado		Viudo		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cuadros superiores	207	2,2	167	3	25	2,5	4	1,3	2	0	405	1,9
Cuadros medios	220	2,4	135	2,5	21	2,2	4	1,3	0	0	380	1,7
Cuadros intermedios	764	8,2	586	10,5	84	8,2	11	3,7	11	0,2	1456	6,5
Trabajador cualificado	1755	18,9	1708	30,8	342	33,5	60	19,6	17	0,2	3882	17,5
Trabajador no cualificado	1609	17,3	1035	18,7	251	24,6	49	16,1	15	0,3	2959	13,3
Otros	711	7,6	210	3,8	36	3,5	19	6,2	79	1,4	1051	4,7
No consta	4018	43,4	1693	30,7	259	25,5	158	51,8	5940	97,9	12069	54,4
Total	9284	100	5534	100	1018	100	305	100	6065	100	22206	100

OCUPACIÓN	MUJERES ESTADO CIVIL											
	Soltera		Casada		Divorciada Separada		Viuda		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cuadros superiores	184	2,4	136	1,9	22	1,8	7	0,5	2	0	351	1,5
Cuadros medios	277	3,5	185	2,4	28	1,9	17	1	3	0	510	2,1
Cuadros intermedios	748	9,6	653	8,4	130	10,4	51	3	15	0,2	1597	6,4
Trabajadora cualificada	1117	14,3	1204	15,5	212	16,9	129	7,7	9	0,1	2671	10,6
Trabajadora no cualificada	1049	13,4	1271	16,4	278	22,2	208	12,4	6	0,1	2812	11,2
Otros	661	8,5	609	7,8	84	6,7	194	11,7	15	0,2	1563	6,2
No consta	3744	48,3	3662	47,6	505	40,1	1063	63,7	6516	99,4	15492	62
Total	7780	100	7723	100	1259	100	1669	100	6566	100	24999	100

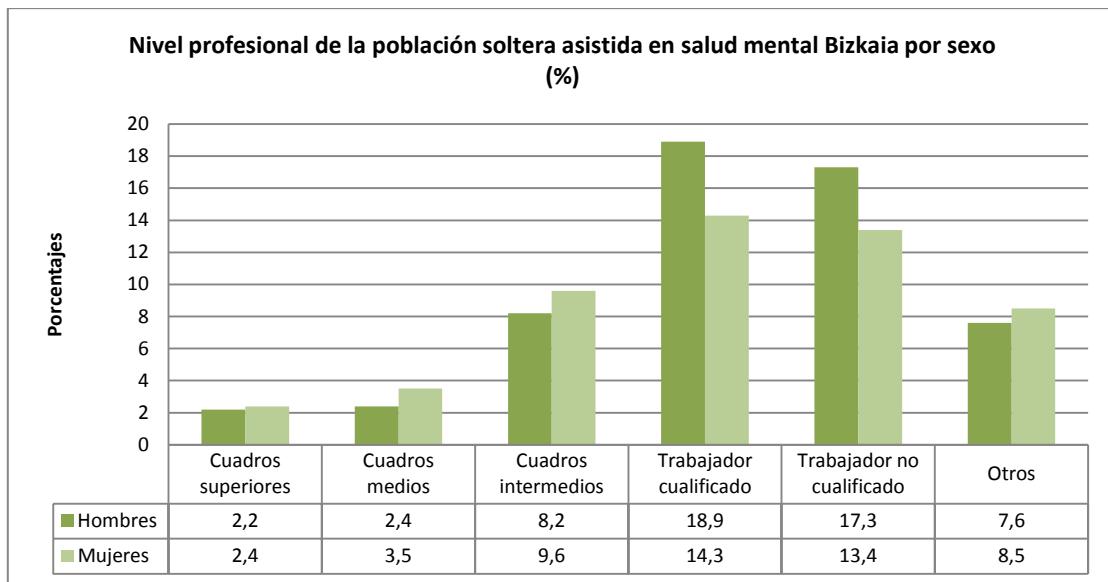
Los varones solteros de Álava, a diferencia de los de Bizkaia, ocupan en mayor medida puestos no cualificados (20,9%) que cualificados (15,4%). También son más los hombres divorciados o viudos que no desarrollan tareas con cualificación. Sólo entre los casados hay más varones con puestos cualificados (28,9%).

En el caso de las mujeres se comprueba que tienen cualificación, en mayor medida, solteras (14,9%) y casadas (23,7%) y son más las mujeres separadas y viudas las que se describen sin ocupaciones laborales cualificadas

OCUPACIÓN	Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo, estado civil y ocupación profesional (N y %)											
	HOMBRES ESTADO CIVIL											
	Soltero		Casado		Divorciado Separado		Viudo		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cuadros superiores	21	1,1	41	2,7	4	1,8	0	0,0	0	0,0	66	1,4
Cuadros medios	23	1,2	43	2,9	5	2,3	2	2,2	0	0,0	73	1,6
Cuadros intermedios	87	4,7	163	10,8	19	8,6	7	7,9	0	0,0	276	6,0
Trabajador cualificado	286	15,4	435	28,9	54	24,3	17	19,1	0	0,0	792	17,3
Trabajador no cualificado	388	20,9	314	20,9	81	36,4	22	24,7	2	0,2	807	17,6
Otros	74	4,0	59	3,9	12	5,4	4	4,5	0	0,0	149	3,3
No consta	976	52,7	488	29,9	47	21,2	37	41,6	1066	99,8	2.614	52,8
Total	1855	100,0	1503	100,0	222	100,0	89	100,0	1.068	100,0	4.777	100,0
OCUPACIÓN	MUJERES ESTADO CIVIL											
	Soltera		Casada		Divorciada Separada		Viuda		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cuadros superiores	31	1,8	44	2,1	3	0,9	6	1,5	0	0,0	84	1,5
Cuadros medios	47	2,7	60	2,8	7	2,2	8	1,9	0	0,0	122	2,2
Cuadros intermedios	163	9,3	231	10,9	29	9,1	20	4,8	0	0,0	443	8,0
Trabajadora cualificada	262	14,9	506	23,7	70	22,0	71	17,2	0	0,0	909	16,5
Trabajadora no cualificada	256	14,5	453	21,3	81	25,5	75	18,2	0	0,0	865	15,7
Otros	85	4,8	150	7,1	24	7,5	57	13,8	0	0,0	316	5,7
No consta	916	52,0	682	32,1	104	32,8	176	42,6	1028	100,0	2.906	50,4
Total	11760	100,0	2126	100,0	318	100,0	413	100,0	1.028	100,0	5645	100,0

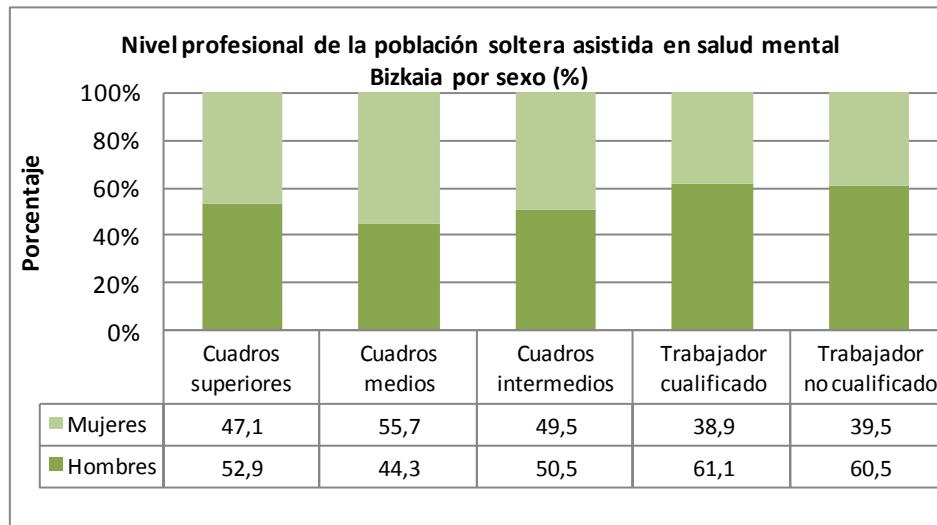
Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo, estado civil y ocupación profesional (N y %)												
HOMBRES												
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL											
	Soltero		Casado		Divorciado Separado		Viudo		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cuadros superiores	93	2,4	38	1,7	4	1,2	2	1,3	0	0	137	1,4
Cuadros medios	81	2,1	64	2,9	9	2,7	6	4	0	0	160	1,6
Cuadros intermedios	310	7,9	265	11,9	38	11,4	7	4,7	4	0,1	624	6,4
Trabajador cualificado	975	24,7	677	30,4	88	26,4	28	18,7	5	0,2	1773	18,2
Trabajador no cualificado	501	12,7	250	11,2	38	11,4	15	10	3	0,1	807	8,3
Otros	520	13,2	243	10,9	28	8,4	10	6,7	11	0,4	812	8,3
No consta	1465	37,1	692	31	128	38,4	82	54,7	3056	99,3	5423	55,7
Total	3945	100	2229	100	333	100	150	100	3079	100	9736	100
MUJERES												
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL											
	Soltera		Casada		Divorciada Separada		Viuda		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cuadros superiores	52	1,6	35	1,1	5	0,9	2	0,3	1	0	95	0,8
Cuadros medios	76	2,4	84	2,6	15	2,6	5	0,7	3	0,1	183	1,6
Cuadros intermedios	342	10,6	292	8,9	68	11,7	24	3,3	10	0,3	736	6,4
Trabajadora cualificada	568	17,6	467	14,2	89	15,3	34	4,7	3	0,1	1161	10,2
Trabajadora no cualificada	325	10,1	311	9,4	87	15,0	54	7,4	3	0,1	780	6,8
Otros	398	12,3	498	15,4	82	14,1	118	16,2	14	0,4	1110	9,7
No consta	1467	45,4	1606	48,7	235	40,4	493	67,5	3547	99,1	7348	64,4
Total	3228	100	3293	100	581	100	730	100	3581	100	11413	100

En Gipuzkoa, tanto hombres como mujeres obtienen las mayores proporciones en cualificación laboral, es decir, son mayoritariamente hombres y mujeres con ocupaciones cualificadas desde el punto de vista laboral. La excepción es el caso de las mujeres viudas, entre las que hay más féminas trabajando sin cualificación (7,4%).

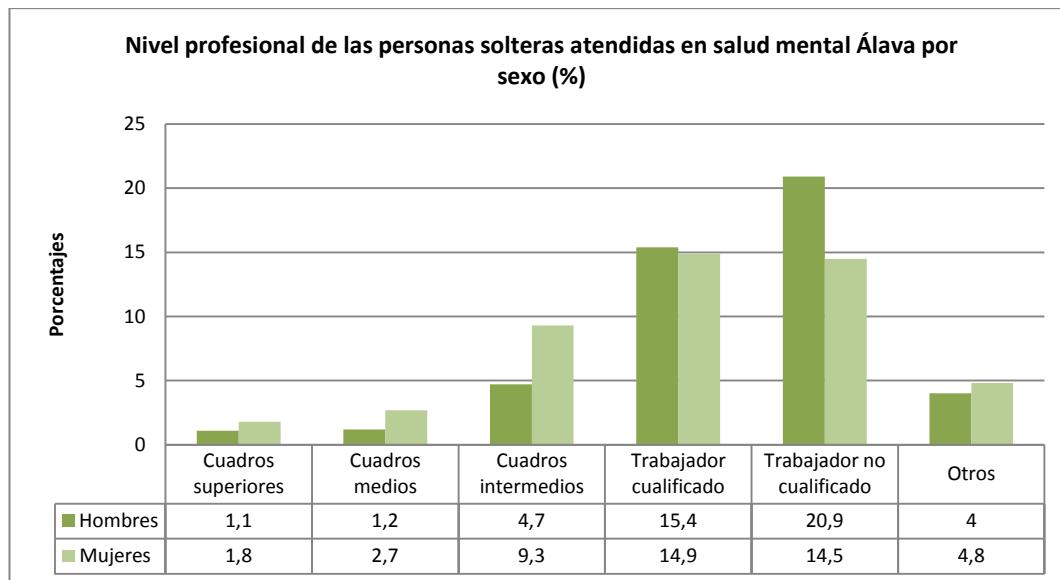


Las personas solteras de la muestra, en ambos sexos, son principalmente trabajadores-as cualificados. Seguidas figuran las personas de ambos sexos sin cualificación laboral, muy cerca proporcionalmente de las primeras. Las mujeres figuran en menores proporciones distribuidas en otras ocupaciones.

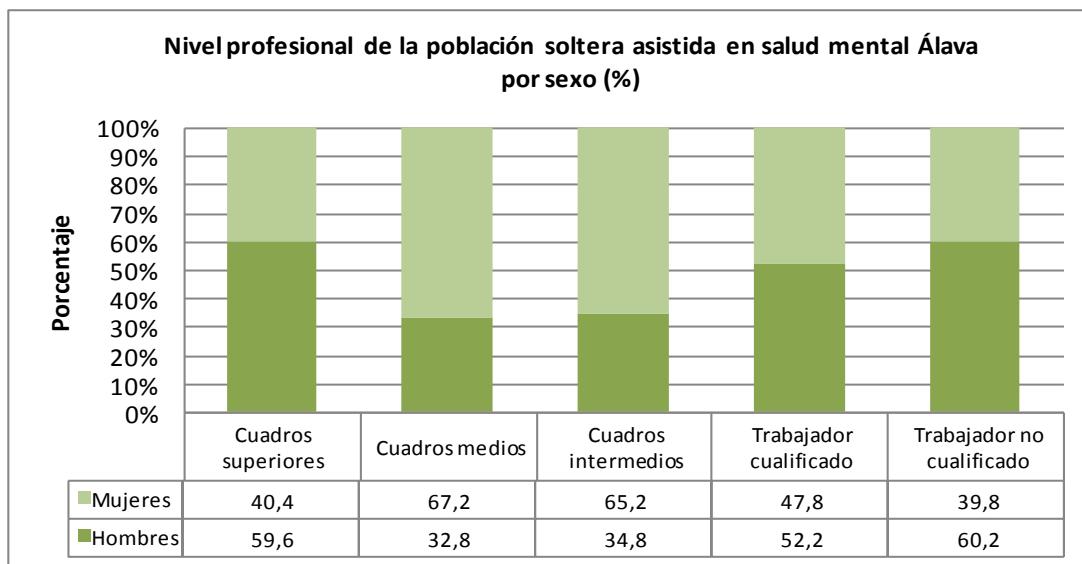
En la distribución por sexos, las mujeres están más representadas en los cuadros laborales medios, pero son menos en el resto de las clasificaciones. Las proporciones entre hombres y mujeres están más equilibradas en los cuadros medios, intermedios y superiores, pero ellos son más, una proporción de 6 a cuatro a favor de los varones en las profesiones cualificadas y no cualificadas.



A diferencia de lo que sucedía en Bizkaia, la mayoría de los hombres tratados en Salud Mental de Álava se agrupan en torno al trabajo no cualificado. Ellas, sin embargo, están prácticamente igual representadas en torno a la cualificación (14,9%) y la no cualificación (14,5%).

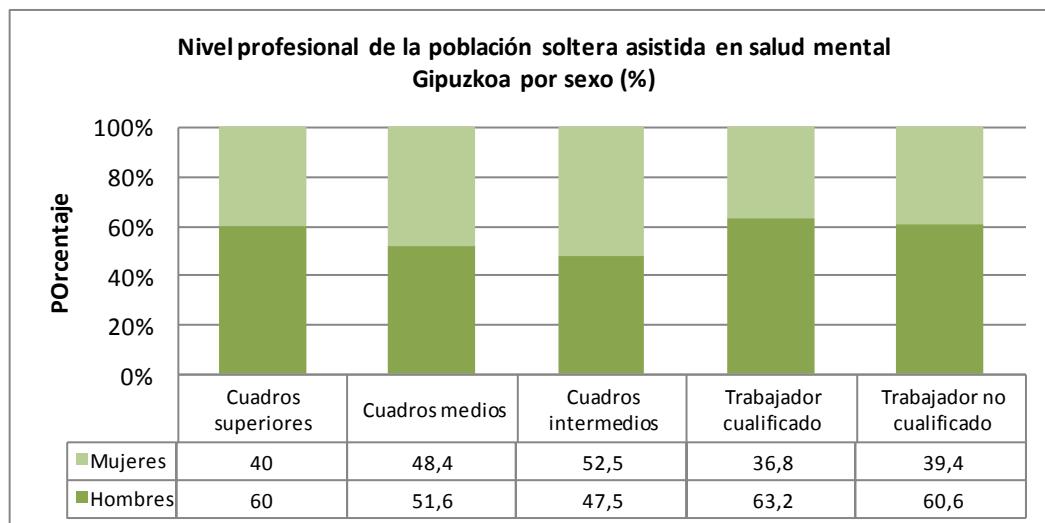
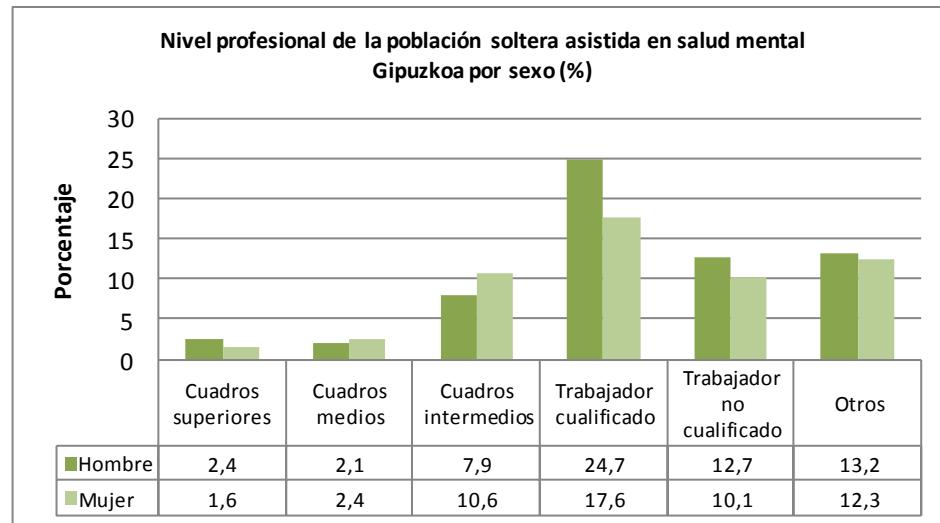


En la representación por sexos, las mujeres son más que los hombres cuando se analiza el desarrollo laboral en los cuadros medios e intermedios, pero son sólo 4 mujeres por cada 6 varones en los cuadros superiores y en el desarrollo de los trabajos no cualificados. La proporción es más ecuánime cuando se analiza la situación de hombres y mujeres en el desempeño de trabajos cualificados.

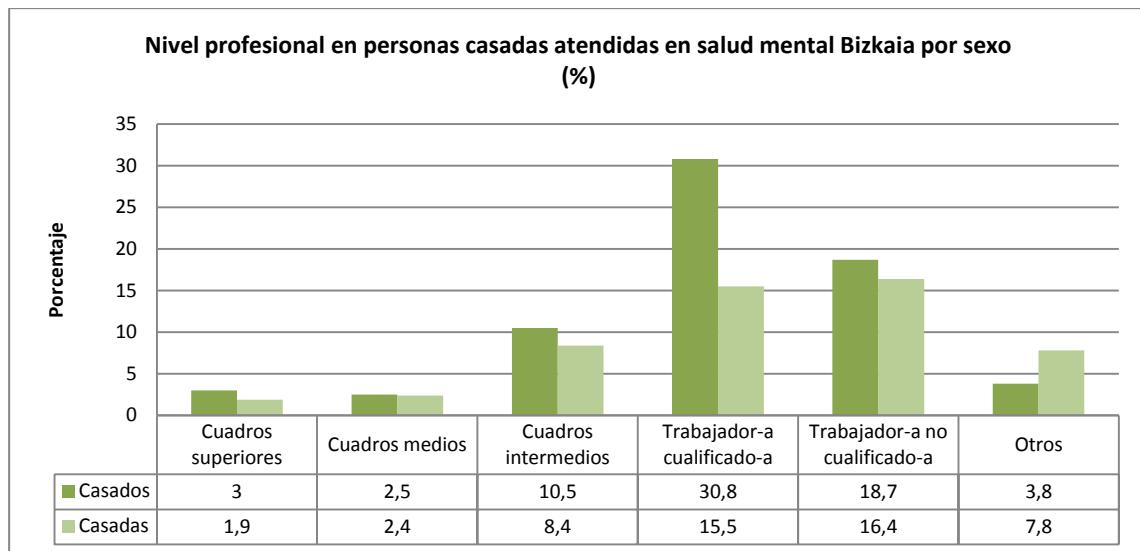


Los varones y mujeres solteras de Gipuzkoa son eminentemente trabajadores (24,7%) y trabajadoras (17,6%) cualificadas. En menor proporción aparecen los trabajadores varones no cualificados (12,7%) como segundo mayor porcentaje masculino.

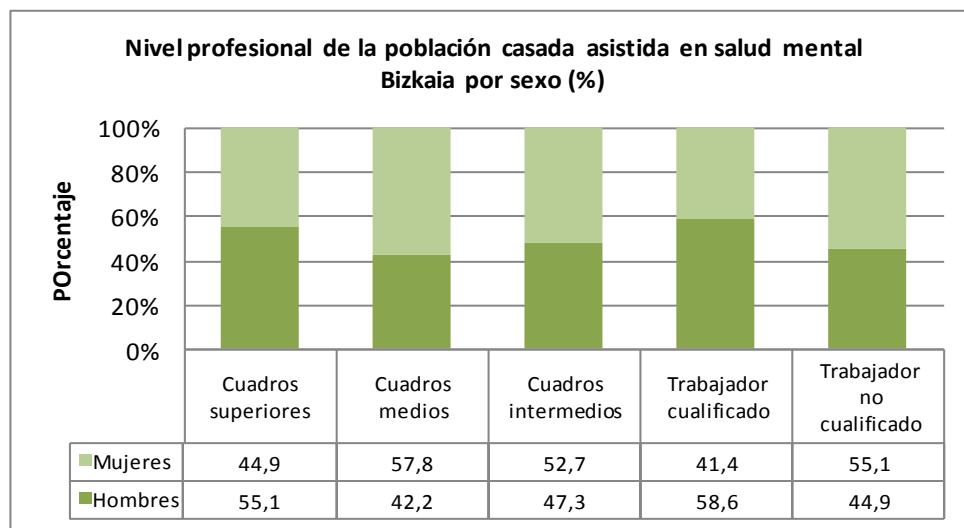
En el caso de las mujeres solteras, éstas son en primer lugar trabajadoras cualificadas (17,6%) y en segundo lugar ocupan cuadros intermedios (10,6%), antes que trabajos no cualificados (10,1%).



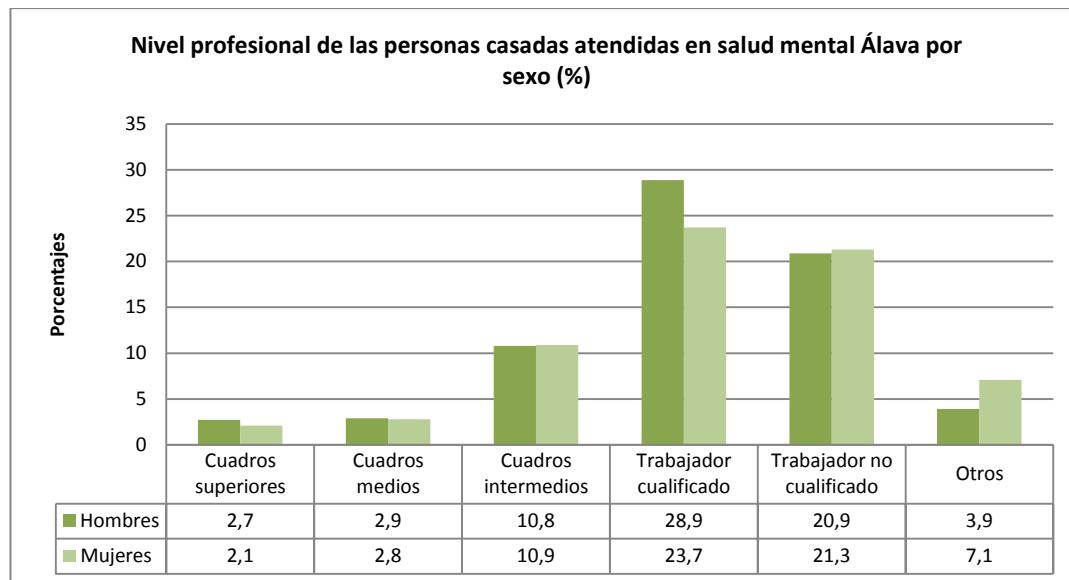
En contra de lo que sucedía en Bizkaia y Álava, hay más hombres solteros (2,4%) que mujeres solteras (1,6%) ocupando los cuadros laborales superiores, pero más mujeres que varones en los cuadros medios e intermedios.



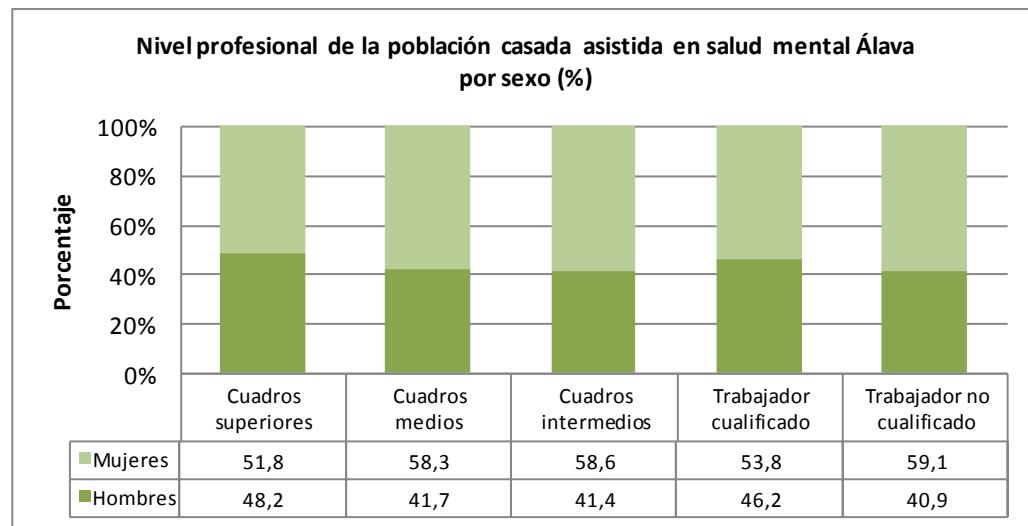
Los hombres casados están más representados en todas las categorías laborales por encima de las mujeres. Son mayoritariamente trabajadores cualificados (30,8%). Entre las casadas son más las que obtienen una categoría laboral no cualificada (16,4%).



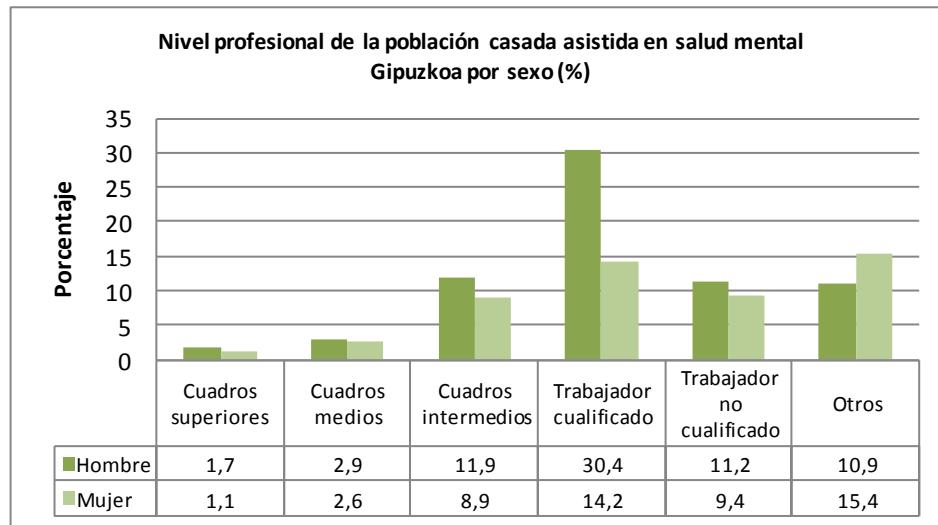
Entre las personas casadas, la proporción más parecida entre hombres y mujeres, por sexos, se produce en los cuadros medios.



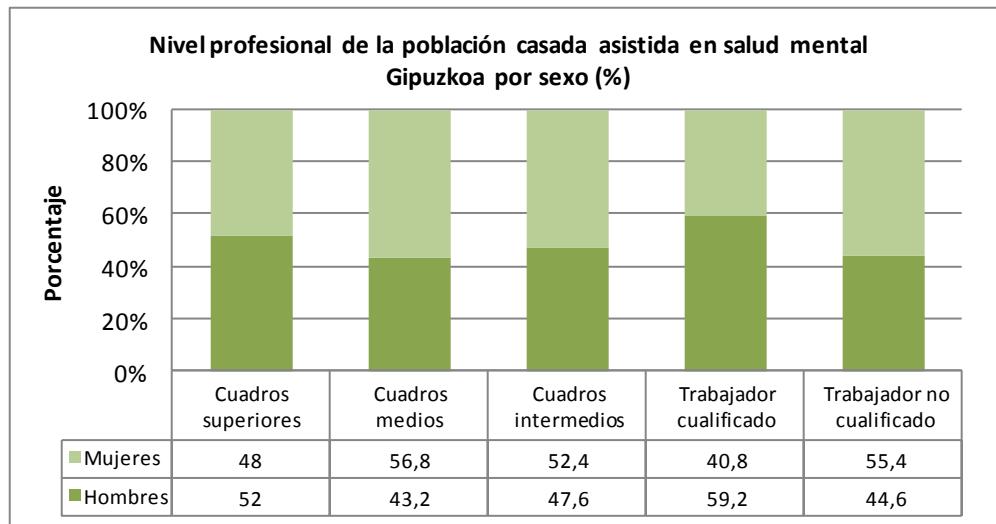
En Álava la mayoría de hombres y mujeres casadas tiene trabajos cualificados. Tras ese nivel, el gráfico muestra que se concentran en torno a profesiones no cualificadas con unos porcentajes similares de hombres y mujeres en esta categoría, tal y como sucede al analizar los cuadros intermedios y medios, en los que los porcentajes muestran diferencias imperceptibles entre ambos sexos.



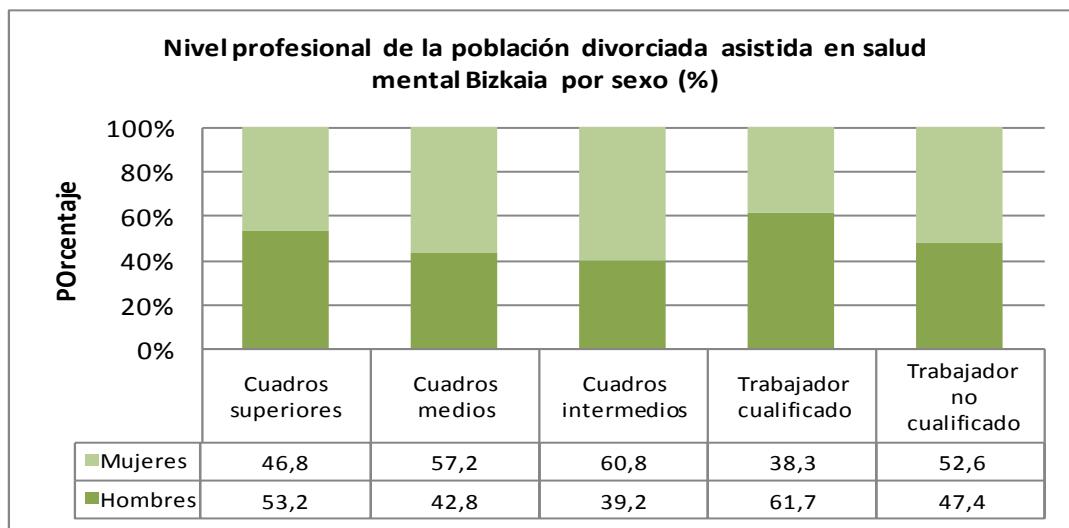
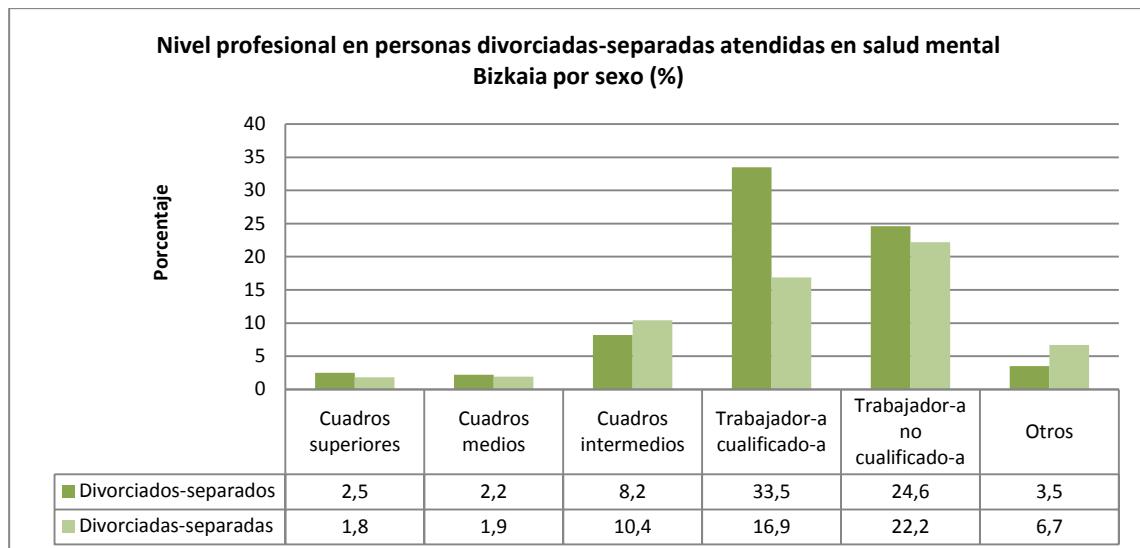
En Gipuzkoa, la población casada, sobre todo la población casada masculina (30,4%), está cualificada desde el punto de vista laboral. Las mujeres también lo están pero en menor proporción (14,2%). Ellas están más proporcionalmente distribuidas entre la no cualificación (9,4%) y los cuadros intermedios (8,9%).



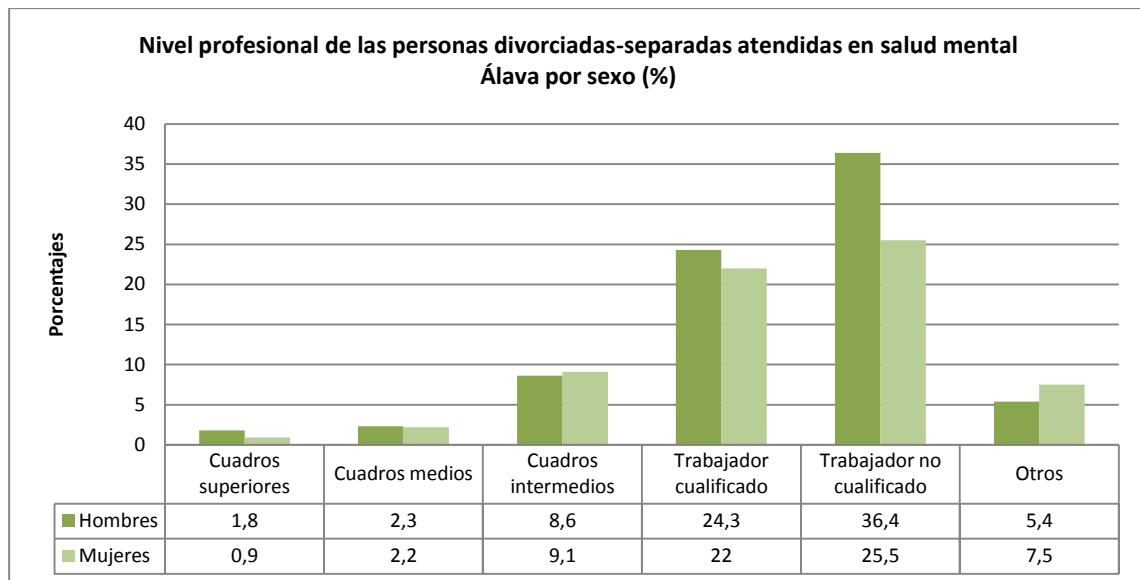
En cuanto a la proporción entre hombres y mujeres, los varones están más representados en todos los niveles ocupacionales salvo en la categoría “otros”, que no nos permite deducir de qué se trata.



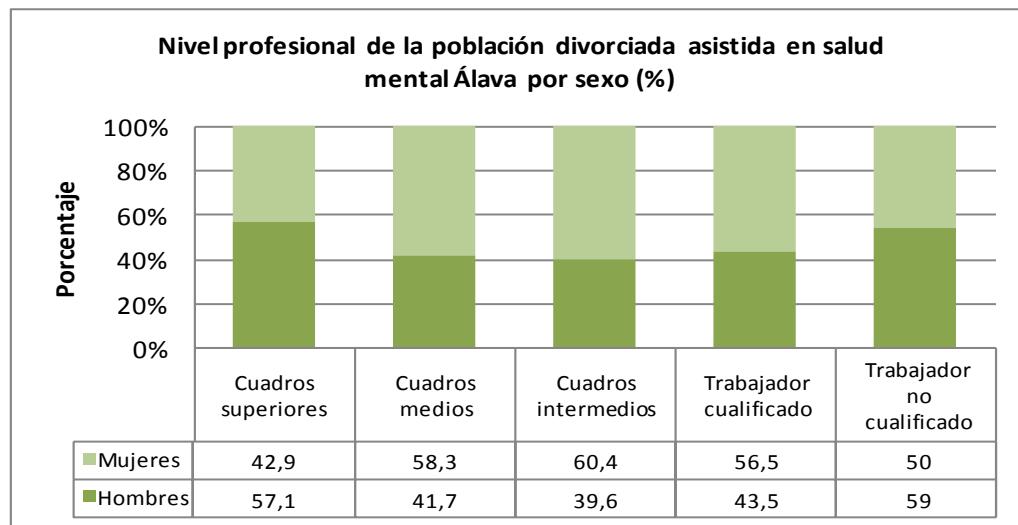
Las personas divorciadas o separadas de Bizkaia son en su mayoría trabajadores varones cualificados (33,5%) y mujeres con trabajos no cualificados (22,2%). Las mujeres están menos representadas que los hombres en todas las categorías laborales excepto en los cuadros intermedios. Ahí ellas suponen un 10,4% y ellos un 8,2%.



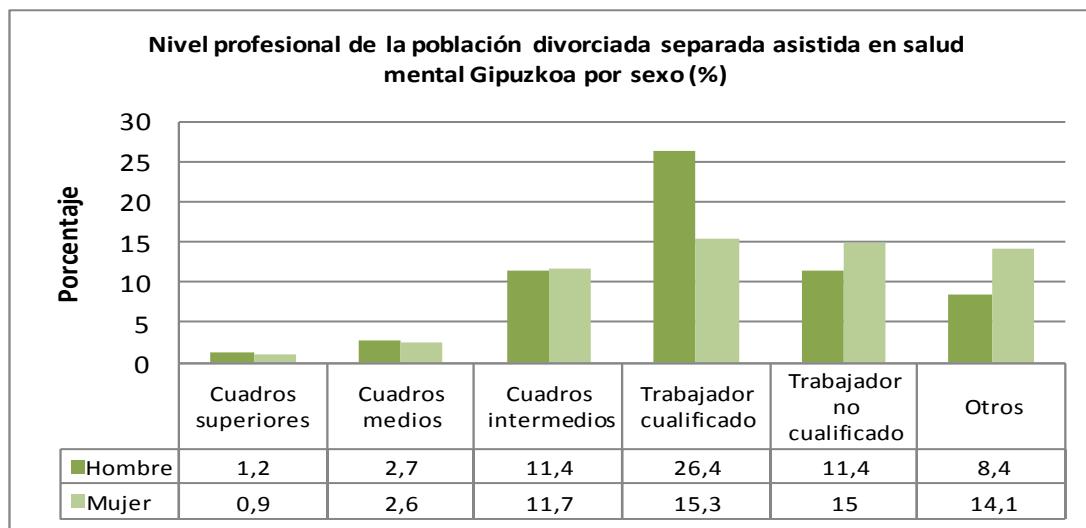
La representación más pareja por sexos se produce entre trabajadores/as no cualificados. Ellos sólo destacan en 2,4 puntos porcentuales por encima de ellas. De cada 10 personas atendidas con trabajos cualificados, ellos son más de 6, por encima de las casi cuatro mujeres (38,3%). En los cuadros medios, intermedios y superiores, las mujeres destacan por encima de los varones.



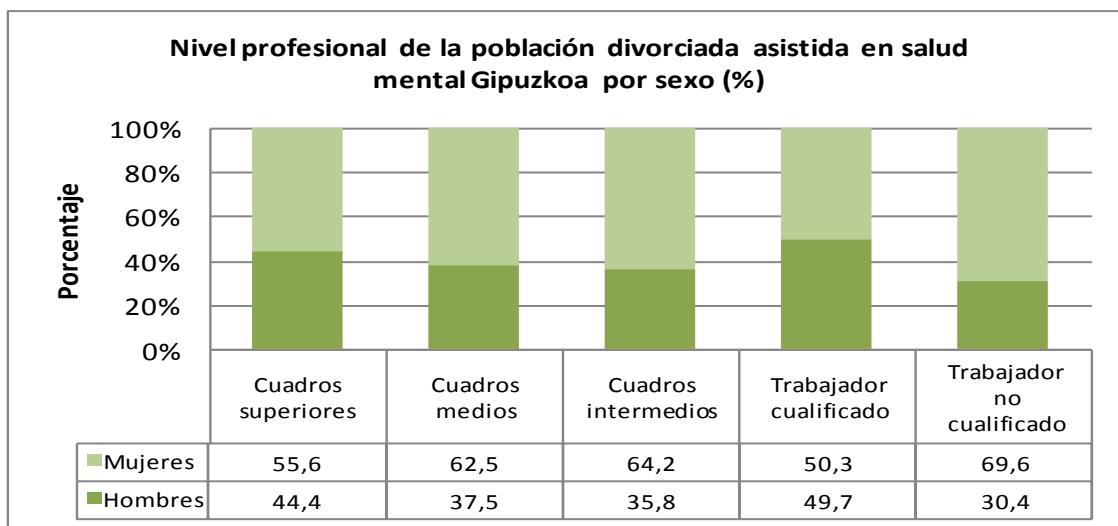
En Álava, el perfil mayoritario corresponde al de un varón con una ocupación no cualificada (36,4%), por encima de los hombres que ocupan puestos de cualificación (24,3%). Las mujeres divorciadas de Álava se distribuyen mayoritariamente entre los puestos no cualificados (25,5%) y los cualificados en menor medida (22%).



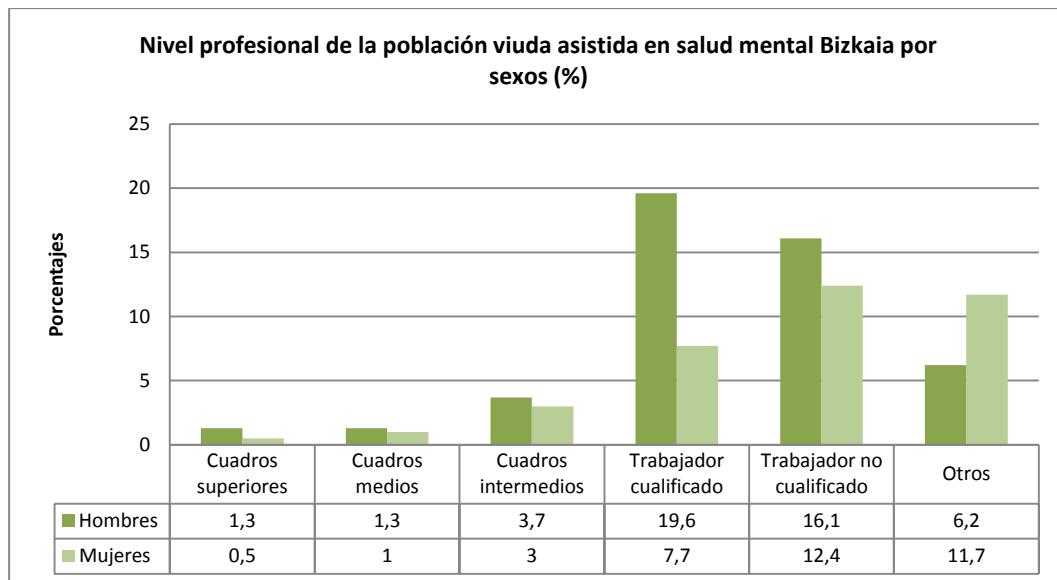
La proporción de mujeres-hombres juega a favor de éstos en los cuadros superiores y entre los trabajadores no cualificados y las proporciones se equilibrarán en mayor medida cuando se trata de trabajos cualificados, cuadros medios e intermedios.



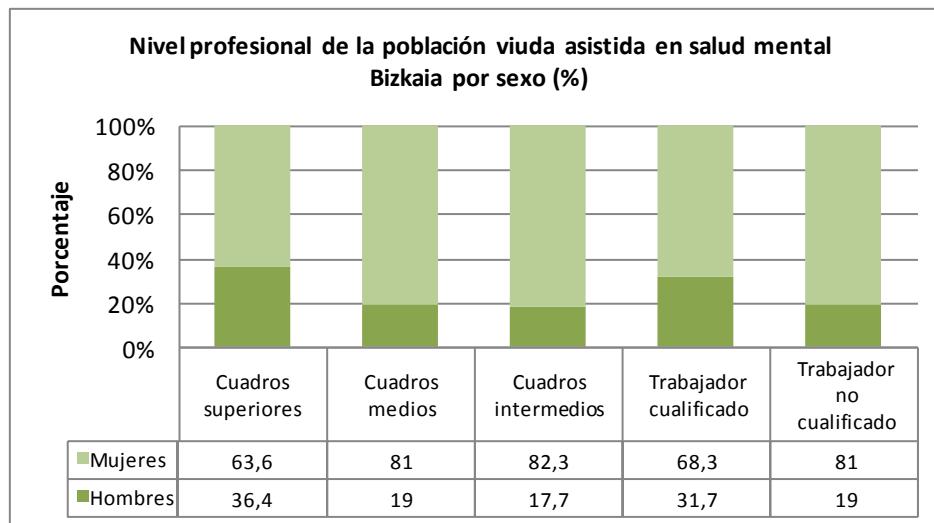
En Gipuzkoa también son en mayor medida varones con trabajos cualificados los atendidos en Salud Mental (26,4%). Los hombres divorciados de Gipuzkoa con un trabajo cualificado son proporcionalmente más que en Álava (24,3%), pero bastante menos que en Bizkaia (33,5%). Ellas y ellos son más personal de cuadros intermedios que los hombres y mujeres de Álava y Gipuzkoa.



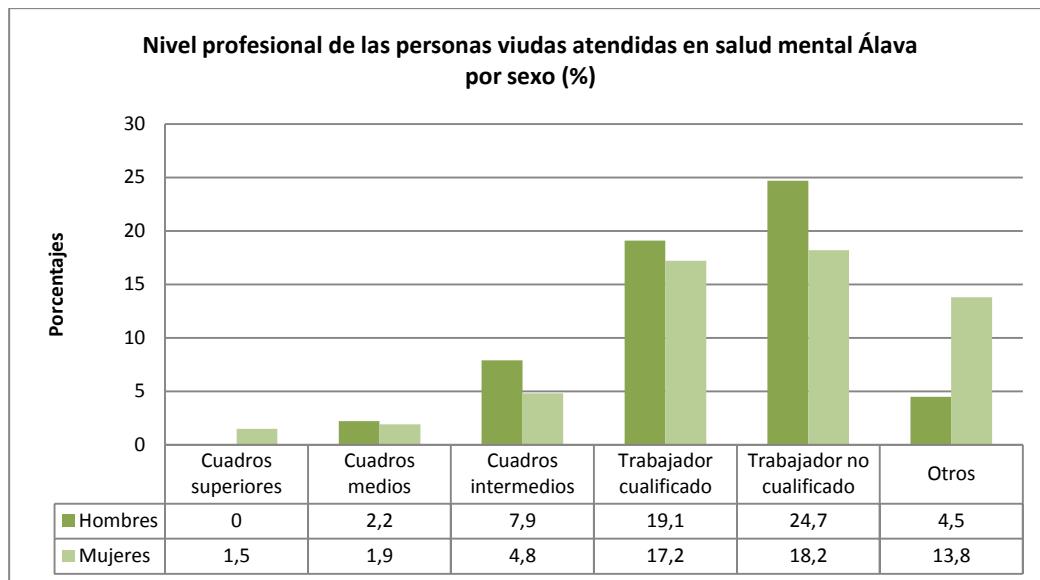
Ellas están más representadas que los hombres en los trabajos no cualificados, pero en proporciones similares cuando se analizan los no cualificados. Las mujeres vuelven a cobrar protagonismo en los cuadros intermedios y medios y desciende la proporción, aunque siguen siendo más en el desarrollo del desempeño en cuadros superiores.



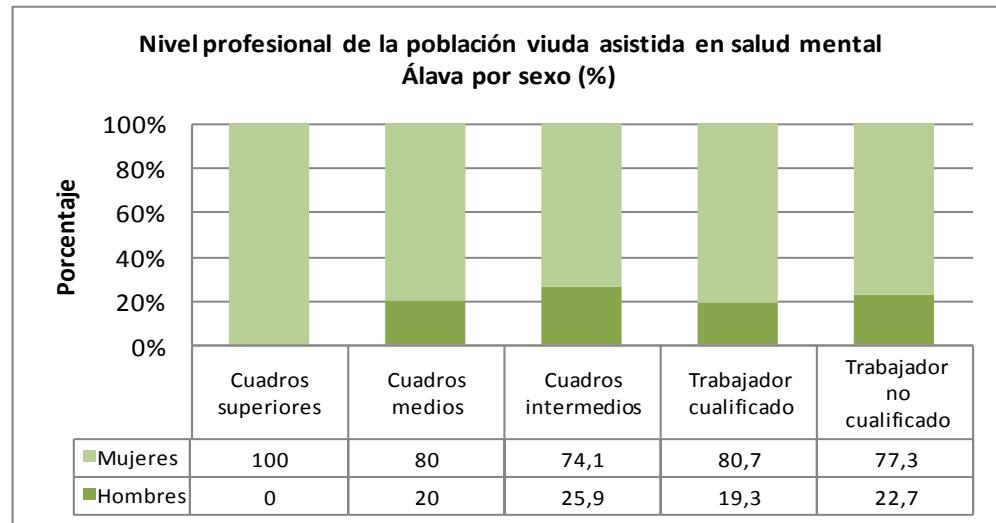
Los viudos de Bizkaia son principalmente trabajadores cualificados (19,6%), muy cerca de los varones viudos en ocupaciones no cualificadas (16,1%). Ellas han trabajado menos que ellos en labores cualificadas (7,7%) y no cualificadas (12,4%). Si acaso, las define la ausencia de cualificación laboral.



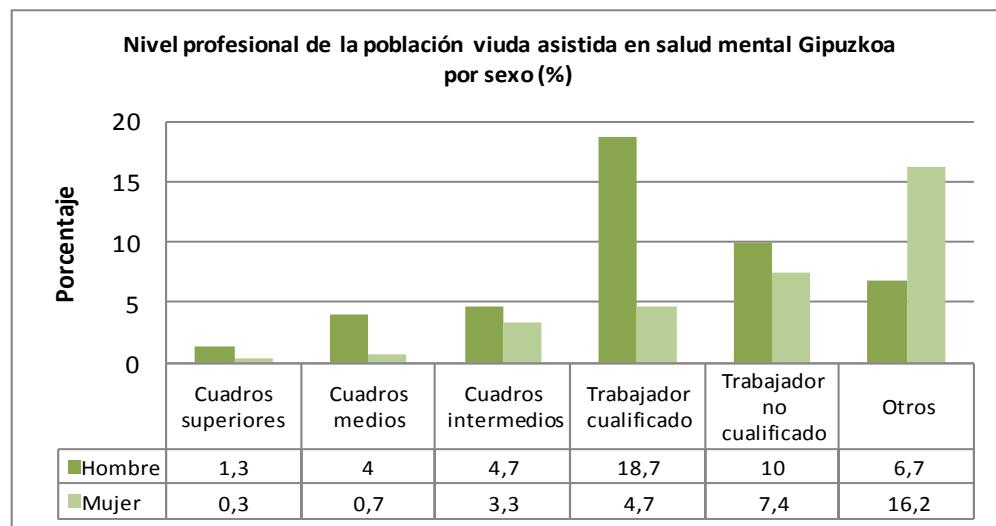
Son muy pocos los hombres viudos representados, porque son bastante menos que ellas. Donde figuran en mayor medida, entre todos los hombres tratados, es en los cuadros superiores (36,4%). En el resto de categorías laborales su representación es escasa, como decimos, porque las personas con este estado civil son mayoritariamente mujeres mayores de 65 años, que obtienen más representación a esa edad.



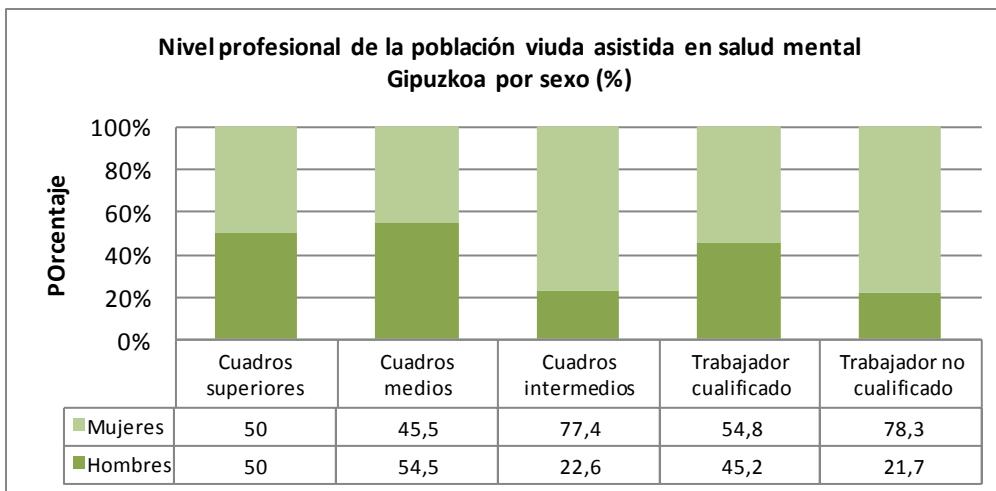
En Álava los varones viudos han carecido de cualificación (24,7%) en mayor medida que quienes sí la han tenido (19,2%). El dato sobre la ocupación se recoge en mayor medida en Álava que en Bizkaia, de ahí que podamos conocer el perfil de la población de este territorio más que en el caso de Bizkaia. De hecho, en Álava figura un 24,7% de trabajadores varones no cualificados, mientras que en Bizkaia éstos sólo son un 16,1%. Y no es que los de Bizkaia estén más cualificados (sólo lo están un 19,6% de los hombres frente al 19,1% de los alaveses), sino que hay más datos recogidos acerca de este tema en Álava.



A diferencia de Bizkaia, la proporción de mujeres y hombres viudos es muy desigual en Álava cuando nos referimos a la ocupación en cuadros superiores. Ellos no figuran. Sucede lo mismo que en Bizkaia, que hay más viudas que viudos tratados en la Red y la gráfica señala en mayor medida la realidad de éstas.



En Gipuzkoa, y en lo que a la viudedad se refiere, los varones han sido los que han ocupado los puestos de trabajo cualificados (18,7%). Sólo un 4,7% de las mujeres ha trabajado de forma cualificada. Las mujeres viudas de Gipuzkoa están menos representadas en todos los niveles de ocupación laboral. Han sido pocas las que refieren haber trabajado, de hecho.



Si acaso, en las pequeñas proporciones a las que nos referimos, la equidad ha estado más representada entre trabajadores y trabajadoras cualificadas y en los cuadros medios y superiores.

2.1.11. Situación laboral en función del nivel de instrucción

¿Qué estudios tienen las mujeres y hombres de Bizkaia en cada situación laboral recogida?

Los varones activos poseen mayoritariamente estudios primarios (28,4%). Representan el porcentaje más numeroso: Las mujeres activas son 269 menos, pero poseen en su mayoría bachillerato superior (26,3%).

La mayor proporción de hombres parados con subsidio sólo disponen de estudios primarios (37,4%). La mayoría de las mujeres en esa situación, sin embargo, tiene el título de bachiller elemental (26,3%).

Los hombres parados que no cobran subsidio tienen también estudios primarios (38,7%), mientras que la mayor proporción de mujeres paradas sin subsidio posee una titulación de bachillerato elemental (33,8%).

Los jubilados y jubiladas y pensionistas, hombres y mujeres bizkainas tienen, de forma mayoritaria, únicamente estudios primarios y si atendemos a las proporciones o porcentajes más altos, los amos y amas de casa también disponen de esa titulación mayoritariamente.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia por sexo, nivel de instrucción y situación laboral (N y %)																		
	HOMBRES																	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SITUACIÓN LABORAL																	
	Activo		En paro con subsidio		En paro sin subsidio		Pensionista incapacidad		Jubilado		Estudiante		Ama de casa		Otros		No consta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	38	0,6	6	1,3	55	2,7	28	3,9	34	2,7	209	6,4	1	2,3	22	7,7	65	0,7
Estudios primarios	1635	28,4	181	37,4	786	38,7	385	53,7	843	66,8	1279	39,7	28	65,2	123	43,4	185	2,3
Bachillerato elemental	1534	26,7	160	33,1	692	34,1	155	21,6	118	9,3	1003	31,1	6	13,9	62	21,9	154	1,9
Bachillerato superior	1419	24,7	91	18,8	291	14,3	86	12	67	5,3	453	14	1	2,3	48	17	116	1,3
Estudios medios	326	5,6	22	4,6	50	2,4	24	3,3	32	2,7	67	2,1	0	0	8	2,9	21	0,2
Estudios superiores	398	6,8	12	2,4	77	3,9	9	1,2	26	2	87	2,7	4	9,4	9	2,9	25	0,3
No consta	419	7,2	13	2,4	79	3,9	31	4,3	141	11,2	128	4	3	6,9	12	4,2	7823	93,3
Total	5769	100	485	100	2031	100	718	100	1261	100	3226	100	43	100	284	100	8389	100
	MUJERES																	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SITUACIÓN LABORAL																	
	Activa		En paro con subsidio		En paro sin subsidio		Pensionista incapacidad		Jubilada		Estudiante		Ama de casa		Otros		No consta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	30	0,6	2	0,8	10	0,8	17	5,4	37	4,2	140	4,4	149	3,5	17	9,9	58	0,6
Estudios primarios	1163	20,9	62	23,7	257	22	171	54,5	606	69,6	886	28,3	2635	62,9	74	43	220	2,4
Bachillerato elemental	1260	22,8	72	27,6	394	33,8	53	16,9	70	8	884	28,3	638	15,3	42	24,5	162	1,8
Bachillerato superior	1461	26,3	63	24,1	281	24	30	9,6	20	2,3	779	24,9	294	7	21	12,3	190	2
Estudios medios	578	10,4	25	9,6	88	7,5	13	4,1	24	2,7	136	4,3	52	1,2	3	1,7	32	0,3
Estudios superiores	585	10,5	29	11,1	97	8,3	6	1,9	4	0,5	185	5,9	49	1,1	9	5,2	55	0,5
No consta	473	8,5	8	3,1	42	3,6	24	7,6	110	12,7	123	3,9	375	9	6	3,4	8619	92,4
Total	5550	100	261	100	1169	100	314	100	872	100	3133	100	4192	100	172	100	9336	100

En Álava tienen estudios primarios la mayoría de hombres activos (28,4%), parados con subsidio (37,4%), parados sin subsidio (28,7%), pensionistas (54,5%), jubilados (69,8%) y amas de casa, que sólo hay uno.

Las mujeres alavesas, por el contrario, las que están activas, poseen titulación de bachiller superior (29,2%), las que están en paro cobrando subsidio también (33,6%), pero en el resto de casos (paradas sin subsidio, pensionistas, jubiladas y amas de casa) la titulación es inferior, poseen sólo estudios primarios. Son amas de casa 659 mujeres atendidas en Salud Mental, frente al único varón amo de casa que solicita atención en la misma Red.

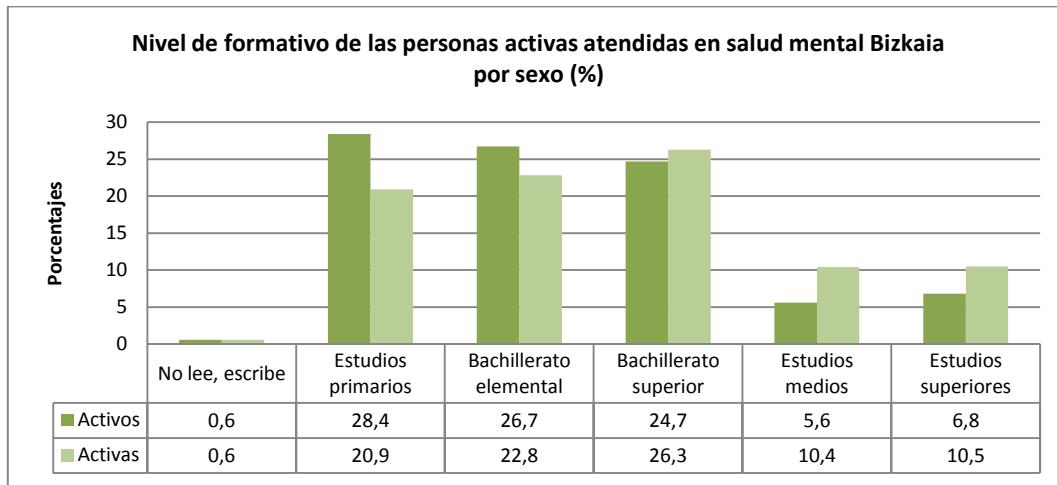
Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo, nivel de instrucción y situación laboral (N y %)																		
	HOMBRES																	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SITUACIÓN LABORAL																	
	Activo		En paro con subsidio		En paro sin subsidio		Pensionista incapacidad		Jubilado		Estudiante		Amo de casa		Otros		No consta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	8	0,5	0	0,0	5	1,4	7	7,2	10	0,2	6	1,0	0	0,0	4	9,1	4	9,1
Estudios primarios	409	23,3	60	44,1	144	40,2	54	55,7	316	69,8	379	61,3	1	100,0	17	45,9	20	1,8
Bachillerato elemental	419	23,9	33	24,3	114	31,8	10	10,3	38	8,4	75	12,1	0	0,0	7	0,2	10	0,2
Bachillerato superior	512	29,2	29	21,3	63	17,6	16	16,5	23	5,1	58	9,4	0	0,0	6	16,2	2	0,2
Estudios medios	112	6,4	3	2,2	7	2,0	1	0,0	5	1,1	10	1,6	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Estudios superiores	137	7,8	6	4,4	15	4,2	2	2,1	8	1,8	25	4,0	0	0,0	2	5,4	1	0,1
No consta	158	9,0	5	3,7	10	0,2	7	7,2	53	0,2	65	1,4	0	0,0	1	2,7	1080	96,6
Total	1755	100,0	136	100,0	358	100,0	97	100,0	453	100,0	618	100,0	1	100,0	37	100,0	1118	100,0
	MUJERES																	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SITUACIÓN LABORAL																	
	Activa		En paro con subsidio		En paro sin subsidio		Pensionista incapacidad		Jubilada		Estudiante		Ama de casa		Otros		No consta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	6	0,3	0	0,0	7	3,3	4	6,5	17	5,2	4	0,5	41	3,8	3	7,7	4	0,4
Estudios primarios	350	19,0	20	17,2	57	27,1	32	51,6	216	65,9	274	36,6	659	61,8	18	46,2	13	1,2
Bachillerato elemental	382	20,8	34	29,3	51	24,3	10	16,1	22	6,7	98	13,1	176	16,5	8	20,5	10	0,9
Bachillerato superior	508	27,6	39	33,6	42	20,0	10	16,1	16	4,9	157	21,0	71	6,7	3	7,7	4	0,4
Estudios medios	223	12,1	7	6,0	17	8,1	4	6,5	7	2,1	43	5,7	20	1,9	2	5,1	3	0,3
Estudios superiores	235	12,8	14	12,1	24	11,4	0	0,0	1	0,3	84	11,2	10	0,2	5	12,8	3	0,3
No consta	134	2,4	2	1,7	12	5,7	2	3,2	49	14,9	88	11,8	89	8,3	0	0,0	1071	96,7
Total	1838	100,0	116	100,0	210	100,0	62	100,0	328	100,0	748	100,0	1066	100,0	39	100,0	1108	100,0

En Gipuzkoa se repite la situación de los varones de Álava, puesto que la mayor proporción de los de Gipuzkoa: activos, parados, pensionistas, etc., cuentan sólo con estudios primarios. Figuran 21 varones encargados de las tareas domésticas.

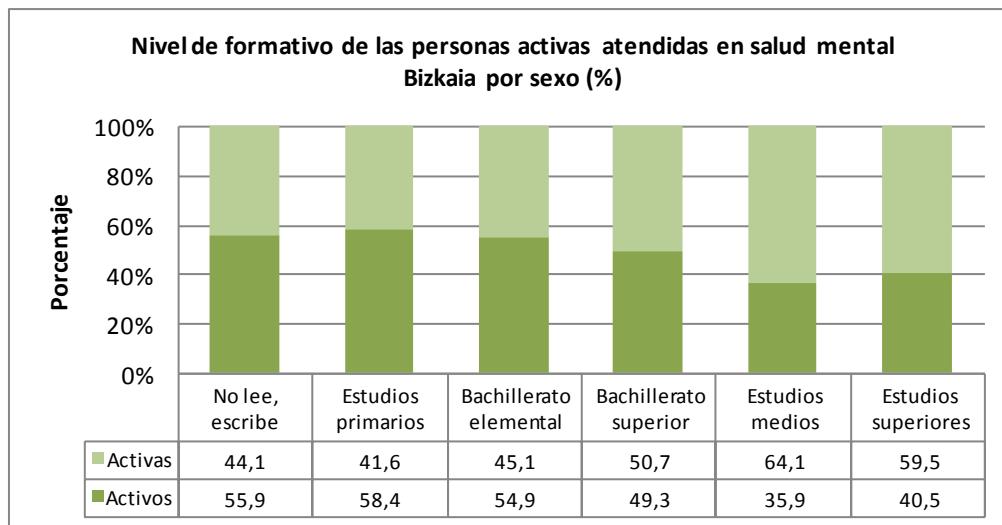
Las mujeres activas de Gipuzkoa, como en el territorio alavés, son féminas con el título de Bachiller superior (25,8%). Las que cobran el paro poseen bachillerato elemental mayoritariamente (34,2%), pero están en la misma situación académica que los varones, o sea, con estudios primarios, las paradas sin subsidio, las pensionistas, jubiladas y las amas de casa, que son 1.357 en este último caso.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo, nivel de instrucción y situación laboral (N y %)

	HOMBRES																			
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SITUACIÓN LABORAL																			
	Activo		En paro con subsidio		En paro sin subsidio		Pensionista incapacidad		Jubilado		Estudiante		Amo de casa		Otros		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	46	1,6	3	1,8	3	0,5	7	3,3	16	2,5	73	5,4	1	3,2	2	3	8	0,2	159	1,6
Estudios primarios	801	27,6	58	34,5	177	31,9	118	55,4	396	62,9	774	57,8	21	67,7	21	31,3	142	3,7	2508	25,8
Bachillerato elemental	699	24,1	52	31	182	32,8	26	12,2	43	6,8	161	12	7	22,6	21	31,3	93	2,4	1284	13,2
Bachillerato superior	724	25	32	19	117	21,1	24	11,3	18	2,9	178	13,3	1	3,2	13	19,4	102	2,7	1209	12,4
Estudios medios	164	5,7	11	6,5	21	3,8	6	2,8	11	1,7	41	3,1	1	3,2	1	1,5	13	0,3	269	2,8
Estudios superiores	168	5,8	6	3,6	17	3,1	4	1,9	4	0,6	32	2,4	0	0	1	1,5	4	0,1	236	2,4
No consta	296	10,2	6	3,6	38	6,8	28	13,1	142	22,5	81	6	0	0	8	11,9	3472	90,6	4071	41,8
Total	2898	100	168	100	555	100	213	100	630	100	1340	100	31	100	67	100	3834	100	9736	100
	MUJERES																			
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SITUACIÓN LABORAL																			
	Activa		En paro con subsidio		En paro sin subsidio		Pensionista incapacidad		Jubilada		Estudiante		Ama de casa		Otros		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No lee, escribe	24	0,9	0	0	0	0	3	3,4	13	2,9	49	3,9	37	1,9	3	5	1	0	130	1,1
Estudios primarios	542	20,8	15	19	84	20,5	47	53,4	242	53,7	461	37,1	1357	69,1	20	33,3	167	3,7	2935	25,7
Bachillerato elemental	567	21,8	27	34,2	104	25,4	12	13,6	22	4,9	223	18	262	13,3	9	15	89	2	1315	11,5
Bachillerato superior	673	25,8	23	29,1	131	32	12	13,6	8	1,8	284	22,9	100	5,1	14	23,3	131	2,9	1376	12,1
Estudios medios	311	11,9	7	8,9	52	12,7	5	5,7	13	2,9	89	7,2	30	1,5	4	6,7	38	0,8	549	4,8
Estudios superiores	214	8,2	5	6,3	21	5,1	1	1,1	4	0,9	76	6,1	13	0,7	5	8,3	18	0,4	357	3,1
No consta	275	10,6	2	2,5	17	4,2	8	9,1	149	33	60	4,8	164	8,4	5	8,3	4070	90,2	4751	41,6
Total	2606	100	79	100	409	100	88	100	451	100	1242	100	1963	100	60	100	4514	100	11413	100

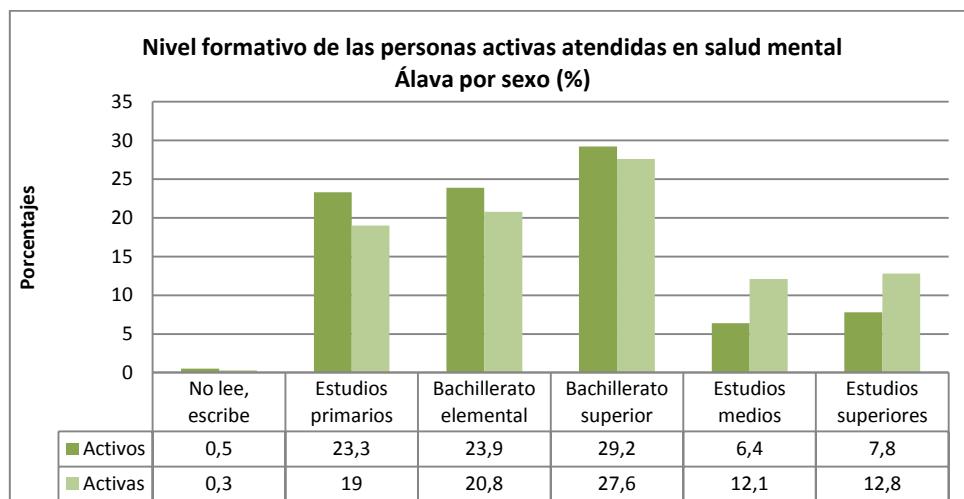


El porcentaje más numeroso de mujeres activas laboralmente posee estudios de bachiller superior (26,3%), mientras que entre los varones activos predominan los que han alcanzado únicamente estudios primarios (28,4%). Las mujeres activas que poseen titulación de bachiller superior, estudios medios y superiores son un 47,3%. Con ese nivel académico sólo hay un 37,1% de hombres.



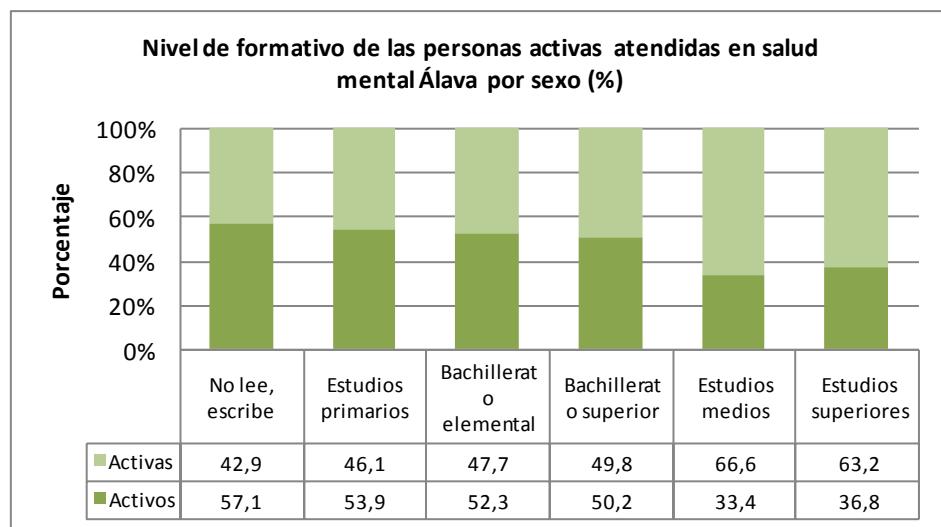
Tal y como refleja el gráfico, a partir del bachiller superior y en niveles superiores, las mujeres figuran en mayor proporción. Por su parte, los hombres están más representados hasta el nivel de bachiller elemental, en los niveles académicos inferiores.

En Álava, las mayores proporción en ambos sexos señalan que tanto los hombres (29,2%) como las mujeres activas laboralmente (27,6%) disponen del título de bachiller superior. En segundo lugar, y también en ambos sexos, los varones y féminas trabajadoras disponen del título de bachiller elemental. Comparados con Bizkaia, las personas activas de Álava poseen un nivel académico superior que las del primer territorio.

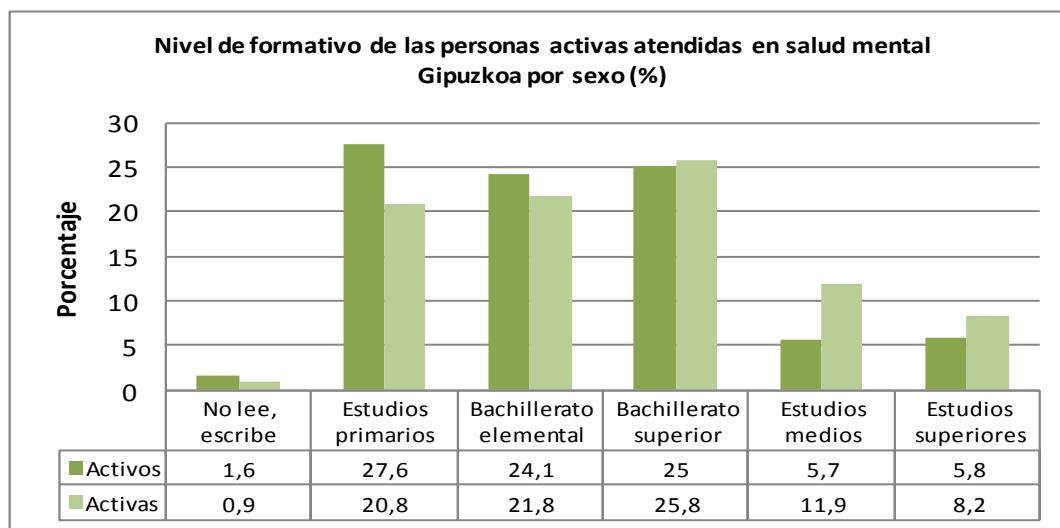


Las mujeres trabajadoras o activas de Álava, en la proporción por sexos, son más que los hombres cuando analizamos los niveles académicos superiores (estudios medios y superiores), pero aparecen en menor medida que ellos en las categorías inferiores, es decir, hay más hombres que mujeres

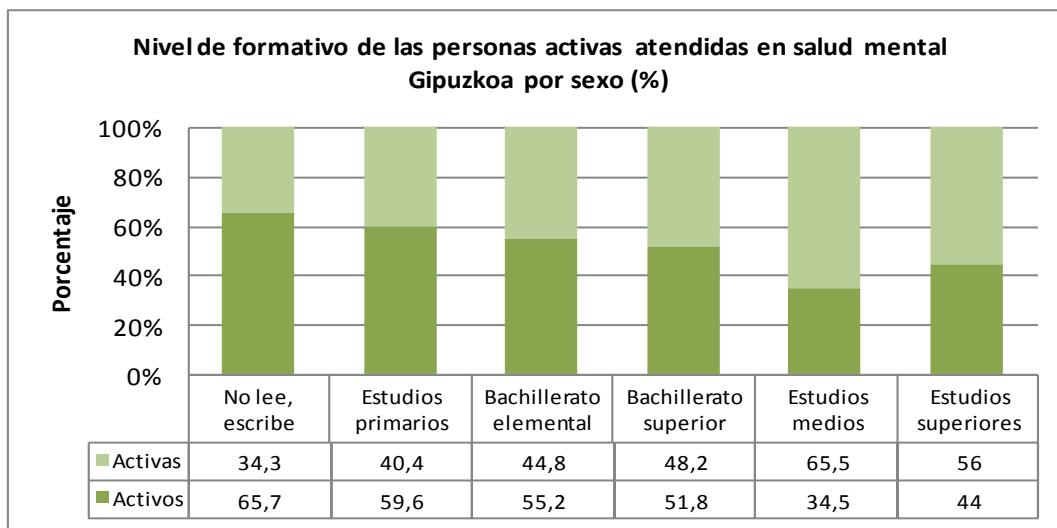
analfabetos, con estudios primarios, con bachiller elemental y superior, aunque en esta última categoría están ambos sexos más equilibrados.



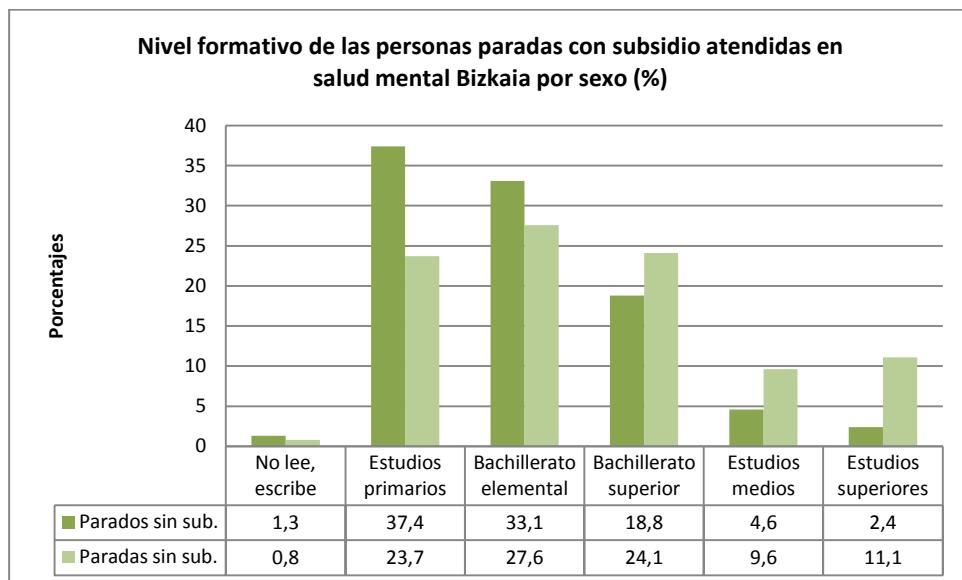
El nivel formativo de los hombres activos de Gipuzkoa, cuando hablamos de los porcentajes más cuantiosos, señala que éstos poseen un nivel académico inferior a los de Bizkaia y Álava, puesto que la mayoría se agrupa en torno a los estudios primarios (27,6%). Ellas, sin embargo, y en lo que a porcentajes más altos se refiere, trabajan con un nivel formativo de bachiller superior (25,8%), igual que las mujeres de Bizkaia y Álava.



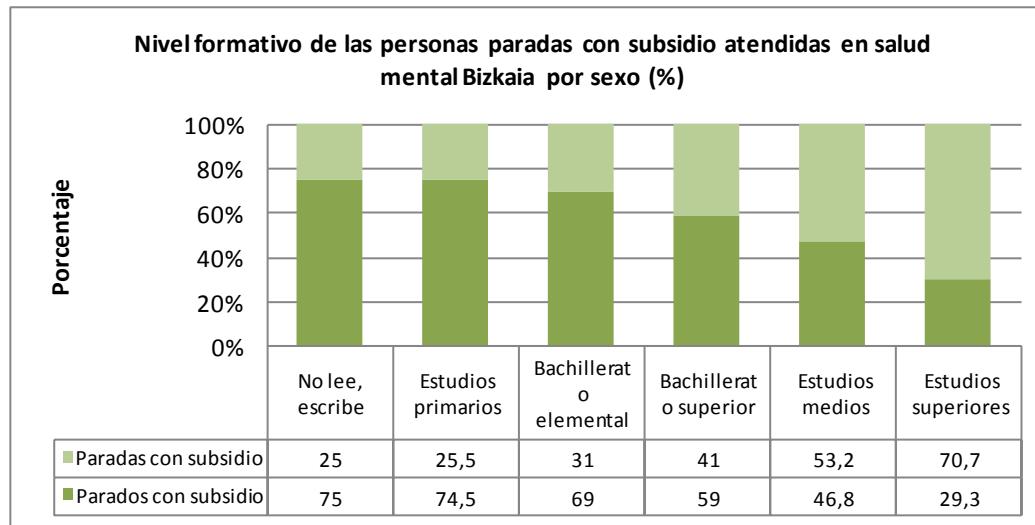
La representación femenina por sexos adquiere su máximo exponente cuando hablamos de mujeres activas con estudios medios y superiores. En el resto de niveles figuran más hombres que mujeres.



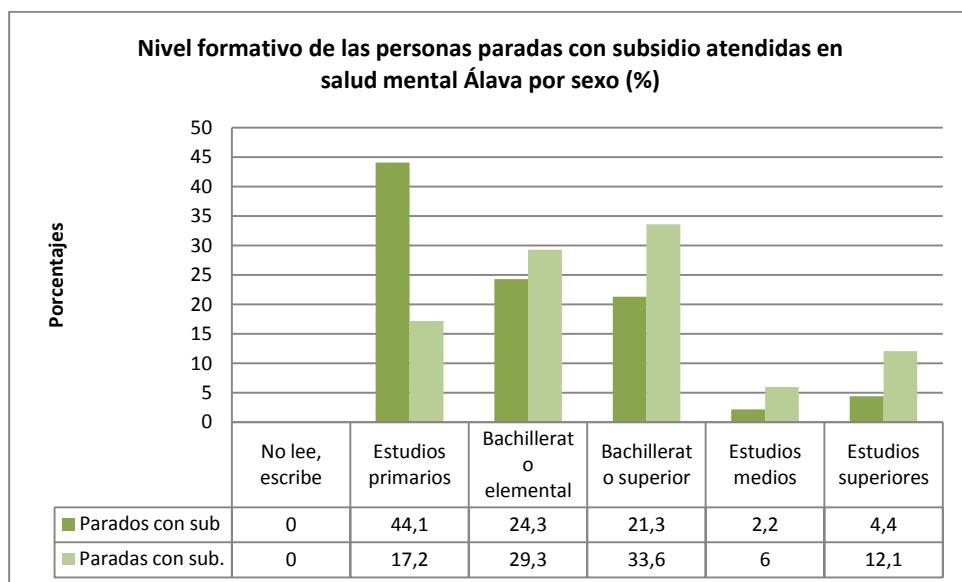
La mayoría de hombres parados que cobran subsidio dispone únicamente de estudios primarios (37,4%). En el caso de las mujeres en la misma situación laboral el nivel académico principal es el inmediatamente superior, es decir, la mayor proporción de ellas dispone del nivel de bachillerato elemental (27,6%). Los hombres parados con subsidio, en segundo lugar, son personas con bachillerato elemental (33,1%), mientras que en ellas el segundo porcentaje más abultado las sitúa como paradas con bachiller superior (24,1%).



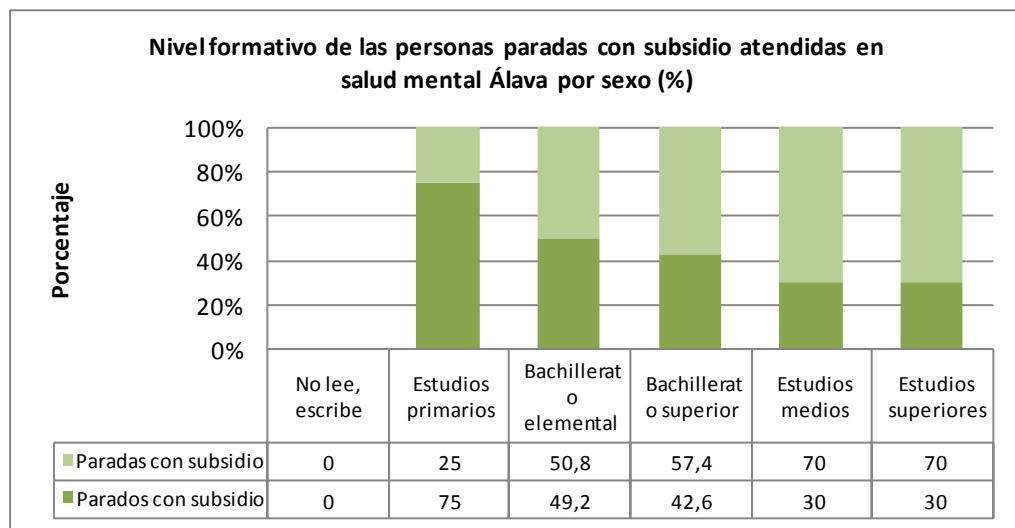
Como viene siendo habitual, las mujeres están más representadas en los niveles académicos superiores, también en el caso de las paradas que cobran subsidio y que acuden a la red de salud mental. Hay más hombres que mujeres en los niveles académicos inferiores.



