



Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria

## **Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP**

Sistema Nacional de Salud

**Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria.**

BDCAP-Series 2

Datos 2017

Fecha del informe: diciembre 2020

**Secretario General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud**

Alfredo González Gómez

**Subdirectora General de Información Sanitaria**

Mercedes Alfaro Latorre

**Director General de Salud Digital y Sistemas de Información para el Sistema Nacional de Salud**

Juan Fernando Muñoz Montalvo

**Elaboración del informe:** Félix Miguel García, María Cruz Calvo Reyes, Iria Rodríguez Cobo

**Coordinación:** María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio

**Colaboración:** Francisco Pérez Domínguez, Juan Pablo Gómez Cuadrado  
(SG de Información Sanitaria)

### **Gestión de bases de datos**

Marifé Lapeña Gutiérrez

Esther María Díaz Osuna

(SG de Tecnologías de la Información)

Enrique Magdaleno Muñoz

María José Rodríguez López

Juan Antonio Ruiz Sánchez

(Apoyo informático externo)

### **Aplicación de carga de datos**

José Antonio Benito Calleja

Jorge Grande Vicente

(SG de Tecnologías de la Información)

Sonia Borreguero Villegas

(Apoyo informático externo)

**Ficha Editorial:**

Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.

**Palabras Clave:**

Atención Primaria. Datos Clínicos. BDCAP. 2017. Morbilidad. Evaluación. Calidad. Estadísticas. SNS. Salud mental.

**Autorización de uso:**

Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial.  
Hágase siempre referencia al documento.

**Cita sugerida:**

Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.

Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD  
CENTRO DE PUBLICACIONES  
PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 Madrid

NIPO: 133-21-026-6

<https://cpage.mpr.gob.es/>

Responsables funcionales y responsables tecnológicos para la BDCAP, a fecha de este informe.

Consejerías y Servicios de Salud de las comunidades autónomas.

#### **Andalucía**

Dolores Muñoyerro Muñiz  
Inmaculada Mesa Gallardo

#### **Aragón**

M<sup>a</sup> Pilar Rodrigo Val  
Laura Casaña Fernández  
Carlos Tellería Orriols

#### **Asturias (Principado de)**

Roberto Saiz Fernández  
Erika Izquierdo García

#### **Balears (Illes)**

Fernando Barturen Fernández  
Antonia Salvá Fiol  
Noemí Pérez García

#### **Canarias**

Marcos Estupiñán Ramírez  
Enrique Pérez Díaz

#### **Cantabria**

Germán Romero Ruiz  
José María Menchaca Riesco  
Rosa María González Fernández  
Gabriel Rodríguez García

#### **Castilla y León**

Carmen Hernández Palacios  
Ana Medina Luezas  
Juan Carlos Peciña de Frutos  
José Manuel Rodríguez Tamayo

#### **Castilla-La Mancha**

Pedro Luis López Galindo  
Jesús López Díaz  
José Sacristán París

#### **Cataluña**

Lluís Manuel García Eroles  
Carolina Sais Sunye  
Nuria Nequi Palomar  
Pilar Gil Sastre

#### **Comunidad Valenciana**

Julia Calabuig Pérez  
José Luis Mendoza Force

#### **Extremadura**

Manuela Rubio González  
Luis Lozano Meras  
José Luis Fernández Rosco

#### **Galicia**

Eladio Andión Campos  
Juan Manuel González Pérez

#### **Madrid (Comunidad de)**

Luis Sánchez Perruca  
Elena Bartolomé Benito  
Julián Jiménez Carramiñana  
Juan José Ruiz Martínez

#### **Murcia (Región de)**

Juan Antonio Gómez Company  
Inmaculada Castro Rodríguez  
Paloma Nogales Clavel

#### **Navarra (Comunidad Foral de)**

Óscar Lecea Juárez  
Fernando Elía Pitillas

#### **País Vasco**

Ana Jesús Bustinduy Bascaran  
Mikel Ogueta Lana  
Maite Cuadrado Zubizarreta  
Idoia Ruiz Legarreta

#### **La Rioja**

Amílcar Escribano Arbona  
Carlos Delgado Aquirrebeña  
María Victoria González González  
Miguel Azofra Crespo

# Índice

Introducción	7
Principales resultados	9
Prevalencia de los problemas de salud mental	14
Frecuencia global	14
Problemas generales	17
Trastorno de ansiedad	17
Trastornos del sueño	19
Depresión	21
Reacción de adaptación	23
Trastornos de personalidad	25
Trastornos por somatización	27
Anorexia nerviosa	29
Tartamudeo, disfemia espasmódica, tics	31
Fobia	33
Trastorno Obsesivo Compulsivo	35
Psicosis	37
Psicosis afectivas	37
Esquizofrenia	39
Otras psicosis no especificadas	41
Otras psicosis orgánicas	43
Alteraciones Cognitivas	45
Trastornos de la memoria	45
Demencia	47
Problemas específicos en menores de 25 años	49
Problemas específicos del aprendizaje	49
Signos/síntomas de comportamiento del niño/adolescente	51
Enuresis	53
Problemas de la conducta alimentaria en niños	55
Trastornos hiperkinéticos	57
Utilización de fármacos en Salud Mental	59
Antidepresivos	60
Ansiolíticos	61
Hipnóticos y sedantes	62
Neurolépticos	63
Litio	64
Fármacos contra la demencia	65
Psicoestimulantes	66
Seguridad del paciente: Indicadores de No hacer	67
Benzodiazepinas en insomnio	
Neurolépticos en insomnio o enfermedad de Parkinson	
Anexos	
1 Aspectos metodológicos	69
2 DHD y DDD. Códigos ATC y DDD de los fármacos incluidos	71
3 Códigos CIAP2 incluidos	75
4 Tablas con los datos numéricos de los gráficos	76

El problema de salud mental más frecuentemente registrado en las historias clínicas de atención primaria es el **trastorno de ansiedad** que afecta al 6,7% de población con tarjeta sanitaria. Es un problema con frecuencia relativamente estable entre los 35 y 84 años. El **trastorno depresivo** aparece en el 4,1% de la población y se va incrementando con la edad. El síntoma más frecuente es el **trastorno del sueño**, que afecta al 5,4% de la población (15,8% en mujeres, 5,1% en hombres), y crece con la edad. Las **psicosis** en conjunto afectan al 1,2% de la población siendo la más frecuente la psicosis afectiva, con una prevalencia de 7,2%. La **demencia** se registra en el 3,2% de la población de 60 y más años. En la **infancia y adolescencia** (< 25 años) los problemas más frecuentes son los trastornos hipercinéticos (1,8%) y los problemas específicos del aprendizaje (1,6%).

Los problemas de salud mental tienen varias **características comunes**: son de **predominio femenino en los adultos**, fundamentalmente en el caso de la anorexia nerviosa (7 veces más) y el trastorno depresivo (3 veces más). En la infancia/adolescencia son más frecuentes en los varones, en especial los trastornos hipercinéticos (3 veces más). Es frecuente la existencia de **gradiente social** (el problema de salud es más prevalente a medida que disminuye el nivel de rentas) en especial en las psicosis (esquizofrenia, 12 veces más en el nivel de renta más bajo respecto al más alto), los trastornos de la personalidad (11 veces más) y los trastornos de somatización (7 veces más).

El **34,3% de las mujeres** y el **17,8% de los hombres de 40 y más años** ha retirado al menos un envase de **antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante** durante el año de estudio, 2017. En términos cuantitativos, se dispensan 203,6 DHD (dosis diarias definidas por mil personas y día), cantidad que permite tratar al 20,4% de la población de 40 años y más con una dosis diaria estándar durante todo el año. Los más utilizados son: antidepresivos, 98,8 DHD (40,3 en mujeres y 52,8 en hombres), ansiolíticos (83,5 en mujeres y 43,4 en hombres) y los hipnóticos y sedantes (40,2 DHD, 52,2 en mujeres y 26,9 en hombres). El consumo tiene un **patrón común**: es mayor en mujeres, se incrementa con la edad, se observa gradiente social, y es mayor la dispensación conforme menor es el tamaño del municipio, con independencia de la edad. En **patologías específicas**: en las personas con **psicosis** (de cualquier edad) se dispensan 241,7 DHD de **neurolépticos**, más en hombres y en niveles de renta bajos. Se dispensan 109,5 DHD de **litio** en las personas con **psicosis afectiva**, sin grandes diferencias por sexo, edad o nivel de renta. En las personas con **demencia** se dispensan 376,2 DHD de **fármacos antidemencia**, sin diferencias por sexo, edad, nivel de renta o tamaño de municipio. Se dispensan 214,0 DHD de **psicoestimulantes** en los trastornos hipercinéticos en **menores de 25 años**, más en varones entre los 10 y 19 años y en los niveles de renta más altos.

## Introducción

La BDCAP recoge información clínica de una amplia muestra (4,8 millones) de historias clínicas de las personas asignadas a atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Anualmente se recopila, para cada individuo de la muestra, información sobre sus problemas de salud activos, las interconsultas al segundo nivel, los procedimientos (de imagen, laboratorio y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos), el valor de una selección de parámetros, los fármacos que han sido prescritos y dispensados y los contactos con atención primaria. Esta información puede desagregarse por 7 variables de clasificación: sexo, edad, nivel de renta, país de nacimiento, situación laboral, tamaño del municipio donde radica el centro de salud y comunidad autónoma.

Los problemas de salud de la esfera mental presentan tanto desde el punto de vista epidemiológico como de registro y clasificación varias características relevantes:

- Existe un continuum entre la normalidad, el signo o síntoma y el trastorno: por ejemplo, sensación de ansiedad o sentimientos depresivos como síntomas o trastorno de ansiedad o trastorno depresivo establecidos.
- Los modos en que las clasificaciones internacionales categorizan los PS mental no son siempre coincidentes. Por ejemplo, CIE9 y CIE10ES (Clasificación Internacional de Enfermedades) tienen pocos códigos de síntomas y signos y este hecho puede influir en variaciones de frecuencia de los problemas de salud en función de la clasificación utilizada. Sirva el caso de los trastornos de ansiedad (P74), que son más frecuentes en las comunidades autónomas que codifican con CIE9 y 10 que en las que utilizan CIAP2 (Clasificación Internacional de la Atención Primaria), mientras que ocurre lo contrario con el síntoma sensación de ansiedad (P01). De otro lado, los criterios de inclusión y exclusión de las clasificaciones pueden variar con cada edición y ser distintos en cada una.
- Existen situaciones clínicas que pueden ser catalogadas o clasificadas de forma distinta según los usos clínicos y tradiciones. Por ejemplo, trastorno depresivo y trastorno del humor depresivo.
- Los modos en que se muestran los códigos a los clínicos en los programas de ayuda a la codificación, pueden favorecer la utilización diferencial de códigos.

Todas estas circunstancias han de tenerse en cuenta al valorar los resultados que se presentan en este informe, que se ha elaborado a partir de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), que recoge, como se ha señalado, la información registrada en las historias clínicas de atención primaria en el contexto de la atención prestada.

Este informe tiene dos partes: en la primera se detalla la frecuencia de los problemas de salud mental y la segunda versa sobre la utilización de psicofármacos y de otros fármacos con actividad en el sistema nervioso central.

De los 43 problemas psicológicos que recoge la CIAP2 se han seleccionado 21: 10 problemas generales, 4 relacionados con la psicosis, 2 con alteraciones cognitivas y 5 problemas específicos en menores de 25 años (ver anexo 3).

De cada **problema de salud**, además de la prevalencia global, se proporcionan las siguientes desagregaciones:

- Por grupos quinquenales de edad y sexo.
- Por las variables de clasificación utilizadas en BDCAP (nivel de renta, situación laboral, tamaño de municipio y país de nacimiento).
- Serie histórica de los últimos 5 años de prevalencia y de casos nuevos.

Respecto a los **fármacos** se exponen su consumo en términos cuantitativos: DHD (dosis diaria definida por mil habitantes y día) que se desagregan en las citadas variables de clasificación. Se incluyen un par de indicadores 'no hacer'.

En los anexos se añaden detalles metodológicos, concepto de DDD y DHD y códigos utilizados.



## Principales resultados

### Prevalencia de problemas de salud mental

Cualquier análisis de la frecuencia y distribución de los problemas de salud mental ha de tener en cuenta la variabilidad ligada a razones epidemiológicas, culturales y a los sistemas de clasificación y codificación utilizados.

La prevalencia global de los problemas de salud mental (capítulo P de la CIAP2) es del 27,4% (30,2 en mujeres, 24,4 hombres). Se han seleccionado 10 problemas generales, 4 relacionados con la psicosis, 2 con alteraciones cognitivas y 5 problemas específicos de la infancia/adolescencia.

Los **rasgos específicos** de los 21 problemas analizados se resumen a continuación:

#### ○ Problemas de salud mental generales

- El problema de salud mental más frecuente es el **trastorno de ansiedad** que afecta al 6,7% de población (8,8% en mujeres, 4,5% en hombres). Si se incluyen “signos/síntomas de ansiedad” la cifra alcanza el 10,4%. Su frecuencia es relativamente estable a lo largo de la edad adulta: entre el 10 y el 12% de las mujeres entre 35 y 84 años tienen registrado este trastorno, y alcanza el 16-18% cuando se incluyen los síntomas.
- El **trastorno depresivo** aparece en el 4,1% de la población (5,9% en mujeres y 2,3% en hombres), creciendo la frecuencia progresivamente con la edad hasta alcanzar el 12% de las mujeres y el 5% de los hombres de 75 a 84 años.
- La **reacción de adaptación**, ya sea de carácter depresivo, ansioso o mixto se presenta en el 2,3% de la población (3,1% mujeres, 1,4% en hombres), la frecuencia crece con la edad, y se estabiliza entre los 45-84 años en torno al 4,5% en mujer y 2% en hombre.
- El síntoma **trastornos del sueño**, es el más frecuente y afecta al 5,4% de la población (15,8% en mujeres, 5,1 en hombres). Aunque aparece también en niños, adolescentes y jóvenes (alrededor del 1,5% en ambos sexos), se incrementa con la edad, estabilizándose a partir de los 75 años (13,5% de las mujeres y el 11,6% de los hombres). El otro síntoma recogido, **tartamudeo/tics**, presenta mayores prevalencias en hombres y en edades jóvenes (5-20 años). Su prevalencia global es baja, en torno al 2%.
- El resto de problemas generales se presenta en menos del 1% de la población. Los **trastornos de personalidad** (que incluyen trastornos límite de la personalidad, trastornos relacionados con los impulsos y trastornos de la conducta) presentan una prevalencia global en torno al 6,7‰ (7,5‰ en hombres, 6,1‰ en mujeres) y son más prevalentes en niños y jóvenes varones, llegando a afectar al 1-1,5% entre los 5 y 24 años.
- El **trastorno por somatización** presenta una prevalencia global del 5,5‰ (6,6‰ mujeres 4,3‰ hombres), con frecuencia estable hasta los 75 años en que crece hasta llegar a afectar al 1,8% de las mujeres y el 1,4% de los hombres.

- La **anorexia nerviosa/bulimia** aparece en el 1,4‰ de la población general (2,4‰ en mujeres, 0,3‰ en hombres) pero se concentra en las mujeres de 15 a 45 años con una prevalencia entre el 3 y 6‰.
  - La **fobia** también tiene una prevalencia global del 2‰ (2,4‰ en mujeres, 1,4‰ en hombres) y se presenta más en mujeres y en las edades centrales de la vida (3,2‰ entre los 25-59 años).
  - El **trastorno obsesivo compulsivo** tiene una prevalencia del 1,1‰ en los dos sexos, aunque presenta predominio masculino entre los 15 y 25 años.
- **Psicosis**
- La **psicosis** en conjunto afecta al 1,2% de la población (1,4% mujeres, 1,1% hombres). La más frecuente es la **psicosis afectiva**, con una prevalencia de 7,2‰ (9,6‰ en mujeres y 4,8% en hombres), que crece con la edad hasta llegar a estar presente en el 2% de las mujeres de 65 a 84 años (0,8% en hombres). La **esquizofrenia** aparece en el 3,7‰ de la población, 4,5‰ en hombres y 2,9‰ en mujeres, siendo creciente la frecuencia y las diferencias por sexo hasta los 50 años. Por fin el resto de **psicosis no especificadas** (grupo que incluye las psicosis agudas, las reactivas, las transitorias y las puerperales, de causa no orgánica) se da en 1,9‰ de la población (2‰ mujeres, 1,8‰ hombres), llegando a ser el 7,5‰ en las mujeres de 90 años y más.
  - Los episodios de **psicosis orgánica** aparecen fundamentalmente en los mayores de 80 años, con frecuencias del 30-35‰ en mujeres y 17-25‰ en hombres.
- **Alteraciones cognitivas**
- La prevalencia de **demencia** en la población de 60 y más años es del 3,2% (3,9% en mujeres, 2,2% en hombres). En mayores de 75 años las cifras respectivas son 7,2%, 8,4% y 5,2%. A partir de los 85 años afecta al 12-14% de las mujeres y al 7,6-9,3% de los hombres.
  - El síntoma trastornos de la memoria, se registra en el 3,6% de las mujeres y 2,3% de los hombres mayores de 60 años.
- **Problemas específicos en menores de < 25 años**
- Los **trastornos hipercinéticos** se diagnostican en el 1,8% de los menores de 25 años, 2,6% en niños y 0,9% en niñas. La mayor frecuencia se da entre los 10 y los 19 años: lo presenta alrededor del 4,3% de los niños y 1,5% de las niñas.
  - Los **problemas específicos del aprendizaje** se registran en el 1,6% de los niños (2,1% niños y 1,1% niñas). Se van reduciendo con la edad.
  - Los **signos/síntomas de comportamiento del niño/adolescente** son objeto de atención en el 1,2% de los menores de 25 años, 1,5% en niños y 1% en niñas. Se incrementan con la edad.
  - La **enuresis** se presenta en el 1% de los menores de 25 años, 1,25% niños y 0,7% niñas. Se reduce con la edad, afectando al 2% de los niños y 1% de las niñas de 5 a 14 años.
  - Los **problemas de la conducta alimentaria** (en niños, excluyendo la anorexia nerviosa) se anotan en el 2,7‰ de los menores de 15 años, son similares en ambos sexos y se reducen con la edad.

Los problemas analizados presentan algunos rasgos comunes:

- **Predominio femenino en población adulta y masculino en niños y jóvenes**
  - Diez de los 16 problemas analizados en **población general** son más frecuentes en la mujer. La mayor diferencia se observa en la anorexia nerviosa (7 veces más), trastorno depresivo (casi 3 veces más) y se presentan con el doble de frecuencia los trastornos de ansiedad, reacción adaptativa, fobia y psicosis afectiva. También son más frecuentes en la mujer (alrededor de 1,5 veces más) los trastornos de somatización, demencia, alteraciones de la memoria y psicosis orgánica. En el hombre son más frecuentes los tics y tartamudeo, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad.
  - En la **infancia y adolescencia** los problemas de salud seleccionados son más frecuentes en los varones: trastornos hipercinéticos (3 veces más), problemas específicos de aprendizaje y enuresis (2 veces más) y síntomas del comportamiento (1,5 veces).
  
- **Gradiente social**
  - Es frecuente la existencia de gradiente social en los problemas de salud mental, de forma que su prevalencia se incrementa conforme disminuye el nivel de renta.
  - Se observa un gradiente social más acusado en las psicosis (esquizofrenia 12 veces más frecuente en el nivel de renta más bajo respecto al más alto, otras psicosis orgánicas 7,9 veces, otras psicosis 6,6 veces, psicosis afectiva 2,8 veces), en los trastornos de la personalidad (11 veces más), en los trastornos de somatización (7 veces), en las reacciones de adaptación (3,9 veces), en el trastorno de ansiedad (3,4 veces) y en los trastornos depresivos (2,5 veces).
  - En la infancia y adolescencia el gradiente social aparece en los problemas específicos del aprendizaje (1,6 veces) y en los síntomas del comportamiento (1,7 veces), y se observa gradiente social inverso (mayor frecuencia en los niveles de renta altos) en la enuresis (1,5 veces).
  
- **Medio rural/urbano**
  - La anorexia nerviosa y los trastornos del sueño son más frecuentes cuanto mayor es el tamaño del municipio de cabecera.
  - Con excepción de los trastornos hipercinéticos, que no se ven influidos por el grado de ruralidad, los problemas de salud mental en la niñez y adolescencia son más frecuentes en los medios urbanos: problemas de alimentación (3,2 veces más en medio urbano respecto al rural), síntomas del comportamiento (2,3 veces), problemas específicos del aprendizaje (1,9 veces más) y enuresis (1,7 veces).
  
- **País de nacimiento y situación laboral**
  - Todos los problemas de salud mental analizados aparecen registrados con más frecuencia en los españoles que en los extranjeros, y en los desempleados respecto a la población activa, con independencia de la edad.

## Utilización de psicofármacos y de otros medicamentos de acción sobre el SNC

- Para describir la utilización de fármacos se utiliza la DHD –Dosis diaria definida por mil personas y día–. La DHD es una medida cuantitativa de utilización o consumo de fármacos que puede interpretarse, en este contexto y dividida entre 10, como el porcentaje de población que ha recibido el fármaco a la dosis estándar durante un año, teniendo presente que ni la dosis ni la duración dispensada a cada persona ha de ser similar.
- **Antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes**
  - Se ha centrado el análisis en las personas de 40 años y más.
  - En 2017 se ha dispensado al menos un envase de psicofármaco (excluyendo antipsicóticos) al 34,3% de las mujeres y al 17,7% de los hombres. En términos cuantitativos, se han dispensado 203,6 DHD, cantidad que en conjunto permitiría el tratamiento con dosis diaria estándar durante un año al 20,4% de la población asignada de 40 años y más.
  - El grupo de psicofármacos más dispensado es el de los antidepresivos con 98,8 DHD (140,3 en mujeres y 52,8 en hombres), seguido por ansiolíticos (64,5 DHD, 83,5 en mujeres y 43,4 en hombres) y por hipnóticos y sedantes (42,2 DHD, 52,2 en mujeres y 26,9 en hombres).
  - El consumo de estos 3 grupos de psicofármacos sigue un patrón similar: el uso es mayor en mujeres que en hombres, se va incrementando con la edad hasta los 80 años, se observa gradiente social, con mayores DHD en los niveles más bajos de renta, y la dispensación es mayor conforme menor es el tamaño del municipio, con independencia de la edad.
- **Antipsicóticos**
  - Se dispensan 241,7 DHD de neurolepticos en personas diagnosticadas de psicosis, el doble en hombres que en mujeres y 3,8 veces más en el nivel de renta inferior respecto al superior.
  - En la población con psicosis afectiva, se dispensan 109,5 DHD de carbonato de litio, sin grandes diferencias por sexo, edad, nivel de renta o tamaño de municipio.
- **Fármacos antidemencia**
  - Se dispensan 376,2 DHD de fármacos antidemencia a las personas con demencia. No se observan diferencias llamativas por sexo, edad, nivel de renta o tamaño de municipio.
- **Psicoestimulantes en trastorno hiperactivo**
  - Se dispensan 214,0 DHD de fármacos psicoestimulantes en niños y adolescentes diagnosticados de trastorno hiperactivo, algo más en chicos (224,4 DHD) que en chicas (182,9 DHD), entre los 10 y 19 años, en los niveles de renta más altos y en la zona rural.