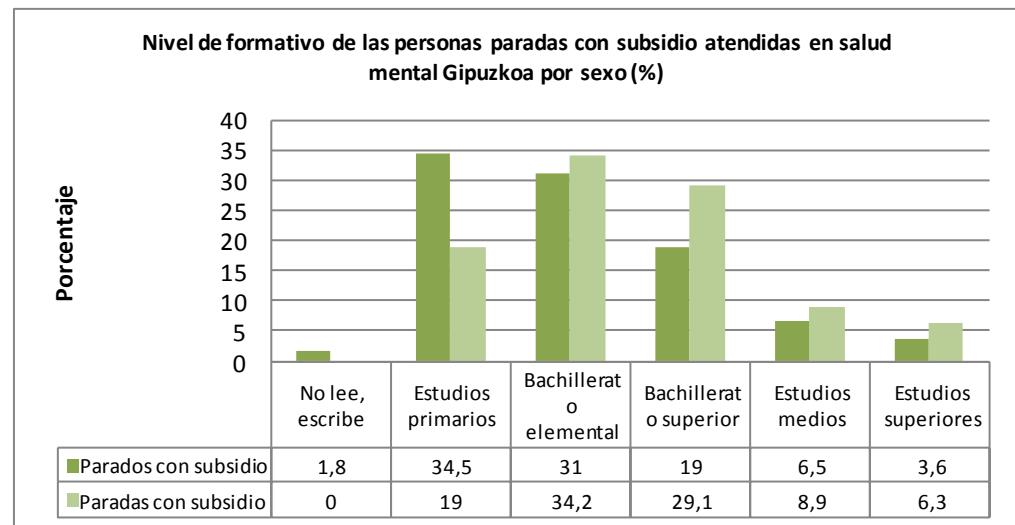
En Álava sucede con los hombres parados lo mismo que en Bizkaia, es decir, que la mayoría de ellos dispone únicamente de estudios primarios (44,1%), pero entre las mujeres con la misma situación laboral hay una diferencia en Álava, y es que tienen un nivel académico superior al de los varones (de Bizkaia y Álava) y al de las mujeres de Bizkaia, puesto que la mayor proporción de ellas dispone del nivel de bachillerato superior (33,6%).



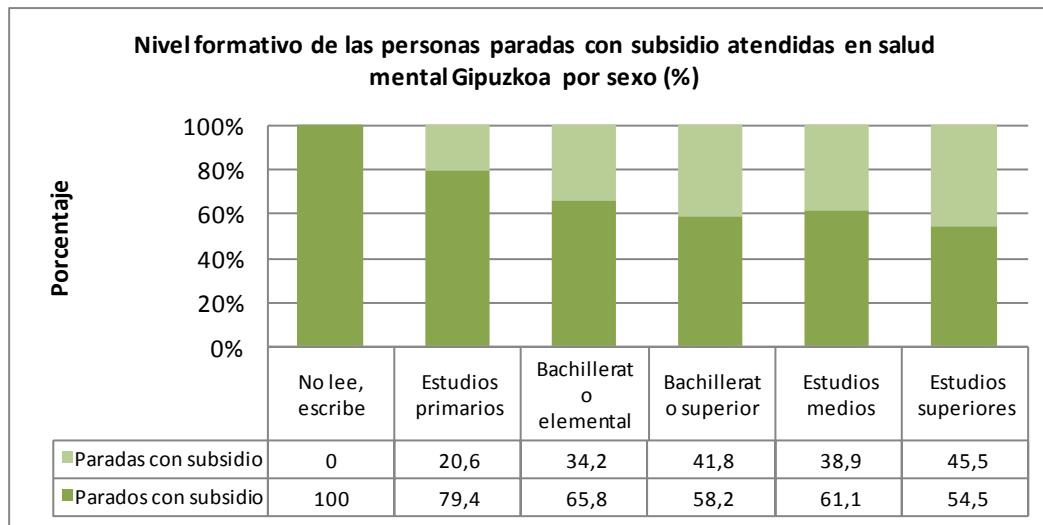
En el caso de las mujeres paradas que cobran subsidio en Álava se observa que la representación por sexos las sitúa en los niveles educativos superiores como protagonistas, desde el nivel de bachiller elemental en adelante.



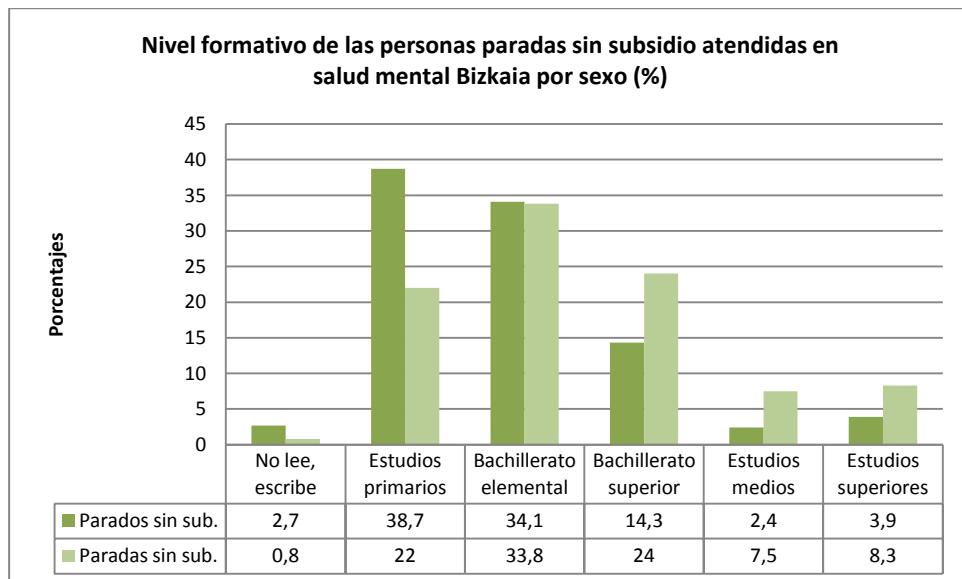
En Gipuzkoa se produce la misma situación que en Bizkaia y Álava en el caso de los varones, es decir, que la mayoría de hombres parados que cobran subsidio dispone únicamente de estudios primarios (34,5%) y lo mismo que en Bizkaia en el caso de las mujeres, o sea, que las mujeres en la misma situación laboral, el nivel académico principal es el inmediatamente superior al primario, es decir, que la mayor proporción de féminas dispone del nivel de bachillerato elemental (34,2%). Los hombres parados con subsidio, en segundo lugar, son personas con bachillerato elemental (31%), mientras que en ellas el segundo porcentaje más abultado las sitúa como paradas con bachiller superior (29,1%).



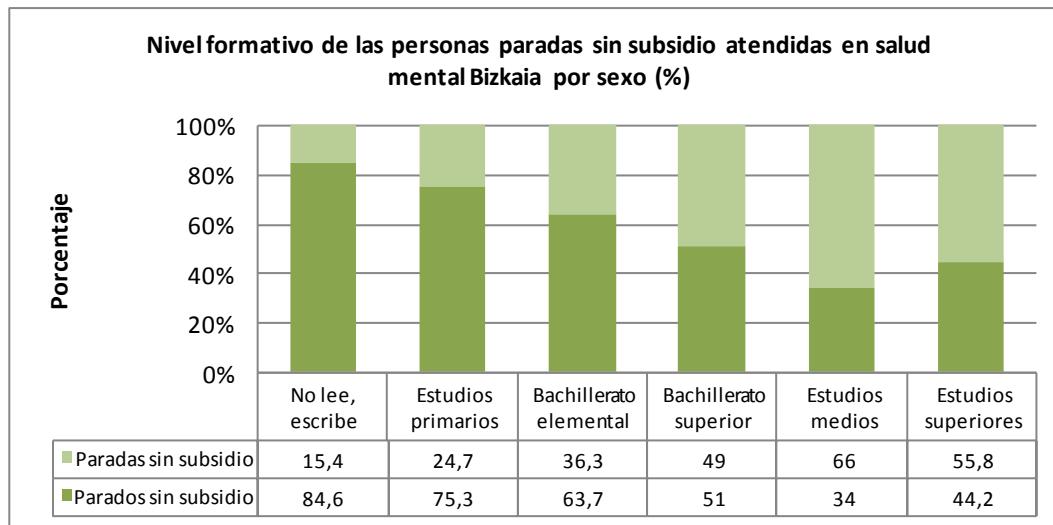
En el caso de la proporcionalidad por sexos, en Gipuzkoa vemos que las mujeres paradas con subsidio no figuran en ninguna categoría académica por encima o en mayor representación que los varones. La proporcionalidad se produce en mayor medida al analizar a las mujeres y hombres con estudios superiores, pero ahí también ellos están 9 puntos porcentuales por encima de las mujeres.



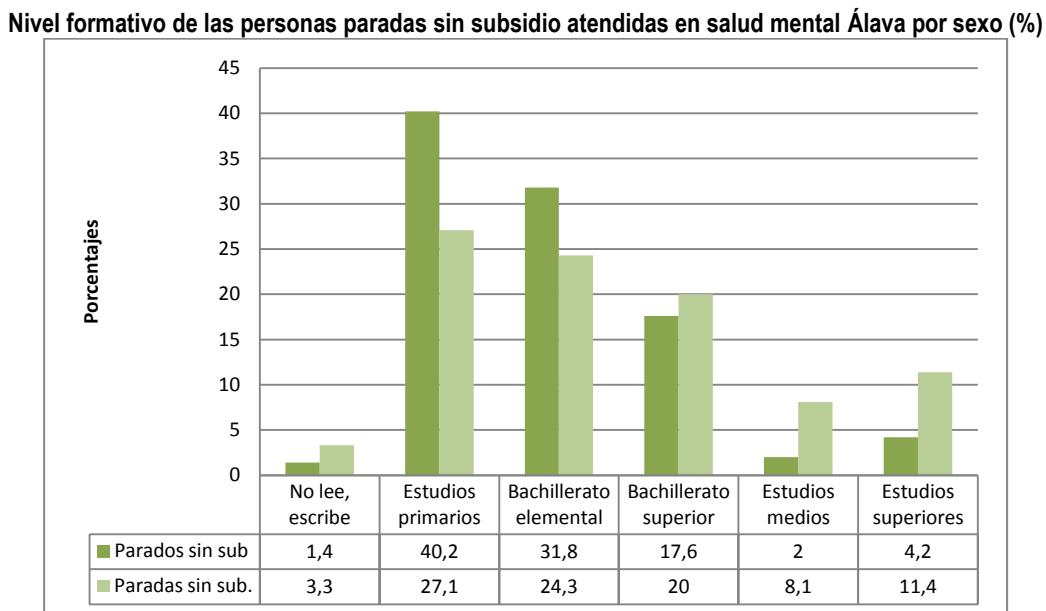
Las personas paradas sin subsidio de Bizkaia, en el caso de los varones, muestra que se agrupan en torno al nivel de estudios primarios (38,7%), mientras que entre las mujeres lo hace en torno al nivel de bachillerato elemental (34,1%), en un nivel educativo superior al de los varones. Ellos, en segunda instancia obtienen ese mismo nivel (33,8%), mientras que las féminas paradas que no cobran subsidio lo hacen en torno al bachiller superior (24%).



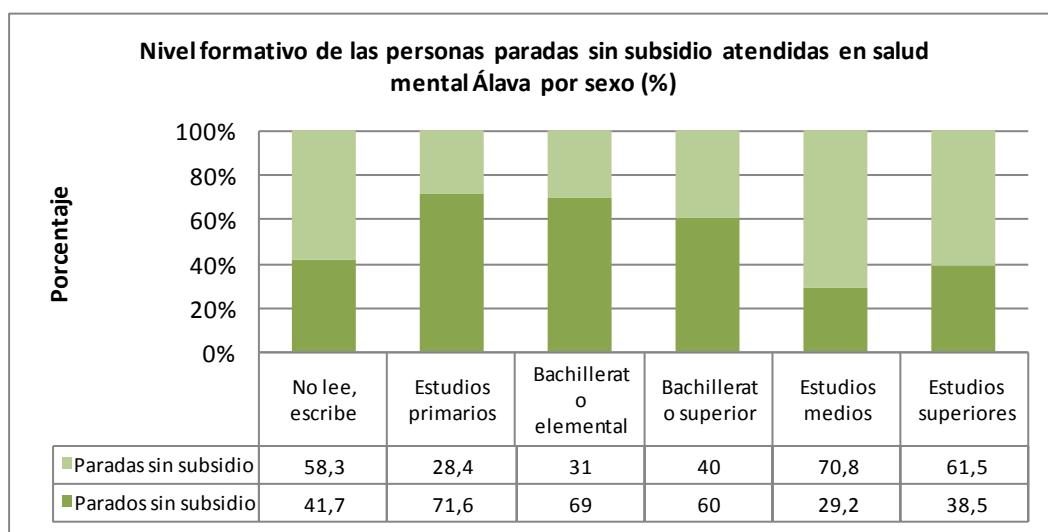
Como viene siendo habitual, las mujeres están más representadas en los niveles educativos superiores, en el análisis de la representación por sexos. Son más que los varones en cuanto a estudios medios y superiores y apenas obtienen protagonismo en el caso del alfabetismo.



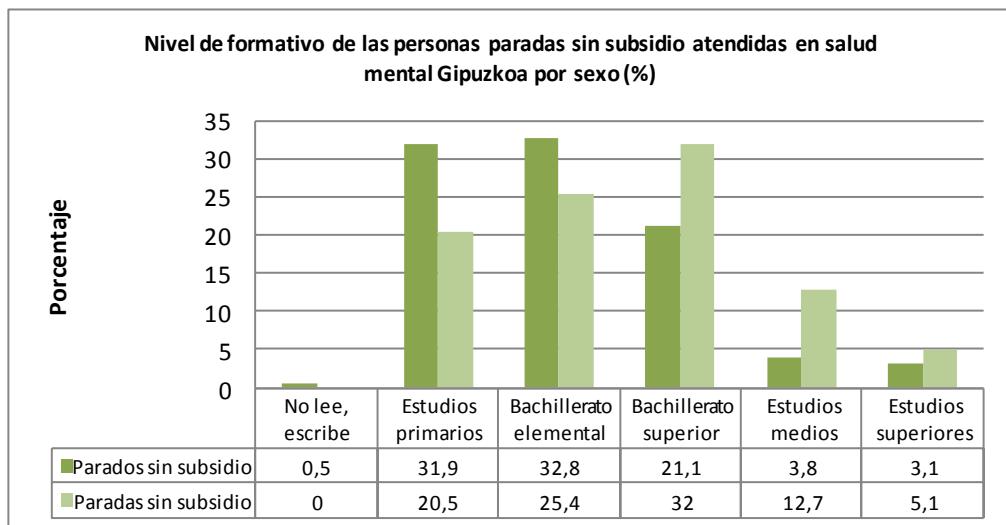
En Álava sucede lo mismo con los varones, que son en su mayoría parados sin subsidio con estudios primarios (40,2%), pero en este caso, las mujeres repiten la tónica, es decir, la mayoría de las mujeres paradas que no cobran subsidio también poseen únicamente en su mayoría estudios primarios (27,1%).



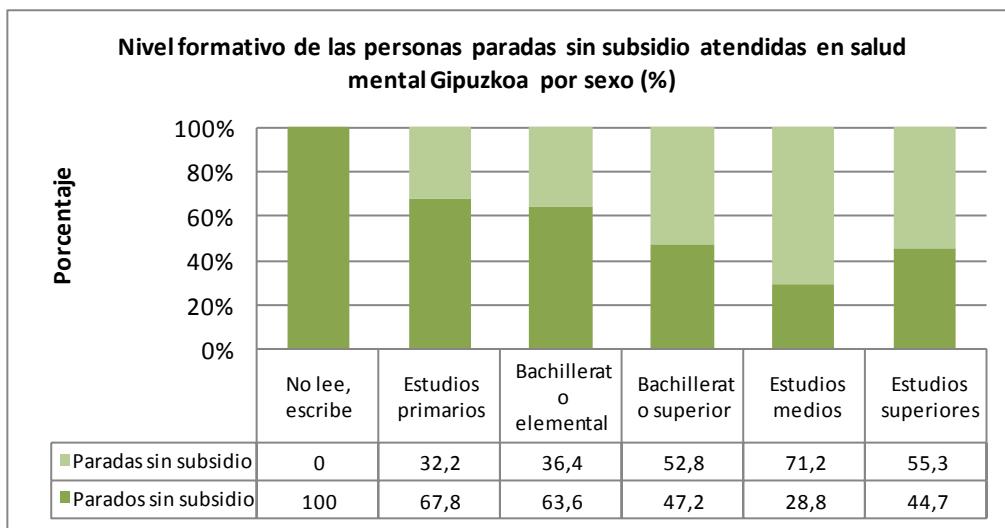
En cuanto a la representación en función del sexo, en Álava las mujeres paradas analfabetas son más que los varones que no leen ni escriben, pero también son más al analizar los niveles de estudios medios (7 por cada 3 varones) y superiores (6 por cada 4 varones) en los respectivos niveles.



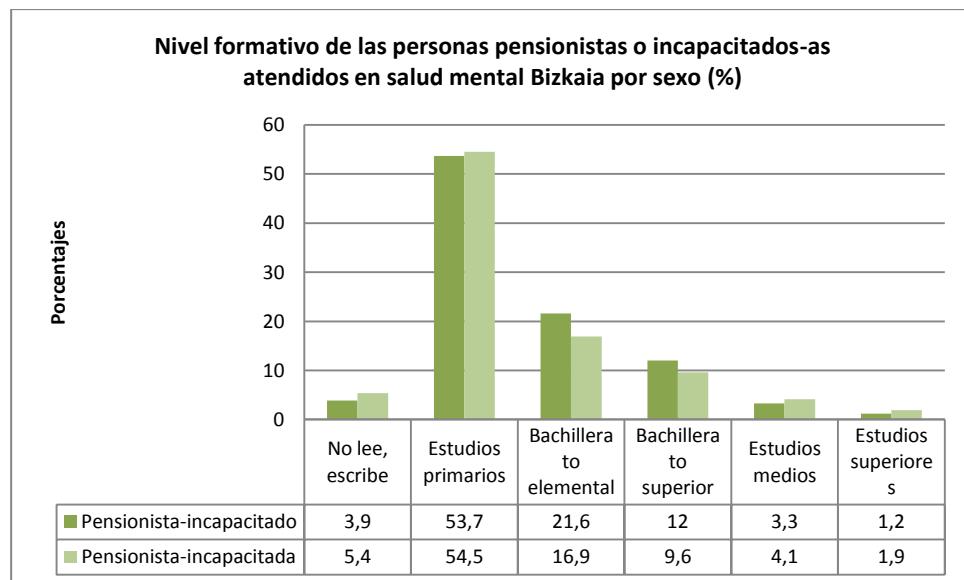
Por el contrario, los varones gipuzkoanos parados que no cobran subsidio, a diferencia de lo que ocurría en Álava y Bizkaia, tienen un nivel educativo superior, poseen el título de bachillerato elemental mayoritariamente (32,8%). Las mujeres paradas de ese mismo territorio son en su mayoría tituladas de bachiller superior (32%).



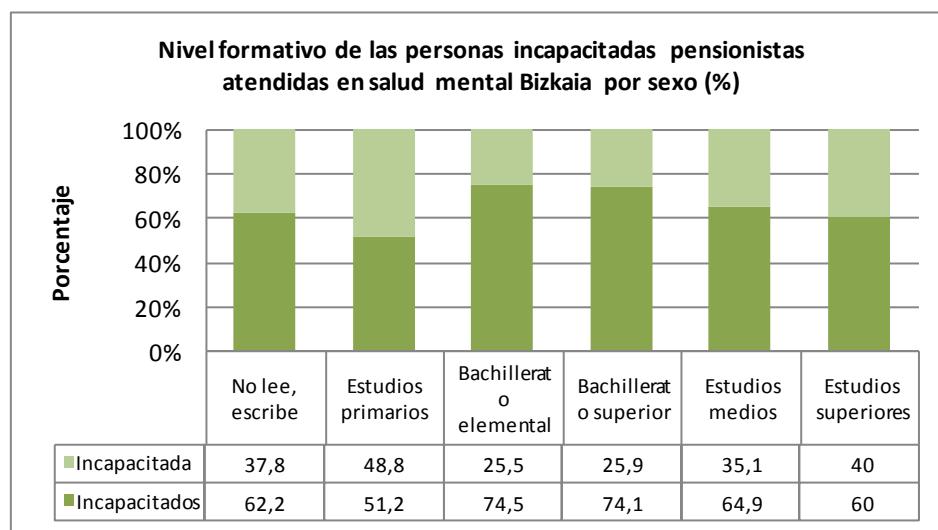
Estas mujeres están representadas en mayor medida que los hombres en los niveles educativos superiores, los que figuran a partir de bachiller superior e incluído ese grado.



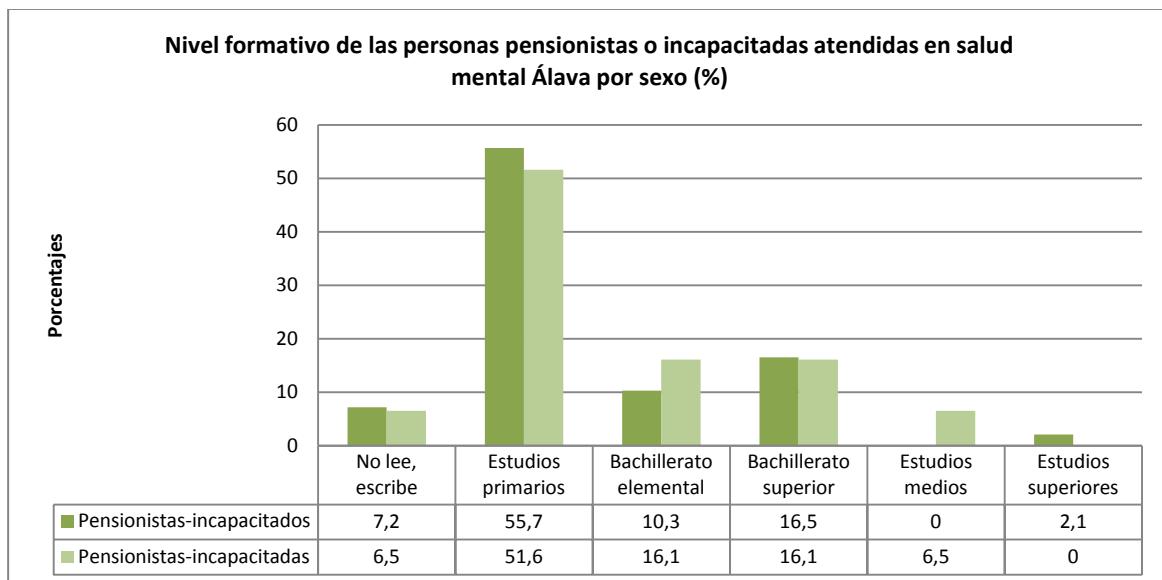
Más de la mitad de las personas pensionistas o incapacitadas tratadas en la red de Osakidetza, en Salud mental de Bizkaia, son mujeres y hombres que disponen sólo de estudios primarios. Es lógico por cuanto que se trata en su mayoría de las personas más mayores y que, como ya se ha manifestado, no han tenido las mismas oportunidades académicas que las personas de otras generaciones posteriores. En esta condición ocupacional apenas hay personas con estudios medios o superiores.



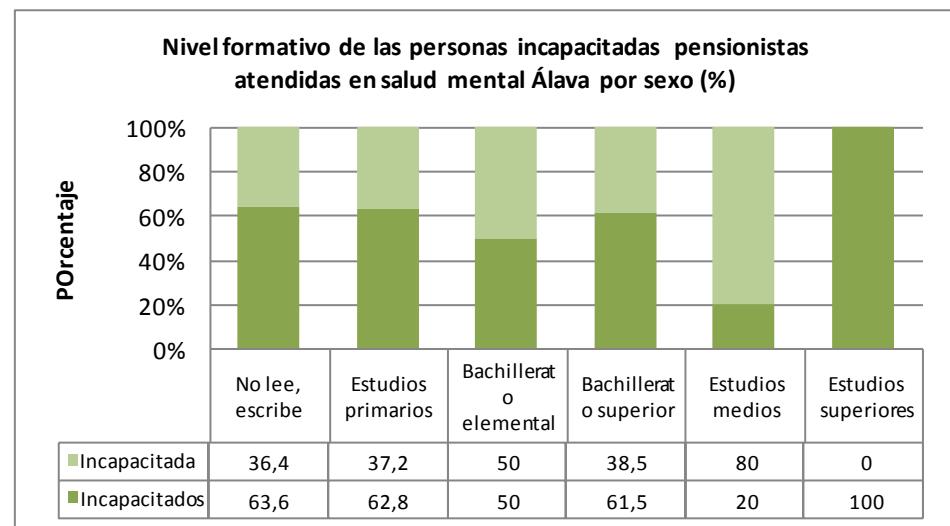
Pero en la representación por sexo observamos que las mujeres incapacitadas o pensionistas de Bizkaia apenas obtienen representación en los diferentes niveles escolares, salvo en lo que a estudios primarios se refiere (48,8%) frente al 51,2% de hombres con esos estudios. Parece posible pensar que las mujeres pensionistas, que son las más mayores en edad, no adquirieron en su momento un excesivo grado formativo.



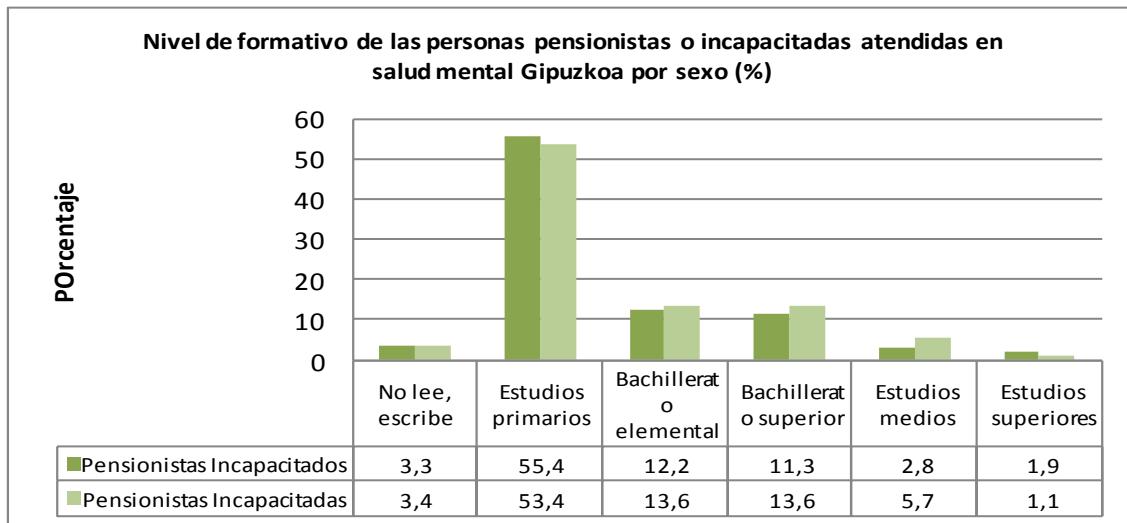
En Álava sucede lo mismo que en Bizkaia, que la mayor parte de hombres y mujeres pensionistas de Álava sólo obtuvieron en su momento un nivel primario en su formación académica. Ellas y ellos se agrupan, con sus porcentajes, en torno a esta categoría y son más de la mitad en ambos sexos quienes están representados en ese nivel escolar. El perfil educativo de las personas pensionistas de Álava es el de un nivel formativo básico.



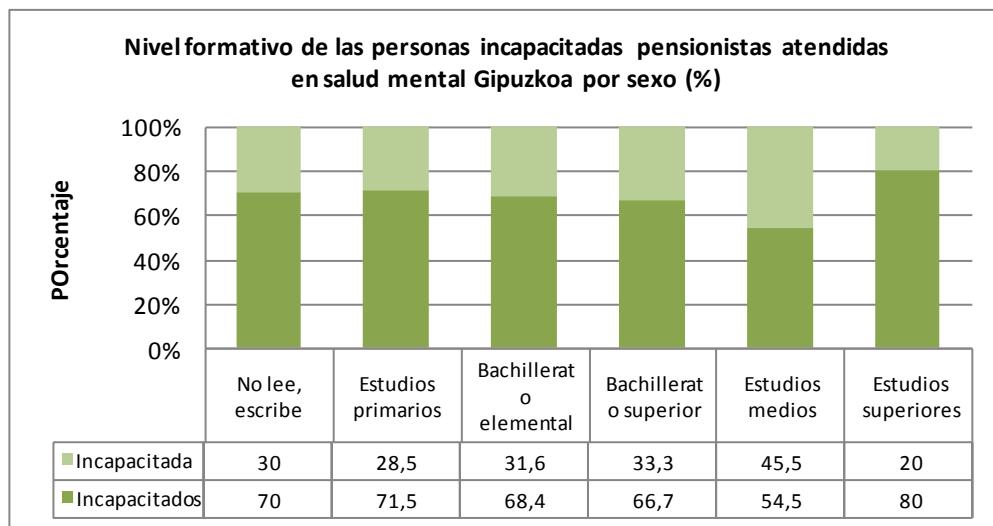
En Álava, y en lo que a la representación por sexos se refiere, son todos hombres los pacientes tratados con estudios superiores. Ellas sólo son más cuando se analiza su presencia en los estudios medios (80%). Los hombres están más representados que las mujeres en todos los niveles académicos anteriores, en analfabetismo (63,6% hombres frente al 36,4% de las mujeres que no leen ni escriben), en los estudios primarios y superiores en proporciones similares (casi 7 hombres por cada 3 mujeres), mientras que en cuanto al bachillerato elemental están identicamente proporcionados, son tantas mujeres como hombres.



Tal y como sucedía en Bizkaia y Álava, las personas incapacitadas o pensionistas tratadas en la Red obtienen un perfil mayoritario en el nivel educativo primario, en ambos sexos y en proporciones similares. Los porcentajes en otras categorías académicas son muchos más escasos, probablemente por lo que se comentaba anteriormente en cuanto a la edad y las oportunidades formativas.

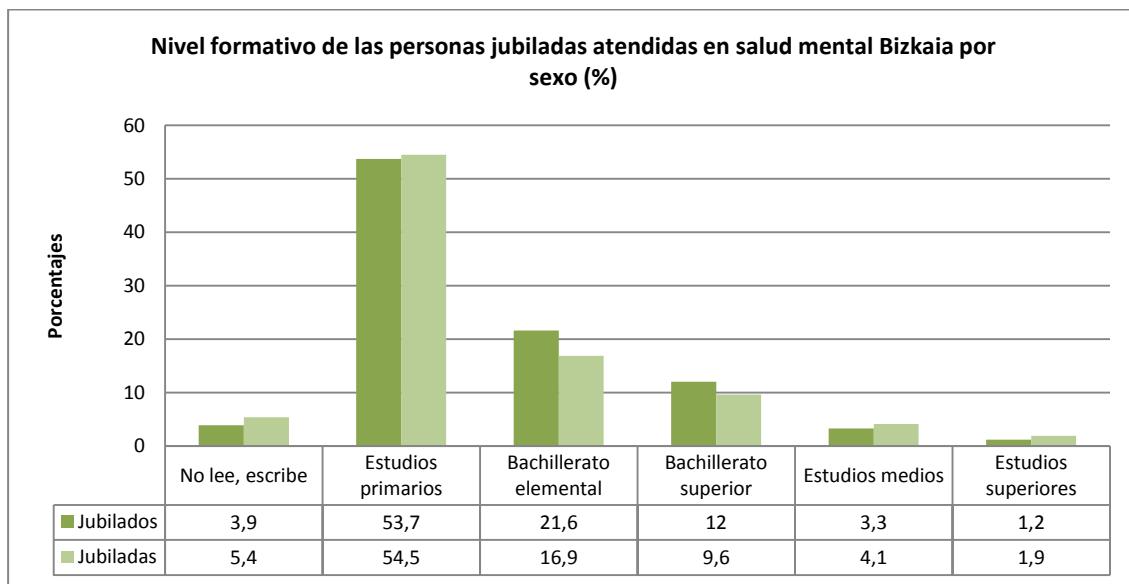


En territorio gipuzkoano la mayor proporción de personas incapacitadas atendidas en la red que cuentan con un cierto nivel educativo son en su mayoría varones. Las mujeres pensionistas con estudios superiores son sólo 2 de cada 10, el resto, 8, son hombres. La proporción más equitativa la encontramos al analizar los estudios medios, donde casi se distribuyen por igual, aunque no es exacta esa división.

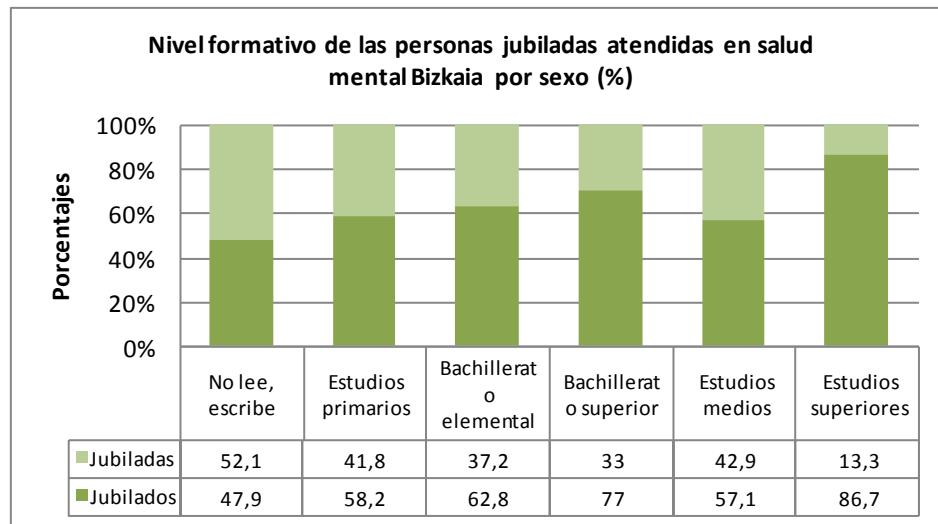


El análisis del colectivo de personas jubiladas atendidas en Salud mental, creemos, no diferirá mucho de lo manifestado para las personas incapacitadas o pensionistas, puesto que en esta categoría laboral también se hallan las personas más mayores, más mujeres que hombres y con el nivel de edad superior, por lo que será aplicable la hipótesis de las oportunidades escolares que han sido más escasas para ambos sexos.

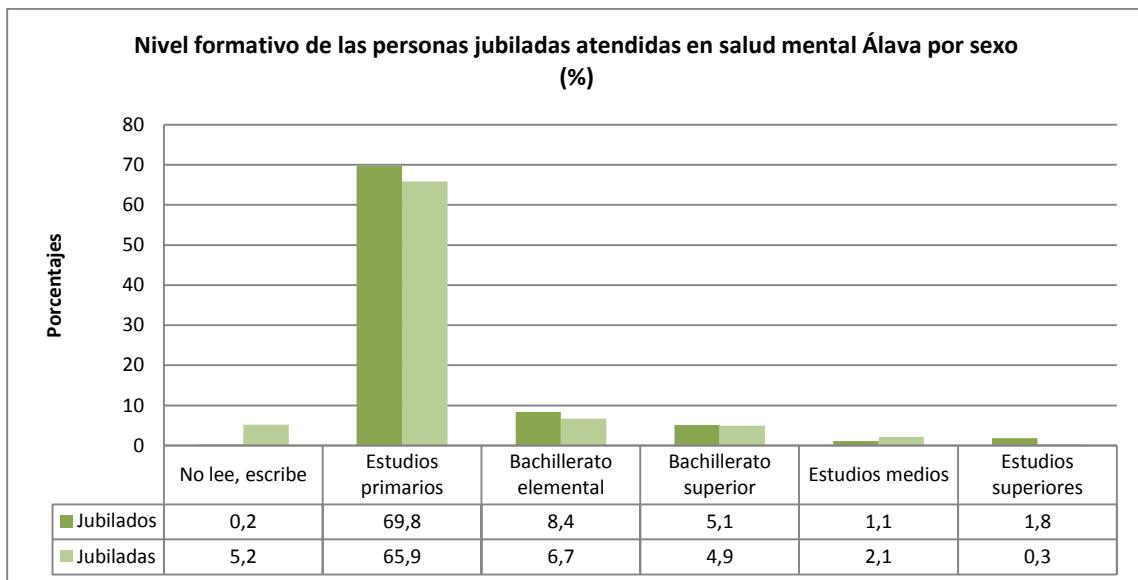
Vemos que en Bizkaia, efectivamente, las personas jubiladas, hombres y mujeres son mayoritariamente pacientes con estudios primarios, al menos más de la mitad caracterizan ese perfil educativo.



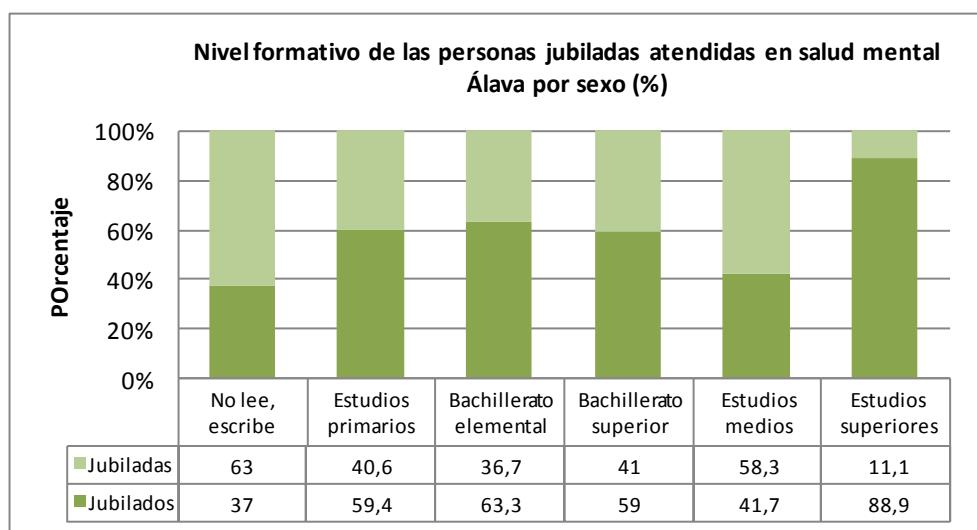
La representación femenina entre las personas jubiadas atendidas es escasa en los niveles académicos de bachiller, elemental y superior y en estudios superiores, sólo son mujeres 3 de cada 10 en bachiller y sólo 1 por cada 9 varones con estudios superiores. Las proporciones están más equilibradas cuando analizamos los estudios primarios y el analfabetismo, grado formativo éste donde ellas son más que los varones que no leen ni escriben.



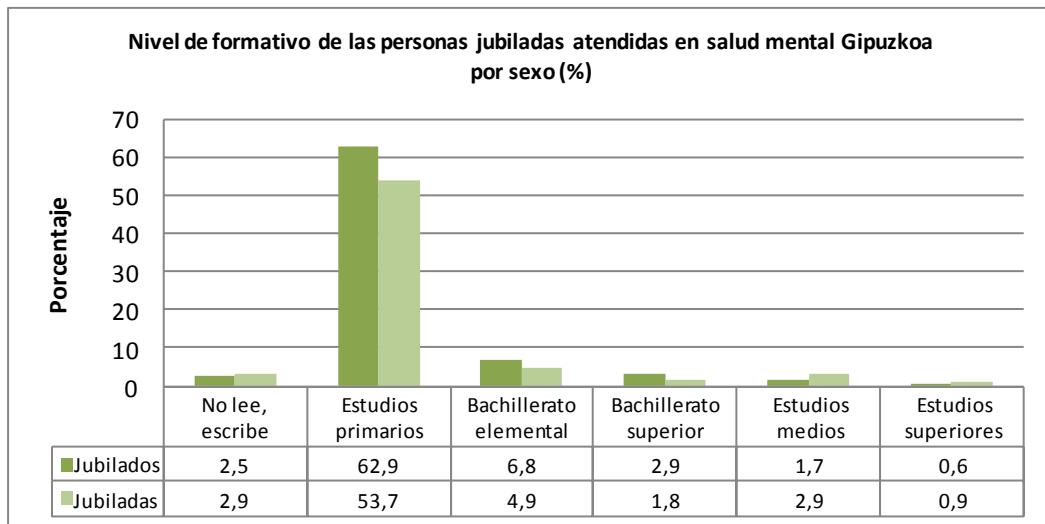
Así como en Bizkaia, ciertamente, el perfil mayoritario de personas jubiladas se aunaba en torno a los estudios primarios, en Álava también, en el primer territorio había más personas jubiladas distribuidas por otros niveles educativos. En Álava apenas sucede esto. Son muy pocas las personas jubiladas de ambos sexos con formación más elevada que la primaria.



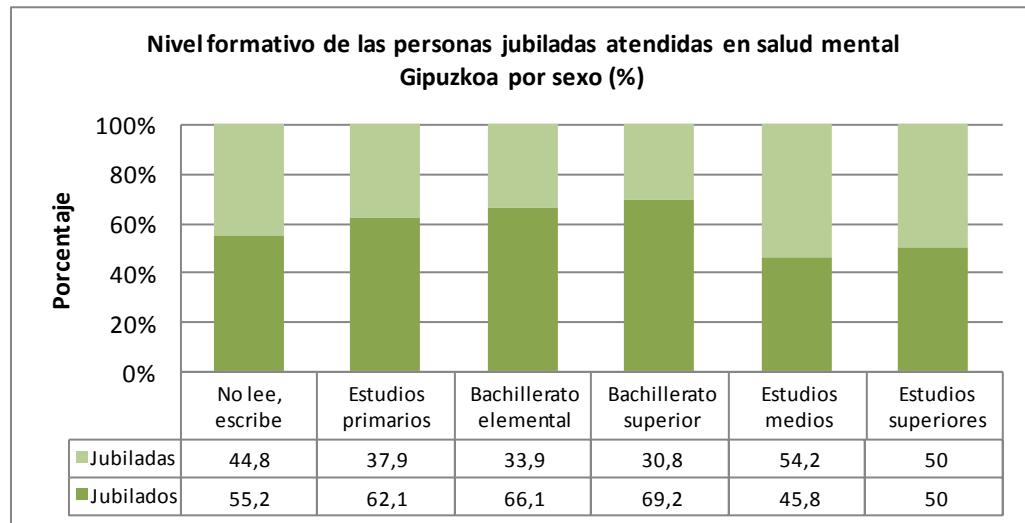
La representación femenina entre las personas jubiadas atendidas en Álava es escasa en bachiller elemental en estudios superiores, sólo son mujeres 3 de cada 10 en bachiller elemental y sólo 1 por cada 9 varones con estudios superiores. Las proporciones están más equilibradas cuando analizamos los estudios primarios. En la única categoría académica en la que ellas son más que los varones es al hablar de estudios medios, es decir, que más de 5 de cada 10 personas atendidas en la red, jubiladas y con estudios medios, son mujeres.



En Gipuzkoa se repite la situación del territorio alavés, por cuanto que la mayoría de personas jubiladas, varones y féminas, alcanzan el nivel de estudios primarios mayoritariamente. Hay muy pocas personas jubiladas de ambos sexos que dispongan de otros estudios o formación superior. Los porcentajes en estas categorías superiores son muy escasos.

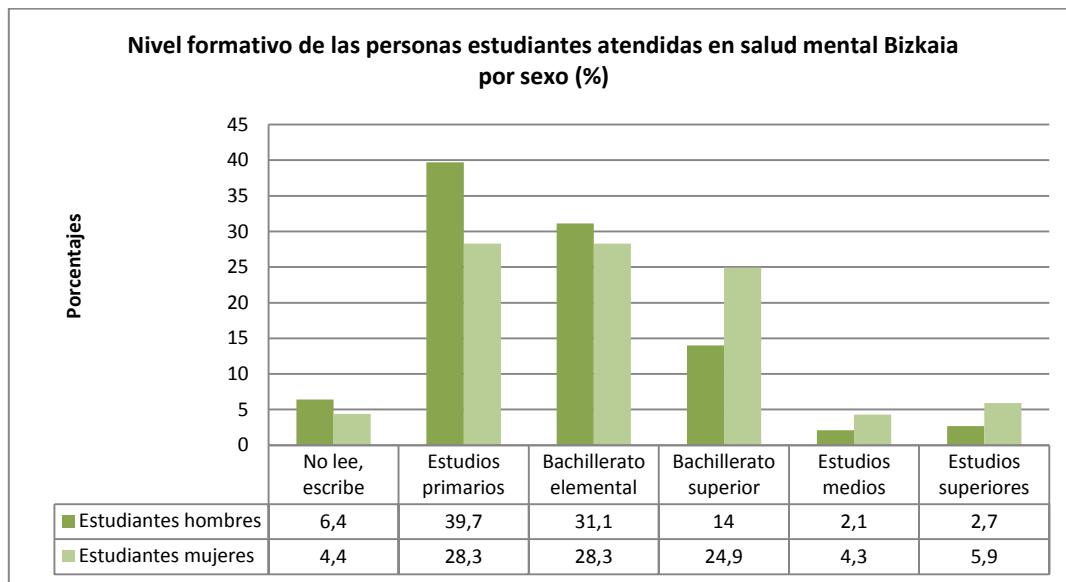


En la proporción de sexos sucede en Gipuzkoa lo mismo que en Álava, que ellas sólo son mayor proporción que los hombres cuando se trata de estudios medios. En el resto de categorías son más los hombres jubilados de Gipuzkoa que las mujeres en las mismas condiciones que disponen de otros títulos o niveles formativos.



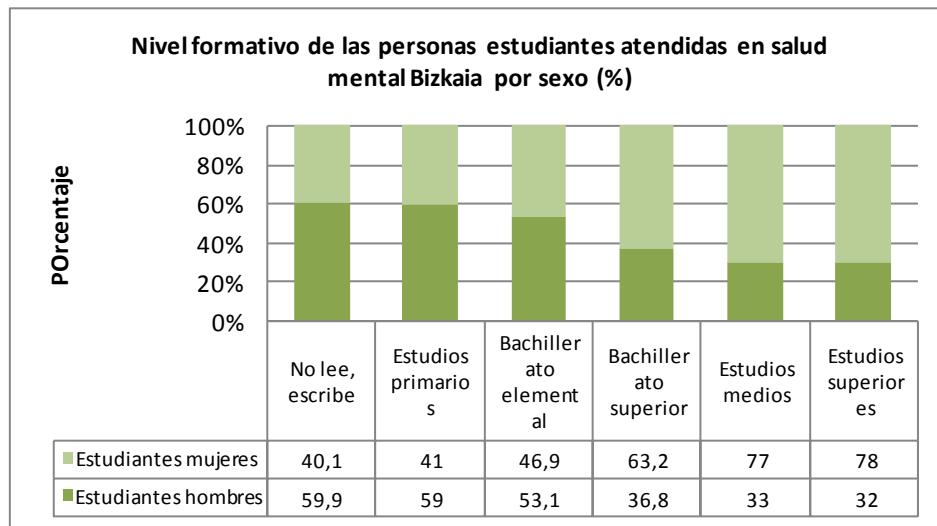
En cuanto al nivel formativo de las personas estudiantes, no cabe hacer mayores interpretaciones, puesto que no han terminado el proceso y el grado educativo en el que se sitúan está asociado con la edad de estos y estas pacientes.

Respecto a Bizkaia cabe señalar que la mayoría de los estudiantes varones atendidos está en el nivel de estudios primarios y que ellas, las pacientes de la red, están aún cursando estudios primarios o en bachiller elemental. Hay más chicas de bachiller superior que chicos de ese nivel entre las personas atendidas en salud mental de Bizkaia.

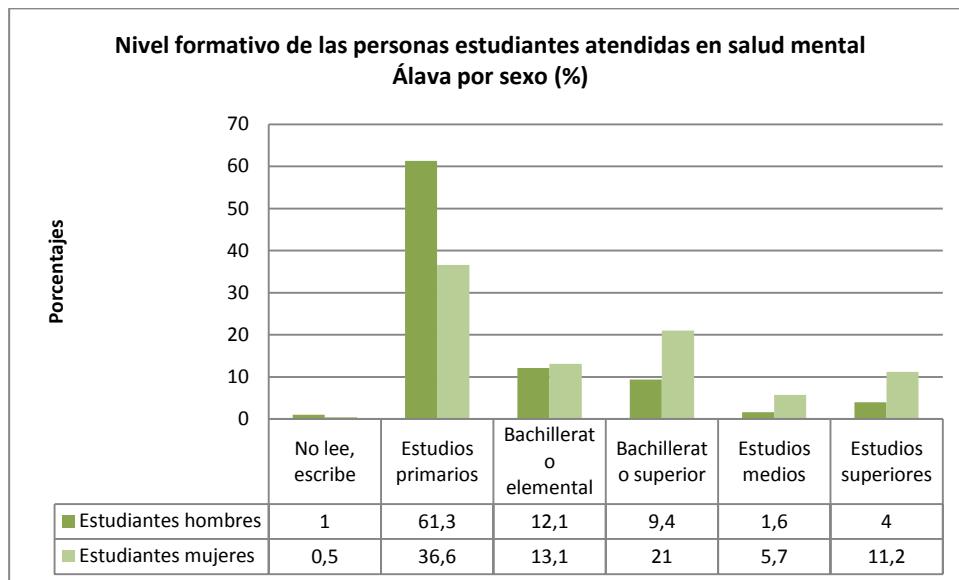


Más de 7 de cada 10 estudiantes en Bizkaia que reciben atención en salud mental con estudios medios o superiores son mujeres. 6 de cada 10 son féminas con bachiller superior. En los niveles educativos inferiores son más los hombres atendidos. Todo parece indicar, pues, que los chicos tratados en Salud mental tienen edades inferiores que las chicas, como ya vimos al analizar las edades de las personas atendidas. En este caso, siendo todos y todas estudiantes, como se ha manifestado, el nivel educativo viene determinado por la edad. En cualquier caso, en Bizkaia las personas atendidas que están estudiando y son tratadas en este servicio, aunque son mayoritariamente estudiantes de primaria,

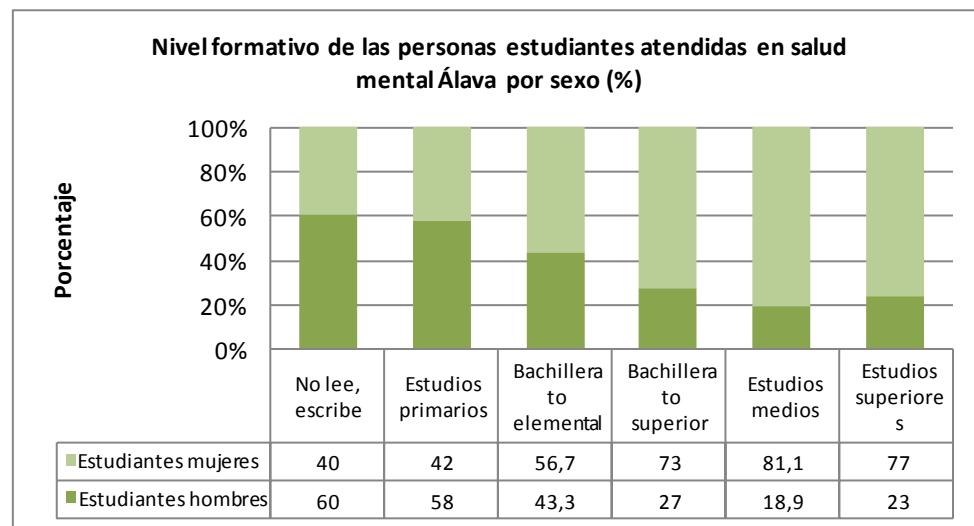
también se reparten en mayor medida que en los otros dos territorios en otros niveles educativos superiores.



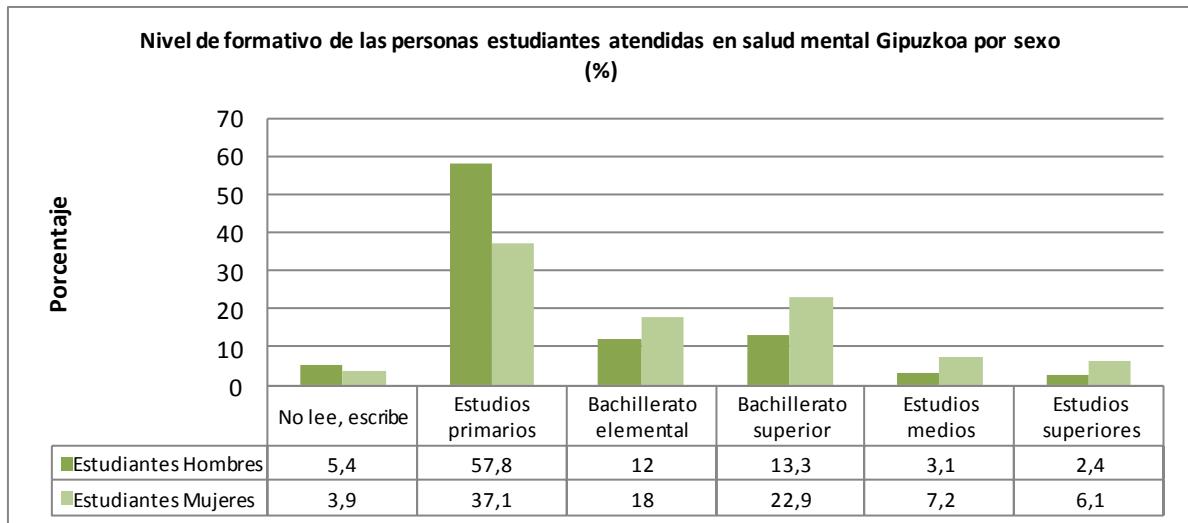
En Álava, la gran mayoría de estudiantes de ambos性es están aún cursando estudios primarios. Parece que los y las estudiantes de más edad, con estudios superiores no acuden a tratamiento en igual medida que en Bizkaia. Todo ello indica que las personas atendidas en salud mental en Álava son más jóvenes que las atendidas en el mismo servicio en territorio bizkaino.



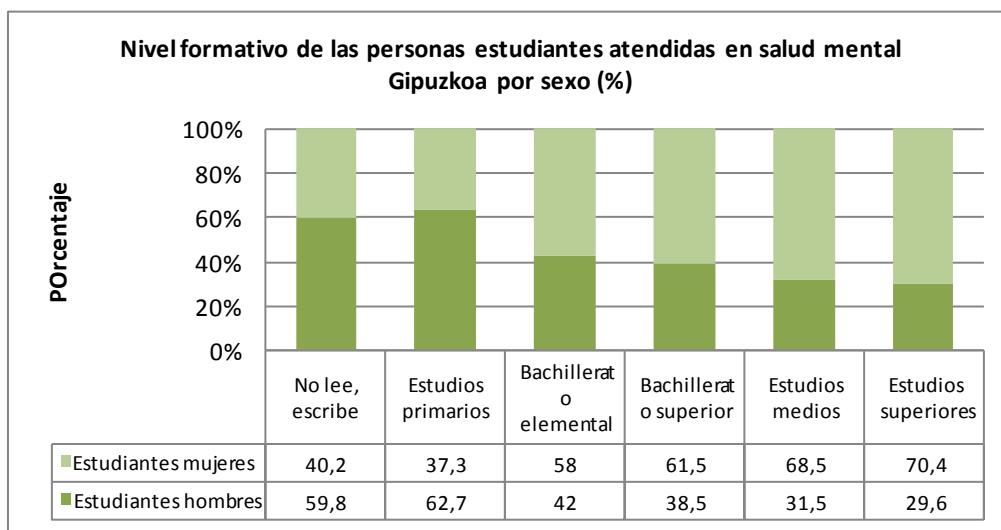
Una vez más, la representación por sexos cede a favor de la presencia femenina entre las personas tratadas en salud mental en niveles educativos superiores, es decir, que cuando la persona tratada resulta ser estudiante en una etapa educativa inferior, resulta más probable que sea un varón. Por el contrario, si la paciente que estudia niveles superiores solicita atención en este servicio, será con más probabilidad mujer.



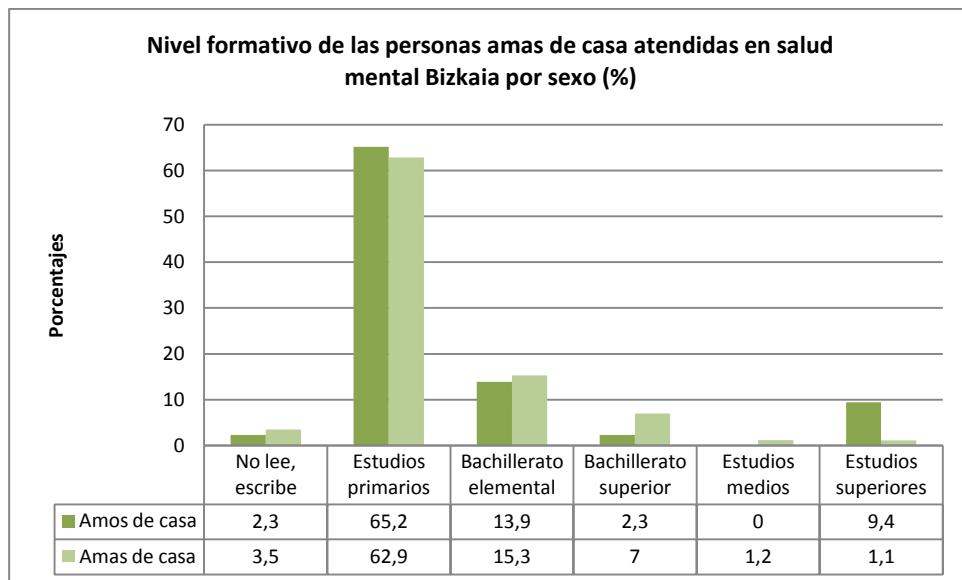
En Gipuzkoa sucede lo mismo que en Álava, es decir, que la mayoría de las personas tratadas estudiantes, están cursando estudios primarios, sobre todo si son varones (57,8%). Son pacientes jóvenes, en general, o más jóvenes que las y los de Bizkaia que, como se ha manifestado, acuden en mayor medida al servicio cuando están cursando otros ciclos formativos de mayor nivel. En Gipuzkoa, los porcentajes de estudiantes tratados/as que cursan niveles superiores es proporcionalmente inferior al de quienes están en primaria. Así pues, son tan jóvenes, en su mayoría, como los y las del territorio de Álava.

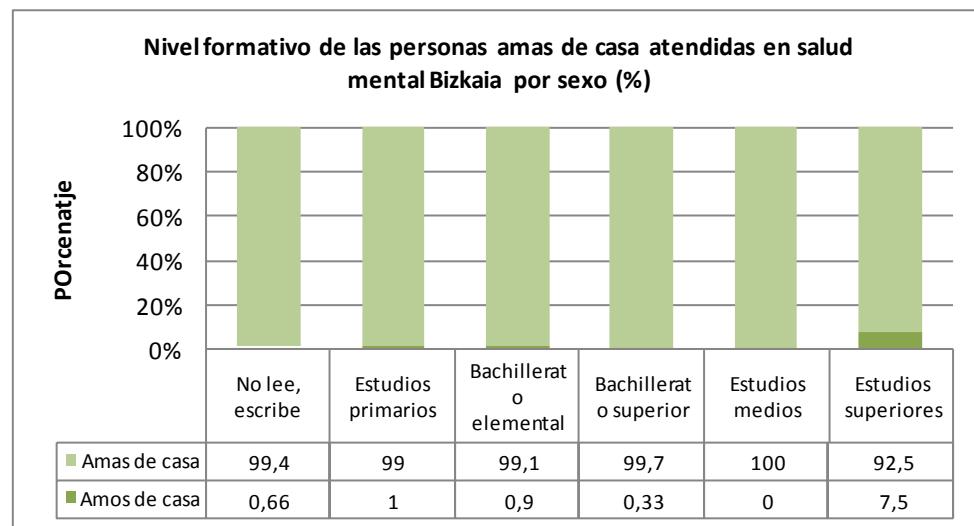


Una vez más, la representación por sexos cede a favor de la presencia femenina entre las personas tratadas en salud mental en niveles educativos superiores, es decir, que cuando la persona tratada resulta ser estudiante en una etapa educativa inferior, resulta más probable que sea un varón, pero sólo hasta el nivel de estudios primarios incluidos. Si la persona que reclama el uso de los servicios de salud mental es estudiante de bachiller elemental y los niveles siguientes, hasta estudios superiores, resulta que será con más probabilidad mujer.



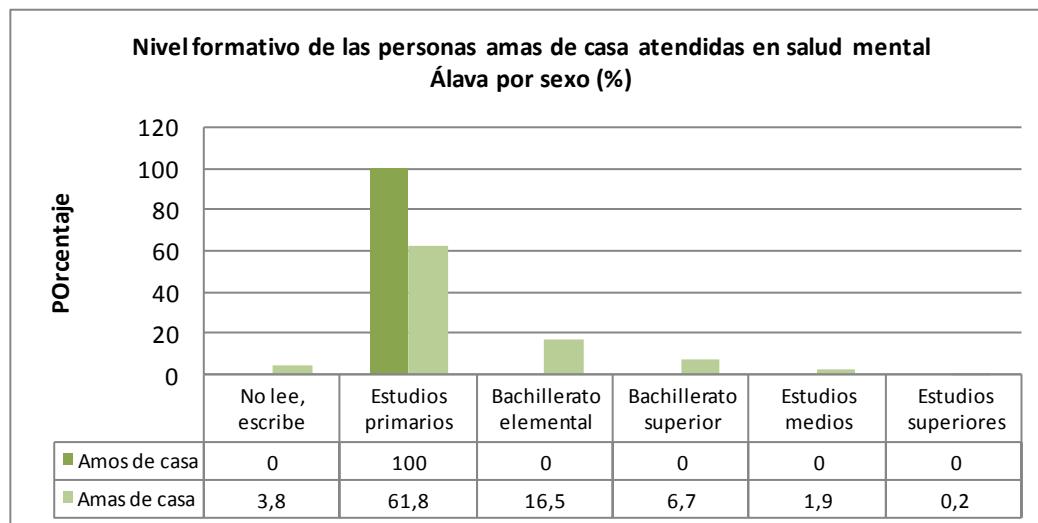
En Bizkaia, los hombres y mujeres atendidas en Osakidetza que declaran ser amos y amas de casa poseen un nivel formativo primario mayoritariamente, son 6 de cada 10 hombres y 6 de cada 10 mujeres las personas que se dedican a las tareas domésticas con ese nivel formativo. Existen menos personas que se dedican a estas labores y que poseen formación académica de mayor nivel.



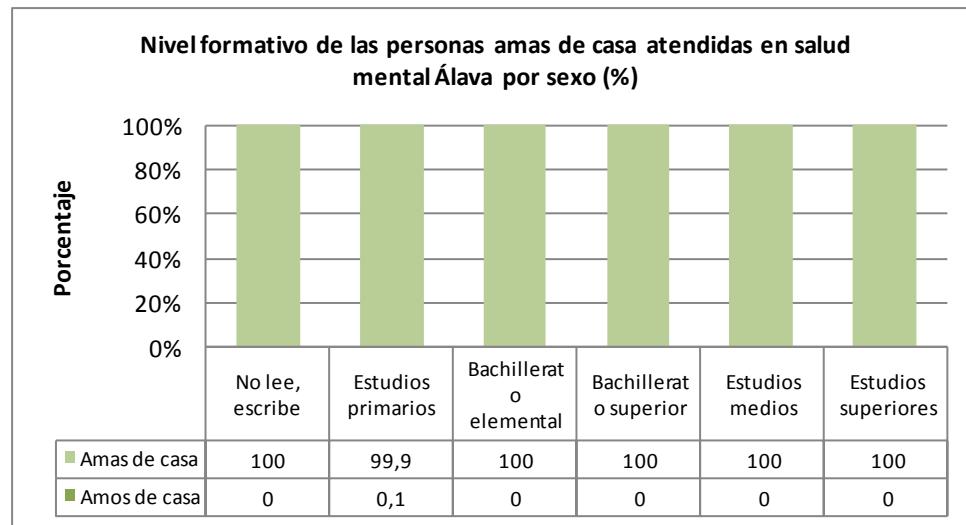


En la representación por sexos, la presencia masculina es prácticamente inexistente salvo cuando analizamos el caso de hombres dedicados a las tareas domésticas que tienen un nivel académico superior. En todos los demás casos. Esto significa que las personas amas de casa son básicamente mujeres, sea cual sea su nivel académico.

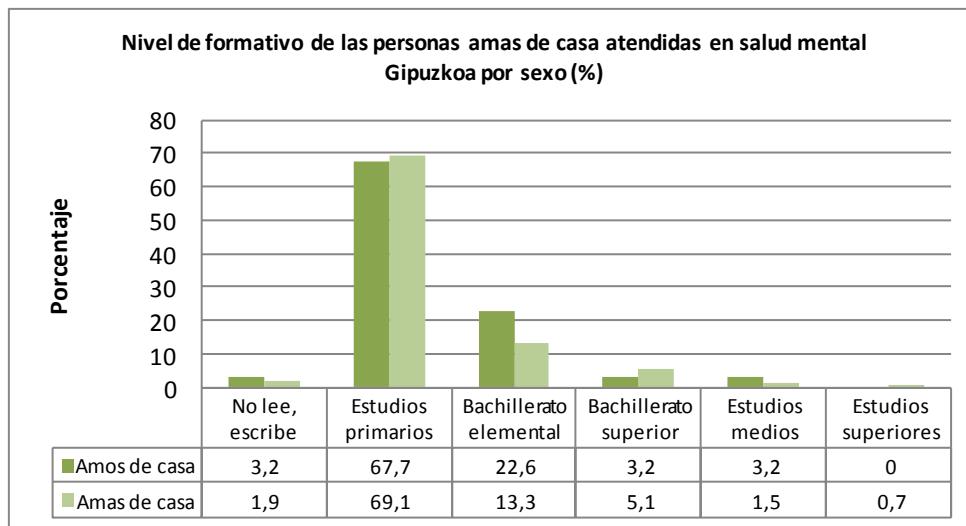
En Álava tampoco existe un volumen excesivo de hombres dedicados a las tareas domésticas y que hayan acudido a los servicios de salud mental de la zona, los únicos que figuran poseen estudios primario. También las mujeres de Álava que se dedican a las labores del hogar poseen mayoritariamente estudios primarios, pero aparecen ejerciendo esta tarea en niveles educativos superiores, aunque en menor proporción.



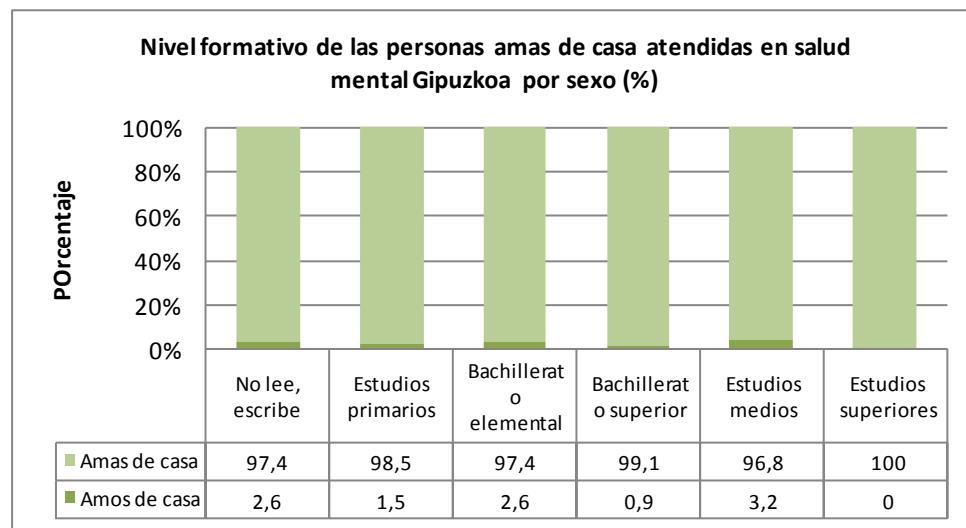
En Álava no se refleja ningún equilibrio en función del sexo cuando se trata del ejercicio de las tareas domésticas, igual que en Bizkaia. Las amas de casa son básicamente, casi únicamente mujeres, lo cual significa que independientemente de su nivel académico, lo más probable es que cualquier persona que acuda a solicitar ayuda a la red y declare dedicarse a las tareas del hogar es con toda probabilidad mujer.



Los amos y las amas de casa de Gipuzkoa atendidas por los servicios de salud mental poseen mayoritariamente estudios primarios, tal y como resulta en Bizkaia y Álava, pero aquí, en Gipuzkoa, hay una mayor proporción de hombres con niveles educativos superiores que también se dedican a esta tarea. La mayor proporción de las amas de casa mujeres también dispone únicamente de estudios primarios.



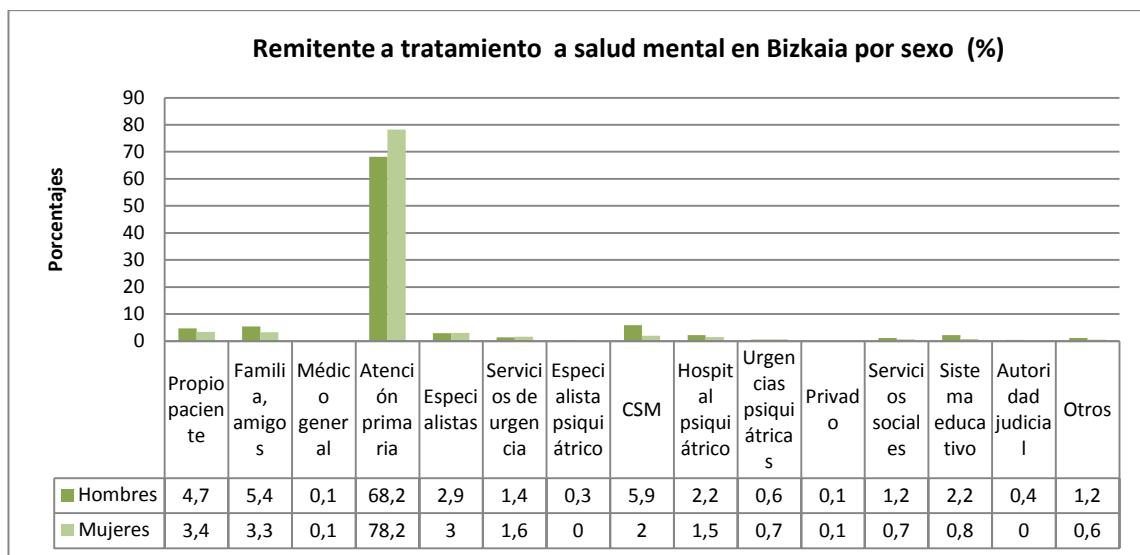
En Gipuzkoa, a diferencia de lo que sucedía en Álava, los hombres amos de casa están representados en todos los niveles escolares, salvo en el superior. No es que se trate de un número destacado de ellos, pero al menos están más representados en todos los niveles educativos que en Bizkaia y Álava. Sin embargo, en comparación con la representación femenina en esta tarea es anecdótica la presencia masculina en la representación por sexos en esta dedicación y en cualquier nivel de instrucción.



2.1.12. Remisión a la red de salud mental

Pero ¿cómo llegan las personas, o por qué vía, hasta los CSM de la Red? El mayor porcentaje en Bizkaia es derivado desde los servicios de atención primaria, más las mujeres (78,2%) que los hombres (68,2%), que son también quienes acuden en mayor medida que ellas al propio centro de salud mental (5,9%), por iniciativa propia (4,7%) o por recomendación de amigos y familiares (5,4%). En el caso de las mujeres el acceso mayoritario, como se ha dicho, proviene de parte de la consulta de atención primaria (78,2%), por parte de amigos y familia (3,3%) o por iniciativa propia (3,4%).

Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia por sexo y remitente (N y %)						
REMITENTE	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Propio paciente	1032	4,7	829	3,4	1861	4
Familia, amigos	1182	5,4	804	3,3	1986	4,3
Médico general	33	0,1	43	0,1	76	0,1
Atención primaria	15133	68,2	19535	78,2	34668	73,5
Especialistas	655	2,9	743	3	1398	2,9
Servicios de urgencia	327	1,4	387	1,6	714	1,6
Especialista psiquiátrico	59	0,3	19	0	78	0,1
CSM	1288	5,9	504	2	1792	3,9
Hospital psiquiátrico	495	2,2	354	1,5	849	1,9
Urgencias psiquiátricas	126	0,6	180	0,7	306	0,6
Privado	31	0,1	27	0,1	58	0,1
Servicios sociales	274	1,2	183	0,7	457	0,9
Sistema educativo	462	2,2	218	0,8	680	1,5
Autoridad judicial	84	0,4	19	0	103	0,2
Otros	267	1,2	125	0,6	392	0,8
No consta	687	3,2	985	4	1672	3,6
Total	22206	100	24999	100	47205	100

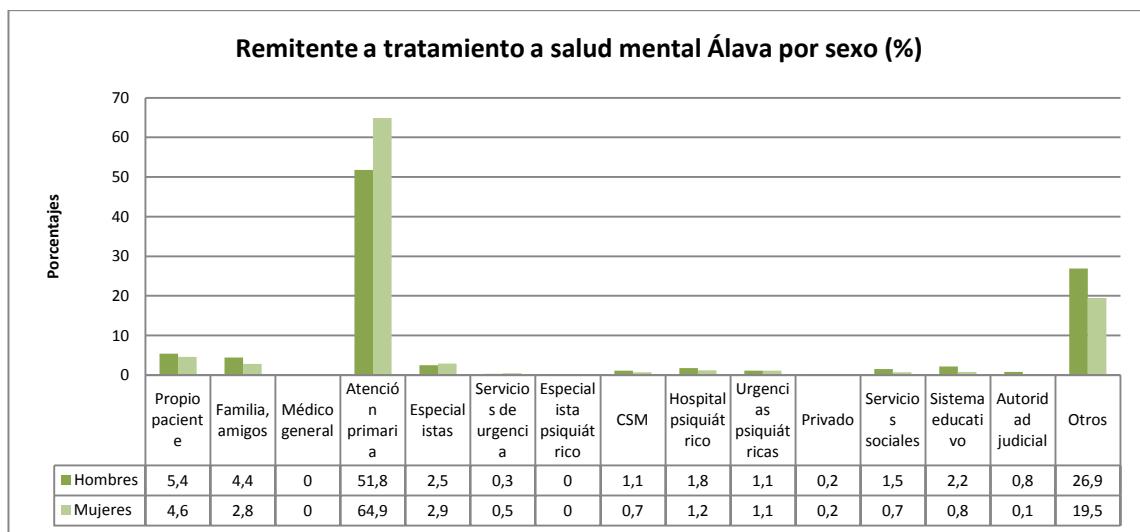


En Álava sucede lo mismo que en Bizkaia, que los hombres y mujeres atendidos en salud mental provienen mayoritariamente derivados por los y las profesionales de atención primaria, pero en Álava los porcentajes de derivación de esta fuente (atención primaria) son menores que en Bizkaia.

Los varones acceden en menor medida pero en segunda instancia por propia iniciativa (5,4%) o porque se lo sugiere la familia o las amistades (4,4%). Ellas deciden en segundo término acudir por decisión propia (4,6%) o derivadas en tercera instancia por especialistas (2,9%).

Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo y remitente (N y %)

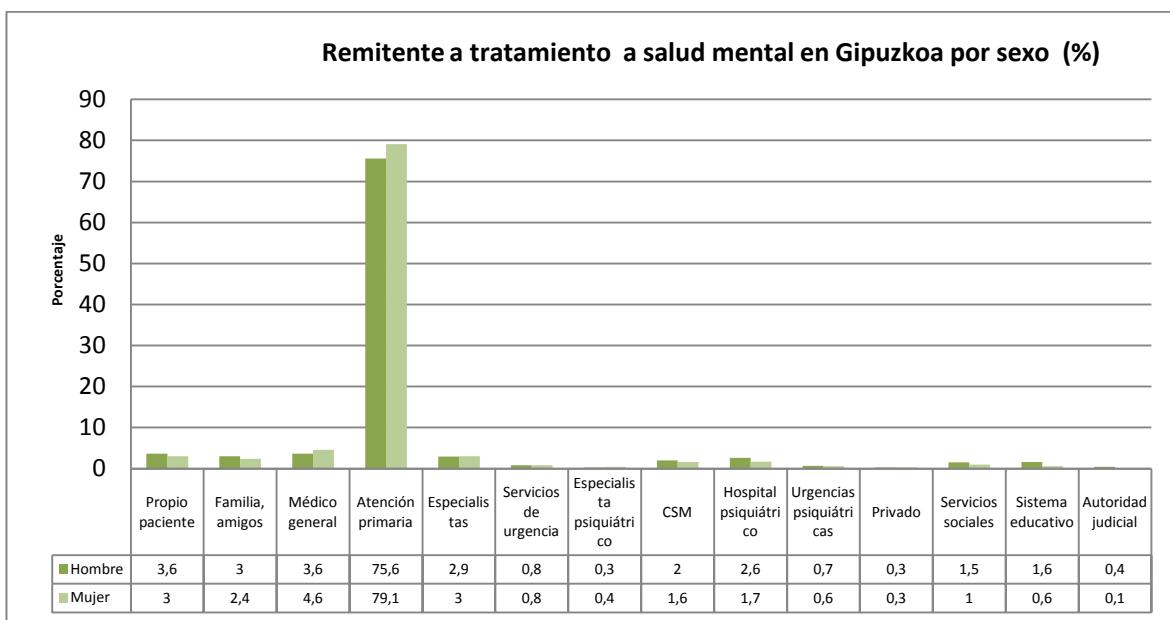
REMITENTE	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Propio paciente	248	5,4	255	4,6	503	5,0
Familia, amigos	202	4,4	155	2,8	357	3,5
Médico general	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Atención primaria	2369	51,8	3578	64,9	5947	59,0
Especialistas	114	2,5	159	2,9	273	2,7
Servicios de urgencia	13	0,3	27	0,5	40	0,4
Especialista psiquiátrico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CSM	50	1,1	41	0,7	91	0,9
Hospital psiquiátrico	83	1,8	66	1,2	149	1,5
Urgencias psiquiátricas	49	1,1	59	1,1	108	1,1
Privado	8	0,2	11	0,2	19	0,2
Servicios sociales	68	1,5	41	0,7	109	1,1
Sistema educativo	101	2,2	45	0,8	146	1,4
Autoridad judicial	37	0,8	3	0,1	40	0,4
Otros	1230	26,9	1075	19,5	2305	22,8
No consta	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	4573	100,0	5515	100,0	10088	100,0



En Gipuzkoa los hombres y mujeres que acuden a los CSM provienen mayoritariamente derivados de parte de los y las profesionales de atención primaria, y básicamente desde ahí. Desde atención primaria acuden a los servicios de salud mental más de 7 de cada 10 hombres y casi 8 de cada 10 mujeres. En cuanto a la segunda y tercera fuente de derivación, la realidad de los y las pacientes de Gipuzkoa es que ellos acuden por iniciativa propia (3,6%) o derivados desde Medicina general (3,6%) y ellas acuden por recomendación del médico general (4,6%), por iniciativa propia (3%) o por sugerencia de especialistas (3%).

Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo y remitente (N y %)

REMITENTE	SEXO				Total	
	Hombre		Mujer			
	N	%	N	%	N	%
Propio paciente	352	3,6	348	3	700	3,3
Familia, amigos	295	3	274	2,4	569	2,7
Médico general	350	3,6	528	4,6	878	4,2
Atención primaria	7362	75,6	9024	79,1	16386	77,5
Especialistas	281	2,9	346	3	627	3
Servicios de urgencia	82	0,8	93	0,8	175	0,8
Especialista psiquiátrico	26	0,3	51	0,4	77	0,4
		Mujer		Total		
		N	%	N	%	
CSM	194	2,0	180	1,6	374	1,8
Hospital psiquiátrico	249	2,6	192	1,7	441	2,1
Urgencias psiquiátricas	66	0,7	65	0,6	131	0,6
Privado	29	0,3	30	0,3	59	0,3
Servicios sociales	142	1,5	113	1	255	1,2
Sistema educativo	151	1,6	66	0,6	217	1
Autoridad judicial	38	0,4	13	0,1	51	0,2
Otros	81	0,8	61	0,5	142	0,7
No consta	38	0,3	29	0,3	67	0,2
Total	9736	100	11413	100	21149	100

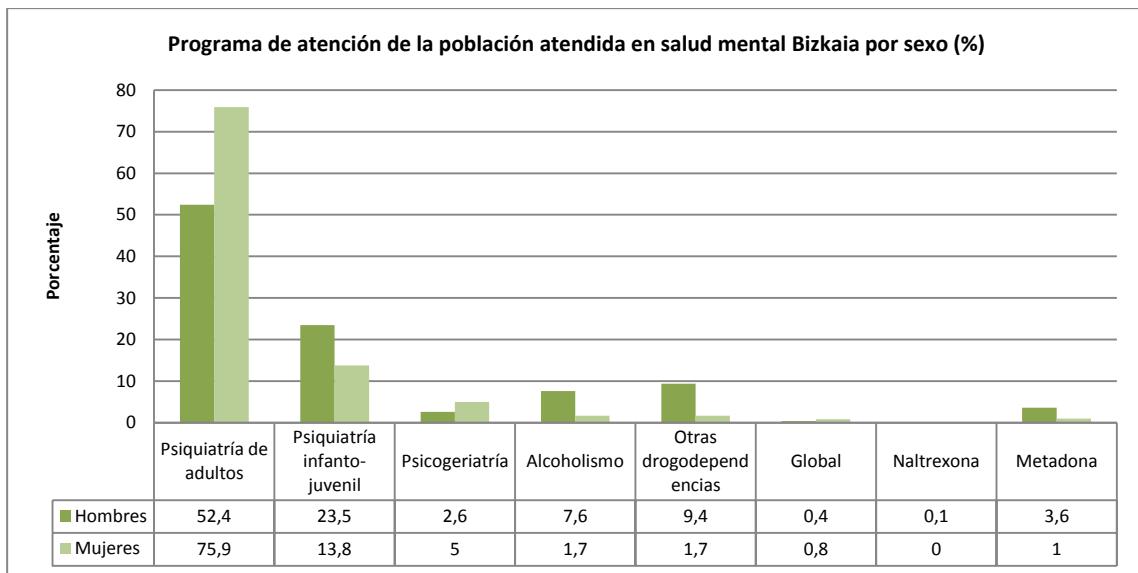


2.1.13. Programa de atención

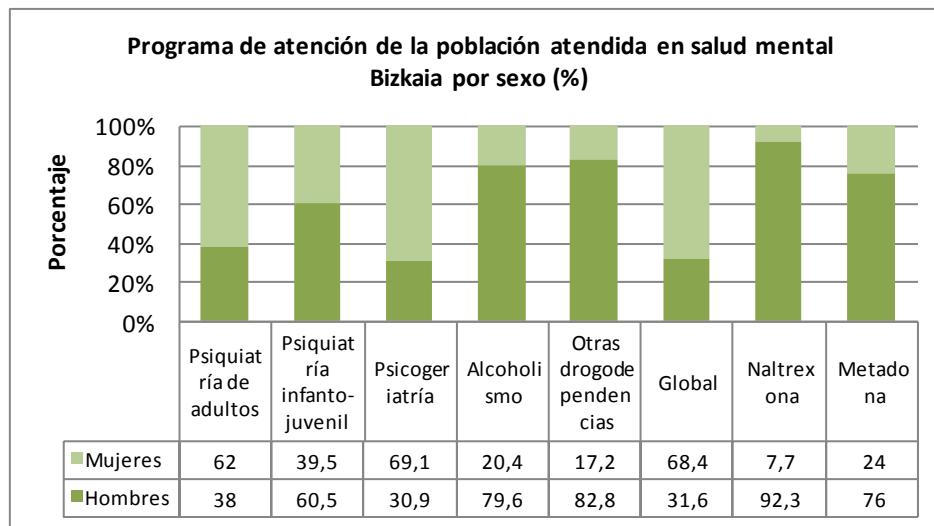
Tras este paso por los servicios de atención primaria, en Bizkaia sólo la mitad de los hombres (52,3%) son derivados a los servicios de psiquiatría de adultos, de todos los hombres atendidos (22.206), mientras que 3 de cada 4 mujeres (75,9% de las 24.999 mujeres) son conducidas a ese servicio. El segundo lugar de derivación en este territorio, teniendo en cuenta las proporciones, son los centros de atención psiquiátrica infanto juveniles, a los que se derivan más hombres (23,5%) que mujeres (13,8%). Los varones, más que las féminas, presentan problemas por el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que acceden a servicios especializados de deshabituación y tratamiento de las drogodependencias, incluido el tratamiento del alcoholismo, los pacientes que se derivan a metadona y a naltrexona como tratamiento de su adicción a los opiáceos (20,7%). Ellas en tercera instancia son tratadas en los servicios de psicogeriatría (5%), por lo que se manifestaba en cuanto a la mayor presencia de las mujeres mayores en los servicios de salud mental.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia por sexo y programa de atención (N y %)

PROGRAMA DE ATENCIÓN	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Psiquiatría de adultos	11602	52,4	18947	75,9	30549	64,8
Psiquiatría infanto-juvenil	5264	23,5	3440	13,8	8704	18,5
Psicogeriatría	558	2,6	1249	5	1807	3,9
Alcoholismo	1680	7,6	431	1,7	2111	4,4
Otras drogodependencias	2088	9,4	433	1,7	2521	5,4
Global	91	0,4	197	0,8	288	0,6
Naltrexona	24	0,1	2	0	26	0
Metadona	813	3,6	256	1	1069	2,2
No consta	86	0,4	44	0,1	130	0,2
Total	22206	100	24999	100	47205	100



En cuanto a la distribución por sexos se comprueba que las mujeres son más que los varones en los servicios psiquiátricos de adultos (62%), en psicogeriatría (69,1%) y en los servicios globales (68,4%), pero en los servicios de drogodependencias y alcoholismo están los hombres representados en mayor medida. También en psiquiatría infanto juvenil (60,5%).

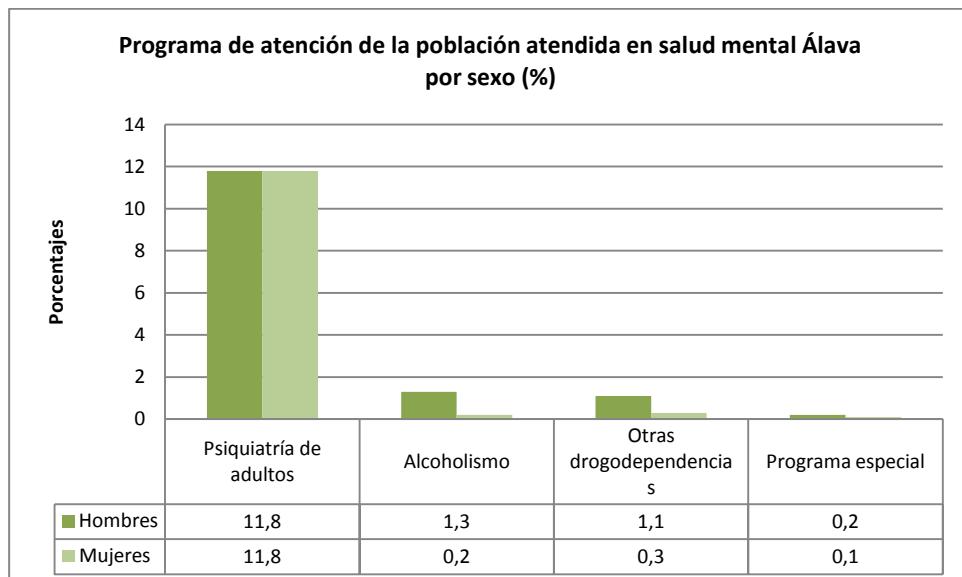


En Álava existe un porcentaje altísimo de historias clínicas que no señalan el servicio al que son dirigidos los y las pacientes de salud mental. A través de las historias que sí recogen esta información conocemos que hombres y mujeres son derivados a psiquiatría de adultos/as en las mismas proporciones (11,8% respectivamente) en primera instancia. Los varones, en segundo lugar son atendidos por presentar un problema de adicción al alcohol u otras sustancias. Ellas también pero en menores proporciones que los varones.

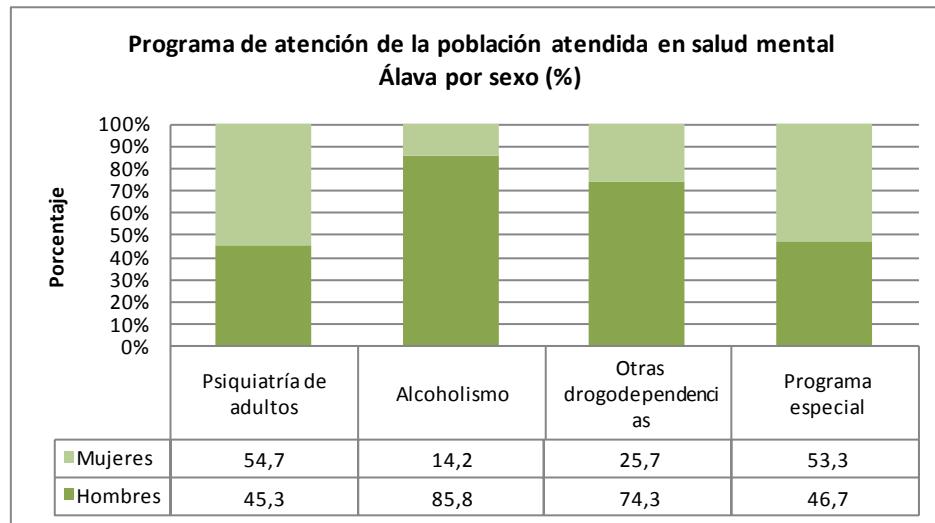
Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo y programa de atención (N y %)

PROGRAMA DE ATENCIÓN	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Psiquiatría de adultos	540	11,8	651	11,8	1191	11,8
Alcoholismo	60	1,3	10	0,2	70	0,7
Otras drogodependencias	52	1,1	18	0,3	70	0,7
Programa especial	7	0,2	8	0,1	15	0,1
No consta	3914	85,6	4828	87,6	8742	86,7
Total	4573	100,0	5515	100,0	10088	100,0

En Álava aparecen menos servicios de derivación, debido sin duda a la escasez de datos. Sólo se mencionan los servicios de psiquiatría para personas adultas y los que atienden la adicción. No figuran personas derivadas a psiquiatría infanto juvenil o psicogeriatría.



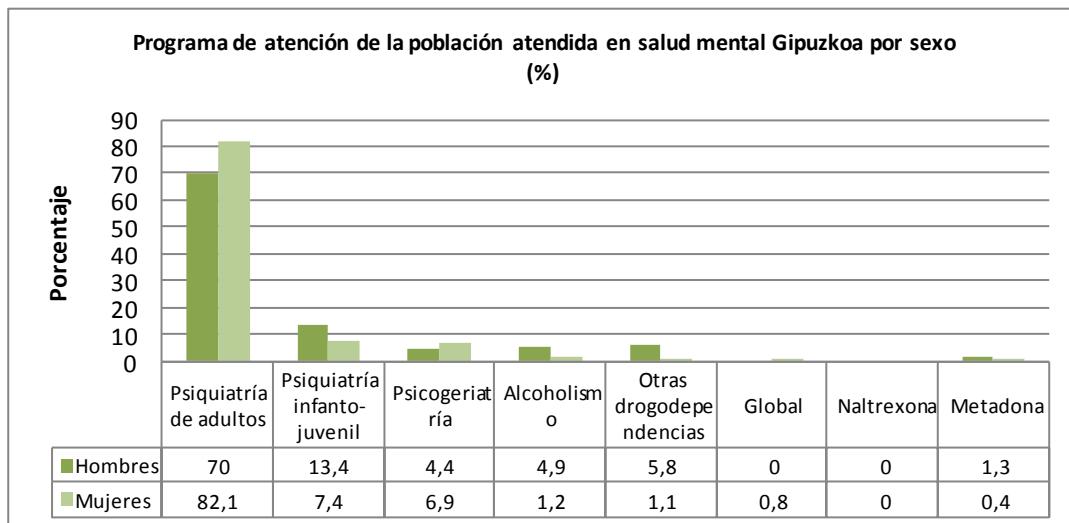
En cuanto a la proporcionalidad por sexos, los hombres están más representados que las mujeres en todos los servicios salvo en el global. El equilibrio mayor en cuanto al sexo de las personas atendidas se produce en los servicios de psiquiatría para personas adultas. En los recursos de drogodependencias los hombres son protagonistas en mayor medida que las mujeres, tal y como sucedía en Bizkaia.



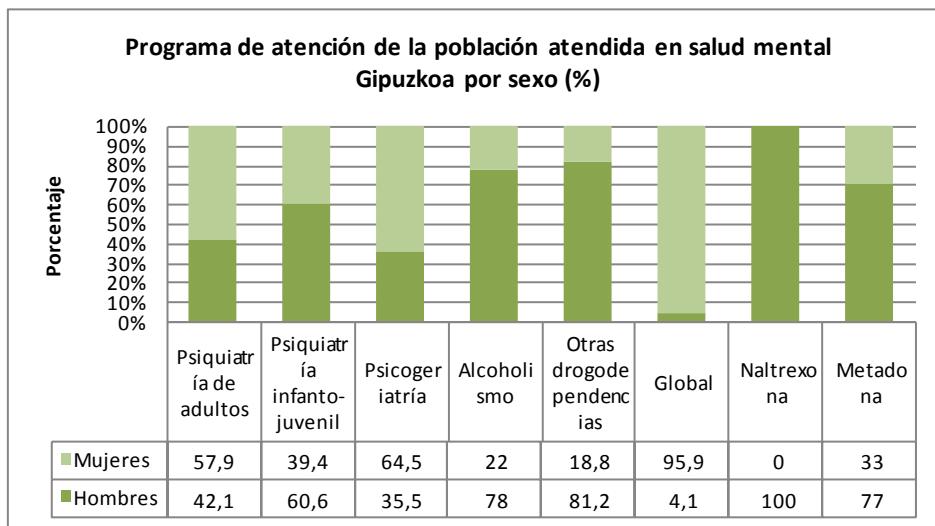
En Gipuzkoa vuelven a aparecer tantos servicios como en Bizkaia, por lo que los hombres y mujeres atendidas se distribuyen entre ellos en mayor medida que en Álava. Por ello, la distribución porcentual señala que las derivaciones principales en hombres y mujeres se realizan a los servicios de psiquiatría de adultos/as. 7 de cada 10 hombres (70%) se atienden en este recurso y más de 8 de cada 10 mujeres (82,1%) también.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo y programa de atención (N y %)						
PROGRAMA DE ATENCIÓN	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Psiquiatría de adultos	6818	70	9374	82,1	16192	76,6
Psiquiatría infanto-juvenil	1296	13,4	842	7,4	2138	10,1
Psicogeriatría	432	4,4	786	6,9	1218	5,8
Alcoholismo	473	4,9	134	1,2	607	2,9
Otras drogodependencias	557	5,8	129	1,1	686	3,2
Global	4	0	93	0,8	97	0,5
Naltrexona	4	0	0	0	4	0
Metadona	131	1,3	39	0,4	170	0,8
No consta	21	0,2	16	0,1	37	0,1
Total	9736	100	11413	100	21149	100

En segundo lugar ellos, los hombres, mejor dicho los chicos más jóvenes son atendidos en los servicios de psiquiatría infanto juvenil (13,4%), en mayor medida que ellas, que sólo son derivadas a este recurso en un 7,4% de los casos. En tercer lugar, los varones son tratados en los recursos de drogodependencias y alcoholismo, con herramientas como los programas de metadona y naltrexona (12%). Ellas en psiquiatría geriátrica (6,9%).



En la representación por sexos de Gipuzkoa, y tal y como sucedía en Bizkaia, se comprueba que las mujeres son más que los varones en los servicios psiquiátricos de adultos (57,9%), en psicogeriatría (64,5%) y en los servicios globales (95,9%), pero en los servicios de drogodependencias y alcoholismo están los hombres representados en mayor medida. También en psiquiatría infanto juvenil (64,5%).



2.1.14. Provincia de nacimiento

La gran mayoría de las personas atendidas en los centros de referencia de Bizkaia han nacido en este territorio (26.239). Por detrás de esta cifra observamos otra, muy engrosada, que nos advierte que se deja de recoger la provincia de nacimiento de muchas de las personas atendidas (11.007). Tras ésta, destaca la atención que se dispensa en Bizkaia a otros territorios limítrofes como Burgos (1.077) y Cantabria (652), personas nacidas en Extremadura (Cáceres y Badajoz), León, Palencia o Salamanca por mencionar sólo algunas.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia por sexo y provincia de nacimiento (N)						
LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
CAPV	12919	58,1	13881	55,5	26800	56,7
Fuera de la CAPV	3400	15,3	4858	19,4	8259	17,5
Países Extranjeros	563	2,5	575	2,3	1138	2,4
No Consta	5323	24	5684	22,7	11007	23,3
Sin domicilio	1	0	0	0	1	0
Otras comunidades						
Andalucía	351		483		834	
Aragón	46		78		124	
Asturias	85		84		169	
Baleares	7		15		22	
Canarias	14		19		33	
Cantabria	229		423		652	
Castilla la Mancha	101		146		247	
Castilla y León	1380		2036		3416	
Cataluña	77		79		156	
Comunidad Valenciana	46		37		83	
Extremadura	394		543		937	
Galicia	397		545		942	
Madrid	98		121		219	
Murcia	19		6		25	
Navarra	68		96		164	
La Rioja	83		138		221	
Total	22206		24999		47205	

Grosso modo, más de la mitad de los hombres y mujeres atendidos en el territorio histórico de Bizkaia ha nacido en el País Vasco. Un 15,3% de los hombres y un 19,4% de las mujeres atendidas han nacido fuera de la CAPV (Castilla León, Extremadura, Galicia, etc.) y sólo se atiende a un 2,3-2,5% de hombres y mujeres extranjeras en los servicios de Bizkaia.

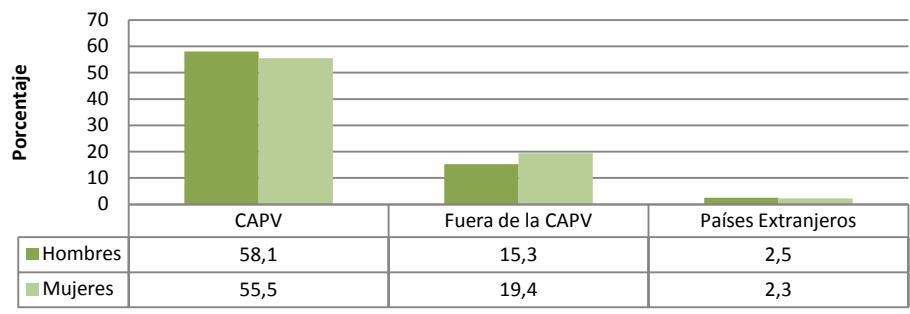
Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia por sexo y provincia de nacimiento (N)

LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO		Total	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO		Total
	Hombre	Mujer			Hombre	Mujer	
Alava	87	120	207	Málaga	103	119	222
Albacete	15	14	29	Murcia	19	6	25
Alicante	12	8	20	Navarra/Nafarroa	68	96	164
Almería	7	12	19	Orense	86	118	204
Ávila	47	56	103	Asturias/Oviedo	85	84	169
Badajoz	211	271	482	Palencia	191	311	502
Baleares	7	15	22	Las Palmas	11	9	20
Barcelona	53	57	110	Pontevedra	48	55	103
Burgos	422	655	1077	Salamanca	164	256	420
Cáceres	183	272	455	S. Cruz de Tenerife	3	9	12
Cádiz	28	40	68	Cantabria/Santander	229	423	652
Castellón	2	6	8	Segovia	29	27	56
Ciudad Real	55	93	148	Sevilla	32	48	80

Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia por sexo y provincia de nacimiento (N)

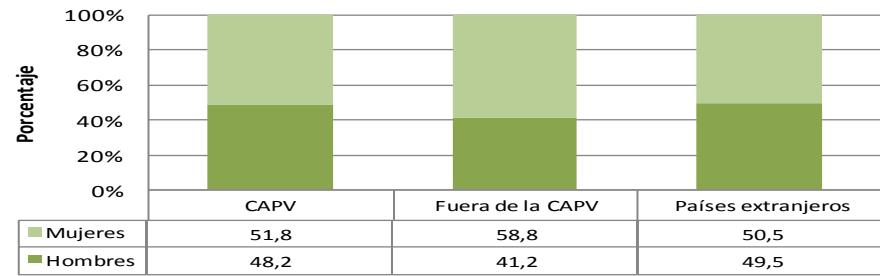
LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO		Total	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO		Total
	Hombre	Mujer			Hombre	Mujer	
Córdoba	44	81	125	Soria	31	34	65
La Coruña	144	210	354	Tarragona	11	10	21
Cuenca	3	6	9	Teruel	6	3	9
Gerona	5	7	12	Toledo	16	21	37
Granada	34	53	87	Valencia	32	23	55
Guadalajara	12	12	24	Valladolid	134	194	328
Gipuzkoa	162	192	354	Vizcaya/Bizkaia	12670	13569	26239
Huelva	24	32	56	Zamora	180	251	431
Huesca	9	10	19	Zaragoza	31	65	96
Jaén	79	98	177	Ceuta	2	3	5
León	182	252	434	Melilla	3	8	11
Lérida	8	5	13	Países Extranjeros	563	575	1138
La Rioja	83	138	221	No Consta	5323	5684	11007
Lugo	119	162	281	Sin domicilio	1	0	1
Madrid	98	121	219	Total	22206	24999	47205

Procedencia de la población asistida en salud mental Bizkaia por sexo (%)



En Bizkaia, son más mujeres que hombres las pacientes autóctonas, las que han nacido fuera del País Vasco y las que provienen del extranjero. Entre las personas nacidas en el extranjero se produce un mayor equilibrio por sexos, se trata de pacientes hombres y mujeres casi en proporciones idénticas. Son mujeres casi 6 de cada 10 de las personas tratadas que han nacido fuera de la comunidad vasca y poco más de 5 de cada 10 las que han nacido en el País Vasco.

Procedencia de la población asistida en salud mental Bizkaia por sexo (%)



En Álava prácticamente el total de la población atendida en sus servicios de salud mental han nacido en el País Vasco: Son nacidos en la CAPV el 98,8% del total de varones atendidos y el 99,7% de las mujeres usuarias de estos servicios. El resto de pacientes, hombres y mujeres han nacido fuera Euskadi. No aparecen pacientes extranjeros/as en estos servicios del territorio de Álava.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo y provincia de nacimiento (N)

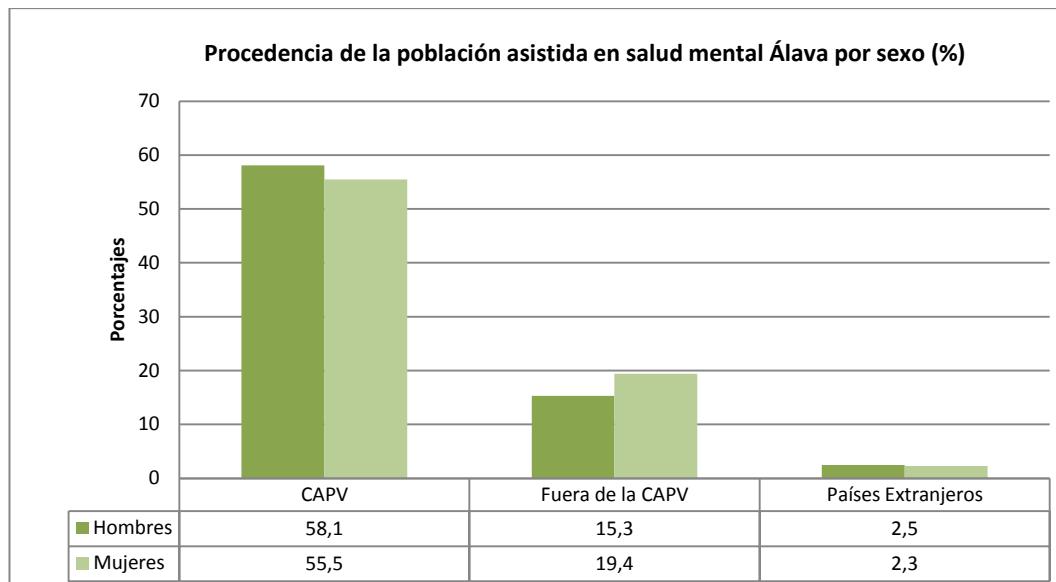
LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
CAPV	4565	98,8	5503	99,7	10068	99,2
Fuera de la CAPV	52	1,2	34	0,6	86	0,8
Países Extranjeros	-	-	-	-	-	-
No Consta	2	0,0	1	0,0	3	0,0
Sin domicilio	-	-	-	-	-	-

Otras comunidades	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Andalucía	2		1		3	
Aragón	2		1		3	
Asturias	1		2		3	
Baleares	-	-	-	-	-	-
Canarias	-	-	-	-	-	-
Cantabria	1		0		1	
Castilla la Mancha	-	-	-	-	-	-
Castilla y León	37		22		59	
Cataluña	-	-	-	-	-	-
Comunidad Valenciana	1		0		1	
Extremadura	1		0		1	
Galicia	1		0		1	
Madrid	1		0		1	
Murcia	-	-	-	-	-	-
Navarra	2		4		6	
La Rioja	3		4		7	
Total	4619		5538		10157	

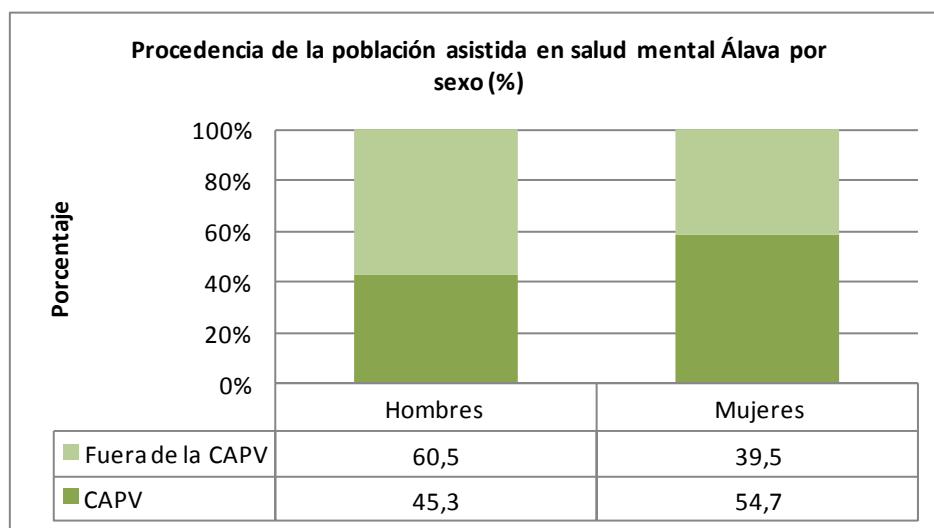
Como podemos ver en la tabla siguiente, de ese 98,8% de varones nacidos en el País Vasco en general, el 93,7% ha nacido en el territorio alavés. Del gran porcentaje de mujeres nacidas en la CAPV, el 96% también ha nacido en Álava.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava por sexo y provincia de nacimiento (N)

LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO		Total
	Hombre	Mujer	
Alava	4330	5320	9650
Navarra/Nafarroa	2	4	6
Asturias/Oviedo	1	2	3
Badajoz	1	0	1
Burgos	36	22	58
Cantabria/Santander	1	0	1
La Coruña	1	0	1
Valencia	1	0	1
Gipuzkoa	56	41	97
Zaragoza	2	1	3
Jaén	1	0	1
La Rioja	3	4	7
Madrid	1	0	1
Málaga	1	1	2
Salamanca	1	0	1
Vizcaya/Bizkaia	179	142	321
Total	4619	5538	10157



En cuanto a la distribución por sexos cabe señalar que las mujeres están más representadas que los hombres entre quienes han nacido en el País Vasco. Son varones más que mujeres las que proceden o han nacido fuera de la CAPV y han sido tratadas en los servicios de Salud mental de Álava.

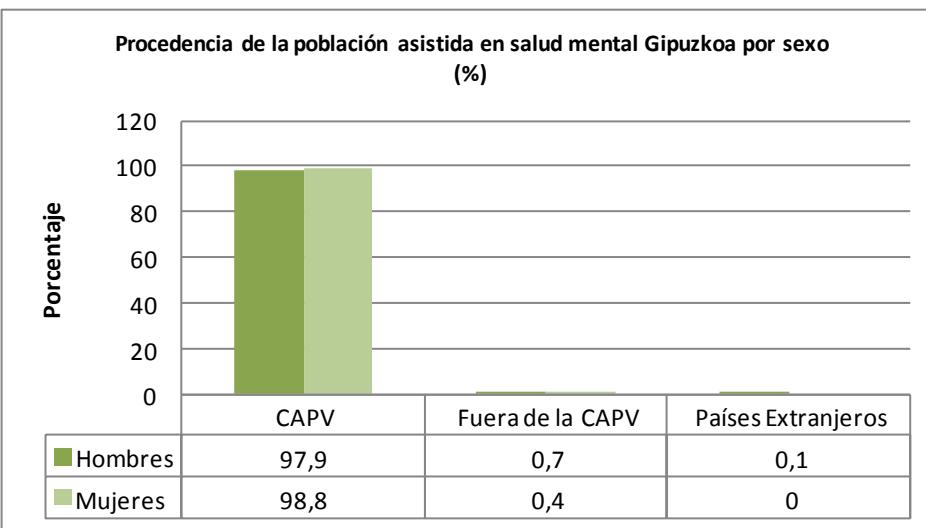


En Gipuzkoa, la situación en torno al lugar de nacimiento es similar a la de Álava, ya que los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental del territorio de Gipuzkoa proceden casi en su totalidad del País Vasco, nacidos/as en la CAPV. El 97,9% de los varones es autóctono y el 98,8% de las mujeres también. Sólo figuran 21 personas tratadas de origen extranjero.

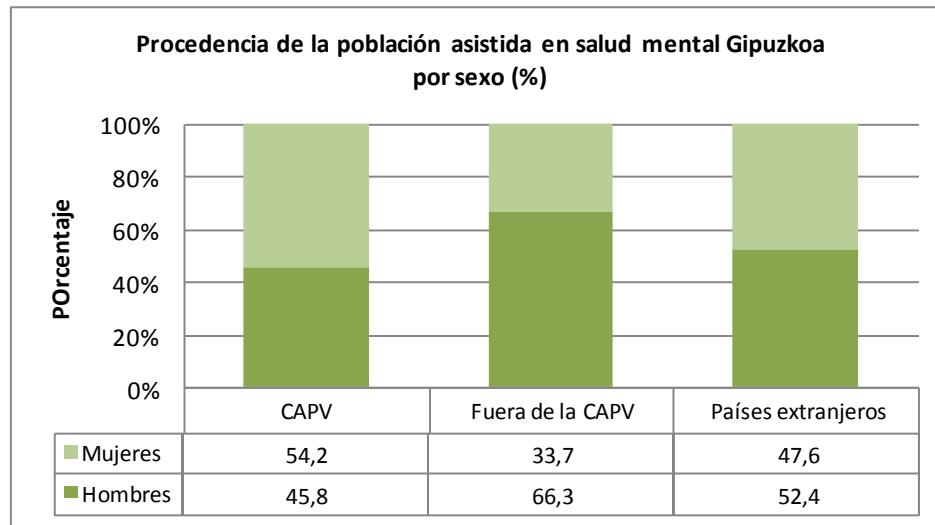
Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo y provincia de nacimiento (N)						
LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
CAPV	9534	97,9	11275	98,8	20809	98,5
Fuera de la CAPV	65	0,7	33	0,4	98	0,5
Países Extranjeros	11	0,1	10	0	21	0
No Consta	125	1,3	95	0,8	220	1,0
Sin domicilio	1	0	0	0	1	0
Otras comunidades		Hombre	Mujer	Total		
Andalucía	5		1		6	
Aragón	4		1		5	
Asturias	3		1		4	
Baleares	2		0		2	
Cantabria	2		0		2	
Castilla la Mancha	1		1		2	
Castilla y León	5		2		7	
Cataluña	4		1		5	
Comunidad Valenciana	4		1		5	
Extremadura	2		0		2	
Galicia	11		4		15	
Madrid	4		2		6	
Navarra	15		14		29	
La Rioja	1		0		1	
Total	9736		11413		21149	

Distribución de la población total atendida en salud mental en Gipuzkoa por sexo y provincia de nacimiento (N)

LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO			LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO		
	Hombre	Mujer	Total		Hombre	Mujer	Total
Alava	21	21	42	Orense	1	0	1
Alicante	1	1	2	Asturias/Oviedo	3	1	4
Badajoz	2	0	2	Pontevedra	5	2	7
Baleares	2	0	2	Salamanca	1	1	2
Barcelona	1	1	2	Cantabria/Santander	2	0	2
Burgos	1	0	1	Sevilla	0	1	1
Cádiz	2	0	2	Tarragona	2	0	2
Castellón	1	0	1	Toledo	1	1	2
La Coruña	3	2	5	Valencia	2	0	2
Gerona	1	0	1	Valladolid	0	2	2
Granada	2	0	2	Vizcaya	321	393	716
Gipuzkoa	9192	10861	20053	Zamora	1	0	1
Jaén	1	0	1	Zaragoza	4	1	5
León	2	1	3	Países Extranjeros	11	10	21
La Rioja	1	0	1	No consta	125	95	220
Lugo	2	0	2	Sin Domicilio	1	0	1
Navarra	15	14	29	Resto España	2	1	3
Madrid	4	2	6	Total	9736	11413	21149



En Bizkaia, son más mujeres que hombres las pacientes autóctonas (54,2%), pero más hombres los que han nacido fuera del País Vasco (66,3%) y los que provienen del extranjero (52,4%). Entre las personas nacidas en el extranjero se produce un mayor equilibrio por sexos, no así entre quienes han nacido fuera de la CAPV y se han tratado en los servicios de salud mental de Gipuzkoa, que son en mayor proporción varones.



2.1.15. Centros de Asistencia

Los centros que atienden al mayor número de personas con problemáticas relacionadas con la salud mental en Bizkaia son el CSM Ajuriaguerra (3.543), más si cabe cuando le añadimos su unidad infanto juvenil (22 personas) y la sección especializada en el abordaje de las drogodependencias (823 personas más). Aparecen en segundo lugar las atenciones que dispensa el CSM Uribe-Kosta, adulto (3.188) e infantil (1.523) y el módulo de Barakaldo.

TOTAL CENTROS DE ASISTENCIA, TIPO DE CENTRO, FINANCIACIÓN Y NÚMERO DE HOMBRES Y MUJERES ATENDIDOS EN 1995, 2000, 2005 y 2011 (BIZKAIA)

	TIPO DE CENTRO	FINANCIACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
COMUNIDAD TERAPEUTICA MANU-ENE	CT	Osakidetza	167	38	205
CT KORTEZUBI (ETORKINTZA)	CT	Concertado	82	20	102
BASURTO CONSULTAS EXTERNAS	CEH	Osakidetza	598	911	1509
PSIQUEIATRIA INFANTIL HOSPITAL CRUCES	CEH	Osakidetza	239	168	407
C.S.M. URIBE – “ADULTOS”	CSM	Osakidetza	1324	1864	3188
C.S.M. URIBE – “INFANTIL”	CSM	Osakidetza	912	611	1523
C.S.M. DERIO	CSM	Osakidetza	204	508	812
C.S.M. ERANDIO	CSM	Osakidetza	321	491	812
C.S.M. BOMBERO ETXANIZ	CSM	Osakidetza	1103	1817	2920
U.D. CONDE MIRASOL (METADONA)	CSM	Osakidetza	218	61	279
UNIDAD DE DROG. NOVIA SALCEDO	CSM	Osakidetza	583	198	781
C.S.M. ERCILLA INFANTIL	CSM	Osakidetza	560	361	921
C.S.M. BILBAO – ABANDO (ERCILLA –ADULTOS)	CSM	Osakidetza	1068	1768	2836
C.S.M. J.AJURIAGUERRA	CSM	Osakidetza	1381	2162	3543
C.S.M. OTXARKOAGA	CSM	Osakidetza	433	268	701
UNIDAD DROGODEPENDENCIAS AJURIAGUERRA	CSM	Osakidetza	611	212	823
ADIN TXIKIKOAK (AJURIA)	CSM	Osakidetza	12	10	22
C.S.M. BARAKALDO	CSM	Osakidetza	1374	1813	3187
U.DROG. BARAKALDO	CSM	Osakidetza	459	90	549
C.S.M. SESTAO	CSM	Osakidetza	403	596	999
C.S.M. ZALLA	CSM	Osakidetza	364	512	876
C.S.M. ORTUELLA	CSM	Osakidetza	624	896	1520
C.S.M. SANTURTZI	CSM	Osakidetza	637	927	1564
C.S.M. HERRIBITARTE	CSM	Osakidetza	942	1206	2148
U.P.I. HERRIBITARTE	CSM	Osakidetza	549	366	915

	TIPO DE CENTRO	FINANCIACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
C.S.M. GALDAKAO (AMBULATORIO)	CSM	Osakidetza	527	803	1330
UNIDAD PSIQUETRIA INFANTIL GALDAKAO	CSM	Osakidetza	762	419	1181
C.S.M. GERNIKA	CSM	Osakidetza	453	592	1045
C.S.M. BERMEO	CSM	Osakidetza	269	392	661
C.S.M. DURANGO	CSM	Osakidetza	978	1283	2261
C.S.M. BASAURI	CSM	Osakidetza	1182	1402	2584
HOSPITAL DE DIA URIBE	HD	Osakidetza	46	13	59
CENTRO EDUCATIVO-TERAP. "ORTUELLA"	CET	Osakidetza	23	7	30
CLUB URIBE	HD	Osakidetza	22	5	27
HOSPITAL DIA AJURIAGUERRA	HD	Osakidetza	8	11	19
HOSPITAL DE DIA BARAKALDO	HD	Osakidetza	7	4	11
TALLER OCUPACIONAL SESTAO	HD	Osakidetza	4	2	6
HOSPITAL DE DIA ORTUELLA	HD	Osakidetza	22	4	26
CLUB ORTUELLA	HD	Osakidetza	14	3	17
HOSPITAL DE DIA BASAURI	HD	Osakidetza	28	19	47
M.A.P.S. REKALDEBERRI	MAP	Concertado	367	529	896
M.A.P.S. SAN IGNACIO	MAP	Concertado	258	160	418
M.A.P.S. IRALA (AUZO LAN)	MAP	Concertado	411	350	761
M.A.P.S. CRUCES	MAP	Concertado	504	775	1279
FUNDACION ETORKINTZA	Otro	Concertado	161	25	186
S.S.M. INFANTO-JUV.J.AJURIAGUERRA (Haurrentzat)	Otro	Concertado	377	259	636
APNABI (Consultas Externas)	Otro	Concertado	281	65	346
BIZITEGI	Otro	Concertado	7	3	10
EQUIPO PRISION BASAURI	Otro	otro	227	0	227

CT: Comunidad Terapéutica. CEH: Consultas Externas Hospital. CSM: Centro de Salud Mental. CET: Centro Educativo Terapéutico. HD: Hospital de Día
MAP: Módulo de Asistencia Psicosocial

En Álava los centros que atienden el mayor número de demandas de atención son el CSM Lakuabizkarra (1.811), la Unidad Psiquiátrica infantil (1.589) y el CSM Gasteiz Este-Centro (1.512). En el primero y el último atienden al mayor porcentaje de todas las mujeres. En la Unidad infanto juvenil son más los varones atendidos.

TOTAL CENTROS DE ASISTENCIA, TIPO DE CENTRO, FINANCIACIÓN Y NÚMERO DE HOMBRES Y MUJERES ATENDIDOS EN 1995, 2000, 2005 y 2011 (ÁLAVA)				
	TIPO DE CENTRO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
C.S.M. LAKUABIZKARRA	1131	697	1114	1811
C.S.M. SAN MARTIN	1132	527	916	1443
C.S.M. LEZA	1133	95	139	234
C.S.M. GASTEIZ ESTE-CENTRO	1134	560	952	1512
HOSPITAL PSIQUETRICO LAS NIEVES	1135	51	32	83
C.S.M. ARANBIZKARRA II	1136	507	876	1383
C.S.M. SALVATIERRA	1137	44	64	108
C.S.M. AIALA	1138	467	595	1062
UNIDAD PSIQUETRICA INFANTIL	1140	918	671	1589
CENTRO TRAT. DE ALCOHOLISMO	1141	351	79	430
CENTRO TRAT. DE TOXICOMANIAS	1142	389	92	481
HOSPITAL DE DIA - C/ Angulema	1144	11	2	13
CONSULTAS EXTERNAS LAS NIEVES	1149	2	6	8
UNIDAD PSIQUETRIA HOSPITAL SANTIAGO	1150	158	107	265
Total		4777	5645	10422

CT: Comunidad Terapéutica. CEH: Consultas Externas Hospital. CSM: Centro de Salud Mental. CET: Centro Educativo Terapéutico. HD: Hospital de Día. MAP: Módulo de Asistencia Psicosocial

TOTAL CENTROS DE ASISTENCIA, TIPO DE CENTRO, FINANCIACIÓN Y NÚMERO DE HOMBRES Y MUJERES ATENDIDOS EN 1995, 2000, 2005 y 2011 (GIPUZKOA)			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
P.O.I.BITARTE-METADONA	277	78	355
C.S.M. ALTO DEBA	623	722	1345
C.S.M. EIBAR	991	1322	2313
C.S.M. AZPEITIA	326	337	663
C.S.M. BEASAIN	574	638	1212
C.S.M. ZUMARRAGA	459	479	938
C.S.M. TOLOSALDEA	576	601	1177
EQUIPO PSIQUEIATRIA INFANTIL	1125	686	1811
AMBULATORIO GROS (EGIA)	800	1195	1995
C.S.M. GROS (AMARA)	1098	1498	2596
C.S.M. ANTIGUO	966	1325	2291
C.S.M. ZARAUTZ	464	618	1082
C.S.M. IRUN	634	842	1476
C.S.M. RENTERIA	576	601	1814
Otros	42	39	81

En Gipuzkoa, el CSM de Gros en Amara el que más pacientes atiende (2.596) y es el recurso que acoge al porcentaje mayor de mujeres tratadas, seguido del CSM de Eibar (2.313) y el Antiguo (2.291).

2.1.16. Diagnósticos

2.1.16.1. Bizkaia

Antes de nada es preciso señalar en este apartado la existencia de un porcentaje importante de historias clínicas que carecen del dato referido al diagnóstico y que dificultan el conocimiento del volumen de personas incluidas en cada clasificación diagnóstica, se trata casi de una cuarta parte del total de historias, en proporciones similares respecto a hombres y mujeres. Ya se ha comentado a lo largo de este informe que la ausencia de datos es llamativa, cuando son éstos los que permiten una lectura e interpretación de la realidad de hombres y mujeres en torno a los padecimientos mentales y los factores que puedan estar asociados a cada diagnóstico.

Como viene siendo habitual, el análisis se desarrolla a partir de los datos existentes, y en este sentido cabe manifestar que en Bizkaia, en su conjunto, el número más importante de demandas se realiza por problemas relacionados con las “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (CIE-F43). Hablamos de 7.743 personas (16,7%), hombres y mujeres que acuden a los servicios de salud mental y son diagnosticados por este padecimiento.

En segundo lugar aparecen los conflictos y “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol” (CIE-F10). Demandan atención por este problema en Bizkaia 5.991 personas, el 12,9% de todas las analizadas en este territorio.

En tercer lugar y con un importante volumen de pacientes destacan los “Trastornos de Ansiedad Fóbica”, por los que acuden 5.728 personas, un 12,4% del universo analizado.

Tras éstos, los problemas que se sitúan en cuarto lugar con un importante porcentaje de pacientes son los que genera el diagnóstico “Trastornos del humor (afectivo) persistente”, que agrupa a 3.081 pacientes, el 6,6% del total de historias.

Son 2.884 personas, el 6,2%, las que acuden a tratamiento y son diagnosticadas de “Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje”, que son por lo general problemas referidos a la población más joven en desarrollo.

Pasan ampliamente del millar (1.680) las personas que consultan por padecer “episodios depresivos”, el 3,6% y quienes son diagnosticados de “Esquizofrenia” (1.464), el 3,2%.

Otros diagnósticos obtienen porcentajes inferiores. Los mencionados son los que más motivo de consulta generan.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia (1995, 2000, 2005, 2010 y 2011) por diagnóstico según la clasificación CIE-10 y sexo (N y %)										
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	SEXO						Total	
			Hombre		Mujer					
			N	%	N	%	N	%		
0	0000	SIN DIAGNOSTICO	4648	21,5	5638	22,8	10286	22,2		
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	3933	18,2	2058	8,3	5991	12,9		
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	27	0,1	6	0,0	33	0,1		
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES	191	0,9	27	0,1	218	0,5		
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	2	0,0	3	0,0	5	0,0		
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	1	0,0	2	0,0	3	0,0		
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	532	2,5	76	0,3	608	1,3		
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	88	0,4	21	0,2	109	0,2		
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	2	0,0	0	0,0	2	0,0		
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	-	-	-	-	-	-		
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	6	0,0	7	0,0	13	0,0		
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	501	2,3	94	0,4	595	1,4		
12	F20	ESQUIZOFRENIA	823	3,8	641	2,6	1464	3,2		
13	F30	EPISODIO MANIACO	24	0,1	28	0,1	52	0,1		
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	142	0,7	249	1,0	391	0,8		
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	557	2,6	1123	4,5	1680	3,6		
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	773	3,6	2308	9,3	3081	6,6		
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	2028	9,4	3700	15,0	5728	12,4		
18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	254	1,2	180	0,7	434	0,9		
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	2858	13,2	4885	19,7	7743	16,7		
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	65	0,3	276	1,1	341	0,7		
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	76	0,4	76	0,3	152	0,3		

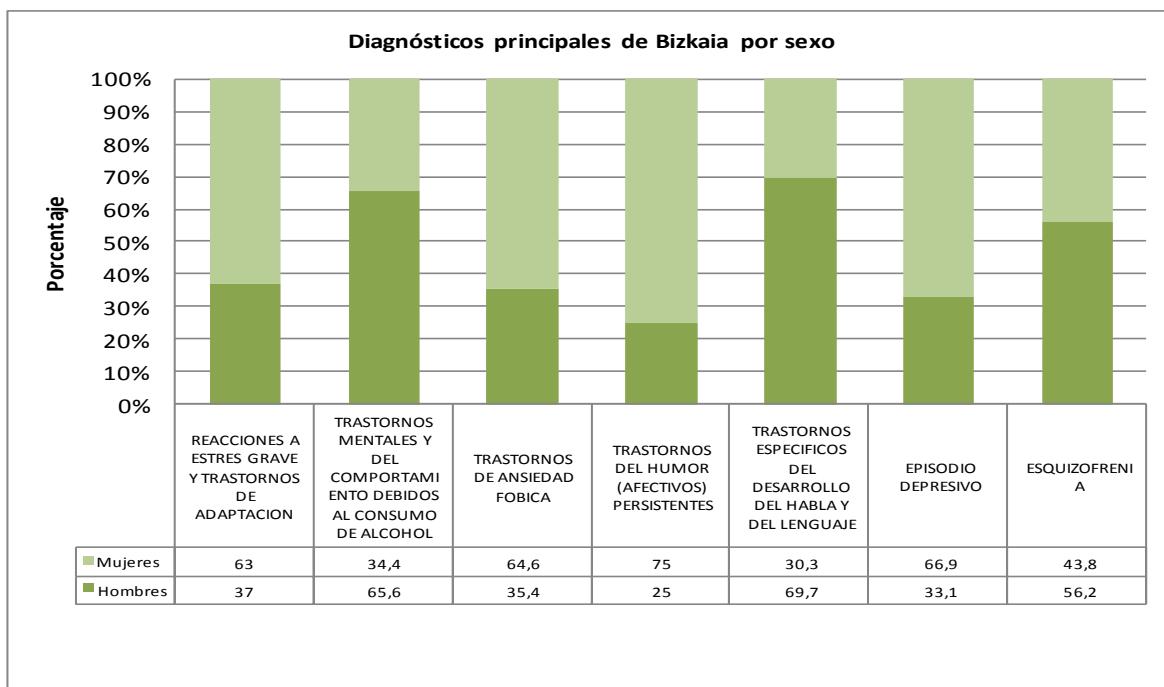
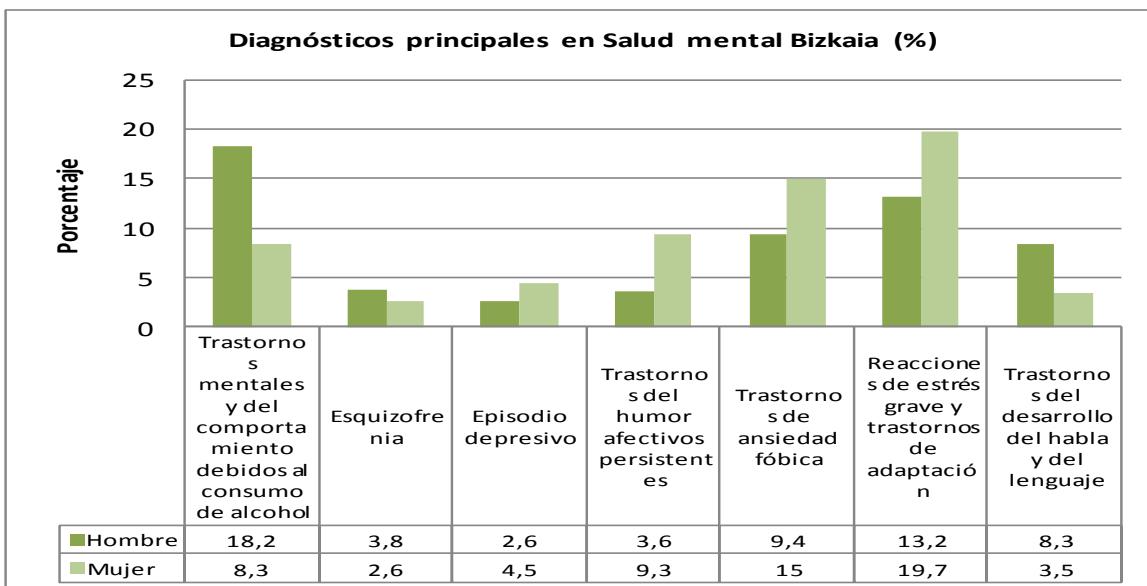
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	316	1,5	333	1,3	649	1,4
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	59	0,3	640	2,6	699	1,5
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	149	0,7	155	0,6	304	0,7
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	169	0,8	75	0,3	244	0,5
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	40	0,2	46	0,2	86	0,2
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	0	0,0	2	0,0	2	0,0
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	1	0,0	0	0,0	1	0,0
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	10	0,0	28	0,1	38	0,1
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	65	0,3	47	0,2	112	0,2
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	51	0,2	18	0,1	69	0,1
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	33	0,2	5	0,0	38	0,1
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	39	0,2	24	0,1	63	0,1
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	15	0,1	7	0,0	22	0,0
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)	6	0,0	13	0,1	19	0,0
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	8	0,0	56	0,2	64	0,1
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	60	0,3	29	0,1	89	0,2
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	2	0,0	2	0,0	4	0,0
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	15	0,1	23	0,1	38	0,1
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	5	0,0	4	0,0	9	0,0
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	3	0,0	1	0,0	4	0,0
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	200	0,9	116	0,5	316	0,7
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	94	0,4	66	0,3	160	0,3
44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	2	0,0	0	0,0	2	0,0
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	79	0,4	33	0,1	112	0,2
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	18	0,1	3	0,0	21	0,0
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	12	0,1	4	0,0	16	0,0
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	3	0,0	1	0,0	4	0,0
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	3	0,0	1	0,0	4	0,0
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	156	0,7	108	0,4	264	0,6
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	2009	9,3	875	3,5	2884	6,2
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	50	0,2	43	0,2	93	0,2
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	0	0,0	1	0,0	1	0,0

57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	2	0,0	1	0,0	3	0,0
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	0	0,0	1	0,0	1	0,0
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-
66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	1	0,0	0	0,0	1	0,0
67	Z046	EXAMEN PSIQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-
69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	4	0,0	3	0,0	7	0,0
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	15	0,1	11	0,0	26	0,1
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	0	0,0	1	0,0	1	0,0
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	5	0,0	1	0,0	6	0,0
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	1	0,0	2	0,0	3	0,0
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	4	0,0	8	0,0	12	0,0
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	3	0,0	5	0,0	8	0,0
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	1	0,0	3	0,0	4	0,0
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	0	0,0	1	0,0	1	0,0
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	1	0,0	4	0,0	5	0,0
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	15	0,1	9	0,0	24	0,1
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	22	0,1	39	0,2	61	0,1
82	Z632	SOPORTE FAMILIAR INADECUADO						
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	10	0,0	27	0,1	37	0,1
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	11	0,1	15	0,1	26	0,1
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	2	0,0	4	0,0	6	0,0
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	5	0,0	23	0,1	28	0,1
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	1	0,0	2	0,0	3	0,0
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	1	0,0	0	0,0	1	0,0
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	4	0,0	1	0,0	5	0,0
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	0	0,0	1	0,0	1	0,0
91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-
92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	5	0,0	0	0,0	5	0,0
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	3	0,0	2	0,0	5	0,0

94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	12	0,1	12	0,0	24	0,1
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	1	0,0	0	0,0	1	0,0
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	1	0,0	1	0,0	2	0,0
97	F00	DEMENCIAS	309	1,4	401	1,6	710	1,5
99		TOTAL	21642	100,0	24735	100,0	46377	100,0

Resulta en este punto importante, conocer cómo se distribuyen hombres y mujeres respecto a los diagnósticos principales o aquellos que generan el mayor volumen de atención por parte de los y las profesionales de salud mental.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Bizkaia (1995, 2000, 2005, 2010 y 2011) por diagnóstico según la clasificación CIE-10 y sexo (N y %)								
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	SEXO					
			Hombre		Mujer		N	%
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	3933	18,2	2058	8,3		
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	532	2,5	76	0,3		
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	501	2,3	94	0,4		
12	F20	ESQUIZOFRENIA	823	3,8	641	2,6		
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	557	2,6	1123	4,5		
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	773	3,6	2308	9,3		
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	2028	9,4	3700	15,0		
18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	254	1,2	180	0,7		
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	2858	13,2	4885	19,7		
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	316	1,5	333	1,3		
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	59	0,3	640	2,6		
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	2009	9,3	875	3,5		
97	F00	DEMENCIAS	309	1,4	401	1,6		



Pues bien, bien, el gráfico anterior muestra que respecto al problema que genera el mayor volumen de atenciones, el de estrés grave y de adaptación, son mujeres más de 6 de cada 10 de las personas que acuden a intentar recabar una solución, el 63% concretamente.

En la demanda de asistencia por el consumo de alcohol y los problemas mentales y del comportamiento que genera el abuso de esta sustancia están más representados los hombres (65,6%), aunque más de 3 de cada 10 pacientes con este problema son mujeres.

Las demandas por trastornos de ansiedad fóbica las protagonizan principalmente las mujeres (64,6%) frente al 35,4% de varones que acude a tratarse por este problema.

Cuando hablamos de trastornos del humor afectivos persistentes es cuando las mujeres se sitúan a la cabeza, puesto que de cada 10 pacientes que acuden a los servicios de salud mental aquejados por este trastorno, 7 son mujeres.

Los problemas del habla y del lenguaje en el desarrollo son principalmente patrimonio de los chicos, seguramente de los más jóvenes en cuanto a edad. En este caso también, de las 10 personas que acuden por este problema, 7 son varones y 3 mujeres.

En los episodios depresivos nos encontramos otra vez con la presencia femenina mayoritaria. Padecen este conflicto, o mejor dicho son tratadas por él 1.680 personas, de las cuales un 66,9% son mujeres y un 33,1% hombres.

Finalmente, en el tratamiento de la esquizofrenia son mayoría los varones, más de la mitad de todas las personas que padecen este mal son hombres, el 56,2%, aunque no debe pasarnos por alto que de las 10 personas atendidas por este problema, casi 4 son mujeres.

2.1.16.2. Álava

Como se anunciaba en Bizkaia, en Álava el número de historias clínicas que carece de diagnóstico es también importante. Es un porcentaje superior al de Bizkaia. Son más del 25% de todas las historias analizadas.

Entre las que apuntan un diagnóstico en territorio alavés se comprueba que el mayor número de demandas proviene de las personas que son diagnosticadas por “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”. Se trata de 1.585 personas, un 16,5% del total en el conjunto de hombres y mujeres.

En segundo lugar aparecen las demandas causadas por los “Trastornos de ansiedad fóbica”, que afectan a 1.359 personas, al 14,1% del total de casos atendidos en Salud mental de Álava.

A diferencia de lo que sucedía en Bizkaia, en territorio alavés, los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol” ocupan el tercer lugar en cuanto al porcentaje de demandas (5,9%) y afecta a 570 personas, a muchas menos que en Bizkaia.

En cuarto lugar son atendidas las personas más jóvenes con toda probabilidad, aquellas que presentan problemas del desarrollo del habla y del lenguaje, que son 541 personas, un 5,6%.

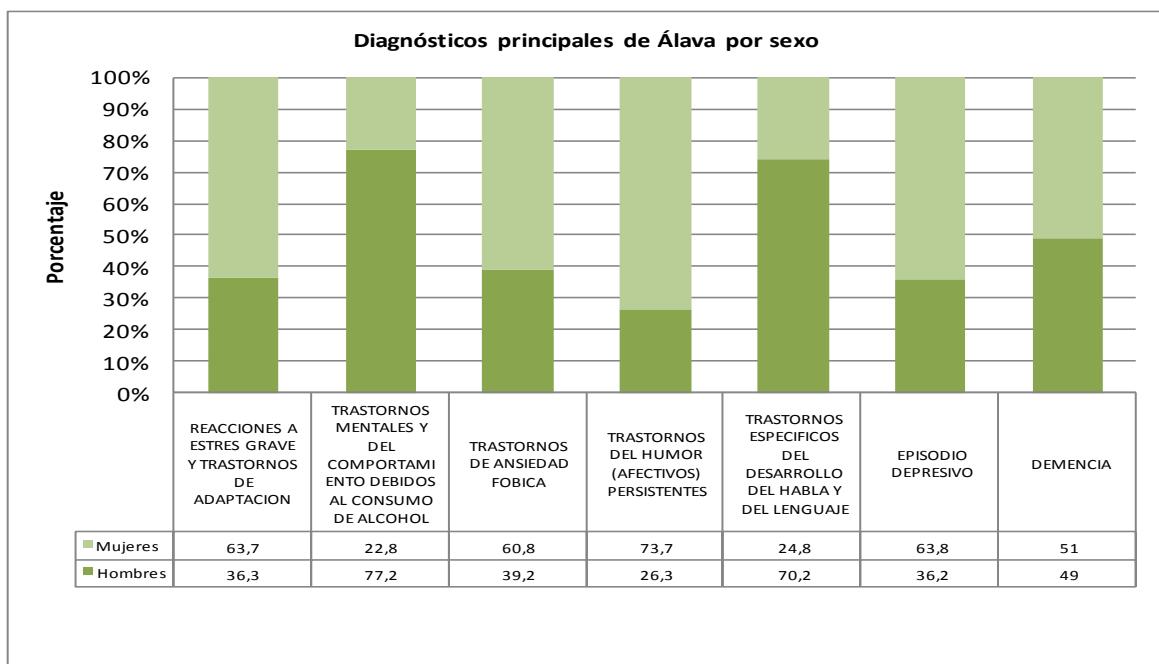
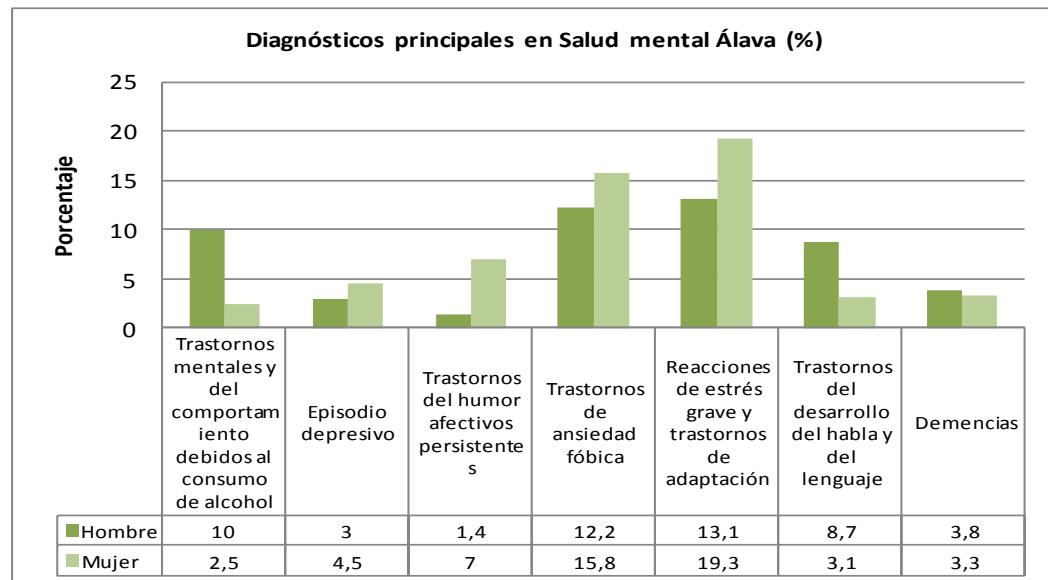
Los “Trastornos del Humor (afectivos) persistentes” los manifiestan 494 personas, el 5,1% del total de historias clínicas analizadas en este territorio. Finalmente es posible hablar de los usuarios y usuarias de la red que acuden por el padecimiento de “episodios depresivos”, 365 personas, un 3,8% del total de personas usuarias de los servicios de salud mental.

Finalmente cabe señalar que en Álava se atienden más problemas de “Demencia” que de “Esquizofrenia”. Probablemente sea el grupo de mayor edad el que acuda a ser tratado por problemas neurológicos que derivan en demencia. Se trata de 339 personas, un 3,5% de la muestra. Por esquizofrenia sólo se trata a un 2% de pacientes.

Distribución de la población total atendida en salud mental en Álava (1995, 2000, 2005, 2010 y 2011) por diagnóstico según la clasificación CIE-10 y sexo (N y %)

CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	SEXO					
			Hombre		Mujer		Total	
			N	%	N	%	N	%
0	0000	SIN DIAGNOSTICO	1148	26,2	1393	26,7	2541	26,5
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	440	10,0	130	2,5	570	5,9
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	0	0,0	1	0,0	1	0,0
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES	31	0,7	3	0,1	34	0,4
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	1	0,0	0	0,0	1	0,0
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	96	2,2	16	0,3	112	1,2
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	23	0,5	4	0,1	27	0,3
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	1	0,0	0	0,0	1	0,0
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	1	0,0	0	0,0	1	0,0
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	135	3,1	48	0,9	183	1,9
12	F20	ESQUIZOFRENIA	111	1,2	83	0,9	194	2,0
13	F30	EPISODIO MANIACO	2	0,0	2	0,0	4	0,0
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	30	0,7	31	0,6	61	0,6
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	132	3,0	233	4,5	365	3,8
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	130	1,4	364	7,0	494	5,1
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	533	12,2	826	15,8	1359	14,1
18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	55	1,3	42	0,8	97	1,0
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	575	13,1	1010	19,3	1585	16,5
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	10	0,2	88	1,7	98	1,0
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	19	0,4	23	0,4	42	0,4
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	67	0,7	95	1,0	162	1,7
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	14	0,3	134	2,6	148	1,5
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	30	0,7	44	0,8	74	0,8
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	27	0,6	9	0,2	36	0,4
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	4	0,1	9	0,2	13	0,1
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	0	0,0	1	0,0	1	0,0
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	4	0,1	2	0,0	6	0,1
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	10	0,1	2	0,0	12	0,1
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	13	0,3	2	0,0	15	0,2
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	2	0,0	2	0,0	4	0,0

33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	8	0,2	15	0,3	23	0,2
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	12	0,3	12	0,2	24	0,2
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	3	0,1	2	0,0	5	0,1
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	5	0,1	3	0,1	8	0,1
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	3	0,1	4	0,1	7	0,1
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	4	0,1	1	0,0	5	0,1
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	7	0,2	11	0,2	18	0,2
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	13	0,3	8	0,2	21	0,2
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	9	0,2	6	0,1	15	0,2
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	2	0,0	0	0,0	2	0,0
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	0	0,0	1	0,0	1	0,0
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	20	0,5	32	0,6	52	0,5
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	380	8,7	161	3,1	541	5,6
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	9	0,2	6	0,1	15	0,2
67	Z046	EXAMEN PSQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	0	0,0	1	0,0	1	0,0
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	15	0,3	16	0,3	31	0,3
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	1	0,0	1	0,0	2	0,0
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	1	0,0	0	0,0	1	0,0
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	5	0,1	18	0,3	23	0,2
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	3	0,1	2	0,0	5	0,1
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	2	0,0	0	0,0	2	0,0
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	2	0,0	1	0,0	3	0,0
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	25	0,6	59	1,1	84	0,9
82	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	2	0,0	3	0,1	5	0,1
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	11	0,3	31	0,6	42	0,4
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	6	0,1	10	0,2	16	0,2
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	2	0,0	2	0,0	4	0,0
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	5	0,1	35	0,7	40	0,4
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	0	0,0	1	0,0	1	0,0
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	3	0,1	3	0,1	6	0,1
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	11	0,3	12	0,2	23	0,2
97	F00	DEMENCIAS	166	3,8	173	3,3	339	3,5
		TOTAL	4379	100,0	5227	100,0	9606	100,0



Gipuzkoa es el territorio donde figura el menor número de historias sin datos respecto al diagnóstico. Sólo deja de recogerse en el 19,7% de los casos. Es un porcentaje alto, pero no tan elevado como el de Bizkaia y Álava.

2.1.16.3. Gipuzkoa

En Gipuzkoa, el primer problema que suscita el mayor volumen de atenciones los causan las “Reacciones de estrés grave y trastornos de adaptación” que llevan a consulta a 4.431 personas, un 21% del total de casos atendidos en el territorio.

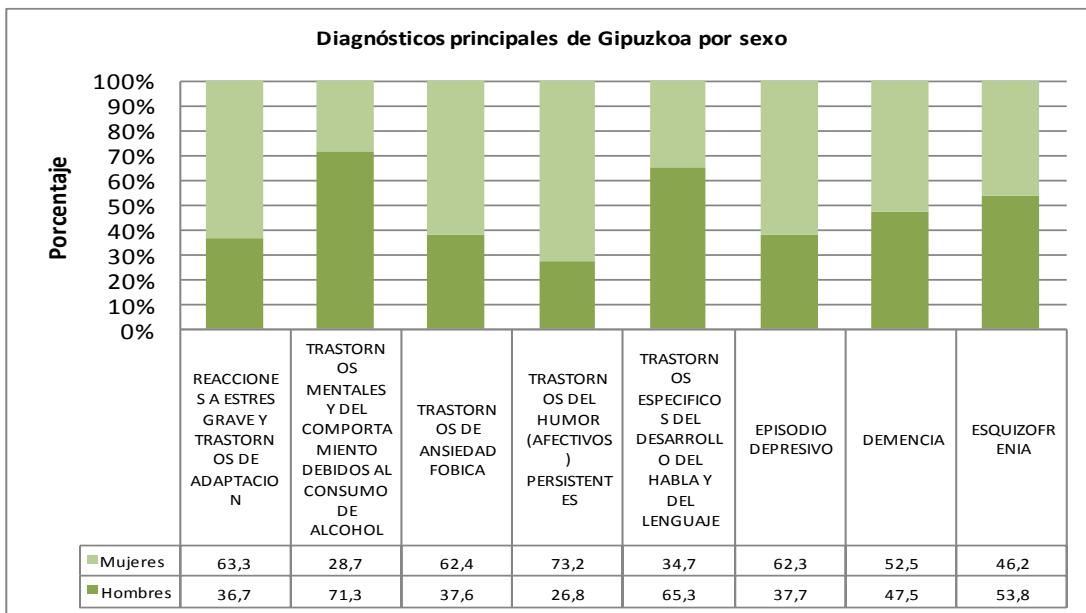
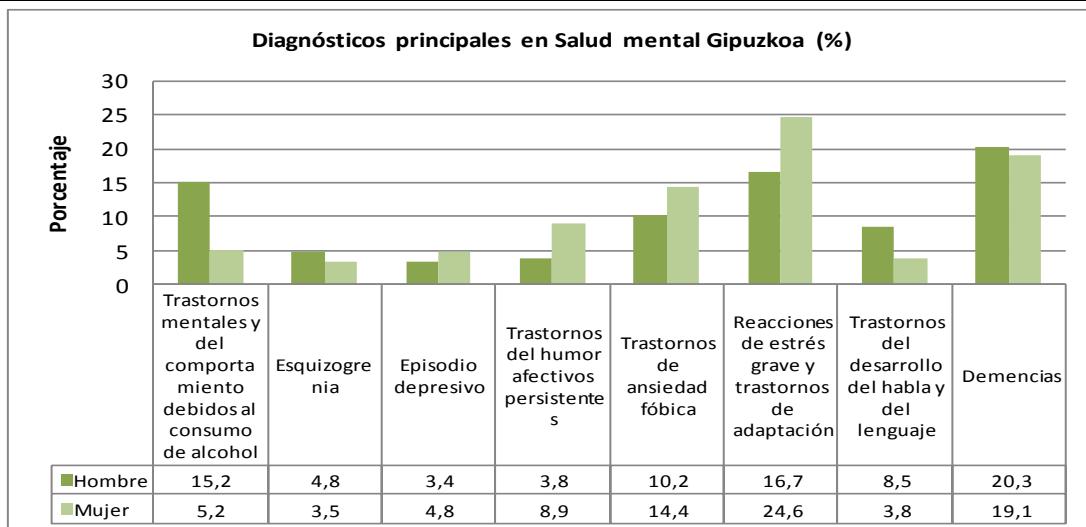
Posteriormente, se tratan las demencias, que ocupaban el último lugar en Álava pero que en Gipuzkoa suponen un 19,7% de las historias (4.162 personas) tratadas en salud mental.

Tras este problema figuran los “Trastornos de ansiedad fóbica”, con 2.632 casos, un 12,2%; los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, que llevan a asistir a 2.071 personas (9,8%), los “Trastornos del humor afectivos persistentes” que originan un problema a tratar en 1.390 personas (6,6%), los “problemas del desarrollo del habla y del lenguaje”, por los que son atendidas 1.267 personas, un 6% de los casos, los episodios depresivos (878 personas, 4,2%) y la esquizofrenia en último lugar, con 864 personas tratadas, un 4,1% del total.

Distribución de la población total atendida en salud mental en (1995, 2000, 2005, 2010 y 2011) por diagnóstico según la clasificación CIE-10 y sexo (N y % EN GIPUZKOA)								
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	SEXO					
			Hombre		Mujer		Total	
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	N	%	N	%	N	%
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	1476	15,2	595	5,2	2071	9,8
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	4	0	2	0	6	0
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS	64	0,7	7	0,1	71	0,3
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	5	0,1	4	0	9	0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	3	0	0	0	3	0
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	122	1,3	20	0,2	142	0,7
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	31	0,3	8	0,1	39	0,2
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	6	0,1	0	0	6	0
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	1	0	0	0	1	0
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	122	1,3	26	0,2	148	0,7
12	F20	ESQUIZOFRENIA	465	4,8	399	3,5	864	4,1
13	F30	EPISODIO MANIACO	18	0,2	25	0,2	43	0,2
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	70	0,7	100	0,9	170	0,8
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	331	3,4	547	4,8	878	4,2
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	372	3,8	1018	8,9	1390	6,6
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	990	10,2	1642	14,4	2632	12,2
18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	188	1,9	80	0,7	268	1,3
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	1627	16,7	2804	24,6	4431	21,0
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	20	0,2	206	1,8	226	1,1
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	38	0,4	53	0,5	91	0,4
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	54	0,6	83	0,7	137	0,6
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	41	0,4	427	3,7	468	2,2
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	65	0,7	45	0,4	110	0,5
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	64	0,7	15	0,1	79	0,4
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	7	0,1	14	0,1	21	0,1
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	-	-	-	-	-	-
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	-	-	-	-	-	-
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	3	0	0	0	3	0
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	39	0,4	28	0,2	67	0,3
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	39	0,4	10	0,1	49	0,2
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	18	0,2	3	0	21	0,1
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	32	0,3	22	0,2	54	0,3
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	8	0,1	2	0	10	0
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINERIA)	3	0	11	0,1	14	0,1
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	6	0,1	50	0,4	56	0,3
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	31	0,3	10	0,1	41	0,2
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	1	0	4	0	5	0

39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	11	0,1	14	0,1	25	0,1
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD	2	0	2	0	4	0
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	1	0	0	0	1	0
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	53	0,5	49	0,4	102	0,5
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	50	0,5	32	0,3	82	0,4
44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	1	0	0	0	1	0
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	37	0,4	16	0,1	53	0,3
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	2	0	2	0	4	0
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	4	0	1	0	5	0
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	1	0	0	0	1	0
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	2	0	4	0	6	0
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	84	0,9	53	0,5	137	0,6
51	F80	TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	828	8,5	439	3,8	1267	6,0
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	53	0,5	30	0,3	83	0,4
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECÍFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	1	0	3	0	4	0
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	4	0	2	0	6	0
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-
66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	-	-	-	-	-	-
67	Z046	EXAMEN PSIQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-
69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	-	-	-	-	-	-
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	1	0	0	0	1	0
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	-	-	-	-	-	-
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	-	-	-	-	-	-
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	-	-	-	-	-	-
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	2	0	3	0	5	0
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATÍPICAS	-	-	-	-	-	-
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	1	0	0	0	1	0
78	Z604	EXCLUSIÓN Y RECHAZO SOCIAL	1	0	0	0	1	0
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	1	0	1	0	2	0
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	11	0,1	13	0,1	24	0,1
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	28	0,3	32	0,3	60	0,3
82	Z632	SOPORTE FAMILIAR INADECUADO	2	0	3	0	5	0
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	15	0,2	27	0,2	42	0,2
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	8	0,1	4	0	12	0,1
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	1	0	2	0	3	0
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	4	0	11	0,1	15	0,1
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	0	0	1	0	1	0
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	-	-	-	-	-	-
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	-	-	-	-	-	-
91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-

92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1	0	0	0	1	0
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	4	0	2	0	6	0
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	3	0	3	0	6	0
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	1	0	0	0	1	0
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	0	0	2	0	2	0
97	F00	DEMENCIAS	176	1,8	217	1,9	393	1,9
99		SIN DIAGNÓSTICO	1978	20,3	2184	19,1	4162	19,7
		TOTAL	9736	100	11413	100	21149	100



2.1.17. Resumen

En el conjunto de la Comunidad vasca, más de la mitad de las personas usuarias de los servicios de Salud mental son mujeres. Asimismo, el análisis realizado en función de cada territorio refleja esta misma realidad, es decir, el mayor protagonismo de las mujeres en las demandas de atención de la red. La proporción de féminas es mayor en Álava y Gipuzkoa (54,2% y 54% respectivamente) que en Bizkaia (53%).

Se trata principalmente de personas nacidas en el País Vasco, aunque la realidad de cada territorio señala es distinta por cuanto que los recursos de Bizkaia son los que asisten al mayor porcentaje de personas de fuera de la CAPV o de países extranjeros. En Álava y Gipuzkoa, por el contrario, el volumen de pacientes tratados de fuera de la comunidad vasca o de países extranjeros es inexistente o insignificante.

En cuanto a la edad, y en el conjunto de la Comunidad, la mayor parte de las demandas de atención proviene del grupo de personas mayores de 65 años (24%), porque son también las del grupo de edad más representado (18.879 personas) del total de historias clínicas analizadas (78.776). Esta circunstancia se refleja de la misma manera en los tres territorios. En Bizkaia, las personas de esa edad reclaman el 25,4% de los tratamientos, en Álava el 20,6% y en Gipuzkoa el 22,4% de las atenciones. Son principalmente mujeres en Bizkaia y Gipuzkoa, y más hombres que mujeres en Álava.

Siguiendo con los grupos de edad, la diferencia por territorios surge cuando se identifican los segundos grupos de edad que suman las segundas mayores proporciones de demanda. En Bizkaia son las personas de entre 41-50 años (19,4%), mientras que en Álava y Gipuzkoa son las de 51-65 años (19,9% en Álava y 19,5% en Gipuzkoa).

En Bizkaia, el segundo colectivo de atención por parte de los y las profesionales de la salud mental lo componen personas más jóvenes que las que se tratan en los otros dos territorios. De hecho, la edad media a la que acuden las personas (hombres y mujeres) a los recursos de Bizkaia es de 46 años, en Álava a los 48,2 años de media, la misma que en Gipuzkoa.

En función del sexo, cabe señalar que los varones en Bizkaia solicitan tratamiento a una edad media de 43 años, mientras que las mujeres de este territorio lo hacen en torno a los 49 años, 6 años más tarde. Las mujeres de Álava acuden a similar edad que los varones de Álava, 43,6 años, es decir, casi a los 44, mientras que los varones de ese territorio lo hacen a los 52,7, o sea, casi a los 53. Finalmente, en Gipuzkoa las mujeres generan altas nuevas a una edad media de 51 años, mientras que en ese mismo territorio los hombres acuden en torno a los 45,4 años, más cerca de los 45 años.

Dos son las conclusiones respecto a este extremo. 1. En cuanto a la edad de las personas atendidas en toda la comunidad vasca en función del sexo, el análisis muestra que en las franjas de menor edad están más representados los varones, mientras que a medida que aumenta la edad asciende la proporción de mujeres que solicitan servicios de salud mental. Concretamente, los pacientes de hasta 30 años son mayoritariamente hombres. A partir de los 31 y hasta la franja de mayor edad (>65) las demandas las protagonizan las mujeres en mayor medida. 2. El mayor porcentaje de personas que causan una nueva alta en el conjunto de la CAPV a lo largo de los años analizados son solteras (35,3%), seguidas de las personas casadas (28,4%). Ese perfil mayoritario de solicitantes solteros/as primero y casados/as se produce de la misma manera en Bizkaia y Gipuzkoa, no así en Álava, donde la mayor proporción de personas atendidas (hombres y mujeres en conjunto) están casadas.

En la representación por sexos y en el conjunto de la CAPV, las personas solteras son en su mayoría varones, mientras que las casadas, divorciadas y viudas son en mayor medida mujeres. A diferencia de lo dicho sobre el total, en Bizkaia, la mayoría de varones y féminas permanece soltera, pero Álava y Gipuzkoa reproducen la afirmación relativa a la Comunidad, es decir, que la mayoría de varones son solteros y el mayor porcentaje de mujeres atendidas están casadas.

En cuanto al nivel de instrucción, acerca del cual no existe información disponible en un gran número de historias, se puede afirmar que el porcentaje más alto de pacientes de la CAPV posee un nivel académico escaso, el que obtienen quienes completan únicamente el nivel de estudios primarios (25,4%). Sólo un 14,7% alcanza el bachillerato elemental y un 12,5% el superior. En conjunto, sólo un 7,1% posee un nivel medio o superior en los estudios. Afortunadamente son pocas las personas analfabetas, un 1,7%. Sin embargo, en la representación por sexos y a partir del título de bachillerato superior, las representaciones masculinas descienden notablemente y las mujeres adquieren un mayor protagonismo, o lo que es lo mismo, a medida que el nivel de instrucción asciende aparece una mayor proporción de mujeres representadas. Añadido a este análisis el relativo al estado civil, parece confirmarse que entre las personas solteras resulta más probable encontrar titulados o tituladas de bachiller que entre las personas casadas, divorciadas o viudas.

Con relación a la situación laboral de las personas atendidas por el sistema público de salud en los recursos de salud mental, el perfil del primer colectivo al que se atiende (el de mayor representación porcentual) corresponde al de personas trabajadoras, es decir, que están en activo, de ambos性es y que desempeñan su labor en puestos cualificados, pero son pocas las que se ocupan laboralmente en cuadros medios o superiores, lo cual parece lógico después de constatar el nivel de instrucción medios del total de historias. Entre las mujeres que están trabajando hay una proporción mayor de ellas que de hombres con un nivel académico de Bachiller superior. Parece, pues, que cabe concluir que hay menos mujeres que hombres activas, pero las que trabajan poseen un nivel educativo superior al de los varones.

Aparecen diferencias por sexos al analizar al grupo o colectivo que copa el segundo puesto en los que a volumen de atenciones se refiere, puesto que en el caso de los chicos, los siguientes a quienes atienden los y las profesionales de salud mental son los estudiantes varones, pero en el caso de las mujeres son las amas de casa las del segundo colectivo en cuanto al volumen de demandas. El tercer puesto lo ocupan los hombres parados y las mujeres que están estudiando.

Las personas que acuden a los servicios de Salud mental, hombres y mujeres, provienen principalmente derivadas desde las consultas de atención primaria. Una vez en el recurso, lo habitual es que se les derive al servicio de psiquiatría de adultos, en mayor medida en el caso de las mujeres que de los varones. Esto puede explicarse, acaso, por el volumen claramente más elevado de hombres que deben ser asistidos en los servicios de atención a las drogodependencias, servicio en el que la representación por sexos se distribuye en un 80-20 a favor de los varones.

En cuanto a los problemas que se tratan una vez derivadas las personas, los siete diagnósticos principales, los que acumulan el mayor volumen de personas tratadas, son: las “Reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación”, los “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol”, los “trastornos de Ansiedad Fóbica”, los “trastornos del humor (afectivos) persistentes”, los “episodios depresivos”, los “trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje” y la “Esquizofrenia”.

El orden, o lo que es lo mismo, el lugar que ocupan en cuanto a prioridad asistencial o volumen de casos atendidos con cada diagnóstico varía en función del territorio analizado, pero lo que sí es posible

concluir en todos ellos es que en las consultas y diagnósticos por reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación, de ansiedad fóbica, en los episodios depresivos y en los trastornos del humor afectivos persistentes son las mujeres las protagonistas, mientras que los hombres están más representados en los diagnósticos de esquizofrenia y en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

2.2.. Análisis evolutivo longitudinal de los diagnósticos

La siguiente tabla recoge las categorías diagnósticas que se han considerado a la hora de clasificar y agrupar los datos extraídos de las primeras consultas (altas nuevas) en los centros de atención a la Salud Mental en las tres provincias de la Comunidad Vasca (Bizkaia, Álava y Gipuzkoa) durante los años de estudio: 1995, 2000, 2005 y 2011.

Todos los datos aportados por Osakidetza han sido clasificados en las correspondientes tablas, según los códigos que aparecen en el manual diagnóstico CIE-10. El orden establecido será el mismo para todas las tablas que aparecen a continuación y realizadas según los diversos criterios de análisis.

Se ha tenido en cuenta, además de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, los siguientes, por considerar que aportaban información válida y de interés para el análisis:

- B20-24. Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- R00-09 Síntomas que revelan una enfermedad circulatoria o respiratoria
- X60-84 Intoxicaciones voluntarias
- X85-Y09 Agresiones varias
- Z00-99 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

Antes de proceder al análisis de los datos es necesario señalar que el indicador principal de estudio en el presente capítulo será: el número absoluto (N), la proporción (%) y la evolución de las primeras altas (historias clínicas abiertas de pacientes) en los distintos dispositivos de asistencia a la salud mental de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Son, por tanto, las primeras altas; no se analiza el número de consultas que finalmente se realizan (por los trastornos que se analizan) ni el número de personas que padecen dichos trastornos. Es decir, cuando en un gráfico se perfila una tendencia decreciente, significa que disminuye el número de personas que demandan atención o tratamiento en base a un problema inicialmente diagnosticado de determinada manera, y cuando existe una tendencia al alza significa que aumentan el número o volumen de demandas de atención con respecto al periodo anterior.

Los diagnósticos que serán analizados posteriormente, todos ellos clasificados y agrupados según el criterio que se detalla en el anexo 1 y 2, se refleja en la siguiente tabla:

CIE-10	CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS
0	SIN DIAGNOSTICO
F10-19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS
F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL
F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES
F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES
F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS
F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA
F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA
F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)
F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION
F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO
F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES
F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS

F20-29	ESQUIZOFRENIA
F30-39	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS):
F30	EPISODIO MANIACO
F31	TRASTORNO BIPOLAR
F32	TRASTORNOS DEPRESIVOS (EPISÓDICOS Y RECURRENTES)
F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES
F40-49	TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL STRESS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS:
F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA
F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO
F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION
F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)
F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS
F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS
F50-59	TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS:
F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO
F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO
F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR
F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA
F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION
F60-69	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS:
F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD
F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD
F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD
F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD
F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO
F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELIN)
F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD
F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD
F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD
F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD
F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD
F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA
F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION
F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL
F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS
F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL
F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILEIAS)
F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES
F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS
F70-79	RETRASO MENTAL
F80-89	TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL LENGUAJE Y DEL HABLA
F90-99	TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS:

F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION
B20-24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
R00-09	SÍNTOMAS QUE REVELAN UNA ENFERMEDAD CIRCULATORIA O RESPIRATORIA:
R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS
R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE
X60-84	INTOXICACIONES VOLUNTARIAS:
X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS
X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION
X85-Y09	AGRESIONES VARIAS:
X850	INTENTO DE HOMICIDIO
Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL
Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO
Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO
Y071	CRUELDAD MENTAL
Y072	ABUSO FISICO
Y073	ABUSO SEXUAL
Y074	TORTURA
z00-99	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD:
Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES
Z046	EXAMEN PSQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD
Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS
Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO
Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO
Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES
Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS
Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL
Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES
Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS
Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA
Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL
Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL
Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)
Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA
Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES
Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA
Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO
Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR
Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR
Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES
Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO
Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES
Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES
Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL
Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA

Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA
Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)
Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA
F00	DEMENCIAS

Se presenta a continuación, por una parte, la tabla general con los datos totales (absolutos y porcentajes) de la población asistida en Salud mental en la CAPV durante los años 1995, 2000, 2005 y 2011, clasificada en categorías diagnósticas según el CIE-10 y en función del sexo.

Se recuerda que CP significa 'código propio' diseñado *ex profeso* para numerar los 98 diagnósticos finalmente analizados, los cuales surgen de la agrupación y suma de todas las categorías diagnósticas que Osakidetza usa actualmente como criterio de clasificación y detalladas en el anexo 1 y 2.

Distribución de la población atendida en salud mental en la CAPV en 1995, 2000, 2005 Y 2011 por diagnóstico según la clasificación CIE-10 y sexo (N y %)

CP	CIE-10 Categorías Diagnósticas	MUJERES (N = 41.383)								HOMBRES (N = 36.185)								
		1995		2000		2005		2011		1995		2000		2005		2011		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	728	7,0	639	6,0	444	4,2	456	4,7	1923	21,9	1744	19,6	1223	12,9	872	9,7
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	2	0,0	5	0,0	2	0,0	-	-	18	0,2	2	0,0	7	0,1	4	0,0
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS	5	0,0	2	0,0	11	0,1	19	0,2	21	0,2	28	0,3	103	1,1	132	1,5
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	2	0,0	2	0,0	2	0,0	1	0,0	3	0,0	1	0,0	0	0,0	3	0,0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	-	-	-	-	-	-	2	0,0	-	-	-	-	-	-	4	0,0
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	6	0,1	24	0,2	52	0,5	29	0,3	26	0,3	142	1,6	390	4,1	185	2,1
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	10	0,1	9	0,1	9	0,1	5	0,1	22	0,3	37	0,4	39	0,4	42	0,5
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,0	1	0,0	2	0,0	2	0,0
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	-	-	5	0,0	2	0,0	-	-	3	0,0	3	0,0	2	0,0	-	-
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	76	0,7	31	0,3	38	0,4	22	0,2	287	3,3	162	1,8	160	1,7	145	1,6
12	F20	ESQUIZOFRENIA	388	3,7	286	2,7	266	2,5	228	2,3	412	4,7	405	4,5	347	3,7	284	3,2
13	F30	EPISODIO MANIACO	19	0,2	12	0,1	19	0,2	5	0,1	9	0,1	15	0,2	12	0,1	8	0,1

CP	CIE-10	Diagnósticos	MUJERES (N = 41.383)								HOMBRES (N = 36.185)							
			1995		2000		2005		2011		1995		2000		2005		2011	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	137	1,3	111	1,1	92	0,9	39	0,4	63	0,7	77	0,9	56	0,6	45	0,5
15	F32-33	TRASTORNOS DEPRESIVOS (EPISÓDICOS Y RECURRENTES)	320	3,1	468	4,4	475	4,5	637	6,5	185	2,1	251	2,8	260	2,7	324	3,6
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	1375	13,2	1091	10,3	1005	9,5	219	2,2	501	5,7	349	3,9	361	3,8	64	0,7
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	1704	16,4	1457	13,8	1562	14,7	1421	14,5	879	10,0	836	9,4	962	10,1	863	9,6
18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	92	0,9	78	0,7	71	0,7	60	0,6	150	1,7	161	1,8	107	1,1	78	0,9
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	1693	16,3	1996	18,9	2475	23,3	2514	25,7	913	10,4	1066	12,0	1521	16,0	1551	17,3
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	261	2,5	190	1,8	89	0,8	30	0,3	33	0,4	40	0,4	20	0,2	2	0,0
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	56	0,5	23	0,2	24	0,2	49	0,5	52	0,6	25	0,3	18	0,2	37	0,4
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	154	1,5	179	1,7	135	1,3	43	0,4	138	1,6	155	1,7	90	0,9	54	0,6
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	317	3,0	416	3,9	246	2,3	222	2,3	26	0,3	33	0,4	25	0,3	30	0,3
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	56	0,5	59	0,6	56	0,5	73	0,7	53	0,6	59	0,7	54	0,6	78	0,9
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	50	0,5	14	0,1	19	0,2	16	0,2	98	1,1	58	0,7	32	0,3	72	0,8
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	27	0,3	22	0,2	10	0,1	10	0,0	19	0,2	20	0,2	5	0,1	7	0,1
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	1	0,0	-	-	1	0,0	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	-	-	-	-	13	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	6	0,1	8	0,1	18	0,2	2	0,0	2	0,0	3	0,0	7	0,1	1	0,0
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	25	0,2	27	0,3	7	0,1	7	0,0	50	0,6	31	0,3	18	0,2	15	0,2
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	15	0,1	7	0,1	3	0,0	1	0,0	44	0,5	27	0,3	21	0,2	11	0,1
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	5	0,0	2	0,0	21	0,2	-	-	21	0,2	11	0,1	17	0,2	4	0,0
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	7	0,1	12	0,1	-	-	21	0,0	24	0,3	24	0,3	20	0,2	11	0,1
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	-	-	-	-	-	-	9	0,0	1	0,0	2	0,0	0	0,0	19	0,2
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELIN)	1	0,0	2	0,0	2	0,0	19	0,0	1	0,0	-	-	1	0,0	7	0,1

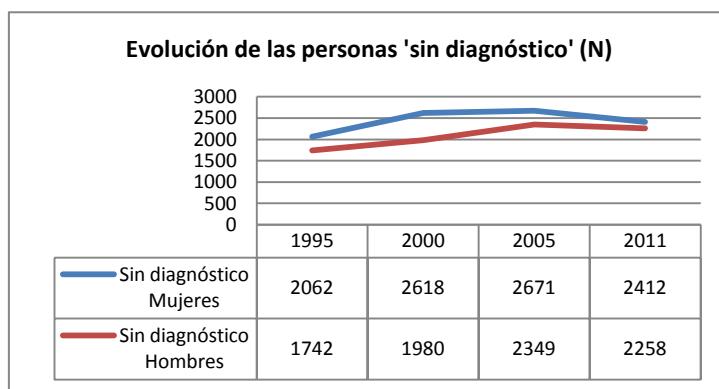
CP	CIE-10	Diagnósticos	MUJERES (N = 41.383)								HOMBRES (N = 36.185)							
			1995		2000		2005		2011		1995		2000		2005		2011	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	43	0,4	40	0,4	27	0,3	7	0,1	11	0,1	8	0,1	5	0,5	2	0,0
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	17	0,2	13	0,1	4	0,0	7	0,1	31	0,4	30	0,3	23	0,2	10	0,1
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	2	0,0	2	0,0	-	-	5	0,1	-	-	3	0,0	1	0,0	4	0,0
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	10	0,1	13	0,1	7	0,1	11	0,1	14	0,2	9	0,1	4	0,0	2	0,0
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	-	-	1	0,0	1	0,0	5	0,1	-	-	1	0,0	3	0,0	7	0,1
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	4	0,0
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	37	0,4	61	0,6	47	0,4	31	0,7	58	0,7	85	1,0	69	0,7	46	0,5
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	26	0,3	30	0,3	43	0,4	7	0,1	59	0,7	40	0,4	39	0,4	19	0,2
44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,0
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	12	0,1	14	0,1	5	0,0	22	0,2	23	0,3	22	0,2	18	0,2	60	0,7
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	1	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0	10	0,1	3	0,0	5	0,1	4	0,0
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	3	0,0	2	0,0	-	-	-	-	9	0,1	2	0,0	4	0,0	1	0,0
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	-	-	-	-	-	-	2	0,0	-	-	-	-	-	-	4	0,0
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	-	-	-	-	1	0,0	4	0,0	-	-	-	-	-	-	5	0,0
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	62	0,6	51	0,5	38	0,4	42	0,4	72	0,8	63	0,7	55	0,6	70	0,8
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	339	3,3	296	2,8	341	3,2	486	5,0	617	7,0	709	8,0	833	8,8	1012	11,3
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	5	0,0	8	0,1	17	0,2	49	0,5	5	0,1	3	0,0	17	0,2	87	1,0
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

CP	CIE-10	Diagnósticos	MUJERES (N = 41.383)								HOMBRES (N = 36.185)							
			1995		2000		2005		2011		1995		2000		2005		2011	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	-	-	-	-	-	-	4	0,0	-	-	-	-	-	-	1	0,0
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	-	-	1	0,0	2	0,0	-	-	2	0,0	-	-	4	0,0	-	-
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
67	Z046	EXAMEN PSIQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	-	-	-	-	-	-	3	0,0	-	-	-	-	-	-	4	0,0
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	1	0,0	2	0,0	7	0,1	17	0,2	-	-	4	0,0	2	0,0	25	0,3
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	-	-	1	0,0	-	-	1	0,0	-	-	1	0,0	1	0,0	4	0,0
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	-	-	-	-	-	-	2	0,0	-	-	-	-	-	-	2	0,0
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	3	0,0	3	0,0	8	0,1	15	0,2	-	-	1	0,0	3	0,0	7	0,1
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	-	-	-	-	-	-	6	0,1	-	-	-	-	-	-	3	0,0
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	-	-	-	-	2	0,0	3	0,0	-	-	1	0,0	1	0,0	3	0,0
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	1	0,0

CP	CIE-10	Diagnósticos	MUJERES (N = 41.383)								HOMBRES (N = 36.185)								
			1995		2000		2005		2011		1995		2000		2005		2011		
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	-	-	-	-	-	-	5	0,0	-	-	2	0,0	-	-	2	0,0	
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	-	-	1	0,0	1	0,0	21	0,2	-	-	-	-	6	0,1	22	0,0	
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	2	0,0	21	0,2	19	0,2	88	1,0	-	-	13	0,1	-	-	55	0,6	
82	Z632	SOPORTE FAMILIAR INADECUADO	-	-	-	-	-	-	6	0,1	-	-	1	0,0	7	0,1	3	0,0	
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	1	0,0	5	0,0	8	0,1	71	0,7	-	-	2	0,0	4	0,4	30	0,3	
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	-	-	4	0,0	2	0,0	23	0,2	1	0,0	1	0,0	2	0,0	21	0,2	
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	1	0,0	-	-	-	-	7	0,1	-	-	1	0,0	-	-	4	0,0	
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	3	0,0	11	0,1	8	0,1	47	0,5	-	-	-	-	-	1	0,0	12	0,1
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	1	0,0	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	4	0,0
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	-	-	1	0,0	-	-	6	0,1	-	-	1	0,0	1	0,0	8	0,0	
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	3	0,0	4	0,0	1	0,0	19	0,2	-	-	5	0,1	3	0,0	18	0,2	
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,0
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	-	-	-	-	-	-	3	0,0	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
97	F00	DEMENCIAS	225	2,2	185	1,8	188	1,8	193	2,0	148	1,7	158	1,8	155	1,6	188	2,1	
99	0000	SIN DIAGNÓSTICO	2062	19,8	2618	24,7	2671	25,1	2412	24,6	1742	19,2	1980	22,3	2349	24,7	2258	25,1	
		TOTAL	10396	100,0	10568	100,0	10618	100,0	9801	100,0	8783	100,0	8918	100,0	9497	100,0	8987	100,0	

A continuación se presentan, para un mejor visionado, diversos gráficos extraídos de la tabla anteriormente detallada, resumen de las altas de las personas atendidas en salud mental en la CAPV según las categorías diagnósticas CIE-10 detalladas y durante los cinco años de estudio.