○ **Indicadores 'no hacer'**

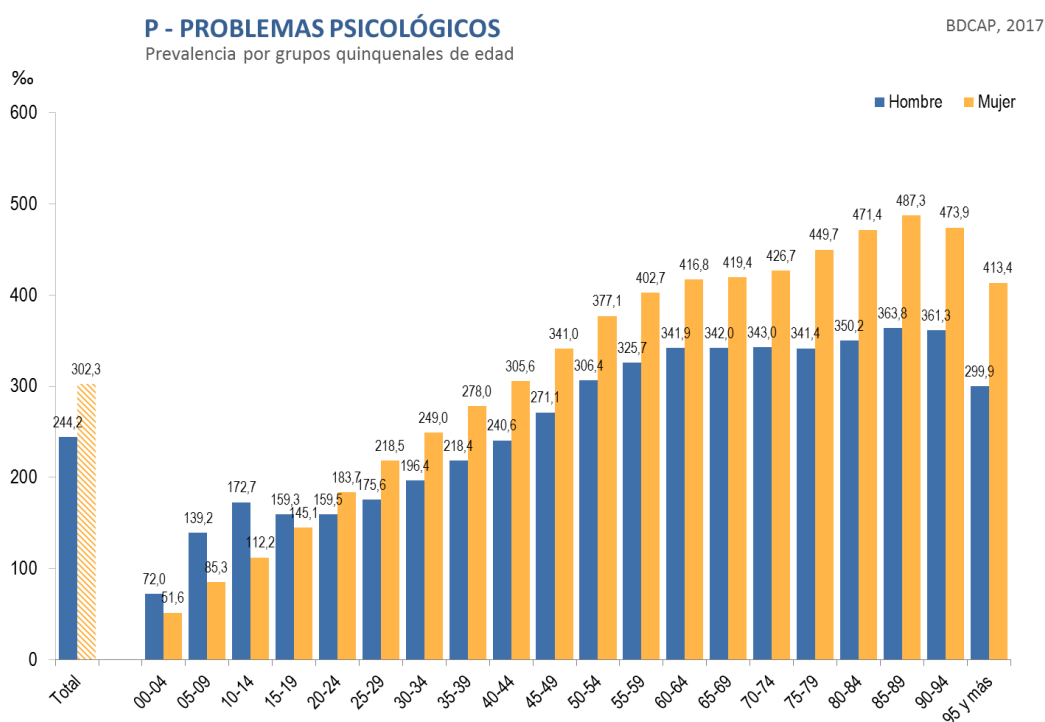
- Un 53,4% (58% mujeres y 45% hombres) de las personas de 75 años y más con diagnóstico de insomnio ha recibido al menos un envase de benzodiazepinas en el año de estudio.
- El 8,2% (7% mujeres, 9% hombres) de la población con enfermedad de Parkinson o insomnio de 65 años y más ha recibido al menos una dispensación de neurolépticos.

## Prevalencia de problemas de salud mental

### Frecuencia global de los problemas de salud mental

El 27,4% de las personas asignadas a atención primaria presenta algunos de los problemas psicológicos o mentales recogidos en la CIAP2 bajo el epígrafe P-Problemas psicológicos.

La frecuencia es mayor en mujeres (30,2%) que en hombres (24,4%), aunque varía con la edad: hasta los 19 años estos problemas son más frecuentes en los hombres y a partir de los 20 años en las mujeres, con crecimiento progresivo de la diferencia.



Si se observan los datos en función de las variables de clasificación, se observa un gradiente social en ambos sexos, situación que no se describe para el conjunto de los problemas de salud (incluyendo también los de salud mental).

Son más frecuentes en personas desempleadas, con mayor diferencia que en el conjunto de los problemas de salud.

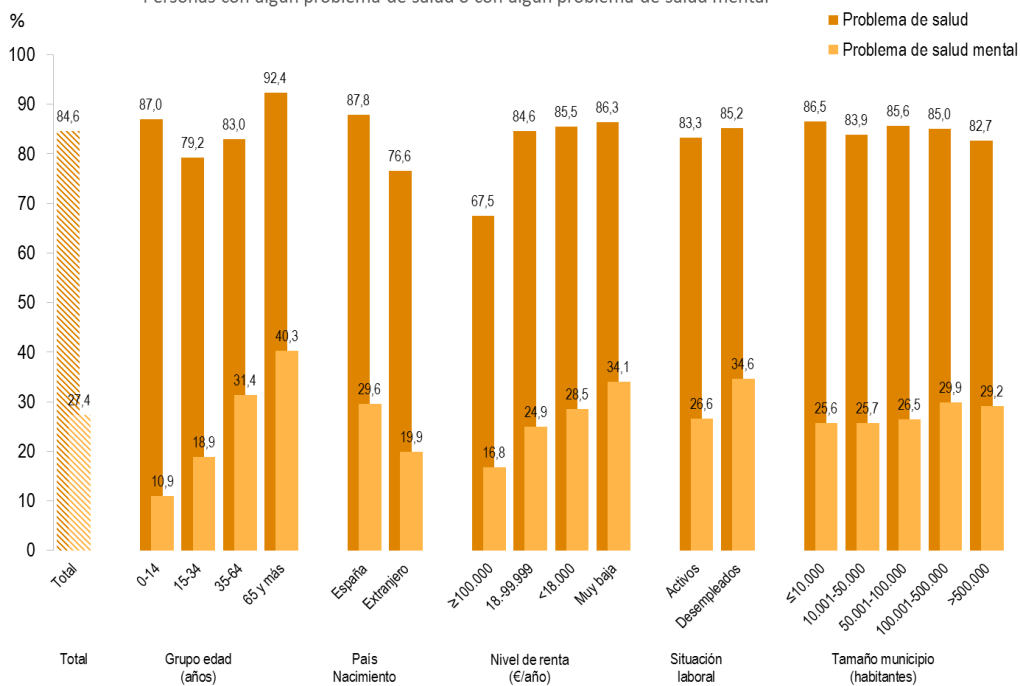
Son algo más frecuentes en las ciudades mayores de 100.000 habitantes, cosa que no ocurre con el conjunto de los problemas de salud.

Hay más diferencias entre CCAA en la frecuencia de problemas de salud mental que en los problemas de salud en general.

## Problemas de salud y Problemas de salud mental

BDCAP, 2017

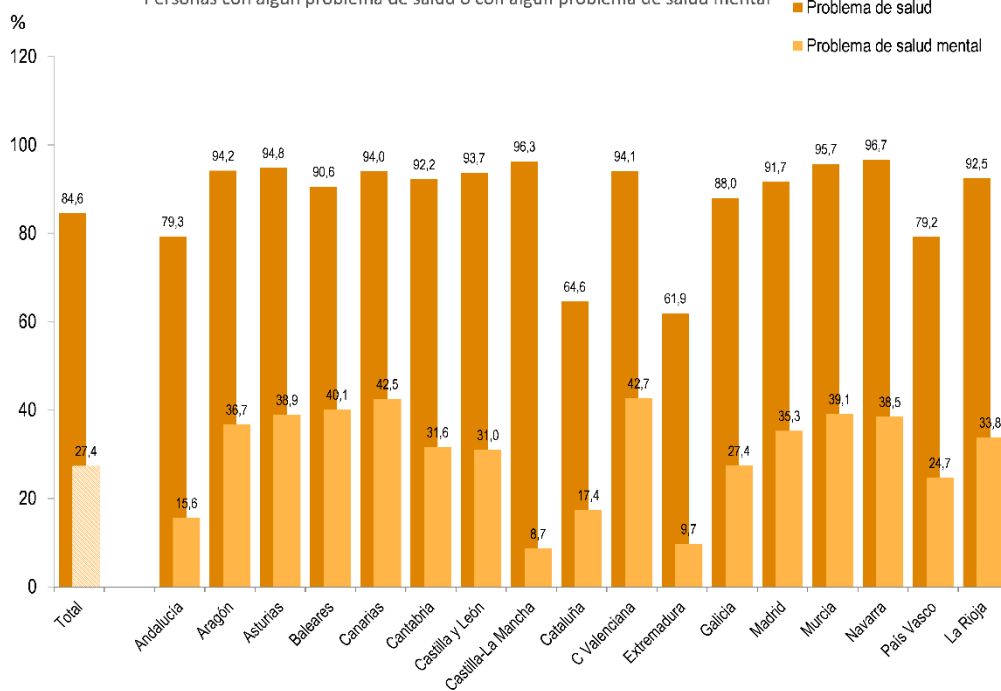
Personas con algún problema de salud o con algún problema de salud mental



## Problemas de salud y Problemas de salud mental

BDCAP, 2017

Personas con algún problema de salud o con algún problema de salud mental



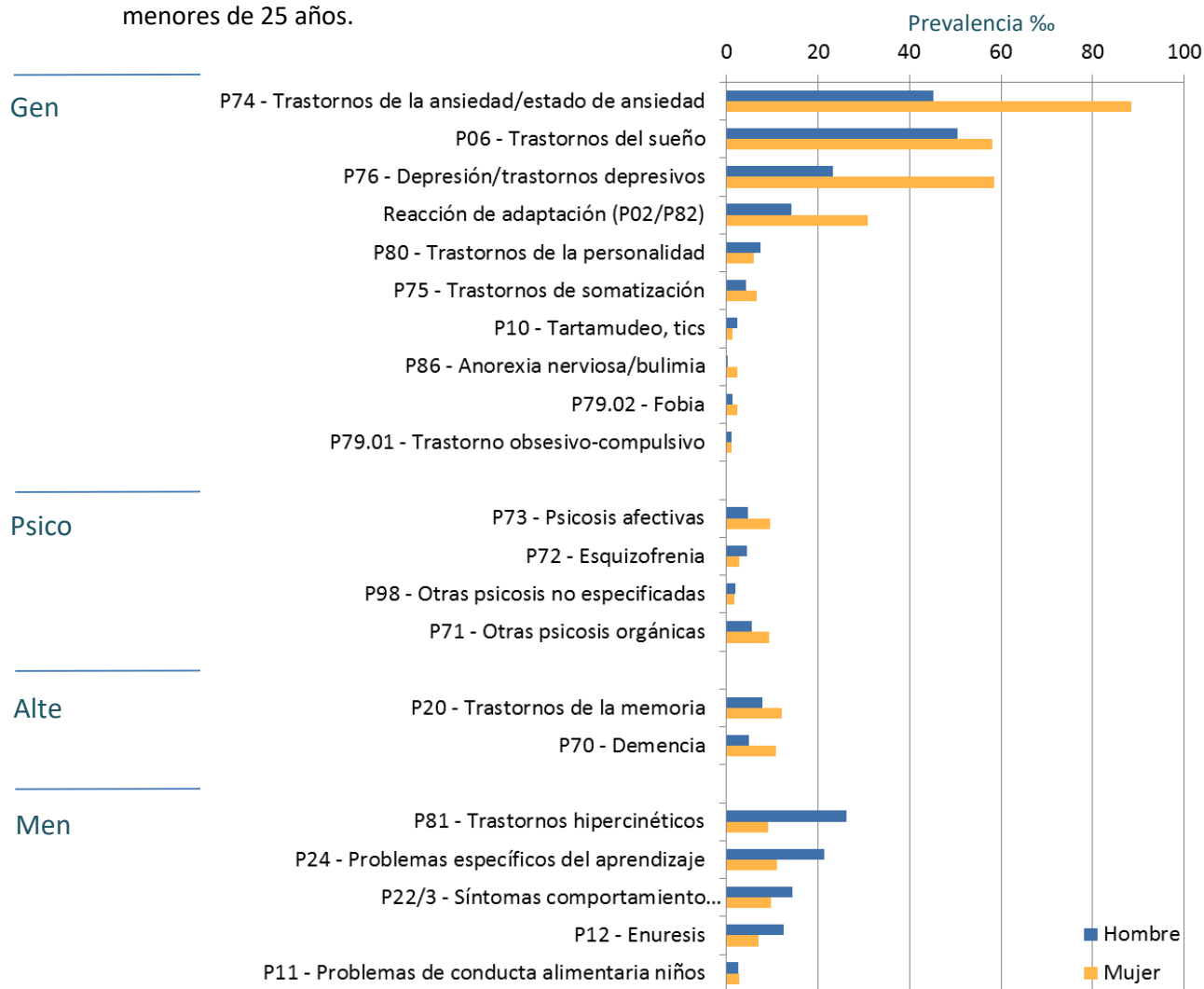
## Problemas de salud mental estudiados

Se presentan en este gráfico la prevalencia (en personas por mil asignadas) de los 21 problemas de salud mental seleccionados, ordenados por orden de frecuencia dentro de cada epígrafe.

Parece oportuno justificar la inclusión en este informe de la demencia, un problema básicamente neurológico en su etiología y abordaje organizativo. Las clasificaciones internacionales de enfermedades mantienen el síndrome demencia, y también las demencias vasculares, en el apartado de trastornos mentales y de comportamiento, que coexiste con el hecho de que los procesos neurológicos asociados a demencia (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer, Pick o Lewi) se incluyen en el apartado de enfermedades del sistema nervioso. Este hecho coincide con que las estrategias del SNS destacan los síntomas cognitivos y conductuales como un elemento diferenciado y con la existencia de informes oficiales, por ejemplo la OMS, que incluyen la demencia en el apartado de salud mental. Por fin, en el ámbito de la atención primaria son los elementos clínicos los que priman en la atención cotidiana.

También cabría justificar el corte de edad en los 25 años para describir la frecuencia e ciertos problemas frecuentes en la infancia y adolescencia, que no tiene otra intención que mostrar la evolución descendente de los problemas específicos más allá de un rígido corsé etario que no siempre es adecuado a la clínica tal como se presenta.

El gráfico permite comparar la frecuencia relativa de cada uno de estos problemas y el predominio femenino en la gran mayoría de ellos, excepto en los problemas específicos de los menores de 25 años.





## Problemas de salud mental generales

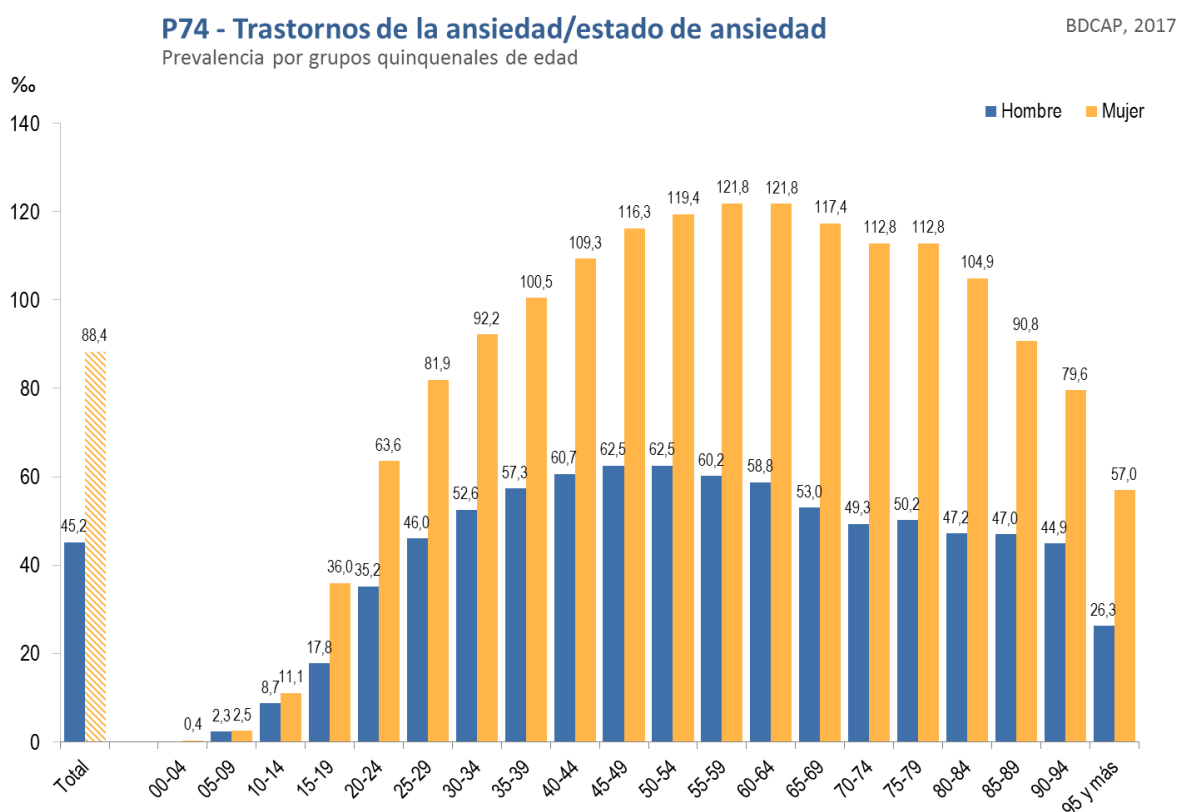
### Trastorno de ansiedad

El trastorno de ansiedad se define como ansiedad clínicamente significativa que no se restringe a una situación ambiental particular. Incluye los diagnósticos de crisis de ansiedad, ansiedad generalizada/persistente y formas mixtas de trastornos de ansiedad.

Es el problema de salud mental más frecuentemente registrado, que aparece en el 88,4% de las mujeres y en el 45,2% de los hombres. Si se tiene en cuenta de forma conjunta con los signos y síntomas relacionados con la ansiedad, las cifras respectivas son 138 y 70%. Es un problema que se presenta con relativa estabilidad en todos los quinquenios de edad adultos, oscilando entre el 82 y el 122% en mujeres y el 46 y 63% en hombres de 25 a 80 años.

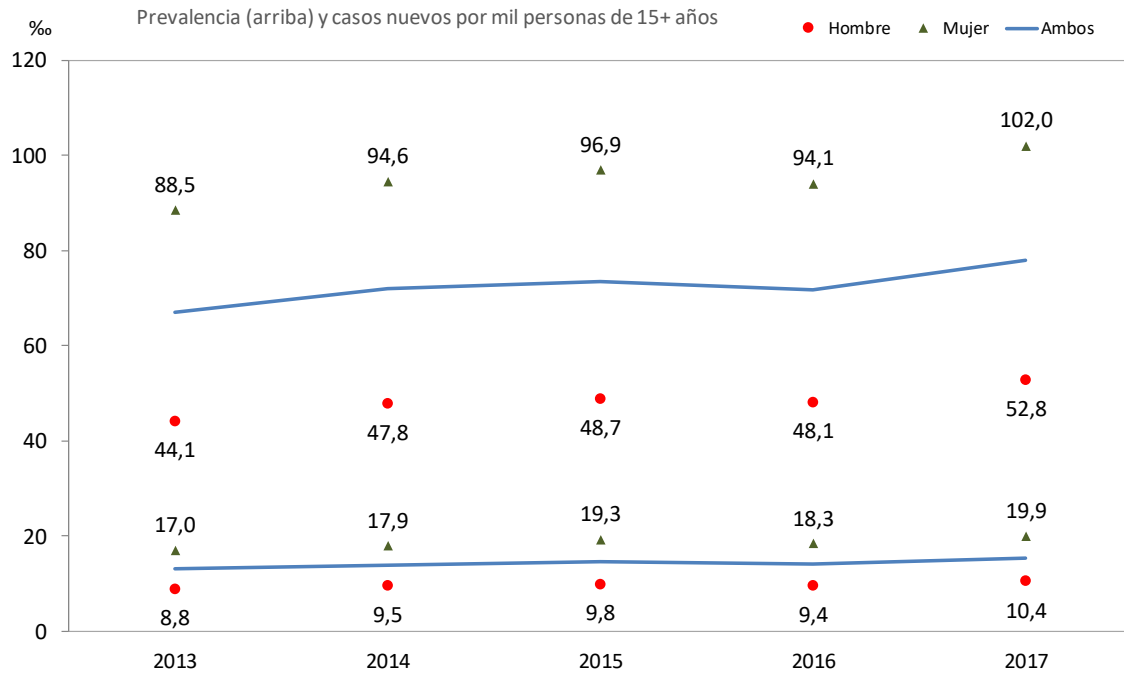
Los casos nuevos anuales se sitúan alrededor del 19,9% en mujeres y 10,4% en hombres.

El trastorno de ansiedad presenta gradiente social, es más frecuente cuanto menor es la renta y éste se observa con más intensidad en las mujeres.