El análisis de los datos se hará en orden al posicionamiento en la tabla y generalmente se mantendrá el mismo formato: en primer lugar un gráfico con la evolución de los diversos trastornos por grupos diagnósticos desde 1995 a 2011, en porcentajes, y posteriormente los gráficos correspondientes a las diversas categorías dentro de cada grupo en frecuencias absolutas (N). En los casos en los que la representatividad porcentual lo permita, cuando sea mayor de 0, también se incluye el gráfico de columnas apiladas (el total de frecuencias se considera el 100% y la proporción por sexos sobre éste porcentaje).



Como se puede comprobar, estos datos difieren ligeramente de los presentados en el apartado anterior, en concreto estas diferencias son 534 casos menos en mujeres ($N = 41.382$) y 675 en hombres ($N = 36.185$) y se deben a valores perdidos.

Historias clínicas sin diagnóstico en función de año de análisis y el sexo (%)		
	Mujeres	Hombres
1995	19,8	19,2
2000	24,7	22,3
2005	25,1	24,7
2011	24,6	25,1

Existe un volumen importante de historias clínicas carentes de diagnóstico, y aunque parezca, por lo se observa en los porcentajes, que estas cifras, a priori, no son altas, en algunos casos equivalen o superan el porcentaje del volumen total de diagnósticos en determinadas patologías, por ejemplo, el porcentaje de mujeres diagnosticadas por trastornos depresivos a lo largo de los años analizados es menor que el porcentaje de historias sin diagnóstico, cuando, como se vera, éste es uno de los diagnósticos que cuenta con más personas atendidas en la CAPV y no de los que se analizará con mayor profundidad. En definitiva, siendo tantos los diagnósticos posibles y las personas incluidos en cada uno, los porcentajes de casos sin diagnóstico sí representan una cifra a tener en cuenta.

Como podemos comprobar en la tabla, el porcentaje de mujeres sin diagnóstico es superior al de hombres en los dos primeros años de análisis, se iguala prácticamente en 2005 el porcentaje para ambos性es y es menor entre las mujeres en 2011.

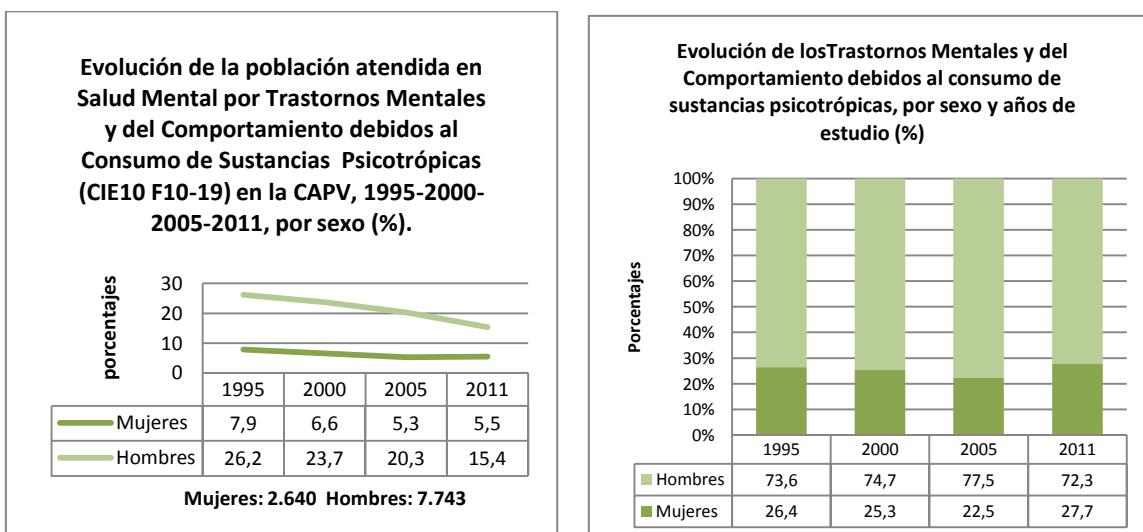
2.2.1. Evolución de los Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas CIE-10 F10-19

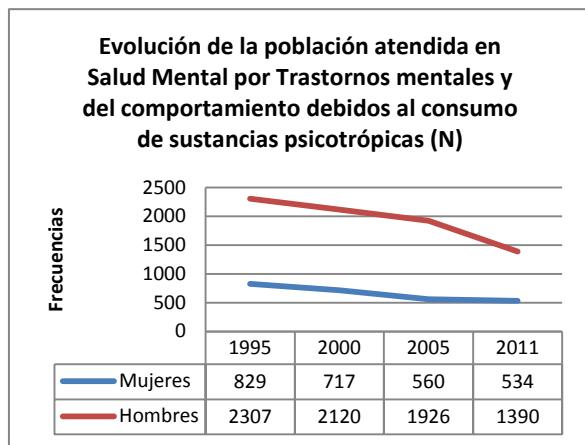
Incluye los trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol, de opioides, de cannabinoides, de sedantes o hipnóticos, de cocaína, de otros estimulantes incluyendo la cafeína, de alucinógenos, de tabaco, de disolventes volátiles, de múltiples drogas y otros psicotrópicos, así como la intoxicación aguda, el consumo perjudicial, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia, síndrome de abstención con delirium, trastorno psicótico por consumo, síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas, trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas y trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas sin especificación.

En primer lugar, la proporción de hombres atendidos por estos trastornos triplica a la de las mujeres en todos los años de estudio, incluso la cuadriplica en 2005. La evolución de las altas debidas al consumo de sustancias, mantiene en general una pauta descendente los varones a lo largo de los años, si bien entre las mujeres este descenso sólo se produce en los dos primeros. El volumen de mujeres tratadas, de hecho, mantiene la misma frecuencia entre 2005 y 2011.

Por tanto, la proporción de altas a tratamiento en los diferentes centros por consumo de sustancias desciende más acusadamente entre la población masculina que entre la femenina, aunque los varones con problemas de alcohol (7.740), en cualquier caso, sigan siendo los protagonistas en la atención dispensada a lo largo de todos los años de análisis por encima de las mujeres adictas tratadas en el mismo período (2.649).

Asimismo, la proporción entre los sexos se mantiene relativamente estable a lo largo del período estudiado: en torno a una mujeres por cada cuatro hombres dados de alta desde 1995 a 2005, sin embargo en 2011 aumenta ligeramente a favor de las mujeres.



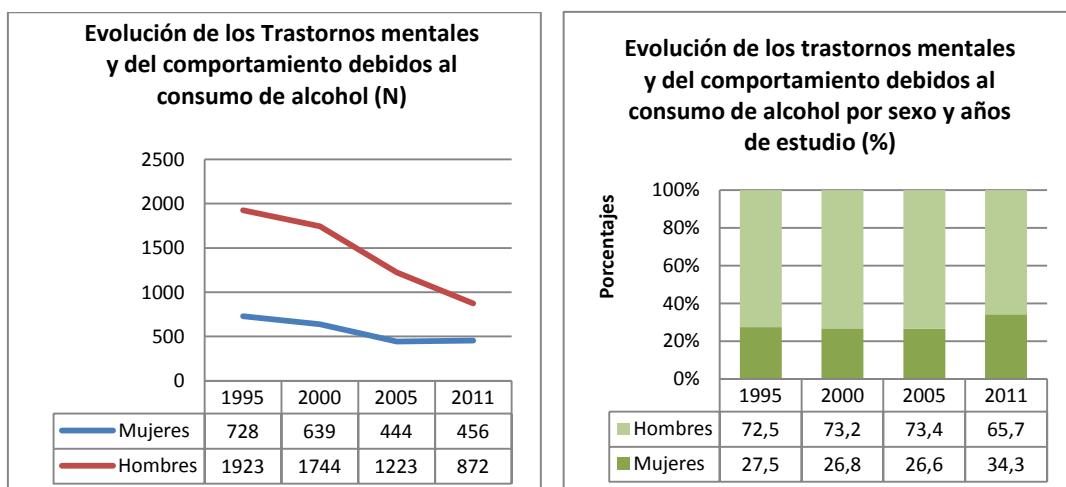


2.2.1.1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol

Las altas originadas por el consumo de las diversas sustancias incluidas en este grupo (alcohol, opióides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes incluida la cafeína y otras sustancias (o múltiples sustancias), también son significativas. Así se observa que a excepción del último año analizado, las altas por consumo de alcohol entre los hombres casi triplica a las de las mujeres. En este último año, la frecuencia por sexos se duplica con respecto a años de estudio anteriores.

Asimismo, y en este último año, entre las mujeres apenas se percibe un ligero aumento de las altas ocasionadas por el consumo de esta sustancia con respecto a 2005 (12 casos más), por lo que se mantiene en volúmenes inferiores al de los dos primeros años. La reducción de los diagnósticos femeninos por consumo de alcohol se manifiesta de forma más acusada entre 1995 y 2000 (-87%) y entre 2005 con relación a los de 2000 (-69,5%).

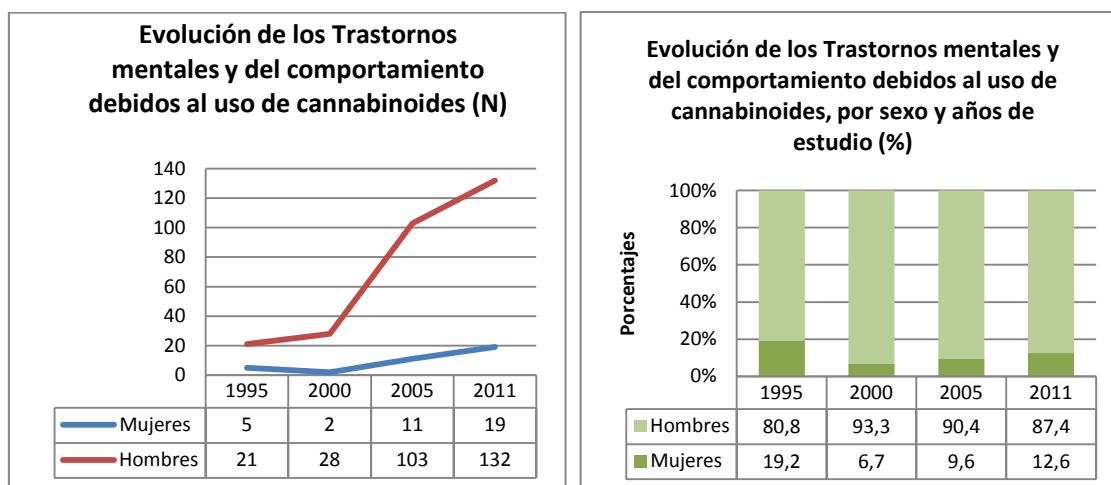
En la representación por sexos, del total de casos tratados por el consumo o abuso de alcohol en 1995, las mujeres representaron un 27,5%, un 26,8% en 2000, un 26,6% en 2005 y un 34,3% en el último año, lo que apunta a un ascenso reseñable de féminas tratadas por el problema entre 1995 y 2011 (+6,8%). En definitiva, que mientras el problema del consumo de alcohol tiende a convocar menos hombres en las consultas de salud mental, los y las profesionales que lo tratan se encuentran con que más de 3 de cada 10 diagnósticos de alcoholismo tienen como protagonista a una mujer.



2.2.1.2. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides

Con relación al consumo de cannabis, las cifras totales hablan de un volumen reducido de altas, sobre todo en los dos primeros años de análisis. En 2005, sin embargo, se constata una importante incorporación de personas dependientes a esta sustancia que solicitan tratamiento.

Si se observa el gráfico de porcentajes apilados en la representación por sexos del total de casos tratados por consumo de cannabinoides (321), se comprueba que en 1995 los hombres representan para este trastorno un 0,2 del total de altas registradas en la CAPV para ese año (26), ascendiendo una centésima en el año 2000. Las bajas cifras de las mujeres tratadas apenas registran representatividad en todos los años de estudio, sin embargo dibuja una curva ascendente continuada a partir de 2000, que de 2 mujeres asistidas pasan a tratarse 11 en 2005 y de estas 11 se pasa a 19 en 2011. De este forma, del total de las personas que fueron atendidas por consumo de cannabinoides en todos los años analizados (321), el 11,5% fueron mujeres, un 12,6% si valoramos únicamente el último año de análisis.

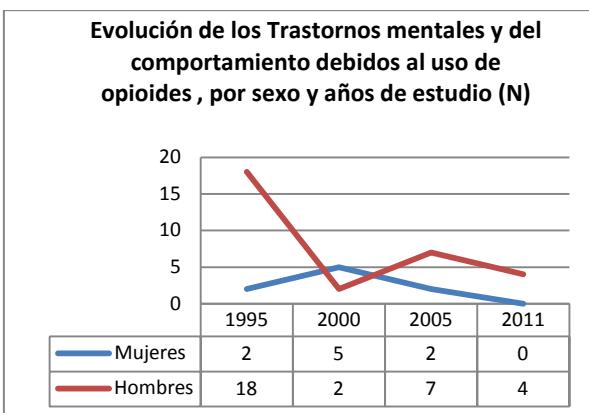


En cualquier caso, es notable el protagonismo masculino en las atenciones por consumo/abuso de cannabis. De cada 10 personas atendidas por esta patología son hombres entre 8 y 9 de los atendidos, mientras que el año en el que las mujeres están más representadas es 1995, donde se confirmaría la proporción usual de presencia femenina-masculina tan habitual en los registros asistenciales específicos de drogodependencias, es decir, la réplica de la proporción de 8 hombres por cada 2 mujeres que demandan tratamiento de adicciones.

2.2.1.3. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opióides

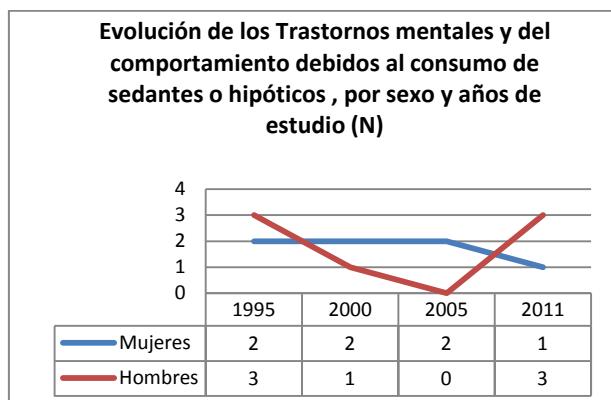
Con respecto a las altas por consumo de opióides, con frecuencias muy bajas en todos los años analizados, el gráfico muestra una tendencia descendiente en general, pero irregular para ambos性別. Se informa de la necesidad de cautela a la hora de su interpretación dado el número de casos.

El aspecto más destacable del gráfico son las 18 altas masculinas de 1995, que representan el 0,2% del total de altas y las 7 de 2005, cuya representatividad con respecto al total es del 0,1%. Así mismo, en el año 2000 se registraron cinco altas producidas por mujeres, siendo el año de mayor frecuencia asistencial, con una representatividad porcentual nula.



2.2.1.4. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos

Las altas por consumo de sedantes o hipnóticos, al igual que las de los opiáceos, conservan frecuencias muy bajas en los años analizados. La representatividad fue nula para ambos sexos en todos los años estudiados.



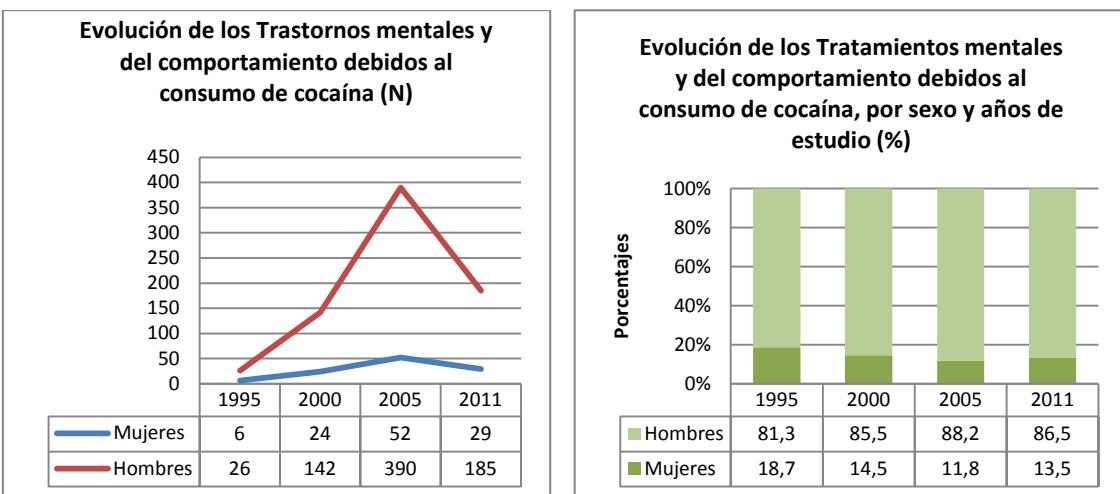
2.2.1.5. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína

Con respecto a las altas registradas por el consumo de cocaína, las frecuencias más numerosas hacen pensar en un perfil masculino en todos los años de estudio, con una tendencia decreciente de casos desde 2005 para ambos sexos.

El mayor aumento en el número de altas para ambos sexos se registró en 2005, las cuales representaron un 4,1% del total de ese año para los hombres y el 0,5% del total de las mujeres.

Desde 1995 a 2005 el número de altas correspondientes a los hombres experimentó un fuerte crecimiento hasta 2005 (del 0,3% al 4,1% del total).

En los años de estudio las mujeres mantienen frecuencias más bajas que los hombres y la representatividad con respecto al número total de las mismas se mantiene semejante desde el año 2000.



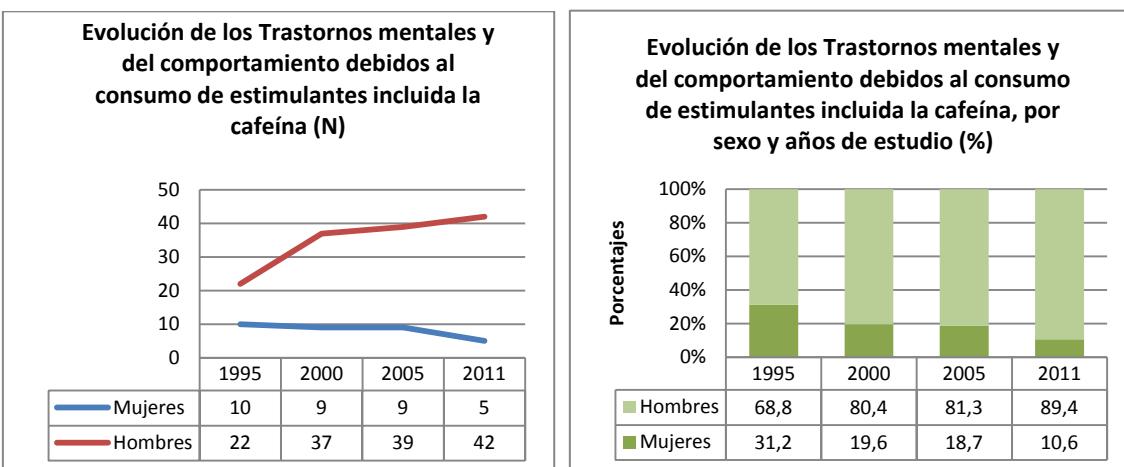
2.2.1.6. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes incluida la cafeína

La frecuencia de las altas por consumo de otros estimulantes, incluida la cafeína, durante el periodo de estudio ha sido igualmente mayor en los hombres que en las mujeres. Ellas presentan además las tasas más bajas en cada uno de los años estudiados, por lo cual esta circunstancia debe tenerse en cuenta de cara a la interpretación de los datos.

Estas diferencias entre los sexos se han ido acentuando desde el primer año estudiado, 1995. Así, desde 2000, el registro de altas asciende débilmente en el colectivo masculino y, en general para todo el periodo estudiado, desciende en el femenino.

En el gráfico de porcentajes apilados se aprecia que la representatividad por sexos se mantiene en torno al 20% para las mujeres en el total de las altas registradas por trastornos debido a estas sustancias para todo el periodo estudiado.

La proporción del 0,1% de altas producidas por estos trastornos entre las mujeres se mantiene estable a lo largo del periodo.



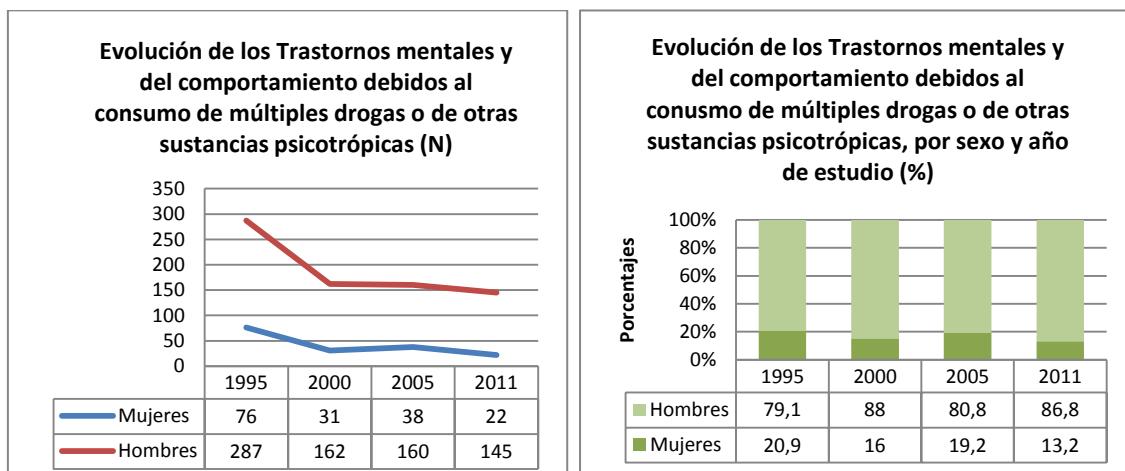
2.2.1.7. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas

Igualmente, el número de altas producidas por el consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas en los años estudiados son más numerosas entre los hombres. En ambos性別 se conserva una tendencia progresivamente decreciente.

En 1995 se registró, con respecto al resto de años estudiados, el mayor número de altas producidas por policonsumo, tanto en hombres (287) como en mujeres (76).

Los porcentajes de mujeres con respecto al total de los registros producidos por estos trastornos son los siguientes: en 1995, del total de casos (363) ellas representaron el 20,1% del total, el 16% en 2000 (193), el 19,2% en 2005 (198) y el 13,2% en 2011 (167), lo que confirma esa tendencia decreciente entre las féminas.

En el gráfico de porcentajes apilados se aprecia el progresivo descenso producido en la proporción de altas registradas en ambos性別.



Como resumen de este capítulo centrado en los trastornos mentales y del comportamiento producidos por el consumo de sustancias, se han seleccionado sólo una serie de gráficos. En el primero de ellos se muestra la suma de las altas producidas por consumos de las diversas sustancias en 1995, 2000, 2005 y 2011 en función del sexo. Se han incluido las sustancias que no han sido analizadas en apartados precedentes por no alcanzar una representatividad porcentual mínima.

En el segundo y tercer gráfico se muestra la evolución por años de todas las altas producidas por el consumo de las diversas sustancias psicoactivas en los años de estudio. El primero corresponde a las altas entre las mujeres y el segundo a las de los hombres.

En el gráfico correspondiente a las **mujeres** que observa que:

La sustancia que más altas ocasiona en los centros de salud mental entre las mujeres es el alcohol, con una diferencia muy importante con respecto al resto de las sustancias estudiadas. En segundo lugar lo ocasiona el policonsumo de sustancias (o consumo de sustancias no estudiadas). En tercer lugar figura el consumo de cocaína, seguido del de cannabinoides, estimulantes, opiáceos, disolventes y volátiles.

Con respecto al consumo de alcohol, se comprueba que desde 1995 a 2005 se produce un descenso en el número de altas producidas por el consumo de esta sustancia y, a partir de este año 2005 se produce un aumento en las altas registradas, representando un 0,5% de diferencia porcentual.

Las altas por el consumo de cannabinoides aumentan desde el año 2000, a razón de 0,1% por año de estudio.

Las producidas por el consumo de cocaína experimentan un aumento del 0,4% desde 1995 a 2005 (del 0,1% al 0,5%), para descender a un 0,2 porcentual en 2011.

Se mantiene estable entre las mujeres el porcentaje de altas producidas por el consumo de estimulantes incluida la cafeína, representando éstas el 0,1% del total en todos los años de estudio.

A lo largo de todo el periodo estudiado desciende igualmente el número de altas producidas por el policonsumo de sustancias o consumo de sustancias distintas a las estudiadas, que pasa del 0,7% de 1995 al 0,2% de 2011.

En el de los **hombres** se aprecia lo siguiente:

Al igual que entre las mujeres, la sustancia que más altas ocasiona en los centros de salud mental entre los hombres también es el alcohol, con una diferencia muy importante con respecto al resto de las sustancias estudiadas. En segundo lugar lo ocasiona igualmente el policonsumo de sustancias (o consumo de sustancias no estudiadas). En tercer lugar, el consumo de cocaína, y las siguientes la ocasionan el consumo de cannabinoides, estimulantes, opiáceos, disolventes y volátiles.

Las altas producidas por el consumo de alcohol descienden progresivamente, rebajándose su representatividad del 21,9% de 1995 hasta el 9,7% que se observa en 2011.

Descienden las altas por consumo de opiáceos, con un índice porcentual 0 en 2000 y 2011. Las producidas por el consumo de cannabinoides aumentan escalonadamente del 0,2% en 1995 al 1,5% en 2011.

El consumo de cocaína produce un aumento exponencial de altas hasta 2005, ascendiendo del 0,3% en 1995 al 4,1% en 2005. En 2011 este nivel representativo se reduce a la mitad, bajando al 2,1%.

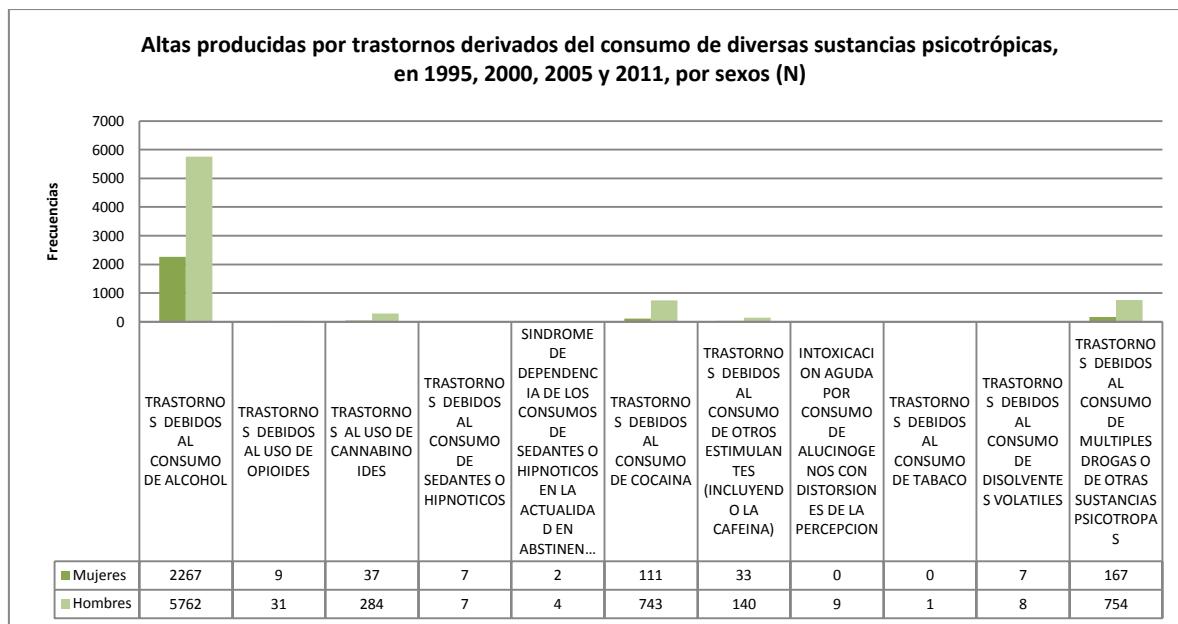
El consumo de otros estimulantes experimenta un ascenso continuado desde 1995 hasta 2000 y desde 2005 hasta 2011 sólo del 0,1%. En 2011 encuentra su nivel de representación más alto con el 0,5% del total de altas producidas.

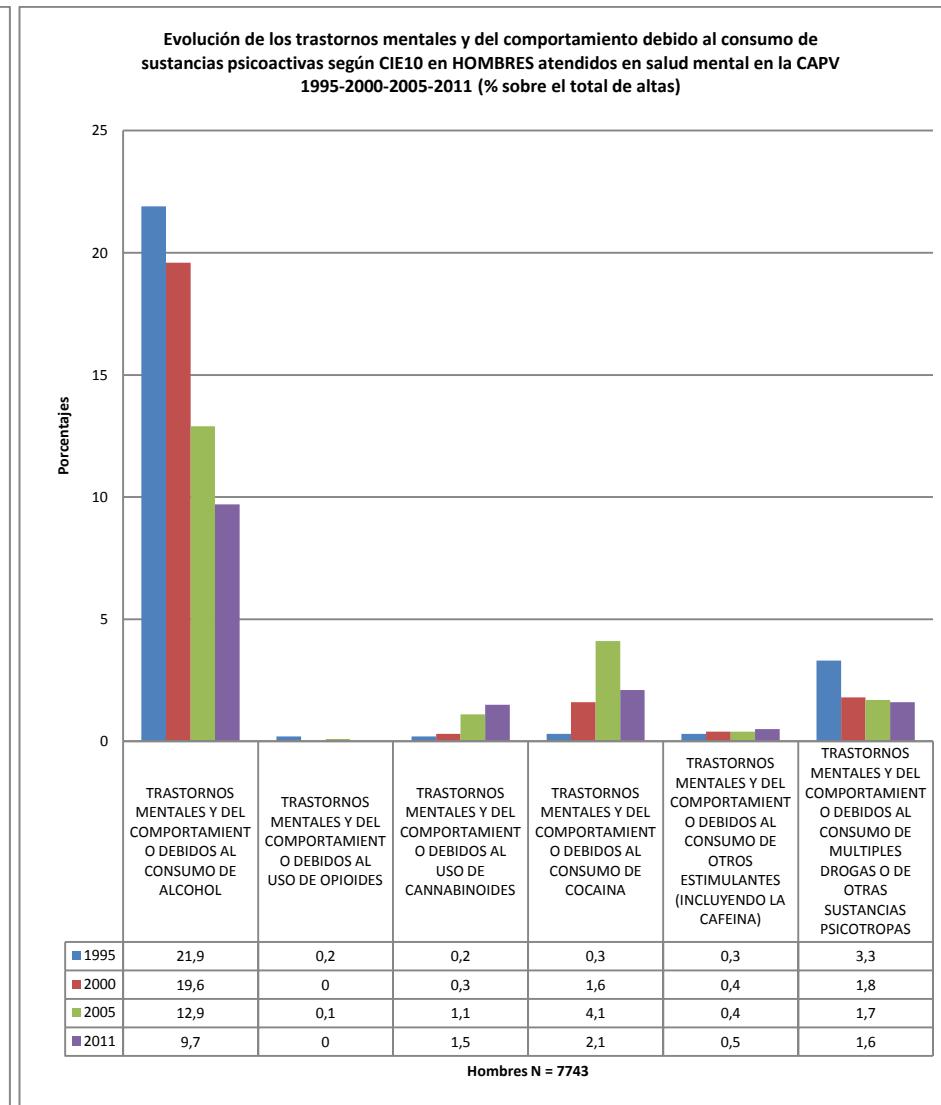
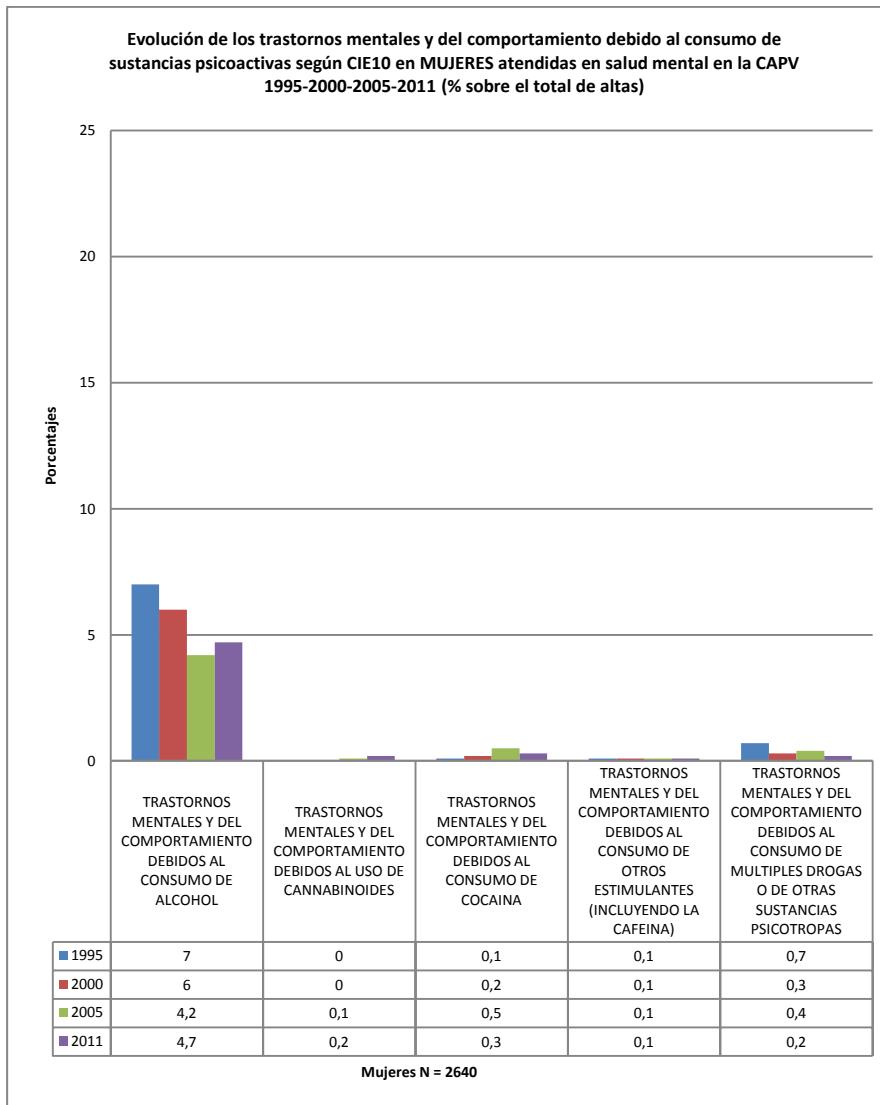
Durante el periodo estudiado se produce un descenso en el número de altas ocasionadas por el policonsumo o consumo de otras sustancias distintas a las nombradas. Entre 1995 y 2000 este descenso es más acusado, que pasa del 3,3% al 1,8% en los años mencionados. Entre 2000, 2005 y 2011 el descenso se mantiene; un 0,1% por cada año de análisis.

En definitiva, las tres sustancias principales que concitan la atención profesional son, por este orden de prioridad, el alcohol, la politoxicomanía o uso simultáneo de diversas drogas y la cocaína.

En todos los años de estudio, el consumo de bebidas alcohólicas ha provocado la atención de 8.029 personas, de las cuales el 28,2% han sido mujeres. La representación femenina más habitual en el análisis por sexos del consumo de sustancias psicoactivas señala invariablemente una proporción de 80-20 a favor de los varones. En el caso del alcohol comprobamos que los datos femeninos son mayores y que casi 3 de cada 10 pacientes que acuden a solicitar asistencia por una dependencia al alcohol son mujeres, lo que puede provocar la reflexión en torno a esta cuestión concreta y a las circunstancias que rodean este consumo entre las mujeres, como por ejemplo, por qué esta sustancia legal y no otras, que cuestiones diferenciales actúan en contra del colectivo femenino, qué cuestiones culturales les afectan de forma específica, y así un sinfín de preguntas a resolver.

Por su parte, la politoxicomanía y en consumo de cocaína entre ellas, durante los años analizados, les representa en un 18,1% de las consultas y al 13% respectivamente para cada una de las dos adicciones más nombradas.





2.2.2. Evolución de la Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos delirantes CIE-10 F20-29

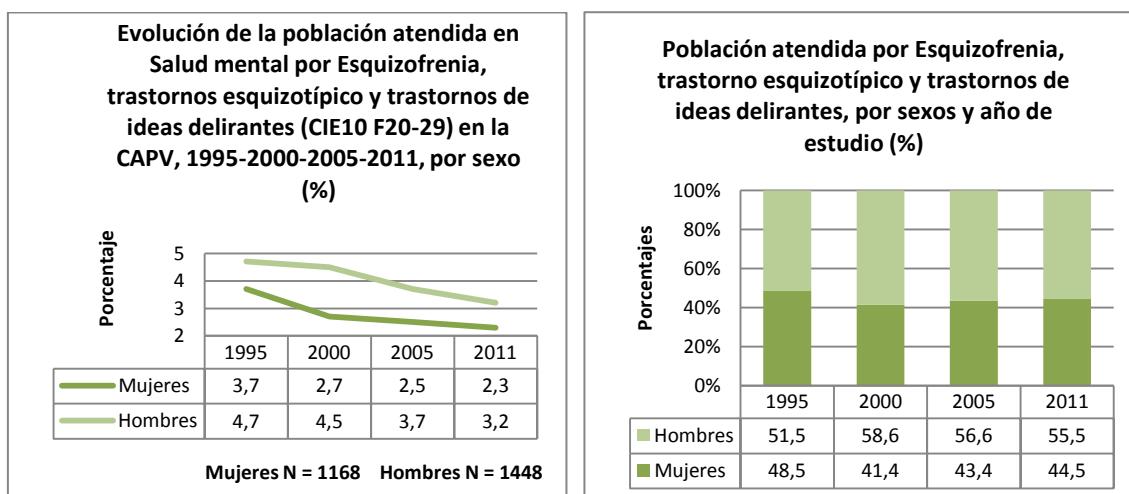
En este grupo de trastornos se incluye la esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, depresión post-esquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, otras esquizofrenias, esquizofrenia no especificada, trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastorno delirante, trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastorno psicótico polimórfico agudo sin síntomas de esquizofrenia, trastorno psicótico polimórfico agudo con síntomas de esquizofrenia, trastorno psicótico agudo estilo esquizofrenia,, otros trastornos psicóticos agudos predominantemente delirantes, otros trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastornos psicóticos agudo y transitorios sin especificar, trastorno de ideas delirantes inducidas, trastornos esquizaafectivos, trastorno esquizaafectivo, tipo maníaco, trastorno esquizaafectivo, tipo depresivo, trastorno esquizaafectivo, tipo mixto, otros trastornos esquizaafectivos, trastorno esquizaafectivo sin especificar, otros trastornos psicóticos no orgánicos y psicosis no orgánica sin especificar.

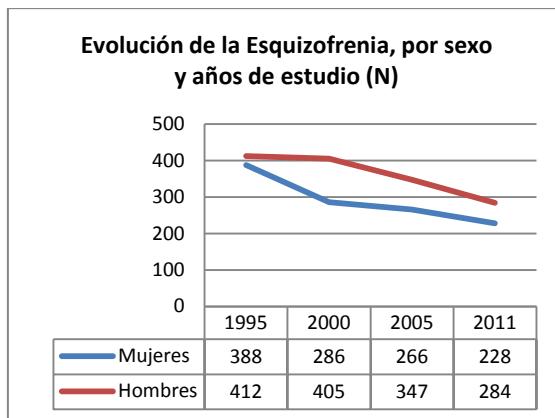
Considerado a efectos de este estudio como un solo bloque, con respecto a la evolución de las altas de este grupo en la población atendida en salud mental en la CAPV, se observa:

- en primer lugar, un mayor número de hombres afectados por estos trastornos
- en segundo, una pauta evolutiva progresivamente descendente tanto para las altas producidas en hombres como entre mujeres.
- en tercer lugar, una proporción prácticamente idéntica (cuatro mujeres y seis hombres de cada diez) a lo largo de todo el periodo estudiado.

El porcentaje de altas por esta patología entre las mujeres desciende del 3,7% de 1995 al 2,3% de 2011 y el de los hombres del 4,7% del primer año de estudio al 3,2% del último, esto es, 1,4 puntos porcentuales en las mujeres y 1,5% en los hombres a lo largo del periodo estudiado.

En el gráfico de porcentajes apilados se observa que el porcentaje de mujeres con respecto al total de altas registradas por este grupo de trastornos se mantiene estable y en torno al 40%.



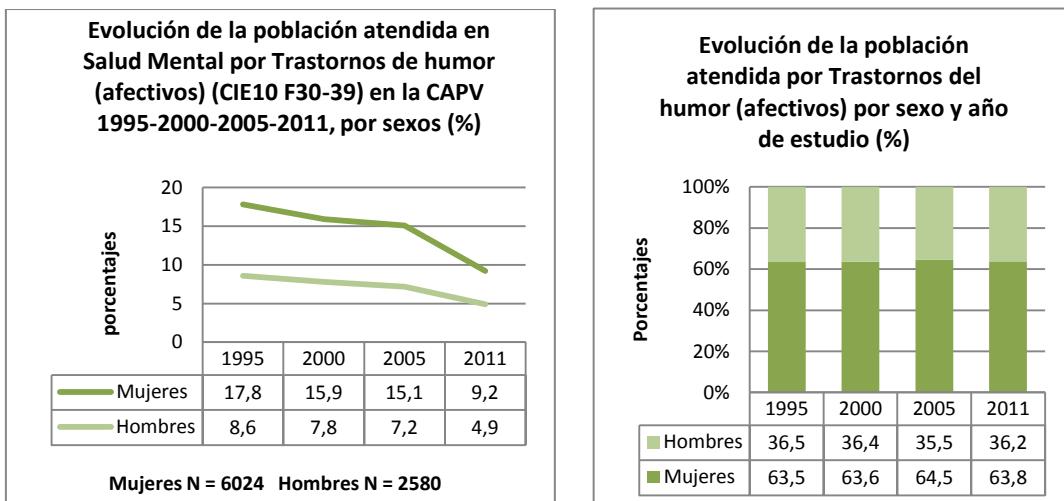


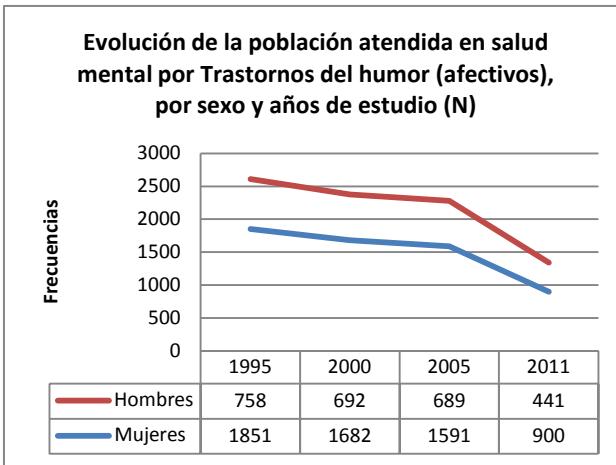
2.2.3. Trastornos del humor (afectivos) CIE-10 F30-39

Se incluyen dentro de este grupo: el episodio maníaco, hipomanía, trastorno bipolar afectivo, episodio depresivo y subtipos: episodio depresivo leve, moderado, recurrente, episodio actual leve, depresivo recurrente, episodio actual moderado, episodio actual grave sin síntomas psicóticos, actual grave con síntomas psicóticos, depresivo recurrente actualmente en remisión, trastornos afectivos persistentes, ciclotimia, distimia, otros trastornos afectivos y trastorno afectivo sin especificar.

En el gráfico siguiente se puede observar:

- una mayor proporción de altas del colectivo femenino en el periodo estudiado,
- un descenso continuado a lo largo del periodo más pronunciado desde 2005 a 2011 en ambos sexos y que
- la proporcionalidad entre mujeres y hombres se mantiene estable a lo largo del periodo estudiado: dos de cada tres altas por este grupo de trastornos pertenecen a mujeres.





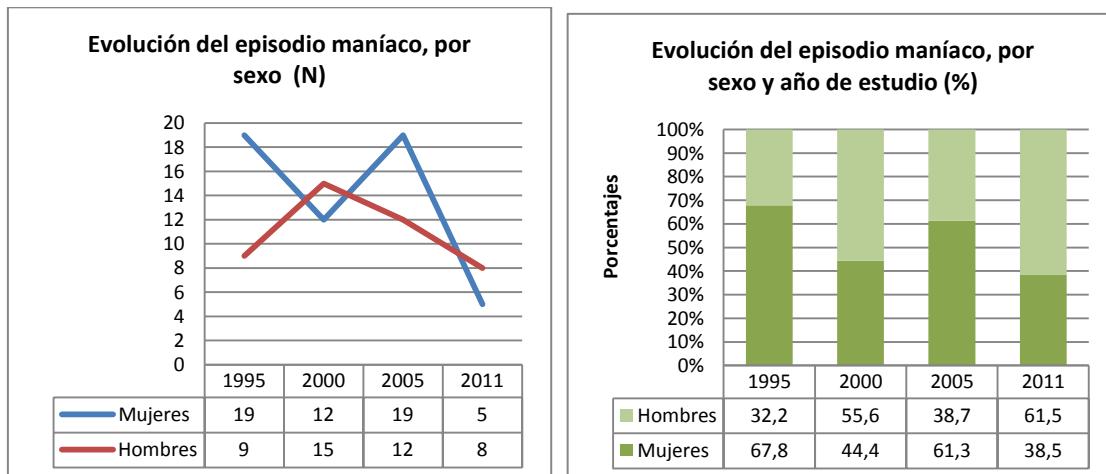
2.2.3.1. Evolución del episodio maníaco

La gráfica de la evolución del episodio maníaco presenta frecuencias bajas y una forma irregular para ambos sexos en el periodo estudiado, por lo que al igual que lo comentado en otros trastornos con tasas bajas, para su interpretación es necesaria cierta cautela.

En 1995 y 2005 el número de altas entre las mujeres es el mayor registrado en todo el periodo estudiado, 19 cada año, correspondiéndoles a ellas una proporción de dos de cada tres altas derivadas de la demanda asistencial por este tipo de trastornos.

En 2000 y 2011 las altas masculinas superan en número de frecuencia a las femeninas, y ambas presentan en este último año estudiado las tasas más bajas.

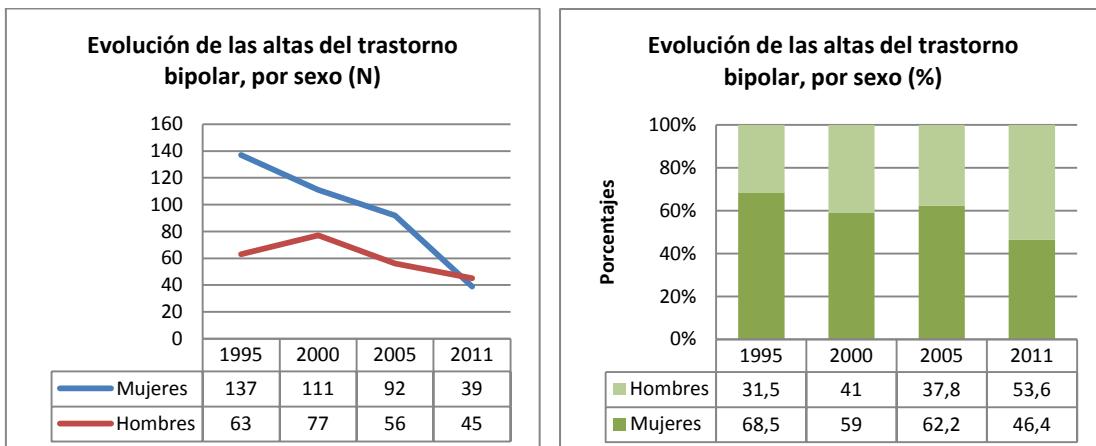
En el gráfico de columnas apiladas, número total de altas registradas por este trastorno, en 1995 y 2005, dos altas de cada tres fueron protagonizadas por mujeres por cada una de las que provocó un hombre. En 2011 la proporción se sitúa en el 38,5% de mujeres y el 61,5% de hombres con respecto al total de altas en este año.



2.2.3.2. Evolución del episodio bipolar

La evolución del trastorno bipolar mantiene para ambos性os en general una tendencia decreciente. Así mismo presentan una mayor frecuencia las altas entre las mujeres en todos los años estudiados, a excepción de 2011, año en que los hombres han superado en número de demandas de asistencia a las de las mujeres (45 hombres frente a 39 mujeres).

En 1995 dos de cada tres altas por este tipo de trastornos correspondían a mujeres (137 de 200 altas producidas) mientras que en 2011 la proporción es aproximadamente de una de cada dos (de 84 altas registradas, 39 (46,4%) corresponden a mujeres).

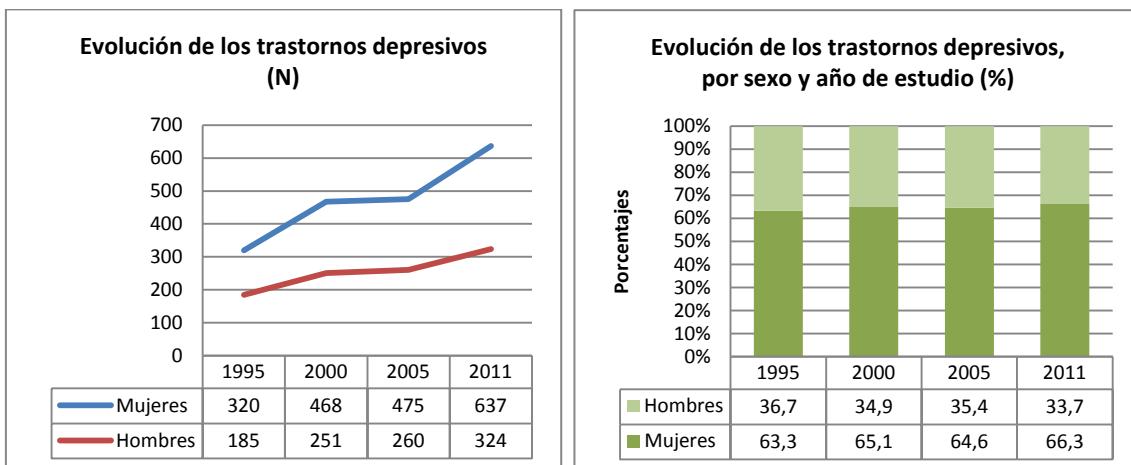


2.2.3.3. Evolución del trastorno depresivo

La evolución del trastorno depresivo, contrariamente al resto de trastornos de este grupo, muestra para ambos性os una tendencia creciente a lo largo del periodo estudiado. Así mismo, el número de altas femeninas, medido en valores absolutos, causadas por dicho trastorno en los cuatro años estudiados prácticamente duplica a las masculinas.

Por otra parte, los valores absolutos registrados en 2011 en ambos性os prácticamente se duplican a los obtenidos en 1995. Así, las altas de mujeres aumentan de 320 a 637 y las de los hombres de 185 a 324 tomados los datos del primer año y comparados con los del último.

En el gráfico de columnas apiladas se aprecia un progresivo y constante aumento a favor de las mujeres en la proporción de altas registradas por año y sexo con respecto a las de los hombres, las de ellas son unas 60 por cada 100 del total de asistencias.

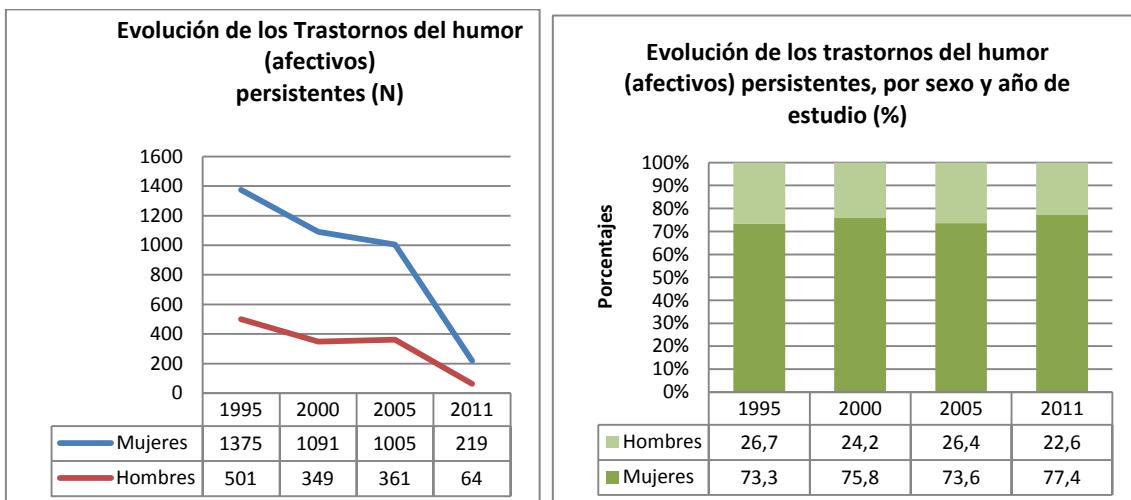


2.2.3.4. Evolución de los trastornos del humor (afectivos) persistentes

El número de altas registradas de los trastornos del humor (afectivos) persistentes en todos los años de estudio es claramente superior entre las mujeres.

La evolución del registro de las altas presenta una tendencia claramente decreciente en ambos性. Así, entre las mujeres el número de altas desciende de 1375 a 219 y entre los hombres de 501 a 64 entre el primero y el último de los años de análisis.

Las altas registradas entre las mujeres representan aproximadamente un 75% de las altas totales por este tipo de trastornos (los porcentajes varían entre el 73,3% en 1995 y el 77,4% en 2011).



Los siguientes gráficos, al igual que se propuso para los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias, muestran un resumen de los aspectos significativos de la evolución de este grupo de trastornos.

Los primeros corresponden al número total de las altas ocasionadas por cada uno de los trastornos incluidos y estudiados en este grupo en los años 1995, 2000, 2005 y 2011. Así, se aprecia que el mayor número de altas entre las mujeres y entre los hombres los provocan los trastornos del humor (afectivos) persistentes, el trastorno depresivo, el trastorno bipolar y el trastorno maníaco.

Los siguientes gráficos corresponden a la evolución de los trastornos de este grupo, el primero relativo a los datos de las mujeres y el segundo a los de los hombres.

Los aspectos más destacados del primer gráfico (mujeres):

los trastornos que evolutivamente acumulan el mayor volumen de altas son los trastornos del humor (afectivos) persistentes, si bien el porcentaje de los mismos, aunque presenta descensos progresivos desde 1995 a 2005, también ha bajado fuertemente desde 2005 a 2011 (del 9,5% al 2,2%).

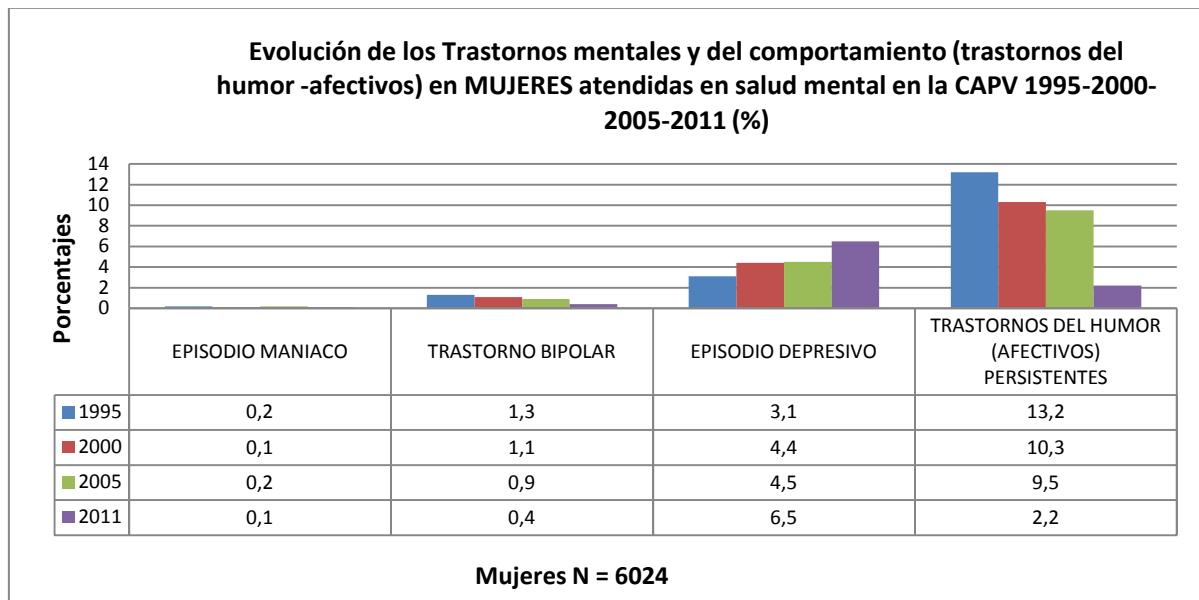
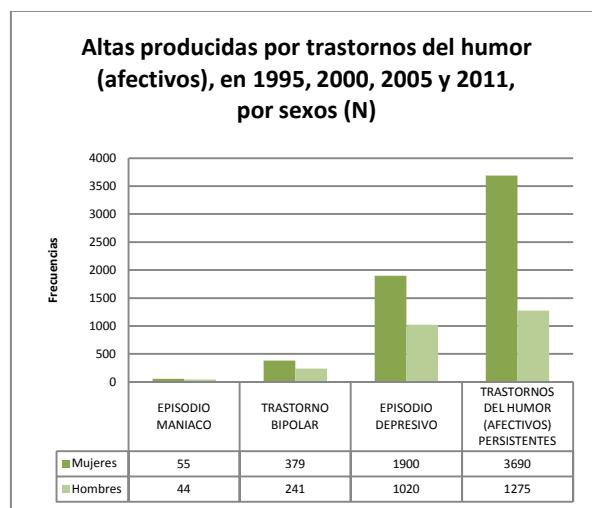
El segundo que suscita la mayor cantidad de atenciones según el registro de altas en las mujeres corresponde al trastorno depresivo, el cual muestra una evolución creciente progresiva

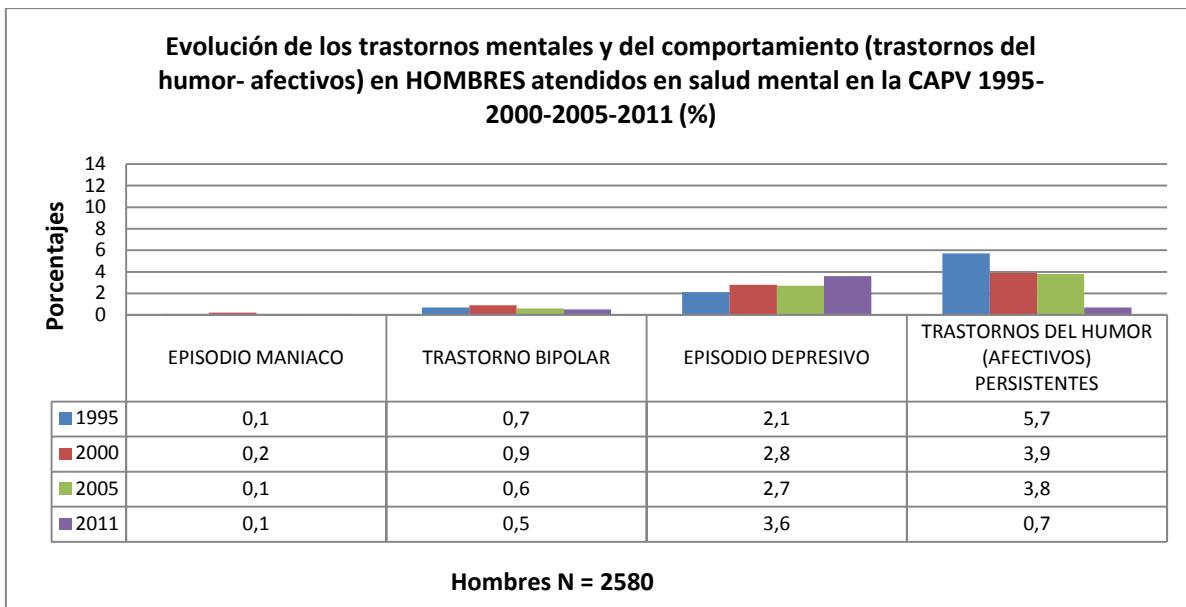
desde 1995 a 2011, esto es, pasa de acumular el 3,1% de las atenciones al 6,5% de las demandas.

Las altas registradas por padecer el trastorno bipolar, al igual que otros trastornos del humor (afectivos) persistentes, señalan una evolución decreciente progresiva entre las mujeres

Las derivadas por padecer algún episodio maníaco son las menos frecuentes de este grupo.

La evolución de este grupo de trastornos entre los hombres muestra perfiles similares, aunque con valores absolutos distintos a los de las mujeres.





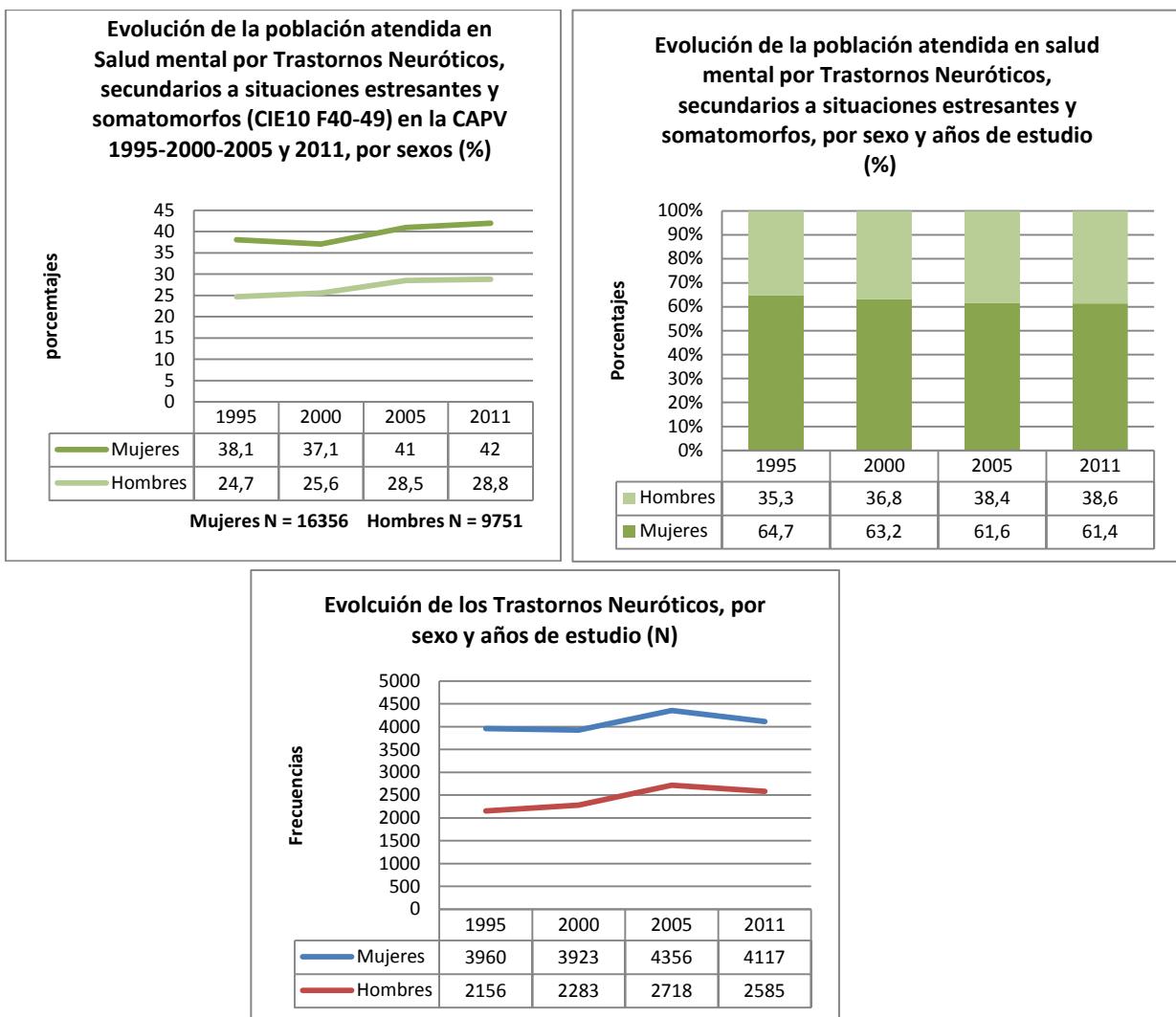
2.2.4. Evolución de los Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos CIE-10 F40-49

Incluye los trastornos fóbicos de ansiedad, agorafobia, otros trastornos de ansiedad, trastorno de pánico (ansiedad episódica paroxismal, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, reacción al stress grave y trastornos de adaptación, reacción al stress agudo, trastorno post-traumático del stress, trastorno de adaptació, trastorno de conversión disociativo, amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno somatomorfo, trastorno de somatización, otras neurosis y neurastenia.

Al igual que lo que sucedía en los trastornos del humor (afectivos) analizados en el apartado anterior, la mayoría de las altas producidas en los servicios de asistencia a la salud mental debidas la padecimiento de este grupo de trastornos neuróticos son protagonizados principalmente por mujeres (16.346 (62,6%) frente a los 9.751 (37,4%) hombres)

Asimismo, la línea del gráfico muestra una tendencia ligeramente creciente para ambos sexos en todos los años de análisis, a excepción del porcentaje del año 2000 entre las mujeres, que registra un ligero descenso respecto a 1995.

Los porcentajes de los respectivos años se muestran a favor de las mujeres, es decir, señalando su protagonismo. En concreto seis altas de cada diez producidas en cualquier año de los estudiados comienzan con una demanda de atención femenina.

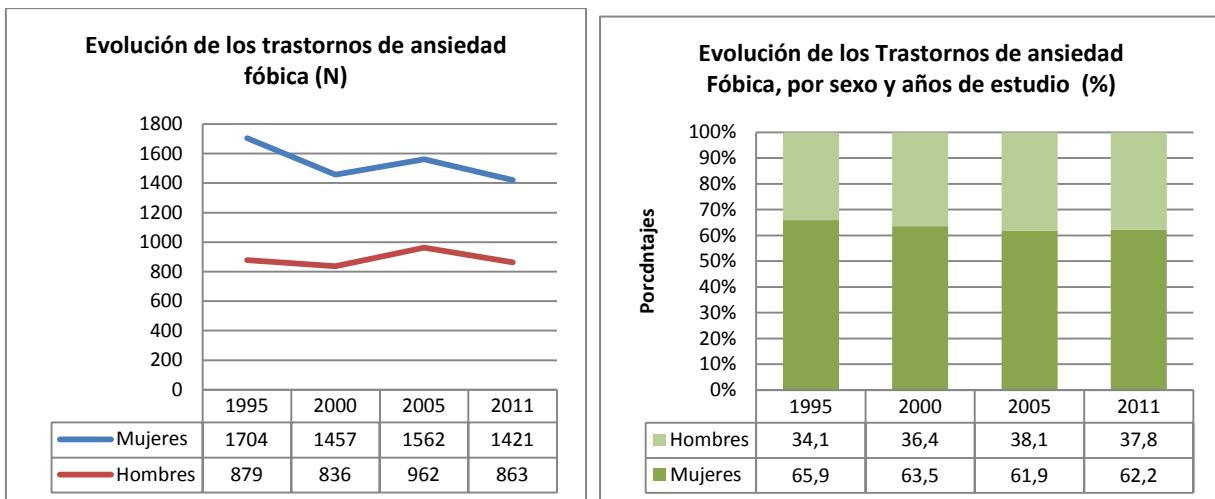


2.2.4.1. Evolución del trastorno de ansiedad fóbica

Con respecto a la evolución de los trastornos específicos en este grupo, en primer lugar se presenta el de la ansiedad fóbica, que como se aprecia en el gráfico siguiente alcanza a 10.274 personas en todos los años de estudio, predominantemente al colectivo femenino, con 6.734 altas de mujeres (el 65,5%) y a 3.540 hombres (el 34,4%).

Asimismo el perfil presenta en general una tendencia de formas ligeramente oscilantes para ambos性, con mayores frecuencias para las mujeres en 1995, mostrando posteriormente una disposición decreciente más acentuada desde 2005. El perfil de las altas entre los hombres se muestra en general con un ritmo similar más débil, con tendencia decreciente desde 2005.

El gráfico de columnas apiladas muestra que el porcentaje de mujeres con respecto al total de altas se mantiene constante en todos los años de estudio, alcanzando el 60% cada año.

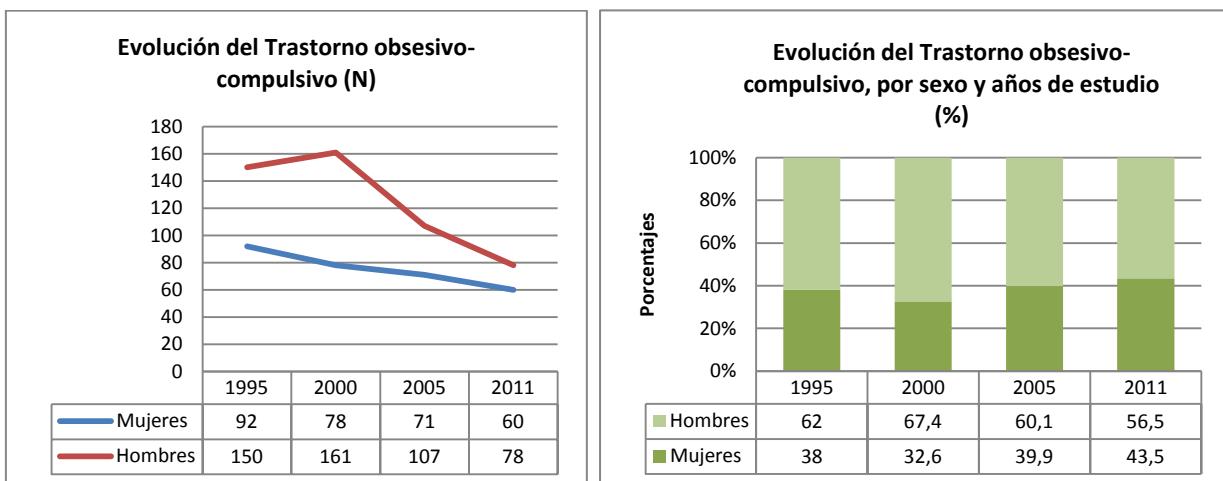


2.2.4.2. Evolución del trastorno obsesivo-compulsivo

En cuanto al número de altas registradas por este trastorno, la frecuencia es mayoritaria para los hombres en todos los años estudiados (496 hombres frente a 301 mujeres)

La evolución muestra una tendencia decreciente para ambos sexos, si bien el número de altas de los hombres en los últimos 15 años acusa un descenso más pronunciado con respecto a las de las mujeres, las cuales mantienen una disminución más pausada dentro de una línea de descenso sostenida en el tiempo.

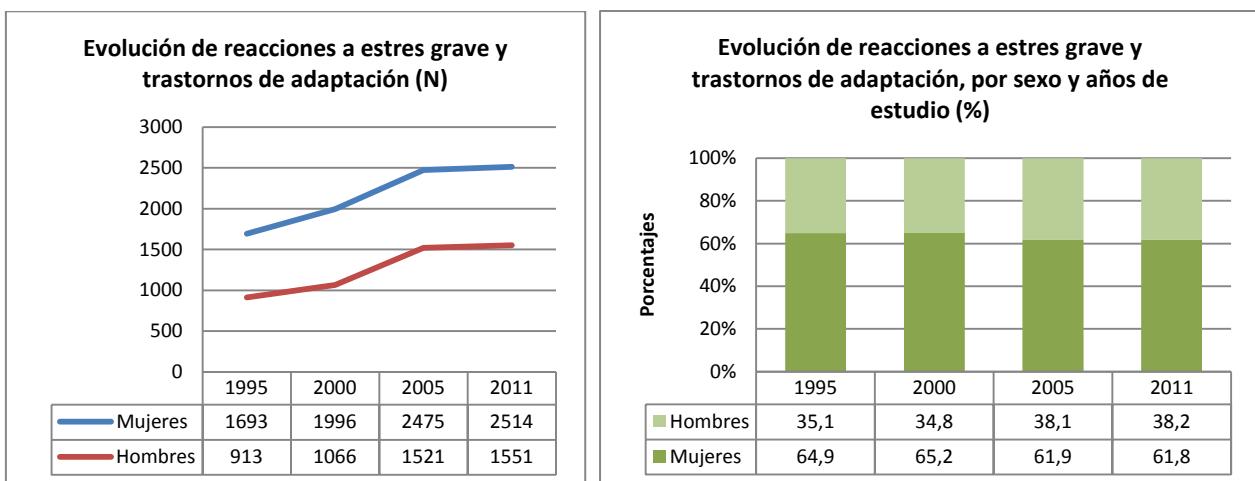
Con respecto al total de altas registradas por años relativas a este trastorno, el porcentaje correspondiente a las mujeres oscila entre el 28% en el año 2000 y el 40% del 2011.



2.2.4.3. Evolución de las altas por reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación

Una lectura distinta se puede realizar con respecto al número de altas por reacción a estrés grave y trastornos de adaptación. Así, el número total de altas por estos trastornos es superior en las mujeres, en concreto, 8.678 de altas en éstas frente a las 5.051 de los hombres.

El gráfico de los perfiles de las frecuencias según los años refleja una línea ascendente para ambos性es, de corte paralelo en el periodo global estudiado, significativamente más alta en el colectivo femenino. Las altas de las mujeres en 1995 son 1693 y hasta 2011 ascienden a 2.514. En cuanto al gráfico de barras apiladas, la proporción de mujeres con respecto al número total de altas registradas por estos trastornos se mantiene con ligeras variaciones en torno al 60% en todos los años estudiados.

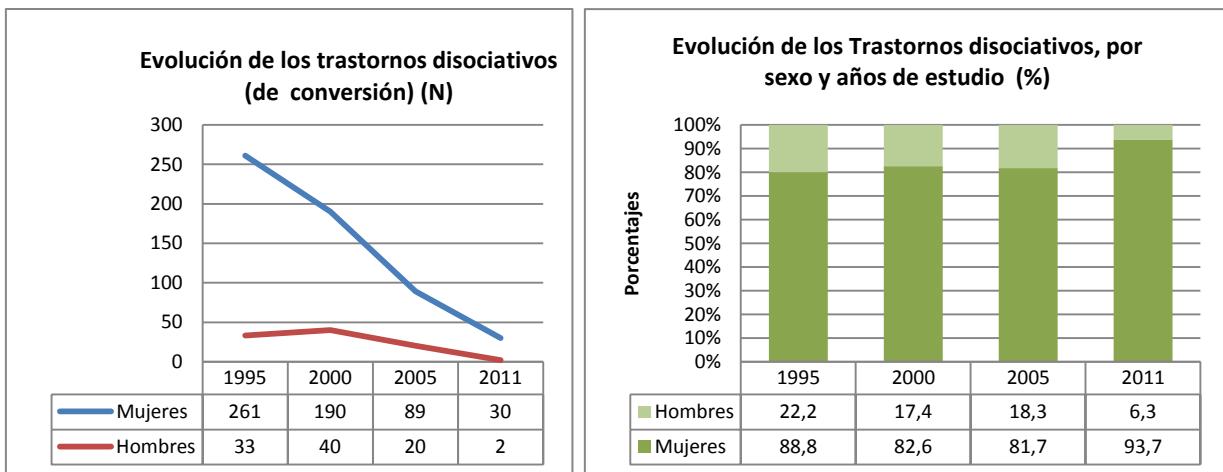


2.2.4.4. Evolución los trastornos disociativos

El número total registrado de altas por trastornos disociativos corresponde a 570 mujeres y 95 hombres, esto es, un 85,6% de las mismas pertenece a mujeres.

Con respecto a la evolución de este tipo de trastornos los perfiles muestran una tendencia dispar dentro de una progresión descendente. Como se observa en el gráfico, el número de altas de mujeres cae fuertemente desde 1995 de 261 a 30 en 2011, mientras que el de los hombres presenta un descenso en general más pausado que el dibujado por las mujeres sobre todo a partir del año 2000.

Con respecto a la proporción entre los sexos con relación al número total de altas por estos trastornos, el gráfico de barras apiladas muestra que más de un 80% de las entregas registradas en cualquier año corresponde a mujeres, llegando en 2011 al 100% de las mismas.

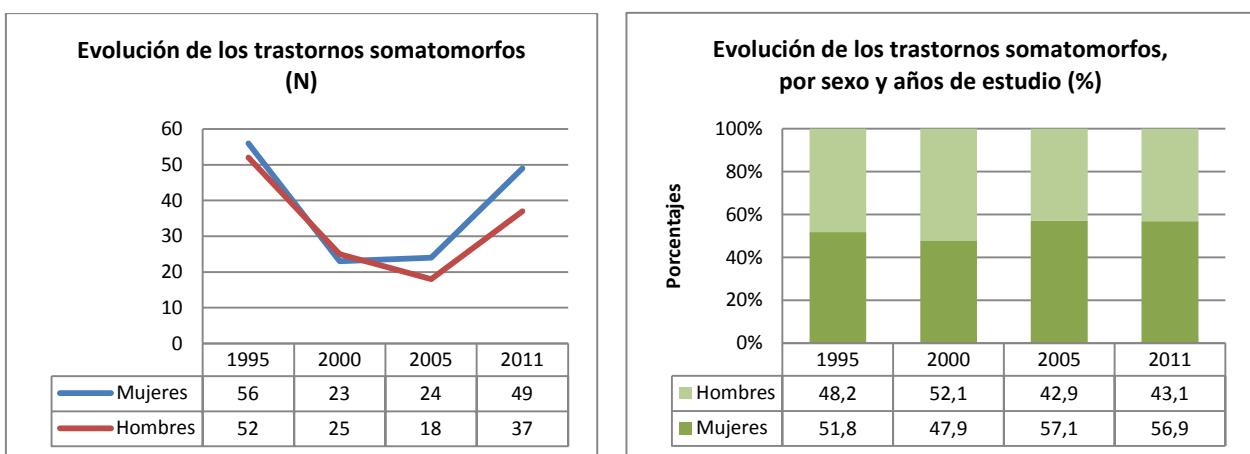


2.2.4.5. Evolución de los trastornos somatomorfos

El número de altas totales registradas por los servicios de salud por los trastornos somatomorfos ha ascendido a 284, de las cuales 152 pertenecen a mujeres (el 53,5%) y 132 a hombres (46,5%).

El gráfico de la evolución de las altas de los trastornos somatomorfos perfila de manera aproximada la forma U para ambos sexos y con frecuencias similares que permiten cierto solapamiento, sobre todo en los primeros años estudiados y más abierto en los últimos.

El gráfico de barras apiladas permite comparar la proporción de cada sexo sobre el número total de altas por estos trastornos. En el se aprecia que a excepción de 2011, en el que el porcentaje es mayor para el colectivo femenino (55%) en los años anteriores los porcentajes oscilan entre el 60% y el 50% a favor de los hombres.

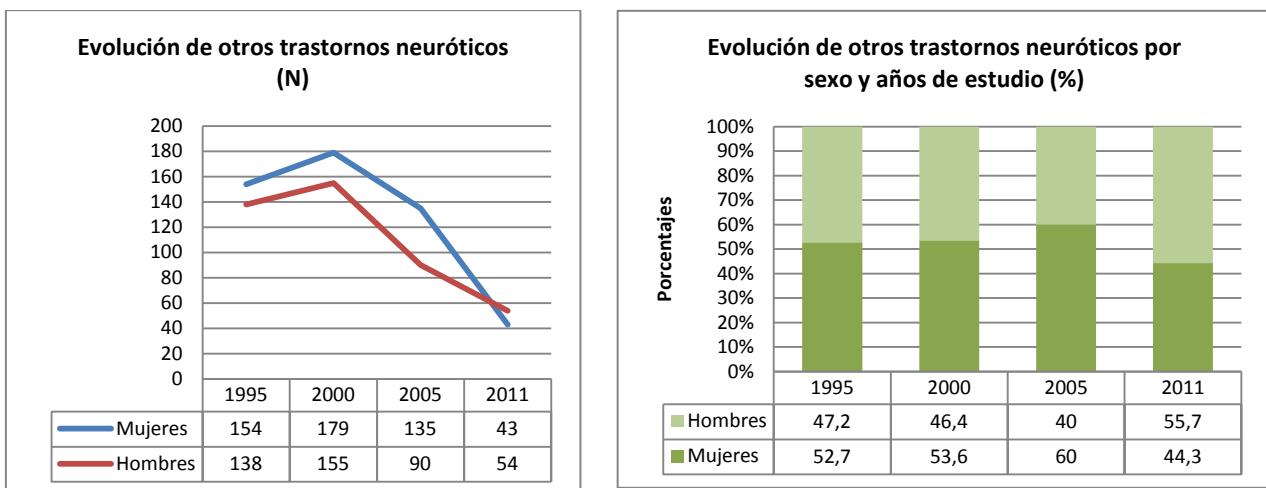


2.2.4.6. Evolución de otros trastornos neuróticos

Con respecto a la evolución de otros trastornos neuróticos (pertenecientes a este grupo sin clasificar en criterios ya definidos) el número total de altas en los años estudiados es de 948, de los cuales 511 (el 53,9%) pertenecen a altas de mujeres y 437 (el 46,1%) a altas de hombres.

Otros trastornos neuróticos presentan durante la última década una tendencia descendente progresiva y pronunciada para las altas producidas en ambos sexos, con frecuencias mayores para las mujeres menos en el último año estudiado 2011 en que éstas son superadas por las de los hombres.

El porcentaje de mujeres sobre el total de altas registradas por estos trastornos oscila entre el 40% del año 2011 y 59% de 2005.



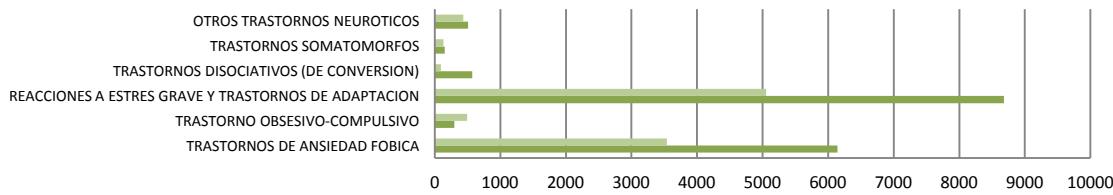
Al igual en que capítulos anteriores, se muestran cuatro gráficos que resumen parte del análisis realizado con respecto a los trastornos incluidos en este grupo y ofrecen información en algunos aspectos nueva.

Los dos primeros gráficos muestran que los trastornos neuróticos más comunes en las mujeres son las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, seguidos de los trastornos de ansiedad fóbica, trastornos dissociativos, otros trastornos neuróticos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos somatomorfos.

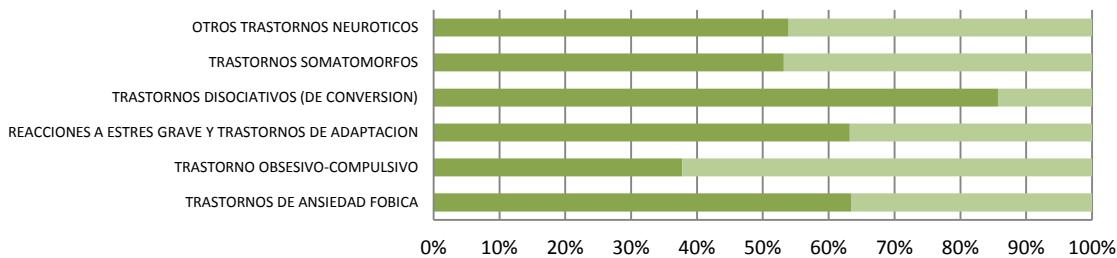
En los hombres, las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación al igual que en el colectivo femenino ocupan los primeros puestos, seguido del trastorno obsesivo-compulsivo, otros trastornos neuróticos, trastornos somatomorfos y trastornos dissociativos.

Con respecto al porcentaje de mujeres sobre el total de altas, el gráfico de barras apilado ilustra que los trastornos de este grupo con más porcentaje de mujeres sobre el total de altas son los trastornos dissociativos, ansiedad fóbica, las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, otros trastornos neuróticos, trastornos somatomorfos y, en último lugar el trastorno obsesivo-compulsivo.

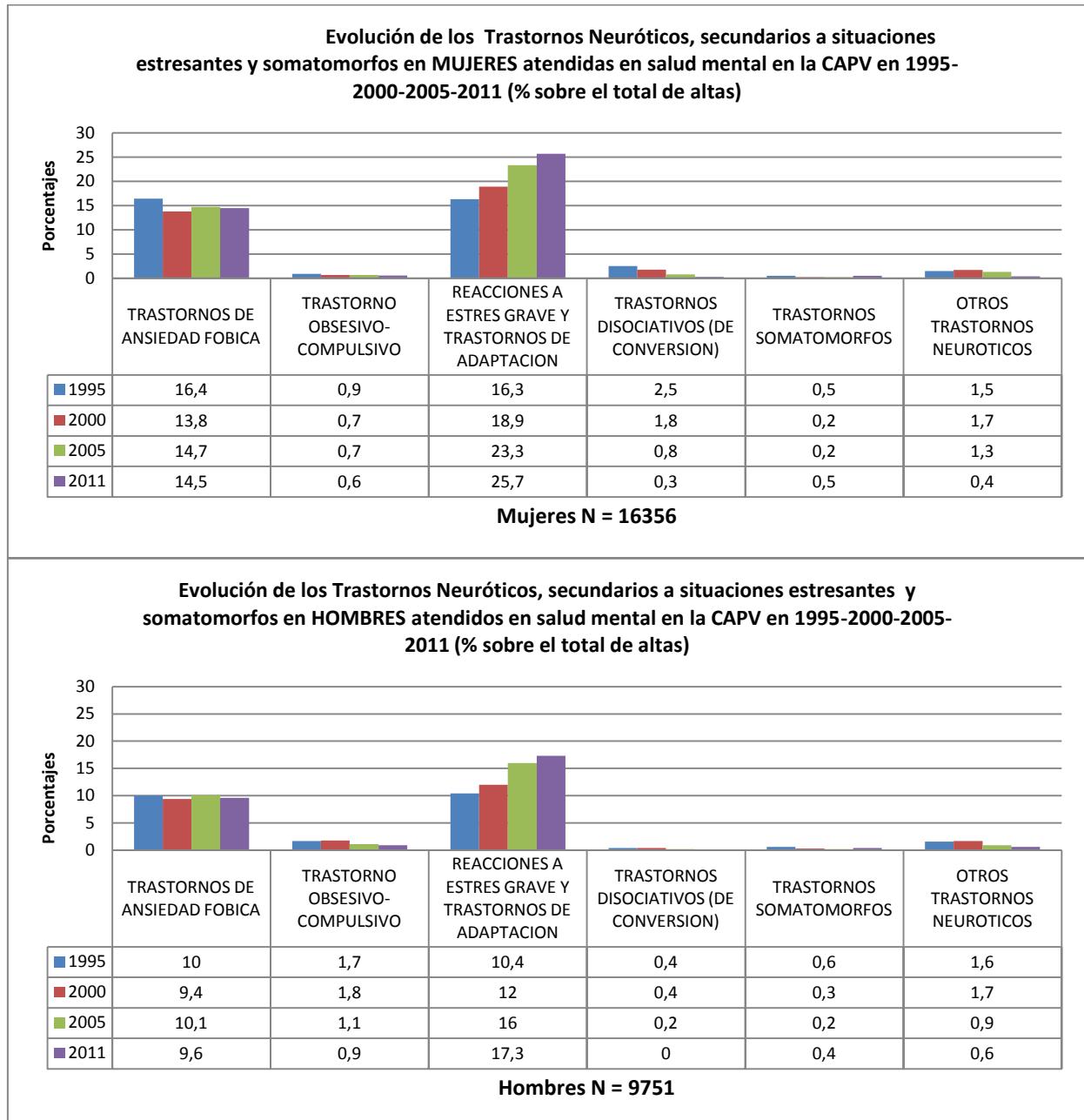
Evolución de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (N)



Evolución de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones de estrés y somatomorfos por sexo (%)



Los siguientes gráficos muestran la evolución por años de las altas producidas en salud mental de los trastornos de este grupo, en el primero del ellos del conjunto de altas femeninas y, en el segundo gráfico, de las masculinas. Ambos sexos muestran una evolución similar para cada trastorno analizado, dibujándose perfiles casi idénticos con variación de los porcentajes, en general mayores para el colectivo femenino.



2.2.5. Evolución de los Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos CIE-10 F50-59

Incluyen los trastornos de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, bulimia nerviosa atípica, hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos, vómitos asociados a otros trastornos psicológicos, otros trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la conducta alimentaria no especificados, trastornos del sueño no orgánicos, insomnio no orgánico, hipersomnio no orgánico, trastorno del reloj biológico no orgánico, sonambulismo, terror nocturno, pesadillas, disfunción sexual no ocasionada por trastornos ni enfermedades orgánicas, eyaculación precoz, trastornos mentales suaves y severos y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados, factores psicológicos y de comportamiento asociados con los desórdenes o enfermedades clasificados, abuso de sustancias que no producen dependencia, síndromes de comportamiento sin especificar asociados con perturbaciones psicológicas y factores físicos.

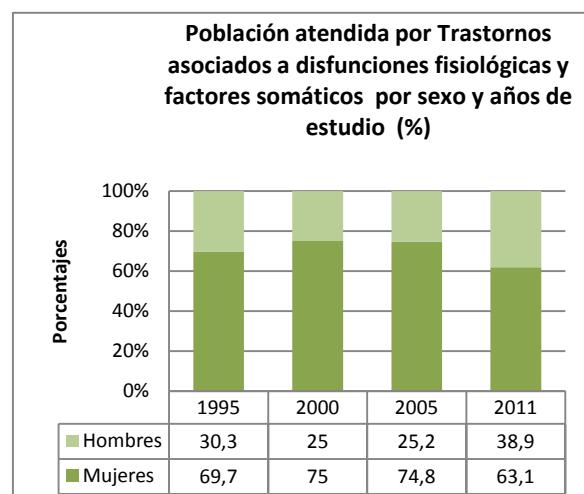
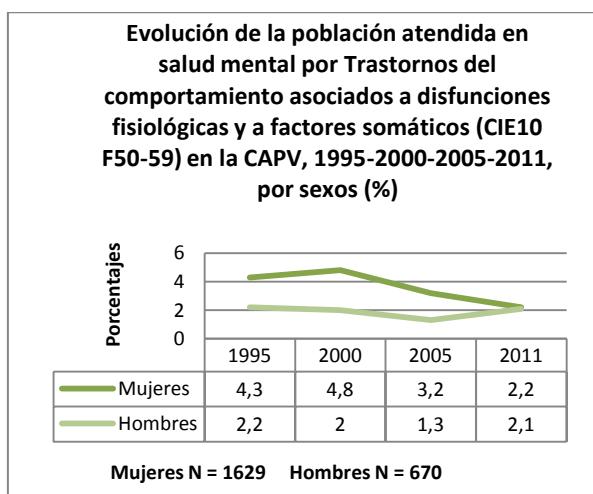
Este grupo engloba los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos no orgánicos del sueño, las disfunciones sexuales no orgánicas, los trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar, factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar, el abuso a sustancias que no producen dependencia y los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

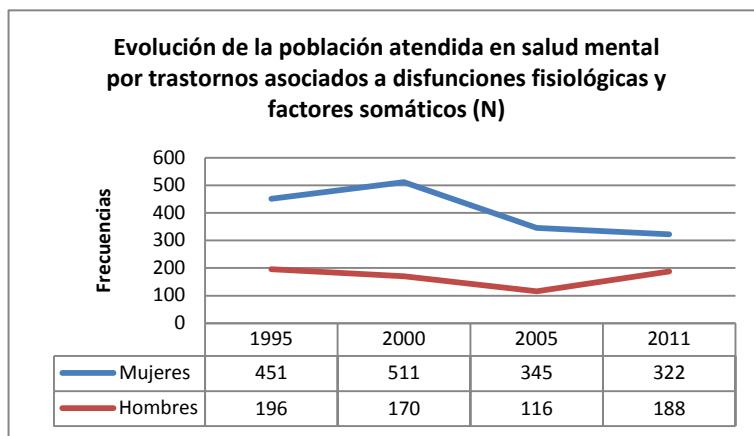
El número de altas total asciende a 2299, de las que 1629 (70,9%) corresponden a mujeres y 670 a hombres.

La evolución de los porcentajes de las altas producidas en la última década por este grupo de trastornos presenta un perfil decreciente para las mujeres y de forma en general más equilibrada para los hombres, a excepción del descenso registrado en 2005.

Las diferencias de los porcentajes por sexos se han ido acercando progresivamente, y llegan a ser idénticos en 2011, 2,2% de las altas producidas ese año en mujeres y 2,1% de las de los hombres.

El gráfico de columnas apiladas muestra que el porcentaje de mujeres con respecto al total se ha mantenido constante entre el 60% y el 65% del total de altas registradas para estos trastornos.



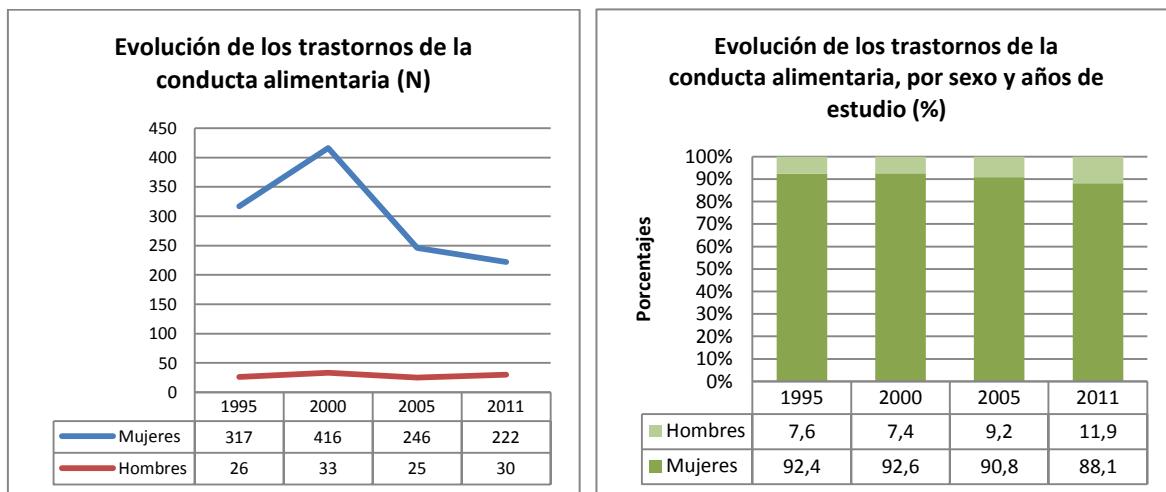


2.2.5.1. Evolución de los trastornos de la conducta alimentaria

El siguiente gráfico muestra que los trastornos de la conducta alimentaria afectan mayoritariamente a las mujeres, con una amplia diferencia con respecto a los hombres. Del total de altas registradas 1.315, 1.201 (91,3%) pertenecen a altas de mujeres y 114 (8,7%) a altas de varones.

El perfil evolutivo del número de altas presenta desde el año 2000 una tendencia decreciente para las mujeres, más amortiguada entre 2005 y 2011, mientras que las altas de los hombres mantienen una línea continua a lo largo del tiempo.

El gráfico de barras apiladas ilustra claramente que los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos claramente femeninos, y los mismos mantienen una proporción en torno al 90% en todos los años de estudio.

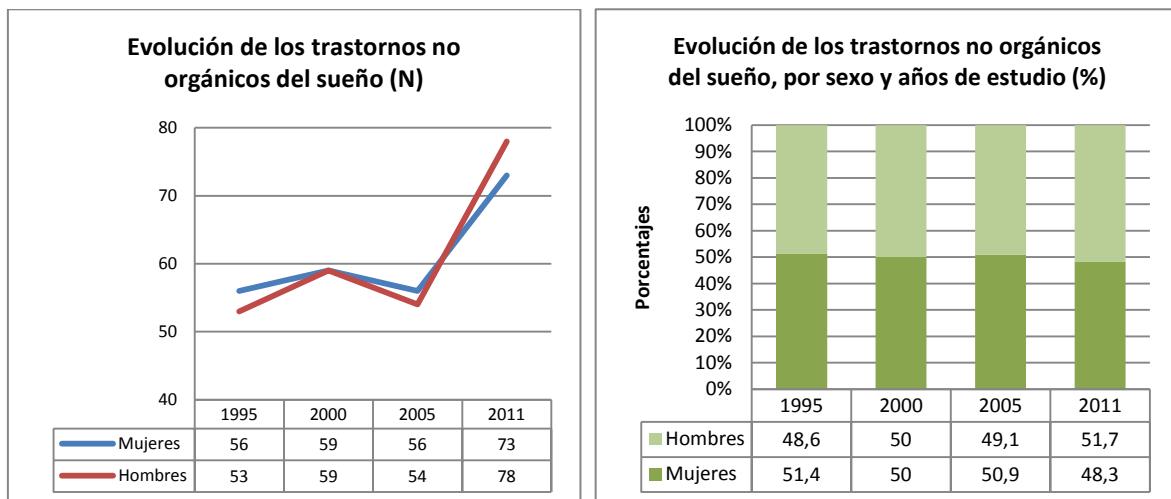


2.2.5.2. Evolución de los trastornos no orgánicos del sueño

La suma total de altas ocasionadas por estos trastornos es de 488, coincidiendo idéntico número para ambos sexos, 244.

Con respecto a la evolución de los trastornos no orgánicos del sueño, el perfil evolutivo muestra igualmente formas muy similares en ambos性os, con escasa variación numérica hasta 2005 y con clara tendencia al alza desde este año.

La proporción de mujeres con respecto al total de altas por estos trastornos se mantiene estable en los años estudiados, aproximadamente en torno al 45% y 50%.

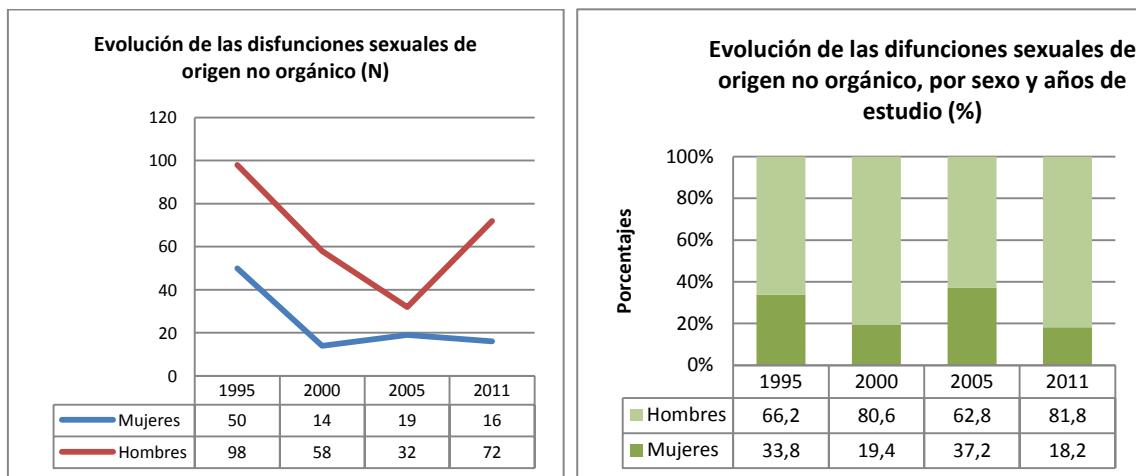


2.2.5.3. Evolución de las disfunciones sexuales de origen no orgánico

El número total de altas registradas por estos trastornos asciende a 359, de las que 99 (27,6%) corresponden a mujeres y 260 (72,4%) a hombres.

El perfil evolutivo del número de altas para ambos性os es similar de tendencia decreciente entre 1995 y 2000, las altas de hombres descienden en 2005 y remontan fuertemente en 2011. Las de las mujeres mantienen desde el año 2000 una reducida y constante frecuencia.

El gráfico de barras apiladas muestra la superioridad masculina en ese tipo de trastornos, oscilando entre el 85-87% del año 2000 y el 60% del total de altas de 2005. El porcentaje más actualizado marca el 80% a favor de los hombres.

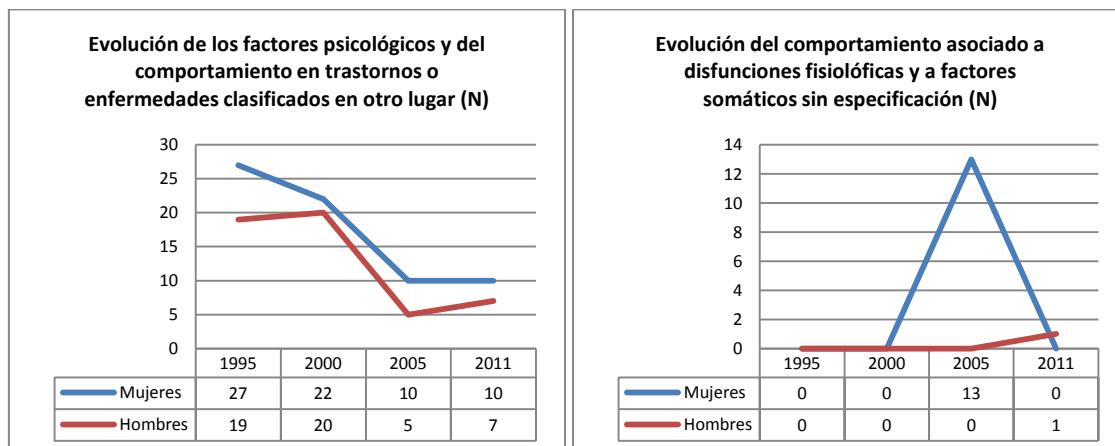


2.2.5.4. Evolución de otros trastornos asociados a disfunciones fisiológicas y a factores orgánicos

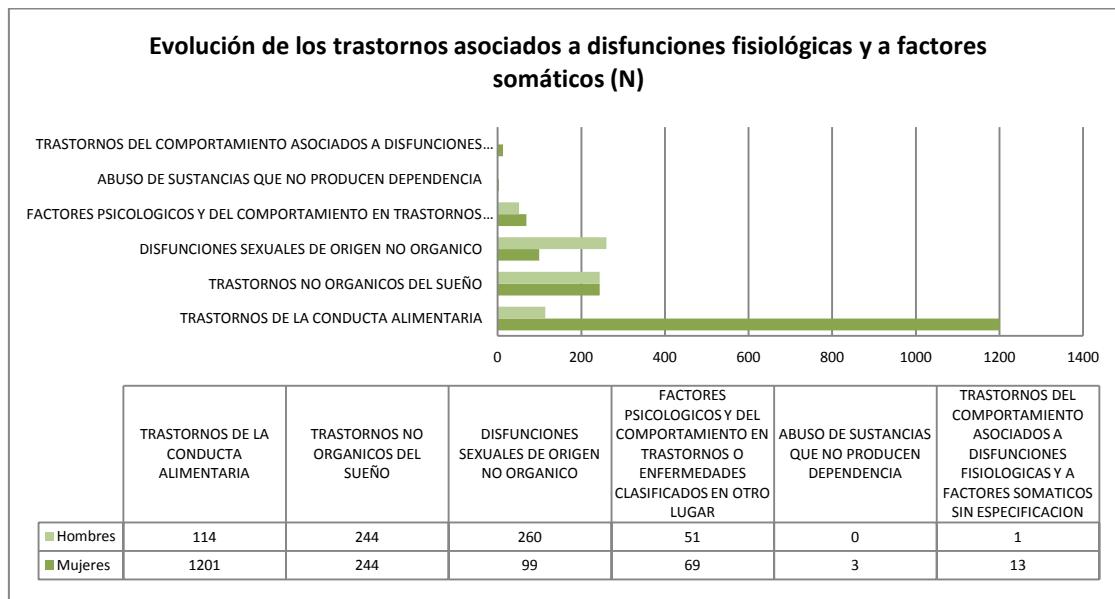
Se incluye en este apartado dos categorías de escasa especificidad cualitativa y cuantitativa con el propósito de mostrar datos ya cuantificados, con las necesarias precauciones debido al bajo número de frecuencias.

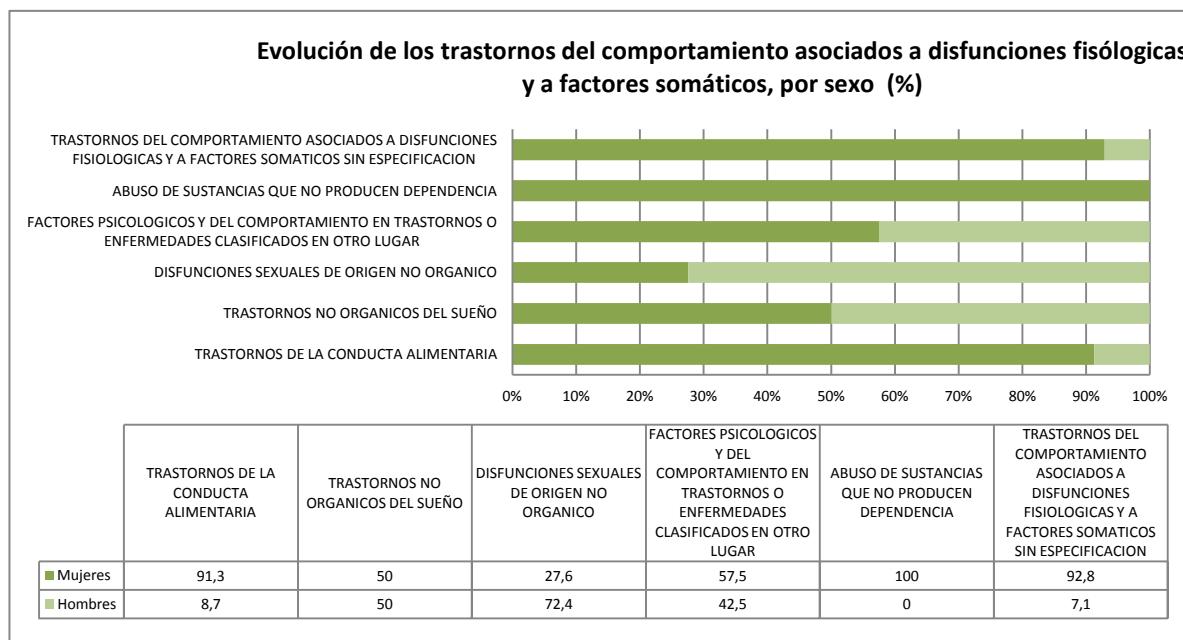
Igual perfil muestran hombres y mujeres con respecto a los factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar, con mayor número de altas registradas entre las mujeres en todo el periodo estudiado.

El gráfico de la evolución del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación ofrece un perfil concreto con las debidas reservas interpretativas.



En los gráficos siguientes aparecen los datos generales referidos a este apartado. Se observa que los trastornos de este grupo que más altas producen entre las mujeres son los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos no orgánicos del sueño, disfunciones sexuales de origen no orgánico. Entre los hombres, aparece en primer lugar disfunciones sexuales de origen no orgánico, los trastornos no orgánicos del sueño, y los trastornos de la conducta alimentaria.





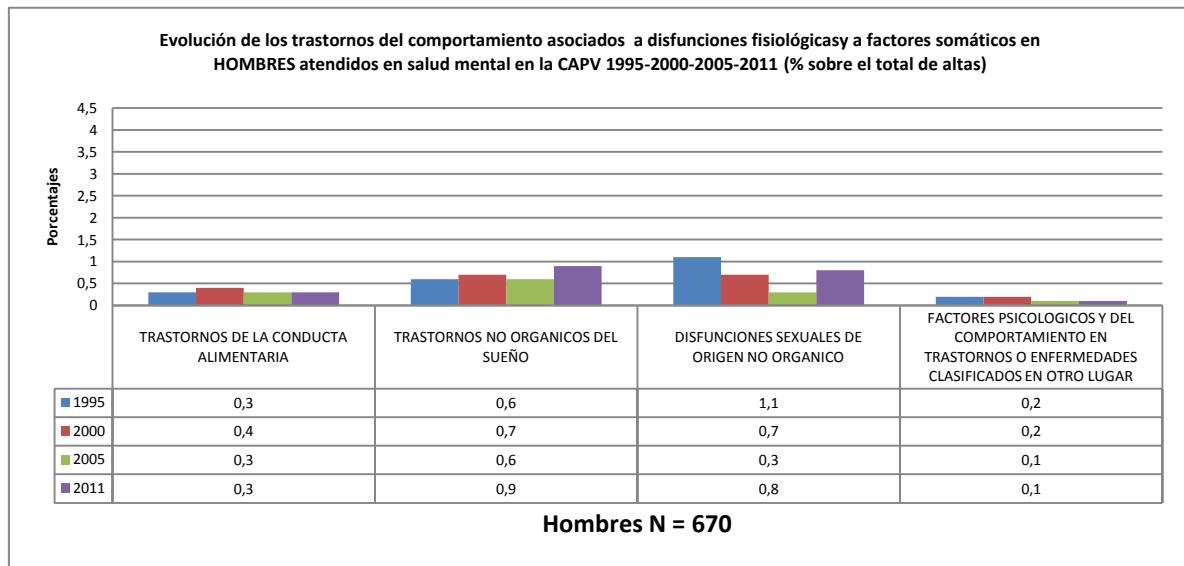
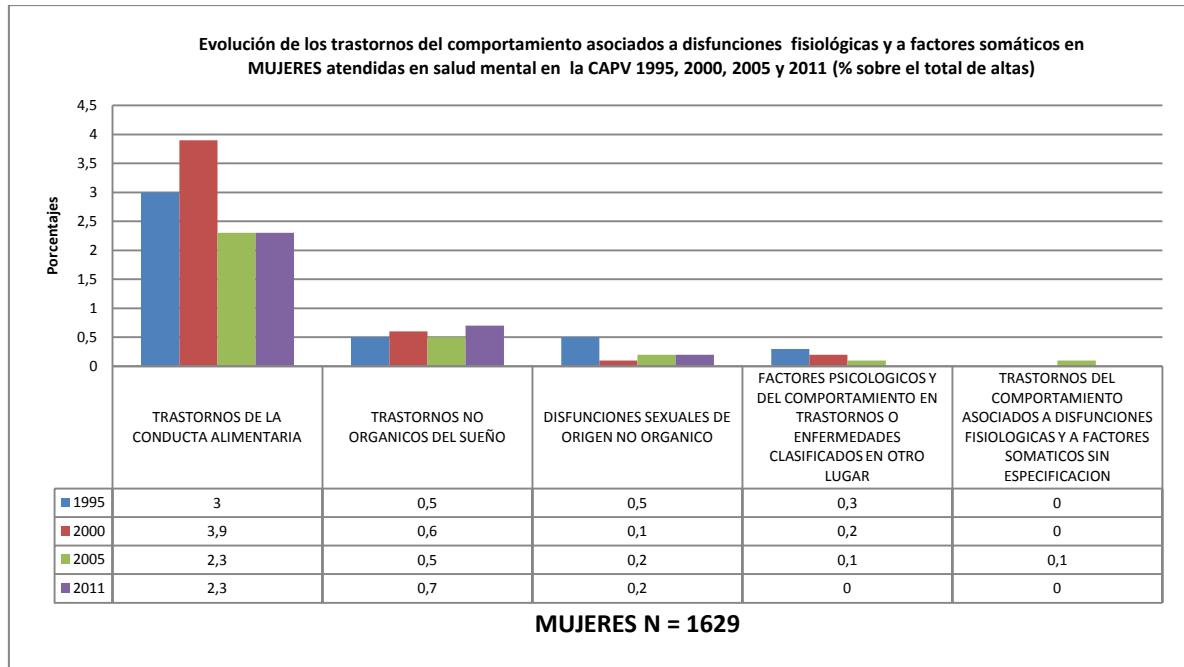
Los trastornos no del sueño experimentan un ligero aumento en 2011 del 0,2%.

Del gráfico con datos de los hombres:

Las altas de los trastornos no orgánicos del sueño aumentan en 2011 con respecto a años precedentes.

Las altas por disfunciones sexuales de origen no orgánico, después de un descenso progresivo en los años anteriores estudiados experimentan un aumento del 0,5%.

El número de altas por trastornos de la conducta alimentaria se mantiene estable entre los hombres.



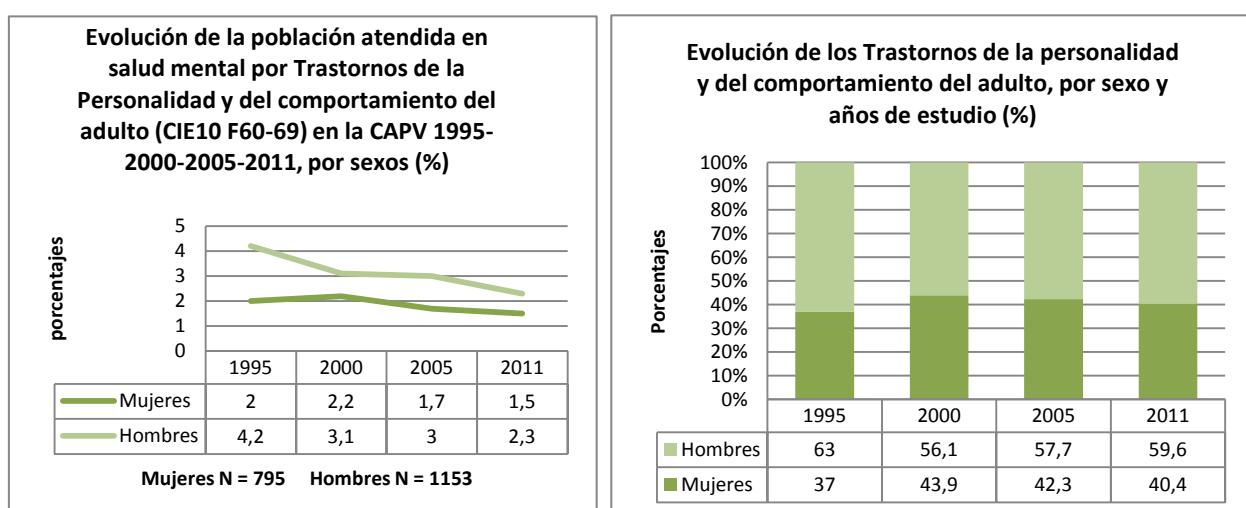
2.2.6. Evolución de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto CIE-10 F60-69

Incluyen el trastorno de personalidad específico, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno disocial de la personalidad, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno anancástico de la personalidad, trastorno ansioso o por evitación de la personalidad, trastorno dependiente de la personalidad, otros trastornos de personalidad específicos, trastorno de personalidad, sin especificar, trastornos de personalidad mixtos y otros, cambios de personalidad duraderos, no atribuibles a enfermedades o daños cerebrales, trastornos impulsivos y de hábito, ludopatía patológica, piromanía patológica, kleptomanía patológica, tricotilomanía, trastornos de la identidad de género, transexualidad, travestismo, trastorno de identidad de género de la infancia, trastornos de orientación sexual, fetichismo, fetichismo travestista, exhibicionismo, voyeurismo, pedofilia, sadomasoquismo, múltiples trastornos de preferencia sexual, otros trastornos de preferencia sexual, trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual, trastorno de maduración sexual, orientación sexual egodistónica, trastorno relacional sexual, otros trastornos de la pulsión, trastornos de la pulsión, sin especificar, otros trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos, elaboración de síntomas físicos por razones psicológicas, producción intencionada o ficción de síntomas o incapacidades, físicas o psicológicas, otros trastornos específicos de personalidad o comportamiento en adultos, trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos sin especificar.

El número total de altas por estos trastornos suma 1948, de las que 795 (el 40,8%) pertenecen a mujeres y 1153 a hombres.

La evolución de los porcentajes de las altas de los trastornos de la personalidad para ambos性es mantiene una tendencia en general decreciente y simétrica.

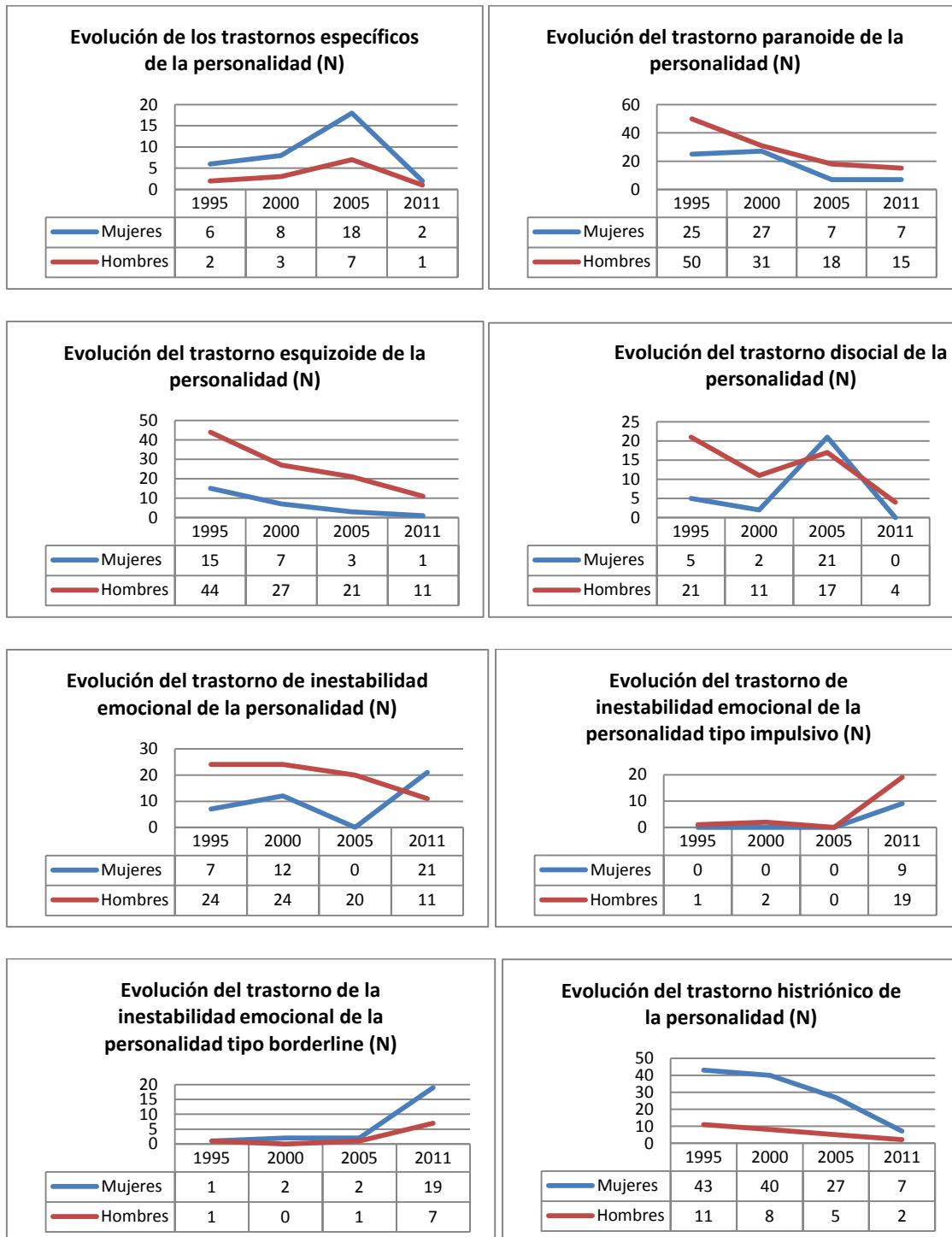
El gráfico de columnas apiladas muestra que con respecto al número total de altas por estos trastornos, las de las mujeres representan entre un 30% y un 40% aproximadamente en todos los años estudiados.

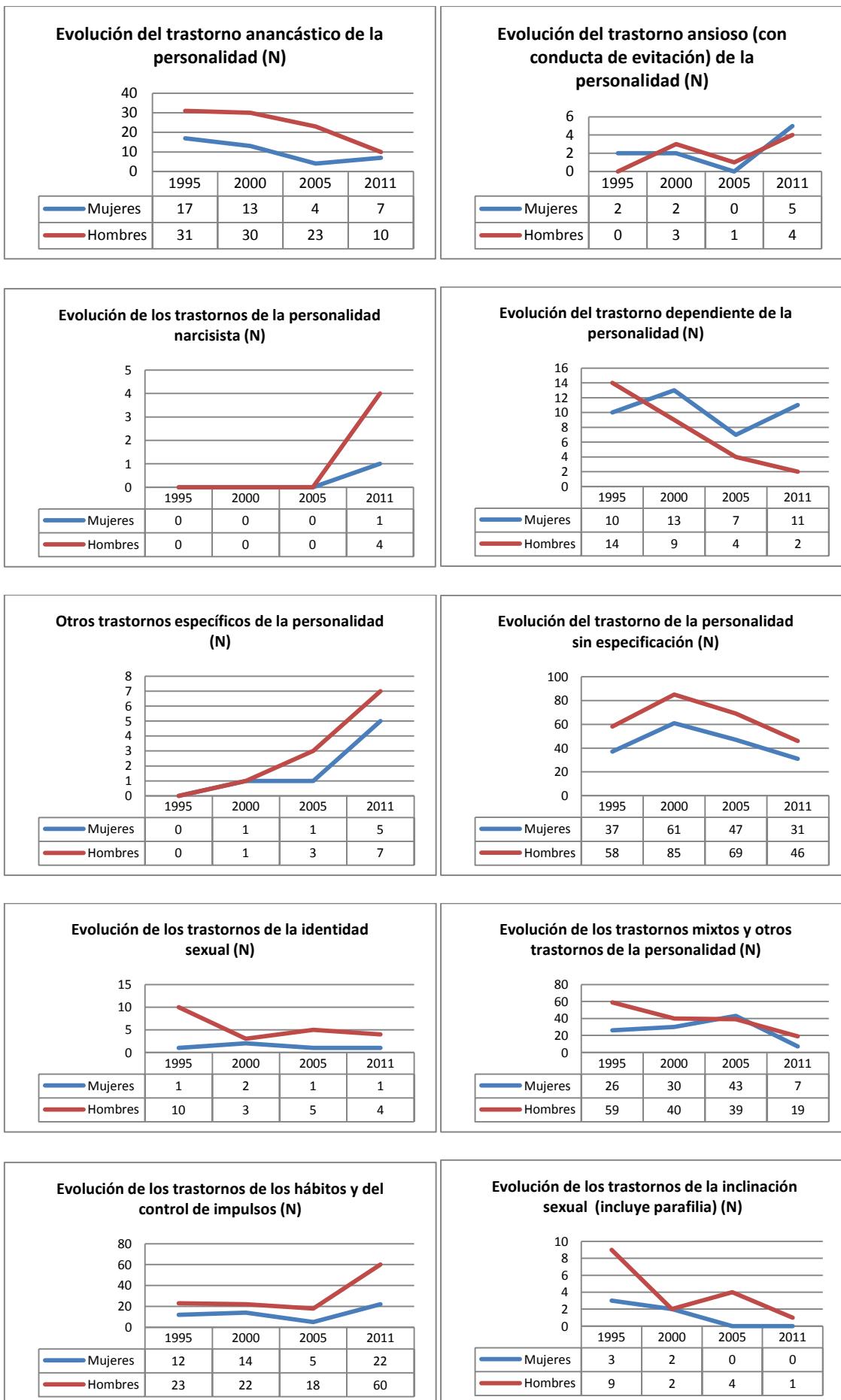


Aparecen a continuación los gráficos de la evolución de las altas de cada uno de los trastornos de la personalidad que aparecen registrados en la base de datos de Osakidetza. Debido a que en general los trastornos presentan bajas frecuencias, se ha considerado para un mejor visionado agrupar en conjunto todos los gráficos evolutivos por años de cada uno trastornos en los que se han registrado altas médicas. Los datos más relevantes de la evolución de cada trastorno son los siguientes:

- Con respecto al trastorno paranoide de la personalidad, a lo largo del periodo estudiado a excepción del año 2000 se han registrado aproximadamente el doble de altas en el colectivo masculino que en el femenino. La tendencia para ambos sexos es decreciente hasta 2005.
- Una lectura similar puede hacerse con respecto al trastorno esquizoide de la personalidad, el cual se registra más número de altas en el colectivo masculino que en el femenino. La tendencia para ambos sexos es igualmente decreciente.
- El trastorno disocial de la personalidad, salvo en el año 2005, más comúnmente diagnosticado en el colectivo masculino, presenta una evolución desigual en los años estudiados.
- Con respecto al trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, las altas en el colectivo masculino presentan una evolución decreciente desde el año 2000. Las del colectivo femenino, muestran una evolución desigual hasta 2005, experimentándose posteriormente un importante incremento en las mismas.
- La evolución de las frecuencias de altas en la asistencia en salud mental del trastorno de inestabilidad emocional tipo impulsivo experimenta para ambos sexos un repunte importante desde el año 2005, duplicándose en 2011 el número de las que pertenecen a hombres.
- Un perfil evolutivo similar presenta el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo borderline. En este caso, las altas de las mujeres duplican a las masculinas en el último año de estudio.
- Para ambos sexos, el trastorno histriónico de la personalidad presenta un perfil decreciente, más acentuado en el caso de las mujeres, mayoritarias en el registro de altas de este tipo de trastornos.
- El trastorno anancástico (personalidad perfeccionista, obsesiva) de la personalidad se presenta a más comúnmente en hombres que en mujeres, decreciendo progresivamente en los hombres durante los años de estudio y presentando las de las mujeres, un ligero ascenso desde 2005.
- La evolución del trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad, dentro de frecuencias muy bajas en general, presenta una evolución irregular durante el periodo estudiado. Las altas registradas aumentan con respecto a años anteriores para ambos sexos en 2011.
- El trastorno dependiente de la personalidad, presenta para las mujeres dentro de una línea irregular una tendencia de las frecuencias al alza, mientras que para los hombres se muestra decreciente a lo largo del periodo estudiado.
- El trastorno narcisista presenta únicamente registro en 2011 entre las altas iniciales de las consultas de salud mental.
- La evolución del trastorno dependiente es desigual para hombres y mujeres. En los primeros decrece a lo largo el periodo de estudio y en las segundas, fluctúa con tendencia al alza desde 2005.
- Los trastornos específicos de la personalidad muestran una tendencia creciente en ambos sexos, mientras que en los trastornos de la personalidad sin especificación y en trastornos mixtos y otros trastornos es decreciente.

- Los trastornos de la identidad sexual y trastornos de la inclinación sexual afectan mayoritariamente a los hombres y presentan una tendencia decreciente, en general, a lo largo de las dos décadas de estudio.
- La evolución de los trastornos de los hábitos y del control de impulsos crece fuertemente desde 2005 para ambos sexos y presenta una incidencia mayoritaria en los hombres.

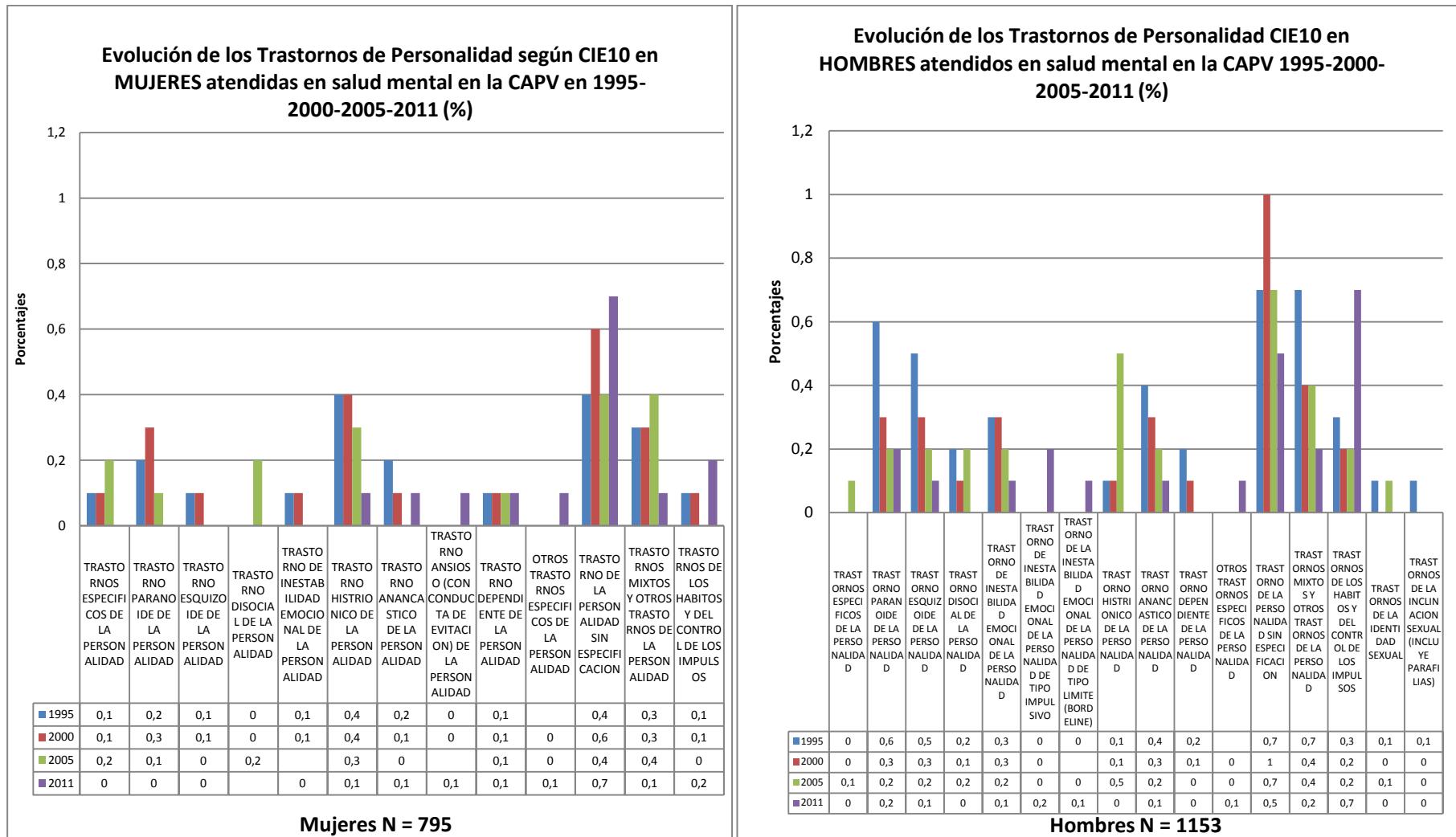




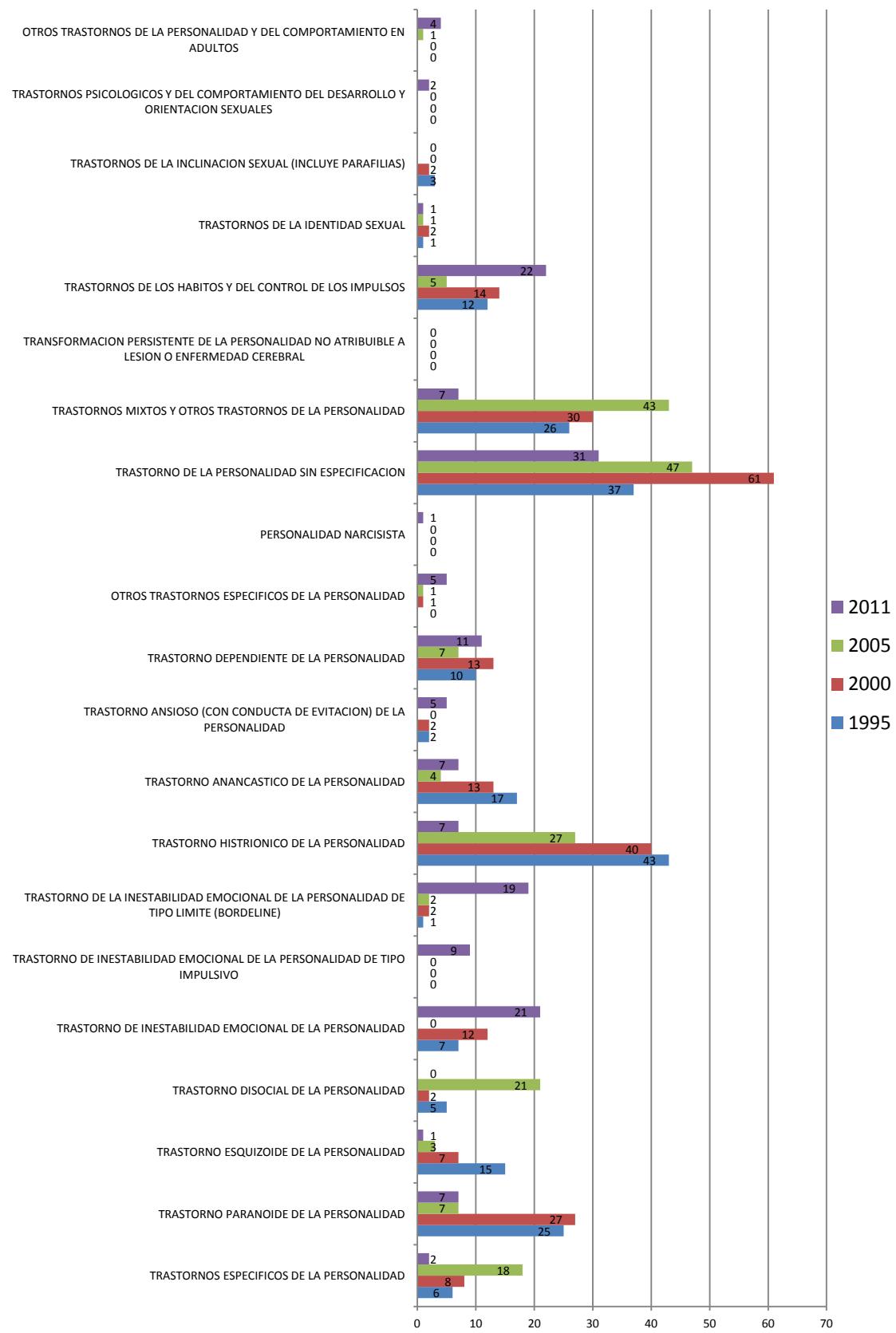
En los siguientes gráficos aparecen los diversos trastornos de la personalidad y la evolución de los mismos durante el periodo de estudio. Los primeros corresponden al registro de los porcentajes las mujeres y los hombres, y los segundos (en vertical) las frecuencias al registro de las frecuencias. En las casillas en las que no aparece ningún dato, corresponde considerar el 0.

En el de las mujeres destacan los trastornos de la personalidad sin especificación como trastorno más numeroso y el que presenta en el año 2011, junto a los trastornos de los hábitos y del control de impulsos, un aumento más determinante, seguido de las altas por el trastorno histriónico de la personalidad, trastornos mixtos y otros trastornos.

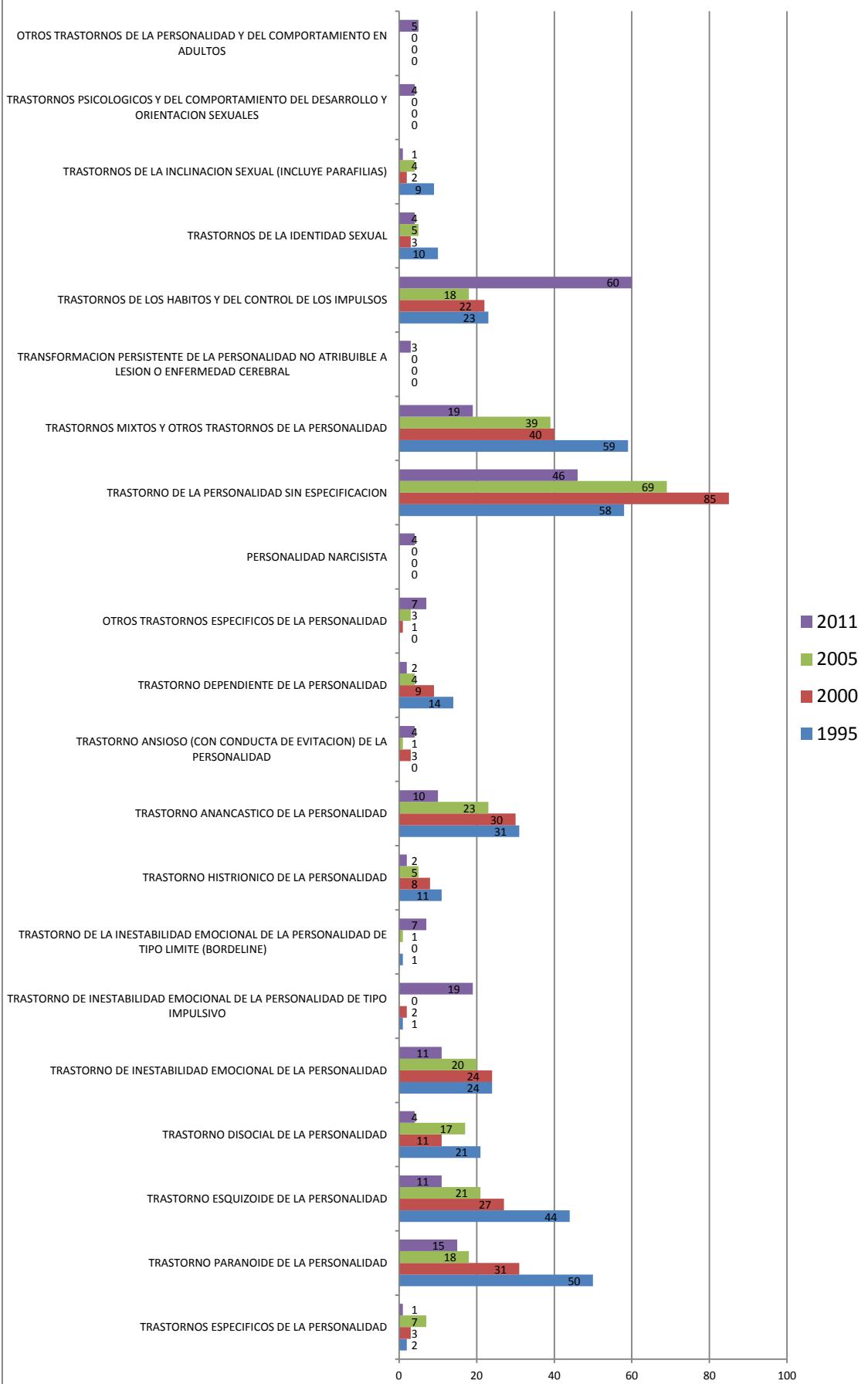
En el de los hombres, igualmente aparecen en primer lugar en cuanto al número de altas los trastornos de la personalidad sin especificación, seguido de los trastornos mixtos y otros trastornos y de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. Los que presentan en 2011 un aumento con respecto a años anterior son: trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo, los trastornos de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo borderline y otros trastornos de la personalidad



Evolución de los trastornos de la personalidad MUJERES por años (N)



Evolución de los trastornos de la personalidad HOMBRES por años (N)



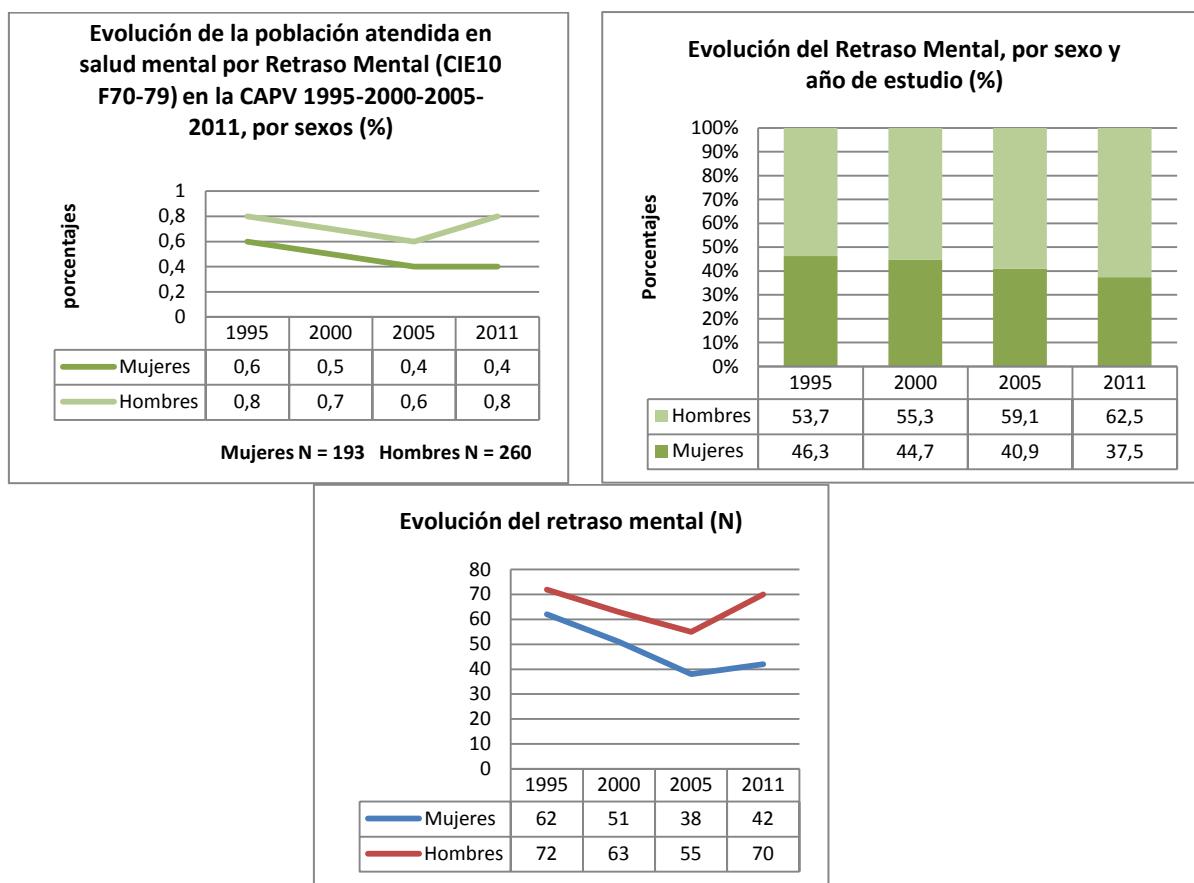
2.2.7. Evolución del Retraso mental CIE-10 F70-79

Incluyen el retraso mental leve, retraso mental moderado, retraso mental severo, retraso mental profundo, otros retrasos mentales y retrasos mentales sin especificar.

La suma de las altas de los años estudiados suma 453, de las cuales 193 (42,6%) corresponde a mujeres y 260 hombres.

A nivel general, la evolución del retraso mental presenta para las mujeres una tendencia decreciente hasta 2005 y se estabiliza en 2011. En los hombres presenta un perfil idéntico al de las mujeres hasta 2005 y a partir de este año, aumenta el porcentaje de registros en las primeras consultas de la red de asistencia de este tipo de trastornos.

En el gráfico de barras apilado se muestra que la proporción de mujeres con respecto al total de altas por estos trastornos disminuye progresivamente desde 1995, y se sitúa en su porcentaje más bajo (30-35%) en 2011.



2.2.8. Trastornos del desarrollo psicológico CIE-10 F80-89

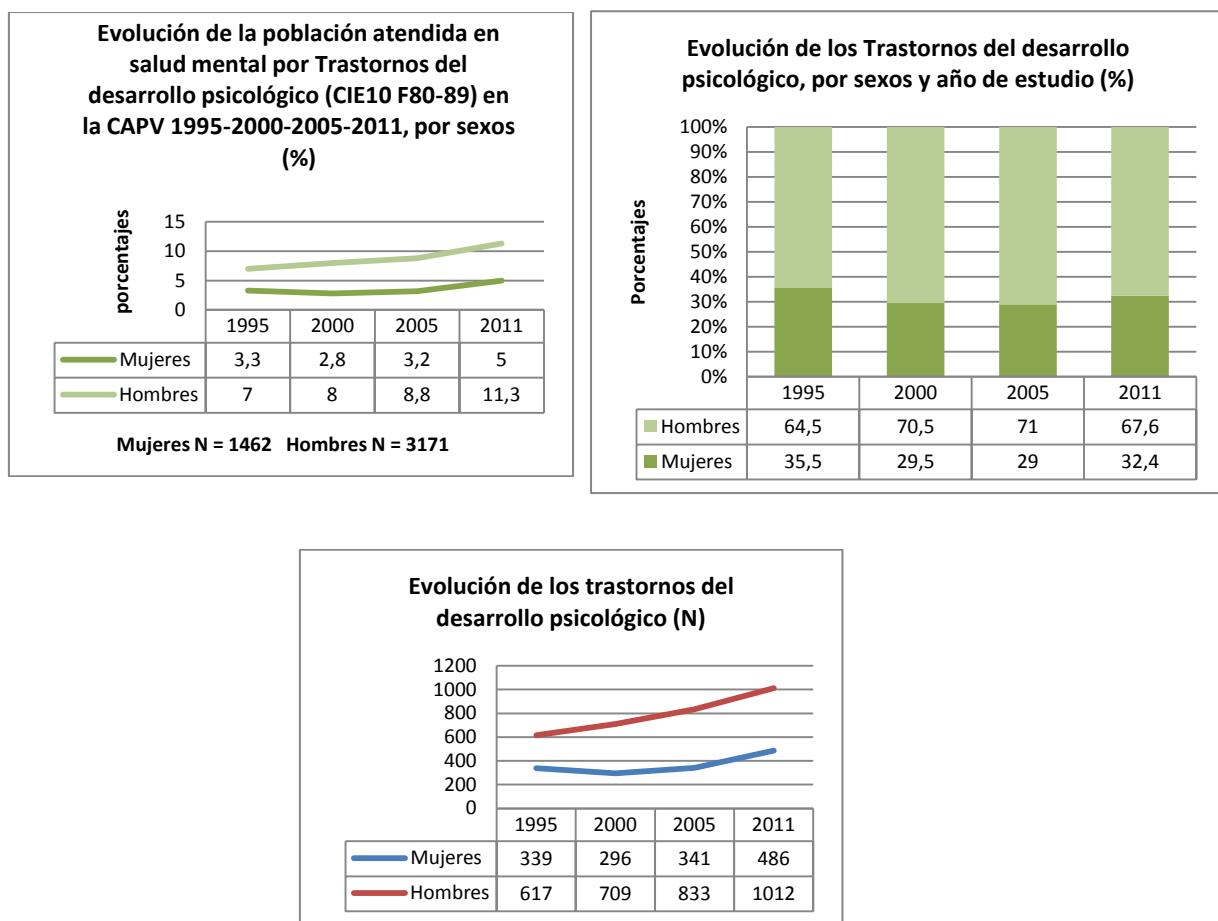
Incluyen los trastornos específicos del lenguaje y del habla, trastorno específico de la articulación del habla, trastorno expresivo del lenguaje, trastorno receptivo del lenguaje, afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner), otros trastornos del desarrollo del lenguaje y el habla, trastornos del desarrollo del lenguaje y el habla sin especificar, trastornos de desarrollo específicos de habilidades académicas, trastorno específico de la lectura, agrafía, trastornos específicos de

habilidades aritméticas, trastornos mixtos de habilidades escolares, otros desórdenes del desarrollo de habilidades escolares, trastorno de desarrollo de habilidades escolares sin especificar, trastornos de desarrollo específicos de funciones motoras, trastornos de desarrollo específicos mixtos, trastorno generalizado del desarrollo, autismo en la niñez, autismo atípico, síndrome de Rett, trastorno asociado a hiperactividad con retraso mental y movimientos estereotipados, síndrome de Asperger, otros trastornos del desarrollo psicológico y los trastornos del desarrollo psicológico sin especificar.

Los trastornos del desarrollo psicológico afectan más al colectivo masculino que al femenino. El número total de altas asciende a 4.633, 1.462 (31,6%) corresponde a mujeres y 3.171 a hombres.

El perfil evolutivo presenta una tendencia creciente en los años de estudio para ambos性, más claramente iniciada en el año 2000.

El gráfico de barras apilado ilustra un aumento progresivo en la proporción de altas de mujeres con respecto al total de las mismas desde el año 2000. El porcentaje de mujeres representa en 2011 un 30% sobre el total de altas.



2.2.9. Evolución de los Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia CIE-10 F90-99

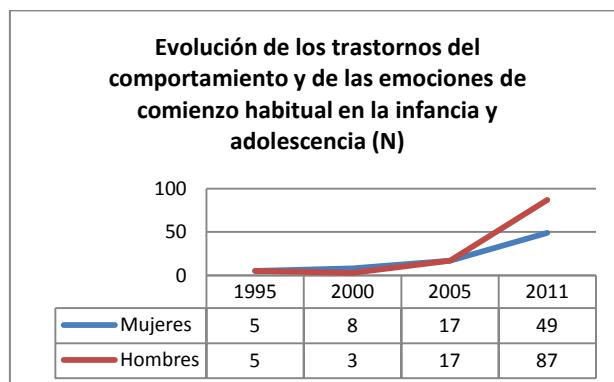
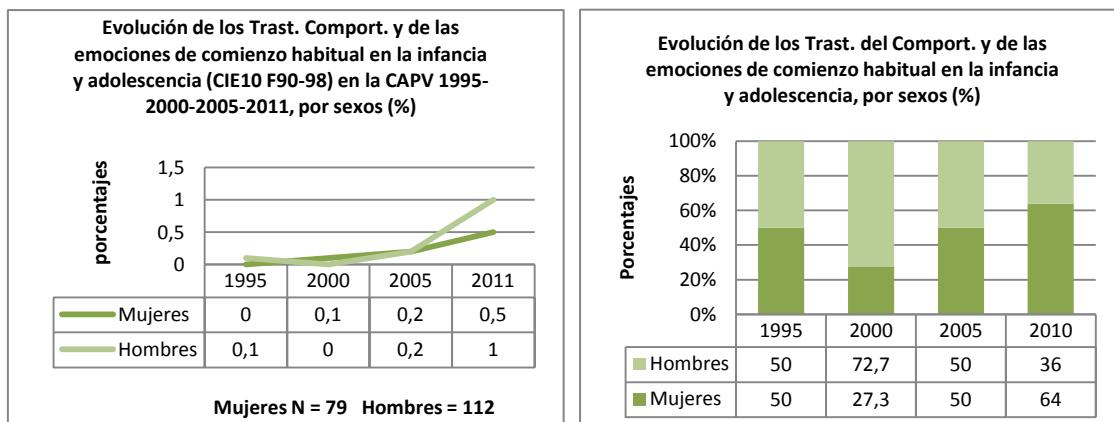
Incluyen los trastornos hipercinéticos, trastorno de la actividad y la atención, trastorno hiperquinético de la conducta, trastornos de conducta, trastorno de conducta confinado al

entorno familiar, trastorno de conducta dessocializado, trastorno de conducta socializado, trastorno negativista desafiante, trastornos mixtos de conducta y emociones, trastornos de conducta depresivos, trastornos emocionales específicos en el comienzo de la niñez, trastorno de ansiedad por separación de la niñez, trastorno de ansiedad fóbica de la niñez, trastorno de ansiedad social de la niñez, trastorno de rivalidad fraternal, trastornos de funciones sociales específicos del comienzo de la niñez y la adolescencia, mutismo selectivo, trastorno del vínculo reactivo de la niñez, trastorno del vínculo desinhibido de la niñez, tics, tic transitorio, tic crónico motor o vocal, tic combinado vocal y múltiple motor (de la Tourette), otros trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia, enuresis nocturna, encopresis, trastorno de la alimentación de la infancia y la niñez, pica de la infancia y la niñez, trastornos del movimiento estereotipados, tartamudez y desorden lingüístico.

Con respecto a este grupo de trastornos, en total se han registrado 191 altas, de las que 79 (41,4%) pertenecen a mujeres y 112 a hombres.

El perfil muestra una tendencia creciente en las frecuencias en ambos性, más pronunciada desde 2005. En 2011 la frecuencia de altas masculinas casi duplica a las femeninas (87 frente a 49). Desde 2005, año en que ambos性 registran 17 cada uno, en los hombres el número de altas asciende a 87 y en las mujeres a 49.

El gráfico de barras apilado muestra hasta 2011 unos registros escasamente fiables debido al número reducido de altas. En 2011, la proporción de las altas femeninas sobre el total de altas se sitúa entre el 30% y 35% del total.



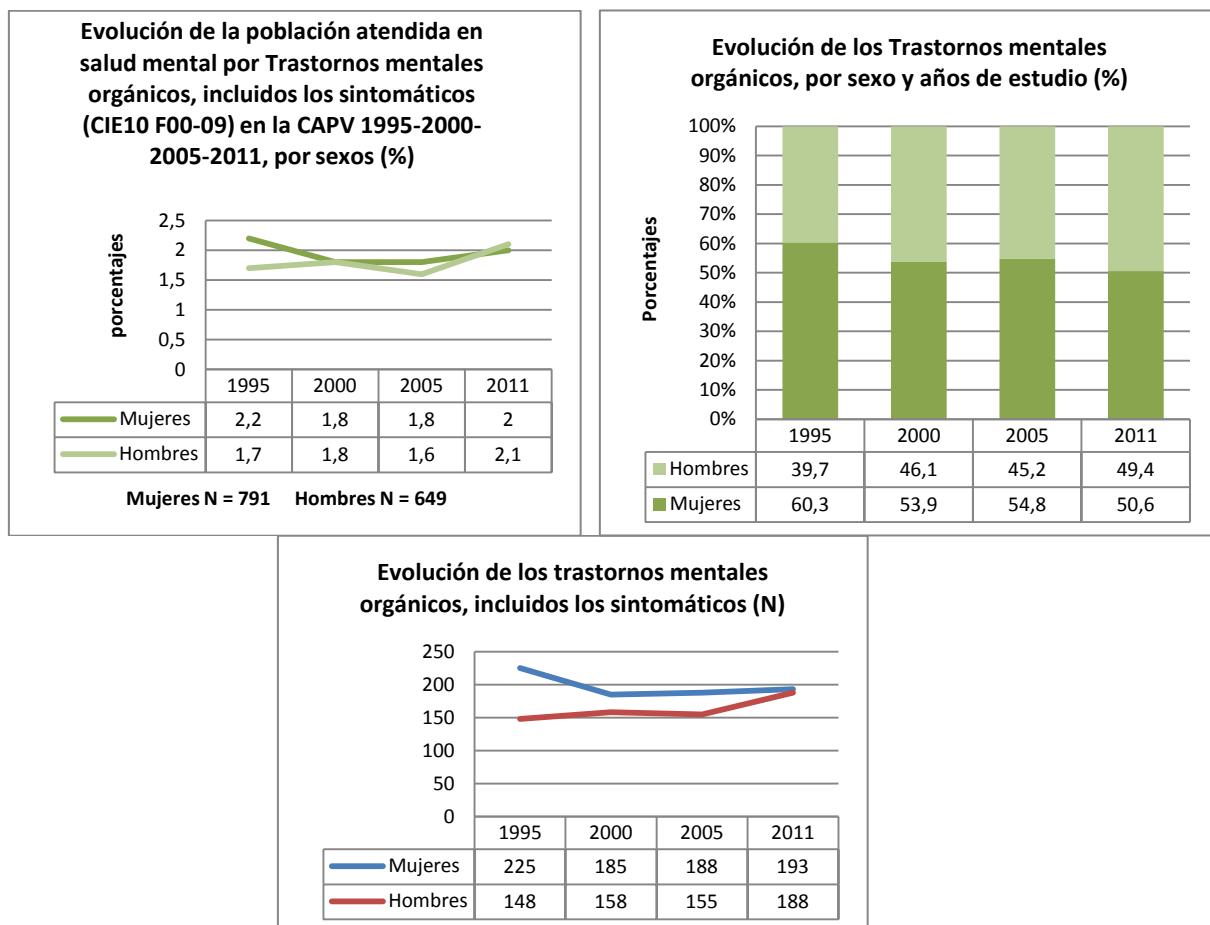
2.2.10. Evolución de los Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos CIE-10 F00-09

Incluyen las demencia en la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia multi-infartica, demencia en otras enfermedades clasificadas, demencia en la enfermedad de Pick, demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia en la enfermedad de Huntington, demencia en la enfermedad de Parkinson, demencia en el VIH, demencia sin especificar, síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos, delírium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos, otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas, trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones y trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificar.

El número total de altas debido a estos trastornos aumenta a 1.440, de los cuales 791 (54,9%) corresponde a mujeres y 649 a hombres.

Si se observan los gráficos siguientes, la tendencia evolutiva presenta formas continuas para este grupo de trastornos y, salvo ligeras variaciones, se mantiene en general estable en ambos sexos en las dos décadas estudiadas.

El gráfico de las barras apiladas muestra que el porcentaje de mujeres respecto del total se mantiene estable a lo largo de los años estudiados, y en torno al 50% del total de altas.



2.2.11. Evolución de otras circunstancias específicas y susceptibles de análisis incluidas en el CIE-10

A la hora de seleccionar del amplio listado del CIE-10 otros problemas, trastornos o circunstancias vitales que pudieran agregar información y servir de complemento al análisis comparativo por sexos además de los trastornos mentales y del comportamiento, en un primer momento se valoró la posibilidad de incluir todos especificados a continuación:

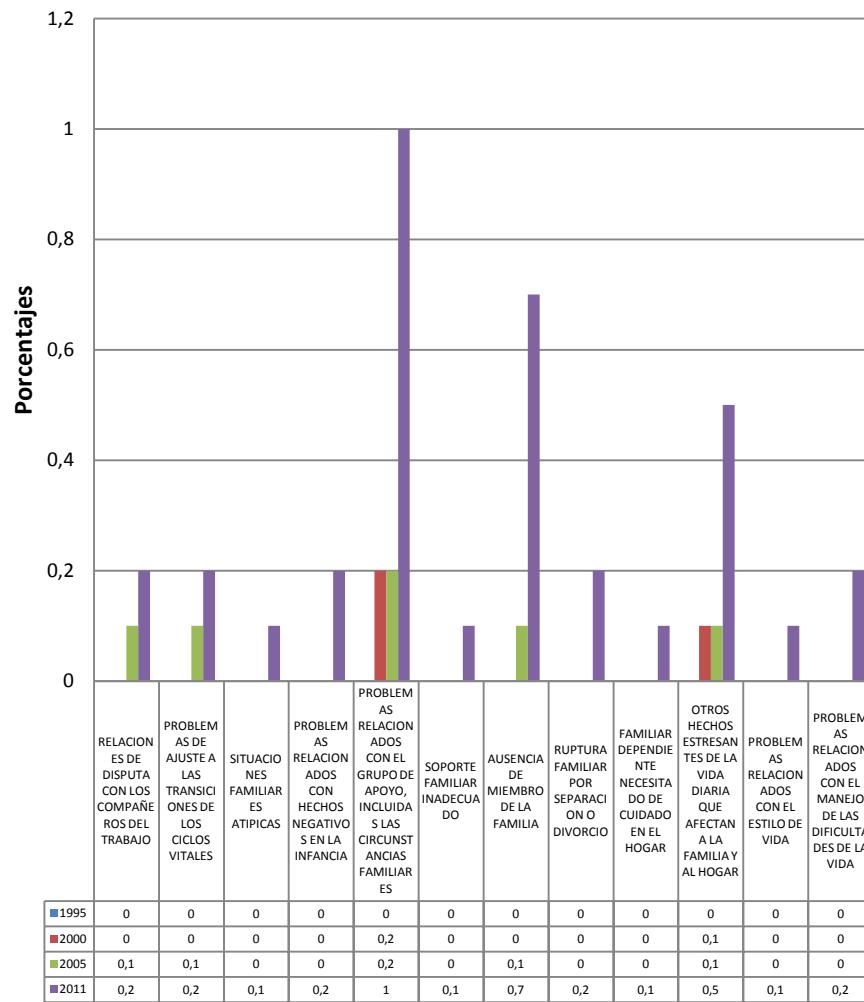
- La enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH),
- Síntomas que revelan una enfermedad circulatoria o respiratoria, intoxicaciones voluntarias, como son: síntomas y signos concernientes a la alimentación y a la ingestión de líquidos, anorexia, polidipsia, polifagia, dificultades y mala administración de la alimentación, pérdida anormal de peso, aumento anormal de peso
- Otros síntomas y signos concernientes a la alimentación y a la ingestión de líquidos, como el hallazgo de drogas y otras sustancias que normalmente no se encuentran en la sangre, hallazgo de alcohol en la sangre, hallazgo de drogas opiáreas en la sangre, hallazgo de cocaína en la sangre, hallazgo de alucinógenos en la sangre, hallazgo de otras drogas potencialmente adictivas en la sangre, hallazgo de drogas psicotrópicas en la sangre, hallazgo de agentes esteroides en la sangre, hallazgo de niveles anormales de metales pesados en la sangre, hallazgo de otras sustancias especificadas que normalmente no se encuentran en la sangre, hallazgo de sustancia no especificada que normalmente no se encuentra en la sangre
- Intoxicaciones voluntarias, envenenamiento intencionalmente autoinflingido por analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antireumáticos
- Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
- Agresiones varias, como intento de homicidio, agresión sexual con fuerza corporal, negligencia y abandono, otros síndromes de mal trato, crueldad mental, abuso físico, abuso sexual, tortura
- Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, como examen por razones médico legales, examen psiquiátrico general, solicitado por una autoridad, rehabilitación de alcohólicos, problemas relacionados con la educación y el alfabetismo, relaciones de disputa con los compañeros del trabajo, trastorno mental o alteraciones de los padres, problemas relacionados con la vivienda y condiciones económicas, problemas relacionados con el ambiente social, problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales, situaciones familiares atípicas, persona que vive sola, dificultades para la adaptación cultural por migración o cambio social, exclusión y rechazo social, otros problemas relacionados con el ambiente social, problemas relacionados con hechos negativos en la infancia, problemas relacionados con el grupo de apoyo conluidas las circunstancias familiares, ausencia de miembro de la familia, ruptura familiar por separación o divorcio, familiar dependiente necesitado de cuidado en el hogar, otros hechos estresantes de la vida diaria que afectan a la familia y al hogar, problemas relacionados con algunas circunstancias psicosociales, problemas relacionados con embarazo no deseado, problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, consejo relacionado con actitud, conducta u orientación sexual, personas que se presentan en los servicios de salud para otros consejos médicos no clasificados en otra parte, problemas relacionados con el estilo de vida, problemas relacionados con el

manejo de las dificultades de la vida, enfermos fingidos (simuladores conscientes), historia familiar de trastornos mentales o de conducta.

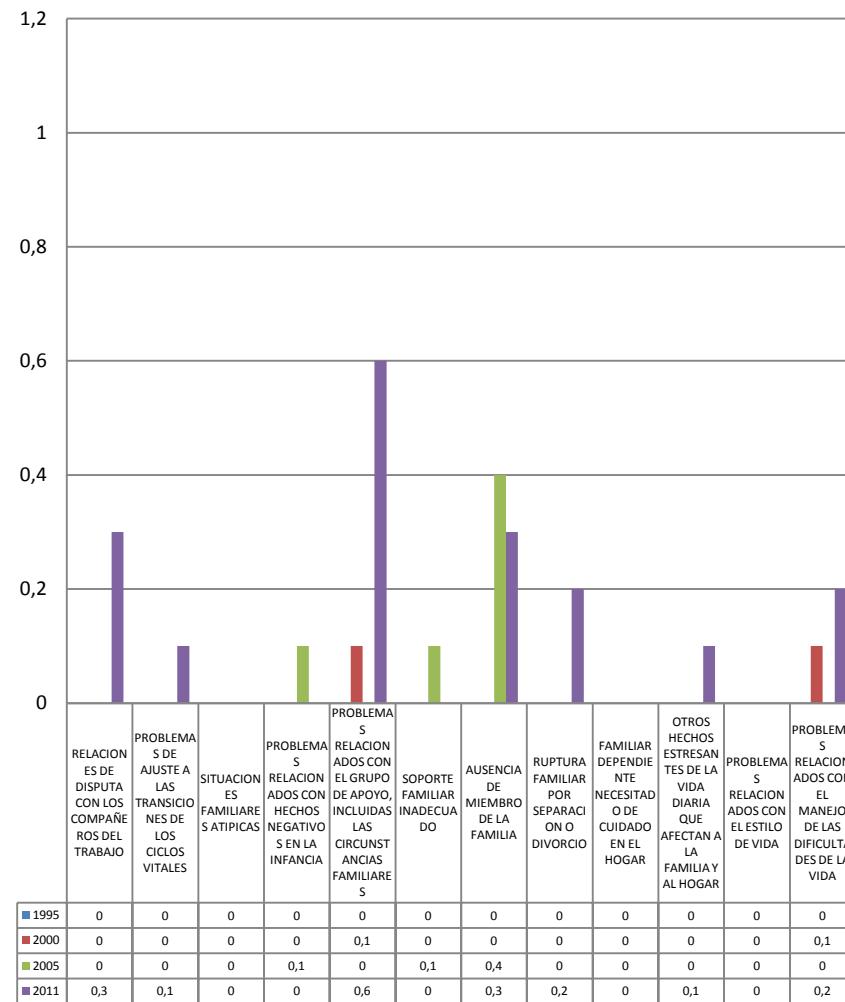
En general, se observa que los registros de altas en alguna de las circunstancias anteriores, tanto de hombres como de mujeres han sido escasos.

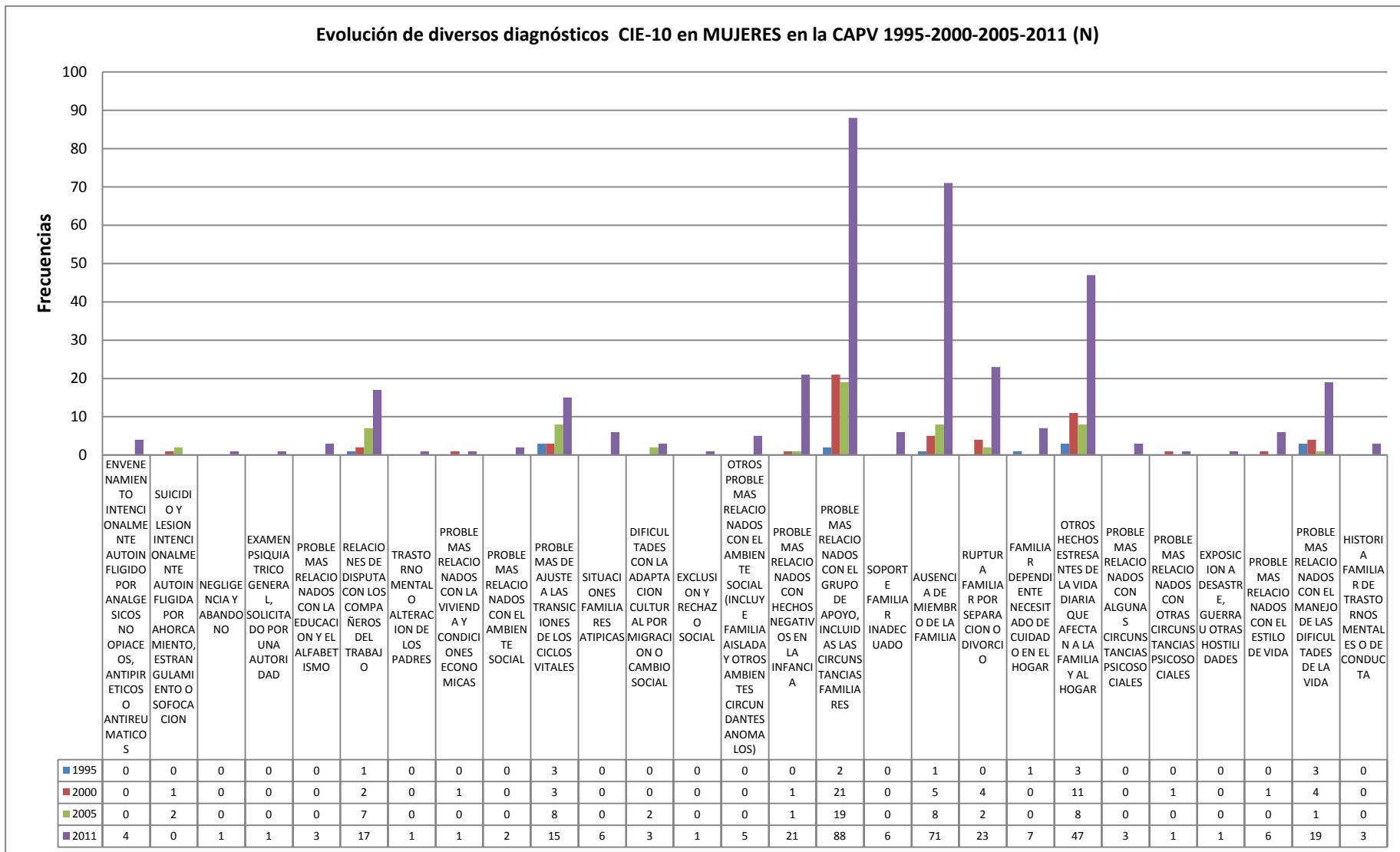
En los siguientes gráficos, los dos primeros con datos porcentuales y los dos segundos con frecuencias, se observa que las circunstancias que más altas han causado tanto en hombres como en las mujeres fueron en primer lugar los trastornos relacionados con el grupo de apoyo incluidas las circunstancias familiares (1% de mujeres y 0,6% de hombres) y en segundo, la ausencia de miembros de la familia (0,7% de mujeres, 0,3% de hombres). Para las mujeres, el tercer lugar lo ocupan otros hechos estresantes de la vida diaria que afectan a la familia y al hogar (0,5%) y para los hombres relaciones de disputa con compañeros de trabajo (0,3%).

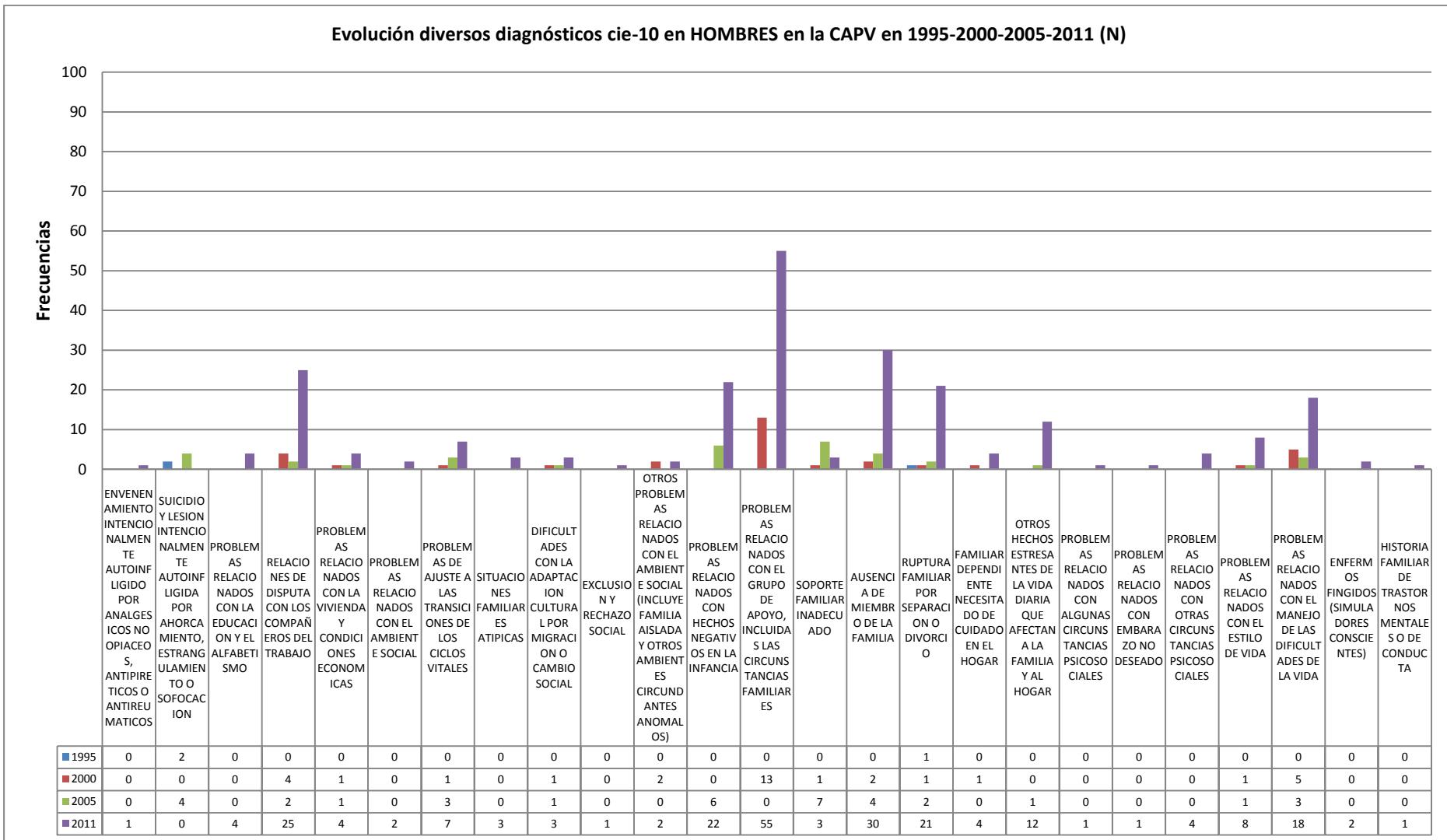
Evolución de diversos diagnósticos CIE-10 en MUJERES atendidas en Salud Mental en la CAPV 1995-2000-2005-2011.