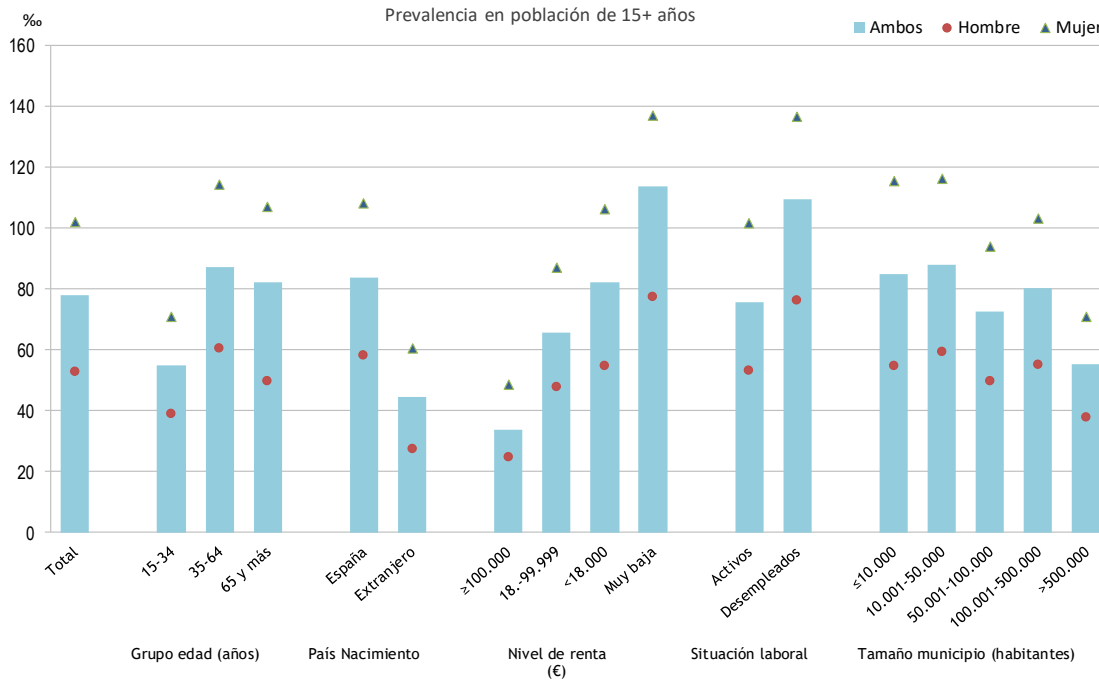
## Trastornos de la ansiedad (P74)

BDCAP, 2013-17



## Trastornos de la ansiedad (P74)

BDCAP, 2017



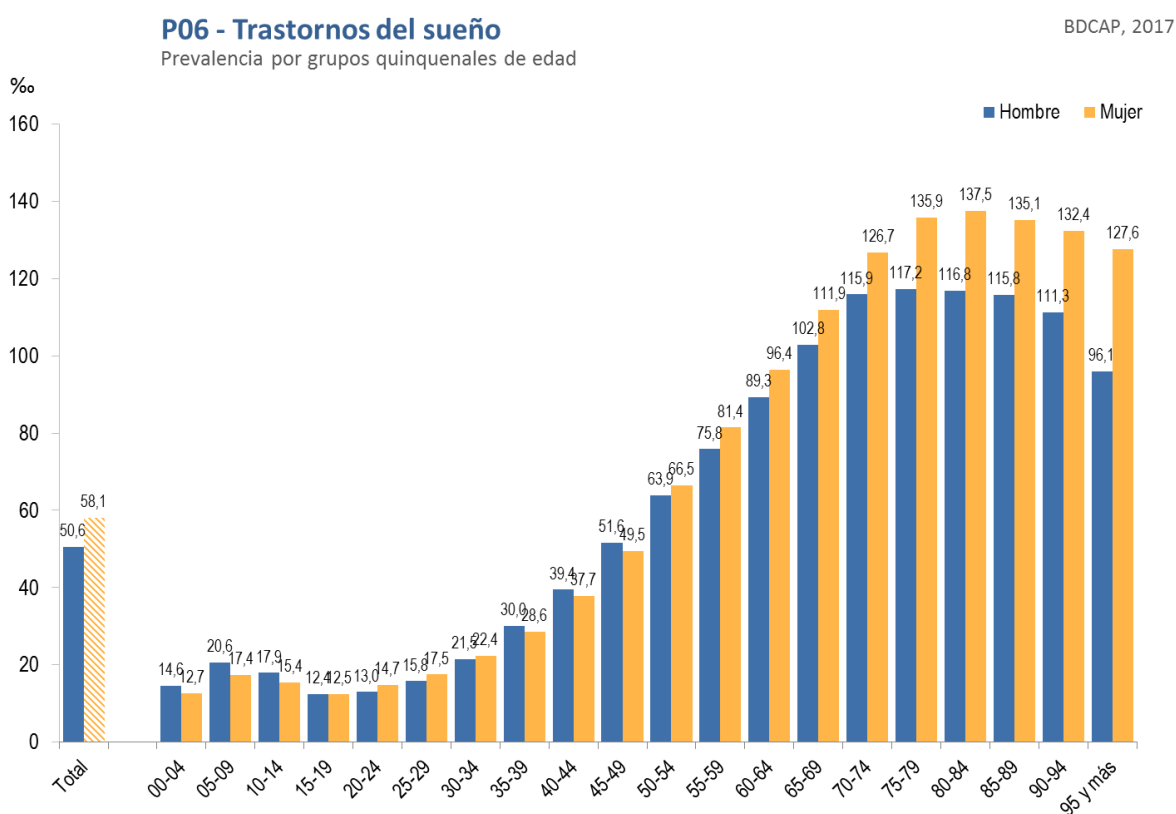
## Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño incluyen los diagnósticos de insomnio, pesadillas, apnea del sueño, sonambulismo, hipersomnias, narcolepsia y cataplexia, entre otros, siempre y cuando sean condiciones no causadas por otro trastorno y que supongan una limitación funcional o social para el paciente.

La prevalencia global de los trastornos del sueño es de 50,6‰ en hombres y 58,1‰ en mujeres. Estas cifras van aumentando desde un 14-20‰ en niños, adolescentes y adultos jóvenes hasta la cifra máxima de 137,5‰ que presentan las mujeres de entre 80-84 años. Las diferencias entre sexos no son destacables excepto en los tramos de mayor edad en los que las mujeres presentan mayor prevalencia.

Se registran alrededor de 10‰ casos nuevos cada año con una incidencia que se mantiene estable en el tiempo.

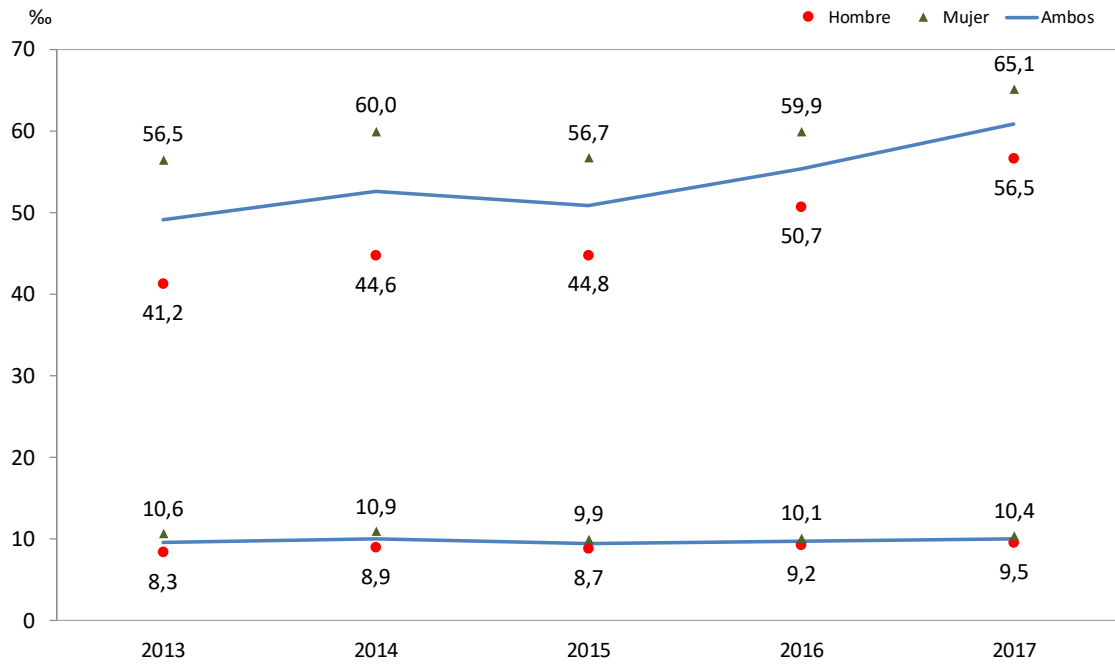
Estos trastornos se registran con más frecuencia cuanto mayor es el tamaño del municipio.



### Trastornos del sueño (P06)

BDCAP, 2013-17

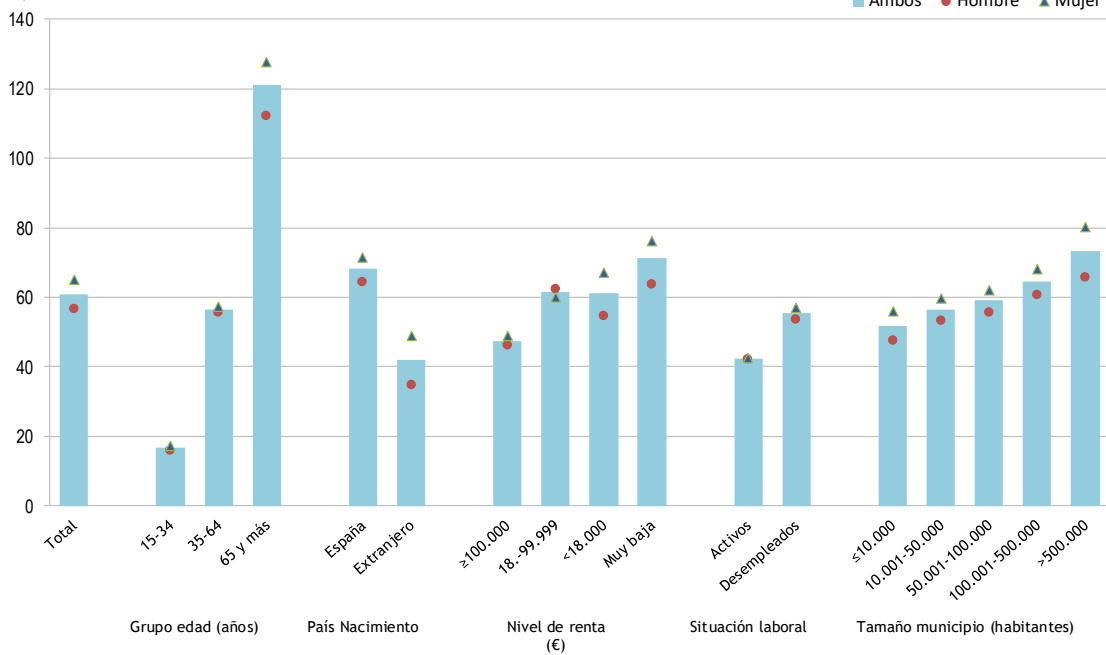
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15+ años



### Trastornos del sueño (P06)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años



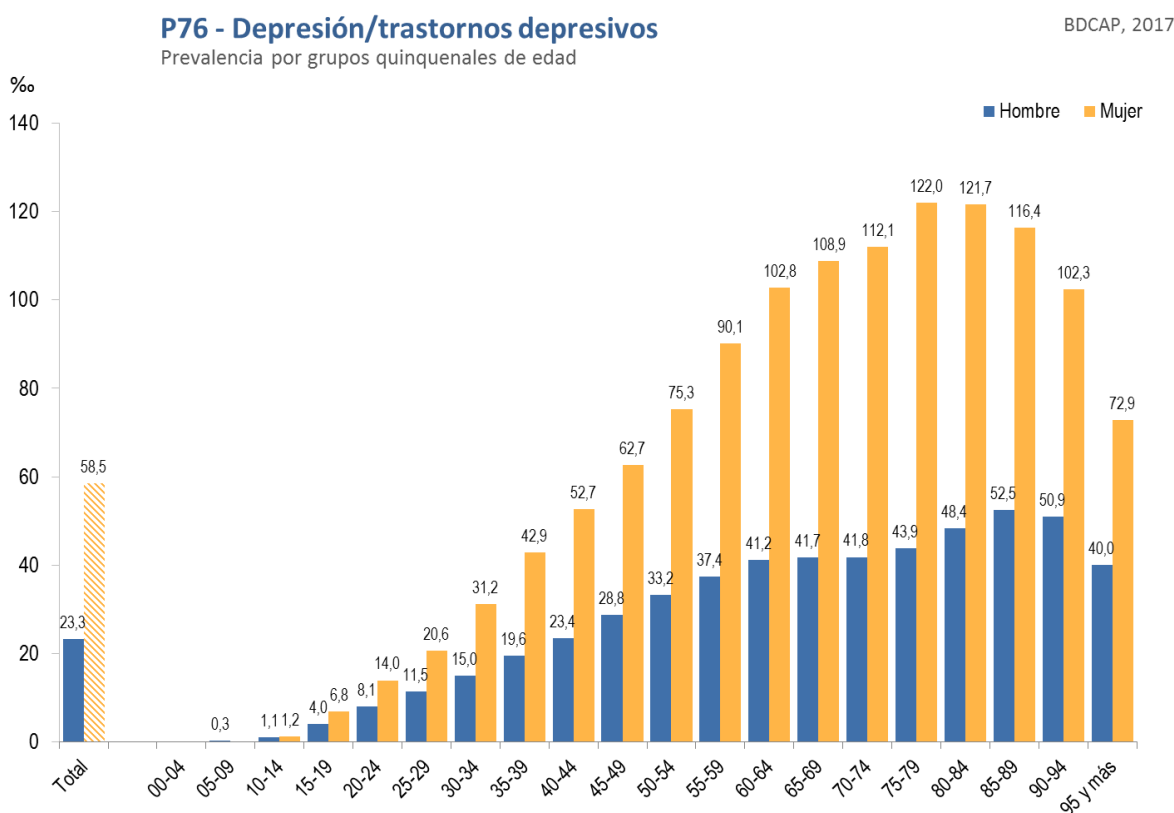
## Depresión

La depresión es una alteración fundamentalmente afectiva del estado de ánimo que puede incluir síntomas físicos además de psicológicos. En este diagnóstico se incluyen las neurosis depresivas, la depresión mixta ansioso-depresiva, la depresión puerperal/postnatal y la depresión reactiva.

Es un trastorno casi tres veces más frecuente en la mujer (58,5%) que en el hombre (23,3%). Se observa que esta diferencia entre sexos es más acusada en los tramos de edad adulta. Se aprecia además que la prevalencia crece con la edad, disminuyendo ligeramente en los últimos años de la vida.

Se observa un ligero descenso de la incidencia desde los 11,4‰ en el año 2015 hasta los 7,8‰ en mujeres en el 2017. En los datos de prevalencia también se observa este descenso aunque en el último año vuelve a situarse en tendencia creciente.

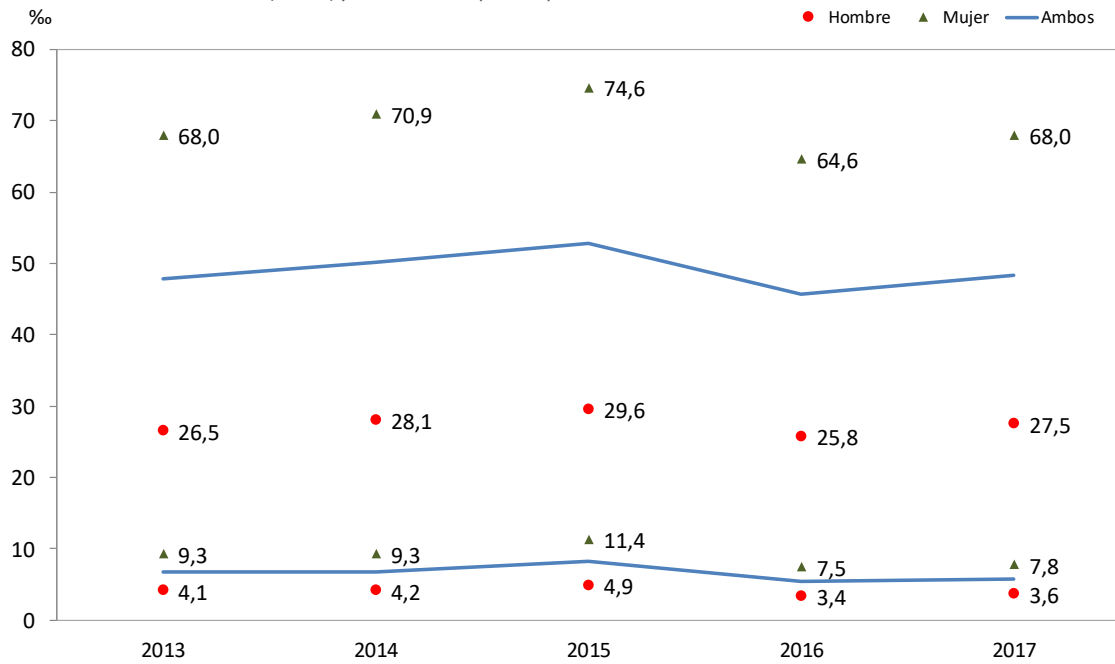
El gradiente social en la depresión es muy marcado, con unas diferencias entre los niveles más altos de renta y los más bajos de 2,5 veces.



### Depresión/trastornos depresivos (P76)

BDCAP, 2013-17

Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15+ años

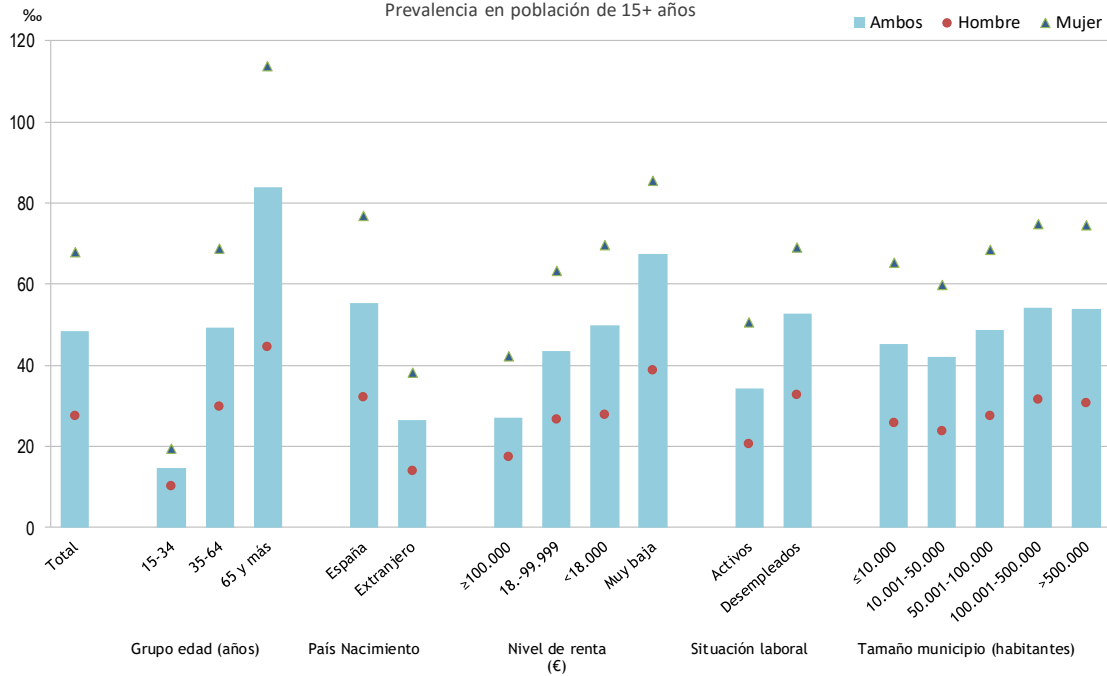


\* La ruptura de serie 2015-16 se debe a que algunas CCAA han realizado un proceso de migración de clasificaciones.

### Depresión/trastornos depresivos (P76)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años



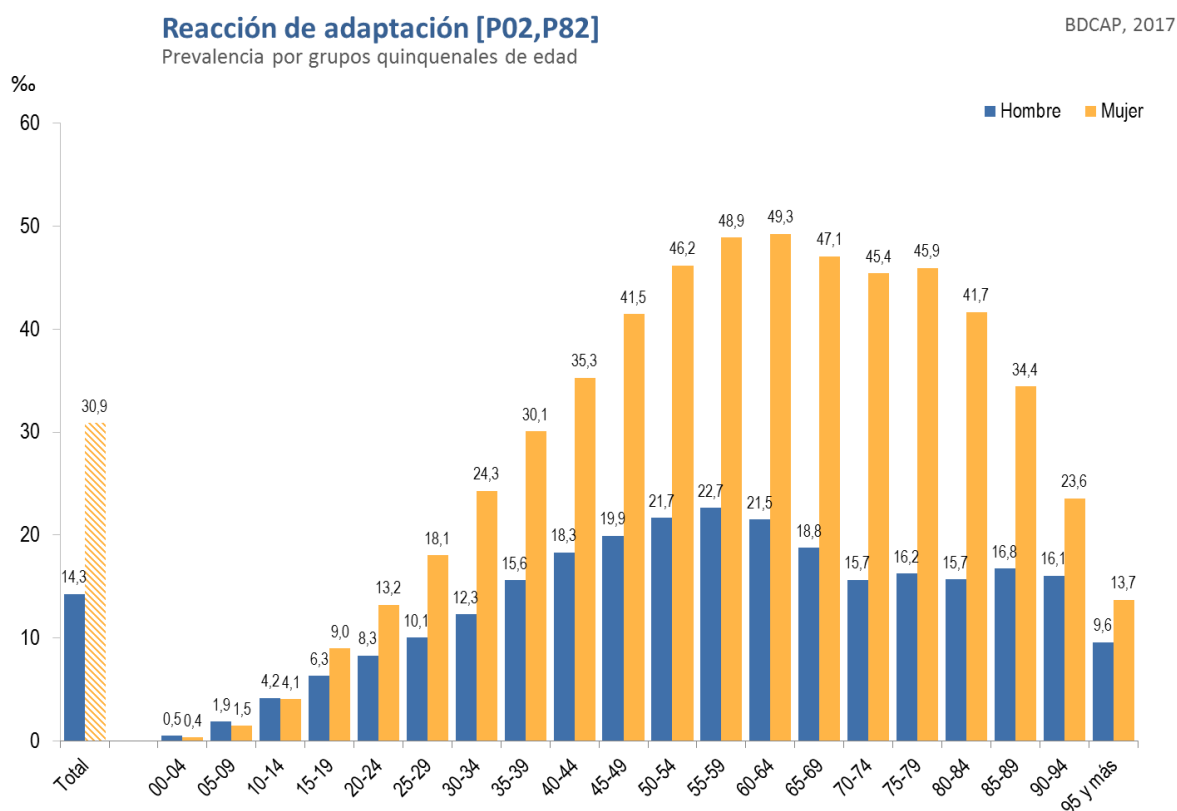
## Reacción de adaptación

La reacción de adaptación comprende tanto las reacciones agudas como las prolongadas en el tiempo, además de incluir tanto las reacciones de carácter depresivo como las de carácter ansioso o mixto. Incluye los diagnósticos de reacción aguda al estrés y trastorno de estrés postraumático.

Estos trastornos presentan una curva de frecuencia por edad y sexo similar a la depresión, aunque con menor prevalencia global (30,9% mujeres, 14,3% hombres). La diferencia entre sexos es más acusada en los tramos de edad adulta, desde los 20 años en adelante. La disminución de la prevalencia se aprecia ya a partir de los 65 años.

En el segundo gráfico se observan un ligero aumento de la incidencia pasando de 5,2% en el año 2015 a un 8,2% en mujeres en el 2017.