Evolución de diversos diagnósticos CIE-10 en HOMBRES atendidas en Salud mental en la CAPV 1995-2000-2005-2011.



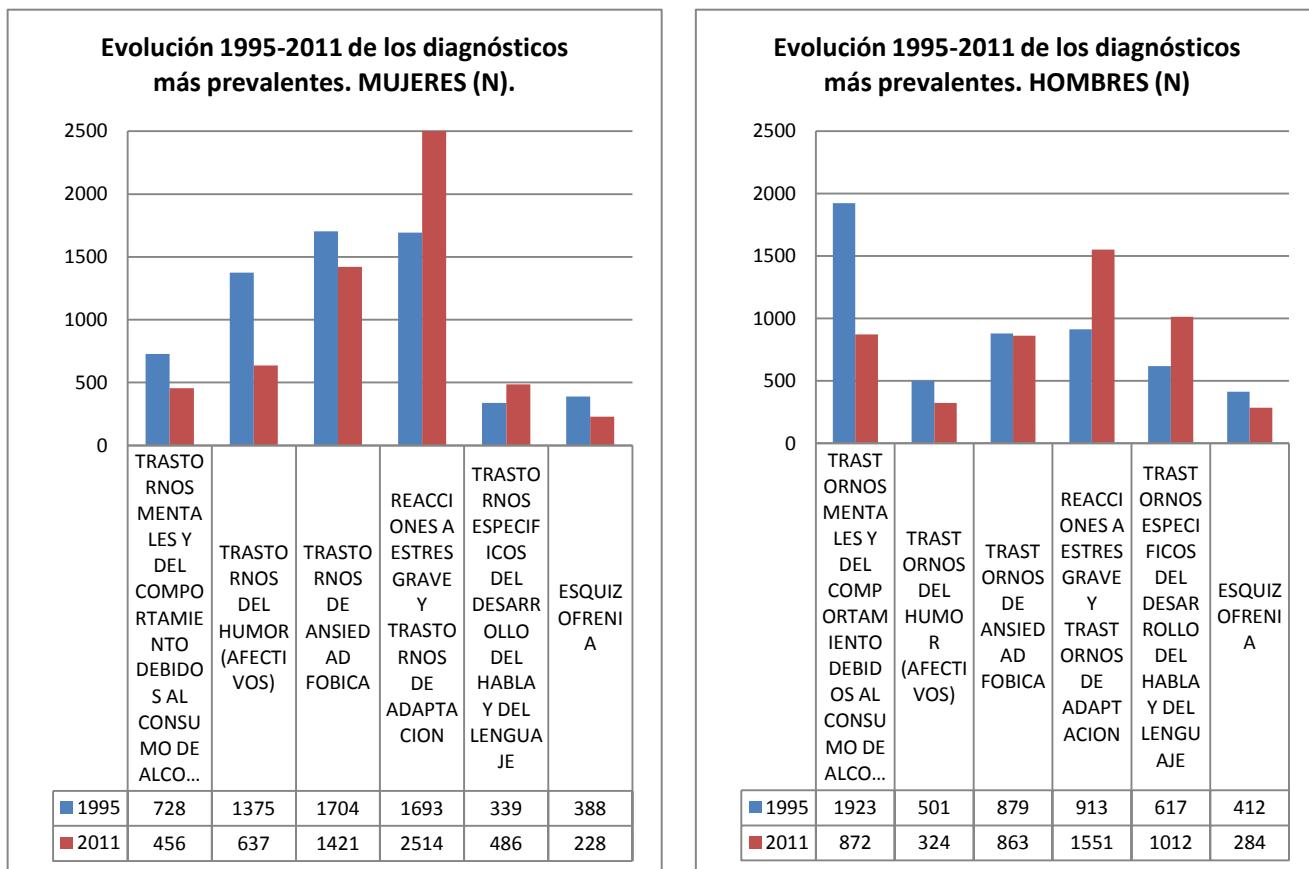




Para concluir este resumen, se muestra una gráfica comparativa de los diagnósticos más frecuentes en 1995 y en 2011. El objetivo es ver las diferencias habidas en estos 16 años en cuanto a los diagnósticos mayormente detectados en los servicios de salud y en qué proporción han podido verse modificados con el paso del tiempo.

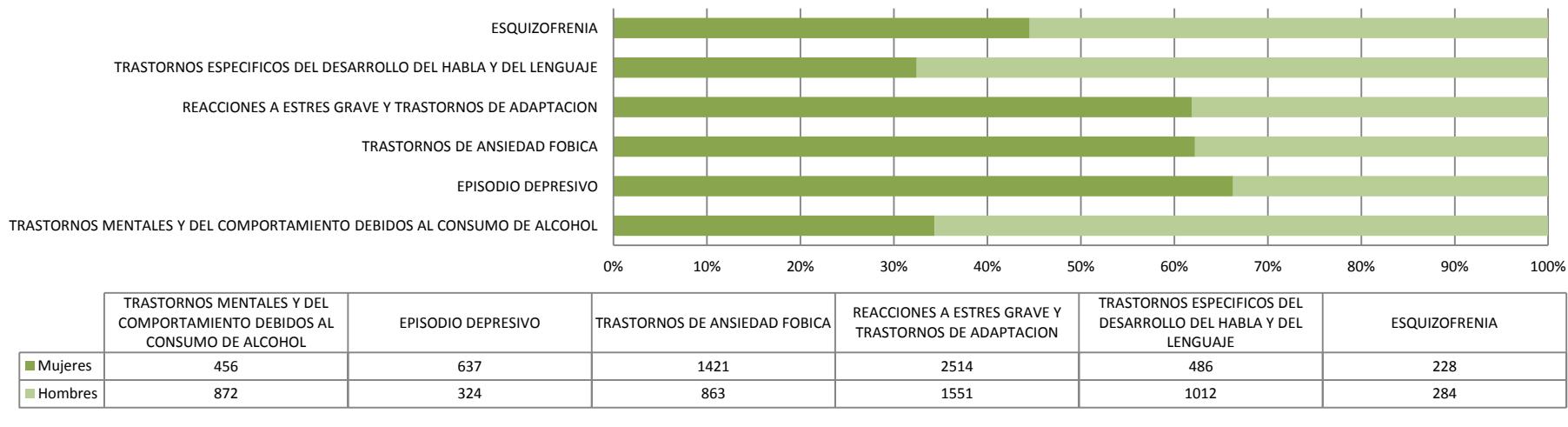
CIE-10	CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS MÁS REPRESENTADAS
F10-19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS
F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL
F20-29	ESQUIZOFRENIA
F30-39	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS):
F32	TRASTORNOS DEPRESIVOS (EPISÓDICOS Y RECURRENTES)
F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES
F40-49	TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL STRESS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS:
F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA
F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION
F80-89	TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL LENGUAJE Y DEL HABLA

- En **mujeres** se observa que en **1995**, son los ‘trastornos por ansiedad fóbica’ (N=1704), ‘reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación’ (N=1693), ‘trastornos del humor (afectivos)’ (N=1375), ‘trastornos mentales por consumo de alcohol’ (N=728), ‘esquizofrenia’ (N=388) y ‘trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje’ (N=339), son, por este orden, los más comúnmente diagnosticados. En **hombres**, en el mismo año son los: ‘trastornos mentales por consumo de alcohol’ (N=1923), ‘reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación’ (N=913), ‘trastornos por ansiedad fóbica’ (N=879), ‘trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje’ (N=617), ‘trastornos del humor (afectivos)’ (N=501) y ‘esquizofrenia’ (N=412).
- En **mujeres**, en **2011** son las ‘reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación’ (N=2514), ‘trastornos por ansiedad fóbica’ (N=1421), ‘trastornos del humor (afectivos)’ (N=637), ‘trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje’ (N=486), ‘trastornos mentales por consumo de alcohol’ (N=456), ‘esquizofrenia’ (N=228) los más comúnmente diagnosticados. En **hombres**, en el mismo año son las ‘reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación’ (N=1551), ‘trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje’ (N=1012), ‘trastornos mentales por consumo de alcohol’ (N=872), ‘trastornos por ansiedad fóbica’ (N=863), ‘trastornos del humor (afectivos)’ (N=324) y ‘esquizofrenia’ (N=284).

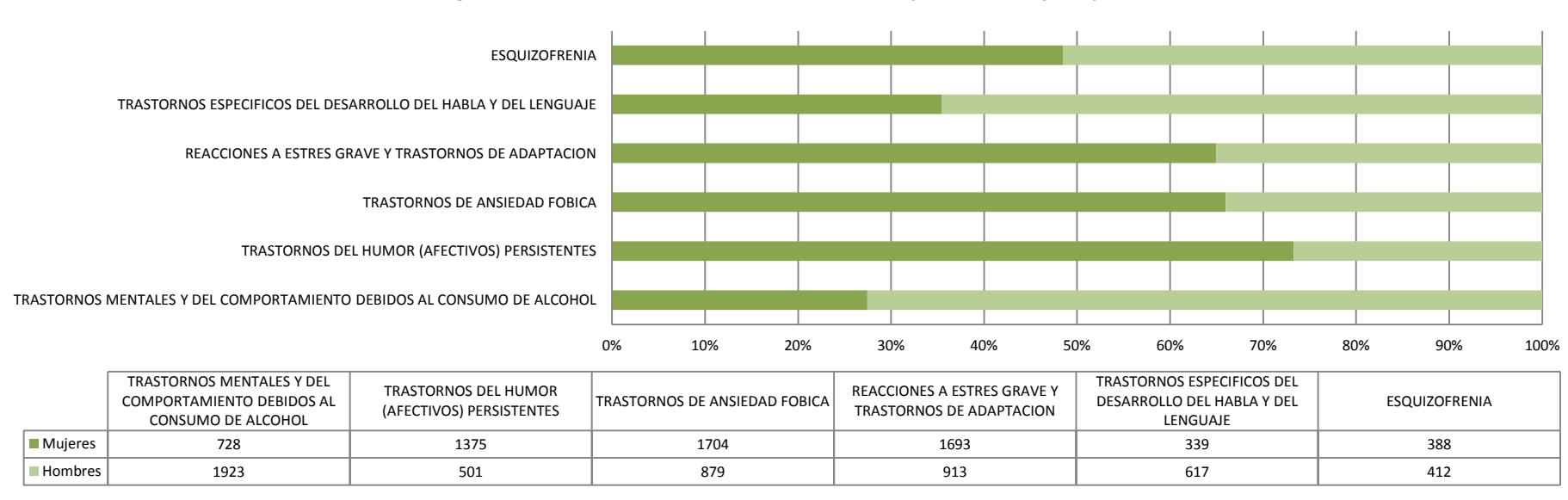


En 2011: Un 65% en 1995 y un 61,8% en 2011 más de mujeres que de hombres reclaman atención a los servicios especializados por 'reacciones a estrés grave y trastornos adaptativos'. Las diferencias claramente significativas expresan una realidad más habitual entre las mujeres que entre los hombres. El 62,2% de las altas en los servicios de salud mental por 'ansiedad fóbica' corresponden a mujeres. Las 'reacciones a estrés grave y trastornos adaptativos' y los 'trastornos de ansiedad fóbica' son los más prevalentes de los diagnosticados para ambos性es y mayoritariamente afectan a las mujeres. Con respecto a las diferencias en los trastornos depresivos, el 66,2% más de mujeres que de hombres acuden en 2011 por esta causa. Con respecto a los 'trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje', en los hombres representa el 67,6% del total de altas. Los 'trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol' en los hombres representan el 65,5% del total de altas. La 'esquizofrenia' en los hombres representa el 55,5% del total de altas.

Diagnósticos más frecuentes en 2011 en la CAPV por sexos (N y % apilado)



Diagnósticos más frecuentes en 1995 en la CAPV por sexos (N y % apilado)



2.2.13. Resumen

El análisis evolutivo se ha realizado con los datos extraídos de los registros de todas las altas médicas pertenecientes a los hombres y mujeres atendidos en los Centros de Salud Mental de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud de las tres provincias de la Comunidad Vasca (Bizkaia, Álava y Gipuzkoa) en los años 1995, 2000, 2005 y 2011. Los indicadores de estudio han sido el número absoluto (N), la proporción (%) y la evolución de las altas. Los diagnósticos responden a los códigos del CIE-10. El número de altas médicas sin diagnóstico varía en torno a un 20-25%.

Con respecto a las altas por **Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas**, la sustancia que más altas ocasiona en los centros de salud mental en ambos性 es el alcohol, con una diferencia muy importante con respecto al resto de las sustancias estudiadas. En segundo lugar lo ocasiona el policonsumo de sustancias (o consumo de sustancias no estudiadas). En tercer lugar, el consumo de cocaína, y a continuación, el consumo de cannabinoides, estimulantes, opióides y disolventes-volátiles.

A excepción de 2011 en el que la frecuencia de altas por consumo de alcohol masculinas duplica a las femeninas, en los años precedentes, éstas han sido triplicadas. Tres de cada 10 mujeres causan alta en los servicios de salud por trastornos derivados del consumo de alcohol. Si bien las altas por el consumo de cannabinoides aumentan para ambos性, las de los hombres superan marcadamente a las de las mujeres en 2005 y 2011. Con respecto a las altas registradas por el consumo de cocaína, las frecuencias más numerosas corresponden a hombres en todos los años de estudio. La evolución presenta un hito máximo en 2005, más acusado en los hombres, con una tendencia decreciente desde 2005 en ambos性. El número de altas producidas por el consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas en los años estudiados son más numerosas entre los hombres. En ambos性 se conserva una tendencia progresivamente decreciente.

Con respecto a las altas por **esquizofrenia** entre la población atendida en salud mental en la CAPV, se observa un mayor número de hombres afectados por estos trastornos, una pauta progresiva descendente tanto para las altas producidas en hombres como para las de mujeres y una proporción prácticamente idéntica (cuatro mujeres y seis hombres de cada diez) a lo largo del periodo estudiado.

Se produce una mayor proporción de altas (dos de cada tres) en mujeres que en hombres por los **Trastornos del humor (afectivos)**. A excepción del trastorno depresivo el cual aumenta progresivamente en ambos性, se observa un descenso continuado en el número de altas producidas por estos trastornos desde 2005. Los trastornos del humor (afectivos) persistentes son, en ambos性, los más numerosos, seguidos del trastorno depresivo, el trastorno bipolar y el episodio maníaco.

Con respecto a los **Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos**, al igual que en los trastornos del humor (afectivos), la mayoría de las altas producidas en los servicios de asistencia a la salud mental pertenecen a mujeres (seis altas de cada diez). El perfil evolutivo muestra una tendencia ligeramente creciente para ambos性.

Los trastornos neuróticos más comunes en las mujeres son las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, seguidos de los trastornos de ansiedad fóbica, trastornos disociativos, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos somatomorfos. En los hombres, las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, seguido del trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos somatomorfos y trastornos disociativos. Los trastornos de este grupo con más porcentaje de

mujeres sobre el total de altas son los trastornos disociativos, ansiedad fóbica, las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, otros trastornos neuróticos, trastornos somatomorfos y, en último lugar el trastorno obsesivo compulsivo. Ambos sexos presentan perfiles evolutivos idénticos en cada uno de los trastornos, a excepción de los porcentajes, que son mayores para las mujeres.

Con relación a los **trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos**, entre las mujeres los trastornos de la conducta alimentaria producen 9 altas de cada 10 y mantienen porcentajes entre los 2,3% y 3,9% del total de altas producidas, seguidos de los trastornos no orgánicos del sueño. Entre los hombres, las altas son producidas por disfunciones sexuales de origen no orgánico y, en segundo lugar, por trastornos no orgánicos del sueño.

El 40,8% de las altas producidas por **Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto** pertenecen a mujeres. La evolución de los porcentajes mantiene una tendencia en general decreciente y simétrica en ambos sexos.

En las mujeres destacan los trastornos de la personalidad sin especificación como trastorno más numeroso y el que presenta en el año 2011, junto a los trastornos de los hábitos y del control de impulsos, un aumento más determinante, seguidos en número de altas por el trastorno histriónico de la personalidad, trastornos mixtos y otros trastornos. En los hombres, en primer lugar, en cuanto al número de altas se presentan los trastornos de la personalidad sin especificación, seguido de los trastornos mixtos y otros trastornos y de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

El 42,6% de las altas totales por **Retraso mental** corresponde a mujeres. Su evolución presenta una tendencia decreciente hasta 2005 y un ascenso en 2011 en ambos sexos, aunque más fuertemente marcado en los hombres.

Los **trastornos del desarrollo psicológico** afectan más al colectivo masculino que al femenino. El 31,6% corresponde a mujeres. El perfil evolutivo presenta una tendencia creciente en los años de estudio para ambos sexos, más claramente iniciada en el año 2000.

Con respecto a los **Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**, el 41,4% de altas registradas pertenecen a mujeres, con una tendencia creciente en ambos sexos, más pronunciada desde 2005.

El porcentaje de altas debido a **dementias** entre las mujeres corresponde al 54,9%. La tendencia evolutiva se mantiene en general estable en ambos sexos en las dos décadas estudiadas.

Entre **otras circunstancias específicas incluidas en el CIE-10** que igualmente se han analizado y que más altas han causado tanto en hombres como en las mujeres, fueron en primer lugar, los trastornos relacionados con el grupo de apoyo incluidas las circunstancias familiares (1% de mujeres y 0,6% de hombres) y en segundo, la ausencia de miembros de la familia (0,7% de mujeres, 0,3% de hombres). Para las mujeres, el tercer lugar lo ocupan otros hechos estresantes de la vida diaria que afectan a la familia y al hogar (0,5%) y para los hombres relaciones de disputa con compañeros de trabajo (0,3%).

En 2011, las ‘reacciones a estrés grave y trastornos adaptativos’ y los ‘trastornos de ansiedad fóbica’ son los más prevalentes de los diagnosticados para ambos sexos y mayoritariamente afectan a las mujeres: aproximadamente dos mujeres por cada hombre reclaman atención de los servicios especializados por ‘reacciones a estrés grave y trastornos adaptativos’ y, la misma proporción por ‘ansiedad fóbica’ y ‘trastornos depresivos’.

Dos hombres por cada mujer solicitan ayuda por ‘trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje’ y por ‘trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol’ en los hombres representan el 65,5% del total de altas.

La ‘esquizofrenia’ en los hombres representa el 55,5% del total de altas.

RESUMEN GENERAL Y CONCLUSIONES

Las mujeres, al igual que otros colectivos (niños-as, ancianos-as, etc.), o las personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas se ven afectadas por las desigualdades de salud existentes. La consecuencia de esta inequidad incide directamente en la frecuencia con la que una enfermedad afecta a este-o grupo-s, el volumen de personas que enferman dentro de él o incluso a la tasa de mortalidad de las personas afectadas por este desajuste.

En el caso específico de las mujeres, la propia OMS confirma que pese a que las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres, presentan sin embargo una mayor morbilidad e incapacidad (Kunkel y Atchley, 1999; Rolfh, 2000). Incluso, en un plano más integral, se sugiere que este plus de vida no correlaciona necesariamente con vidas más saludables o felices. Y es que para llegar conocer cómo las mujeres y los hombres enferman y mueren por causas diferentes se requiere la revisión de las principales fuentes de información disponibles en relación con el objeto de análisis, porque la pregunta crucial se concreta en saber cuáles son los determinantes que podrían explicar las diferencias y desigualdades existentes en la mortalidad y morbilidad de mujeres y hombres. Resulta esencial, pues, identificar estos determinantes para entender las desigualdades sociales en salud según el género.

Respondiendo a esta cuestión, Chan (2010), de una manera categórica, afirma que los obstáculos que permanecen en el camino de una mejor salud para las mujeres no son, desde luego, de naturaleza técnica o médica, sino de índole social y política. Y pese a ser las mujeres las principales contribuidoras al sistema a través de su rol como cuidadoras primarias en la familia y como proveedoras de atención médica, los sistemas de salud no suelen responder a sus necesidades o demandas. En una palabra: la salud de las mujeres y los hombres es diferente y también desigual; diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud y desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables en la salud de los hombres y las mujeres (Rolfh *et al.* 2000).

La vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres se explican por las diferencias de sexo y de género, que producen diferencias en los determinantes de la salud (Borrell y Artacoz, 2007).

En esta misma línea, Ruiz y Papí (2007) coinciden en señalar que las mujeres y los hombres son afectados por problemas relacionados con varias dimensiones de su salud, como la morbilidad, mortalidad, vulnerabilidad, y las percepciones acerca de la misma en su vertiente preventiva, promotora de la salud y/o curativa, añadiendo la importancia que también recae sobre la limitación comprensiva de propio sector sanitario, cuya respuesta influye en la recuperación de la salud, tanto por su disponibilidad como por la distancia adoptada, por su accesibilidad y calidad asistencial, por lo que es importante observar sus resultados en la salud de hombres y mujeres, sus consecuencias inmediatas (mortalidad, recuperación) y de largo plazo (discapacidad, sociales y económicas como el estigma y la pérdida de empleo).

Revisada la literatura en torno a estos determinantes de salud, se constata que existen aún pocos estudios sobre la repercusión de la discriminación en la salud (Krieger, 2005), sobre todo en España (Pantzer *et al.*, 2006). Los pocos existentes en nuestro contexto son todavía muy incipientes, por lo que existen pocas publicaciones sobre el tema.

A pesar de resultar escasa, como se ha mencionado, la literatura en torno a las desigualdades de salud que afectan a las mujeres y que la falta de investigación basada en el sexo y el género complica la salud femenina (García Moreno, 1999), la documentación disponible señala al menos que se está caminando hacia un modelo sanitario que no sólo tiene en cuenta el sexo, es decir, lo biológico, sino también el género, en un intento de conocer los condicionantes sociales que afectan a la salud femenina y su respuesta a los tratamientos (Correa-Araujo, 2010).

Este cambio de perspectiva de carácter social se produce en la segunda mitad del siglo XX, cuando surge el concepto de Salud Pública por contraposición a la perspectiva biomédica, asumiendo el carácter social del ser humano como ámbito de estudio central para la salud, optando por profundizar en la comprensión de los factores que pueden estar influyendo en el estado de la salud de las personas. Esta nueva concepción es la respuesta a un escenario diverso, complejo e interrelacionado y acepta los vínculos entre lo orgánico y lo social. Desde el modelo de salud pública, el sistema sexo-género se presenta como el marco oportuno para comprender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres (Ruiz y Papí, 2007). Y es que tanto el género como el sexo se relacionan con la salud y lo hacen de forma simultánea, ya que las personas no viven siendo de un “género” o de un sexo”, sino de ambos a la vez (Krieger, 2003).

Pese a todo, el enfoque social de la salud pública no implica la adopción de la perspectiva de género, al menos por ahora, pero sin duda esta consideración social permite que el análisis de género pueda tener su lugar. Por otra parte, existe un gran salto cualitativo entre lo que tradicionalmente se entendía por “salud de la mujer” (centrado en salud sexual y materna) y los aspectos que necesitan respuestas desde la perspectiva de género aplicada en salud.

Lo que sí se reconoce hasta el momento en la literatura referida es la existencia de desigualdades de salud que afectan de una manera más negativa a las mujeres, que estas diferencias están relacionadas con aspectos de carácter biológico (sexo) y social (género), y que aunque esta inequidad es evitable, por cuanto no es técnica sino socio-política, habría que concienciar de la necesidad de un cambio hacia la equidad.

Los cambios deberían estar sustentados por el conocimiento científico; un conocimiento que incluya a su vez la perspectiva o sensibilidad de género en su acercamiento a la realidad. Y sólo comprendiendo en su totalidad el estado de salud y sus determinantes seríamos capaces de avanzar hacia una sociedad más igualitaria. *“para esto es necesario promover el estudio del por qué ocurren desigualdades en salud, en la medida que averiguarlo va a aportar conocimiento como premisa de transformación, es decir, un enfoque de la salud que resulte analítico e integrador”* (Rohlf, et al, 2000).

A día de hoy, los análisis de prevalencias y estadísticas derivadas de las encuestas de salud son la fuente principal para la toma de decisiones de salud, pero pese a ser una herramienta imprescindible para identificar necesidades, en general, están más centradas en condicionantes primariamente concebidos para explicar la salud de los hombres sin tener en cuenta suficientemente aspectos como el trabajo doméstico no remunerado, por citar sólo una variable específica, que afectaría sobre todo a la salud de las mujeres (Rohlf, et al, 2000)

Teniendo en cuenta que la igualdad entre hombres y mujeres se ha convertido en el punto central de las inquietudes nacionales e internacionales, que a medida que se consideran y se ponen en práctica programas y políticas orientadas a aumentar esta igualdad, aumenta la

necesidad de contar con información, al menos desglosada por sexo⁵, la tarea de vigilar que haya igualdad para las personas exige cierta cantidad de datos estadísticos de buena calidad, pues si no se dispone de datos, ningún argumento, por convincente que sea, puede influir en la opinión de las personas encargadas de reorientar el rumbo de la planificación (Ruiz y Papí, 2007).

Tal y como señalan estas autoras, resulta necesario contar también con un sistema de indicadores de género que permita hacer el seguimiento de los cambios en el estado de salud de las mujeres en relación con la de los hombres, para ser utilizados en la planificación y aplicación de las políticas y programas.

Como inicio, la inclusión de la perspectiva de género en cuestiones epidemiológicas estándares como quién, cuándo, cómo, y dónde se enferma, permite obtener modelos de salud-enfermedad-atención sensibles al género. Para ello es preciso examinar la información existente acerca de la morbilidad y la mortalidad. Es fundamental, para ello, que los datos contenidos en estas fuentes tengan un nivel mínimo de desagregación sobre todo en relación con ciertas variables que son fundamentales en el análisis desde la perspectiva de género. Los datos desagregados por sexo son condición necesaria, aunque no suficiente (Gender and Health Group, 2001) para la introducción de esta perspectiva, por lo que será preciso, como sugieren Ruiz y Papí, que se produzca la construcción de nuevos indicadores que aporten más información.

La construcción de nuevos indicadores que faciliten la obtención de una imagen más próxima a la realidad supone cuestionar las creencias y concepciones que tiene la y el profesional de la salud (gestora-or, epidemióloga-o, investigadora-or, clínica-o, etc.) que interviene en la toma de decisiones, lo que hace necesario además, cuestionar los instrumentos y las herramientas que se utilizan habitualmente, pero también la interpretación de los resultados que con ellos se obtienen.

Los indicadores, como instrumentos que son para medir cambios sociales, están sujetos a fuerzas políticas. Es importante reconocer antes de utilizarlos, que todos tienen su propia historia política y su intención. La razón que cuenta con mayor acuerdo es que la omisión es consecuencia del hecho de que la mayoría de los censos y los estudios a gran escala han estado organizados sin tener en cuenta el enfoque de género. Esto es importante, pues ciertos tipos de indicadores, particularmente los llamados cuantitativos, se legitiman por ser considerados “objetivos”, cuando de hecho cuentan con la “subjetividad” propia de quienes toman las decisiones sobre las políticas y plantean que es prioritario conocer a través de las estadísticas.

El desarrollo de indicadores con sensibilidad de género no es un fin en sí mismo, sino una herramienta política para ser usada en el cambio del estatus quo. Y son dos las principales respuestas para tal fin. La primera tiene el objetivo de promover la recolección de datos desagregados por sexo, para que sean usados posteriormente en la defensa de cambios

⁵ el problema de realizar sólo esta modificación, aunque supusiera sin duda un avance, resulta limitada en cuanto que los indicadores desagregados por sexo no siempre son iguales a indicadores con sensibilidad de género (en ocasiones los dos se utilizan de forma indistinta pero no son lo mismo). La información desagregada por sexo dice si existen diferencias por sexo en una dimensión específica de la salud; mientras que los indicadores con sensibilidad de género son elaborados para observar las consecuencias en la salud del género como construcción social y, así, ayudar a comprender si la diferencia observada entre sexos en el estado de salud es el resultado de desigualdades o inequidades por género. La información desagregada por sexo puede no siempre capturar las diferencias y desigualdades. Este punto es una implicación del anterior. El uso de un solo indicador puede enmascarar las diferencias y desigualdades. Por ello, se necesitan examinarse múltiples indicadores

políticos. La segunda respuesta parte del acuerdo sobre la insuficiencia de indicadores que captan las experiencias de las mujeres, por ejemplo en áreas tales como el empoderamiento y la participación. En consecuencia, con el fin de que quienes desarrollen las políticas tomen en consideración estas experiencias es necesario construir indicadores centrados en la recolección de información sobre las mismas.

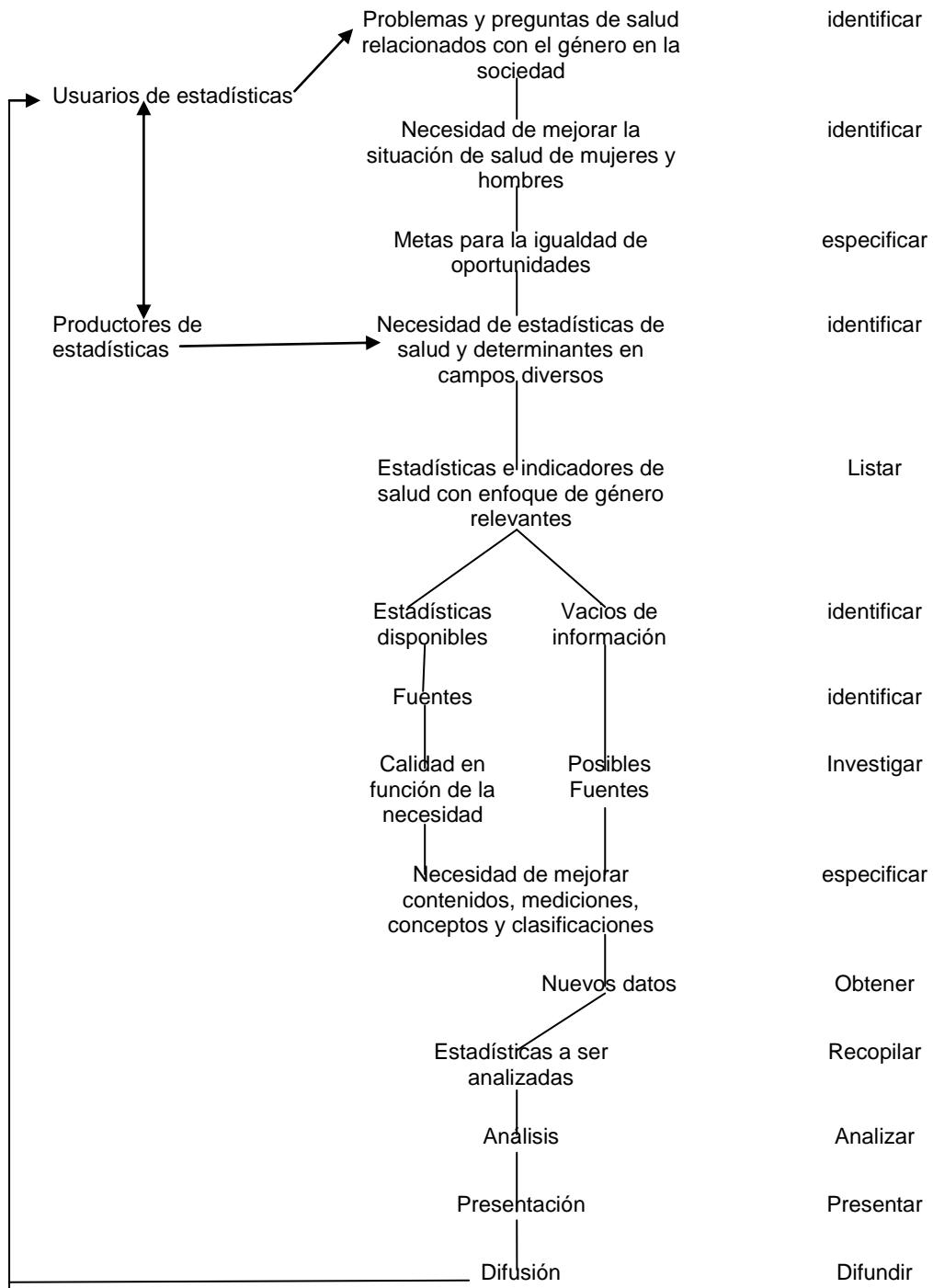
La necesidad de contar con indicadores de calidad sobre desigualdades en salud entre mujeres y hombres en las diferentes etapas del ciclo vital implica el desarrollo del sistema estadístico nacional, haciendo especial énfasis en que el enfoque de género cruce las estadísticas tradicionales. Que se contemple el enfoque de género en las estadísticas de salud implica, producir y difundir estadísticas que reflejen las realidades de las mujeres y los hombres. Para ello se precisa que los y las usuarios-as y los-as productores-as trabajen juntos con el fin de considerar qué productos estadísticos se necesitan. También, es necesario mejorar la presentación y difusión de las estadísticas de salud existentes que contemplen algún aspecto de género. Además, hay que ampliar los programas de recolección de datos para generar las estadísticas de salud necesarias para cubrir los vacíos de información desde la perspectiva de género. Y por último, mejorar las mediciones, conceptos, definiciones y clasificaciones.

En este sentido, o en cuanto a las propuestas que mejorarían el conocimiento de los condicionantes de la salud entre hombres y mujeres, existen varias propuestas, algunas de las cuales aparecen a continuación. Unas se desarrollan desde un punto de vista teórico, mientras que otras añaden mayores grados de concreción, puesto que plantean el estudio de factores y variables identificadas como discriminatorias. Éstas son:

La primera es una propuesta de Hedman, Perucci y Sundström, de 1996, en torno a una posible recogida de datos de salud incluyendo la perspectiva de género:

ESTADÍSTICAS DE SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO

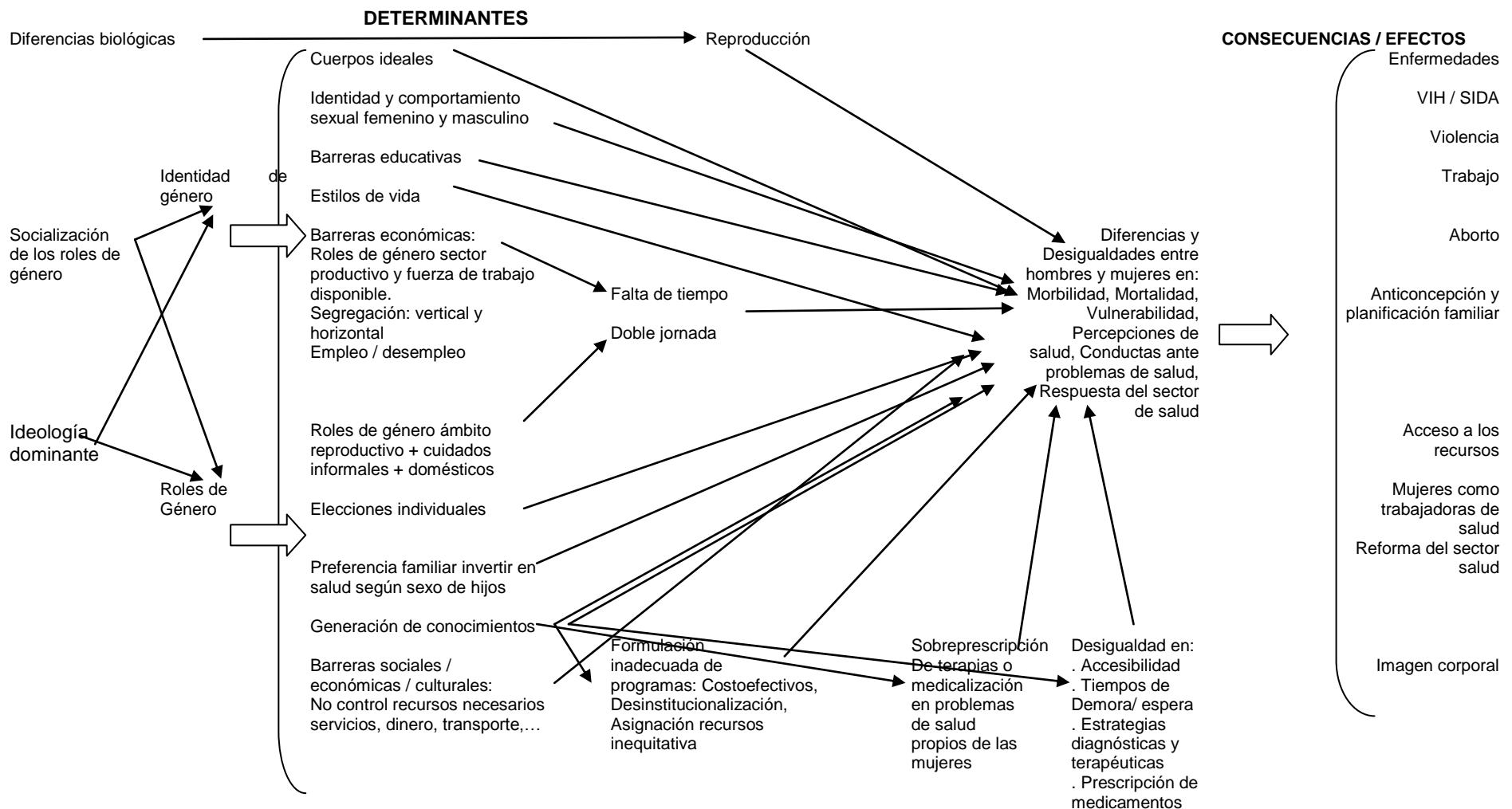
El Proceso de Producción



Fuente: Modificada de Hedman, Perucci y Sundström, (1996). En Ruiz y Papí, 2007

El anterior mapa conceptual general sobre la salud y la investigación sobre salud se concreta mucho más cuando se pretende investigar y conocer las desigualdades de salud en función del género. En el esquema que aparece a continuación, las autoras que más información y directrices ofrecen al respecto (Ruiz y Papí, 2007), concretan cuáles son, a su juicio, y por qué, los determinantes más influyentes:

ENFOQUE DE GÉNERO EN EL ESQUEMA EXPLICATIVO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD, SUS DETERMINANTES Y CONSECUENCIAS



En la columna de la derecha del esquema anterior se observan estos ámbitos necesitados de producción de conocimiento o de nuevos conocimientos específicos de la salud de las mujeres desde la perspectiva de género.

En concreto, es preciso investigar sobre los procesos y las razones (cómo y porqué) por las que las mujeres son afectadas de manera distinta por diferentes tipos de **enfermedades** para poder aplicar prevención, tratamiento y atención adecuados.

Sobre las mujeres como grupo afectado por el **VIH/SIDA**, en tanto que a sus parejas se les permite y valora diversos contactos sexuales y de ellas se espera sometimiento y obediencia.

Sobre las mujeres como víctimas de la **violencia** de género cuyos efectos son atribuidos a otra causa. Y sobre la capacidad de los-as profesionales de los servicios sanitarios para manejar este tipo de problema.

También sobre diferentes enfermedades y problemas de salud emergentes en mujeres y diferentes a los de los hombres derivados de su incorporación al **trabajo** remunerado en ciertos sectores económicos y actividades; así como los problemas derivados de la doble y triple jornada.

El ámbito de la **anticoncepción** y la planificación familiar o, dicho de otra forma, el acceso a los métodos anticonceptivos seguros y eficaces también es objeto de interés, al ser un factor de mejora de la calidad de vida de las mujeres, y no ser víctimas de su propia función reproductiva. Sobre la atención y complicaciones del **aborted**, fundamentalmente aquellos que se efectúan en la ilegalidad por ser causantes de mortalidad materna, y por estar expuestas a condiciones insalubres. En este tema destaca producir información sobre la calidad de la atención que reciben las mujeres en función de las actitudes y creencias de los profesionales sanitarios.

El ámbito relacionado con el desigual **acceso a los recursos** sanitarios, pero también otros como los educativos y económicos, está necesitado de nuevos conocimientos, por ser la consecuencia más inmediata de la discriminación y exclusión de la mujer en las sociedades. Estas desigualdades pueden ser factores de riesgo para la salud.

También, el relacionado con los roles históricamente adscritos a las mujeres, pues han desempeñado un rol de **agentes del cuidado** y de la salud no reconocido y escasamente estudiado. Estas funciones proporcionan salud a la persona cuidada y descarga a la sociedad de este tipo de tareas. Se debe insistir en la necesidad de medir los efectos en la salud de las mujeres y hombres que puede tener la privatización de la sanidad así como la reducción de servicios y de personal. En consecuencia, suele obviarse los efectos que las **reformas constantes en el sector sanitario** tienen sobre las mujeres, como la des-institucionalización de los cuidados a enfermos mentales.

Por último, la **imagen corporal** es un ámbito de estudio en crecimiento a través del que se puede observar la construcción social de la feminidad, y aquello que se les exige a las mujeres en forma de “ideal de belleza” o “cuerpos ideales”. Estos modelos pueden inducir a hábitos no saludables y son el marco de algunas enfermedades a edades adolescentes.

Además de las variables o factores mencionados, y tal y como se ha dicho, otras investigaciones hacen hincapié en la necesidad de profundizar en el estudio de otras variables como:

La clase social, que representa un importante aspecto de las desigualdades sociales, y su conceptualización suele estar asociada a alguna teoría sociológica específica, muchas veces cargada de connotaciones políticas o ideológicas. Las clases sociales están formadas por grupos sociales cuyas posiciones en la sociedad vienen definidas por el papel que desempeñan en las relaciones de producción en un momento histórico determinado.

La mayoría de estudios señalan que estas desigualdades se incrementan, ya que las personas de clases sociales más aventajadas mejoran más su estado de salud que las personas de clases desfavorecidas (Kunts *et al*, 2000)

En el Estado español ha aumentado el conocimiento de las desigualdades socioeconómicas en la salud debido a la existencia de algunos grupos que han investigado y publicado sobre ello en revistas especializadas (Benach, 1995; Borrell y Pasarín, 2004).

Otros estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud han proliferado también en las últimas décadas y han puesto de manifiesto que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico o la de las áreas con mayor privación material presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación (Amick *et al*, 2000; Berkman y Kawachi, 2000). Hace más de 10 años algunos autores ya empezaron a tener en cuenta simultáneamente dos ejes de desigualdad: el impacto en la salud de los múltiples roles de las mujeres y cómo varía su repercusión en función de la posición socioeconómica y de la privación material de la mujer (Arber y Khlat, 2002). Para Rohlfs *et al* (2000) y Gálvez, 1999) dos variables que caracterizan el análisis de género son las sociodemográficas y las económicas.

Para Krieger (2002), la posición socioeconómica es un constructo que afecta al género y la salud. Las personas que se encuentran en desventaja en estos factores tienen peores indicadores de salud (Borrell 1995), y que en nuestra sociedad son principalmente las mujeres.

La posición socioeconómica incluye aproximaciones basadas tanto en los recursos como en el prestigio. Estos recursos pueden ser de orden material como los ingresos y la riqueza o de orden simbólico y de prestigio como el nivel de estudios. Tanto los recursos como el prestigio están fuertemente relacionados con la posición de clase social sea en la infancia o bien en la edad adulta.

Las medidas de posición socioeconómica suelen estar basadas en: la ocupación, el nivel máximo de estudios cursados, los ingresos.

Las desigualdades de género y su relación con la salud indican la importancia de una distribución diferente de los trabajos realizados por parte de las mujeres y los hombres, a pesar de la incorporación de la mujer al trabajo remunerado realizado fuera del hogar (Bartley, 1999). Así, por ejemplo, existe una desigual distribución del trabajo doméstico, o en el cuidado de las personas del hogar, que se realiza mayoritariamente por las mujeres (Solsona, 1998; Carrasquer *et al.* 2000) y que incide, tal y como hemos comprobado en el esquema, en un nivel de salud más afectado.

La incorporación de las mujeres al mercado laboral ha supuesto un incremento de la carga de trabajo que ha dado en "llamarse doble jornada" debido a que no ha sido sustituida en los trabajos propios del ámbito doméstico. Incluso en los casos en que las mujeres reciben ayuda en el trabajo del hogar, la responsabilidad de las tareas domésticas continúa siendo suya, de modo

que además de duplicar la jornada la mujer duplica la responsabilidad (fenómeno que recibe el nombre de “doble presencia”).

Por otro lado y en la misma línea de afección, las mujeres sufren también desigualdades en el **medio laboral**: soportan una tasa de paro más alta que los hombres y una mayor proporción de contratos laborales temporales o precarios. Otros ejemplos son la segregación que existe en el mercado laboral, tanto vertical (las mujeres ocupan los trabajos menos cualificados) como horizontal (las mujeres se centran en unos pocos sectores de la actividad económica relacionados con el cuidado de las personas) (Artacoz y Escribá, 2003), lo que afecta a su salud de forma negativa.

Tanto la clase social ocupacional como **el nivel de estudios** de las personas están relacionados con una salud peor, expresada tanto en la mortalidad como en la salud percibida o en los indicadores objetivos de salud (Amick *et al*, 1995; Berkman y Kawachi, 2000; Marmont y Wilkinson, 1999).

Abundando en esta idea, y aunque son muchos los factores económicos, sociales y políticos que pueden considerarse en el análisis los sesgos en función del género, Lasheras, Pires y Rodríguez (2008) destacan **la pobreza, la violencia y las condiciones de trabajo** como paradigmas de la discriminación de las mujeres y la magnitud y gravedad de sus efectos sobre su salud y bienestar.

La OMS (1999) identificó la **pobreza** como el mayor determinante individual de mala salud: las personas pobres mueren más jóvenes, sufren mayores discapacidades, están expuestas a riesgos más elevados y cuando enferman tienen menos recursos para la recuperación. En nuestro medio, el ejemplo más claro es el representado por el colectivo de mujeres ancianas en las que puede observarse un bajo nivel de estudios y la ausencia de trabajo remunerado, lo que les impide el acceso a una pensión de jubilación propia, condicionando así sus recursos económicos y sociales. Estas condiciones de pobreza que por sí mismas producen una deficiente calidad de vida, pueden agravar las condiciones físicas propias del envejecimiento.

La **disponibilidad de trabajo y las condiciones de trabajo** están estrechamente relacionadas con las inequidades de género en salud. La posición de desventaja social de las mujeres limita sus oportunidades de crecimiento y su libertad para elegir sus condiciones de vida; aspectos que están muy relacionados con la salud. Este hecho genera y perpetúa la división del trabajo retribuido y no retribuido entre ambos sexos, en los ámbitos privado y público, en función de los roles de género socialmente asignados. En el trabajo retribuido se produce la congregación de mujeres y hombres en ocupaciones desproporcionadamente femeninas o masculinas y la organización jerárquica del poder donde los hombres ocupan los cargos de mayor responsabilidad y prestigio y las mujeres las posiciones subordinadas, incluso en aquellas ocupaciones de predominio femenino.

Finalmente se halla **la violencia ejercida contra las mujeres**, algo que está presente en todos los países del mundo y que puede afectar a mujeres de todos los estratos sociales y niveles culturales. Es un problema de salud pública importante por su magnitud (afecta a un elevado número de mujeres) y su gravedad (tiene un gran impacto sobre la salud de las mujeres). Como consecuencia de las relaciones de dominación a que están sometidas, las mujeres sufren violencia en todas las etapas de la vida. Los estudios realizados en el campo sanitario han puesto de manifiesto que en las mujeres maltratadas pueden detectarse alteraciones del estado

de ánimo, agravamiento de las enfermedades crónicas, riesgo de suicidio y accidentes, con más frecuencia que en las mujeres de iguales características no sometidas a violencia.

Otra guía o propuesta de investigación de género en salud la ofrece la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 1995, que plantea en su Objetivo estratégico H.3. **Generar y difundir datos desagregados por sexo e información para la planificación y evaluación.** Entre las Acciones que deben ir dirigidas a los servicios estadísticos nacionales, regionales y agencias de la ONU, en cooperación con instituciones de investigación y documentación, en sus respectivas áreas, enumera:

1. Asegurar que las estadísticas relacionadas con los individuos se recolecten, se procesen, se analicen y se presenten desagregadas por sexo y edad a la vez que reflejen los problemas, asuntos y materias relacionadas con las mujeres y los hombres en la sociedad.
2. Recolectar, procesar, analizar y presentar periódicamente bases de datos desagregados por edad, sexo, nivel socioeconómico y otros indicadores relevantes, incluyendo número de dependientes, para su utilización en el diseño e implementación de políticas y programas.
3. Involucrar a los centros de estudios de la mujer y a las instituciones de investigación en el desarrollo y prueba de indicadores apropiados y metodologías de investigación para reforzar los análisis de género, así como en el seguimiento de la implementación de las metas de la Plataforma de acción.
4. Destinar personal para reforzar los programas de estadísticas de género y asegurar su coordinación, monitoreo y cobertura en todos los campos del trabajo estadístico, y para preparar productos estadísticos que integren datos de las distintas áreas temáticas
5. Mejorar la recolección de datos sobre la contribución plena de las mujeres y los hombres a la economía, incluyendo su participación en el sector informal.
6. Desarrollar un conocimiento más comprehensivo de todas las formas de trabajo empleo:
 1. mejorando la recolección de datos sobre el trabajo no remunerado y otros tipos de actividades de producción cuyo destino no es el mercado; 2. Mejorando las formas de medición actuales que subestiman el desempleo y subempleo femeninos en el mercado laboral; y 3. reconociendo la contribución económica de las mujeres y haciendo visible la desigual distribución del trabajo remunerado y no remunerado entre mujeres y hombres mediante el desarrollo de métodos para calcular el valor del trabajo no remunerado.
7. Desarrollar una clasificación internacional de actividades para las estadísticas de uso del tiempo que considere las diferencias entre mujeres y hombres en el trabajo remunerado y recoger los respectivos datos, desagregados por sexo. A nivel nacional, dependiendo de las restricciones nacionales: 1.realizar estudios periódicos de uso del tiempo para medir el trabajo no remunerado, registrando incluso las actividades que se llevan a cabo simultáneamente con otras, sean estas últimas remuneradas o no; 2. medir el trabajo no remunerado y mejorar los métodos para reflejar con precisión su valor.
8. Mejorar conceptos y métodos de recolección de datos para la medición de la pobreza entre mujeres y hombres, incluyendo su acceso a los recursos.
9. Reforzar los sistemas de estadísticas vitales e incorporar análisis de género en las publicaciones así como en la investigación; priorizar las diferencias de género tanto en los diseños de investigación como en la recolección de datos para mejorar las estadísticas de morbilidad; mejorar la recolección de datos sobre el acceso a los servicios de salud, incluyendo el acceso a atención de salud sobre sexualidad y reproducción, sobre el cuidado maternal y la planificación familiar, con prioridad especial en el caso de las madres adolescentes y el cuidado de los mayores.

10. Desarrollar mejor información desagregada por sexo y por edades, sobre las víctimas y agresores de todas las formas de violencia contra las mujeres, tales como violencia doméstica, asedio sexual, violación, incesto y abuso sexual, sobre el tráfico de mujeres y niñas y sobre la violencia ejercida por los agentes del Estado.
11. Mejorar los conceptos y métodos de recolección de datos sobre la participación de las mujeres y hombres con discapacidades, incluyendo su acceso a los recursos

Por su parte, las y los especialistas en psiquiatría y género⁶ concluyen que:

1. Se advierten diferencias en determinados tipos de trastornos, como: ansiedad y depresión en las mujeres (duplicando la presencia masculina) y adicción al alcohol y a otras drogas y el trastorno antisocial de la personalidad, en los hombres.
2. Las diferencias en salud mental de mujeres y hombres, además de fundamentarse en factores biológicos, tienen su origen en las diferencias que provienen del género.
3. Corrientes feministas han señalado la necesidad de incorporar las características emocionales y relacionales de las mujeres al marco de la terapia.
4. Aun presentando tasas de prevalencia similares, en las causas, curso y pronóstico de las esquizofrenias de las mujeres se advierten diferencias significativas, relacionadas con factores hormonales y sociales.
5. Se deben establecer diseños metodológicos específicos en los que intervengan las diferencias entre los sexos.

Por lo que recomiendan:

1. Incrementar las evidencias científicas relacionadas con la influencia de las desigualdades biológicas, psicológicas y sociales entre hombres y mujeres los trastornos mentales, la eficacia de los tratamientos y las características de la asistencia sanitaria.
2. Promover e incrementar políticas sanitarias, servicios y programas sensibles a las diferencias de género destinados a:
 - a) la intervención en la realidad específica de las mujeres,
 - b) favorecer la accesibilidad, disminuyendo barreras culturales y sociales que dificultan el acceso a los servicios
 - c) incrementar la difusión de conocimientos relacionados con el género.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud elaboró el documento Género y salud: una Guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en la salud, desde la que se propone como necesidad:

1. Mejorar los sistemas de información sanitaria (SIS)

⁶ Argos Comunicación. 19 de mayo 2008. Las desigualdades, por razón de género, dificultan la atención a la salud mental de las mujeres. http://www.psiquiatria.com/noticias/atprimaria_y_sm/36331/

En ocasiones en el ámbito de la salud no se dispone de los instrumentos adecuados para recoger información que posteriormente faciliten un análisis con enfoque de género. Para corregir este problema sería necesario disponer de:

- Datos desagregados por sexo.
 - Que las encuestas de salud desarrollem preguntas con perspectiva de género para informar sobre aspectos poco conocidos, como el estudio de la diferente forma de enfermar de hombres y mujeres, su diagnóstico o los trabajos realizados por ambos sexos remunerados o no.
 - Indicadores sensibles al género que faciliten información del contexto de las personas, aspectos socioeconómicos y culturales y relacionada con los roles de género (cuidado, crianza, etc.).
2. Potenciar las investigaciones en ciencias de la salud

En cuanto a la investigación, como se ha reseñado a lo largo de todo el documento, no existen suficientes fuentes fiables de datos tanto cuantitativos como cualitativos que permitan analizar la influencia del género en la salud. Es necesario por lo tanto avanzar en una nueva perspectiva metodológica que permita aportar nuevos datos y más fiables en torno a los sesgos de género en salud.

El enfoque feminista (Inhorn y Whittle, 2001) propone:

- Incrementar la producción de conocimientos por parte de las mujeres considerada por muchos grupos de investigadores como menos “científica” que la producida por hombres.
- Superar los presupuesto biologicistas que reducen a las mujeres a su papel exclusivo de reproductoras.
- Contextualizar y politizar los riesgos para la salud de las mujeres.

En este sentido es necesario:

- Trabajar con los grupos de mujeres en proyectos amplios de investigación-participación-acción que superen el exclusivo enfoque biomédico de numerosos estudios referidos a la salud de las mujeres.
- La generación de nuevos indicadores y variables de género y la difusión y aplicación en los estudios de salud de las mujeres.
- La revisión e identificación de los sesgos de género en los estudios clásicos y la realización de nuevos estudios para corregirlos.
- Promover y financiar a través de fondos públicos este tipo de estudios por parte de la administración.

3. Reforzar el desarrollo de habilidades profesionales que les permitan establecer relaciones simétricas con las y los usuarios:

- Transversalizando el género en los planes de formación continuada mediante la inclusión en el diseño de las acciones formativas de contenidos, metodologías y

- actividades que permitan la reflexión sobre los valores, actitudes, estereotipos y roles de género presentes en la práctica profesional.
- Diseñando planes y programas de intervención que incorporen nuevos contenidos y significados de la salud de las mujeres y visibilicen las diferencias en la morbilidad, la mortalidad, así como el impacto en la salud derivado de las cargas de los roles de género. Actualmente, numerosos programas de salud se dirigen fundamentalmente a mujeres en edad media y hacen referencia a la salud reproductiva, pudiendo quedar excluidos otros grupos de edad (adolescentes y ancianas). Asimismo, en ocasiones, existe una excesiva “psicologización” de las condiciones de salud de las mujeres y quedan en un segundo plano lecturas más sociales.
 - Incorporando el enfoque de género en las guías y protocolos vigentes en el sistema sanitario o bien elaborando nuevos instrumentos que den respuesta a las necesidades detectadas desde esta perspectiva.
 - Promoviendo un estado de opinión favorable entre las y los profesionales para que incorporen el género en las acciones de salud.

4. Favorecer el empoderamiento de las mujeres.

En el marco de los servicios sanitarios se programarán actividades de promoción de salud que permitan a las mujeres aprender estrategias para llevar a cabo el control y el cuidado de su propia salud. Para lograrlo, es necesaria la creación de un entorno que favorezca la confianza de las mujeres en sí mismas, su autonomía y autoestima, y que promueva la capacidad de actuación colectiva para lograr el cambio en lo personal con una proyección en la vida pública.

Estas actividades deben servir como espacios para compartir experiencias personales y colectivas y adquirir habilidades personales y sociales para encontrar alternativas de cambio sobre sus circunstancias desfavorables debido a los roles de género que desempeñan.

5. Promover la participación ciudadana para lograr que las mujeres accedan a los servicios sanitarios y a los lugares donde se toman decisiones en materia de salud.

Esta participación se puede articular a través de los grupos de autoayuda, de ayuda mutua y de las asociaciones de mujeres y mediante la inclusión de sus representantes en los órganos de participación de Atención Primaria de Salud como se regula en la Ley General de Sanidad de 1986 (Art. 5º, Cap.1, título 1º).

Los órganos más importantes de participación son los Consejos de Salud.

Los grupos de ayuda mutua y de autoayuda, contribuyen de forma muy significativa a mejorar la calidad de vida de las personas, pero es preciso que en su seno se reflexione acerca de la problemática que afecta a las mujeres ya que en ocasiones falta una mirada crítica que evite que los roles de género sean reforzados.

6. Promover acciones orientadas a mejorar la calidad del entorno en sus múltiples dimensiones

- Condiciones medioambientales: conocer el efecto de los contaminantes y plaguicidas sobre la salud y trabajar colectivamente por cambiar esta situación.
- Condiciones urbanísticas: trabajar política y colectivamente por lograr una ciudad segura (bien iluminada y con transportes seguros y accesibles); servicios colectivos también

accesibles (escuelas infantiles, centros de día para personas mayores, transportes adecuados, etc.).

Pero existen más propuestas, como la de:

Reorientar los servicios de salud.

Una de las nuevas responsabilidades de los servicios sanitarios será el actuar como estimuladores de otros sectores sociales para intervenir en la salud pública. Nos referiremos en este apartado a los cambios en el rol de las y los profesionales de la salud, a la capacidad de las instituciones para introducir cambios y a la garantía de la equidad en la reforma del sector de la salud.

En relación con los cambios en el rol de las y de los profesionales.

Estos deben hacerse conocer desde el enfoque de género y necesitan del desarrollo y aprendizaje de una serie de aspectos que les permitan el desarrollo de relaciones simétricas con las y los usuarios. Para incorporar e impulsar el cambio en el rol de las y los profesionales de la salud es imprescindible que la perspectiva de género impregne el campo de la formación, pero además es necesario:

- Despojarse de actitudes paternalistas.
- Desprenderse de los estereotipos de género.
- Estimular a las mujeres para que definan y persigan sus propios fines.
- Aprender a escuchar y desarrollar actitud empática.
- Combatir el sexismoy la discriminación de ciertos colectivos de mujeres como las mujeres gitanas, lesbianas o inmigrantes.
- Evitar la medicalización de aspectos cotidianos de la vida de las mujeres.
- Valorar y ayudar en la puesta en marcha de las sugerencias de las asociaciones de mujeres relacionadas con la salud.

Una más es la que propone:

- 1) Detectar los vacíos de información e incluir nuevas variables que sería útil medir y que son necesarias para hacer visibles determinantes y problemas de salud desde la perspectiva de género.
- 2) El uso de evidencias sólidas para tomar decisiones es muy importante en el trabajo de salud pública. Se necesita continuar fortaleciendo las evidencias sobre las formas en que opera el género como factor de riesgo o de protección para la salud tanto de las mujeres, como de los hombres de todas las edades y realizar evaluaciones rigurosas de las ventajas de la incorporación de la perspectiva de género en el sector de la salud.
- 3) Un análisis de salud que no integre la dimensión del género no puede dar cuenta cabal de la realidad y, segundo, que desde la perspectiva de la justicia social, no es de ninguna manera suficiente ni coherente enfrentar las desigualdades entre grupos económicos o étnicos sin abordar paralelamente las desigualdades injustas entre hombres y mujeres que existen en esos grupos.
- 4) Que los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo.
- 5) Tener en cuenta la perspectiva de género tanto en la recogida y análisis de datos poblacionales, como en el diseño de estudios específicos. El análisis desde el punto de vista del género ofrece un material fértil para comprender las relaciones entre sociedad y

salud porque, por un lado dependen de una base biológica que tiene características diferentes para mujeres y hombres (el sexo) y, por otro, del contexto social en el cual nos desenvolvemos.

- 6) A la luz de una definición amplia de salud, el análisis de datos procedentes de las estadísticas vitales y de la información sanitaria, principalmente de las encuestas, debería considerar el impacto de las estructuras sociales, políticas y culturales de cada sociedad (Breilh, 1993).
- 7) Para entender la salud y el bienestar (o la falta de ellos), hacen falta protocolos de trabajo y diseños de investigación sensibles a las desigualdades sociales entre mujeres y hombres (p.ej., la inclusión de variables que traduzcan mejor los trabajos no remunerados, la satisfacción con los diferentes aspectos de la vida y el impacto de las estructuras de convivencia en la salud (Rohlf, 2000).

Otro informe reciente encargado por la OMS (Sen *et al* 2007), analiza con detalle las desigualdades de género en salud y concluye con una serie de propuestas de acción orientadas a erradicarlas. Entre sus principales recomendaciones figuran:

- abordar las dimensiones estructurales de la desigualdad de género; eliminar los estereotipos de género y adoptar estrategias multinivel para cambiar normas y prácticas que dañan directamente la salud de las mujeres
- reducir las exposiciones a riesgos y la vulnerabilidad a la enfermedad derivadas de los roles de género
- promover la conciencia y el manejo de los problemas de las mujeres como productoras y consumidoras de atención sanitaria, mejorando su acceso a los cuidados médicos y orientando cada vez más los sistemas sanitarios a la rendición de cuentas hacia las mujeres
- erradicar los desequilibrios de género en los contenidos y procesos de la investigación sanitaria y
- fomentar, en general, el empoderamiento de las mujeres.

Todas estas líneas de actuación permitirían corregir las desigualdades hoy constatadas, y sus efectos, a buen seguro, trascenderían el ámbito de la salud.

Presentadas todas estas interesantes propuestas, pero bajando a la concreción de este estudio y a los medios disponibles para identificar las desigualdades de género entre hombres y mujeres en cuanto a la utilización del sistema de Salud mental de la Red Sanitaria Vasca, Osakidetza, nos encontramos a priori con la limitación que supone la escueta recogida de información procedente de esta institución, lo que sin duda impide realizar un análisis e interpretación de género, toda vez que confirma la necesidad de proceder a revisar y modificar esta ficha y las variables que deberían incluirse en pos de la equidad sanitaria entre hombres y mujeres (en el Anexo 1 y 2 se presenta el registro de Osakidetza).

La realidad es que la única información relevante que contiene la ficha de recogida de datos con la que se ha trabajado en este estudio, la de altas nuevas de Osakidetza, es aquella que hace referencia a:

- Centro que atiende
- Fecha de entrada o admisión
- Fecha de nacimiento (edad)
- Sexo

- Provincia de residencia, municipio de residencia y
- Provincia de nacimiento (que puede analizarse como variable Independiente)
- Estado Civil (Variable Independiente)
- Nivel de Instrucción (Variable Independiente)
- Situación Laboral (Variable Independiente)
- Ocupación/Profesión (Variable Independiente)
- Remitente
- Programa de derivación
- Aspectos relacionados con el consumo de sustancias tóxicas que permiten realizar algún análisis específico tomando el diagnóstico “drogodependencia” como variable Dependiente

En comparación con los datos disponibles y basándonos en la aportación de Lasheras y otras (2008), presentamos a continuación el listado de datos que deberían ser incluidos en la Ficha de Osakidetza (altas nuevas) y que constituye la recomendación más importante de este estudio:

- 1) Incluir variables socioeconómicas que posibilitan el análisis desde una perspectiva de género, como:

Edad: sí se pregunta en Osakidetza (a través de fecha de nacimiento)

Estado civil: esto sí se recoge en Osakidetza

- casada/o
- separación/divorcio
- Viudedad
- Soltera/o

Nivel de estudios: sí se recoge en Osakidetza

Ingresos familiares, especificando los ingresos de cada miembro de la pareja

Situación laboral: (empleo/desempleo). Más completo en Osakidetza

Ocupación remunerada:

- Tipo de trabajo
- Puesto de trabajo
- Tipo de contrato
- Tipo de jornada laboral
- Número de horas trabajadas por semana

Ayuda externa en las actividades propias del ámbito doméstico:

- Trabajo doméstico remunerado
- Ayuda familiar

Ayuda externa en el cuidado de personas dependientes:

- Cuidadora/or con remuneración
- Apoyo familiar para el cuidado

Estructura familiar:

- Personas que conviven (número, edad, sexo y parentesco)

Disponibilidad de tiempo:

- Número de horas a la semana dedicadas a sí mismo-a
- Número de horas de sueño
- Tipo de actividades de tiempo libre

Relaciones sociales de Apoyo:

- Redes de apoyo social: pertenencia a asociaciones, grupos organizados de ocio, y tiempo libre etc.
- Disponibilidad de apoyo por parte de familiares, amistades, etc.

2) Variables relativas al proceso de salud-enfermedad

- Mortalidad general
- Mortalidad materna
- Esperanza de Vida
- Estado de salud percibido
- Discapacidades crónicas y agudas
- Trastornos crónicos/patologías prevalentes: dolores crónicos, procesos autoinmunes, anemias, incontinencia urinaria, estrés, ansiedad, depresión, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, asma, bronquitis crónica, etc.
- Trastornos de la esfera sexual y reproductiva: disfunción sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual, etc.
- Nivel de bienestar
- Satisfacción personal
- Calidad de vida
- Conductas relacionadas con la salud: actividad física, dietas saludables, utilización del tiempo de ocio, horas de sueño, medidas de protección en las relaciones sexuales de riesgo, utilización de dispositivos de seguridad en la conducción, medidas de autocuidado, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, automedicación.

3) Variables relacionadas con la atención a la salud desde los servicios sanitarios

Prescripción de medicamentos:

- Número de medicamentos
- Tipos de medicamentos

Frecuencia en el uso de los servicios sanitarios:

- Número de visitas a los servicios sanitarios
- Tipo de servicio frecuentado

Motivo de la consulta a los servicios sanitarios

Servicio sanitario al que se realiza la consulta: atención primaria, salud mental, obstetricia, ginecología, etc.

Tipo de servicio: público/privado

Accesibilidad al servicio sanitario:

- tiempo medio que se tarda en llegar al servicio sanitario
- tiempo medio de espera en la consulta
- tiempo medio de espera ante una cirugía
- tiempo medio para el diagnóstico de una patología

Satisfacción de las personas usuarias con los servicios sanitarios

Hospitalización:

- Motivo de hospitalización
- estancia media

Formación de las y los profesionales de la salud en la atención de nuevos problemas de la salud (violencia)

Investigación de los problemas sanitarios

Dada la interrelación dinámica de los elementos que componen el constructo de género, es preciso obtener información acerca de los elementos socioculturales y simbólicos implícitos en los discursos sociales de los procesos de salud-enfermedad. Esta información se obtiene a través de la metodología cualitativa, cada vez más utilizada en el campo de análisis de la salud, por su capacidad para explicar los hallazgos obtenidos en el análisis cuantitativo. Por todo ello, es imprescindible incluir la perspectiva de análisis cualitativo en los sistemas de información de carácter rutinario

RESULTADO FINAL DEL TRABAJO Y SUGERENCIAS PROPUESTAS

En el conjunto de la Comunidad Vasca, de la misma manera que en cada uno de sus territorios, más de la mitad de las personas usuarias de los servicios de Salud Mental son mujeres. **Ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de servicios psiquiátricos**, y pese a ello, lo masculino y sus valores siguen tomándose en esta área como paradigma de normalidad/anormalidad en términos de salud en general, y de salud mental en particular. De hecho, también se ha asumido por la Psiquiatría que todos los hallazgos psicopatológicos son idénticos para ambos géneros, de forma que lo que es anormal para el hombre se espera que sea anormal para la mujer.

Este estudio ha pretendido conocer qué factores podrían estar asociados de forma diferencial en función del sexo a los diagnósticos de salud mental emitidos a lo largo de una serie de años por parte de la Red Pública de Salud, con el objetivo de profundizar en determinadas variables sociodemográficas que pudieran estar incidiendo en unos y otras de forma específica y diferenciada y conocer más profundamente lo relativo a la salud mental femenina.

El primer problema en este empeño es lo poco que se ha avanzado en este sentido desde la mera interpretación numérica de los datos en términos de prevalencia, lo cual ha mantenido la limitación que supone considerar lo masculino como el modelo de referencia de la normalidad (la mayoría de la investigación médica continúa estando basada sobre la asunción de que hombres y mujeres son fisiológicamente similares en todos los aspectos excepto en sus sistemas reproductivos), hasta nuestros días, en los que a pesar incluir en diversos documentos estratégicos de índole política, sanitaria y/o social la firme convicción en torno a la necesidad de incorporar la perspectiva de género, por cuanto que a nivel teórico queda más justificado, descubrimos una escasez manifiesta de actos concretos e investigaciones materializadas en ese sentido.

Ha pasado mucho tiempo desde que se asumió un cambio de perspectiva con relación a la enfermedad y la salud, que de centrarse en el estudio de la patología o del trastorno mental como simple entidad médica, en el caso que nos ocupa, se orientó hacia la búsqueda del bienestar, entendiendo que la salud era algo más que la ausencia de enfermedad en términos médicos.

Desde ahí, y asumiendo la necesaria inclusión de otras variables que afectan al proceso de enfermar y recuperarse, se adopta el término Salud, o Salud Mental en este caso, para definir la capacidad de la persona, del grupo y del ambiente de interaccionar de forma que promueva el bien-estar, el desarrollo y las habilidades mentales (cognitivas, emocionales y relaciones). Cuando surge una disrupción de la interacción efectiva entre los factores individuales, grupales ó ambientales, hablamos de un problema de salud mental. Esta definición ya recoge, pues, aspectos que trascienden lo biológico, incluso las variables de carácter más personal, para mostrar la influencia del contexto relacional y social, provocando un análisis complejo que se enfrenta a un número potencial de variables independientes.

Desde la más profunda convicción de que las condiciones personales, relacionales, económicas, formativas, culturales y laborales, entre muchas otras, afectan de manera decisiva a los procesos evolutivos de las personas, también a los de enfermar y sanar, iniciamos este informe final describiendo el perfil de las mujeres atendidas por Osakidetza (Salud mental) durante cuatro años separados por quinquenios y avanzamos, en primer lugar, algunas hipótesis sobre las posibles asociaciones que podrían surgir entre algunas de las variables sociodemográficas,

pocas, que recoge la ficha de altas nuevas en salud mental, y algunas cuestiones relacionadas con la necesidad de atención por parte de las mujeres en estos recursos específicos.

Antes de comenzar hemos de dejar constancia de que las cuestiones que se muestran a continuación proceden de los análisis realizados a partir de la información procedente de una ficha denominada “Nuevas altas” y que resulta de un primer contacto con la persona que demanda asistencia, procedente básicamente desde los servicios de atención primaria.

Somos conscientes de que este primer contacto y toma de datos básicos se verá necesariamente complementada con los que deriven de entrevistas posteriores con otros/as profesionales en el marco del tratamiento, pero estos otros datos que seguro resultan más detallados, y por tanto más completos para poder analizar e interpretar las diferencias desde una perspectiva de género, no siempre están sistematizados o disponibles para su tratamiento exploratorio, toda vez que se relegan al ámbito más reducido del o la profesional receptor que los recoge como complemento de la historia del/la paciente y como instrumento en su toma de decisiones.

Lo que venimos a sugerir, en este sentido, es la posibilidad de que en la cumplimentación de esas fichas de nuevas altas clínicas se proceda a realizarla de forma más detallada de determinadas cuestiones, que son las que proponemos a lo largo de este informe final, con el objetivo de que esta información más sistematizada a la que puede tenerse un mayor acceso incluya aquellas variables que permitan, de facto, proceder a realizar una auténtica investigación de género en materia de salud mental.

Ese primer contacto y la toma de datos más detallada, facilitaría, sin duda, la que posteriormente puede llegar a requerir el especialista que aborde el tratamiento. En cualquier caso sería deseable que quien o quienes realicen esa entrevista inicial comprendieran el sentido y la importancia de la formulación, exploración y registro de estas otras cuestiones que proponemos con el fin de que el personal investigador y el colectivo profesional de la salud mental sea capaz de contrastar hipótesis, validar o rechazar las existentes (desde la investigación) para favorecer y dotar de sentido un tratamiento (praxis profesional) desde la concepción del bienestar y la salud mental (que incluye la consideración de factores personales, sociales, culturales, etc.).

Sugerencias:

- Ampliar las cuestiones que figuran en la ficha de altas nuevas incluyendo más variables relacionadas con cuestiones que la literatura asocia con las diferencias de género en salud mental. La disponibilidad de estos datos va a permitir la realización de investigaciones rigurosas que evidencien las características específicas de hombres y mujeres en materia de salud, permitirá el ajuste del tratamiento que realiza el colectivo de profesionales a las necesidades reales de las personas que lo demandan e incluirá opciones de trabajo en otras áreas de la persona que trascienden lo puramente médico y que derivan en la responsabilidad comunitaria de la salud.
- La investigación dirigida a proporcionar información y conocimiento en torno a las vidas de las mujeres y que proporcione estrategias para introducir cambios en sus roles y en su estatus resulta fundamental para una prevención primaria.

Expresada esta idea, y con la información disponible estas son algunas de las cuestiones a tratar:

1. Respecto a las cuestiones sociodemográficas que quedan reflejadas en el análisis

La primera realidad es la más elocuente:

Los servicios de Salud Mental de la Comunidad Vasca atienden a más mujeres que varones. Este hecho, per se, ya debería bastar para asumir que son una población con más factores de riesgo, o dicho de otra manera, que las mujeres tienen una mayor necesidad de los servicios de salud mental que los hombres.

Esa mayor necesidad nos lleva a deducir una mayor vulnerabilidad del colectivo y a concluir **la existencia de unas necesidades de género**, por cuanto que ya hemos asumido la superación de lo meramente biológico a favor de la inclusión de lo cultural y lo social, que es lo que nos permite hablar de género y no de sexo.

Por otro lado, esto mismo va a requerir de la sensibilización y/o conciencia de género por parte de quienes participan en la experiencia de identificación, diagnóstico y tratamiento de las necesidades de salud mental de las mujeres, lo cual pasa por una **formación específica y la incorporación de esta actitud en la praxis diaria**. Esta necesidad de especialización se vivirá como propia en la medida en que los estudios y las investigaciones, aún relativamente escasas, lo demuestren.

La adquisición de conocimientos sobre las diferencias de género en la formación de los y las profesionales de salud mental no presenta dificultades especiales con tal de que se regule su obligatoriedad, tal como se ha previsto en el nuevo programa de formación de los residentes de psiquiatría elaborado por la comisión nacional de la especialidad en España.

Sugerencias:

- Recopilar la evidencia científica en torno a las diferencias de género en salud mental, con el fin de incentivar la necesidad de conocer esta realidad específica
- Formar, sensibilizar y fomentar la incorporación de la perspectiva de género entre profesionales de la salud mental. Fomentar la enseñanza directa de destrezas y actitudes necesarias para una atención igualitaria
- introducir una formación que incorpore conocimientos de las variables relacionadas con el género en las decisiones clínicas, en el manejo terapéutico y en la investigación

Dicho esto, el resumen de los datos concretos más descriptivos pone de manifiesto que el porcentaje más alto de mujeres asistidas se produce en Álava, el territorio más rural de los tres que componen la Comunidad Vasca, lo que nos lleva a reflexionar sobre la importancia de las características del ámbito espacial en el que se reside para conocer si éste condiciona los hábitos, condiciones de vida, las prácticas preventivas y la utilización de los servicios de Salud mental por parte de las mujeres.

En este sentido, y con el fin de realizar tales averiguaciones sería recomendable que las fichas clínicas trataran de concretar este extremo, puesto que la residencia en poblaciones rurales, despobladas o más aisladas, las posibilidades de acceso a los servicios de todo tipo, incluidos los de salud, podría afectar a la misma, en este caso, a la de las mujeres alavesas.

Las limitaciones de las mujeres que viven en zonas rurales se han ido superando gracias a los medios de comunicación, trasportes, su mayor acceso al mercado laboral, etc. que proporcionan una mayor conexión entre los distintos micromundos, pero cabe la posibilidad de que una mayor supeditación de la mujer en este medio al ámbito doméstico y a las labores de apoyo al entorno agrícola condicione sus posibilidades de desarrollo, la forma, calidad de vida y la salud de las mujeres que viven en estos pueblos.

Por otro lado, y referido a las mujeres del ámbito rural y a cualquier mujer en general, es necesario señalar la importancia que tiene para este colectivo la pertenencia a diversas redes y la generación de vínculos, hasta el punto en que resulta un factor importantísimo en términos de salud mental.

La red es la forma de organización más habitual de la actividad humana a pequeña escala. Todas las personas formamos parte de nuestra red social personal: familia, amigos-as, compañeros-as de, trabajo, de asociación, etc. Estas pequeñas redes y vínculos importantes, conectados en mayor o menor medida entre sí son para las mujeres el mejor apoyo, porque son parte de su capital social y contribuyen a contar apoyo emocional, comunicarse, empoderarse, ampliar sus redes sociales, mejorar su autoestima y un sinfín de aspectos positivos. Dentro del campo de estudio de las ciencias sociales, los trabajos sobre el apoyo social y la red social ocupan un área muy vasta e importante. En el campo específico del estudio de la salud-enfermedad, el tema ha sido utilizado para probar múltiples hipótesis de trabajo relacionadas con los "factores de protección" que, según resultados de investigaciones, tienen las personas que se perciben como parte de una red social.

Sugerencias:

- Incorporar en la ficha de nuevas altas no sólo el dato relativo al territorio de residencia, sino las cuestiones relativas del espacio concreto de residencia en cuanto al acceso a medios de comunicación, de transportes y la disponibilidad de servicios comunitarios cercanos
- Incorporar en la ficha de altas nuevas el ámbito laboral o de dedicación de las pacientes (labores agrarias, apoyo a estas labores, dedicación exclusiva al hogar...)
- Incorporar en la ficha de altas nuevas las preguntas que permitan identificar los grupos de pertenencia informales de las mujeres: si los tiene o no, a cuántos, cuáles y de qué índole son a los que pertenece
- contribuir a la acumulación por parte de las mujeres de capital social, humano y cultural, fomentando la participación social como parte del tratamiento y mejora de su salud mental

Se da además la circunstancia de que es sólo en este territorio donde las mujeres acuden a solicitar tratamiento a una **edad media** inferior a la de los varones, nueve años antes que ellos. Esta realidad, que no tiene que ver con la de las mujeres de Bizkaia y Gipuzkoa, que acuden más tarde que los varones a consulta y con una edad media superior a la de ellos, podría confirmar la especificidad que caracteriza a las mujeres residentes en contextos rurales frente a las que residen en los urbanos, y lo que también las diferencia de los varones, en cuanto a las

circunstancias que ese medio les impone, ya que se ven impulsadas a acudir a los recursos de salud mental antes que a los varones en sus mismas circunstancias contextuales.

Observada la edad media en la que producen las altas nuevas las mujeres de Bizkaia (49) y Gipuzkoa (51), bastante más tarde que las de los varones, es también motivo de diversas hipótesis. Cabe pensar, por un lado, que los síntomas (patologías) que afectan en mayor medida a las mujeres aparecen más tarde, aunque creemos que la auténtica razón de esta tardanza es la demora del cuidado de la propia salud a favor del cuidado del otro-a. Diversos estudios han constatado que el rol que mayoritariamente asumen las mujeres como cuidadoras principales y secundarias las pone en mayor riesgo de padecer las consecuencias negativas del no cuidado de sus vidas.

El hecho de que las mujeres hayan sido y sigan siendo las que asumen el cuidado de las personas dependientes tiene su base en la distribución sexual del trabajo ligado a los roles de género tradicionales. De hecho, la asignación de la persona cuidadora no es casual, siendo los mandatos culturales los que condicionan que sea la mujer quien cuide a su pareja y a sus familiares cuando enferman o envejecen, y que se hagan cargo en mayor medida que sus parejas del cuidado y responsabilidad de los hijos e hijas. Se espera de las mujeres que se conviertan en un recurso comunitario básico, pero sin recibir la información y el apoyo necesarios para ello.

En este sentido, siendo como es un aspecto diferencial femenino, relacionado con la proposición del autocuidado (y lo que probablemente tenga que ver con un diagnóstico tardío, un proceso cronificado, la ausencia durante ese precioso tiempo de un tratamiento adecuado y el empeoramiento de la calidad de vida de las mujeres) será necesario también conocer e incluir en la historia clínica cuáles son, si las hubiera, las cargas familiares y de cuidado que asumen estas mujeres, dado que ese factor les afecta de forma desigual que a los varones a la hora de acceder al tratamiento e introduce sistemáticamente sesgos en la estimación de la carga de enfermedad mental en las mujeres, lo que a su vez determinará, probablemente, un diseño asistencial diferente y la inclusión de estrategias complementarias a las propiamente médicas en esa búsqueda de la salud.

La evaluación de la carga que supone la prestación de cuidados informales y la repercusión en la salud de las mujeres es un aspecto que los servicios de salud mental no pueden seguir ignorando, siendo necesario un mayor apoyo institucional, la búsqueda de nuevas alternativas y de formas más equitativas de reparto de la carga

Sugerencias:

- Resulta necesario incidir en el fomento del autocuidado y en la necesidad de que las mujeres acudan antes a los servicios de salud.
- Para un mejor acceso a los servicios, además del fomento del autocuidado, las mujeres necesitan mejores transportes y apoyo en el cuidado de hijos/as o familiares enfermos a su cargo, así como una mayor flexibilidad horaria por parte de los centros de salud mental
- A la hora de planificar los servicios de salud es primordial tener en cuenta el concepto de carga, incluyendo en las historias clínicas aquellas cuestiones que permitan conocer y

evaluar la carga que supone la prestación de cuidados informales y su repercusión en la salud mental de las mujeres

- Proporcionar a las mujeres que ejercen de cuidadoras, la información, formación y el apoyo que requiere la ejecución de esta tarea

En la red pública vasca de salud mental, el **grupo de edad** que demanda el mayor número de atenciones es el de las personas mayores de 65 años, en el cual están más representadas las mujeres que los hombres.

Las mujeres en edad de la vejez tienden más a vivir sin una pareja que los hombres porque, para empezar, viven más años que ellos. Además, las mujeres tienden a formar uniones con hombres de mayor edad que ellas, y tienden menos que los hombres a formar nuevas uniones en casos de viudez, separación o divorcio. Por ello, durante la vejez, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable, tanto desde el punto de vista económico como social, cuestiones muy relacionadas como ya se ha mencionado con la salud real y la percibida.

Dicha vulnerabilidad por la falta de una pareja se observa sobre todo en países en desarrollo, donde la participación de las mujeres ancianas en la vida social y económica ha sido sumamente limitada, y su rol social depende, en gran medida, de su situación como hija, esposa o madre a lo largo de su vida. Las mujeres ancianas, además, están sobrerepresentadas en este grupo de adultos mayores que no reciben ingresos. Debido a los roles de género tradicionales, las mujeres tienen menos probabilidad de trabajar para generar ingresos y ahorros, porque también tienen un menor nivel académico, que les permitan solventar sus necesidades económicas en la vejez.

En este caso, la ficha clínica sí recoge una información básica sobre el estado civil de las personas que acuden en demanda de atención, pero ésta no va más allá de anotar el dato, siendo de suma importancia, tanto para conocer aquellos aspectos que afectan a la salud de las mujeres más mayores así como las de otras que no lo son tanto, saber si más allá de su viudedad cuentan con una pareja como apoyo o sostén emocional, etc., con unos ingresos mínimos, ahorros o una economía sostenible que actué como factor de protección frente a la pérdida de la calidad de vida que supone, per se, la propia vejez.

Pero además, diversas investigaciones han mostrado cómo la integración social y las relaciones sociales pueden lograr un efecto positivo sobre la salud de mujeres mayores. La red social puede ser un factor de protección frente a la pérdida de funcionalidad que puede provocar la edad y frente a la depresión, sentimientos de soledad. Las mujeres mayores tienen el doble de probabilidades de tener depresión que los hombres de la misma edad. Pero las redes de apoyo social, constituyen un factor de protección que reduce significativamente esta probabilidad.

Sugerencias:

- Incorporar en la ficha de nuevas altas no sólo el dato relativo al estado civil oficial, sino indagar sobre la existencia de nuevos vínculos de pareja que puedan suponer un apoyo emocional y/o económico en el afrontamiento de las últimas etapas de la vida con unos mínimos de calidad.

- Incorporar en la ficha de nuevas altas la existencia o no de ingresos, cuantía de los mismos, disponibilidad de recursos económicos, etc.
- Incorporar en la ficha de altas nuevas las preguntas que permitan identificar los grupos de pertenencia informales de las mujeres: si los tiene o no, a cuántos, cuáles y de qué índole son a los que pertenece (*ya expuesta, pero incidiendo en su importancia con relación, también, a este grupo concreto*)
- contribuir a la acumulación por parte de las mujeres de capital social, humano y cultural, fomentando la participación social como parte del tratamiento y mejora de su salud mental (*ya expuesta, pero incidiendo en su importancia con relación, también, a este grupo concreto*)

En cuanto al **estado civil** se constata el hecho de que en Bizkaia la demanda femenina de atención en los servicios de salud mental del territorio la protagonizan mujeres principalmente solteras, mientras que en Álava y en Gipuzkoa son más numerosas las cifras de pacientes femeninas casadas.