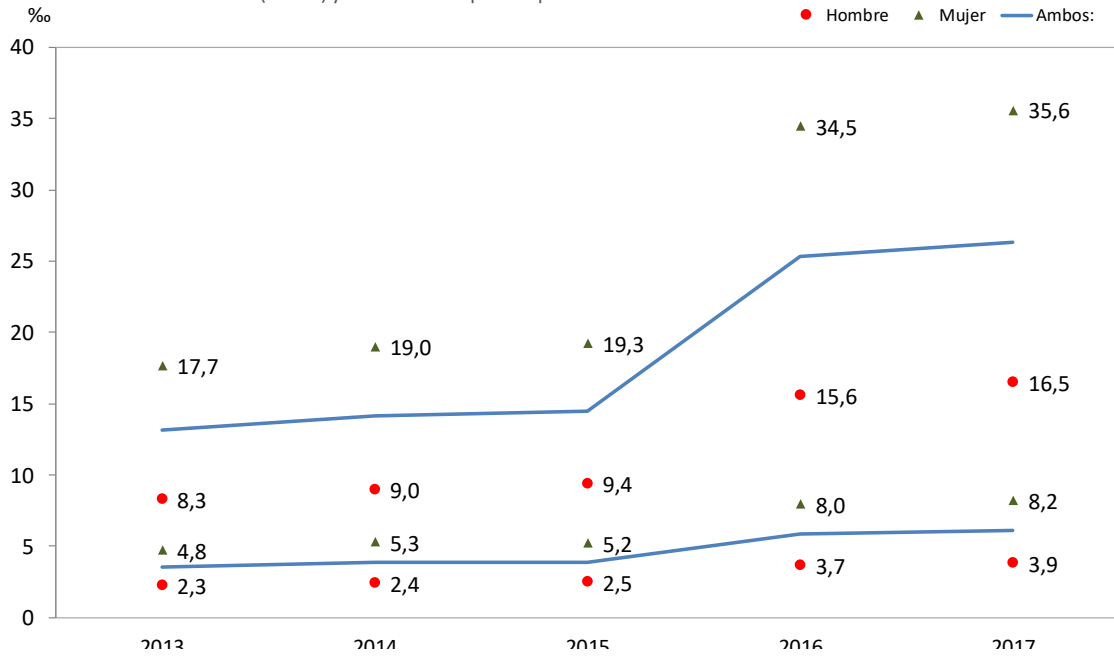
Se observa el gradiente social con unas diferencias entre los niveles más altos de renta y los más bajos de 3,5 veces.



### Reacción de adaptación [P02,P82]

BDCAP, 2013-17

Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15+ años

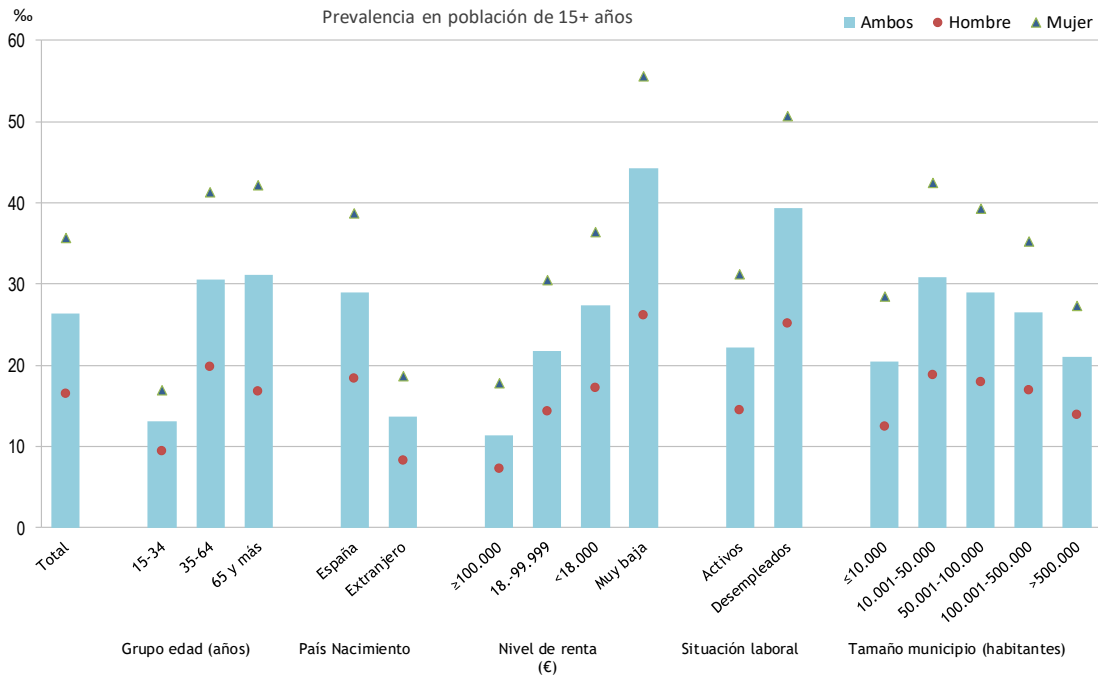


\* La ruptura de serie 2015-16 se debe a que algunas CCAA inician el registro de este problema de salud en 2016 y en otras ha existido un proceso de migración de clasificaciones.

### Reacción de adaptación [P02,P82]

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años



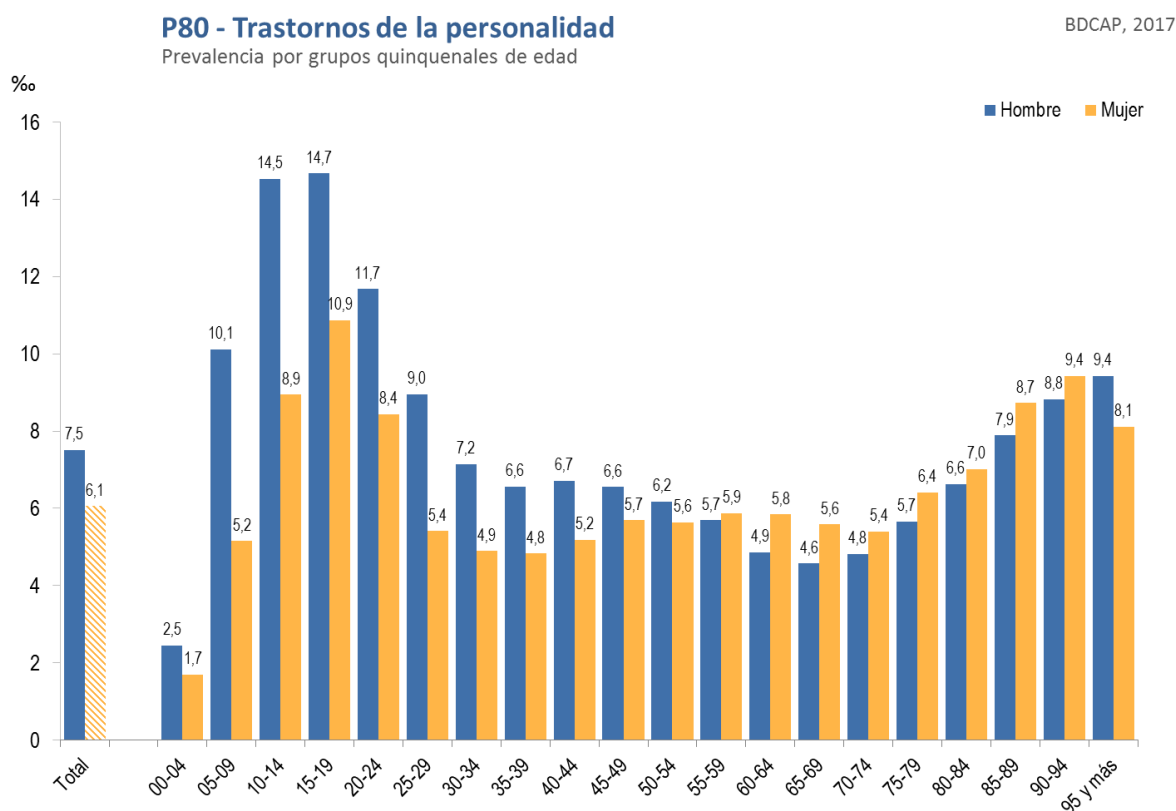


## Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad son patrones de conducta en el estilo de vida y en el modo de relacionarse que reflejan desviaciones clínicamente importantes de las percepciones, sentimientos y comportamientos medios en una cultura dada. Incluyen los trastornos límite (esquizoide, histriónico, etc.), los trastornos relacionados con los impulsos (ludopatía, etc.) y los trastornos de conducta.

Estos diagnósticos son más prevalentes en los niños y jóvenes de 5 a 29 años (entre 9% y 15%) siendo más frecuentes en estas edades en el sexo masculino. Se estabilizan e igualan por sexo en la edad adulta (en torno al 5%) y aumentan ligeramente en los tramos finales de la vida (9,4% a los 85 años).

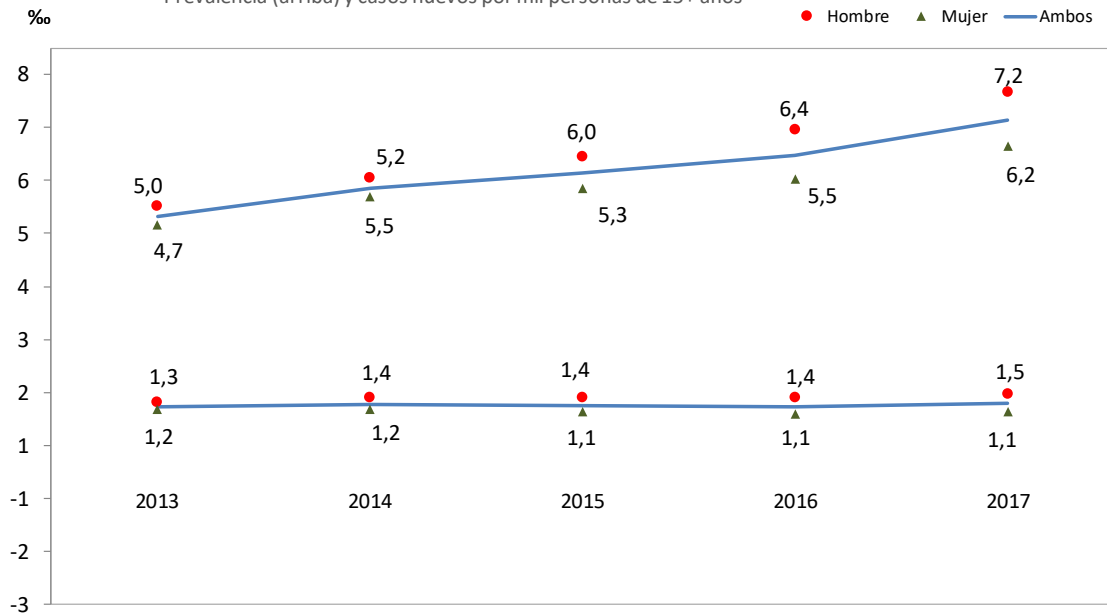
Estos trastornos se diagnostican con mucha más frecuencia en el nivel económico más bajo (18%) frente al 1,6% en el nivel de renta superior.



### Trastornos de personalidad (P80)

BDCAP, 2013-17

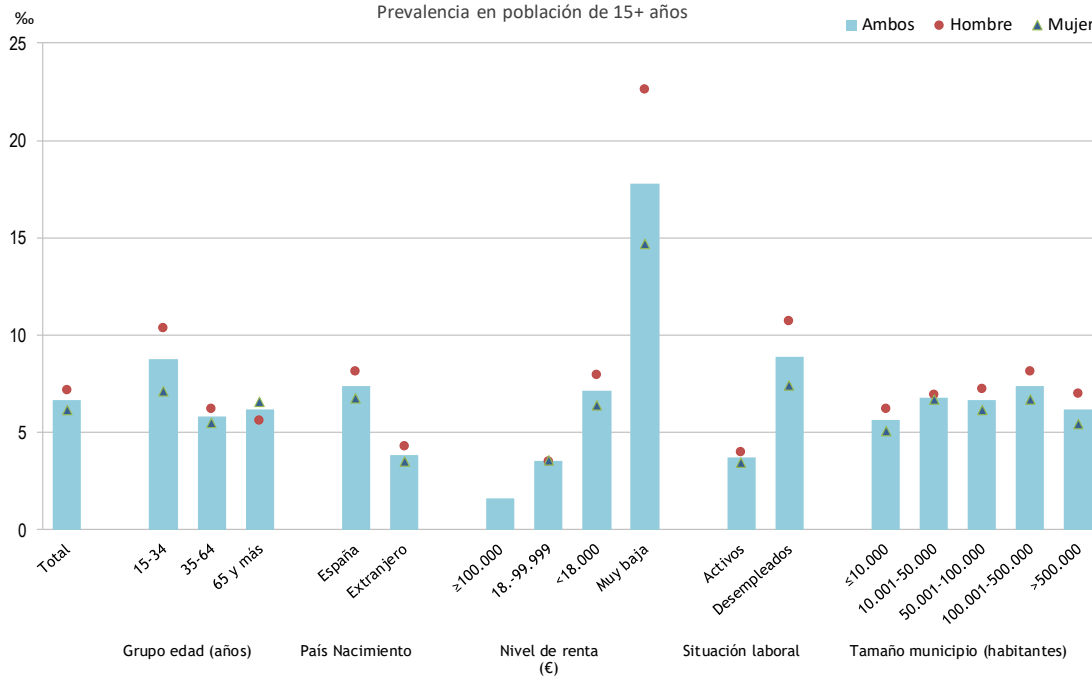
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15+ años



### Trastornos de la personalidad (P80)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años



## Trastornos por somatización

El trastorno de somatización se caracteriza por síntomas físicos y quejas junto con solicitudes persistentes de investigaciones médicas a pesar de hallazgos negativos repetidos. Incluyen los trastornos de conversión, los trastornos disociativos, el trastorno hipocondríaco y otros como el embarazo psicológico.

Presentan una tendencia ligeramente creciente directamente proporcional a la edad, que se acentúa a partir de los 80 años. La prevalencia es mayor en mujeres (6,6% frente a 4,3% en hombres) excepto en menores de 15 años.

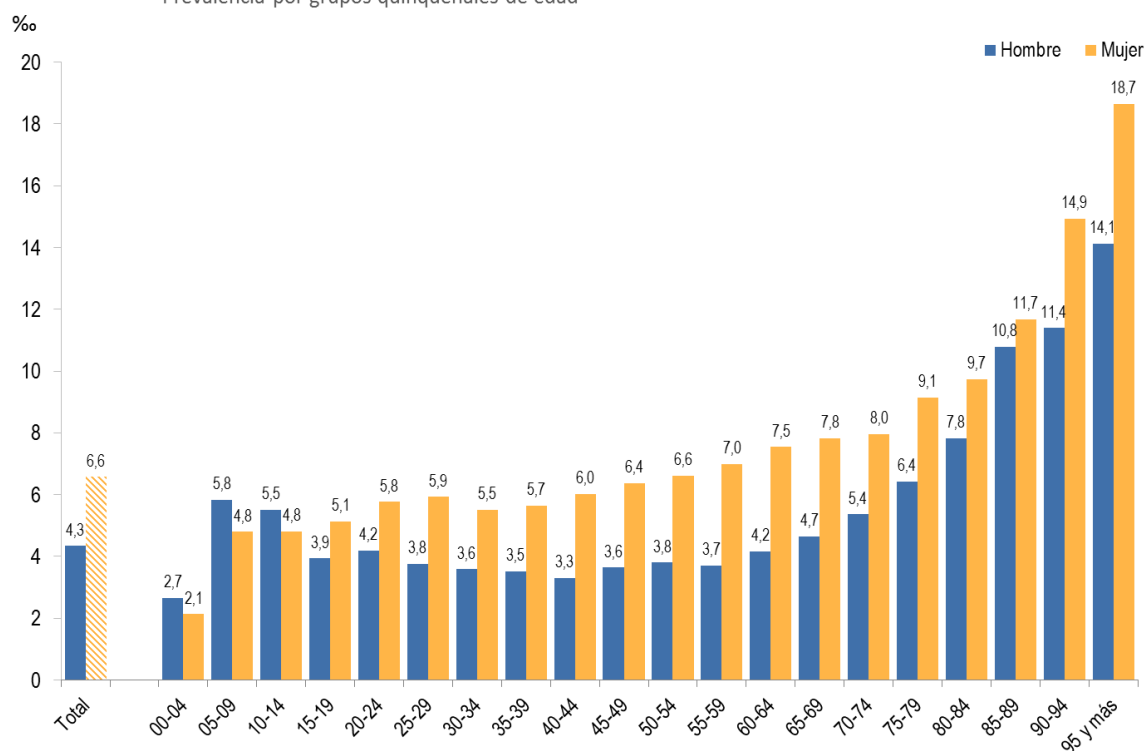
La incidencia anual se sitúa en torno al 1% (1,5% en mujeres frente al 0,9% en hombres) observándose un ligero descenso de la incidencia en el año 2016.

El gradiente social también es destacable en estos trastornos siendo 7 veces superior en las rentas más bajas con respecto a las más altas.

### P75 - Trastornos de somatización/de conversión

BDCAP, 2017

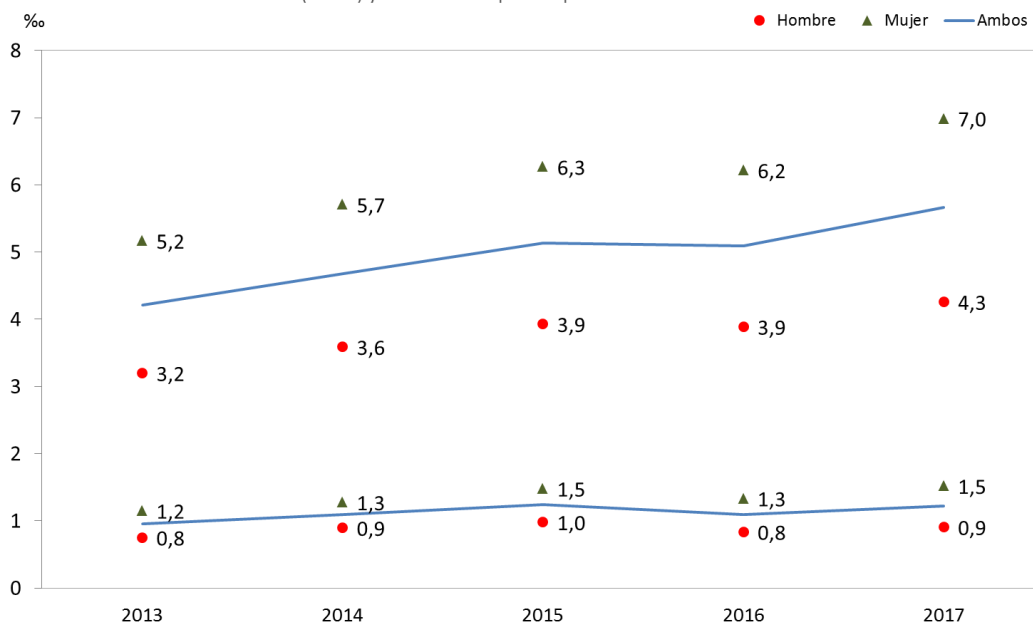
Prevalencia por grupos quinquenales de edad



## Trastornos de somatización (P75)

BDCAP, 2013-17

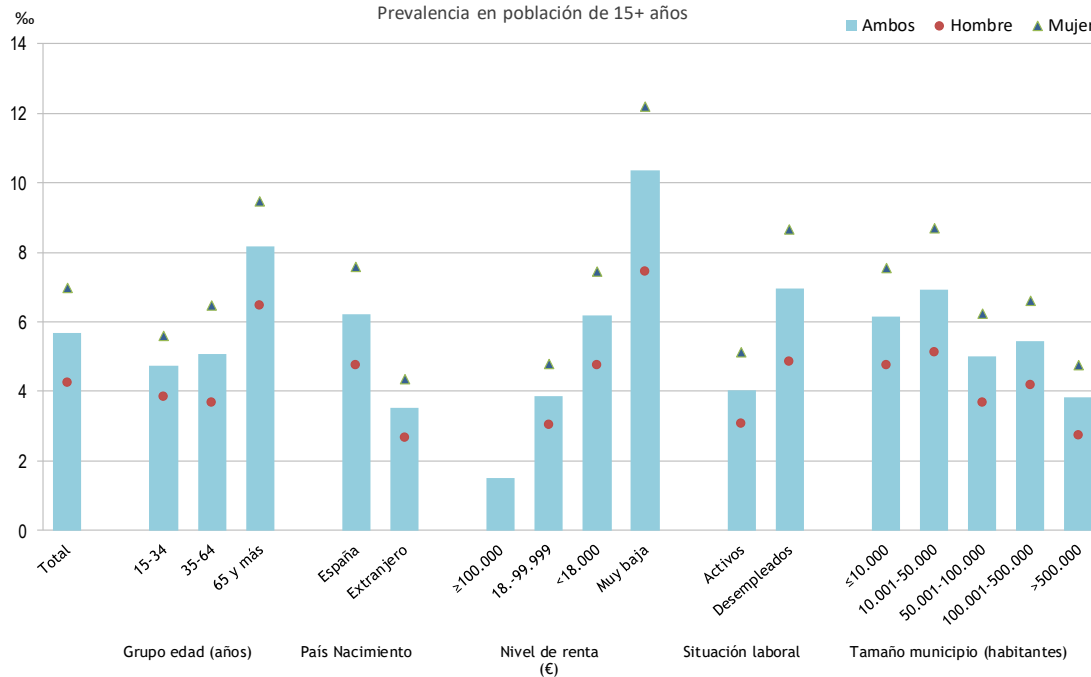
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15+ años



## Trastornos de somatización (P75)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años

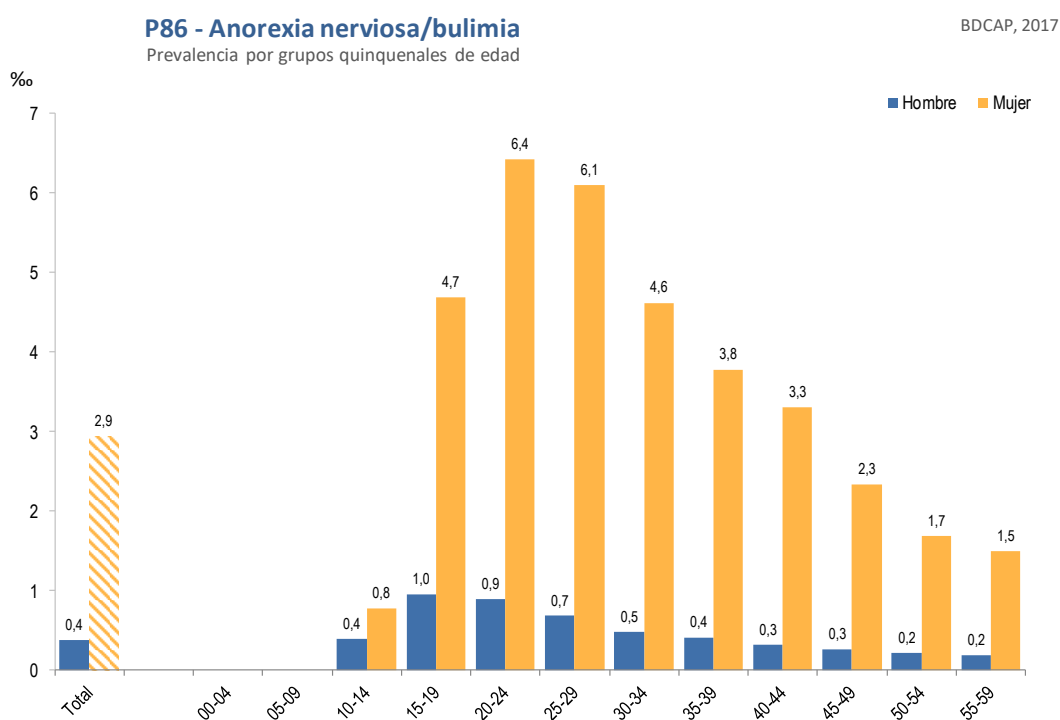


## Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno de la alimentación que se basa en una alteración de imagen corporal que cursa con pérdida de peso sostenida y se asocia a miedo a engordar. La bulimia se caracteriza por ataques repetidos de ingesta excesiva seguidos por el vómito inducido o el uso de purgantes. Este epígrafe incluye tanto la anorexia nerviosa como la bulimia pero no las situaciones de rechazo de comida u otros problemas de alimentación.