Descubrimos que el incremento de la morbilidad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, en comparación con las solteras, es un hecho frecuentemente observado (Montero *et al*, 2004). En esencia, hoy se admite que dicha asociación es un rasgo característico de las mujeres, que no aparece en los hombres, para los que el estado civil «casado» se comporta como un factor de protección frente al desarrollo de la enfermedad mental. En este estudio se constata, de hecho, que entre los varones, son más los pacientes solteros que casados, lo que ratifica la anterior información. Su estado civil parece constituirse con factor de riesgo (en el caso de la soltería) y de protección en el caso de proceder a estabilizar una unión en el conjunto las personas solteras son en su mayoría varones.

Otro estudio realizado en un contexto cercano, Cantabria, pone en evidencia que el estado civil influye en la mala salud mental en las mujeres, aumentando la probabilidad de riesgo en las casadas (2,1 veces) con respecto a las solteras (tomadas con referencia), a diferencia de los hombres, para quienes estar casado no supone un riesgo. La probabilidad se incrementa asimismo en el estado de separada o divorciada, 2,9 veces (Cabria, Prieto y Pérez, 2010).

Entendemos que en el caso de las mujeres casadas, estos hallazgos están relacionados con aspectos ya mencionados anteriormente como son el de la asunción de múltiples cargas familiares y su importancia en la afectación de su salud mental, y en el caso de las separadas y viudas con la relación que otorgan las mujeres a la pérdida de vínculos, lo que también se traduce en un deterioro de su salud emocional. El grupo que, según el estudio British Household Panel Survey, peor parado sale respecto a su salud mental, es el de las mujeres que han vivido una ruptura (separación, divorcio, etc.) en su relación de pareja.

Respecto a las rupturas, si bien son dolorosas para todas las personas, las mujeres, generalmente, tardan más en recuperarse que los hombres y se resienten más tiempo.

Sugerencias:

- Comprender las implicaciones que sobre la salud mental tiene el estado civil de las mujeres.

- En el caso de las mujeres casadas, planificar el tratamiento teniendo en cuenta los el concepto de carga e incluyendo en las historias clínicas aquellas cuestiones que permitan conocer y evaluar la carga que supone la prestación de cuidados informales y su repercusión sobre su salud mental (*ya expuesta, pero incidiendo en su importancia con relación, también, a este grupo concreto*).
- Proporcionar a las mujeres casadas que ejercen de cuidadoras, la información, formación y el apoyo que requiere la ejecución de esta tarea (*ya expuesta, pero incidiendo en su importancia con relación, también, a este grupo concreto*).
- Incluir en la ficha clínica cuestiones relacionadas con las pérdidas vitales que hayan sufrido las mujeres, sus consecuencias y estilos de afrontamiento.
- Indagar en las rupturas matrimoniales, relacionadas con mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y esquizofrenia (Del Barrio y Domenech, 1993).
- Prestar especial atención a las mujeres que han sufrido varios fracasos en sus relaciones.
- Atender, entre las mujeres separadas y divorciadas, a las que tienen hijos/as a su cargo y pocos recursos.

En cuanto al **nivel de instrucción** de las personas atendidas en los servicios de Salud mental, se constata el altísimo volumen de altas nuevas que carecen de este dato cumplimentado (38,6%). Si ya, por se, proponemos en los apartados desarrollados hasta el momento, la necesidad de ampliar las cuestiones a incluirse en esa ficha, cómo no manifestar la importancia de recoger los “pocos” datos que sí se mencionan en ella; más teniendo en cuenta que la literatura sí establece una asociación significativa entre el nivel formativo o de instrucción y la salud mental.

En este estudio se constata que la mayoría de las personas que acuden a los servicios de salud mental posee un nivel académico escaso, de educación primaria, lo que confirmaría esa efectiva relación entre un nivel de instrucción más bajo y una mayor incidencia de patología o malestar psíquico.

El riesgo de sufrir enfermedades mentales se incrementa en los grupos poblacionales con bajos niveles de instrucción, pero además, en concreto, las mujeres con un nivel de instrucción más bajo reconocen una mayor cantidad de síntomas psicológicos (Nussbaum, y Glover, 1995).

Aunque tal vez éste no sea el espacio más adecuado para añadir otra cuestión, la del ejercicio de la violencia contra las mujeres, encajamos un breve apunte sobre la misma, aunque seguro que es también objeto de tratamiento en momentos posteriores. Lo incluimos en este caso por la demostrada asociación entre ejercicio y padecimiento de la violencia de género y un escaso nivel cultural.

Se ha confirmado a través de varios estudios (OMS, Labrador Encinas y otros, 2010) el bajo nivel educativo de muchas de las mujeres víctimas de la violencia de sus parejas, así como la de sus victimarios. Entre los factores de riesgo de ser víctima de la pareja o de violencia sexual figuran, entre otros, un bajo nivel de instrucción.

Pero en lo que respecta a las mujeres, esta violencia experimentada puede dar lugar, entre otros, a problemas de salud mental, pudiendo ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio.

Sugerencias:

- Incluir en la ficha de altas cuestiones relacionadas con la posible experimentación de cualquier tipo de violencia contra las mujeres, señalar actores, consecuencias sanitarias, tratamientos, en definitiva, historial de esa experiencia.
- Una respuesta adecuada del sector de la salud puede ser de gran ayuda para la prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta consiguiente. La sensibilización y la formación de quienes prestan los servicios de salud y de otro tipo constituyen parte de esta estrategia que deberá abordar de forma integral las consecuencias de la violencia y las necesidades de las víctimas y supervivientes.

Así pues, el **nivel educativo** no sólo puede intervenir en la medida que se asocia a la renta o conduce a trabajos distintos, sino también porque conlleva prácticas sanitarias y estilos de vida diferentes. Los sectores más instruidos disfrutan de más recursos en términos de conocimientos, prestigio y relaciones sociales para comprender y poner en práctica la información y los mensajes sobre promoción de la salud; también están mejor equipados para evitar los riesgos y adoptar las estrategias preventivas que estén disponibles en un momento y lugar determinado.

Parece poder concluirse, pues, que la disponibilidad de un mayor nivel educativo actúa como factor de protección ante la enfermedad mental y ante determinadas conductas que ponen en peligro la salud.

Sugerencias:

- Reconocer la importancia de cumplimentar todos los extremos incluidos en la ficha clínica referidos al nivel académico para favorecer la investigación en general, y la realizada desde la perspectiva de género en particular

En el caso de las personas mayores, que en nuestro estudio son en mayor medida mujeres y con un bajo nivel de instrucción, investigadores de diferentes universidades, entre ellos de la Carlos III de Madrid, señalan que la educación y el nivel de instrucción son factores muy relacionados con la dependencia de las personas mayores, que serán en este caso, principalmente mujeres.

En el estudio, y siguiendo con el nivel de instrucción, se detecta que en el análisis de los niveles educativos superiores, a partir del título de bachillerato superior, las representaciones masculinas descienden notablemente y las mujeres adquieren un mayor protagonismo. En bachiller superior, estudios medios y superiores, la proporción de mujeres-hombres es de 6 y 7 féminas por cada 4 ó 3 varones.

En cuanto al **estado civil relacionado con el nivel de instrucción**, destaca el hecho de que la soltería, entre las mujeres, parece asociado a un nivel educativo superior, es decir, entre las mujeres solteras es donde se encuentra un nivel académico medio de bachiller superior, un grado educativo superior al de los varones, sea cual sea su estado civil y superior al de otras mujeres casadas, viudas, separadas, etc. Parece, pues, que las mujeres con mayor formación presentan mayores niveles de soltería.

Cabe sospechar que la renuncia femenina a la formación de una familia es lo que les permite alcanzar unas mayores cuotas educativas, como también el deseo de participar de una forma más igualitaria en el mercado laboral, permitiéndoles dedicarse a su educación y al trabajo sin responsabilidades familiares. La acumulación de capital humano podría posponer la decisión de tener hijos, reducir el tamaño de la familia y aumentar el número de personas sin hijos. Además, la dilación del acceso al matrimonio y a la procreación podría conducir a un aumento en el porcentaje de mujeres que establecen sus propios hogares.

El problema, en este sentido, pudiera surgir en la disyuntiva que parece darse entre las posibilidades formativas y laborales o los compromisos matrimoniales y familiares que parecen incompatibles en el caso de las mujeres. Si antes, a nivel general, se manifestaba la posibilidad de que el nivel educativo se transformara en un factor de protección de la salud mental, ¿será este cambio de roles el que genere el conflicto, y por ello la demanda de atención en los CSM de las mujeres solteras con un mayor nivel educativo?

Lo que deseamos expresar es el hecho de que el cambio de determinadas cuestiones educativas en función del género puede estar teniendo consecuencias en los emparejamientos y en los tipos de uniones tradicionales, con sus consiguientes modificaciones en cuanto a las estructuras familiares. Estos cambios los están protagonizando las mujeres, quienes pueden seguir sintiendo ciertas presiones sociales relacionadas con los mismos, los que a su vez pueden generarles cierto malestar que explicaría esa demanda de los servicios de salud mental.

Con relación al **empleo**, algunos estudios señalan que las personas que trabajan fuera del hogar, tanto los hombres como las mujeres son los que se sienten más sanos, pero nuestro estudio señala que el mayor porcentaje de hombres y mujeres atendidas en salud mental en la CAV están activas, es decir, trabajan fuera de casa; son empleados-as pero acuden a demandar el servicio.

En el caso de los varones, el segundo colectivo que agrupa el mayor volumen de atenciones son los estudiantes, mientras que en el caso de las mujeres, en ese segundo colectivo de demanda asistencia se hallan las amas de casa.

En cuanto a las personas trabajadoras, parece que los tres problemas más comunes de salud mental asociados al trabajo son el estrés, el burn-out y la adicción al trabajo.

En la Unión Europea, el estrés laboral es uno de los mayores problemas de salud causados por el trabajo, sólo superado por las enfermedades músculo esqueléticas. Se estima que el coste económico del estrés en los lugares de trabajo en la UE-15 asciende a 20 millones de euros al año y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lo cifra en aproximadamente el 3% del PIB de la UE.

Pero si algo queremos rescatar de los datos mostrados en cuanto al género, es el hecho de que sean las amas las que reclaman, en segundo puesto, el mayor porcentaje de atenciones profesionales en salud mental.

Son varios los y las autoras que describen claramente la relación entre este desempeño y el malestar de las mujeres, por cuanto que el trabajo doméstico y de cuidado supone para la mujer una carga física, mental y emocional, una dificultad de acceso al mundo laboral y a los órganos de gestión y participación social, una renuncia al tiempo propio, una limitación a su propio

desarrollo, una rutina, un aislamiento, por lo que no es raro pensar que llevarlas a cabo tenga efectos negativos en el bienestar y en la salud. Pero es que, además, suele ser frecuente la situación de doble jornada laboral que, en la mayor parte de los casos, ha de afrontar la mujer trabajadora, a la que incumbe prioritariamente realizar, después del horario de actividad «externa», un extenso repertorio de cometidos laborales en casa. Esta situación, producto de la distribución de papeles más común en nuestras sociedades, que adscribe a la mujer al cuidado de la familia y del hogar en tanto que función privativa suya por excelencia, y que desemboca en un uso dividido del tiempo entre mujeres y hombres, constituye un punto de partida indispensable para calibrar la especificidad del trabajo de la mujer y tiene repercusiones inmediatas en la preservación de su salud» (Barañano, 1992).

El trabajo no remunerado, caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con la manutención del bienestar y cuidado de la familia, realizado principalmente en el hogar y mayoritariamente por las mujeres, es considerado como «natural», difícilmente reconocido y aún menos medido.

Sugerencias

- El trabajo doméstico es un determinante fundamental de la peor salud de las mujeres.
- El reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo doméstico y de cuidados y de las condiciones en que éstos se realizan es fundamental para entender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres.
- Crear indicadores y variables sencillas que reflejen este amplio abanico de tareas domésticas complejas es una constante tanto en las estadísticas demográficas y económicas como en las de salud (Caivallet, 1995; Duran, 1992).
- Reconocimiento general de la importancia socioeconómica del trabajo de la mujer, la identificación de la sobrecarga invisible y de sus riesgos.
- Fijar de forma realista los ritmos, metas y límites horarios de su trabajo, reivindicando tiempo propio para mejorar la formación personal y laboral, hacer deporte, participar en los órganos de gestión, asociaciones y cooperativas.
- Derivación a recursos comunitarios de apoyo, tratando de no medicalizar los problemas sociales

Además de poseer trabajo o no poseerlo, es importante conocer qué tipo de trabajo se desempeña y que cualificación tiene el mismo. En este sentido, y con relación a la ocupación o desempeño laboral de todas las personas vascas atendidas en Salud mental se observa que las historias clínicas de la gran mayoría carece también de este dato, de hecho este extremo no se ha recogido en el 58% de los casos.

Teniendo esto en cuenta, el siguiente porcentaje más alto de demanda asistencial es el que representa a las personas con trabajo cualificado, seguido de quienes no obtienen ninguna cualificación laboral. En tercer lugar figuran las trabajadoras y trabajadores de cuadros intermedios. Son pocas personas que acuden a los CSM y que se ocupan laboralmente en cuadros medios o superiores.

Y es que diversos estudios ponen en evidencia que tanto hombres como mujeres con mayor formación o con un empleo más cualificado, mostraban mejor salud mental que sus iguales con menor formación o con empleos menos cualificados y manuales. No obstante, haciendo una comparación entre los dos géneros, las mujeres con trabajos más cualificados presentaban mejor salud mental que los hombres con una cualificación laboral menor

Sugerencias

- Reconocer la importancia de cumplimentar todos los extremos incluidos en la ficha clínica referidos a la cualificación laboral para favorecer la investigación en general, y la realizada desde la perspectiva de género en particular

2. Remisión a la red de salud mental

Como es lo esperable desde un servicio público de salud, **la mayor parte de las personas que acude a los servicios de salud mental son derivadas desde las consultas de atención primaria**. A partir de ahí, la mayoría, sobre todo mujeres, son dirigidas a los servicios de psiquiatría de adultos-as, mientras que los varones pueden ser tratados en mayor medida que las mujeres en las unidades de drogodependencias, dada la a mayor prevalencia entre ellos de problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, se sabe también que existen diferencias de género en los patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno psicológico. Es más probable que las mujeres soliciten ayuda y que revelen que tienen problemas mentales a su médico de atención primaria de la salud, mientras que existen más probabilidades de que los hombres soliciten asistencia a un especialista en salud mental y sean hospitalizados. Los estereotipos de género que indican que las mujeres tienen propensión a los problemas emocionales y los hombres a los problemas con el alcohol parecen reforzar el estigma social y suponen un obstáculo a la hora de solicitar ayuda utilizando las vías normales. Constituyen una barrera para la identificación adecuada y el tratamiento de los trastornos mentales.

Teniendo en cuenta que las fichas analizadas, las de nuevas altas, carecen en múltiples ocasiones de diagnóstico, algo que impide absolutamente una primera aproximación a la investigación sobre la salud mental en general, y la de género en particular, hemos podido constatar que son siete los diagnósticos más habituales en las consultas vascas.

Sugerencias

- Reconocer la importancia de cumplimentar todos los extremos incluidos en la ficha clínica referidos al diagnóstico para favorecer la investigación en general, y la realizada desde la perspectiva de género en particular.
- Reflexionar sobre los estereotipos de género que refuerzan diagnósticos apriorísticos y que pueden llegar a estigmatizar a las personas que solicitan atención.

3. Diagnósticos

El orden, o lo que es lo mismo, el lugar que ocupan estos siete diagnósticos en cuanto a prioridad asistencial o volumen de casos atendidos varía en función del territorio analizado, pero lo que sí es posible concluir en todos ellos, y en función del género, es que en las consultas y diagnósticos por reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación, de ansiedad fóbica, en los episodios depresivos y en los trastornos del humor afectivos persistentes son las mujeres las protagonistas, mientras que los hombres están más representados en los diagnósticos de esquizofrenia, en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y en los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

Del párrafo anterior cabe derivar múltiples interpretaciones que iremos desgranando. La primera de ellas, dada su importancia en la literatura que relaciona la salud mental con el género, es la íntima relación existente entre la salud mental y el padecimiento de algún tipo de violencia de género.

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan un enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Los síntomas y diagnósticos más frecuentes son el estrés postraumático, la depresión, la ansiedad, ideación e intento de suicidio, los trastornos de pánico, los trastornos alimenticios, las disfunciones sexuales, la baja autoestima y el abuso de sustancias.

En ningún momento cabe afirmar que en todos los casos de estrés, ansiedad, depresión, etc. por los que piden atención las mujeres vascas se haya producido algún tipo de violencia de género, ni mucho menos, pero si constatamos que estos diagnósticos coinciden con los que se dan prevalentemente entre las mujeres vascas, y que son también los que principalmente se producen tras padecer este tipo de experiencias.

El problema radica en la ausencia de datos que permitan contrastar esta información, puesto que la ficha clínica carece de alusión alguna a esta cuestión específica de género que tanta importancia y relación tiene con la salud mental femenina.

Sugerencias

- Es fundamental que durante el proceso diagnóstico se indague activamente por los antecedentes traumáticos biográficos, haciendo especial hincapié en cualquier tipo de experimentación de violencia de género.
- Es fundamental incluir en la ficha clínica cuestiones relativas a estas indagaciones que permitan diseñar acciones terapéuticas en momentos asistenciales posteriores y que pongan en relación esos episodios y los síntomas/diagnósticos actuales.
- Establecer un programa de formación de profesionales sanitarios en violencia de género para garantizar la adecuada atención sanitaria mediante información actualizada.
- Establecer experiencias concretas de coordinación entre distintos niveles asistenciales, incluyendo los recursos comunitarios de atención al maltrato.
- Inclusión de las acciones para la detección precoz y atención en los programas específicos.

Desglosados cada uno de los diagnósticos femeninos, cabe señalar:

Episodios depresivos:

Manifiesta el Ministerio de Sanidad y Consumo que las mujeres muestran unas cifras más elevadas de alteraciones psiquiátricas. Este exceso de morbilidad psiquiátrica se debe fundamentalmente a la presencia significativa de cuadros depresivos y ansiosos entre las mujeres, siendo la razón mujer/hombre de 1,9- 3/1 en España, según el último estudio europeo publicado. Y este significativo predominio es un fenómeno que se encuentra sistemáticamente en las mujeres a lo largo de su vida adulta.

Los trastornos mentales se asocian a un grado significativo de discapacidad. Cabe señalar que un único trastorno mental, como la depresión, la patología más prevalente entre las mujeres, aparece como la segunda causa asociada a más años de vida ajustados por discapacidad en la estimación para el 2020 y la primera causa para las mujeres.

La depresión no sólo es el problema de salud mental más común en las mujeres sino que además puede ser más persistente en las mujeres que en los hombres.

Profundizando en el género como un factor a considerar en la detección, diagnóstico y tratamiento de la Depresión, sabido es que los primeros supuestos en el terreno de la salud mental atribuían los problemas de las mujeres a sus características biológicas para la reproducción e incluso hoy en día, la investigación sigue concentrándose en la relación hipotética entre los fenómenos relacionados con la reproducción, como la menstruación, el embarazo y la menopausia, y las tasas más altas de depresión en las mujeres.

Sin embargo, ninguno de esos fenómenos explican por sí solos la diferencia entre los sexos en cuanto a la depresión (Astbury, 2002). En cambio, la investigación sobre la depresión postnatal identificó el apoyo de la pareja, el apoyo social, los sucesos de la vida, la experiencia de la maternidad y el temperamento del lactante como factores críticos de riesgo de depresión (Small *et al.*, 1994, citado en Astbury, 2002). Ese sesgo no sólo ha contribuido a que se desciende el rol que tiene la reproducción en la salud mental de los hombres, sino que también ha conducido al retraso en descubrir los aspectos no reproductivos de la experiencia de depresión de las mujeres, tal como su riesgo más alto de morbilidad cardiovascular (Musselman *et al.*, 1998, citado en Astbury, 2002).

En relación con el género, factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos o de algún familiar gravemente enfermo o postrado.

También la expresión sintomatológica de un mismo trastorno psiquiátrico difiere entre hombres y mujeres. Mientras que las mujeres deprimidas tienden a mostrar más quejas somáticas, apatía, aumento de peso, tendencia al llanto y soledad, los hombres tienden a la irritabilidad, a las rumiaciones y a la inhibición. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo

tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión en los varones.

El género no determina las diferencias en salud mental solo a través de las diferentes experiencias ó a través del rol social específico, sino también el género ayuda a construir diferencias en la propia presentación y en la formulación de las quejas lo que contribuye al sesgo de género en el diagnóstico y en el tratamiento. La mayor capacidad de la mujer para identificar aspectos emocionales, haría que ésta confundiera el estado de ánimo triste ó la insatisfacción con una depresión.

Por otro lado, la respuesta al tratamiento psicofarmacológico, con relación a cualquier tratamiento de cualquier patología, presenta diferencias entre hombres y mujeres, pero existen pocos estudios al respecto debido a la falta de datos fiables sobre prescripción desagregados por género.

En el momento de realizar el diagnóstico de depresión es necesario considerar que los médicos tienen una mayor tendencia a diagnosticar depresión a mujeres que a hombres y que existe una mayor probabilidad de que a las mujeres se les receten medicamentos psicotrópicos que alteran el estado de ánimo.

En cuanto al estilo de tratamiento, se han detectado en la respuesta al abordaje psicoterapéutico en pacientes diagnosticados de depresión: mujeres con cuadros depresivos responden mejor a la terapia interpersonal que al abordaje cognitivo, mientras que los hombres parecen responder a ambas de forma favorable. Es posible que la mejor respuesta de las mujeres a la terapia interpersonal pueda basarse en que ésta se centra más en los roles, emociones y procesos interpersonales más acorde con el estilo de afrontamiento utilizado por las mujeres.

Teniendo en cuenta el importante volumen de mujeres mayores de 65 años de nuestro estudio, es también importante señalar que frecuentemente la depresión y la edad geriátrica se consideran íntimamente unidas. Para algunos esto se justifica por el gran número de pérdidas al que deben hacer frente los ancianos, y no es difícil encontrar referencias que lo apoyan. El riesgo en este colectivo es que los síntomas depresivos no se consideren patológicos y que no se trate adecuadamente a las personas ancianas, principalmente mujeres, que presenten un trastorno depresivo.

Sugerencias

- Describir las diferencias en la expresión sintomatológica de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la mujer.
- Fomentar los estudios de respuesta farmacológica en función del género y recoger los datos de prescripción de medicamentos desagregados por género.
- Describir las diferencias entre hombres y mujeres en todo lo relativo a la prescripción de los medicamentos: efectos, consecuencias, dosis, utilización, usos, períodos, abandono, etc.

- Conocer las diferencias en consumo de psicofármacos y el uso y frecuentación de servicios por género.
- Estudiar la diferencia del impacto y satisfacción de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos en función del género para ofertar los más adecuados en cada caso.
- Indagar en profundidad las demandas de atención por depresión que presentan las mujeres más mayores

Ansiedad fóbica:

Los trastornos de ansiedad, en conjunto, alcanzan una magnitud semejante a la de los afectivos, tienden a la cronicidad y generan en muchos casos discapacidad. Los trastornos por ansiedad fóbica influyen de manera determinante en el desarrollo de la psicopatología, porque tienen una elevada comorbilidad y constituyen factores de riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos por lo cual se les debe tomar en cuenta para detectarlos y tratarlos oportunamente en virtud de sus graves consecuencias en la calidad de vida de las personas afectadas, que en este caso son principalmente mujeres. Y es que, por ejemplo, las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más.

De la misma manera que lo dicho para con la depresión, ser hombre o mujer puede influir en la prevalencia, en este caso, de la ansiedad, también en la manifestación y expresión de sus síntomas, en la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, en el curso de la enfermedad e incluso en la respuesta al tratamiento (Phillips y First, 2009; Wisner y Dolan-Sewell, 2009).

Se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los trastornos de ansiedad, así como las diferencias entre los sexos en otros trastornos psiquiátricos. Un grupo de estos factores serían los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes. En la medida en que las fichas clínicas recojan toda esta información tan pertinente, como ya hemos señalado hasta el momento, aumentará la probabilidad de corroborar y enriquecer la investigación de la psicopatología en función de la variable género.

En cuanto a este diagnóstico, es necesario admitir que las diferencias no sólo se deben a factores socioculturales, etc., sino que otras diferencias en la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales y las diferencias respecto a la fisiología y fisiopatología de otros sistemas corporales pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos, pero lo que sucede es que, aunque hayamos visto que los trastornos de ansiedad aparecen con mucha mayor frecuencia en las mujeres, la mayoría de estudios neurofisiológicos con animales experimentales sobre estas patologías también han sido llevados a cabo sólo con machos.

En definitiva, este asunto no ha recibido ni recibe la atención necesaria y resulta sorprendente la escasez de estudios realizados con el sexo femenino a lo largo de la historia de las neurociencias. Las razones de esta discriminación son inexplicables y la mayoría erróneas.

Parece, pues, que no se conoce por qué las tasas de ansiedad son tan elevadas en las mujeres y se sabe muy poco sobre cuáles son los factores de riesgo antecedentes en el aspecto más fisiológico del trastorno. Se especula que pueden existir factores de vulnerabilidad bioquímicos, hormonales y sociales que pueden explicar esta preponderancia a los trastornos de ansiedad en la mujer, sin embargo, hasta la fecha, no se han identificado ni dilucidado los factores que originan las diferencias de sexo en la etiología y patofisiología de los trastornos de ansiedad, siendo necesaria más investigación sobre el tema.

Sugerencias

- Fomentar la detección precoz de los diagnósticos de ansiedad fóbica por sus graves implicaciones en el desarrollo de otras patologías y por sus efectos incapacitantes.
- Describir las diferencias en la expresión sintomatológica de los trastornos de ansiedad en la mujer.
- Fomentar los estudios de respuesta farmacológica en función del género y recoger los datos de prescripción de medicamentos desagregados por género.
- Describir las diferencias entre hombres y mujeres en todo lo relativo a la prescripción de los medicamentos: efectos, consecuencias, dosis, utilización, usos, períodos, abandono, etc.
- Conocer las diferencias en consumo de psicofármacos y el uso y frecuentación de servicios por género.
- Estudiar la diferencia del impacto y satisfacción de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos en función del género para ofrecer los más adecuados en cada caso.

Reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación

Para comenzar, parece necesario recordar que uno de los trastornos más estrechamente asociados a la violencia experimentada por las mujeres es la reacción por estrés agudo y los trastornos adaptativos con síntomas depresivos y ansiosos, incluyendo diversas somatizaciones, que suelen estar presentes, en mayor o menor grado, en todas las formas de violencia.

En otro orden de cosas y en relación con el estrés, debemos tener presente que la predisposición física y psíquica a padecerlo es mayor para las mujeres que para los hombres, de tal forma que, la mujer responde ante una misma situación con mayores niveles de estrés que el hombre, convirtiéndose así en un factor que se retroalimenta. En este sentido, la depresión, la baja autoestima, la automedicación y el estrés son considerados respuestas adaptativas a ciertas condiciones laborales o/y sociales

Se ha encontrado que las mujeres tienen una forma menos adecuada de hacer frente al estrés. Diversos autores han sugerido que el impacto del género en el proceso de estrés podría estar condicionado por los patrones de socialización tradicionales. El rol femenino tradicional prescribe dependencia, afiliación, expresividad emocional, falta de asertividad y subordinación de las

propias necesidades a las de los otros, dobles jornadas, menor reconocimiento laboral, personas a cargo y múltiples roles.

La incorporación de la mujer al mundo laboral le ha supuesto el desempeño de un nuevo rol, junto con los ya tradicionales de esposa y madre. Pero como la mayoría de las mujeres con empleo siguen ocupándose de las múltiples tareas implicadas en el cuidado del hogar y en la crianza de los/as hijos/as, se ha considerado que este nuevo rol supondría una fuente de estrés. Por su parte, los estudios que evalúan las respuestas psicofisiológicas de estrés han sido realizados con muestras de hombres, debido a que se considera que presentan mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares que las mujeres. En cualquier caso, y como sucede con otras afecciones, se ha asumido que las respuestas de estrés de las mujeres serían similares a las de los varones, aunque los resultados de algunos estudios contradicen esta hipótesis. De hecho, se ha indicado que el género es una variable importante a considerar en los estudios sobre la respuesta al estrés (Carrillo et al., 2001; Moya-Albiol et al., 2003).

Sugerencias

- Es fundamental que durante el proceso diagnóstico se indague activamente por los antecedentes traumáticos biográficos, haciendo especial hincapié en cualquier tipo de experimentación de violencia de género.
- las dobles jornadas laborales a las que se enfrentan las mujeres, la situación vital de sobrecarga, la falta de reconocimiento de la labor en el caso de las amas de casa, sus pocas oportunidades de desarrollo personal y social cuando se dedican a este cometido, etc. parecen asociarse a este diagnóstico de estrés, luego, cuestiones como las que ya se han sugerido para otras patologías pueden trasladarse a ésta.
- Recabar información y anotar en la ficha clínica la carga real que asumen las mujeres que acuden a los servicios: hijos/as, personas mayores, personas con enfermedades físicas y mentales, etc., por ser un hecho determinante en la salud mental de las propias mujeres tratadas.
- Establecer la relación entre la experiencia de prestar cuidados en el hogar a hijos-as, personas dependientes, etc. y la repercusión en la salud mental de las mujeres.

Trastornos del humor afectivos persistentes

Revisada la literatura al respecto, se constata que la información más recurrente es aquella que señala que la ocurrencia de este trastorno es más frecuente en las mujeres, sin que ningún estudio, ensayo o documento explique, busque o hipotetice sobre el origen de esta mayor prevalencia. Suponemos, pues, que detrás están aspectos sociales como los mencionados para otras patologías y, en cierta medida, cuestiones neurofisiológicas escasamente estudiadas.

Las sugerencias son, pues, las que podemos haber señalado para cada uno de los diagnósticos anteriores.

Y por todo ello, por lo dicho hasta ahora, es posible concluir con respecto a los diagnósticos más prevalentes que:

- Resulta imprescindible la incorporación del género como categoría explicativa y de análisis para la comprensión de la multicausalidad de los procesos que intervienen en el mantenimiento o no de la salud de las mujeres y, en particular, de su salud mental
- El profundo proceso de transformación de nuestra sociedad en cuanto a los roles sociales para hombres y mujeres obliga a plantear nuevos estudios con el objetivo de evaluar las diferencias actuales en las tasas de morbilidad psiquiátrica y los factores de riesgo asociados. Los resultados condicionarán no sólo la formulación de nuevas hipótesis relevantes, sino la adecuada selección de estrategias de estudio y la elaboración de válidos y fiables instrumentos de medida
- Es verdad que, en promedio, las mujeres tienden a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres, pero esa tendencia no implica necesariamente una ventaja. Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres debido principalmente a su rol biológico en la reproducción, pero también a su más alta morbilidad y mayor longevidad
- Que el desarrollo psicológico humano tiene particularidades diferenciales según el género, que los abusos sexuales y la violencia recaen mayoritariamente sobre las mujeres, que la vivencia psicológica de la reproducción y de la paternidad/maternidad es distinta en hombres y mujeres y que el perfil psicopatológico y de morbilidad psiquiátrica presenta diferencias tanto cualitativas como cuantitativas entre los sexos son cuestiones ampliamente aceptadas hoy en día sobre las que se requiere una mayor especialización y estudio
- En base a lo anterior, existen autores/as que reflexionan en torno a la necesidad de implantar una nueva disciplina que examine cómo los trastornos mentales y los diferentes tratamientos pueden afectar de forma distinta a ambos géneros.
- La perspectiva de género debe seguir haciéndose para adquirir conocimientos que contribuyan al diseño de estrategias preventivas. Y así lograr una sociedad más justa e igualitaria, donde tanto hombres como mujeres puedan desarrollar todas sus capacidades sin estar sujetos a la tiranía de los mandatos de género. Es necesario introducir una formación que incorpore conocimientos de las variables relacionadas con el género en las decisiones clínicas, en el manejo terapéutico, y en la investigación.
- La información generada debe después traducirse en políticas prácticas que promuevan la equidad en la salud mental.
- Todavía hace falta mucha investigación para aclarar la relación entre género y psicopatología, como vienen denunciando instituciones internacionales de la salud como American Psychological Association, American Psychiatric Association, National Institute of Mental Health y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Phillips y First, 2009; Wisner y Dolan-Sewell, 2009). La OMS considera que no se estaba prestado apenas atención a los determinantes específicos de cada sexo en los mecanismos que promueven y protegen la salud mental y fomentan la resistencia al estrés y a la adversidad (OMS, 2000). Dos de los objetivos principales que se propuso esta institución al respecto, fueron recoger datos de la prevalencia y las causas de los problemas de salud mental en las mujeres, así como de los factores mediadores y protectores, para formular y poner en funcionamiento medidas de salud que atiendan las

necesidades y preocupaciones concretas de las mujeres desde la infancia hasta la vejez (OMS, 2001).

BIBLIOGRAFÍA

- ALARCÓN, R., y AGUILAR, S. (2000). Mental Health Policy Development in Latin America. *Bulletin of the World Health Organization* 74, pp. 483–490.
- ALLEN, H. Psychiatry and the Construct of the Feminine. En *The Power of Psychiatry*, compilado por Nikolas Rose y Peter Miller, 85–111. Cambridge: Polity Press 1986.
- ANNANDALE, E. CLARKE, L. (1996). What is Gender? Feminist Theory and the Sociology of Human Reproduction". *Sociology of Health and Illness* 18 1 (1996): 17-44
- AMICK III, B. LEVINE, S. TARLOV, A. CHAPMAN WALSH, D. edit. (1995). Society and Health. Oxford University Press. New York
- ANNANDALE, E., CLARKE, J. (1996), "What is Gender? Feminist Theory and the Sociology of Human Reproduction". *Sociology of Health and Illness* 18 1, pp. 17–44.
- ARBER, S.; KHLAT, M. (2002). Introduction to social and economic patterning of women's health in a changing world. *Social Science Medicine*; 54:643-7
- ARTAZCOZ L, ESCRIBÀ V, CORTÈS I. (2003) Género, trabajos y salud [en prensa]. *Gaceta Sanitaria*.
- ARTAZCOZ L. (2002). Salud y género. *Documentación Social* 127, pp.181-206
- ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, WHA65.4 (2012). 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. Consultado el 12 de enero de 2013, en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf
- ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA. (2007). La esquizofrenia abre las puertas.
- BACIGALUPE DE LA HERA, A Y MARTÍN RONCERO, U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud. Colección Derechos Humanos "Juan San Martín". Consultado el 13 de noviembre de 2012, en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_701_3.pdf.
- BARAÑANO, M. (1992). Mujer, trabajo y salud. En: Barañano M (comp). *Mujer, trabajo y salud*. Madrid: Trotta, 13-43.
- BARTLEY, M. Measuring women's social position: the importance of theory. *J Epidemiol Community Health*, 1999; 53: 601-2.
- BASAGLIA, F., KANOSSI, D. (1983). Mujer, locura y sociedad. Puebla: FFy L, Universidad Autónoma de Puebla.
- BENACH, J. (1995). Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994). *Gaceta Sanitaria*; 49:251-64.
- BENDELOW, GILLIAN. Pain Perceptions, Emotion and Gender. *Sociology of Health and Illness* 15 3 (1993): 273–294.

BERKMAN, L.; KAWACHI, I. edit. (2000). Social epidemiology. Oxford University Press. . New York

BORDO, SUSAN. Unbearable Weight, Feminism, Western Culture and the Body. Berkeley: University of California, 1992.

BORRELL C, ARTAZCOZ L (coord.).(2007). 5^a Monografía de la SEE: Investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología.

BORRELL C. (1995). Evolució de les desigualtats socials a la ciutat de Barcelona, 1983-1992. Tesis Doctoral. Barcelona.

BORRELL, C. GARCÍA-CALVENTE, M.M. ESTEBAN, M.L. (2004). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T y Yago T. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Minerva Ediciones. Madrid, 2001.

BORRELL, C.; PASARÍN, M.I. (2004). Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gaceta Sanitaria*; 18:1-4.

BORRELL, C; ARTACOZ, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública*, Vol. 82, N.^o 3

BORRELL, C; GARCÍA-CALVENTE, M.M; MARTÍ-BOSCA, J.V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18 supl.1. Barcelona

MARTÍ-BOSCA, J.V. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18 supl.1. Barcelona.

BREILH, J. (1993). Género, poder y salud. Quito: Universidad Técnica del Norte y Centro de Estudios y Asesorías en Salud.

BURÍN, M. (1987). Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires: Grupo Editorial Latinoamericano.

BURÍN, M. (2000). El malestar de la mujeres. La tranquilidad recetada. México: Paidós.

BURY, M. Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness* 4 2 (1982): 167–182.

BUSFIELD, J. 1996. Men, Women and Madness. Londres: Macmillan Press Ltd.

BUSFIELD, J. (1988). Mental Illness as Social Product or Social Construct: A Contradiction in Feminist Arguments?. *Sociology of Health and Illness* 10 4 521–542.

CAILLAVET, F. (1994). La producción doméstica como oferta de servicios de salud. IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Granada: Octubre

CARRASQUER P, ROMERO A. (1999). El treball i l'ocupació a Catalunya. En: Informe per a la Catalunya del 2000. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.

CAVALLÉ, M. (2004). La filosofía, maestra de vida. Punto de Lectura, SL. Madrid.P. 105-107

CCE. COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2005). Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental.

CHAN, M. (2007). Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMAS, a la 60^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, martes 15 de mayo de 2007

CHARMAZ, K. (1983). Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill. *Sociology of Health and Illness* 5 2 168–195.

CHERNIN, K. 1986. *The Hungry Self: Women, Eating and Identity*. Londres: Virago.

CHESLER, P. 2005. *Women and Madness*. Nueva York: Palgrave MacMillan.

CIBERSAM. Centro de investigaciones biomédicas en red de salud mental. Plan estratégico 2011-2013. Consultado el 3 de noviembre de 2012, en: http://www.cibersam.es/images/PDF/Plan_Estrategico_CIBERSAM_2011_13_DEF2.pdf

COCKERHAM, W. 2000. *Sociology of Mental Disorder*. New Jersey: Prentice Hall.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2005.

COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Subsanar las desigualdades en una generación. Consultado el 13 de noviembre de 2012, en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

CONSEJERÍA DE SALUD (2003-2007). Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007.

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL (2005). Junta de Andalucía. Las personas con trastornos mentales graves y los medios de comunicación.

CORREA-ARAUJO, R. (2010). Serious gaps: how the lack of sex/gender-based research impairs health. *Journal of Womens Health (Larchmt)*. 2006 Dec;15(10):1116-22. No abstract available

CORTES, I.; ARTAZCOZ, L.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BORRELL, C. (2004). Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit*, v.18 n.5 Barcelona set.-oct.

COURTENAY WH. 2000. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 50: 1385-401

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, Who Regional Office for Europe.

DIO BLEICHMAR, E. (1991). La depresión en la mujer, pp.58 Ediciones Temas de Hoy, S.A. Colección fin de siglo. Madrid.

DOYAL L. 2001. Sex, 21gender, and health: the need for a new approach. *BMJ*. 323: 1061-3.

DURÁN, M.A. (1992). Salud y sociedad. Algunas propuestas de investigación. En: Barañano, M. (comp). *Mujer, trabajo y salud*. Madrid: Trotta; 57-79.

EL PAÍS. JUEVES, 8 de mayo de 2008. La desigualdad de agranda. Consultado el 2 de

noviembre de 2012, en: http://elpais.com/diario/2008/05/08/andalucia/1210198930_850215.html.

EMAKUMEAK ETA OSASUNA PROGRAMA SALUD Y MUJERES. Consultado el 30 de octubre de 2012, en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/programaSaludMujeres.pdf

ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores Asociados. Resultados del Estudio ESEMeD-España. Haro JM, C. Palacín, Vilagut G., M. Martínez, M. Bernal, I. Luque, M. Codony, M. Dolz, J. Alonso. Med Clin (Barcelona). Abr 2006 1; 126 (12) :445-51.

ESTEBAN, M.L. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T y Yago T. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Minerva Ediciones. Madrid.

ESTEBAN, M.L. (2006). El Estudio de la Salud y el Género: las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. Salud Colectiva. Buenos Aires, 2(1): 9-20, Enero – Abril.

ESTEBAN, M.L. (2010). Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis. En: Esteban, M.L; Comelles, J.M; Díez,C., eds. Antropología, género, salud y atención. Barcelona: Edicions Bellaterra.

ESTEBAN, M.L., COMELLES, JM., DÍEZ, C. (edt.) (2010). Antropología, género, salud y atención. Barcelona, Bellaterra.

ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DE LA CAPV. Consejo asesor de Salud mental de Euskadi. Consultado el 14 de noviembre de 2012, en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/mental/estrategiaSaludMental.pdf

ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD. (2006) En:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

EUSTAT. Consultado el 1 de noviembre de 2012, en: http://www.eustat.es/estadisticas/tema_159/opt_0/temas.html

EVANS, T., WHITEHEAD, M., DIDEERICHSEN, F., BHUIYA, A., WIRTH, M. (2001). Desafío a la falta de Equidad en Salud: de la ética a la acción. Pan American Health Org.

FORO DE DEBATE INESME. Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes". Instituto de estudios medicocientífico. ISSN: 1889-0512. Consultado el 12 de noviembre de 2012, en: <http://www.infocoponline.es/pdf/InformeINESME2011.pdf>

FRIEDAN, Betty. The Feminine Mystic. Nueva York: Norton & Company Ltd., 1997.

GÁLVEZ PÉREZ T. (1999). Comisión económica para América Latina y el Caribe. Indicadores de Género para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001 y la Plataforma de Acción de Beijing. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Consultado el 4 de noviembre de 2012, en: <http://www.eclac.cl/analisis>.

GARCÍA MORENO, C. (1999). Violence Against Women, Gender, and Health Equity. Working Papers del Harvard Center for Population and Development Studies, 99, 15. Harvard School of Public Health.

GARCÍA-CALVENTE MM. (2004). "Género y salud: un marco de análisis e intervención". Diálogo Filosófico, 59: 212-228.

GARCIA-CALVENTE, MM (COORD). JIMÉNEZ RODRIGO; ML, MARTÍNEZ MORANTE, E., LOZANO, M. DEL R. Guía para incorporar la perspectiva de género en investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consultado el 6 de diciembre de 2012, en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InvestigacionGenero.pdf>

GENDER AND HEALTH GROUP AT LIVERPOOL SCHOOL OF TROPICAL MEDICINE (2001). Guidelines for the analysis of gender and health. Department for International Development, Social Development Division. Liverpool.

GREER, G. (2001). La mujer completa. Kairós. Barcelona.

GROPPA, O. (2004). Las necesidades humanas y su determinación. Los aportes de Doyal y Gough, Nussbaum y Max-Neef al estudio de la pobreza. Instituto Para la Integración del Saber. Universidad Católica Argentina. Consultado el 3 de noviembre de 2012, en: <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo32/files/Las-necesidades-Groppa-2004.pdf>

HEDMAN, PERUCCI Y SUNDSTRÖM, (1996). En: RUIZ, M.T. PAPÍ, N. (2007) Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado el 2 de enero de 2013, en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaEstadisticasSaludEnfoqueGenero.pdf>

III JORNADA TÉCNICA FUNDACIÓN ARGIA. Bilbao, 11 de octubre de 2012. Intervención del Ararteko, Iñigo Lamarca. http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2892_3.pdf

III JORNADA TÉCNICA FUNDACIÓN ARGIA. Intervención del Ararteko. Bilbao, 11 de octubre de 2012. Consultado el 12 de noviembre de 2012, en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2892_3.pdf

IASC. INTERAGENCY STANDING COMMITTEE. (2007) Guía sobre Salud Mental y apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra. Consultado el 8 de febrero de 2012, en: <http://www.psicosocial.net/>

INESME (2009). Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes. Instituto de Estudios médico científicos. Consultado el 12 de noviembre de 2012, en: <http://www.infocoponline.es/pdf/InformeINESME2011.pdf>

INHORN, M. Y WHITTLE, K. L. (2001). Feminism meets the “new” epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. Social Science and Medicine, 53. 553-567

JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL. Consultado el 3 de noviembre de 2012, en: <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>

KANGAS, Ilka. "Making Sense of Depression: Perceptions of Melancholia in Lay

Narratives". Health 5 1 (2001): 76–92.

KLAWITER, Maren. Breast Cancer in Two Regimes: the Impact of Social Movements of Illness Experience. Sociology of Health and Illness 27 4 (2004): 515–540.

KRIEGER N, SMITH K, NAISHADHAM D, HARTMAN C, BARBEAU EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. Soc Sci Med. 2005; 61: 1576-96.

KRIEGER N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? Int J Epidemiol. 2003; 32: 652-7.

KRIEGER, N. (2002). A glossary for social epidemiology. Epidemiol Bulletin, 23:7-1

KRIEGER, N. 2003. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? Int J Epidemiol. 32: 652-7.

KRIEGER, N. SMITH, K. NAISHADHAM, D. HARTMAN, C. BARBEAU, E.M. 2005. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. Soc Sci Med. 61: 1576-96.

KUNKEL, S.R; ATCHLEY, R.C. 1996. Why gender matters: being female is not the same as not being male. American Journal of Preventive Medicine, 12: 294-6.

KUNST, A. E; BOS, V. MACKENBACH, J. (2000). Monitoring socioeconomic inequalities in health in the European Union: Guidelines and Illustrations. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL GÉNERO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD. Consultado el 4 de noviembre de 2012, en: http://www.anioriente-nic.net/apunt_sociolog_salud_5.htm

LAGARDE M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: Universidad Nacional Autónoma de México–FF y L, 2003.

LAGARDE, M. (1996). Género y Feminismo. Desarrollo Humano y democracia. Col. Cuadernos Inacabados nº 25. Ed. Horas y Horas, Madrid.

LAGARDE, M. (2000). Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Col. Cuadernos Inacabados nº 39. Ed. Horas y Horas, Madrid.

LALONDE (1974). A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document. Ministerio de Salud y Bienestar del Gobierno. Canadá. www.hc-sc.gc.ca/

LASHERAS LOZANO, Mª L. LASHERAS; PIRES ALCAIDE, M.; RODRÍGUEZ GIMENA, M.M. (2008). Género y Salud. Junta de Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer.

LEY GENERAL DE SANIDAD (1986). Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado n.º 102(29-04-1986).

LÓPEZ-ARAQUISTÁIN, L. CARDONER, N. URRETAVIZCAYA, M. (2006). Género, procesamiento emocional y trastornos afectivos. Psiquiatría y mujer. Aula Médica, SL.ISBN: 84-7885-409-6. pp. 215-245.

MACINTYRE S, FORD G, HUNT K. Do women «over-report» morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med* 1999; 48:89-98.

MAQUIEIRA V. (2011). Género, diferencia y desigualdad. En: Beltrán E, Maquieira V, edit. Feminismos. Debates teóricos contemporáneos. Madrid: Alianza editorial. pp. 127-190.

MARMOT, M.; WILKINSON, R.G. edit. (1999). Social determinants of health. Oxford University Press. Oxford

MARINA, J.A. (1996). El laberinto sentimental. Barcelona. Ed. Anagrama. Compactos.

MARTÍNEZ, M., DOLZ M., ALONSO J., LUQUE I., PALACÍN C., BERNAL M., CODONY M., HARO J. M. Y VILAGUT G. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina. Clínica*. 12 (126), pp. 445 – 451

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1985). Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, Secretaría General Técnica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2006) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006. Parlamento Europeo. Resolución sobre “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental”.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Comisionado por: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Mayo 2010. Consultado el 12 de noviembre de 2012, en:
http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf.

MONEY, JOHN (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings» (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 96: pp. 253–264

MONTERO PIÑAR, ISABEL. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Consultado el 13 de noviembre de 2012, en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf.

MONTERO, I.; APARICIO, D.; GÓMEZ-BENEYTO, M.; MORENO-KÜSTNER, B.; RENESSES, B.; USALL, J. VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. (2004). Género y Salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl.1, 175-181

MONTESÓ CURTO, M^a P. (2008). Salud Mental y Género: Causas y Consecuencias de la Depresión en las Mujeres. Tesis Doctoral. Consultado el 13 de noviembre de 2012, en: <http://e-spcio.uned.es:8080/fedora/get/tesisuned:CiencPolSoc-Mpmonteso/Documento.pdf>

MOSTERÍN, JESUS (2008). La naturaleza Humana, Barcelona, Austral Espasa.

MSC (2006). MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

NATHANSON, C. A. (1975). Illness and the feminine role: a theoretical review. *Social Science Medicine*, 9:57-62

NESS, R.B, KULLER, L.H, edit. *Health and disease among women*. Oxford: Oxford University Press, 1999

OAKLEY, Anna. *Subject Women*. Londres: Temple Smith, 1982.

OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL (2010) de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 15. AEN, Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consultado el 12 de noviembre, en: <http://www.observatorio-aen.es/es/informes/observatorio-de-salud-mental-de-la-asociaci-n-espa/index.php>

OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL (2010) de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 15. AEN, Asociación Española de Neuropsiquiatría. <http://www.observatorio-aen.es/es/informes/observatorio-de-salud-mental-de-la-asociaci-n-espa/index.php>

OINAS, Elina. Medicalisation by Whom? Account of Menstruation Conveyed by Young Women and Medical Experts in Medical Advisory Columns. *Sociology of Health and Illness* 20 1 (1998): 52-70.

OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, 2001. Francia: OMS (documento en línea). Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>

OMS (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*.

OMS (2007). Consultado el 12 de noviembre de 2012, en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/index.html

OMS (2008). Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. mhGAP. Consultado el 12 de noviembre de 2012, en http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf

OMS (2009). Determinantes sociales de la salud. Consultado el 15 de noviembre de 2012, en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf.

OMS (2010). Salud mental: fortalecimiento de nuestra respuesta. Nota descriptiva N°220

OMS (2012). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Consultado el 12 de noviembre de 2012, en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/index.html

ORDORIKA SACRISTAN, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Rev. Mex. Sociol.*, México, v. 71, n. 4, dic. 2009. Consultado el 30 de septiembre de 2012, en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rms/article/view/17770>.

ORDORIKA SACRISTAN, T. Mujeres universitarias y salud mental. Un acercamiento teórico al problema. En *Jornadas Anuales de Investigación 2004*, compilado por María Eugenia Alvarado, Gisela Mateos y Angélica Morales. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México, en prensa.

PANTZER K, RAJMIL L, TEBE C, CODINA F, SERRA-SUTTON V, FERRER M, RAVENS-SIEBERER U, SIMEONI MC, ALONSO J. Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60: 694-8.

PENFOLD, P. SUSAN, GILLIAN A. WALKER. Women and the Psychiatric Paradox. Milton Keynes: Open University Press.1984.

PEREZ SALES. Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. Consultado el 1 de febrero de 2012,
en:
http://www.pauperez.cat/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=36&Itemid=6

PÉREZ BLANCO, J. Diferencias de género y trastornos afectivos. Ponencia 1er Congrés Català de Dona i Salut Mental. 14 i 15 de desembre, 2006. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau (Barcelona)

PUCHOL, D. (2003, 29 de septiembre). Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. Revista PsicologíaCientífica.com, 5(4). Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia>

RAVELO, PATRICIA. Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México. En Las mujeres y la salud, compilado por Soledad González Montes, 199–258. México: Colegio de México, 1995.

RETOLAZA, A. (2007). ¿Estamos preparados?. Norte de Salud mental, nº 29 (2007). p. 44– 50. Consultado el 29 de octubre de 2012, en http://www.ome-aen.org/NORTE/29/NORTE_29_060_44-50.pdf

REVERTÉ, R. BAEZA,I. (2006). Edad de inicio de enfermedad psicótica y sexo. Psiquiatría y mujer. Aula Médica, SL.ISBN: 84-7885-409-6. pp. 131-154.

RODRIGUEZ MARAÑON, Mº I. (2006). Estudio de los años de seguimiento en mujeres con un primer episodio psicótico. Psiquiatría y mujer. Aula Médica, SL.ISBN: 84-7885-409-6. pp. 155-174.

ROHLFS I. BORRELL C. ANITUA C. ARTAZCOZ L. COLOMER C. ESCRIBÁ V. GARCÍA-CALVENTE MM. YACER A. MAZARRASA L. PASARÍN MI. PEIRÓ R. VALLS-LLOBET C. (2000). "La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud". *Gaceta Sanitaria*, 14(2): 146-155.

ROHLFS I. BORRELL C. FONSECA MC. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(supl 3): 60-71.

ROHLFS, I.; BORRELL, C.; FONSECA, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*; 14(Supl. 3):60-71.

RUIZ, M.T. PAPÍ, N. (2007) Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado el 2 de enero de 2013,
en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaEstadisticasSaludEnfoqueGenero.pdf>

SACO, ISABEL (2008). La crisis financiera aumentará los casos de estrés, depresión y

desórdenes mentales. Soitu.es actualidad. Consultado el 20 de octubre de 2012, en: http://www.soitu.es/soitu/2008/10/09/info/1223551747_413337.html

SAU, V. (1996). Estrés, Salud Mental y Psicología de Género. Documento Mujeres, Trabajo y Salud. Quaderns Caps, nº 24.

SEN, G.; ÖSTLIN, P. Y GEORGE, A. (2007): Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it, Karolinska Institutet. En: Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. Urbanos, R. 2011. Madrid. Instituto de Estudios Fiscales

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. (2005). Atención sanitaria a la Salud Mental en Andalucía. Equipos de Salud Mental de Distrito. SISMA.

SHOWALTER, ELAINE. (1987). The Female Malady: Women, Madness and the English Culture 1830–1980. Londres: Virgo Press Ltd.

SHWARTZ, SHARON. Outcomes for the Sociology of Mental Health: Are We Meeting Our Goals?. Journal of Health and Social Behaviour 42 2 (2002): 223–235.

SILVIA L. GAVIRIA, S., ALARCÓN,R. (2010). Psicopatología y género: Visión longitudinal e histórica a través del DSM. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2010 Jun; 39 (2):389-404.

SIMON, ROBIN W. Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health. Journal of Health and Social Behavior 36 (junio de 1995): 182–194

SOLSONA M. Viure sol, viure en família. En: Nel.lo O, Recio A, Solsona M, Subirats M, edit. La transformació de la societat metropolitana. Barcelona: Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona, 1998.

SORENSEN, G.; VERBRUGGE, L. M. (1987). Women, work, and health. Annual Review of Public Health, 8:235-51.

TOBEÑA, A. (2003). Anatomía de la agresividad humana. De la violencia infantil al belicismo, Colección ensayo ciencia, Ed. Debolsillo, Barcelona.

TUBERT, S. (2007). La perspectiva de género en la atención de mujeres drogodependientes. Intervencion en Drogodependencias con enfoque de género. En: http://umaantelasdrogas.files.wordpress.com/2012/06/intervencion_en_drogodependencias-con-enfoque-genero.pdf

USSHIER, JANE. Body Talk. The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction. Nueva York: Routledge, 1997.

VERBRUGGE, L. M. (1983). Multiple roles and physical health of women and men. Journal of Health and Social Behavior, 24:16-30

VERBRUGGE, L.M. (1985). Gender and health: un update on hypothesis and evidence. Journal of Health and Social Behavior; 26:156-8

WALTERS, VIVIENNE. (1997). Stress, Depression and Tiredness among Women: The Social Production and the Social Construction of Health. The Canadian Review of Sociology and Anthropology 34 53–69.

WHITEHEAD M. (1991). What can be done about inequalities in health?, *Lancet*, 338: 1059-1337

WILLIAMS, GARETH. (1984). The Genesis of Chronic Illness: Narrative Reconstruction. *Sociology of Health and Illness* 6 2 175–200.

ANEXO 1.

Clasificación de las categorías diagnósticas según CIE-10 agrupamiento de las mismas y correspondencia con el código propio que se ha asignado para esta investigación.

CIE-10	DENOMINACIÓN	Código propio
0000	SIN DIAGNOSTICO	
F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (1
F100	INTOXICACION AGUDA POR ALCOHOL	1
F1000	INTOXICACION AGUDA POR ALCOHOL NO COMPLICADA (SINTOMAS DE GRAVEDAD VARIABLE, NO COMPLICADOS NORMALMENTE DOSIS-DEPENDIEN	1
F1001	INTOXICACION AGUDA POR ALCOHOL CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	1
F1002	INTOXICACION AGUDA POR ALCOHOL CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE MEDICA	1
F1003	INTOXICACION AGUDA POR ALCOHOL CON DELIRIUM	1
F1004	INTOXICACION AGUDA POR ALCOHOL CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	1
F1005	INTOXICACION AGUDA POR ALCOHOL CON COMA	1
F1006	INTOXICACION AGUDA POR ALCOHOL CON CONVULSIONES	1
F1007	INTOXICACION PATOLOGICA POR ALCOHOL	1
F101	CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	1
F102	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	1
F1020	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	1
F1020	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION TEMPRANA)	1
F1020	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION PARCIAL)	1
F1020	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION COMPLETA)	1
F1021	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (HOSPITAL, COMUNIDAD TERAPEUT	1
F1022	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE MANTENIMIENTO O SUSTITUCION SUPERVISADO (1
F1023	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVERSIVAS O BLOQUEAN	1
F1024	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA ACTIVA)	1
F1025	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL CON CONSUMO CONTINUO	1
F1026	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL CON CONSUMO EPISODICO (DIPSOMANIA)	1
F103	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL	1
F1030	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL NO COMPLICADO	1
F1031	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL CON CONVULSIONES	1
F104	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL CON DELIRIUM (DEBE INCLUIRSE AQUI EL DELIRIUM TREMENS INDUCIDO POR ALCOHOL)	1
F1040	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL CON DELIRIUM (DEBE INCLUIRSE AQUI EL DELIRIUM TREMENS INDUCIDO POR ALCOHOL) SIN CONV	1
F1041	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL CON DELIRIUM (DEBE INCLUIRSE AQUI EL DELIRIUM TREMENS INDUCIDO POR ALCOHOL) CON CONV	1
F105	TRASTORNO PSICOTICO POR ALCOHOL	1
F1050	TRASTORNO PSICOTICO POR ALCOHOL ESQUIZOFRENIFORME	1
F1051	TRASTORNO PSICOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	1
F1052	TRASTORNO PSICOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE LAS ALUCINACIONES	1
F1053	TRASTORNO PSICOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE SINTOMAS POLIMORFOS	1
F1054	TRASTORNO PSICOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	1
F1055	TRASTORNO PSICOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE SINTOMAS MANIACOS	1
F1056	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO POR ALCOHOL	1
F106	SINDROME AMNESICO PROducido POR CONSUMO DE ALCOHOL (INCLUYE SINDROME DE KORSAKOV)	1
F107	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR ALCOHOL O POR SUSTANCIAS PSICOTROPAS	1
F1070	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR ALCOHOL O POR SUSTANC.PSICOTROPAS CO	1
F1071	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR ALCOHOL O POR SUSTANCIAS PSICOTROPAS	1
F1072	TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	1
F1073	DEMENCIA INDUCIDA POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	1

F1074	OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO PERSISTENTE INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	1
F1075	TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	1
F108	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	1
F109	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	1
F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	2
F110	INTOXICACION AGUDA POR OPIOIDES	2
F1100	INTOXICACION AGUDA POR OPIOIDES NO COMPLICADA (SINTOMAS DE GRAVEDAD VARIABLE, NO COMPLICADOS NORMALMENTE DOSIS-DEPENDIE)	2
F1101	INTOXICACION AGUDA POR OPIOIDES CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	2
F1102	INTOXICACION AGUDA POR OPIOIDES CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE MEDICA	2
F1103	INTOXICACION AGUDA POR OPIOIDES CON DELIRIUM	2
F1104	INTOXICACION AGUDA POR OPIOIDES CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	2
F1105	INTOXICACION AGUDA POR OPIOIDES CON COMA	2
F1106	INTOXICACION AGUDA POR OPIOIDES CON CONVULSIONES	2
F111	CONSUMO PERJUDICIAL DE OPIOIDES	2
F112	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES	2
F1120	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	2
F1120	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION TEMPRANA)	2
F1120	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION PARCIAL)	2
F1120	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION COMPLETA)	2
F1121	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (HOSPITAL, COMUNIDAD TERA)	2
F1122	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE MANTENIMIENTO O SUSTITUCION SUPERVISA	2
F1123	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVERSIVAS O BLOQ	2
F1124	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA ACTIVA)	2
F1125	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES CON CONSUMO CONTINUO	2
F1126	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES CON CONSUMO EPISODICO	2
F113	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES	2
F1130	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES NO COMPLICADO	2
F1131	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES CON CONVULSIONES	2
F114	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES CON DELIRIUM	2
F1140	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES CON DELIRIUM SIN CONVULSIONES	2
F1141	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES CON DELIRIUM CON CONVULSIONES	2
F115	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OPIOIDES	2
F1150	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OPIOIDES ESQUIZOFRENIFORME	2
F1151	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OPIOIDES CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	2
F1152	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OPIOIDES CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	2
F1153	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OPIOIDES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS POLIMORFOS	2
F1154	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OPIOIDES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	2
F1155	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OPIOIDES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS MANIACOS	2
F1156	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO DEBIDO AL CONSUMO DE OPIOIDES	2
F116	SINDROME AMNESICO DEBIDO A CONSUMO DE OPIOIDES	2
F117	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE OPIOIDES O POR SUSTANCIAS PSICOTROPAS C	2
F1170	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR OPIOIDES O POR SUSTANC.PSICOTROPAS C	2
F1171	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR CONSUMO DE OPIOIDES O POR SUSTANCIAS PSICOTROPAS	2
F1172	TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL INDUCIDO POR CONSUMO DE OPIOIDES U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	2
F1173	DEMENCIA INDUCIDA POR CONSUMO DE OPIOIDES U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	2
F1174	OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO PERSISTENTE INDUCIDO POR CONSUMO DE OPIOIDES U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	2
F1175	TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE OPIOIDES U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	2
F118	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CONSUMO DE OPIOIDES	2
F119	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR OPIOIDES	2
F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS	3
F120	INTOXICACION AGUDA POR CANNABINOIDEOS	3
F1200	INTOXICACION AGUDA POR CANNABINOIDEOS NO COMPLICADA (SINTOMAS DE GRAVEDAD VARIABLE, NO COMPLICADOS NORMALMENTE DOSIS-DEP)	3

F1201	INTOXICACION AGUDA POR CANNABINOIDES CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	3
F1202	INTOXICACION AGUDA POR CANNABINOIDES CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE MEDICA	3
F1203	INTOXICACION AGUDA POR CANNABINOIDES CON DELIRIUM	3
F1204	INTOXICACION AGUDA POR CANNABINOIDES CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	3
F1205	INTOXICACION AGUDA POR CANNABINOIDES CON COMA	3
F1206	INTOXICACION AGUDA POR CANNABINOIDES CON CONVULSIONES	3
F121	CONSUMO PERJUDICIAL DE CANNABINOIDES	3
F122	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES	3
F1220	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	3
F1220	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION TEMPRANA)	3
F1220	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION PARCIAL)	3
F1220	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION COMPLETA)	3
F1221	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (HOSPITAL, COMUNIDAD)	3
F1222	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE MANTENIMIENTO O SUSTITUCION SUPE	3
F1223	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVERSIVAS O	3
F1224	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA ACTIVA)	3
F1225	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES CON CONSUMO CONTINUO	3
F1226	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CANNABINOIDES CON CONSUMO EPISODICO	3
F123	SINDROME DE ABSTINENCIA DE CANNABINOIDES	3
F1230	SINDROME DE ABSTINENCIA DE CANNABINOIDES NO COMPLICADO	3
F1231	SINDROME DE ABSTINENCIA DE CANNABINOIDES CON CONVULSIONES	3
F124	SINDROME DE ABSTINENCIA DE CANNABINOIDES CON DELIRIUM	3
F1240	SINDROME DE ABSTINENCIA DE CANNABINOIDES CON DELIRIUM SIN CONVULSIONES	3
F1241	SINDROME DE ABSTINENCIA DE CANNABINOIDES CON DELIRIUM CON CONVULSIONES	3
F125	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CANNABINOIDES	3
F1250	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CANNABINOIDES ESQUIZOFRENIFORME	3
F1251	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	3
F1252	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	3
F1253	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS POLIMORFOS	3
F1254	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	3
F1255	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS MANIACOS	3
F1256	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO DEBIDO AL CONSUMO DE CANNABINOIDES	3
F126	SINDROME AMNESICO PRODUCIDO POR CONSUMO DE CANNABINOIDES	3
F127	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE CANNABINOIDES O POR OTRA SUSTANCIAS PSICOTROPAS	3
F1270	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE CANNABINOIDES O POR OTRA SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON REVIV	3
F1271	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE CANNABINOIDES O POR OTRA SUST. PSICOTROPAS CON T.DE LA PE	3
F1272	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE CANNABINOIDES O POR OTRA SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON TRAST	3
F1273	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE CANNABINOIDES O POR OTRA SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON DEMEN	3
F1274	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE CANNABINOIDES O POR OTRAS SUST. PSICOTROPAS CON OTRO D	3
F1275	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE CANNABINOIDES O POR OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON T	3
F128	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CONSUMO DE CANNABINOIDES	3
F129	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR CANNABINOIDES	3
F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	4
F130	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	4
F1300	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS NO COMPLICADA (SINTOMAS DE GRAVEDAD VARIABLE, NO COMPLICADOS NO	4
F1301	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	4
F1302	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE MEDICA	4
F1303	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON DELIRIUM	4
F1304	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	4

F1305	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON COMA	4
F1306	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON CONVULSIONES	4
F131	CONSUMO PERJUDICIAL DE SEDANTES O HIPNOTICOS	4
F132	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS OPIOIDES	2
F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	5
F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION TEMPRANA)	5
F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION PARCIAL)	5
F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION COMPLETA)	5
F1321	SINDROME DE DEPENDENCIA DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (HOSPITAL, COMUN)	5
F1322	SINDROME DE DEPENDENCIA DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE MANTENIMIENTO O SUST. SUPERV	5
F1323	SINDROME DE DEPENDENCIA DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TTO CON SUSTANCIAS AVERSIVAS O BLO	5
F1324	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS SEDANTES O HIPNOTICOS CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA ACTIVA)	5
F1325	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS SEDANTES O HIPNOTICOS CON CONSUMO CONTINUO	5
F1326	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS SEDANTES O HIPNOTICOS CON CONSUMO EPISODICO	5
F133	SINDROME DE ABSTINENCIA DE SEDANTES O HIPNOTICOS	5
F1330	SINDROME DE ABSTINENCIA DE SEDANTES O HIPNOTICOS NO COMPLICADO	5
F1331	SINDROME DE ABSTINENCIA DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON CONVULSIONES	5
F134	SINDROME DE ABSTINENCIA DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON DELIRIUM	5
F1340	SINDROME DE ABSTINENCIA DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON DELIRIUM SIN CONVULSIONES	5
F1341	SINDROME DE ABSTINENCIA DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON DELIRIUM CON CONVULSIONES	5
F135	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	5
F1350	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS ESQUIZOFRENIFORME	5
F1351	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	5
F1352	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	5
F1353	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON PREDOMINIO DE SINTOMAS POLIMORFOS	5
F1354	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	5
F1355	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS CON PREDOMINIO DE SINTOMAS MANIACOS	5
F1356	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO DEBIDO AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	5
F136	SINDROME AMNESICO DEBIDO A CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	5
F137	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS O P	5
F1370	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y T. PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR SEDANTES O HIPNOTICOS O POR S. PSICOTROPAS	5
F1371	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS O POR SUSTANCIAS PSICOT	5
F1372	TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL INDUCIDO POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	5
F1373	DEMENCIA INDUCIDA POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	5
F1374	OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO PERSISTENTE INDUCIDO POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	5
F1375	TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	5
F138	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	5
F139	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR SEDANTES O HIPNOTICOS	5
F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	6
F140	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE COCAINA	6
F1400	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE COCAINA NO COMPLICADA (SINTOMAS DE GRAVEDAD VARIABLE, NO COMPLICADOS NORMALMENTE DOSI	6
F1401	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE COCAINA CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	6
F1402	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE COCAINA CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE MEDICA	6
F1403	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE COCAINA CON DELIRIUM	6
F1404	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE COCAINA CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	6
F1405	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE COCAINA CON COMA	6

F1406	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE COCAINA CON CONVULSIONES	6
F141	CONSUMO PERJUDICIAL DE CONSUMO DE COCAINA	6
F142	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA	6
F1420	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	6
F1420	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION TEMPRANA)	6
F1420	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION PARCIAL)	6
F1420	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION COMPLETA)	6
F1421	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (HOSPITAL, COMUNIDAD TERAPEUTICA)	6
F1422	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE MANTENIMIENTO O SUSTITUCION SUPERVISADO (D)	6
F1423	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVERSIVAS O BLOQUEANTES	6
F1424	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA ACTIVA)	6
F1425	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA CON CONSUMO CONTINUO	6
F1426	SINDROME DE DEPENDENCIA DE COCAINA CON CONSUMO EPISODICO	6
F143	SINDROME DE ABSTINENCIA DE COCAINA	6
F1430	SINDROME DE ABSTINENCIA DE COCAINA NO COMPLICADO	6
F1431	SINDROME DE ABSTINENCIA DE COCAINA CON CONVULSIONES	6
F144	SINDROME DE ABSTINENCIA DE COCAINA CON DELIRIUM	6
F1440	SINDROME DE ABSTINENCIA DE COCAINA CON DELIRIUM SIN CONVULSIONES	6
F1441	SINDROME DE ABSTINENCIA DE COCAINA CON DELIRIUM CON CONVULSIONES	6
F145	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE COCAINA	6
F1450	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE COCAINA ESQUIZOFRENIFORME	6
F1451	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE COCAINA CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	6
F1452	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE COCAINA CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	6
F1453	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE COCAINA CON PREDOMINIO DE SINTOMAS POLIMORFOS	6
F1454	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE COCAINA CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	6
F1455	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE COCAINA CON PREDOMINIO DE SINTOMAS MANIACOS	6
F1456	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO DEBIDO AL CONSUMO DE COCAINA	6
F146	SINDROME AMNESICO DEBIDO A CONSUMO DE COCAINA	6
F147	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE COCAINA O POR SUSTANCIAS	6
F1470	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR COCAINA O POR SUST. PSICOTROPAS CON	6
F1471	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR CONSUMO DE COCAINA O POR SUSTANCIAS PSICOTROPAS	6
F1472	TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL INDUCIDO POR CONSUMO DE COCAINA U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	6
F1473	DEMENCIA INDUCIDA POR CONSUMO DE COCAINA U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	6
F1474	OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO PERSISTENTE INDUCIDO POR CONSUMO DE COCAINA U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	6
F1475	TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE COCAINA U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	6
F148	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CONSUMO DE COCAINA	6
F149	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR COCAINA	6
F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F150	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F1500	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) NO COMPLICADA (S. DE GRAVEDAD VARIABLE, NO)	7
F1501	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	7
F1502	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE MEDICA	7
F1503	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON DELIRIUM	7
F1504	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	7
F1505	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON COMA	7
F1506	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON CONVULSIONES	7
F151	CONSUMO PERJUDICIAL DE CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F152	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) (INCLUYE ADICCION A FARMACOS)	7
F1520	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	7
F1520	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) EN LA ACTUALIDAD EN	7

	ABSTINENCIA (REMISION TEMPRAN	
F1520	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION PARCIAL	7
F1520	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION COMPLET	7
F1521	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (HOSPITAL, COMUNIDA	7
F1522	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE MANTENIMIENTO O SUSTIT. SUPERVI	7
F1523	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVERSIVAS	7
F1524	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA A	7
F1525	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON CONSUMO CONTINUO	7
F1526	SINDROME DE DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON CONSUMO EPISODICO	7
F153	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F1530	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) NO COMPLICADO	7
F1531	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON CONVULSIONES	7
F154	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON DELIRIUM	7
F1540	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON DELIRIUM SIN CONVULSIONES	7
F1541	SINDROME DE ABSTINENCIA DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON DELIRIUM CON CONVULSIONES	7
F155	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F1550	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) ESQUIZOFRENIFORME	7
F1551	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	7
F1552	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	7
F1553	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON PREDOMINIO DE SINTOMAS POLIMORF	7
F1554	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIV	7
F1555	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA) CON PREDOMINIO DE SINTOMAS MANIACOS	7
F1556	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO DEBIDO AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F156	SINDROME AMNESICO DEBIDO A CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F157	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLU	7
F1570	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y T. PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F1571	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F1572	TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL INDUCIDO POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F1573	DEMENCIA INDUCIDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F1574	OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO PERSISTENTE INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F1575	TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F158	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F159	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	7
F16	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F160	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F1600	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS NO COMPLICADA (SINTOMAS DE GRAVEDAD VARIABLE, NO COMPLICADOS NORMALMENTE	8
F1601	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	8
F1602	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE MEDICA	8
F1603	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DELIRIUM	8
F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	8
F1605	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON COMA	8
F1606	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON CONVULSIONES	8
F161	CONSUMO PERJUDICIAL DE CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F162	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS	8

F1620	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	8
F1620	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION TEMPRANA)	8
F1620	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION PARCIAL)	8
F1620	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION COMPLETA)	8
F1621	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (HOSPITAL, COMUNIDAD TERA	8
F1622	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE MANTENIMIENTO O SUSTITUCION SUPERVISA	8
F1623	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVERSIVAS O BLOQ	8
F1624	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA ACTIVA)	8
F1625	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS CON CONSUMO CONTINUO	8
F1626	SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS CON CONSUMO EPISODICO	8
F163	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALUCINOGENOS	8
F1630	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALUCINOGENOS NO COMPLICADO	8
F1631	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALUCINOGENOS CON CONVULSIONES	8
F164	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALUCINOGENOS CON DELIRIUM	8
F1640	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALUCINOGENOS CON DELIRIUM SIN CONVULSIONES	8
F1641	SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALUCINOGENOS CON DELIRIUM CON CONVULSIONES	8
F165	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F1650	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS ESQUIZOFRENIFORME	8
F1651	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	8
F1652	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	8
F1653	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON PREDOMINIO DE SINTOMAS POLIMORFOS	8
F1654	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	8
F1655	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON PREDOMINIO DE SINTOMAS MANIACOS	8
F1656	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F166	SINDROME AMNESICO DEBIDO A CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F167	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F1670	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR ALUCINOGENOS CON REVIVISCENCIAS (FLA	8
F1671	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F1672	TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL INDUCIDO POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F1673	DEMENCIA INDUCIDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F1674	OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO PERSISTENTE INDUCIDO POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F1675	TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F168	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F169	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS	8
F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	9
F170	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE TABACO	9
F1700	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE TABACO NO COMPLICADA (SINTOMAS DE GRAVEDAD VARIABLE, NO COMPLICADOS NORMALMENTE DOSIS	9
F1701	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE TABACO CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	9
F1702	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE TABACO CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE MEDICA	9
F1703	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE TABACO CON DELIRIUM	9
F1704	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE TABACO CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	9
F1705	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE TABACO CON COMA	9
F1706	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE TABACO CON CONVULSIONES	9
F171	CONSUMO PERJUDICIAL DE CONSUMO DE TABACO	9
F172	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO	9
F1720	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	9
F1720	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION TEMPRANA)	9
F1720	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION PARCIAL)	9
F1720	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION COMPLETA)	9
F1721	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (HOSPITAL, COMUNIDAD TERAPEUTIC	9
F1722	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE MANTENIMIENTO O SUSTITUCION SUPERVISADO (DE	9
F1723	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVERSIVAS O BLOQUEANTE	9

F1724	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA ACTIVA)	9
F1725	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO CON CONSUMO CONTINUO	9
F1726	SINDROME DE DEPENDENCIA DE TABACO CON CONSUMO EPISODICO	9
F173	SINDROME DE ABSTINENCIA DE TABACO	9
F1730	SINDROME DE ABSTINENCIA DE TABACO NO COMPLICADO	9
F1731	SINDROME DE ABSTINENCIA DE TABACO CON CONVULSIONES	9
F174	SINDROME DE ABSTINENCIA DE TABACO CON DELIRIUM	9
F1740	SINDROME DE ABSTINENCIA DE TABACO CON DELIRIUM SIN CONVULSIONES	9
F1741	SINDROME DE ABSTINENCIA DE TABACO CON DELIRIUM CON CONVULSIONES	9
F175	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE TABACO	9
F1750	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE TABACO ESQUIZOFRENIFORME	9
F1751	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE TABACO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	9
F1752	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE TABACO CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	9
F1753	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE TABACO CON PREDOMINIO DE SINTOMAS POLIMORFOS	9
F1754	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE TABACO CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	9
F1755	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE TABACO CON PREDOMINIO DE SINTOMAS MANIACOS	9
F1756	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO DEBIDO AL CONSUMO DE TABACO	9
F176	SINDROME AMNESICO DEBIDO A CONSUMO DE TABACO	9
F177	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE TABACO	9
F1770	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE TABACO CON REVIVISCENCIAS	9
F1771	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR CONSUMO DE TABACO	9
F1772	TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL INDUCIDO POR CONSUMO DE TABACO	9
F1773	DEMENCIA INDUCIDA POR CONSUMO DE TABACO	9
F1774	OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO PERSISTENTE INDUCIDO POR CONSUMO DE TABACO	9
F1775	TRASTRONO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE TABACO	9
F178	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CONSUMO DE TABACO	9
F179	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR CONSUMO DE TABACO	9
F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F180	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F1800	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES NO COMPLICADA (SINTOMAS DE GRAVEDAD VARIABLE, NORMALMENTE DOSIS)	10
F1801	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	10
F1802	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE MEDICA	10
F1803	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON DELIRIUM	10
F1804	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	10
F1805	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON COMA	10
F1806	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON CONVULSIONES	10
F181	CONSUMO PERJUDICIAL DE CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F182	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES (INCLUYE ADICCION A FARMACOS)	10
F1820	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	10
F1820	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION TEMPRANA)	10
F1820	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION PARCIAL)	10
F1820	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (REMISION COMPLETA)	10
F1821	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (HOSPITAL, COMUN)	10
F1822	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE MANTENIMIENTO SUPERVISADO (C)	10
F1823	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVERSIV	10
F1824	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA ACTIVA)	10
F1825	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES CON CONSUMO CONTINUO	10
F1826	SINDROME DE DEPENDENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES CON CONSUMO EPISODICO	10
F183	SINDROME DE ABSTINENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F1830	SINDROME DE ABSTINENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES NO COMPLICADO	10
F1831	SINDROME DE ABSTINENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES CON CONVULSIONES	10
F184	SINDROME DE ABSTINENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES CON DELIRIUM	10
F1840	SINDROME DE ABSTINENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES CON DELIRIUM SIN CONVULSIONES	10
F1841	SINDROME DE ABSTINENCIA DE DISOLVENTES VOLATILES CON DELIRIUM CON CONVULSIONES	10

F185	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F1850	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES ESQUIZOFRENIFORME	10
F1851	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	10
F1852	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	10
F1853	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS POLIMORFOS	10
F1854	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	10
F1855	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS MANIACOS	10
F1856	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO DEBIDO AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F186	SINDROME AMNESICO DEBIDO A CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F187	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F1870	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES CON	10
F1871	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F1872	TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL INDUCIDO POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F1873	DEMENCIA INDUCIDA POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F1874	OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO PERSISTENTE INDUCIDO POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F1875	TRASTRONO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F188	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F189	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	10
F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F190	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F1900	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS U OTRAS S.PSICOTROPAS NO COMPLICADA (S.DE GRAVEDAD VARIABLE, NORMALM	11
F1901	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON TRAUMATISMO O LESION CORPORAL	11
F1902	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON OTRA COMPLICACION DE INDOLE ME	11
F1903	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON DELIRIUM	11
F1904	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	11
F1905	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON COMA	11
F1906	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON CONVULSIONES	11
F191	CONSUMO PERJUDICIAL DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F192	SINDROME DE DEPENDENCIA DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F1920	SINDROME DE DEPENDENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENC	11
F1920	SINDROME DE DEPENDENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENC	11
F1920	SINDROME DE DEPENDENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENC	11
F1921	SINDROME DE DEPENDENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS U OTRAS S. PSICOTROPAS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN M	11
F1922	SINDROME DE DEPENDENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS U OTRAS S. PSICOTR. EN LA ACTUALIDAD EN UN REGIMEN CLINICO DE M	11
F1923	SINDROME DE DEPENDENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS U OTRAS S. PSICOTROPAS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA CON TTO	11
F1924	SINDROME DE DEPENDENCIAPOR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (DEPENDENCIA ACTIVA)	11
F1925	SINDROME DE DEPENDENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON CONSUMO CONTINUO	11
F1926	SINDROME DE DEPENDENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON CONSUMO EPISODICO	11
F193	SINDROME DE ABSTINENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11

F1930	SINDROME DE ABSTINENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS NO COMPLICADO	11
F1931	SINDROME DE ABSTINENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON CONVULSIONES	11
F194	SINDROME DE ABSTINENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON DELIRIUM	11
F1940	SINDROME DE ABSTINENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON DELIRIUM SIN CONVULSIONES	11
F1941	SINDROME DE ABSTINENCIA POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON DELIRIUM CON CONVULSIONES	11
F195	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F1950	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS ESQUIZOFRENIFORME	11
F1951	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON PREDOMINIO D	11
F1952	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON PREDOMINIO D	11
F1953	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON PREDOMINIO DE SINTOMAS	11
F1954	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON PREDOMINIO D	11
F1955	TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO AL CONSUMO DE CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS CON PREDOMINIO D	11
F1956	TRASTORNO PSICOTICO MIXTO DEBIDO AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F196	SINDROME AMNESICO DEBIDO A CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F197	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTR	11
F1970	TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y T. PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS U OTRAS S. PSIC	11
F1971	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOT	11
F1972	TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL INDUCIDO POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F1973	DEMENCIA INDUCIDA POR CONSUMO DE CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F1974	OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO PERSISTENTE INDUCIDO POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F1975	TRASTRONO PSICOTICO DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	11
F198	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTRO	11
F199	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACION INDUCIDO POR CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS	11
F20	ESQUIZOFRENIA	12
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	12
F2000	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CONTINUA	12
F2001	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EPISODICA CON DEFECTO PROGRESIVO	12
F2002	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EPISODICA CON DEFECTO ESTABLE	12
F2003	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EPISODICA CON REMISIONES COMPLETAS	12
F2004	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON REMISION INCOMPLETA	12
F2005	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON REMISION COMPLETA	12
F2008	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON OTRA FORMA DE EVOLUCION	12
F2009	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON FORMA DE EVOLUCION INDETERMINADA, PERIODO DE OBSERVACION DEMASIADO BREVE	12
F201	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	12
F2010	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA CONTINUA	12
F2011	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA EPISODICA CON DEFECTO PROGRESIVO	12
F2012	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA EPISODICA CON DEFECTO ESTABLE	12
F2013	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA EPISODICA CON REMISIONES COMPLETAS	12
F2014	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA CON REMISION INCOMPLETA	12
F2015	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA CON REMISION COMPLETA	12
F2018	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA CON OTRA FORMA DE EVOLUCION	12
F2019	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA CON FORMA DE EVOLUCION INDETERMINADA, PERIODO DE OBSERVACION DEMASIADO BREVE	12
F202	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	12
F2020	ESQUIZOFRENIA CATATONICA CONTINUA	12

F2021	ESQUIZOFRENIA CATATONICA EPISODICA CON DEFECTO PROGRESIVO	12
F2022	ESQUIZOFRENIA CATATONICA EPISODICA CON DEFECTO ESTABLE	12
F2023	ESQUIZOFRENIA CATATONICA EPISODICA CON REMISIONES COMPLETAS	12
F2024	ESQUIZOFRENIA CATATONICA CON REMISION INCOMPLETA	12
F2025	ESQUIZOFRENIA CATATONICA CON REMISION COMPLETA	12
F2028	ESQUIZOFRENIA CATATONICA CON OTRA FORMA DE EVOLUCION	12
F2029	ESQUIZOFRENIA CATATONICA CON FORMA DE EVOLUCION INDETERMINADA, PERIODO DE OBSERVACION DEMASIADO BREVE	12
F203	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	12
F2030	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA CONTINUA	12
F2031	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA EPISODICA CON DEFECTO PROGRESIVO	12
F2032	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA EPISODICA CON DEFECTO ESTABLE	12
F2033	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA EPISODICA CON REMISIONES COMPLETAS	12
F2034	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA CON REMISION INCOMPLETA	12
F2035	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA CON REMISION COMPLETA	12
F2038	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA CON OTRA FORMA DE EVOLUCION	12
F2039	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA CON FORMA DE EVOLUCION INDETERMINADA, PERIODO DE OBSERVACION DEMASIADO BREVE	12
F204	DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA	12
F2040	DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA CONTINUA	12
F2041	DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA EPISODICA CON DEFECTO PROGRESIVO	12
F2042	DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA EPISODICA CON DEFECTO ESTABLE	12
F2043	DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA EPISODICA CON REMISIONES COMPLETAS	12
F2044	DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA CON REMISION INCOMPLETA	12
F2045	DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA CON REMISION COMPLETA	12
F2048	DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA CON OTRA FORMA DE EVOLUCION	12
F2049	DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA CON FORMA DE EVOLUCION INDETERMINADA, PERIODO DE OBSERVACION DEMASIADO BREVE	12
F205	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	12
F2050	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL CONTINUA	12
F2051	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL EPISODICA CON DEFECTO PROGRESIVO	12
F2052	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL EPISODICA CON DEFECTO ESTABLE	12
F2053	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL EPISODICA CON REMISIONES COMPLETAS	12
F2054	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL CON REMISION INCOMPLETA	12
F2055	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL CON REMISION COMPLETA	12
F2058	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL CON OTRA FORMA DE EVOLUCION	12
F2059	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL CON FORMA DE EVOLUCION INDETERMINADA, PERIODO DE OBSERVACION DEMASIADO BREVE	12
F206	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	12
F2060	ESQUIZOFRENIA SIMPLE CONTINUA	12
F2061	ESQUIZOFRENIA SIMPLE EPISODICA CON DEFECTO PROGRESIVO	12
F2062	ESQUIZOFRENIA SIMPLE EPISODICA CON DEFECTO ESTABLE	12
F2063	ESQUIZOFRENIA SIMPLE EPISODICA CON REMISIONES COMPLETAS	12
F2064	ESQUIZOFRENIA SIMPLE CON REMISION INCOMPLETA	12
F2065	ESQUIZOFRENIA SIMPLE CON REMISION COMPLETA	12
F2068	ESQUIZOFRENIA SIMPLE CON OTRA FORMA DE EVOLUCION	12
F2069	ESQUIZOFRENIA SIMPLE CON FORMA DE EVOLUCION INDETERMINADA, PERIODO DE OBSERVACION DEMASIADO BREVE	12
F208	OTRA ESQUIZOFRENIA	12
F2080	OTRA ESQUIZOFRENIA CONTINUA	12
F2081	OTRA ESQUIZOFRENIA EPISODICA CON DEFECTO PROGRESIVO	12
F2082	OTRA ESQUIZOFRENIA EPISODICA CON DEFECTO ESTABLE	12
F2083	OTRA ESQUIZOFRENIA EPISODICA CON REMISIONES COMPLETAS	12
F2084	OTRA ESQUIZOFRENIA CON REMISION INCOMPLETA	12
F2085	OTRA ESQUIZOFRENIA CON REMISION COMPLETA	12
F2088	OTRA ESQUIZOFRENIA CON OTRA FORMA DE EVOLUCION	12
F2089	OTRA ESQUIZOFRENIA CON FORMA DE EVOLUCION INDETERMINADA, PERIODO DE OBSERVACION DEMASIADO BREVE	12
F209	ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION	12
F2090	ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION CONTINUA	12
F2091	ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION EPISODICA CON DEFECTO PROGRESIVO	12
F2092	ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION EPISODICA CON DEFECTO ESTABLE	12
F2093	ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION EPISODICA CON REMISIONES COMPLETAS	12
F2094	ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION CON REMISION INCOMPLETA	12

F2095	ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION CON REMISION COMPLETA	12
F2098	ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION CON OTRA FORMA DE EVOLUCION	12
F2099	ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION CON FORMA DE EVOLUCION INDETERMINADA, PERIODO DE OBSERVACION DEMASIADO BREVE	12
F21	TRASTORNO ESQUIZOTIPICO	12
F22	TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES	12
F220	TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES	12
F228	OTROS TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES	12
F229	TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES SIN ESPECIFICACION	12
F23	TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	12
F230	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO SIN SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA	12
F2300	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO SIN SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA NO SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F2301	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO SIN SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F231	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO CON SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA	12
F2310	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO CON SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA NO SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F2311	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO CON SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F232	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRENICO	12
F2320	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRENICO NO SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F2321	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRENICO SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F233	OTRO TRASTORNO PSICOTICO AGUDO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	12
F2330	OTRO TRASTORNO PSICOTICO AGUDO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES NO SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F2331	OTRO TRASTORNO PSICOTICO AGUDO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F238	OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	12
F2380	OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS NO SECUNDARIOS A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F2381	OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS SECUNDARIOS A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F239	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO TRANSITORIO SIN ESPECIFICACION	12
F2390	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO TRANSITORIO SIN ESPECIFICACION NO SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F2391	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO TRANSITORIO SIN ESPECIFICACION SECUNDARIO A SITUACION ESTRESANTE AGUDA	12
F24	TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES INDUCIDAS	12
F25	TRASTORNOS ESQUIZOAFFECTIVOS	12
F250	TRASTORNO ESQUIZOAFFECTIVO DE TIPO MANIACO	12
F251	TRASTORNO ESQUIZOAFFECTIVO DE TIPO DEPRESIVO	12
F252	TRASTORNO ESQUIZOAFFECTIVO DE TIPO MIXTO	12
F258	OTROS TRASTORNOS ESQUIZOAFFECTIVOS	12
F259	TRASTORNO ESQUIZOAFFECTIVO SIN ESPECIFICACION	12
F28	OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS DE ORIGEN NO ORGANICO	12
F29	PSICOSIS NO ORGANICA SIN ESPECIFICACION	12
F30	EPISODIO MANIACO	13
F300	HIPOMANIA	13
F301	MANIA SIN SINTOMAS PSICOTICOS	13
F302	MANIA CON SINTOMAS PSICOTICOS	13
F3020	MANIA CON SINTOMAS PSICOTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO MANIACO	13
F3021	MANIA CON SINTOMAS PSICOTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO MANIACO	13
F308	OTROS EPISODIOS MANIACOS	13
F309	EPISODIO MANIACO SIN ESPECIFICACION	13
F31	TRASTORNO BIPOLAR	14
F310	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL HIPOMANIACO	14
F311	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MANIACO SIN SINTOMAS PSICOTICOS	14
F312	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MANIACO CON SINTOMAS PSICOTICOS	14
F3120	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MANIACO CON SINTOMAS PSICOTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO	14
F3121	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MANIACO CON SINTOMAS PSICOTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO	14
F313	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO LEVE O MODERADO	14
F3130	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO LEVE O MODERADO SIN SINDROME SOMATICO	14
F3131	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO LEVE O MODERADO CON SINDROME SOMATICO	14

F314	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	14
F315	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	14
F3150	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO	14
F3151	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO	14
F316	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MIXTO	14
F317	TRASTORNO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION	14
F318	OTROS TRASTORNOS BIPOLARES (INCLUYE TRASTORNO BIPOLAR DE TIPO II)	14
F319	TRASTORNO BIPOLAR SIN ESPECIFICACION	14
F32	EPISODIO DEPRESIVO	15
F320	EPISODIO DEPRESIVO LEVE	15
F3200	EPISODIO DEPRESIVO LEVE SIN SINDROME SOMATICO	15
F3201	EPISODIO DEPRESIVO LEVE CON SINDROME SOMATICO	15
F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	15
F3210	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO SIN SINDROME SOMATICO	15
F3211	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO CON SINDROME SOMATICO	15
F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	15
F323	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	15
F3230	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS CONGRUENTE CON EL ESTADO DE ANIMO	15
F3231	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS NO CONGRUENTE CON EL ESTADO DE ANIMO	15
F328	OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	15
F329	EPISODIO DEPRESIVO SIN ESPECIFICACION	15
F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	15
F330	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL LEVE	15
F3300	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL LEVE SIN SINDROME SOMATICO	15
F3301	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL LEVE CON SINDROME SOMATICO	15
F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO	15
F3310	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO SIN SINDROME SOMATICO	15
F3311	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO CON SINDROME SOMATICO	15
F332	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	15
F333	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	15
F3330	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO	15
F3331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO	15
F334	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE ACTUALMENTE EN REMISION	15
F338	OTROS TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTES	15
F339	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE SIN ESPECIFICACION	15
F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	16
F340	CICLOTIMIA	16
F341	DISTIMIA	16
F348	OTROS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	16
F349	TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVO) PERSISTENTE SIN ESPECIFICACION	16
F38	OTROS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	16
F380	OTROS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) AISLADOS	16
F3800	EPISODIO DE TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVO) MIXTO	16
F381	OTROS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) RECURRENTES	16
F3810	TRASTORNO DEPRESIVO BREVE RECURRENTE	16
F388	OTROS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) ESPECIFICADOS	16
F39	TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVO) SIN ESPECIFICACION	16
F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	17
F400	AGORAFOBIA	17
F4000	AGORAFOBIA SIN TRASTORNO DE PANICO	17
F4001	AGORAFOBIA CON TRASTORNO DE PANICO	17
F401	FOBIAS SOCIALES	17
F402	FOBIAS ESPECIFICAS (AISLADAS)	17
F408	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	17
F409	TRASTORNO DE ANSIEDAD FOBICA SIN ESPECIFICACION	17
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	17
F410	TRASTORNO DE PANICO (ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA)	17
F4101	TRASTORNO DE PANICO (ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA) MODERADO	17
F4102	TRASTORNO DE PANICO (ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA) GRAVE	17

F411	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	17
F412	REACCION DE ANSIEDAD	17
F413	OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD	17
F418	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS	17
F419	TRASTORNO DE ANSIEDAD SIN ESPECIFICACION	17
F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	18
F420	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO CON PREDOMINIO DE PENSAMIENTOS O RUMIACIONES OBSESIVOS	18
F421	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO CON PREDOMINIO DE ACTOS COMPULSIVOS (RITUALES OBSESIVOS)	18
F422	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO CON MEZCLA DE PENSAMIENTOS Y ACTOS OBSESIVOS	18
F428	OTROS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS	18
F429	TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SIN ESPECIFICACION	18
F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	19
F430	REACCION A ESTRES AGUDO	19
F4300	REACCION A ESTRES AGUDO LEVE	19
F4301	REACCION A ESTRES AGUDO MODERADA	19
F4302	REACCION A ESTRES AGUDO GRAVE	19
F431	TRASTORNO DE ESTRES POST-TRAUMATICO	19
F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION	19
F4320	TRASTORNOS DE ADAPTACION: REACCION DEPRESIVA BREVE	19
F4321	TRASTORNOS DE ADAPTACION: REACCION DEPRESIVA PROLONGADA	19
F4322	TRASTORNOS DE ADAPTACION: REACCION MIXTA DE ANSIEDAD Y DEPRESION	19
F4323	TRASTORNOS DE ADAPTACION: CON PREDOMINIO DE ALTERACIONES DE OTRAS EMOCIONES	19
F4324	TRASTORNOS DE ADAPTACION: CON PREDOMINIO DE ALTERACIONES DISOCIALES	19
F4325	TRASTORNOS DE ADAPTACION: CON ALTERACION MIXTA DE EMOCIONES Y DISOCIALES	19
F4328	OTROS TRASTORNOS DE ADAPTACION CON SINTOMAS PREDOMINANTES ESPECIFICADOS	19
F438	OTRAS REACCIONES A ESTRES GRAVE	19
F439	REACCION A ESTRES GRAVE SIN ESPECIFICACION	19
F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	20
F440	AMNESIA DISOCIATIVA	20
F441	FUGA DISOCIATIVA	20
F442	ESTUPOR DISOCIATIVO	20
F443	TRASTORNOS DE TRANCE Y DE POSESION	20
F444	TRASTORNOS DISOCIATIVOS DE LA MOTILIDAD	20
F445	CONVULSIONES DISOCIATIVAS	20
F446	ANESTESIAS Y PERDIDAS SENSORIALES DISOCIATIVAS	20
F447	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION) MIXTOS	20
F448	OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	20
F4480	SINDROME DE GANSER	20
F4481	TRASTORNO DE PERSONALIDAD MULTIPLE	20
F4482	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION) TRANSITORIOS DE LA INFANCIA O ADOLESCENCIA	20
F4488	OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION) ESPECIFICADOS	20
F449	TRASTORNO DISOCIATIVO (DE CONVERSION) SIN ESPECIFICACION	20
F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	21
F450	TRASTORNO DE SOMATIZACION	21
F451	TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO	21
F452	TRASTORNO HIPOCONDRIACO	21
F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	22
F480	NEURASTENIA	22
F481	TRASTORNO DE DESPERSONALIZACION - DESREALIZACION	22
F488	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS ESPECIFICADOS	22
F489	TRASTORNO NEUROTICO SIN ESPECIFICACION	22
F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	23
F500	ANOREXIA NERVIOSA	23
F501	ANOREXIA NERVIOSA ATIPICA	23
F502	BULIMIA NERVIOSA	23
F503	BULIMIA NERVIOSA ATIPICA	23
F504	HIPERFAGIA EN OTRAS ALTERACIONES PSICOLOGICAS	23
F505	VOMITOS EN OTRAS ALTERACIONES PSICOLOGICAS	23
F508	OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	23
F509	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SIN ESPECIFICACION	23
F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	24

F510	INSOMNIO NO ORGANICO	24
F511	HIPERSOMNIO NO ORGANICO	24
F512	TRASTORNO NO ORGANICO DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA	24
F513	SONAMBULISMO	24
F514	TERRORES NOCTURNOS	24
F515	PESADILLAS	24
F518	OTROS TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	24
F519	TRASTORNO NO ORGANICO DEL SUEÑO SIN ESPECIFICACION	24
F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	25
F520	AUSENCIA O PERDIDA DEL DESEO SEXUAL	25
F5201	TRASTORNO HIPOACTIVO DEL DESEO SEXUAL	25
F521	RECHAZO SEXUAL Y AUSENCIA DEL PLACER SEXUAL	25
F5210	RECHAZO SEXUAL	25
F5211	AUSENCIA DE PLACER SEXUAL	25
F522	FRACASO DE LA RESPUESTA GENITAL	25
F523	DISFUNCION ORGASMICA	25
F524	EYACULACION PRECOZ	25
F525	VAGINISMO NO ORGANICO	25
F526	DISPARUNIA NO ORGANICA	25
F527	IMPULSO SEXUAL EXCESIVO	25
F528	OTRAS DISFUNCIONES SEXUALES NO DEBIDAS A ENFERMEDADES O TRASTORNOS ORGANICOS	25
F529	DISFUNCION SEXUAL NO DEBIDA A ENFERMEDAD O TRASTORNO ORGANICO	25
F53	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN EL PUEPERIO NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	25
F530	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN EL PUEPERIO NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR LEVES	25
F531	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN EL PUEPERIO NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR GRAVES	25
F538	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN EL PUEPERIO NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	25
F539	OTRO TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO DEL PUEPERIO SIN ESPECIFICACION	25
F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	26
F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	27
F550	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA: ANTIDEPRESIVOS (TRICICLICOS, TETRACICLICOS, IMAO)	27
F551	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA: LAXANTES	27
F552	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA: ANALGESICOS (NO ESPECIFICADOS COMO PSICOTROPOS)	27
F553	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA: ANTIACIDOS	27
F554	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA: VITAMINAS	27
F555	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA: HORMONAS O SUSTANCIAS ESTEROIDEAS	27
F556	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA: HIERBAS O REMEDIOS POPULARES	27
F558	OTRAS SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA: DIURETICOS	27
F559	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA: SUSTANCIAS SIN ESPECIFICACION	27
F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	28
F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	29
F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	30
F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	31
F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	32
F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	33
F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	34
F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)	35
F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	36
F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	37
F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	38
F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	39
F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	40
F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	41
F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	42
F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	43
F610	TRASTORNOS MIXTOS DE LA PERSONALIDAD CON CARACTERISTICAS DE VARIOS DE LOS TRASTORNOS DE F60	43
F611	VARIACIONES PROBLEMATICAS DE LA PERSONALIDAD NO CLASIFICABLES EN F60 O F62, Y CONSIDERADOS SECUNDARIOS A UN DCO PRINCIP	43
F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	44

F620	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS EXPERIENCIA CATASTROFICA (DESASTRES, CATASTROFES, CAUTIVERIO, ACTO T)	44
F621	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	44
F628	OTRAS TRANSFORMACIONES PERSISTENTES DE LA PERSONALIDAD	44
F629	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	44
F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	45
F630	LUDOPATIA	45
F631	PIROMANIA	45
F632	CLEPTOMANIA (HURTO PATOLOGICO)	45
F633	TRICOTILOMANIA	45
F638	OTROS TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	45
F639	TRASTORNO DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS SIN ESPECIFICACION	45
F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	46
F640	TRANSEXUALISMO	46
F641	TRANSVESTISMO NO FETICISTA	46
F642	TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA INFANCIA	46
F648	OTROS TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	46
F649	TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL SIN ESPECIFICACION	46
F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	47
F650	FETICISMO	47
F651	TRANSVESTISMO FETICISTA	47
F652	EXHIBICIONISMO	47
F653	ESCOPTOFILIA (VOYEURISMO)	47
F654	PAIDOFILIA	47
F655	SADOMASOQUISMO	47
F656	TRASTORNOS MULTIPLES DE LA INCLINACION SEXUAL	47
F658	OTROS TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL	47
F659	TRASTORNO DE LA INCLINACION SEXUAL SEXUAL SIN ESPECIFICACION	47
F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	48
F660	TRASTORNO DE LA MADURACION SEXUAL	48
F6600	TRASTORNO DE LA MADURACION SEXUAL: HETEROSEXUALIDAD	48
F6601	TRASTORNO DE LA MADURACION SEXUAL: HOMOSEXUALIDAD	48
F6602	TRASTORNO DE LA MADURACION SEXUAL: BISEXUALIDAD	48
F6608	TRASTORNO DE LA MADURACION SEXUAL: OTRA	48
F661	ORIENTACION SEXUAL EGODISTONICA	48
F6610	ORIENTACION SEXUAL EGODISTONICA: HETEROSEXUALIDAD	48
F6611	ORIENTACION SEXUAL EGODISTONICA: HOMOSEXUALIDAD	48
F6612	ORIENTACION SEXUAL EGODISTONICA: BISEXUALIDAD	48
F6618	ORIENTACION SEXUAL EGODISTONICA: OTRA	48
F662	TRASTORNO DE LA RELACION SEXUAL	48
F6620	TRASTORNO DE LA RELACION SEXUAL: HETEROSEXUALIDAD	48
F6621	TRASTORNO DE LA RELACION SEXUAL: HOMOSEXUALIDAD	48
F6622	TRASTORNO DE LA RELACION SEXUAL: BISEXUALIDAD	48
F6628	TRASTORNO DE LA RELACION SEXUAL: OTRA	48
F668	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL	48
F6680	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL: HETEROSEXUALIDAD	48
F6681	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL: HOMOSEXUALIDAD	48
F6682	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL: BISEXUALIDAD	48
F6688	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL: OTRA	48
F669	TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL SIN ESPECIFICACION	48
F6690	TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL SIN ESPECIFICACION: HETEROSEXUALIDAD	48
F6691	TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL SIN ESPECIFICACION: HOMOSEXUALIDAD	48
F6692	TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL SIN ESPECIFICACION: BISEXUALIDAD	48
F6698	TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL SIN ESPECIFICACION: OTRA	48
F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	49
F680	ELABORACION PSICOLOGICA DE SINTOMAS SOMATICOS	49
F681	PRODUCCION INTENCIONADA O FINGIMIENTO DE SINTOMAS O INVALIDECES SOMATICAS O PSICOLOGICAS (TRASTORNO FICTICIO)	49
F688	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO ESPECIFICADOS	49
F69	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO SIN ESPECIFICACION	49
F70	RETRASO MENTAL LEVE	50
F700	RETRASO MENTAL LEVE CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO MINIMO O AUSENTE	50
F701	RETRASO MENTAL LEVE CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO IMPORTANTE QUE REQUIERE ATENCION O	50

TRATAMIENTO		
F708	RETRASO MENTAL LEVE CON OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO	50
F709	RETRASO MENTAL LEVE SIN ALUSION AL DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO	50
F71	RETRASO MENTAL MODERADO	50
F710	RETRASO MENTAL MODERADO CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO MINIMO O AUSENTE	50
F711	RETRASO MENTAL MODERADO CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO IMPORTANTE QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	50
F718	RETRASO MENTAL MODERADO CON OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO	50
F719	RETRASO MENTAL MODERADO SIN ALUSION AL DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO	50
F72	RETRASO MENTAL GRAVE	50
F720	RETRASO MENTAL GRAVE CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO MINIMO O AUSENTE	50
F721	RETRASO MENTAL GRAVE CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO IMPORTANTE QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	50
F728	RETRASO MENTAL GRAVE CON OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO	50
F729	RETRASO MENTAL GRAVE SIN ALUSION AL DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO	50
F73	RETRASO MENTAL PROFUNDO	50
F730	RETRASO MENTAL PROFUNDO CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO MINIMO O AUSENTE	50
F731	RETRASO MENTAL PROFUNDO CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO IMPORTANTE QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	50
F738	RETRASO MENTAL PROFUNDO CON OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO	50
F739	RETRASO MENTAL PROFUNDO SIN ALUSION AL DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO	50
F78	OTRO RETRASO MENTAL	50
F780	OTRO RETRASO MENTAL CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO MINIMO O AUSENTE	50
F781	OTRO RETRASO MENTAL CON DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO IMPORTANTE QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	50
F788	OTRO RETRASO MENTAL CON OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO	50
F789	OTRO RETRASO MENTAL SIN ALUSION AL DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO	50
F79	RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICACION	50
F790	RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICACION CON MINIMO DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO	50
F791	RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICACION CON IMPORTANTE DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO	50
F798	RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICACION CON OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO	50
F799	RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICACION SIN ALUSION AL DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO	50
F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	51
F800	TRASTORNO ESPECIFICO DE LA PRONUNCIACION	51
F801	TRASTORNO DE LA EXPRESION DEL LENGUAJE	51
F802	TRASTORNO DE LA COMPRENSION DEL LENGUAJE	51
F803	AFASIA ADQUIRIDA CON EPILEPSIA (SINDROME DE LANDAU-KLEFFNER)	51
F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	51
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE SIN ESPECIFICACION	51
F81	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR	51
F810	TRASTORNO ESPECIFICO DE LA LECTURA	51
F811	TRASTORNO ESPECIFICO DE LA ORTOGRAFIA	51
F812	TRASTORNO ESPECIFICO DEL CALCULO	51
F813	TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR	51
F818	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR	51
F819	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR SIN ESPECIFICACION	51
F82	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	51
F83	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO MIXTO	51
F84	TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	51
F840	AUTISMO INFANTIL	51
F841	AUTISMO ATIPICO	51
F842	SINDROME DE RETT	51
F843	OTRO TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA INFANCIA	51
F844	TRASTORNO HIPERCINETICO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS	51
F845	SINDROME DE ASPERGER	51
F848	OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	51
F849	TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO SIN ESPECIFICACION	51
F88	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	51
F89	TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLOGICO SIN ESPECIFICACION	51
F90	TRASTORNOS HIPERCINETICOS	51
F900	TRASTORNO DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION (INCLUYE TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION Y TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIO	51
F901	TRASTORNO HIPERCINETICO DISOCIAL	51

F908	OTROS TRASTORNOS HIPERCINETICOS	51
F909	TRASTORNO HIPERCINETICO SIN ESPECIFICACION	51
F91	TRASTORNOS DISOCIALES	51
F910	TRASTORNO DISOCIAL LIMITADO AL CONTEXTO FAMILIAR	51
F911	TRASTORNO DISOCIAL EN NIÑOS NO SOCIALIZADOS	51
F912	TRASTORNO DISOCIAL EN NIÑOS SOCIALIZADOS	51
F913	TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA	51
F918	OTROS TRASTORNOS DISOCIALES	51
F919	TRASTORNO DISOCIAL SIN ESPECIFICACION	51
F92	TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS	51
F920	TRASTORNO DISOCIAL DEPRESIVO	51
F928	OTROS TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS	51
F929	TRASTORNO DISOCIAL Y DE LAS EMOCIONES MIXTO SIN ESPECIFICACION	51
F93	TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO ESPECIFICO O HABITUAL EN LA INFANCIA	51
F930	TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACION DE LA INFANCIA	51
F931	TRASTORNO DE ANSIEDAD FOBICA DE LA INFANCIA	51
F932	TRASTORNO DE HIPERSENSIBILIDAD SOCIAL DE LA INFANCIA	51
F933	TRASTORNO DE RIVALIDAD ENTRE HERMANOS	51
F938	OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES EN LA INFANCIA	51
F9380	TRASTORNO DE IANSIEDAD GENERALIZADA DE LA INFANCIA	51
F939	TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES EN LA INFANCIA SIN ESPECIFICACION	51
F94	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO ESPECIFICO O HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	51
F940	MUTISMO SELECTIVO	51
F941	TRASTORNO DE VINCULACION DE LA INFANCIA REACTIVO	51
F942	TRASTORNO DE VINCULACION DE LA INFANCIA DESINHIBIDO	51
F948	OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	51
F949	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	51
F95	TRASTORNO DE TICS	51
F950	TRASTORNO DE TICS TRANSITORIOS	51
F951	TRASTORNO POR TICS CRONICOS MOTORES O FONATORIOS	51
F952	TRASTORNO DE TICS MULTIPLES MOTORES Y FONATORIOS COMBINADOS (SINDROME DE GILLES DE LA TOURETTE)	51
F958	OTROS TRASTORNOS DE TICS	51
F959	TRASTORNO DE TICS SIN ESPECIFICACION	51
F98	OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	51
F980	ENURESIS NO ORGANICA	51
F9800	ENURESIS NO ORGANICA SOLO ENURESIS NOCTURNA	51
F9801	ENURESIS NO ORGANICA SOLO ENURESIS DIURNA	51
F9802	ENURESIS NO ORGANICA: ENURESIS NOCTURNA Y DIURNA	51
F981	ENCOPRESIS NO ORGANICA	51
F9810	ENCOPRESIS NO ORGANICA: FRACASO EN LA ADQUISICION DEL CONTROL ESFINTERIANO	51
F9811	ENCOPRESIS NO ORGANICA: CONTROL DE ESFINTERES ADECUADO CON HECES NORMALES DEPOSITADAS EN LUGARES INAPROPFIADOS	51
F9812	ENCOPRESIS NO ORGANICA: DEFECACION ASOCIADA CON UN EXCESO DE HECES LIQUIDAS, TAL COMO EL REBOSAMIENTO SECUNDARIO A RETE	51
F982	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA	51
F983	PICA EN LA INFANCIA	51
F984	TRASTORNOS DE ESTEREOTIPIAS MOTRICES	51
F9840	TRASTORNOS DE ESTEREOTIPIAS MOTRICES NO AUTOAGRESIVAS	51
F9841	TRASTORNOS DE ESTEREOTIPIAS MOTRICES AUTOAGRESIVAS	51
F9842	TRASTORNOS DE ESTEREOTIPIAS MOTRICES MIXTAS	51
F985	TARTAMUDEO (ESPASMOFEMIA)	51
F986	FARFULLEO	51
F988	OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA ESPECIFICADOS	51
F9884	TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION SIN HIPERACTIVIDAD	51
F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	52
F99	TRASTORNO MENTAL SIN ESPECIFICACION Y PROBLEMAS QUE NO CUMPLEN LOS CRITERIOS PARA NINGUN TRASTORNO MENTAL ESPECIFICO	52
F990	TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DE NINGUNA MANERA (CATEGORIA RESIDUAL NO RECOMENDADA)	52
F991	PROBLEMAS DE RELACION QUE NO CUMPLEN CRITERIOS DE TRASTORNO MENTAL, PERO QUE CONDUCEN A	52

DERIVACIONES CLINICAS PARA LA E		
F992	PROBLEMAS EMOCIONALES O DEL COMPORTAMIENTO QUE NO CUMPLEN CRITERIOS DE T. MENTAL, PERO QUE CONDUCEN A DERIVACIONES CLIN	52
B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	53
B220	ENFERMEDAD POR VIH QUE CONDUCE A ENCEFALOPATIA	53
B2200	DEMENCIA POR VIH	53
R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	54
R630	ANOREXIA	54
R631	POLIDIPSIA	54
R634	PERDIDA ANORMAL DE PESO	54
R635	GANANCIA ANORMAL DE PESO	54
R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	55
R780	HALLAZGO DE ALCOHOL EN SANGRE	55
R781	HALLAZGO DE OPIACEOS EN SANGRE	55
R782	HALLAZGO DE COCAINA EN SANGRE	55
R783	HALLAZGO DE ALUCINOGENOS EN SANGRE	55
R784	HALLAZGO DE MEDICAMENTOS CON POTENCIAL CAPACIDAD DE ADICCION EN SANGRE	55
R785	HALLAZGO DE MEDICAMENTOS PSICOTROPOS EN SANGRE	55
R786	HALLAZGO DE CONCENTRACIONES ANOMALAS DE LITIO EN SANGRE	55
X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	56
X61	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR MEDICAM. ANTIPILEPTICOS, SEDANTES, HIPNOTICOS, ANTIPARKINSONIANOS Y	56
X610	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS	56
X611	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR MEDICAMENTOS BARBITURICOS	56
X612	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR MEDICAMENTOS NEUROLEPTICOS	56
X613	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR MEDICAMENTOS PSICOESTIMULANTES	56
X62	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR NARCOTICOS Y PSICODISEPSICOS (ALUCINOGENOS) NO CLASIFICADOS EN OTRA	56
X620	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR CANNABIS (DERIVADOS)	56
X621	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR COCAINA	56
X622	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR CODEINA	56
X623	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR HEROINA	56
X624	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR LISERGIDA (LSD)	56
X625	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR MESCALINA	56
X626	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR METADONA	56
X627	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR MORFINA	56
X628	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR OPIO (ALCALOIDES)	56
X63	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR OTROS MEDICAMENTOS QUE ACTUAN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	56
X64	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR OTRAS DROGAS, MEDICAMENTOS, PRODUCTOS BIOLOGICOS Y LOS NO ESPECIFICAD	56
X65	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ALCOHOL	56
X66	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR SOLVENTES ORGANICOS E HIDROCARBUROS HALOGENADOS Y SUS VAPORES	56
X67	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR OTROS GASES Y VAPORES	56
X670	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR MONOXIDO DE CARBONO	56
X671	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR GAS CIUDAD	56
X68	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR PESTICIDAS	56
X69	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR OTROS PRODUCTOS QUIMICOS Y SUSTANCIAS NOCIVAS Y LOS NO ESPECIFICADOS	56
X690	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR PRODUCTOS QUIMICOS AROMATICOS CORROSIVOS	56
X691	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ACIDOS CAUSTICOS	56
X692	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ALCALIS CAUSTICOS	56
X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	57
X71	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR SUMERSION	57
X72	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR DISPARO DE ARMA CORTA	57
X73	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR DESCARGA DE RIFLES, ESCOPETA Y ARMA LARGA	57
X74	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR DISPARO DE OTRA ARMA DE FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS	57
X75	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR MATERIAL EXPLOSIVO	57
X76	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR HUMO, FUEGO O LLAMAS	57

X77	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR VAPORES DE AGUA, VAPORES CALIENTES Y OBJETOS CALIENTES	57
X78	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR OBJETO CORTANTE	57
X79	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR OBJETOS SIN FILO O ROMOS	57
X80	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR SALTO DESDE UN LUGAR ELEVADO	57
X81	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR ARROJARSE O TENDERSE ANTE UN OBJETO EN MOVIMIENTO	57
X82	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR CHOQUE DE VEHICULO A MOTOR	57
X83	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR OTROS MEDIOS ESPECIFICADOS	57
X830	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR CHOQUE DE AERONAVES	57
X831	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR ELECTROCUCION	57
X832	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR SUSTANCIAS CAUSTICAS, EXCEPTO ENVENENAMIENTO	57
X84	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR MEDIOS NO ESPECIFICADOS	57
X850	INTENTO DE HOMICIDIO	58
X851	AGRESION	58
X93	HOMICIDIO Y AGRESION CON DISPAROS DE ARMA CORTA	58
X99	HOMICIDIO Y AGRESION CON OBJETOS CORTANTES	58
Y00	HOMICIDIO Y AGRESION CON OBJETOS SIN FILO O ROMOS	58
Y04	HOMICIDIO Y AGRESION CON FUERZA CORPORAL	58
Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	59
Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	60
Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	61
Y071	CRUELDAD MENTAL	62
Y072	ABUSO FISICO	63
Y073	ABUSO SEXUAL	64
Y074	TORTURA	65
Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	66
Z046	EXAMEN PSQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	67
Z50	ATENCION QUE INCLUYE EL USO DE PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	67
Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	68
Z503	REHABILITACION DE DROGADICTOS	68
Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	69
Z554	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL COLEGIO	69
Z5540	CABEZA DE TURCO PARA PROFESORES	69
Z558	DESASOSIEGO EN EL AMBIENTE ESCOLAR	69
Z559	OTROS SITUACIONES QUE PRODUCEN ESTRES CRONICO INTERPERSONAL ASOCIADO CON EL COLEGIO	69
Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	70
Z5640	CABEZA DE TURCO PARA SUPERVISORES EN EL TRABAJO	70
Z567	DESASOSIEGO EN EL AMBIENTE LABORAL	70
Z569	OTROS SITUACIONES QUE PRODUCEN ESTRES CRONICO INTERPERSONAL ASOCIADO CON EL COLEGIO	70
Z56	PROBLEMAS RELACIONADOS AL EMPLEO Y DESEMPLERO	70
Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	71
Z5881	MINUSVALIA / DISCAPACIDAD DE LOS PADRES	71
Z5882	DISCAPACIDAD DE LOS HERMANOS	71
Z5883	OTROS TRASTORNOS MENTALES, DESVIACIONES O LIMITACIONES EN EL GRUPO DE APOYO PRIMARIO DEL NIÑO	71
Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	72
Z591	CONDICIONES DE VIDA QUE CREAN UNA SITUACION PSICOSOCIAL POTENCIALMENTE PELIGROSA	72
Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	73
Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	74
Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	75
Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	76
Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRATION O CAMBIO SOCIAL	77
Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	78
Z605	BLANCO DE DISCRIMINACION ADVERSA, PERSECUCION O DISCRIMINACION NEGATIVA	78
Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	79
Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	80
Z610	PERDIDA DE RELACION AFECTIVA DE LA INFANCIA	80
Z611	CAMBIO DE DOMICILIO DURANTE LA NIÑEZ QUE ACARREA UNA AMENAZA CONTEXTUALMENTE SIGNIFICATIVA	80
Z612	ALTERACION EN EL PATRON DE LAS RELACIONES FAMILIARES	80
Z613	HECHOS Y ACONTECIMIENTOS CONDUCENTES A LA PERDIDA DE AUTOESTIMA DURANTE LA NIÑEZ	80
Z614	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL DECLARADO DEL NIÑO POR UNA PERSONA DENTRO DEL	80

GRUPO DE APOYO PRIMARIO	
Z615	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL DECLARADO DEL NIÑO POR PERSONA NO PERTENECIENTE AL GRUPO DE APOYO PRIMARIO 80
Z616	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO FISICO DEL NIÑO (MALTRATO FISICO DEL NIÑO) 80
Z617	EXPERIENCIAS PERSONALES ATEMORIZANTES EN LA NIÑEZ 80
Z618	OTRA EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN LA NIÑEZ 80
Z62	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CRIANZA DEL NIÑO 80
Z620	SUPERVISION Y CONTROL INADECUADO DE LOS PADRES 80
Z621	SUPERPROTECCION O SOBRE PROTECCION DE LOS PADRES 80
Z622	CRIANZA EN INSTITUCIONES 80
Z623	HOSTIGAMIENTO Y ACUSACION DE CULPABILIDAD AL NIÑO (VICTIMA PROPICIATORIA) (HOSTILIDAD Y USO DEL NIÑO COMO "CABEZA DE 80
Z624	ABANDONO EMOCIONAL DEL NIÑO (AUSENCIA DE CARÍO EN LA RELACION PADRES-HIJOS) 80
Z625	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON NEGLIGENCIA EN LA CRIANZA DEL NIÑO (PRIVACION DE EXPERIENCIAS) 80
Z626	PRESIONES INAPROPIADAS DE LOS PADRES Y OTRAS ANORMALIDADES EN LA CRIANZA 80
Z628	OTROS PROBLEMAS ESPECIFICOS DE LA CRIANZA 80
Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES 81
Z630	PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA 81
Z631	PROBLEMAS RELACIONADOS CON PADRES O FAMILIA POLITICA 81
Z632	SOPORTE FAMILIAR INADECUADO 82
Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA 83
Z634	DESAPARICION O MUERTE DE MIEMBRO DE LA FAMILIA 83
Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO 84
Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR 85
Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR 86
Z638	OTROS PROBLEMAS ESPECIFICOS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO PRIMARIO (DISPUTAS O COMUNICACION INTRAFAMILIAR INADECUA 86
Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES 87
Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO 88
Z642	BUSQUEDA Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES FISICAS, NUTRICIONALES O QUIMICAS, CONOCIENDO SU RIESGO Y PELIGROS 88
Z643	SOLICITUD Y/O ACEPTACION DE INTERVENCIONES PSICOLOGICAS O DE COMPORTAMIENTO, CONOCIENDO SU RIESGO Y PELIGRO 88
Z644	DISCORDIA CON CONSEJEROS (CON SUPERVISORES DE LIBERTAD CONDICIONAL O TRABAJADORES SOCIALES) 88
Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES 89
Z650	CULPABILIDAD EN PROCEDIMIENTOS CIVILES O CRIMINALES SIN PRISION 89
Z651	PENA DE CARCEL U OTRA PRIVACION DE LIBERTAD 89
Z652	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA RECUPERACION DE LA LIBERTAD 89
Z653	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS LEGALES (ARRESTOS, JUICIOS, LITIGIOS, ETC.) 89
Z654	VICTIMA DE CRIMEN O TERRORISMO (INCLUYENDO TORTURA) 89
Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES 90
Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL 91
Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE 92
Z714	CONSEJO Y SUPERVISION POR ABUSO DE ALCOHOL 92
Z715	CONSEJO Y SUPERVISION POR EL ABUSO DE DROGAS 92
Z716	CONSEJO POR ABUSO DE TABACO 92
Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA 93
Z720	USO DE TABACO 93
Z721	USO DE ALCOHOL 93
Z722	USO DE DROGAS 93
Z723	FALTA DE EJERCICIO FISICO 93
Z724	DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS 93
Z725	CONDUCTA SEXUAL DE ALTO RIESGO 93
Z726	JUGADOR O APOSTADOR POR EMOCION O POR GANAR DINERO 93
Z728	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA 93
Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA 94
Z730	AGOTAMIENTO 94
Z731	ACENTUACION DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD (INCLUYE PATRON DE CONDUCTA TIPO A) 94
Z732	FALTA DE RELAJACION Y OCIO 94
Z733	ESTRES, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE 94
Z734	HABILIDADES SOCIALES INADECUADAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE 94
Z735	CONFLICTO CON EL PAPEL SOCIAL, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE 94

Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	95
Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	96
Z810	ANTECEDENTES FAMILIARES DE RETRASO MENTAL	96
Z811	ANTECEDENTES FAMILIARES DE ALCOHOLISMO	96
Z813	ANTECEDENTES FAMILIARES DE ABUSO DE OTROS PRODUCTOS PSICOACTIVOS	96
Z818	ANTECEDENTES MENTALES DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	96
F00	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	97
F000	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOZ	97
F0000	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOZ SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F0001	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOZ CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F0002	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOZ CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F0003	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOZ CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97
F0004	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOZ CON OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F001	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO	97
F0010	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F0011	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F0012	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F0013	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97
F0014	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO CON OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F002	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ATIPICA O MIXTA	97
F0020	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ATIPICA O MIXTA SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F0021	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ATIPICA O MIXTA CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F0022	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ATIPICA O MIXTA CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F0023	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ATIPICA O MIXTA CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97
F0024	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ATIPICA O MIXTA CON OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F009	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER SIN ESPECIFICACION	97
F01	DEMENCIA VASCULAR	97
F010	DEMENCIA VASCULAR DE INICIO AGUDO	97
F0100	DEMENCIA VASCULAR DE INICIO AGUDO SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F0101	DEMENCIA VASCULAR DE INICIO AGUDO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F0102	DEMENCIA VASCULAR DE INICIO AGUDO CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F0103	DEMENCIA VASCULAR DE INICIO AGUDO CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97
F0104	DEMENCIA VASCULAR DE INICIO AGUDO CON OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F011	DEMENCIA VASCULAR MULTI-INFARTO	97
F0110	DEMENCIA VASCULAR MULTI-INFARTO SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F0111	DEMENCIA VASCULAR MULTI-INFARTO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F0112	DEMENCIA VASCULAR MULTI-INFARTO CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F0113	DEMENCIA VASCULAR MULTI-INFARTO CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97
F0114	DEMENCIA VASCULAR MULTI-INFARTO CON OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F012	DEMENCIA VASCULAR SUBCORTICAL	97
F0120	DEMENCIA VASCULAR SUBCORTICAL SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F0121	DEMENCIA VASCULAR SUBCORTICAL CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F0122	DEMENCIA VASCULAR SUBCORTICAL CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F0123	DEMENCIA VASCULAR SUBCORTICAL CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97
F0124	DEMENCIA VASCULAR SUBCORTICAL CON PREDOMINIO DE OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F013	DEMENCIA VASCULAR MIXTA CORTICAL Y SUBCORTICAL	97
F0130	DEMENCIA VASCULAR MIXTA CORTICAL Y SUBCORTICAL SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F0131	DEMENCIA VASCULAR MIXTA CORTICAL Y SUBCORTICAL CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F0132	DEMENCIA VASCULAR MIXTA CORTICAL Y SUBCORTICAL CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F0133	DEMENCIA VASCULAR MIXTA CORTICAL Y SUBCORTICAL CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97
F0134	DEMENCIA VASCULAR MIXTA CORTICAL Y SUBCORTICAL CON PREDOMINIO DE OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F018	OTRAS DEMENCIAS VASCULARES	97
F0180	OTRAS DEMENCIAS VASCULARES SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F0181	OTRAS DEMENCIAS VASCULARES CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F0182	OTRAS DEMENCIAS VASCULARES CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F0183	OTRAS DEMENCIAS VASCULARES CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97
F0184	OTRAS DEMENCIAS VASCULARES CON PREDOMINIO DE OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F019	DEMENCIA VASCULAR SIN ESPECIFICACION	97
F0190	DEMENCIA VASCULAR SIN ESPECIFICACION SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F0191	DEMENCIA VASCULAR SIN ESPECIFICACION CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F0192	DEMENCIA VASCULAR SIN ESPECIFICACION CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F0193	DEMENCIA VASCULAR SIN ESPECIFICACION CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97

F0194	DEMENCIA VASCULAR SIN ESPECIFICACION CON PREDOMINIO DE OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F02	DEMENCIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	97
F020	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PICK	97
F021	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB	97
F022	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	97
F0220	DEMENCIA EN LA COREA DE HUNTINGTON	97
F023	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	97
F0230	DEMENCIA EN LOS PARKINSONISMOS	97
F0231	DEMENCIA EN LA PARALISIS AGITANTE	97
F024	DEMENCIA EN LA INFECION POR VIH	97
F0240	ENCEFALOPATIA POR VIH O ENCEFALITIS SUBAGUDA	97
F0241	COMPLEJO DEMENCIA-SIDA	97
F028	DEMENCIA EN OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	97
F0280	DEMENCIA EN INTOXICACIONES POR MONOXIDO DE CARBONO	97
F0281	DEMENCIA EN LIPOIDOSIS CEREBRAL	97
F0282	DEMENCIA EN EPILEPSIA	97
F0283	DEMENCIA EN PARALISIS GENERAL PROGRESIVA	97
F0284	DEMENCIA EN DEGENERACION HEPATOLENTICULAR (ENFERMEDAD DE WILSON)	97
F0285	DEMENCIA EN HIPERCALCEMIA	97
F0286	DEMENCIA EN HIPOTIROIDIMO ADQUIRIDO	97
F0287	DEMENCIA EN INTOXICACIONES	97
F0288	DEMENCIA EN ESCLEROSIS MULTIPLE	97
F0289	DEMENCIA EN NEUROSIFILIS	97
F0281	DEMENCIA EN DEFICIENCIA DE NIACINA (PELAGRA)	97
F0281	DEMENCIA EN POLIARTERITIS NODOSA	97
F0281	DEMENCIA EN LUPUS ERITEMATOSOS SISTEMICO	97
F0281	DEMENCIA EN TRIPANOMIASIS AFRICANA	97
F0281	DEMENCIA EN TRIPANOMIASIS AMERICANA	97
F0281	DEMENCIA EN DEFICIENCIA DE VITAMINA B12	97
F03	DEMENCIA SIN ESPECIFICACION	97
F030	DEMENCIA SIN ESPECIFICACION SIN SINTOMAS ADICIONALES	97
F031	DEMENCIA SIN ESPECIFICACION CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES	97
F032	DEMENCIA SIN ESPECIFICACION CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES	97
F033	DEMENCIA SIN ESPECIFICACION CON PREDOMINIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	97
F034	DEMENCIA SIN ESPECIFICACION CON PREDOMINIO DE OTROS SINTOMAS MIXTOS	97
F04	SINDROME AMNESICO ORGANICO NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	97
F05	DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	97
F050	DELIRIUM NO SUPERPUERTO A DEMENCIA	97
F051	DELIRIUM SUPERPUERTO A DEMENCIA	97
F058	OTRO DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL O DROGA	97
F059	DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS SIN ESPECIFICACION	97
F06	OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION O DISFUNCION CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMATICA	97
F060	ALUCINOSIS ORGANICA	97
F061	TRASTORNO CATATONICO ORGANICO	97
F062	TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES (ESQUIZOFRENIFORME) ORGANICO	97
F0620	ESTADOS ORGANICOS PARANOIDES O ALUCINATORIOS-PARANOIDES	97
F0621	PSICOSIS ESQUIZOFRENIFORMES DE LA EPILEPSIA	97
F063	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) ORGANICOS	97
F0630	TRASTORNO MANIACO ORGANICO	97
F0631	TRASTORNO BIPOLAR ORGANICO	97
F0632	TRASTORNO DEPRESIVO ORGANICO	97
F0633	TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVO) MIXTO ORGANICO	97
F064	TRASTORNO DE ANSIEDAD ORGANICO	97
F065	TRASTORNO DISOCIATIVO ORGANICO	97
F066	TRASTORNO DE LABILIDAD EMOCIONAL (ASTENICO) ORGANICO	97
F067	TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE	97
F068	OTRO TRASTORNO MENTAL ESPECIFICADO DEBIDO A LESION O DISFUNCION CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMATICA	97
F069	OTRO TRASTORNO MENTAL ESPECIFICADO DEBIDO A LESION O DISFUNCION CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMATICA SIN ESPECIFICACION	97
F07	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESION O DISFUNCION CEREBRAL	97
F070	TRASTORNO ORGANICO DE LA PERSONALIDAD	97

F0700	SINDROME DEL LOBULO FRONTAL	97
F0701	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DE LA EPILEPSIA LIMBICA	97
F0702	SINDROME POSTLOBOTOMIA O ESTADO POSTLEUCOTOMIA	97
F0703	PERSONALIDAD ORGANICA PSEUDOPSICOPATICA	97
F0704	PERSONALIDAD ORGANICA PSEUDORETRASADA	97
F071	SINDROME POSTENCEFALITICO	97
F072	SINDROME POSTCONMOCIONAL	97
F078	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESION O DISFUNCION CEREBRAL	97
F079	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESION O DISFUNCION CEREBRAL SIN ESPECIFICACION	97
F09	TRASTORNO MENTAL ORGANICO O SINTOMATICO SIN ESPECIFICACION	97
F090	PSICOSIS ORGANICA SIN ESPECIFICACION	97
F091	PSICOSIS SINTOMATICA SIN ESPECIFICACION	97

ANEXO 2. Distribución de la población femenina y masculina atendida en salud mental en la CAPV en 1995, 2000, 2005 y 2011 por diagnóstico CIE-10 y nivel de instrucción (Ny%).

Distribución de la población FEMENINA atendida en salud mental en la CAPV en 1995 por diagnóstico según la clasificación CIE-10 (N y %)																		
		N totales = 10512; N perdidos 116; N = 10396	No lee, escribe		Estudios primarios		Bachillerato elemental		Bachillerato superior		Estudios medios		Estudios superiores		No consta		Total	
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	15	4,9	299	8,1	182	10,5	99	6,3	15	3,5	30	7,0	88	4,0	728	7,0
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,0
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS	0	0,0	1	0,0	3	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,0
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	0	0,0	2	0,1	0	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	6	0,1
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	0	0,0	1	0,0	3	0,2	3	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,1	10	0,1
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	0	0,0	28	0,8	28	1,6	8	0,5	3	0,7	2	0,5	7	0,3	76	0,7
12	F20	ESQUIZOFRENIA	4	1,3	160	4,3	44	2,5	60	3,8	18	4,2	20	4,6	82	3,7	388	3,7
13	F30	EPISODIO MANIACO	0	0,0	6	0,2	4	0,2	2	0,1	2	0,5	1	0,2	4	0,2	19	0,2
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	1	0,3	55	1,5	15	0,9	21	1,3	8	1,9	12	2,8	25	1,1	137	1,3
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	13	4,2	130	3,5	43	2,5	37	2,4	16	3,7	13	3,0	68	3,1	320	3,1

16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	31	10,0	614	16,6	192	11,1	148	9,4	53	12,4	42	9,7	294	13,2	1375	13,2
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	31	10,0	588	15,9	275	15,9	295	18,8	89	20,7	95	22,0	331	14,9	1704	16,4
18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	1	0,3	13	0,4	20	1,2	16	1,0	4	0,9	17	3,9	21	0,9	92	0,9
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	34	11,0	622	16,8	314	18,1	268	17,1	89	20,7	75	17,4	291	13,1	1693	16,3
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	7	2,3	101	2,7	51	2,9	38	2,4	9	2,4	9	2,1	46	2,1	261	2,5
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	3	1,0	22	0,6	6	0,3	12	0,8	3	0,7	0	0,0	10	0,4	56	0,5
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	5	1,6	46	1,2	28	1,6	34	2,2	9	2,1	5	1,2	27	1,2	154	1,5
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	1	0,3	30	0,8	42	2,4	117	7,4	29	6,8	38	8,8	60	2,7	317	3,0
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	4	1,3	19	0,5	13	0,8	2	0,1	0	0,0	4	0,9	14	0,6	56	0,5
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	0	0,0	18	0,5	9	0,5	13	0,8	3	0,7	5	1,2	2	0,1	50	0,5
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	1	0,3	6	0,2	7	0,4	2	0,1	3	0,7	1	0,2	7	0,3	27	0,3
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	3	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	6	0,1
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	2	0,6	9	0,2	4	0,2	3	0,2	0	0,0	1	0,2	6	0,3	25	0,2
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	2	0,1	6	0,3	3	0,2	0	0,0	2	0,5	2	0,1	15	0,1
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	4	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,0
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	1	0,3	3	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	7	0,1
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	1	0,3	17	0,5	12	0,7	11	0,7	0	0,0	1	0,2	1	0,0	43	0,4
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	3	0,1	2	0,1	6	0,4	3	0,7	1	0,2	2	0,1	17	0,2
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	1	0,3	2	0,1	4	0,2	2	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	10	0,1
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	1	3,0	15	0,4	3	0,2	8	0,5	3	0,7	3	0,7	4	0,2	37	0,4
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	10	0,3	6	0,3	4	0,3	1	0,2	0	0,0	5	0,2	26	0,3
44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	0	0,0	3	0,1	4	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	4	0,2	12	0,1
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	0	0,0	2	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	9	2,9	22	0,6	13	0,8	3	0,2	0	0,0	0	0,0	15	0,7	62	0,6
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	28	9,1	79	2,1	83	4,8	63	4,0	3	0,7	3	0,7	80	3,6	339	3,3
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,1	5	0,0
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

67	Z046	EXAMEN PSIQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1	0,0	
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	3	0,0
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
82	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	0	0,0	2	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,0
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97	F00	DEMENCIAS	21	6,8	123	3,3	10	0,6	4	0,3	2	0,5	1	0,2	64	2,9	225	2,2
99	0000	SIN DIAGNOSTICO	94	30,5	634	17,2	295	17	279	17,8	62	14,5	46	10,7	652	29,3	2062	19,8
		TOTAL	309	100,0	3695	100,0	1733	100,0	1571	100,0	429	100,0	431	100,0	2227	100,0	10396	100,0

Distribución de la población MASCULINA atendida en salud mental en la CAPV en 1995 por diagnóstico según la clasificación CIE-10 (N y %)

		N totales = 8876; N perdidos 93; N = 8783			No lee, escribe		Estudios primarios		Bachillerato elemental		Bachillerato superior		Estudios medios		Estudios superiores		No consta		Total	
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL			45	16,4	824	27,0	527	28,2	204	16,1	40	15,9	37	13,0	246	13,8	1923	21,9
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES			0	0,0	6	0,2	4	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,4	18	0,2
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS			0	0,0	8	0,3	5	0,3	6	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,1	21	0,2
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS			0	0,0	1	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA			0	0,0	6	0,2	11	0,6	4	0,3	0	0,0	0	0,0	5	0,3	26	0,3
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)			0	0,0	8	0,3	9	0,5	5	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	0,3
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION			0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES			0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	3	0,0
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS			2	0,7	117	3,8	92	4,9	38	3,0	5	2,0	3	1,1	30	1,7	287	3,3
12	F20	ESQUIZOFRENIA			4	1,5	114	3,7	89	4,8	88	7,0	13	5,2	19	6,7	85	4,8	412	4,7
13	F30	EPISODIO MANIACO			0	0,0	4	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,4	2	0,1	9	0,1
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR			0	0,0	26	0,9	13	0,7	8	0,6	1	0,4	6	2,1	9	0,5	63	0,7
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO			3	1,1	75	2,5	19	1,0	25	2,0	9	3,6	13	4,6	41	2,3	185	2,1
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES			6	2,2	205	6,7	81	4,3	77	6,1	19	7,6	18	6,3	95	5,3	501	5,7
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA			7	2,5	255	8,3	167	8,9	187	14,8	41	16,3	45	15,8	177	9,9	879	10,0
18	F42	TRASTORNO OBSESIIVO-COMPULSIVO			1	0,4	39	1,3	31	1,7	36	2,8	9	3,6	15	5,3	19	1,1	150	1,7

19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	30	10,9	292	9,6	188	10,1	167	13,2	37	14,7	37	13,0	162	9,1	913	10,4
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	0	0,0	11	0,4	8	0,4	2	0,2	1	0,4	2	0,7	9	0,5	33	0,4
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	0	0,0	13	0,4	14	0,7	7	0,6	2	0,8	6	2,1	10	0,6	52	0,6
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	2	0,7	38	1,2	37	2,0	22	1,7	3	1,2	5	1,8	31	1,7	138	1,6
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	3	1,1	4	0,1	1	0,1	12	0,9	0	0,0	0	0,0	6	0,3	26	0,3
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	3	1,1	22	0,7	3	0,2	7	0,6	3	1,2	2	0,7	13	0,7	53	0,6
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	1	0,4	47	1,5	11	0,6	15	1,2	5	2,0	10	3,5	9	0,5	98	1,1
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	1	0,4	5	0,2	4	0,2	2	0,2	0	0,0	0	0,0	7	0,4	19	0,2
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,0
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	16	0,5	12	0,6	13	1,0	2	0,8	2	0,7	5	0,3	50	0,6
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	1	0,4	11	0,4	9	0,5	12	0,9	2	0,8	3	1,1	6	0,3	44	0,5
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	8	0,3	7	0,4	4	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,1	21	0,2
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	1	0,4	7	0,2	8	0,4	4	0,3	1	0,4	2	0,7	1	0,1	24	0,3
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	3	0,1	2	0,1	2	0,2	0	0,2	0	0,0	4	0,2	11	0,1
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	6	0,2	4	0,2	12	0,9	2	0,8	3	1,1	4	0,2	31	0,4
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	2	0,7	3	0,1	3	0,2	2	0,2	1	0,4	3	1,1	0	0,0	14	0,2
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	1	0,4	16	0,5	20	1,1	8	0,6	4	1,6	2	0,7	7	0,4	58	0,7
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	1	0,4	14	0,5	14	0,7	13	1,0	4	1,6	3	1,1	10	0,6	59	0,7

44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	0	0,0	6	0,2	7	0,4	4	0,3	0	0,0	0	0,0	6	0,3	23	0,3
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	0	0,0	4	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,4	3	0,2	10	0,1
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	0	0,0	0	0,0	3	0,2	1	0,1	0	0,0	1	0,4	4	0,2	9	0,1
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	9	3,3	26	0,9	16	0,9	1	0,1	0	0,0	0	0,0	20	1,1	72	0,8
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	55	20,0	166	5,4	152	8,1	54	4,3	4	1,6	4	1,4	182	10,2	617	7,0
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	0	0,0	2	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	5	0,1
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
67	Z046	EXAMEN PSQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
82	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97	F00	DEMENCIAS	6	2,2	81	2,7	9	0,5	11	0,9	2	0,8	2	0,7	37	2,1	148	1,7
99	0000	SIN DIAGNOSTICO	91	33,1	565	18,5	282	15,1	205	16,2	39	15,5	39	13,7	521	29,2	1742	19,2
		TOTAL	275	100,0	3055	100,0	1870	100,0	1265	100,0	251	100,0	284	100,0	1783	100,0	8783	100,0

Distribución de la población FEMENINA atendida en salud mental en la CAPV en 2000 por diagnóstico según la clasificación CIE-10 (N y %)

		N Totales = 10744; N perdidos = 176; N = 10568		No lee, escribe		Estudios primarios		Bachillerato elemental		Bachillerato superior		Estudios medios		Estudios superiores		No consta		Total	
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL		7	3,8	237	7,1	175	9,0	111	5,9	35	5,4	17	3,3	57	2,7	639	6,0
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES		0	0,0	4	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	5	0,0
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,0
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS		0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA		1	0,5	6	0,2	12	0,6	5	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	0,2
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)		0	0,0	3	0,1	3	0,2	1	0,1	0	0,0	1	0,2	1	0,0	9	0,1
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES		0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1	5	0,0
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS		0	0,0	12	0,4	4	0,2	8	0,4	1	0,2	1	0,2	5	0,2	31	0,3
12	F20	ESQUIZOFRENIA		6	3,3	99	3,0	52	2,7	35	1,9	10	1,5	13	2,5	71	3,4	286	2,7
13	F30	EPISODIO MANIACO		0	0,0	3	0,1	2	0,1	1	0,1	1	0,2	2	0,4	3	0,1	12	0,1
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR		1	0,5	47	1,4	16	0,8	11	0,6	55	0,8	9	1,7	22	1,0	111	1,1
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO		9	4,9	191	5,8	76	3,9	73	3,9	31	4,8	19	3,7	69	3,3	468	4,4
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES		9	4,9	425	12,9	174	9,0	167	11,7	76	11,7	39	7,6	200	9,5	1091	10,3
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA		10	5,5	403	12,3	302	15,6	329	17,5	127	19,6	101	19,6	184	8,4	1457	13,8
18	F42	TRASTORNO OBSESIIVO-COMPULSIVO		1	0,5	30	0,9	10	0,5	11	0,6	5	0,6	6	1,2	15	0,7	78	0,7

19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	23	12,6	650	19,8	377	19,5	422	22,4	150	23,1	126	24,4	248	11,7	1996	18,9
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	1	0,5	77	2,3	21	1,1	44	2,3	7	1,1	7	1,4	33	1,6	190	1,8
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	0	0,0	10	0,3	2	0,1	4	0,2	1	0,2	4	0,8	2	0,1	23	0,2
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	3	1,6	52	1,6	41	2,1	27	1,4	14	2,2	11	2,1	31	1,5	179	1,7
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	2	1,1	49	1,5	74	3,8	109	5,8	30	4,6	45	8,7	107	5,1	416	3,9
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	3	1,6	24	0,7	5	0,3	9	0,5	3	0,5	3	0,6	12	0,6	59	0,6
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	0	0,0	4	0,1	1	0,1	4	0,2	1	0,2	2	0,4	1	0,0	14	0,1
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	1	0,5	3	0,1	10	0,5	3	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,2	22	0,2
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	3	0,1	3	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	8	0,1
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	12	0,4	1	0,1	5	0,3	3	0,5	2	0,4	4	0,2	27	0,3
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,2	4	0,2	7	0,1
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	2	0,1	1	0,1	4	0,2	1	0,2	0	0,0	4	0,2	12	0,1
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	20	0,6	4	0,2	6	0,3	0	0,0	0	0,0	10	0,5	40	0,4
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	1	0,5	3	0,1	2	0,1	6	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	13	0,1
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,0
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	3	0,1	4	0,2	3	0,2	0	0,0	1	0,2	2	0,1	13	0,1
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	,0	1	0,0
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	3	1,6	21	0,6	12	0,6	12	0,6	5	0,8	1	0,3	7	0,3	61	0,6
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	9	0,3	7	0,4	7	0,4	2	0,3	1	0,2	4	0,2	30	0,3

44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	0	0,0	7	0,2	3	0,2	2	0,1	1	0,2	0	0,0	0	0,0	14	0,1
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,0
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	5	2,7	19	0,6	6	0,3	2	0,1	1	0,2	0	0,0	18	0,9	51	0,5
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	22	12,0	106	3,1	72	3,7	29	1,5	6	0,9	3	0,3	58	2,7	296	2,8
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	0	0,0	3	0,1	2	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	8	0,1
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
67	Z046	EXAMEN PSQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES																		
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL																		
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	0	0,0	1	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	0	0,0	7	0,2	5	0,3	5	0,3	0	0,0	3	0,6	1	0,0	21	0,2		
82	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	0	0,0	1	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	2	0,4	0	0,0	5	0,0		
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	0	0,0	0	0,0	1	0,1	3	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0		
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	0	0,0	0	0,0	3	0,2	4	0,2	2	0,3	2	0,4	0	0,0	11	0,1		
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0		
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,0		

94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	0	0,0	1	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	4	0,0
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
97	F00	DEMENCIAS	8	4,4	107	3,3	13	0,7	10	0,5	2	0,3	1	0,2	44	2,1	185	1,8
99	0000	SIN DIAGNOSTICO	67	36,6	626	19	429	22,1	401	21,7	122	18,8	88	17,1	885	41,8	2618	24,7
		TOTAL	183	100,0	3289	100,0	1934	100,0	1880	100,0	648	100,0	516	100,0	2115	100,0	10568	100,0

Distribución de la población MASCULINA atendida en salud mental en la CAPV en 2000 por diagnóstico según la clasificación CIE-10 (N y %)

		N Totales = 9031; N perdidos = 113; N = 8918	No lee, escribe		Estudios primarios		Bachillerato elemental		Bachillerato superior		Estudios medios		Estudios superiores		No consta		Total	
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	50	20,9	652	22,9	509	25,7	281	18,3	56	16,5	37	11,0	159	9,8	1744	19,6
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,0
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS	0	0,0	6	0,2	11	0,6	7	0,5	1	0,3	3	0,9	0	0,0	28	0,3
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	3	1,3	55	1,9	54	2,7	21	1,4	2	0,6	3	0,9	4	0,2	142	1,6
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	0	0,0	14	0,5	13	0,7	7	0,5	0	0,0	2	0,6	1	0,1	37	0,4
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	0	0,0	1	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	3	0,0
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	2	0,8	66	2,3	52	2,6	22	1,4	1	0,3	2	0,6	17	1,0	162	1,8
12	F20	ESQUIZOFRENIA	4	1,7	103	3,6	82	4,1	92	6,0	29	8,5	19	5,7	76	4,7	405	4,5
13	F30	EPISODIO MANIACO	0	0,0	5	0,2	1	0,1	4	0,3	1	0,3	0	0,0	4	0,2	15	0,2
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	1	0,4	26	0,9	8	0,4	13	0,8	5	1,5	5	1,5	19	1,2	77	0,9
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	1	0,4	85	3,0	42	2,1	58	3,8	10	2,9	23	6,8	32	2,0	251	2,8
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	1	0,4	110	3,9	70	3,5	64	4,2	20	5,9	17	5,1	67	4,1	349	3,9
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	7	2,9	223	7,8	181	9,1	213	13,8	56	16,5	50	14,9	106	6,5	836	9,4

18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	2	0,8	40	1,4	27	1,4	42	2,7	15	4,4	17	5,1	18	1,1	161	1,8
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	14	5,9	362	12,7	187	9,4	236	15,3	52	15,3	63	18,8	152	9,3	1066	12,0
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	0	0,0	8	0,3	10	0,5	11	0,7	0	0,0	4	1,2	7	0,4	40	0,4
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	0	0,0	8	0,3	6	0,3	5	0,3	0	0,0	3	0,9	3	0,2	25	0,3
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	2	0,8	40	1,4	29	1,5	37	2,4	4	1,2	2	0,6	41	2,5	155	1,7
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	3	1,3	5	0,2	6	0,3	8	0,5	1	0,3	3	0,9	7	0,4	33	0,4
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	4	1,7	15	0,5	11	0,6	12	0,8	1	0,3	4	1,2	12	0,7	59	0,7
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	1	0,4	12	0,4	17	0,9	9	0,6	5	1,5	8	2,4	6	0,4	58	0,7
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	1	0,4	4	0,1	6	0,3	2	0,1	0	0,0	1	0,3	6	0,4	20	0,2
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	12	0,4	4	0,2	5	0,3	0	0,0	1	0,3	9	0,6	31	0,3
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	6	0,2	5	0,3	6	0,4	0	0,0	3	0,9	7	0,4	27	0,3
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	1	0,0	8	0,4	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	11	0,1
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	10	0,4	5	0,3	7	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,1	24	0,3
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,0
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	5	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1	0,1	8	0,1
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	4	0,1	11	0,6	7	0,5	3	0,9	4	1,2	1	0,1	30	0,3
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,6	0	0,0	3	0,0
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	3	0,1	2	0,1	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,1
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0,	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,0
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	0	0,0	15	0,5	34	1,7	14	0,9	3	0,9	3	0,9	16	1,0	85	1,0
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	1	0,4	9	0,3	11	0,6	6	0,4	0	0,0	1	0,3	12	0,7	40	0,4

44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	0	0,0	7	0,2	10	0,5	2	0,1	1	0,3	1	0,3	1	0,1	22	0,2
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	0	0,0	1	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	0	0,0	1	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	50	4,2	24	0,8	7	0,4	5	0,3	0	0,0	0	0,0	17	1,0	63	0,7
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	49	20,5	264	9,3	212	10,7	48	3,1	4	1,2	1	0,3	131	8,0	709	8,0
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	0	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

67	Z046	EXAMEN PSIQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	0	0,0	1	0,0	1	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	0	0,0	4	0,1	2	0,1	4	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,1	13	0,1
82	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	0	0,0	1	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,3	1	0,1	5	0,1
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97	F00	DEMENCIAS	5	2,1	87	3,0	19	1,0	12	0,8	3	0,9	3	0,9	29	1,8	158	1,8
99	0000	SIN DIAGNOSTICO	78	32,6	549	19,2	322	16,2	261	16,9	63	18,5	48	14,3	659	40,4	1980	22,3
		TOTAL	239	100,0	2573	100,0	1983	100,0	1539	100,0	340	100,0	336	100,0	1628	100,0	8918	100,0

Distribución de la población FEMENINA atendida en salud mental en la CAPV en 2005 por diagnóstico según la clasificación CIE-10 (N y %)

		N totales = 10812; N perdidos = 194; N = 10618	No lee, escribe		Estudios primarios		Bachillerato elemental		Bachillerato superior		Estudios medios		Estudios superiores		No consta		Total	
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0000	SIN DIAGNOSTICO	30	19,1	656	20,6	277	15,9	283	17,7	93	15,0	120	17,5	870	33,2	2329	21,9
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	8	5,1	168	5,3	93	5,3	60	3,7	17	2,7	22	3,2	76	2,9	444	4,2
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS	1	0,6	2	0,1	4	0,2	1	0,1	0	0,0	1	0,1	2	0,1	11	0,1
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	0	0,0	22	0,7	18	1,0	7	0,4	0	0,0	0	0,0	5	0,2	52	0,5
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	0	0,0	0	0,0	5	0,3	3	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,0	9	0,1
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	0	0,0	1	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	0	0,0	5	0,2	16	0,9	6	0,4	1	0,2	0	0,0	10	0,4	38	0,4
12	F20	ESQUIZOFRENIA	7	4,5	95	3,0	39	2,2	31	1,9	14	2,3	17	2,5	63	2,4	266	2,5
13	F30	EPISODIO MANIACO	0	0,0	3	0,1	4	0,2	2	0,1	1	0,2	0	0,0	9	0,9	19	0,2
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	2	1,3	42	1,3	7	0,4	14	0,9	12	1,9	4	0,6	11	0,4	92	0,9
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	3	1,9	156	4,9	60	3,4	54	3,4	28	4,5	28	4,1	146	5,6	475	4,5
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	15	9,6	329	10,3	207	11,9	146	9,1	57	9,2	62	9,1	189	7,2	1005	9,5

17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	19	12,1	375	11,8	283	16,2	332	20,7	128	20,6	135	19,7	290	11,1	1562	14,7
18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	2	1,3	10	0,3	10	0,6	10	0,6	10	1,6	10	1,5	19	0,7	71	0,7
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	35	22,3	714	22,4	428	24,6	410	25,6	185	29,7	201	29,7	502	19,1	2475	23,3
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	2	1,3	31	1,0	19	1,1	10	0,6	4	0,6	6	0,9	17	0,6	89	0,8
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	0	0,0	6	0,2	4	0,2	5	0,3	1	0,2	3	0,5	5	0,2	24	0,2
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	1	0,6	32	1,0	31	1,8	33	2,1	10	1,6	6	0,9	22	0,8	135	1,3
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	2	1,3	38	1,2	42	2,4	53	3,3	21	3,4	24	3,5	66	2,5	246	2,3
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	3	1,9	19	0,6	8	0,5	7	0,4	2	0,3	2	0,3	15	0,6	56	0,5
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	0	0,0	2	0,1	3	0,2	4	0,2	3	0,5	3	0,4	4	0,2	19	0,2
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	0	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,3	10	0,1
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	0	0,0	5	0,2	2	0,1	1	0,1	0	0,0	2	0,3	3	0,1	13	0,1
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	5	0,2	2	0,1	4	0,2	0	0,0	2	0,3	5	0,2	18	0,2
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	1	0,0	3	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,1	7	0,1
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	6	0,2	4	0,2	6	0,4	0	0,0	2	0,0	3	0,1	21	0,2
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)	0	0,0	1	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	14	0,4	3	0,2	5	0,3	2	0,3	1	0,1	2	0,1	27	0,3
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	4	0,0
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	3	0,2	0	0,0	2	0,3	1	0,1	1	0,1	7	0,1
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	0	0,0	7	0,2	8	0,5	11	0,7	1	0,2	2	0,3	18	0,7	47	0,4
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	7	0,2	15	0,9	8	0,5	4	0,6	3	0,4	6	0,2	43	0,4
44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	0	0,0	2	0,1	2	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,0
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	2	1,3	18	0,6	3	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	0,6	38	0,4
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	5	3,1	175	5,5	54	3,1	20	1,2	1	0,2	3	0,4	83	3,2	341	3,2
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	1	0,6	9	0,3	2	0,1	2	0,1	1	0,0	0	0,0	2	0,1	17	0,2
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

67	Z046	EXAMEN PSIQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	0	0,0	0	0,0	2	0,1	4	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	7	0,1
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	0	0,0	0	0,0	3	0,2	2	0,3	0	0,0	2	0,3	1	0,0	8	0,1
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,0
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	0	0,0	2	0,1	4	0,4	7	0,4	2	0,3	2	0,2	2	0,1	19	0,2
82	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	0	0,0	3	0,1	2	0,1	1	0,1	1	0,0	0	0,0	1	0,0	8	0,1
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	0	0,0	2	0,1	2	0,1	2	0,1	2	0,3	0	0,0	0	0,0	8	0,1
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97	F00	DEMENCIAS	11	0,7	101	3,1	12	0,7	6	0,4	4	0,6	0	0,0	54	2,1	188	1,8
99			8	5,1	115	3,6	47	2,7	49	3,1	12	1,9	19	2,8	92	3,5	342	3,2
		TOTAL	157	100,0	3188	100,0	1742	100,0	1602	100,0	622	100,0	685	100,0	2622	100,0	10618	100,0

Distribución de la población MASCULINA atendida en salud mental en la CAPV en 2005 por diagnóstico según la clasificación CIE-10 (N y %)

		N totales = 9590; N perdidos = 93; N = 9497	No lee, escribe		Estudios primarios		Bachillerato elemental		Bachillerato superior		Estudios medios		Estudios superiores		No consta		Total	
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	15	11,2	472	15,3	308	17,2	186	12,8	27	8,5	42	10,9	173	7,5	1223	12,9
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	1	0,7	2	0,1	3	0,2	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	7	0,1
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS	0	0,0	33	1,1	36	2,0	22	1,5	1	0,3	0	0,0	11	5,0	103	1,1
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	2	1,5	154	5,0	108	6,0	56	3,8	12	3,8	7	1,8	51	2,2	390	4,1
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	0	0,0	9	0,3	18	1,0	9	0,6	1	0,3	0	0,0	2	0,1	39	0,4
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,0	2	0,0
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	0	0,0	1	0,0	0	0,1	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	3	2,2	35	1,1	54	3,0	26	1,8	3	0,9	5	1,3	33	1,4	160	1,7
12	F20	ESQUIZOFRENIA	5	3,7	98	3,2	59	3,3	68	4,7	20	6,3	11	2,9	86	3,7	347	3,7
13	F30	EPISODIO MANIACO	0	0,0	2	0,1	1	0,1	2	0,1	0	0,1	1	0,3	6	0,3	12	0,1
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	0	0,0	17	0,6	8	0,4	9	0,6	4	1,3	6	1,6	12	0,5	56	0,6
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	3	2,2	84	2,7	36	2,0	37	2,5	14	4,4	14	3,6	72	3,1	260	2,7
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	6	4,5	96	3,1	78	4,3	79	5,4	22	7,0	18	4,7	62	2,7	361	3,8
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	9	6,7	256	8,3	188	10,5	208	14,0	51	16,1	62	16,1	192	8,3	962	10,1

18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO		1	0,7	27	0,9	14	0,8	16	1,1	10	3,2	12	3,1	27	1,2	107	1,1
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION		18	13,4	425	13,8	268	14,9	309	21,2	76	24,1	95	24,7	330	14,2	1521	16,0
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)		0	0,0	8	0,3	3	0,2	4	0,3	0	0,0	1	3,0	4	0,2	20	0,2
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS		0	0,0	3	0,1	2	0,1	2	0,1	1	0,3	0	0,0	10	0,4	18	0,2
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS		0	0,0	19	0,6	28	1,6	23	1,6	1	0,3	3	0,8	16	0,7	90	0,9
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		1	0,7	5	0,2	6	0,3	6	0,4	0	0,0	1	0,3	6	0,3	25	0,3
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO		1	0,7	19	0,6	8	0,4	11	0,8	1	0,3	1	0,3	13	0,6	54	0,6
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO		1	0,7	8	0,3	4	0,2	5	0,3	1	0,3	2	0,5	11	0,5	32	0,3
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR		0	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	5	0,1
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD		0	0,0	3	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	7	0,1
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD		1	0,7	5	0,2	5	0,3	3	0,2	1	0,3	0	0,0	3	0,1	18	0,2
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD		0	0,0	2	0,1	9	0,5	3	0,2	0	0,0	4	1,0	3	0,1	21	0,2
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD		0	0,0	7	0,2	6	0,3	2	0,1	0	0,1	0	0,0	2	0,1	17	0,2
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD		0	0,0	5	0,2	5	0,3	3	0,2	1	0,3	1	0,3	5	0,2	20	0,2
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)		0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD		0	0,0	1	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,0	5	0,5
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD		0	0,0	7	0,2	4	0,2	3	0,2	3	0,9	3	0,8	3	0,1	23	0,2
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD		0	0,0	2	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	4	0,0
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD		0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,0
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION		0	0,0	24	0,8	10	0,6	15	1,0	5	1,6	3	0,8	12	0,5	69	0,7
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD		1	0,7	11	0,4	10	0,6	7	0,5	3	0,9	0	0,0	7	0,3	39	0,4

44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	0	0,0	7	0,2	4	0,2	2	0,1	2	0,6	1	0,3	2	0,1	18	0,2
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	1	0,7	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,1	5	0,1
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,1	4	0,0
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	4	3,0	21	0,7	6	0,3	1	0,1	0	0,0	0	0,0	23	1,0	55	0,6
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	26	19,4	365	11,8	160	8,9	25	1,7	3	0,9	1	0,3	253	10,9	833	8,8
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	0	0,0	12	0,4	2	0,1	1	0,1	1	0,3	0	0,0	1	0,0	17	0,2
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	4	0,0
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
67	Z046	EXAMEN PSQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	0	0,0	1	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,0
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	0	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1	6	0,1
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
82	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	0	0,0	2	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,3	1	0,3	2	0,1	7	0,1
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,6	1	0,3	0	0,0	4	0,4
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,0
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,3	0	0,0	3	0,0
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97	F00	DEMENCIAS	2	1,5	88	2,8	19	1,1	8	0,5	0	0,0	2	0,5	36	1,6	155	1,6
99	0000	SIN DIAGNOSTICO	33	24,6	742	23,9	314	17,6	299	20,5	45	14,3	84	21,9	831	35,8	2349	24,7
		TOTAL	134	100,0	3089	100,0	1794	100,0	1457	100,0	316	100,0	384	100,0	2322	100,0	9497	100,0

Distribución de la población FEMENINA atendida en salud mental en la CAPV en 2011 por diagnóstico según la clasificación CIE-10 (N y %)

		N totales = 9907; N perdidos = 106; N = 9801	No lee, escribe		Estudios primarios		Bachillerato elemental		Bachillerato superior		Estudios medios		Estudios superiores		No consta		Total	
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	0	0,0	11	3,7	4	2,2	5	2,2	0	0,0	0	0,0	436	4,9	456	4,7
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS	0	0,0	0	0,0	2	1,1	0	0,0	1	1,0	0	0,0	16	0,2	19	0,2
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	0	0,0	3	1,0	2	1,1	1	0,4	0	0,0	2	2,2	21	0,2	29	0,3
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,1	5	0,1
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	0,2	22	0,2
12	F20	ESQUIZOFRENIA	3	15,0	3	1,0	2	1,1	2	1,9	2	2,0	0	0,0	216	2,4	228	2,3
13	F30	EPISODIO MANIACO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,1	5	0,1
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	1,1	36	0,4	39	0,4
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	0	0,0	26	8,7	8	4,4	17	7,5	4	4,1	4	4,3	578	6,5	637	6,5
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	0	0,0	10	3,3	4	2,2	3	1,3	0	0,0	0	0,0	202	2,3	219	2,2
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	4	20,0	39	13,0	33	18,0	37	16,2	17	17,3	17	18,3	1274	14,3	1421	14,5

18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	0	0,0	0	0,0	1	0,5	3	1,3	0	0,0	2	2,2	54	0,6	60	0,6
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	1	5,0	66	22,1	56	30,6	58	25,4	21	21,4	25	26,9	2287	25,8	2514	25,7
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,1	1	1,1	26	0,3	30	0,3
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	0	0,0	2	0,7	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	45	0,5	49	0,5
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	0	0,0	0	0,0	2	1,1	0	0,0	2	2,0	0	0,0	39	0,4	43	0,4
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	1	5,0	0	0,0	4	2,2	6	2,6	2	2,0	3	3,2	206	2,3	222	2,3
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0	71	0,8	73	0,7
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	15	0,2	16	0,2
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,0	10	0,0
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,0	7	0,0
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	0,0	21	0,0
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,0	9	0,0
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	0,0	19	0,0
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	6	0,1	7	0,1
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,1	7	0,1
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,1	5	0,1
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,1	11	0,1
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,1	5	0,1
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	0,3	31	0,7
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	6	0,1	7	0,1

44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	1,0	0	0,0	20	0,2	22	0,2
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	0,5	42	0,4
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	2	10,0	17	5,7	4	2,2	2	0,9	0	0,0	0	0,0	461	5,2	486	5,0
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	0,6	49	0,5
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65	Y074	TORTURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
67	Z046	EXAMEN PSQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	3	0,0
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,8	1	1,0	0	0,0	12	0,1	17	0,2
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	0	0,0	1	0,3	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	12	0,1	15	0,2
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1	6	0,1
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	3	0,0
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,0	5	0,0
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	20	0,2	21	0,2
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	1	0,5	3	1,0	4	2,2	4	1,8	0	0,0	5	5,4	71	0,8	88	0,9
82	Z632	SOPORTE FAMILIAR INADECUADO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1	6	0,1
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	0	0,0	4	1,3	1	0,5	2	0,9	3	3,1	1	1,1	60	0,7	71	0,7
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	2	2,0	0	0,0	20	0,2	23	0,2
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1	7	0,1
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	0	0,0	3	1,0	1	0,5	2	0,9	3	3,1	1	1,1	37	0,4	47	0,5
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	3	0,0
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	1,0	0	0,0	4	0,0	6	0,1
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	3	3,1	0	0,0	15	0,2	19	0,2

95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	3	0,0
97	F00	DEMENCIAS	1	5,0	24	8,0	2	1,1	2	0,9	0	0,0	0	0,0	164	1,8	193	2,0
99	0000	SIN DIAGNOSTICO	5	25,0	82	27,4	48	26,2	71	31,1	29	29,6	31	33,3	2146	24,1	2412	24,6
		TOTAL	20	100,0	299	100,0	183	100,0	228	100,0	98	100,0	93	100,0	8880	100,0	9801	100,0

Distribución de la población MASCULINA atendida en salud mental en la CAPV en 2011 por diagnóstico según la clasificación CIE-10 (N y %)

		N totales = 9087; N perdidos = 100; N = 8987	No lee, escribe		Estudios primarios		Bachillerato elemental		Bachillerato superior		Estudios medios		Estudios superiores		No consta		Total	
CP	CIE-10	DIAGNÓSTICO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	0	0,0	33	12,4	13	7,0	16	8,6	2	4,9	3	5,1	805	9,8	872	9,7
2	F11	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIOIDES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
3	F12	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDEOS	0	0,0	7	2,6	6	3,2	2	1,1	3	7,3	0	0,0	114	1,4	132	1,5
4	F13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	3	0,0
5	F1320	SINDROME DE DEPENDENCIA DE LOS CONSUMOS DE SEDANTES O HIPNOTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
6	F14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA	1	11,1	17	6,4	17	9,2	5	2,7	1	2,4	3	5,1	141	1,7	185	2,1
7	F15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)	0	0,0	4	1,5	3	1,6	2	1,1	0	0,0	0	0,0	33	0,4	42	0,5
8	F1604	INTOXICACION AGUDA POR CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCION	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
9	F17	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
10	F18	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11	F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS	0	0,0	10	3,8	6	3,2	1	0,5	0	0,0	1	1,7	127	1,5	145	1,6
12	F20	ESQUIZOFRENIA	0	0,0	7	2,6	5	2,7	1	0,5	2	4,9	2	3,4	267	3,2	284	3,2
13	F30	EPISODIO MANIACO	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1	8	0,1
14	F31	TRASTORNO BIPOLAR	0	0,0	0	0,0	2	1,1	1	0,5	1	2,4	1	1,7	40	0,5	45	0,5
15	F32	EPISODIO DEPRESIVO	1	11,1	7	2,6	4	2,2	7	3,7	1	2,4	3	5,1	301	3,7	324	3,6
16	F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES	0	0,0	2	0,8	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60	0,7	64	0,7
17	F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA	1	11,1	22	8,3	18	9,7	25	13,4	5	12,2	11	18,6	781	9,5	863	9,6

18	F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	0	0,0	0	0,0	3	1,6	2	1,1	0	0,0	0	0,0	73	0,9	78	0,9
19	F43	REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	1	11,1	29	10,9	33	17,8	53	28,3	7	17,1	10	16,9	1418	17,2	1551	17,3
20	F44	TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
21	F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	1,7	35	0,4	37	0,4
22	F48	OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	2,4	0	0,0	52	0,6	54	0,6
23	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	0,4	30	0,3
24	F51	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	0	0,0	3	1,1	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	74	0,9	78	0,9
25	F52	DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO	0	0,0	0	0,0	2	1,1	2	1,1	2	4,9	2	3,4	64	0,8	72	0,8
26	F54	FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,1	7	0,1
27	F55	ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPENDENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	F59	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y A FACTORES SOMATICOS SIN ESPECIFICACION	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
29	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
30	F600	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	0,2	15	0,2
31	F601	TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,1	11	0,1
32	F602	TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	3	0,0	4	0,0
33	F603	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	1	0,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,1	11	0,1
34	F6030	TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	0,2	19	0,2
35	F6031	TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LIMITE (BORDELINE)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,1	7	0,1
36	F604	TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
37	F605	TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,1	10	0,1
38	F606	TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACION) DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
39	F607	TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
40	F608	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,1	7	0,1
41	F6080	PERSONALIDAD NARCISISTA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
42	F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICACION	0	0,0	1	0,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	1,7	43	0,5	46	0,5
43	F61	TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	0,2	19	0,2

44	F62	TRANSFORMACION PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESION O ENFERMEDAD CEREBRAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	3	0,0
45	F63	TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	0	0,0	3	1,1	8	4,3	5	2,7	0	0,0	0	0,0	44	0,5	60	0,7
46	F64	TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
47	F65	TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL (INCLUYE PARAFILIAS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
48	F66	TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
49	F68	OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,0	5	0,0
50	F70	RETRASO MENTAL LEVE	1	11,1	3	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	66	0,8	70	0,8
51	F80	TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	2	22,2	19	7,1	2	1,1	1	0,5	0	0,0	0	0,0	988	12,0	1012	11,3
52	F989	TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	0	0,0	0	0,0	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	85	1,0	87	1,0
53	B22	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS COMO CONSECUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
54	R63	SINTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A LA ALIMENTACION Y LA INGESTION DE LIQUIDOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
55	R78	HALLAZGO DE DROGAS Y OTRAS SUBSTANCIAS QUE NORMALMENTE NO SE ENCUENTRAN EN SANGRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
56	X60	ENVENENAMIENTO INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDO POR ANALGESICOS NO OPIACEOS, ANTIPIRETICOS O ANTIREUMATICOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
57	X70	SUICIDIO Y LESION INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
58	X850	INTENTO DE HOMICIDIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
59	Y05	AGRESION SEXUAL CON FUERZA CORPORAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
60	Y06	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
61	Y07	OTROS SINDROMES DE MAL TRATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
62	Y071	CRUELDAD MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
63	Y072	ABUSO FISICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
64	Y073	ABUSO SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65	Y074	TORTURA																

66	Z041	EXAMEN POR RAZONES MEDICO LEGALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
67	Z046	EXAMEN PSQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
68	Z502	REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
69	Z55	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y EL ALFABETISMO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
70	Z564	RELACIONES DE DISPUTA CON LOS COMPAÑEROS DEL TRABAJO	0	0,0	1	0,4	2	1,1	4	2,1	0	0,0	2	3,4	16	0,2	25	0,3
71	Z5880	TRASTORNO MENTAL O ALTERACION DE LOS PADRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
72	Z59	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y CONDICIONES ECONOMICAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
73	Z60	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0
74	Z600	PROBLEMAS DE AJUSTE A LAS TRANSICIONES DE LOS CICLOS VITALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	6	0,1	7	0,1
75	Z601	SITUACIONES FAMILIARES ATIPICAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	3	0,0
76	Z602	PERSONA QUE VIVE SOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
77	Z603	DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL POR MIGRACION O CAMBIO SOCIAL	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	3	0,0
78	Z604	EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
79	Z608	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL (INCLUYE FAMILIA AISLADA Y OTROS AMBIENTES CIRCUNDANTES ANOMALOS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
80	Z61	PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA INFANCIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	0,0	22	0,0
81	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	0	0,0	4	1,5	1	0,5	4	2,1	0	0,0	0	0,0	46	0,6	55	0,6
82	Z63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO, INCLUIDAS LAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	3	0,0
83	Z633	AUSENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	0	0,0	1	0,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	0,3	30	0,3
84	Z635	RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0	0	0,0	19	0,2	21	0,2
85	Z636	FAMILIAR DEPENDIENTE NECESITADO DE CUIDADO EN EL HOGAR	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	4	0,0
86	Z637	OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,1	12	0,1
87	Z64	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
88	Z640	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
89	Z65	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
90	Z655	EXPOSICION A DESASTRE, GUERRA U OTRAS HOSTILIDADES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

91	Z70	CONSEJO RELACIONADO CON ACTITUD, CONDUCTA U ORIENTACION SEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
92	Z71	PERSONAS QUE SE PRESENTAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA OTROS CONSEJOS MEDICOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,0	6	0,0
93	Z72	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,0	8	0,0
94	Z73	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE LA VIDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,9	1	1,7	15	0,2	18	0,2
95	Z765	ENFERMOS FINGIDOS (SIMULADORES CONSCIENTES)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
96	Z81	HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
97	F00	DEMENCIAS	1	11,1	11	4,1	5	2,7	3	1,6	1	2,4	1	1,7	166	2,0	188	2,1
99	0000	SIN DIAGNOSTICO	1	11,1	75	28,2	44	23,8	8	25,6	12	29,2	6	27,1	2062	25	2258	25,1
		TOTAL	9	100,0	266	100,0	185	100,0	187	100,0	41	100,0	59	100,0	8240	100,0	8987	100,0