La prevalencia global de anorexia nerviosa es siete veces más frecuente en las mujeres (2,9‰) que en hombres (0,4‰). Las mayores prevalencias se alcanzan en mujeres entre los 20 y 30 años alcanzando tasas de casi el 6,5‰. En los hombres sin embargo la mayor prevalencia no llega al 1‰ y se aparece con más frecuencia entre los 15 y los 25 años.

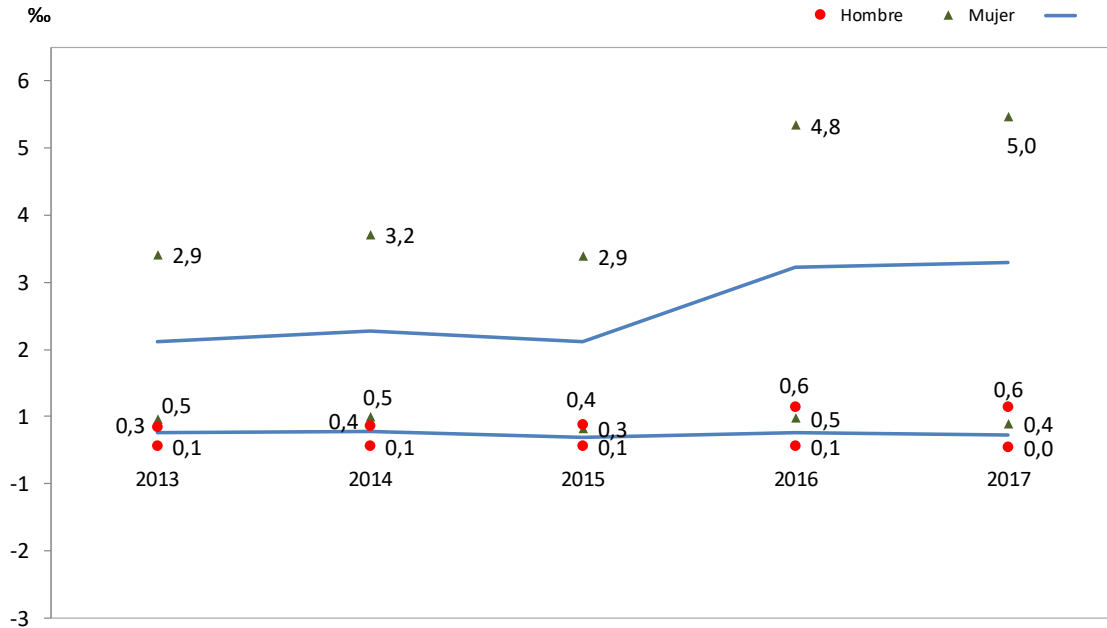
La frecuencia de anorexia nerviosa es mayor cuanto mayor es el tamaño del municipio, siendo el doble en las mujeres de las grandes ciudades (6,6‰) que en los pueblos (3,4‰).



### Anorexia Nerviosa/Bulimia (P86)

BDCAP, 2013-17

Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15 a 39 años

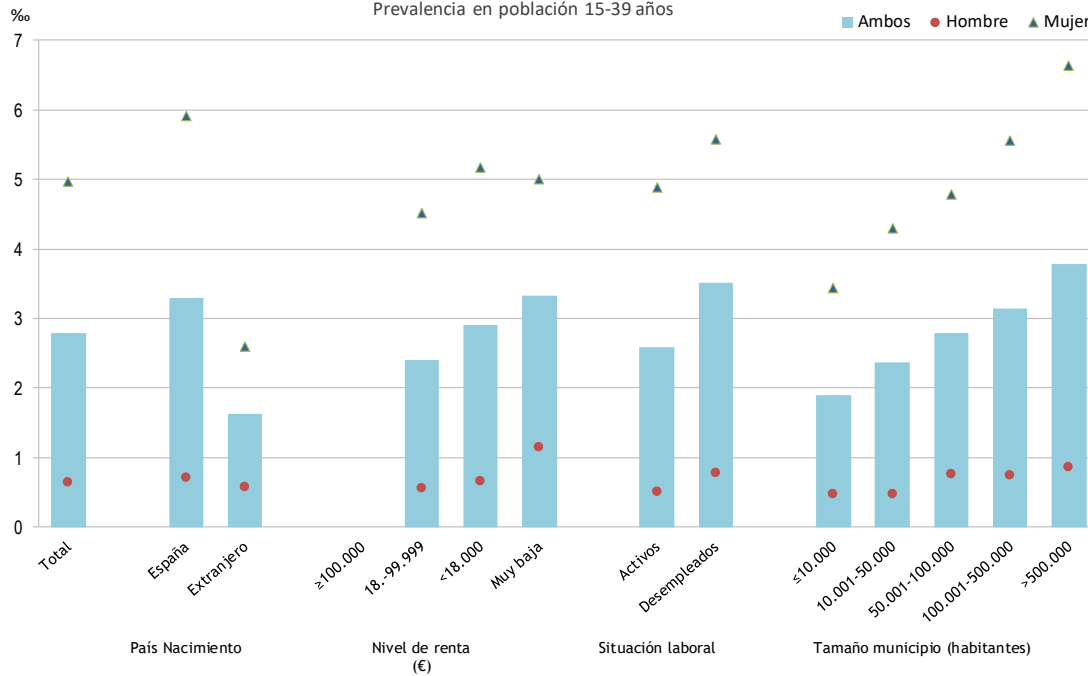


\* La ruptura de serie 2015-16 se debe a que algunas CCAA inician el registro de este problema de salud en 2016.

### Anorexia nerviosa/bulimia (P86)

BDCAP, 2017

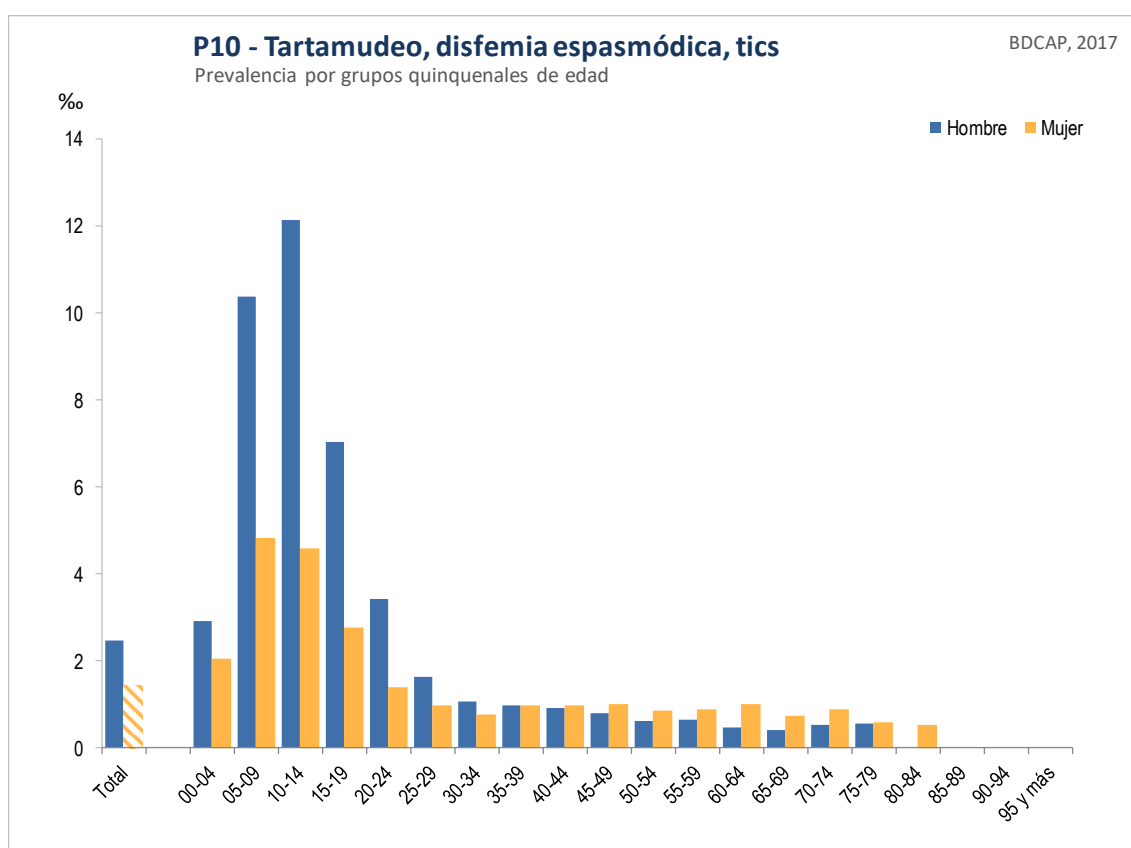
Prevalencia en población 15-39 años



## Tartamudeo, disfemia espasmódica, tics

La tartamudez se caracteriza por repeticiones y/o prolongaciones de sonidos, dudas frecuentes o pausas que interrumpen el habla. Se incluyen en este epígrafe los tartamudeos, los trastornos por movimientos estereotipados y los tics (crónicos o transitorios, motores, vocales o mixtos) con excepción del tic doloroso y los trastornos del habla.

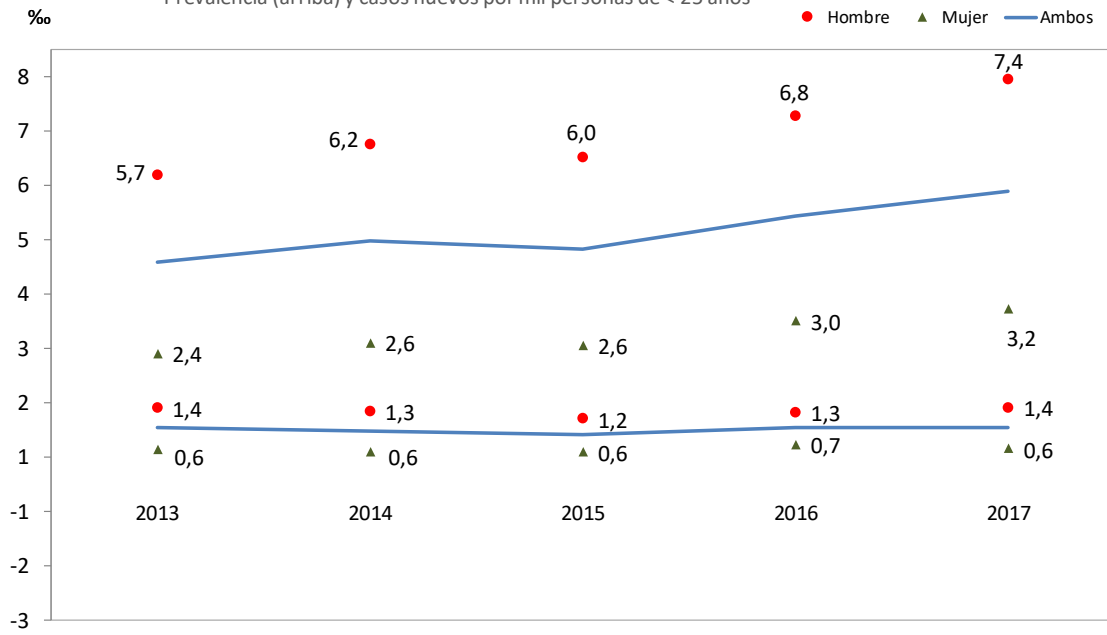
Este grupo de enfermedades son globalmente más prevalentes en hombres (2,5‰) que en mujeres (1,4‰). Las mayores prevalencias se observan entre los 5 y los 20 años llegando a ser la tasa en hombres entre 10 y 14 años del 12‰. A partir de los 25 años las prevalencias disminuyen y se sitúan en torno al 1‰, en donde se mantienen.



### Tartamudeo, disfemia espasmódica, tics (P10)

BDCAP, 2013-17

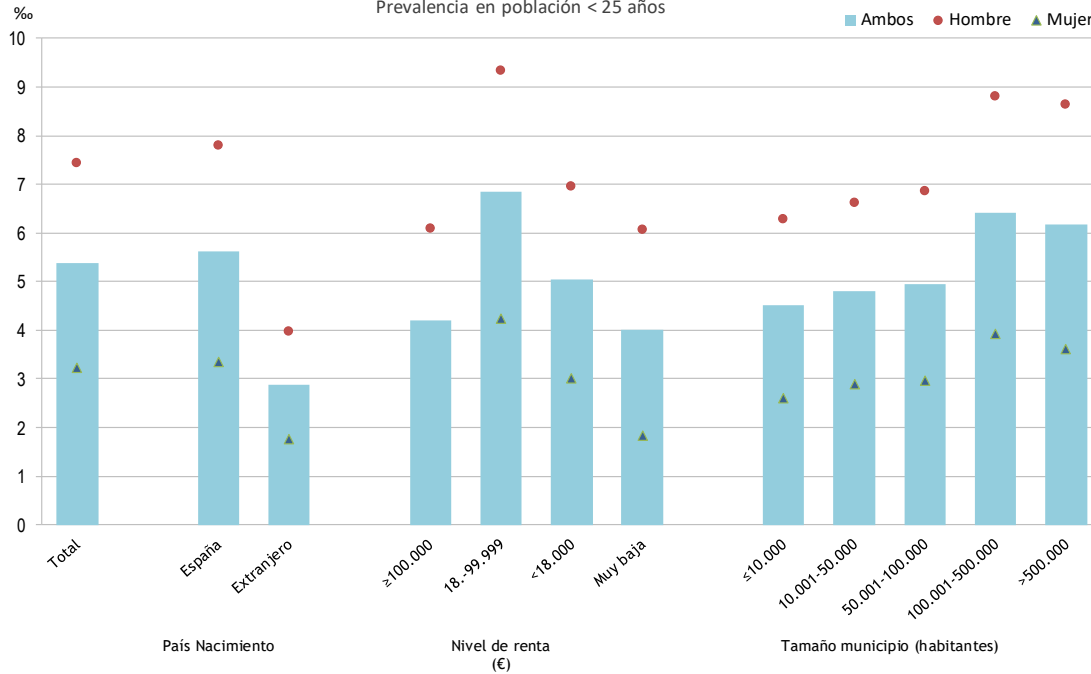
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de < 25 años



### Tartamudeo, tics (P10)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población < 25 años





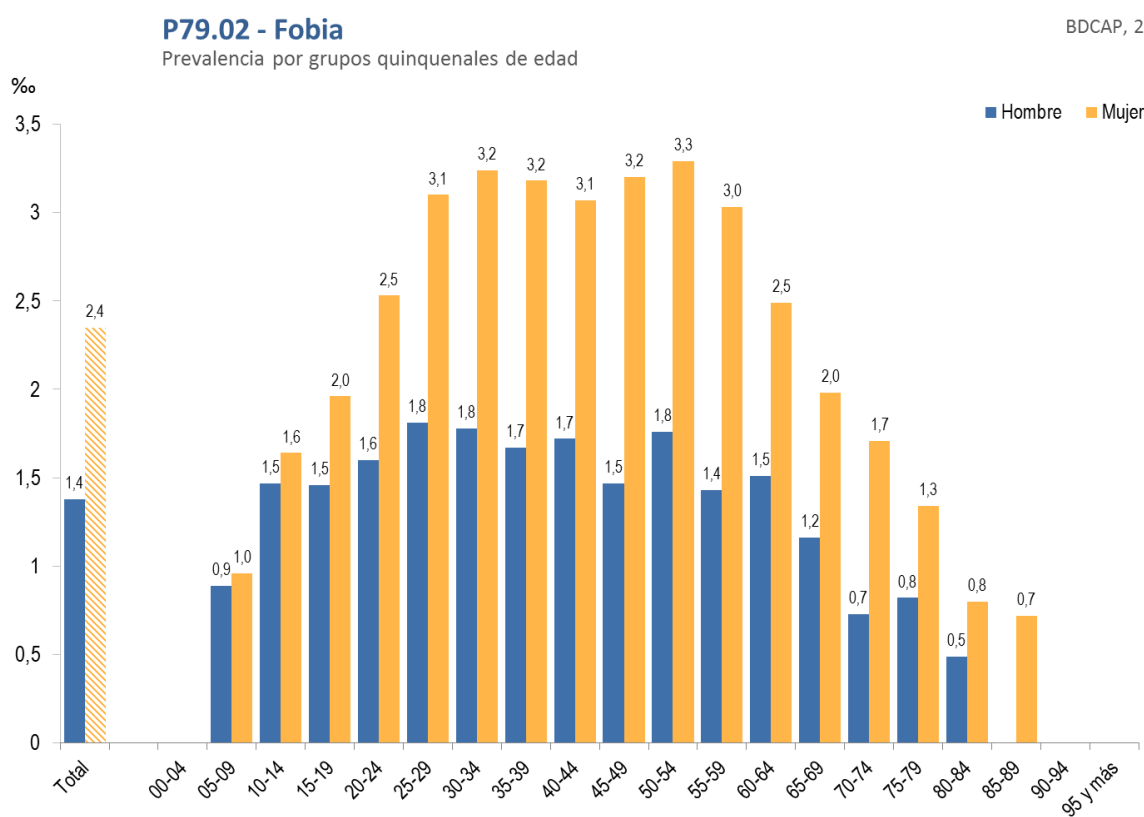
## Fobia

El trastorno de ansiedad fóbica se caracteriza por la aparición de ansiedad ante situaciones bien definidas, que de forma general no serían consideradas peligrosas, y que el paciente intenta evitar o enfrenta con pavor. El trastorno de ansiedad fóbica incluye entre otros la agorafobia, la fobia social y las fobias específicas (aisladas).

La prevalencia global del diagnóstico de fobia es más frecuente en las mujeres (2,4%) que en hombres (1,4%). Esta diferencia se acrecienta entre los 25 y 59 años llegando a alcanzar la máxima prevalencia en mujeres entre 50 y 54 años (3,3%). La prevalencia es mayor en la edad adulta presentando cifras más bajas en la infancia y adolescencia así como en ancianos.

La incidencia anual se sitúa en torno al 0,35‰ (0,4‰ en mujeres frente al 0,3‰ en hombres) observándose un ligero descenso de la incidencia en el año 2017 con respecto al 2016.

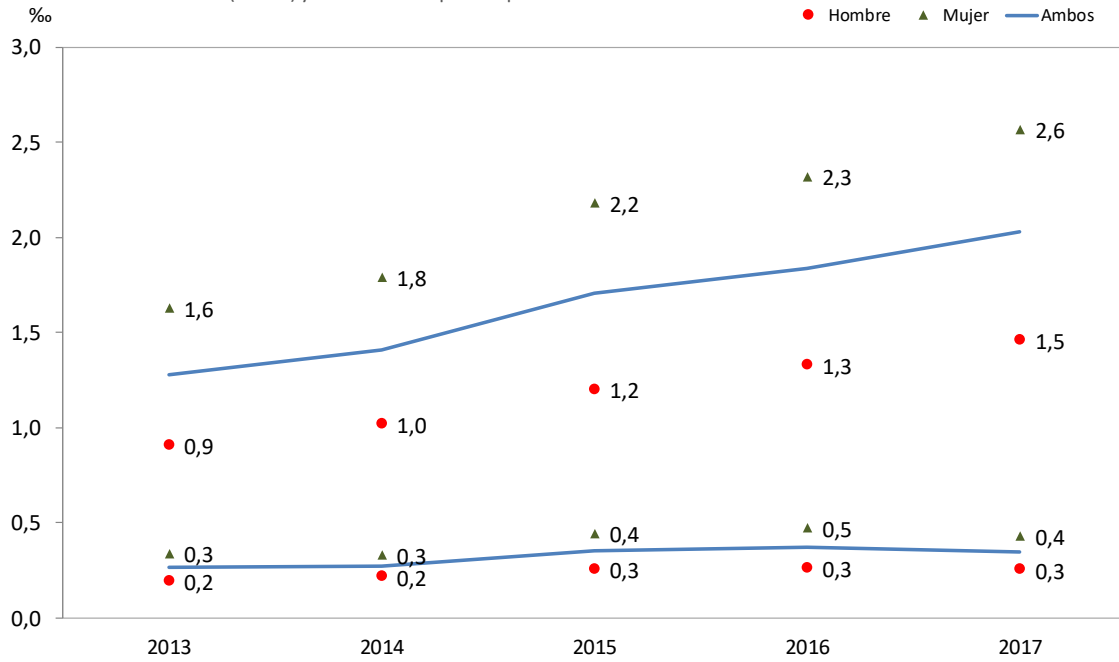
En la tabla de variables de clasificación destaca nuevamente el gradiente social (con mayores prevalencias en menores niveles de renta).



### Fobia (P79.02)

BDCAP, 2013-17

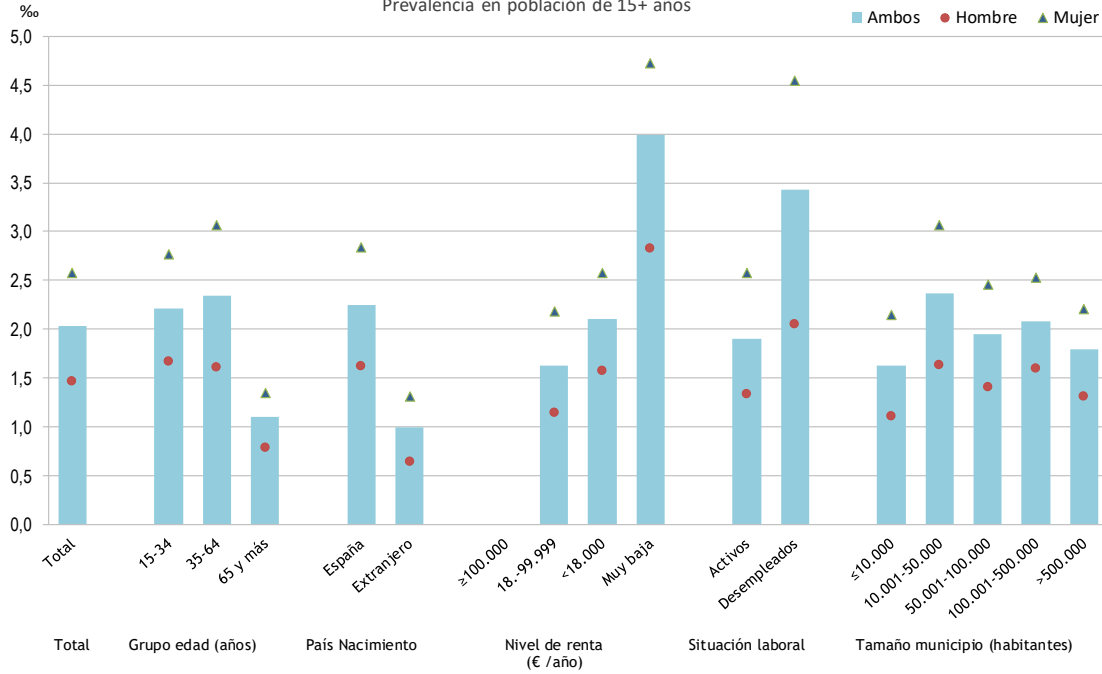
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15+ años



### Fobia (P79.02)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años



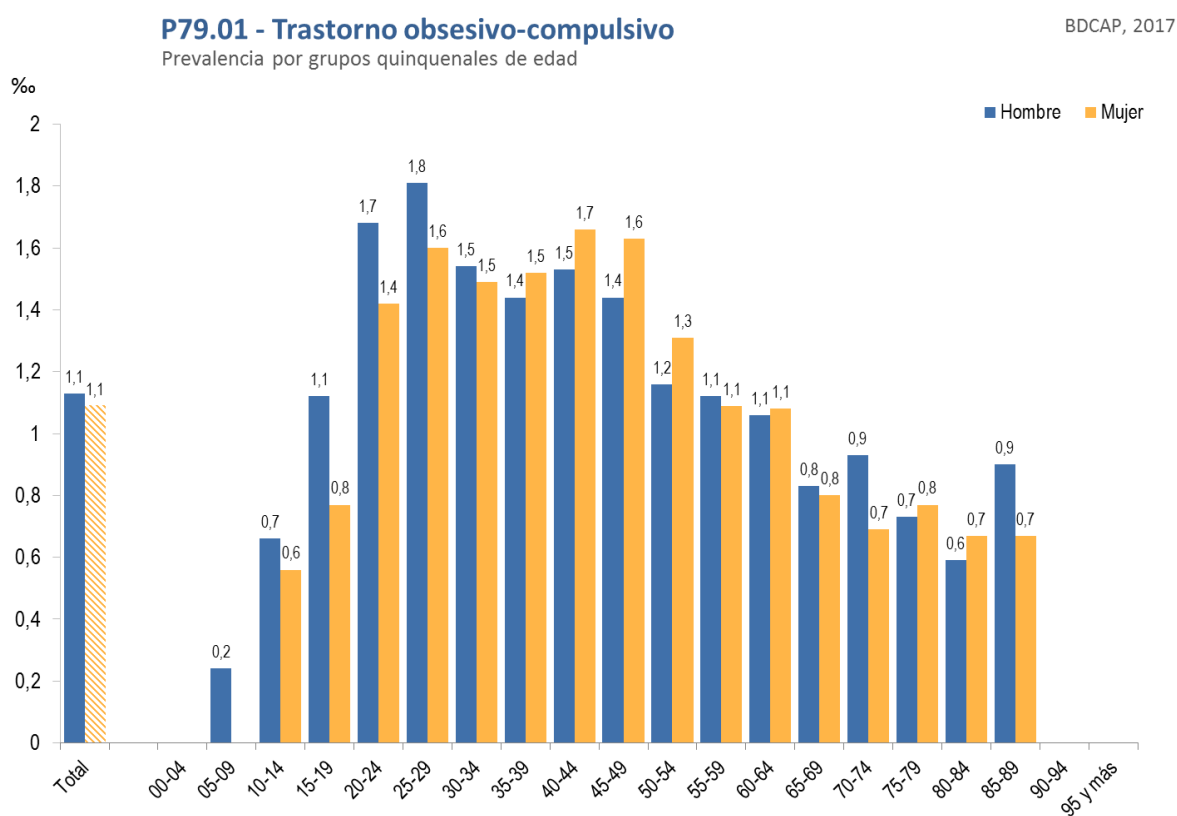
## Trastorno Obsesivo Compulsivo

El trastorno obsesivo se define por la presencia de pensamientos o actos obsesivos angustiantes y recurrentes. En el trastorno compulsivo los comportamientos estereotipados son repetidos una y otra vez, intentando prevenir, sabiéndolos inefectivos, eventos objetivamente improbables. El Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) incluye trastornos en los que predomina el componente obsesivo, el compulsivo o bien trastornos mixtos.

La prevalencia de TOC (trastorno obsesivo compulsivo) es similar en ambos sexos, con una prevalencia de 1,1%. Se trata también de un trastorno más frecuente en las edades medias siendo más diagnosticado en hombres hasta los 35 años, edad a partir de la que pasa a ser ligeramente más prevalente en mujeres.

La evolución del TOC se mantiene constante a lo largo de los años en 0,2%.

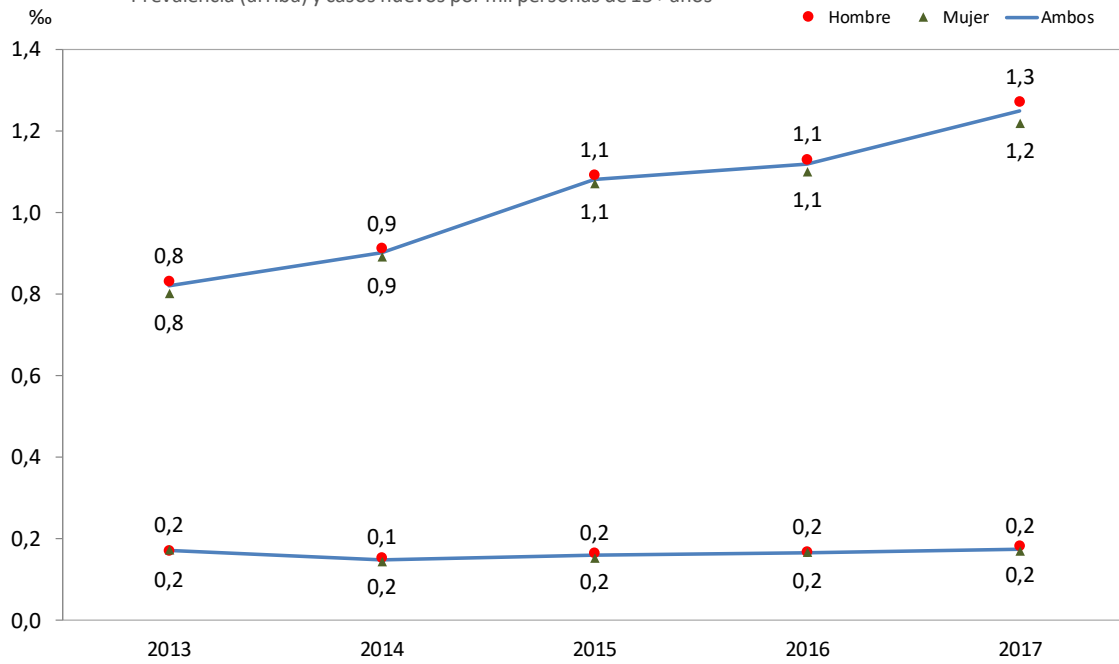
Destaca el gradiente social de la enfermedad (a menor nivel de renta mayor prevalencia).



### Trastorno obsesivo-compulsivo (P79.01)

BDCAP, 2013-17

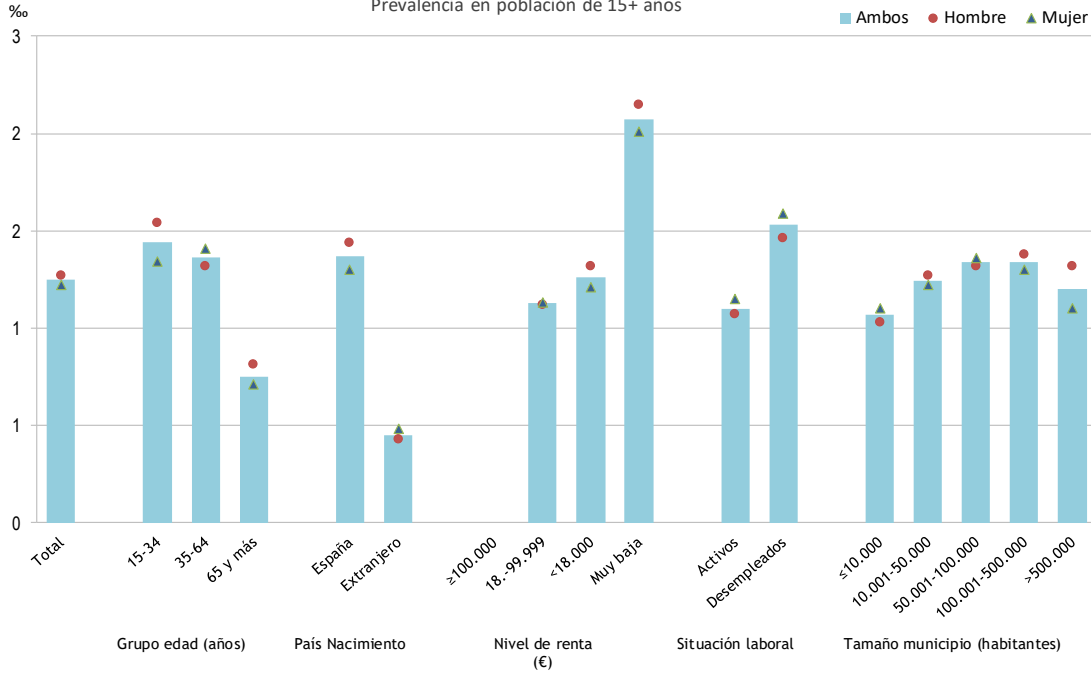
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15+ años



### Trastorno obsesivo-compulsivo (P79.01)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años



## Psicosis

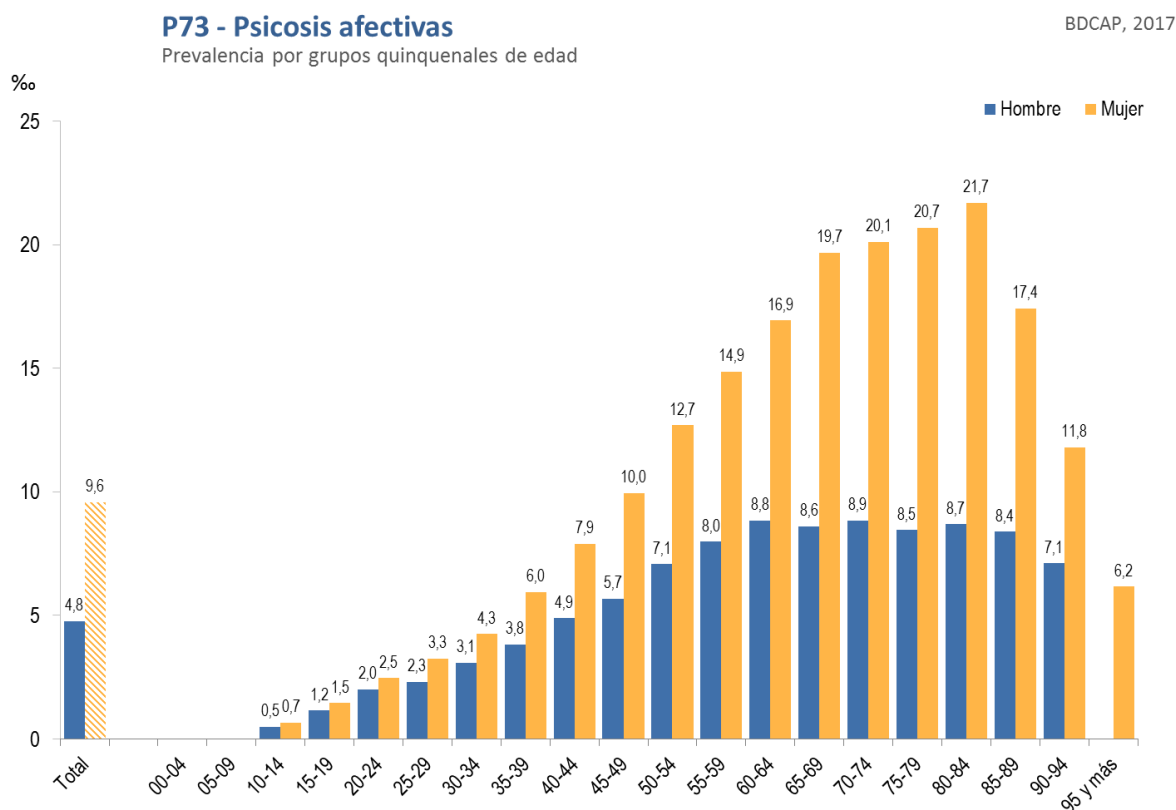
La CIAP2 contiene 3 códigos para clasificar la psicosis: psicosis afectiva, esquizofrenia, otras psicosis y un código para denotar las psicosis orgánicas.

### Psicosis Afectiva

Afectación del afecto y el estado de ánimo asociada o no con ansiedad. En el estado de ánimo maníaco la energía y la actividad están elevadas simultáneamente. En el trastorno bipolar se observan al menos dos períodos subsecuentes de estado de ánimo alterado. Incluyen los diagnósticos de trastorno bipolar en todas sus formas, manía, hipomanía, depresión maníaca y ciclotimia.

La psicosis más frecuente es la afectiva, con una prevalencia de 7,2‰ (9,6‰ en mujeres, 4,8‰ hombres). En la mujer crece con la edad hasta los 84 años y en el hombre se estabiliza a partir de los 60 años.

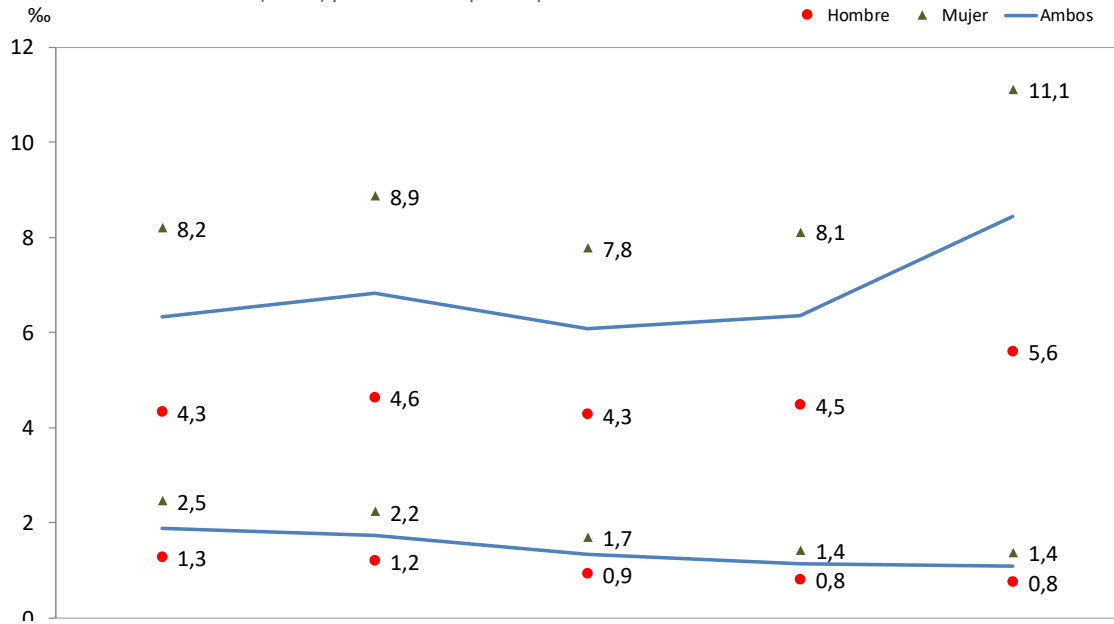
Se observa una reducción progresiva de los casos nuevos (de 1,9 en 2013 a 1,1 en 2017) y gradiente social con mayor prevalencia conforme disminuye el nivel de renta.



### Psicosis afectivas (P73)

BDCAP, 2013-17

Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15+ años

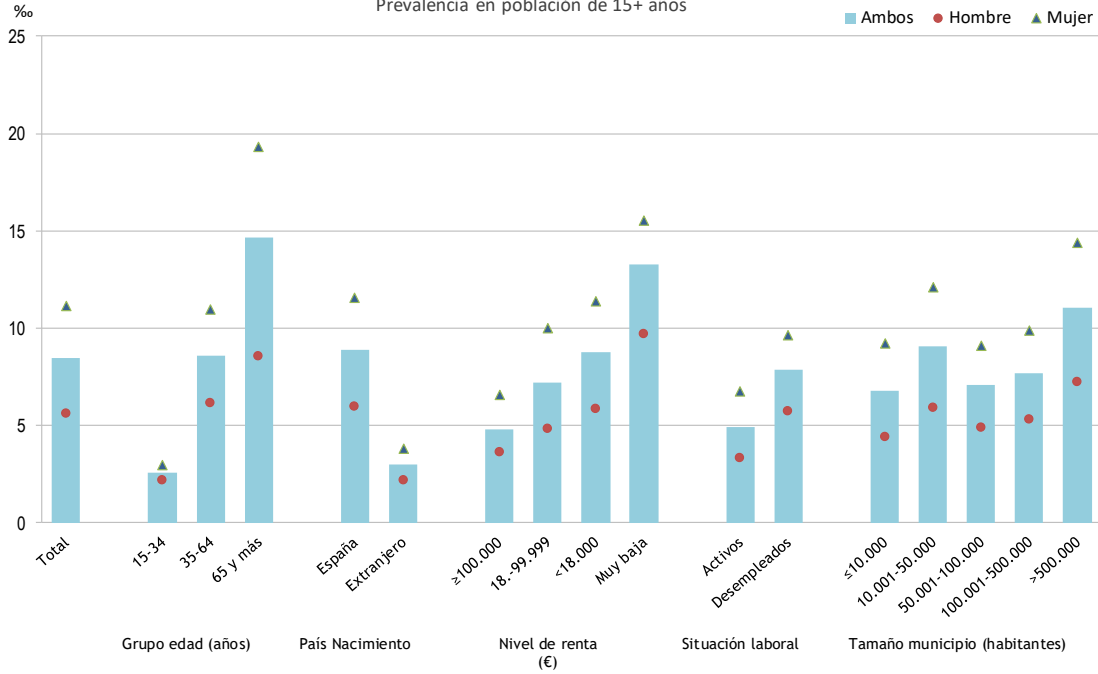


\* La ruptura de serie 2015-16 se debe a que algunas CCAA inician el registro de este problema de salud en 2016.

### Psicosis afectivas (P73)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años

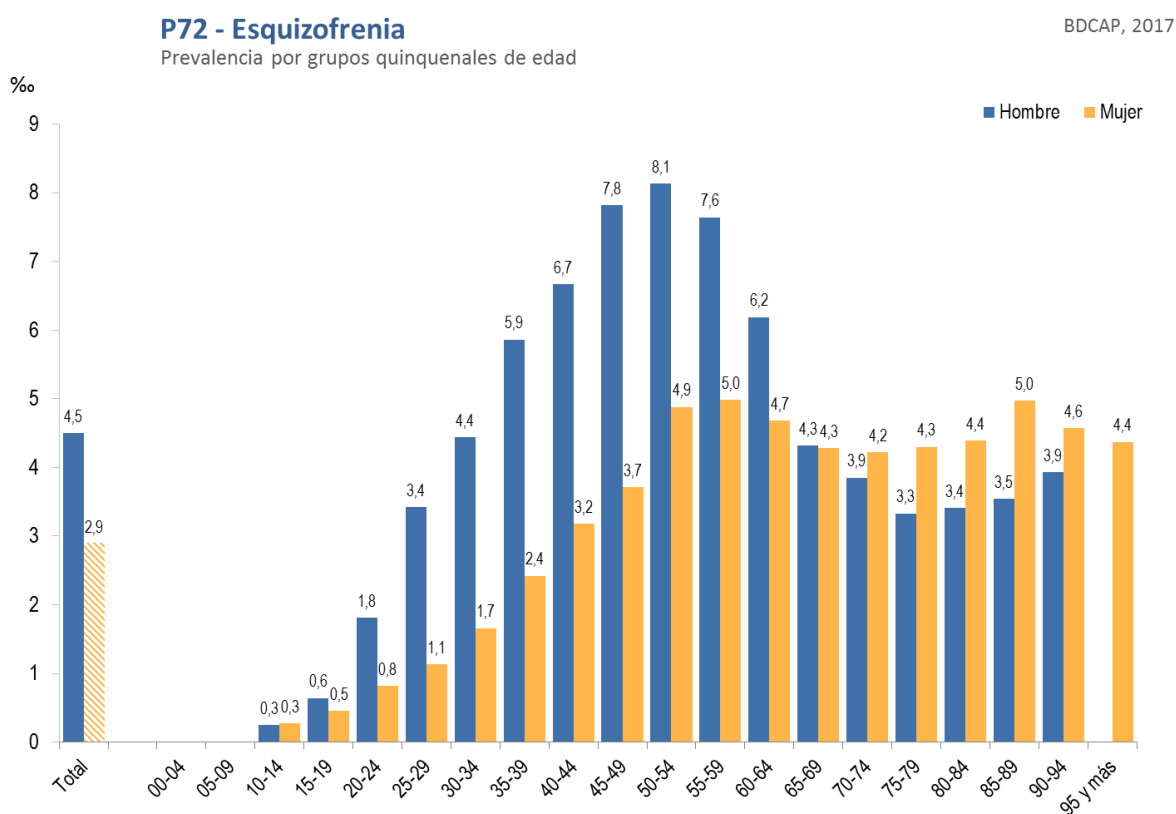


## Esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por distorsiones inapropiadas y/o intrusivas del pensamiento, de la percepción y del afecto sin afectación de la consciencia ni de las capacidades intelectuales. El diagnóstico de esquizofrenia incluye todos los diagnósticos de esquizofrenia y de paranoia, los trastornos esquizotípicos, delirantes y esquizoafectivos.

La esquizofrenia, en cualquiera de sus formas, es más frecuente en los hombres (4,5‰) que en las mujeres (2,9‰), aunque depende de la edad, pues la frecuencia es doble entre los 20 y los 49 años y se iguala a partir de los 65 años, apareciendo en este momento un ligero incremento en la mujer.

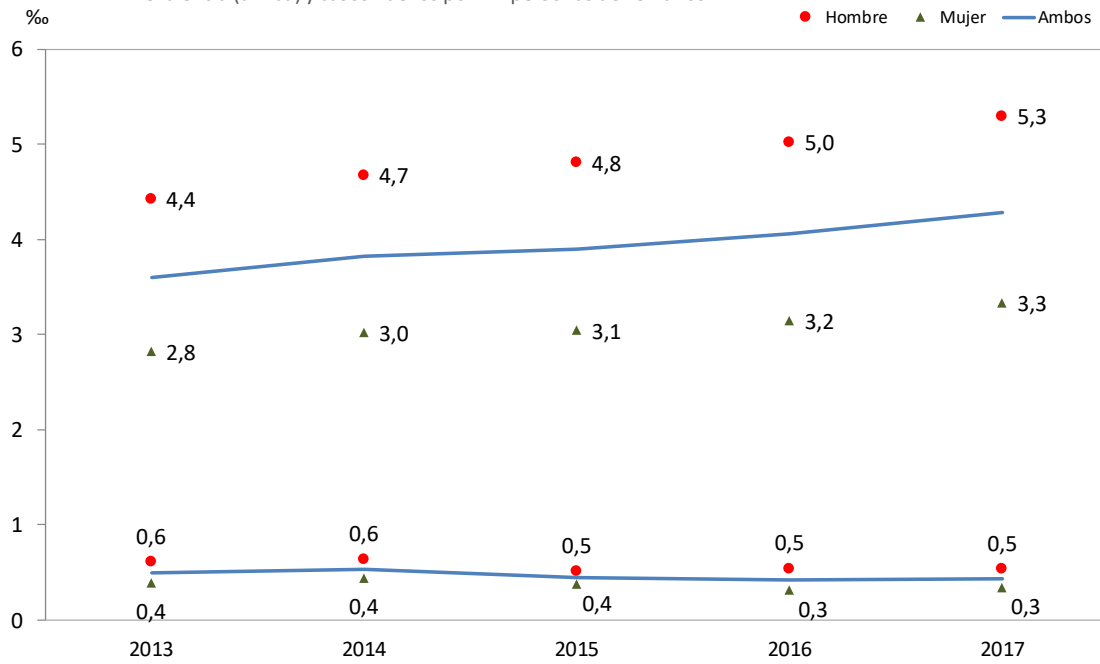
Se descubre un gradiente social marcado, sobre todo en rentas muy bajas, siendo más evidente en este grupo la mayor prevalencia en varones.



## Esquizofrenia (P72)

BDCAP, 2013-17

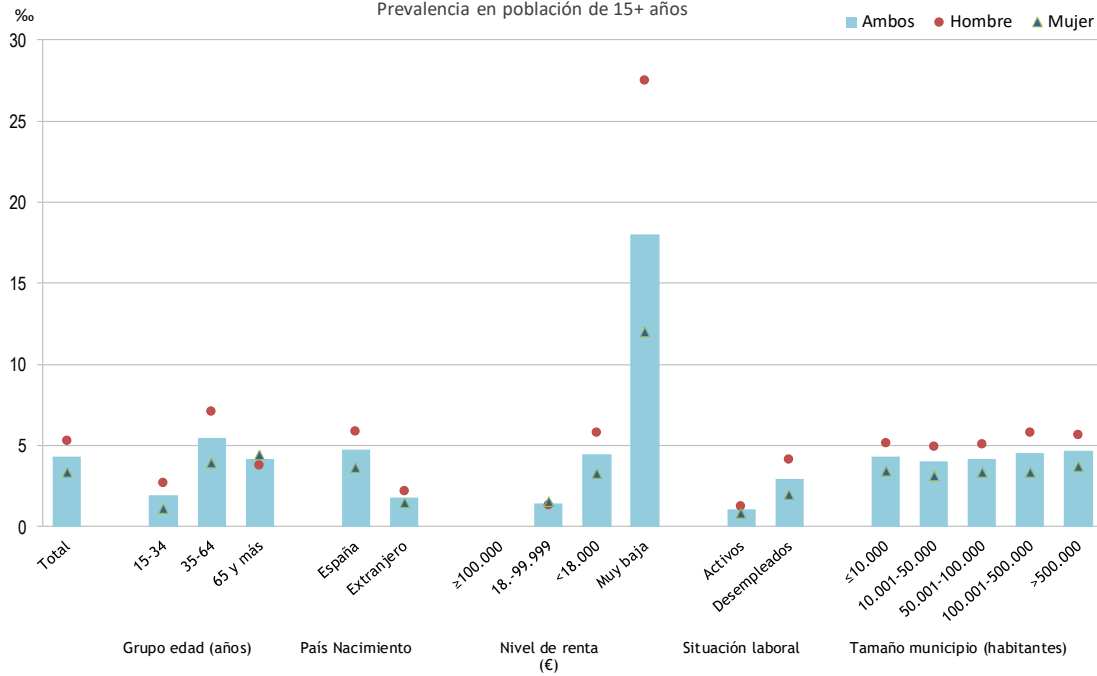
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 15+ años



## Esquizofrenia (P72)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años



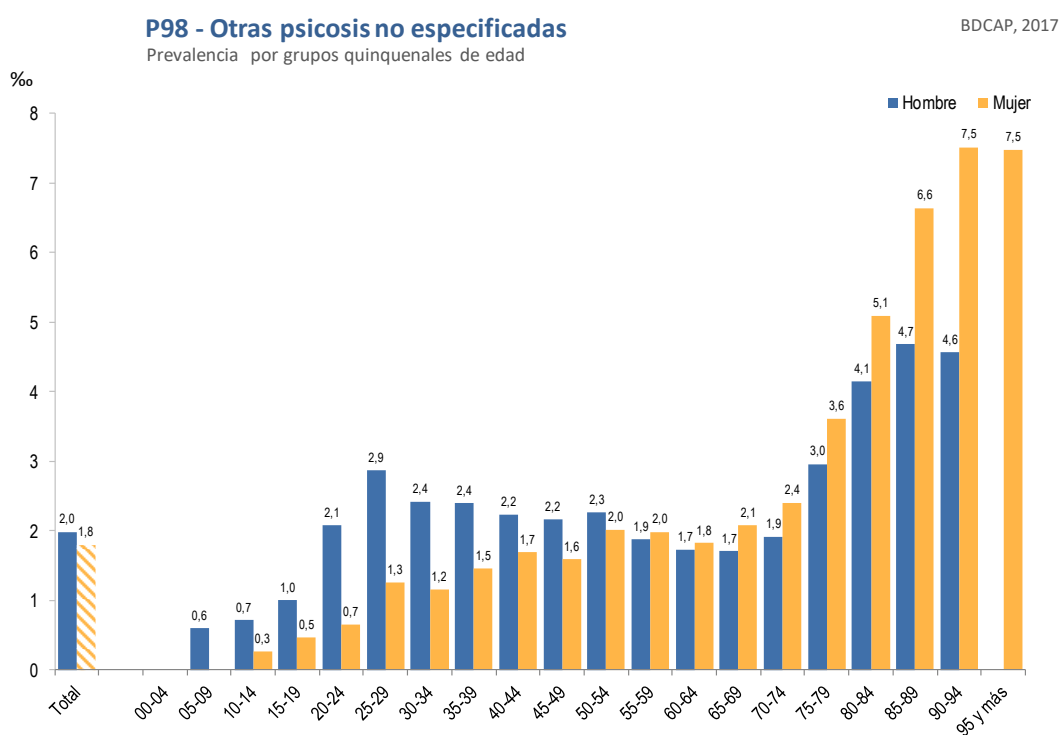


## Otras psicosis no especificadas

Las psicosis no especificadas incluyen el resto de trastornos psicóticos de causa no orgánica no clasificados como afectivos o esquizofrenia, esto es, las psicosis agudas, reactivas, transitorias y puerperales.

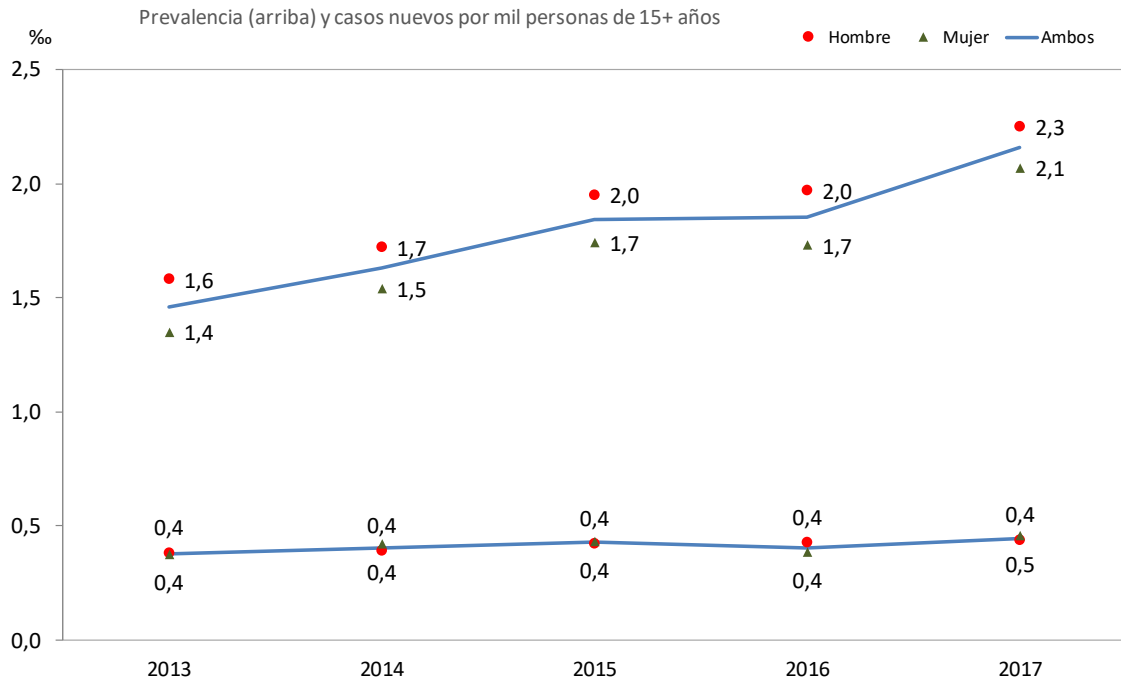
Su prevalencia global es del 1,9‰, similar en ambos sexos, aunque en las edades avanzadas es más frecuente en las mujeres y las tempranas en hombres.

Se aprecia un gradiente social acusado, con una gran prevalencia en hombres en los niveles de renta más bajos.



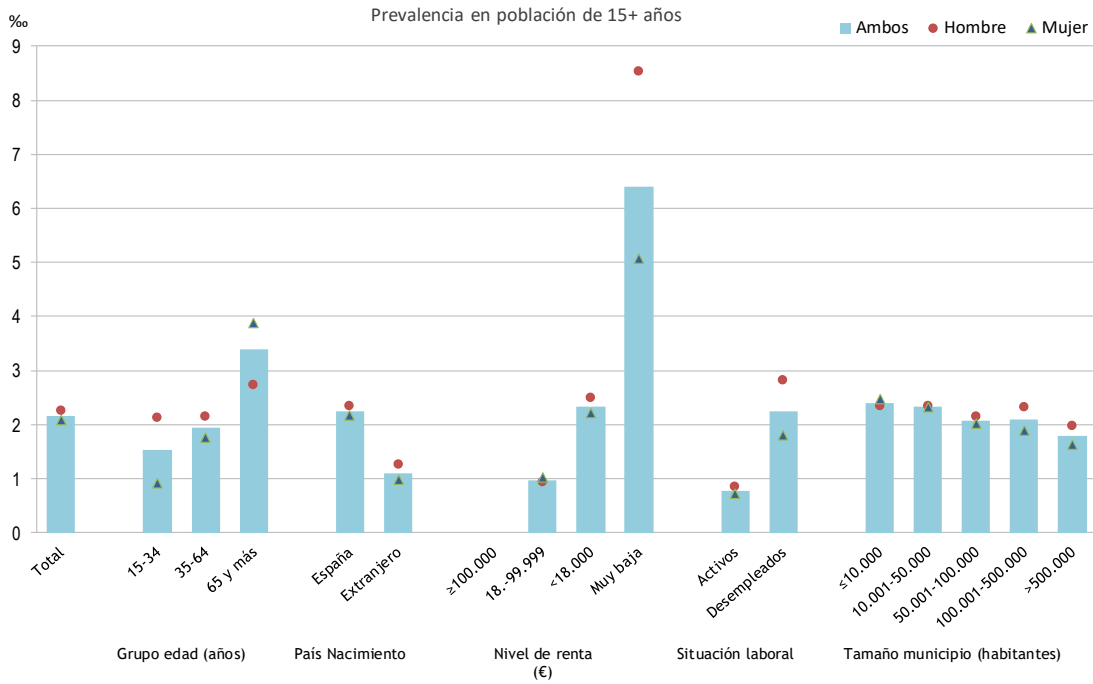
### Otras psicosis no especificadas (P98)

BDCAP, 2013-17



### Otras psicosis no especificadas (P98)

BDCAP, 2017

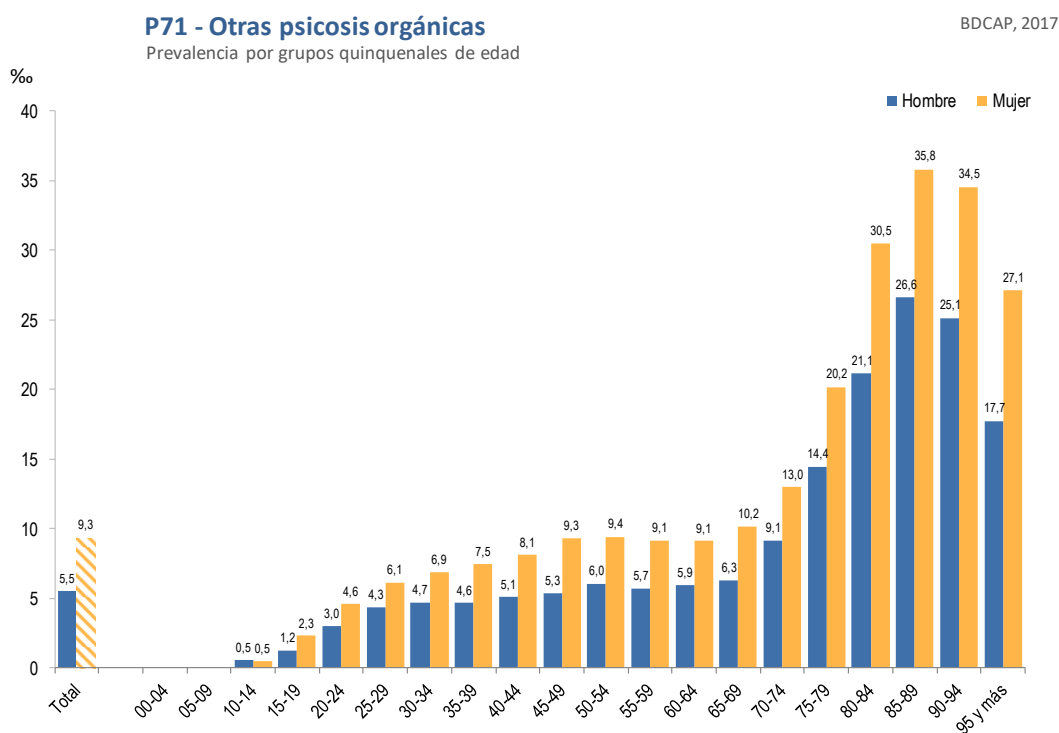


## Otras psicosis orgánicas

Este epígrafe se refiere a trastornos orgánicos de las funciones mentales superiores que de manera aguda, transitoria y global producen alteración del nivel de conciencia. Se trata del síndrome confusional agudo (delirium) excluyendo aquellas psicosis causadas por alcohol u otras sustancias psicoactivas.

En estas psicosis, la prevalencia global en mujeres está cerca de duplicar a la de los hombres (9,3% frente a 5,5%). Es relativamente estable durante la edad adulta, y se eleva de manera marcada y gradual a partir de los 65 años, llegando al 35,8% y 26,6%, mujeres y hombres respectivamente, en el quinquenio de 85 a 89 años.

Se aprecia un marcado gradiente social.



### Otras psicosis orgánicas (P71)

BDCAP, 2013-17

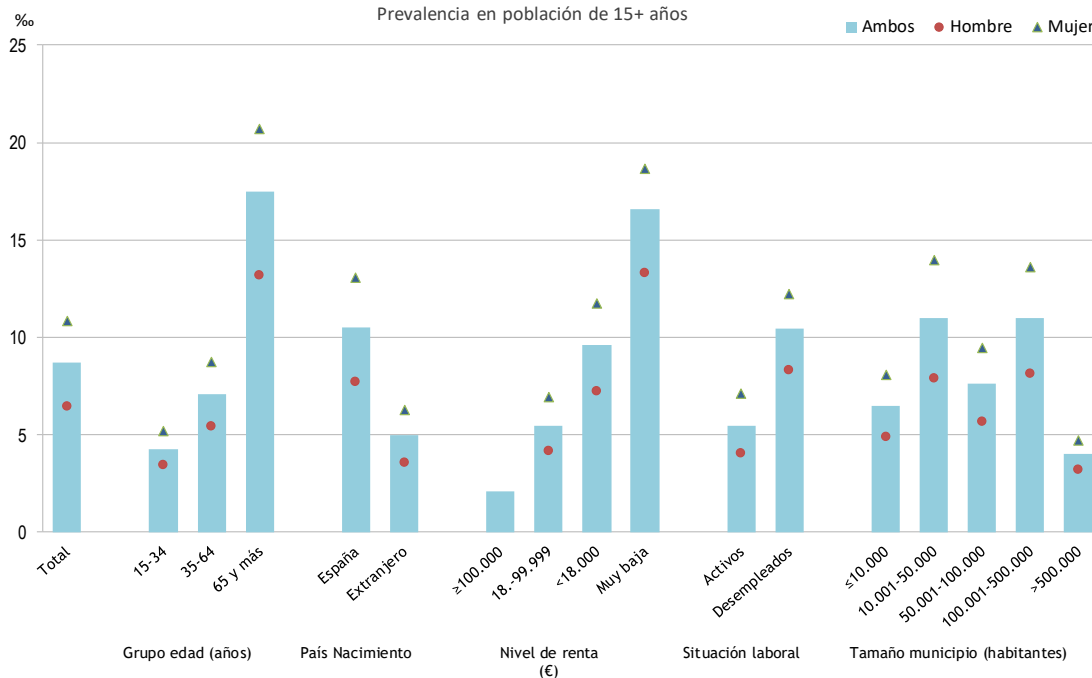
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de + 15 años



### Otras psicosis orgánicas (P71)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 15+ años



## Alteraciones cognitivas

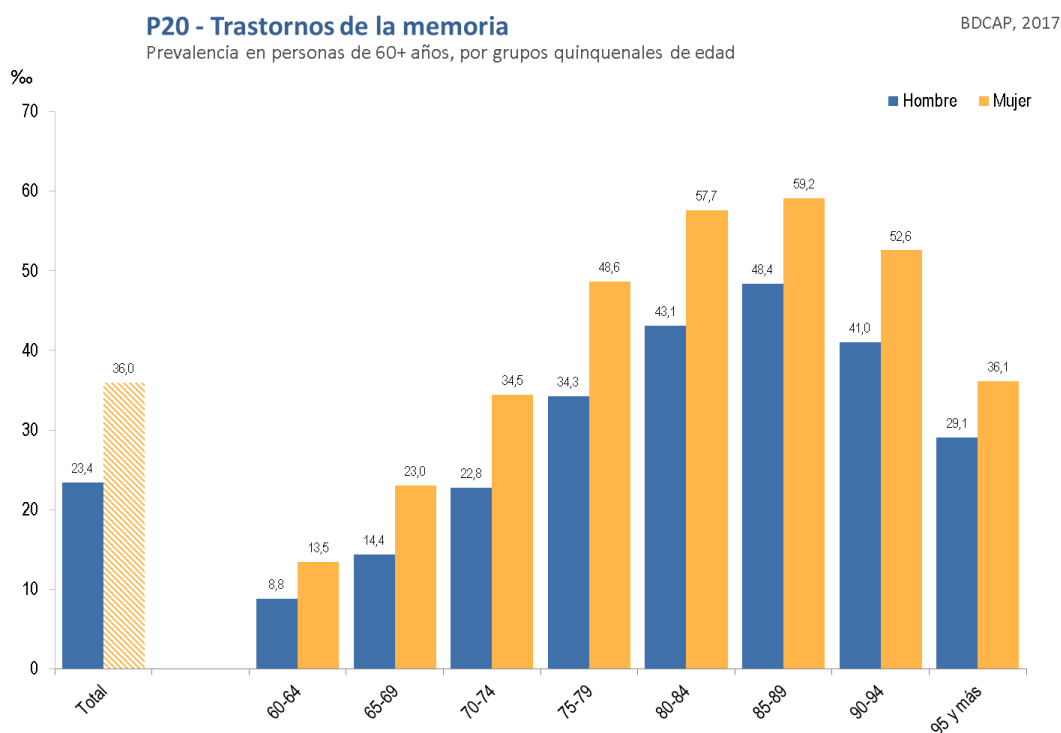
La CIAP2 utiliza dos códigos para recoger las alteraciones cognitivas: el síntoma trastornos de la memoria y la demencia. Dado que aparecen en las edades avanzadas, se circunscribe su análisis a los mayores de 60 años.

### Trastornos de la memoria

Los trastornos de la memoria incluyen los diagnósticos de amnesia, desorientación y otros signos y síntomas que afectan a las funciones cognitivas y a la conciencia.

En estos trastornos se observa un aumento gradual a partir de los 60 años, con mayor prevalencia en la mujer en todos los grupos quinquenales de edad, observando los valores más altos en el grupo de 85 a 89 años, afectando en este grupo hasta al 59,2% de las mujeres y al 48,4% de los hombres.

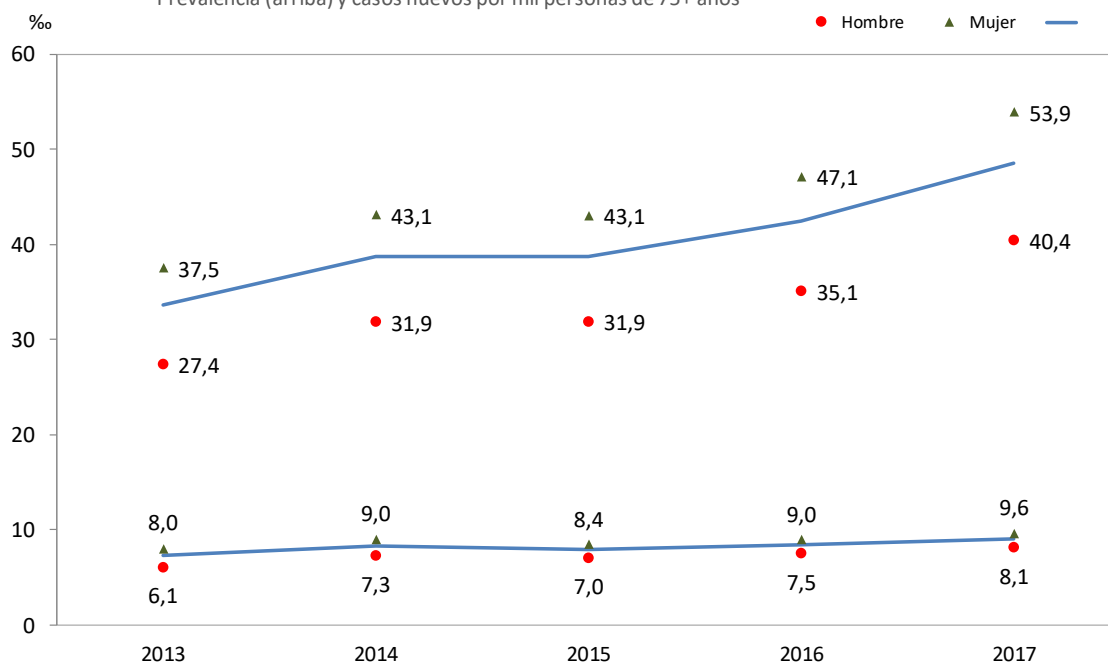
Es un síntoma que se presenta con incidencia creciente (de 7,3 en 2013 a 9,0 en 2017) y sobre todo en el medio urbano.



## Trastornos de la memoria (P20)

BDCAP, 2013-17

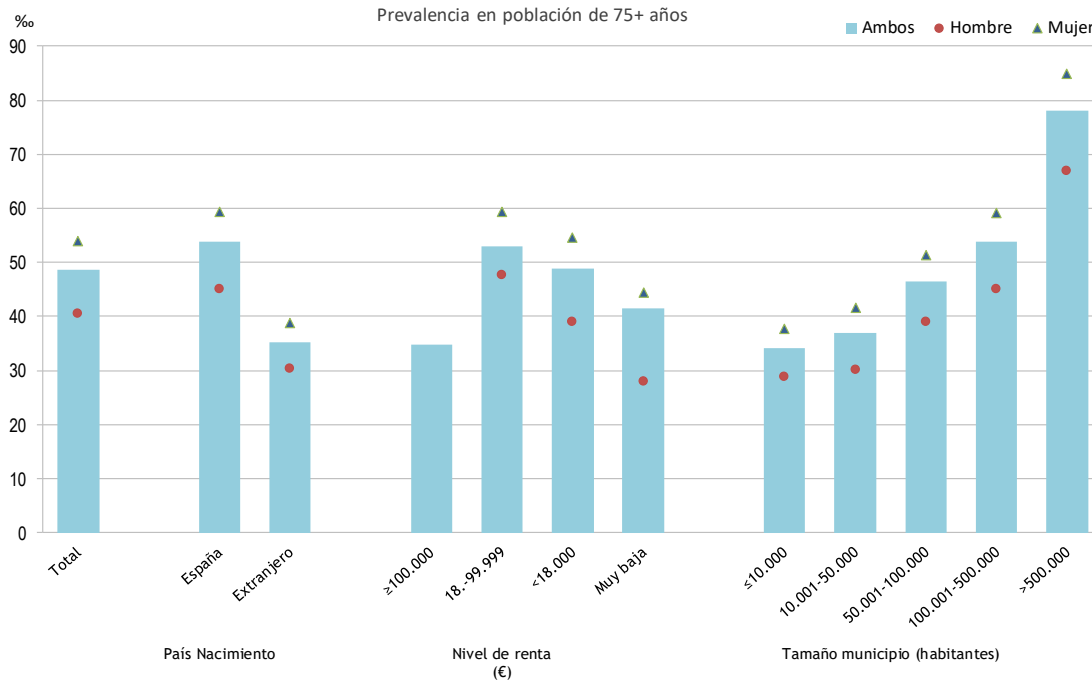
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 75+ años



## Trastornos de la memoria (P20)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 75+ años



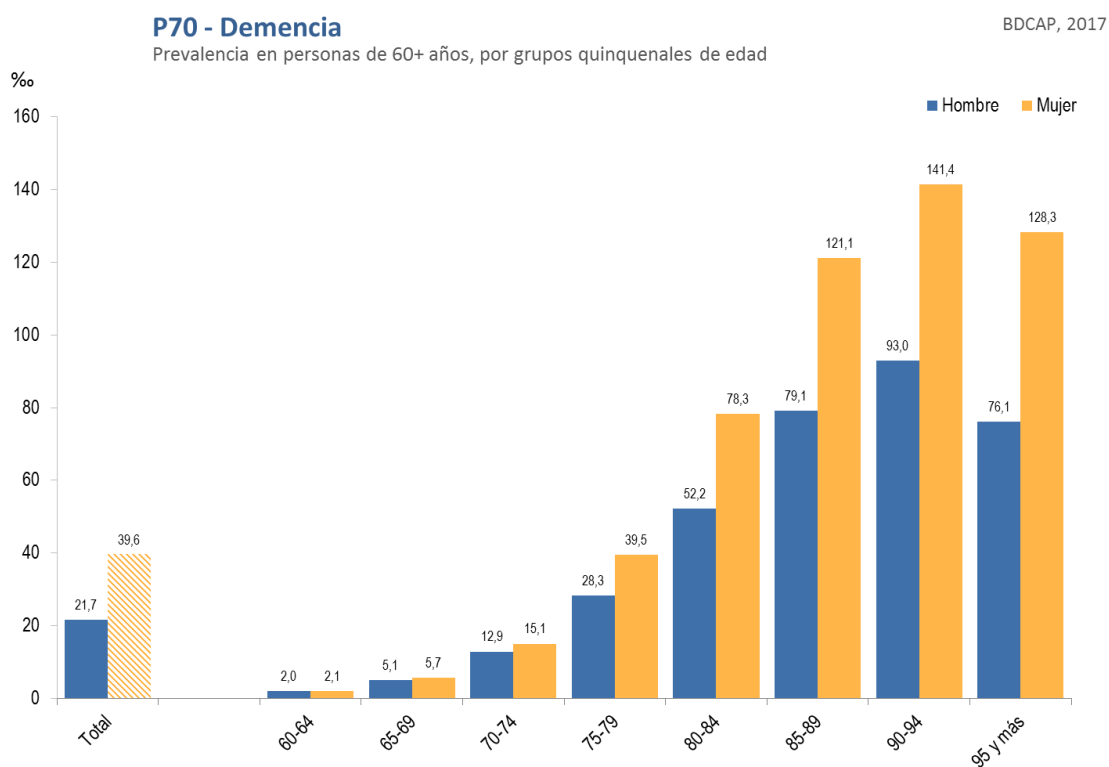
## Demencia

La demencia es un síndrome causado por una enfermedad cerebral, normalmente de naturaleza crónica y/o progresiva, con alteraciones significativas de múltiples funciones corticales superiores (memoria, pensamiento, comprensión). Incluye los diagnósticos de Alzheimer y demencia senil, vascular o secundaria a otras enfermedades.

En las personas de 60 años y más la prevalencia de demencia es del 39,6% en mujeres y 21,7% en hombres. Es más frecuente en la mujer en todos los grupos de edad a partir de los 75 años.

Se registran alrededor de 15 casos nuevos por mil personas cada año.

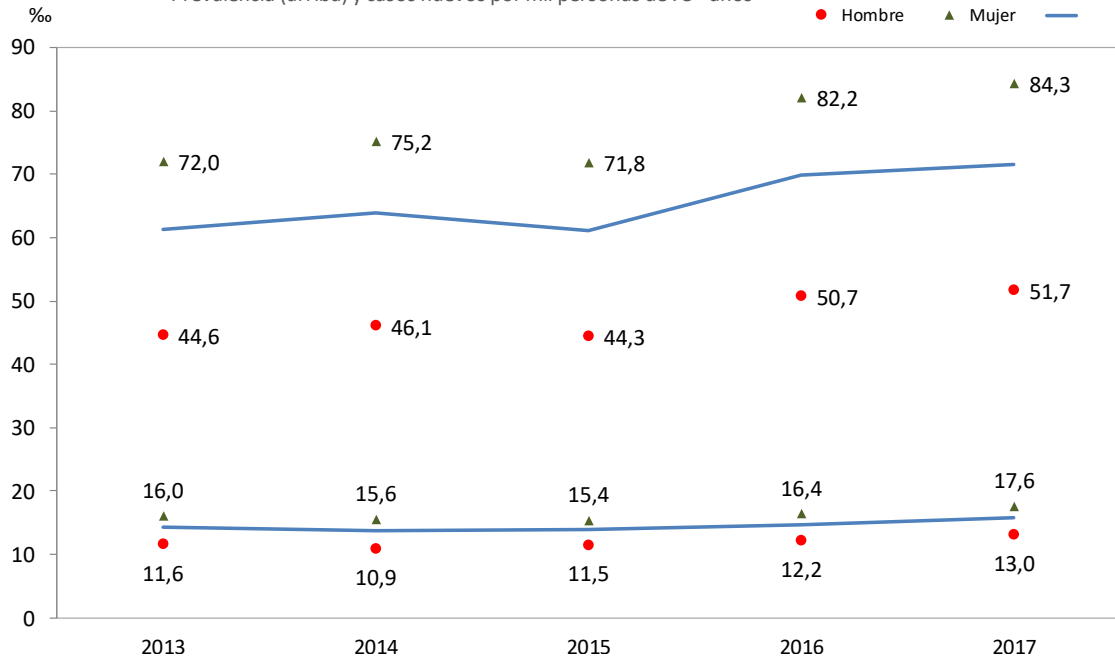
Se observa un ligero gradiente social.



## Demencia (P70)

BDCAP, 2013-17

Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de 75+ años

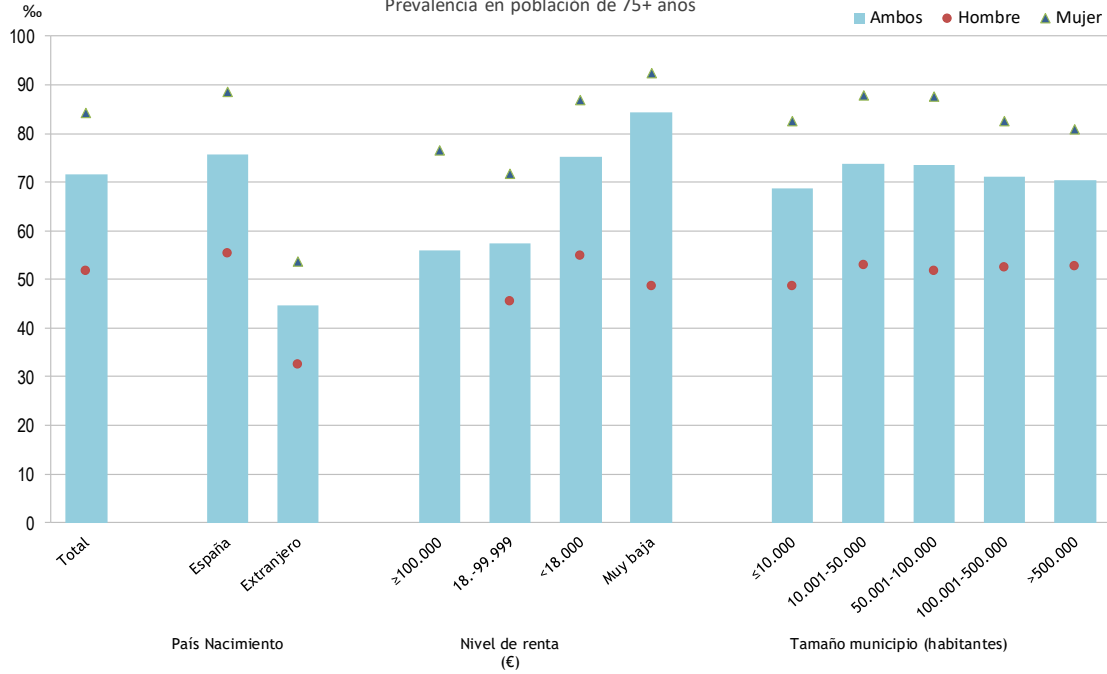


\* La ruptura de serie 2015-16 se debe a que algunas CCAA han realizado un proceso de migración de clasificaciones.

## Demencia (P70)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población de 75+ años





## Problemas específicos en menores de 25 años

Entre los problemas específicos de la infancia y adolescencia, destacamos cuatro problemas de salud de la esfera de los signos y síntomas (en orden de frecuencia: aprendizaje, comportamiento, enuresis, alimentación).

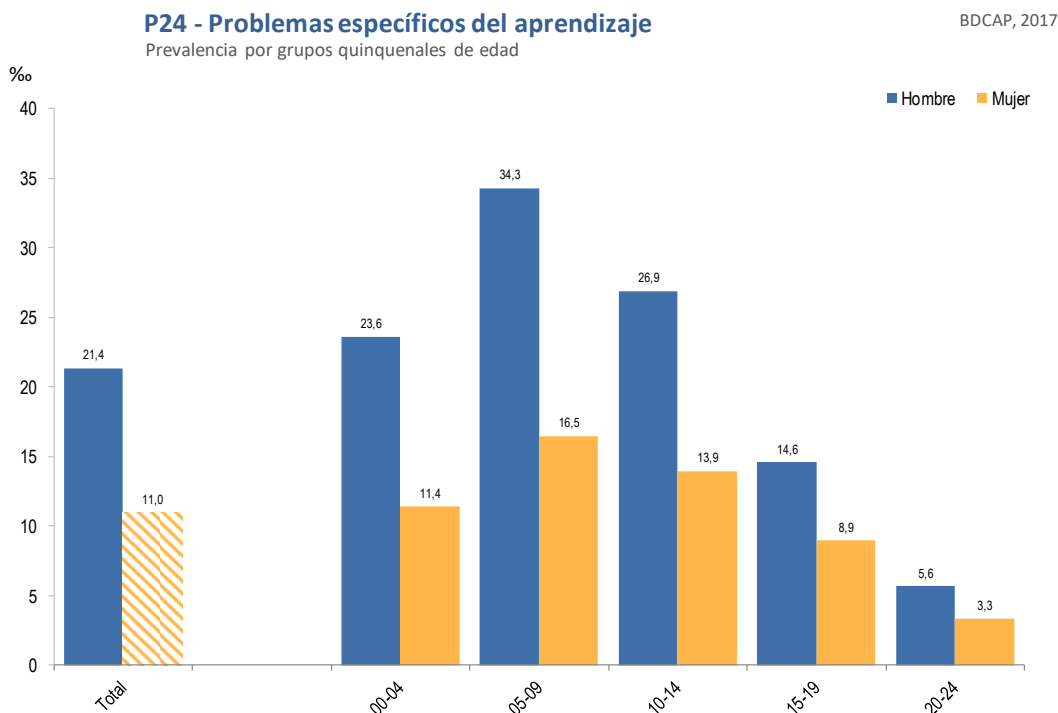
### Problemas específicos del aprendizaje

Este epígrafe recoge un conjunto de problemas específicos de la pronunciación, del lenguaje y del aprendizaje de aparición en la infancia, acompañados de una deficiencia de funciones relacionadas con la madurez del SNC, y un curso estable en el tiempo a pesar de que el déficit puede disminuir con la edad. Incluyen problemas como dislexia, alexia, la apraxia, etc.

Los problemas relacionados con el aprendizaje se consultan más en los niños (21,4%) que en las niñas (11,0%), en todos los grupos de edad.

La incidencia aumenta ligeramente en ambos sexos, más en los niños: de los 3,3‰ en 2013 hasta los 4‰ en 2017.

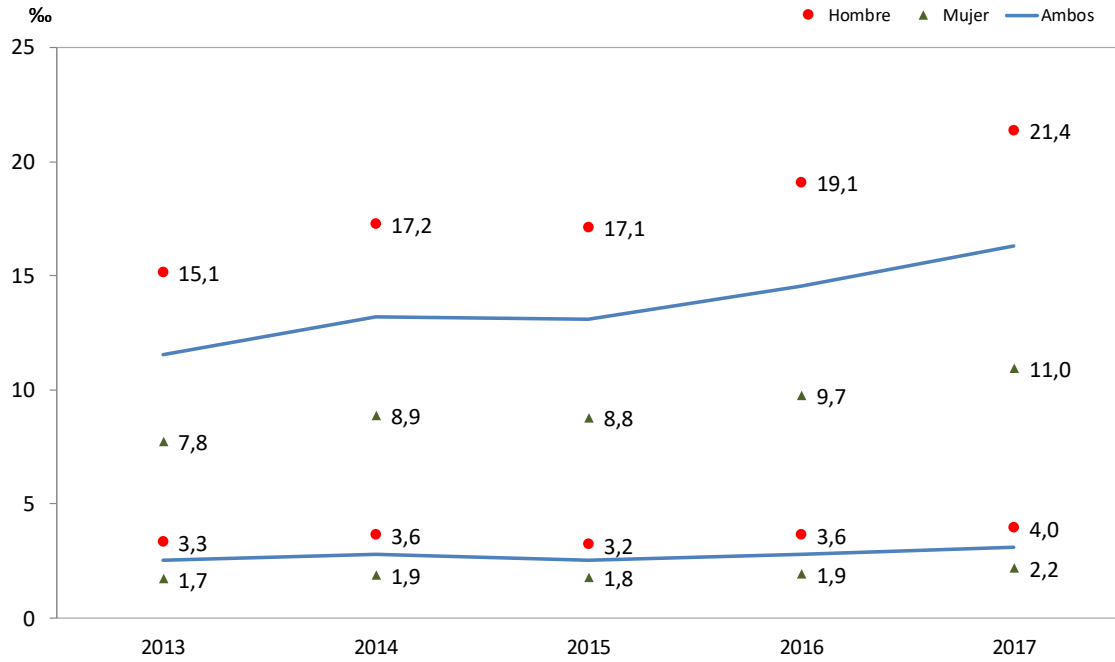
El problema es más frecuente cuanto mayor es el tamaño del municipio.



## P24 - Problemas específicos del aprendizaje

BDCAP, 2013-17

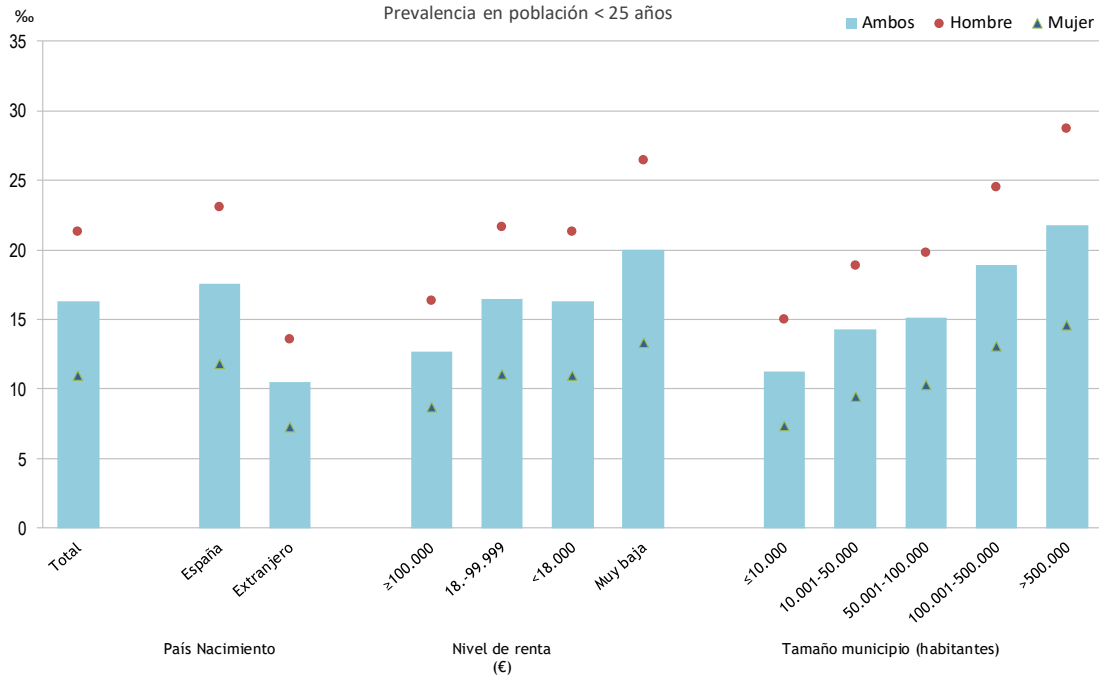
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de < 25 años



## Problemas específicos del aprendizaje (P24)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población < 25 años



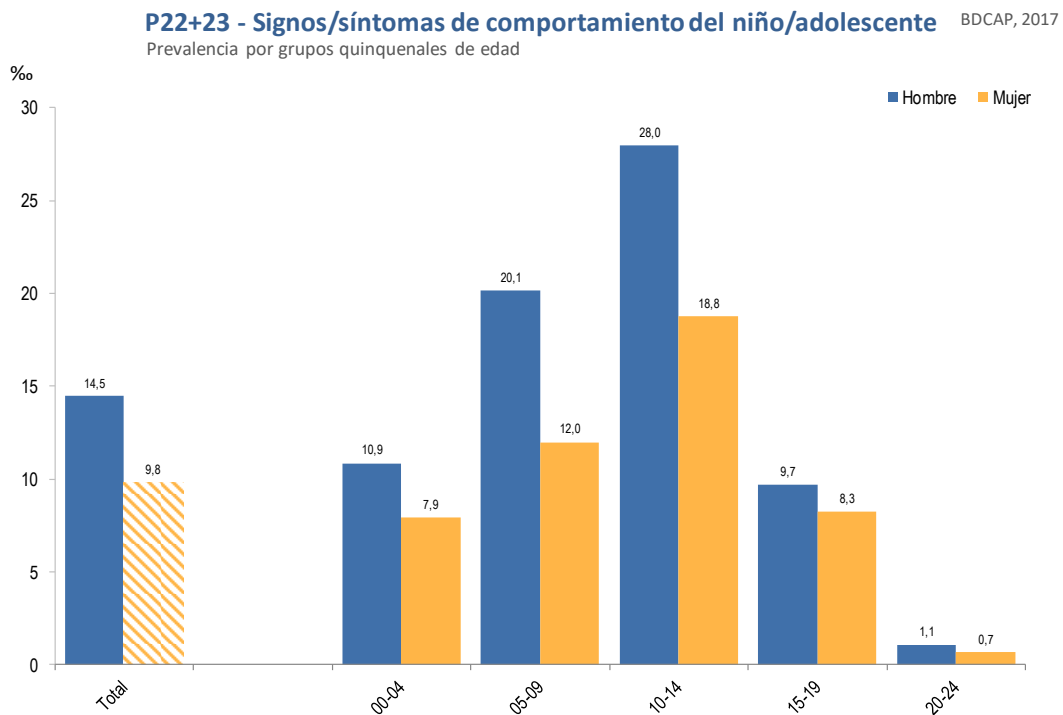
## Signos/síntomas de comportamiento del niño/adolescente

Incluye diversos diagnósticos relacionados con trastornos del comportamiento del niño y adolescente como trastornos sociales, emocionales, de conducta, ansiedad, fobias, etc.

Estos problemas siguen el mismo patrón que los problemas de aprendizaje. La prevalencia de signos/síntomas de comportamiento del niño/adolescente es mayor en los hombres en todos los grupos de edad. Entre los 5-9 años el número de casos en niños (34,3‰) es más del doble que en niñas (16,5‰).

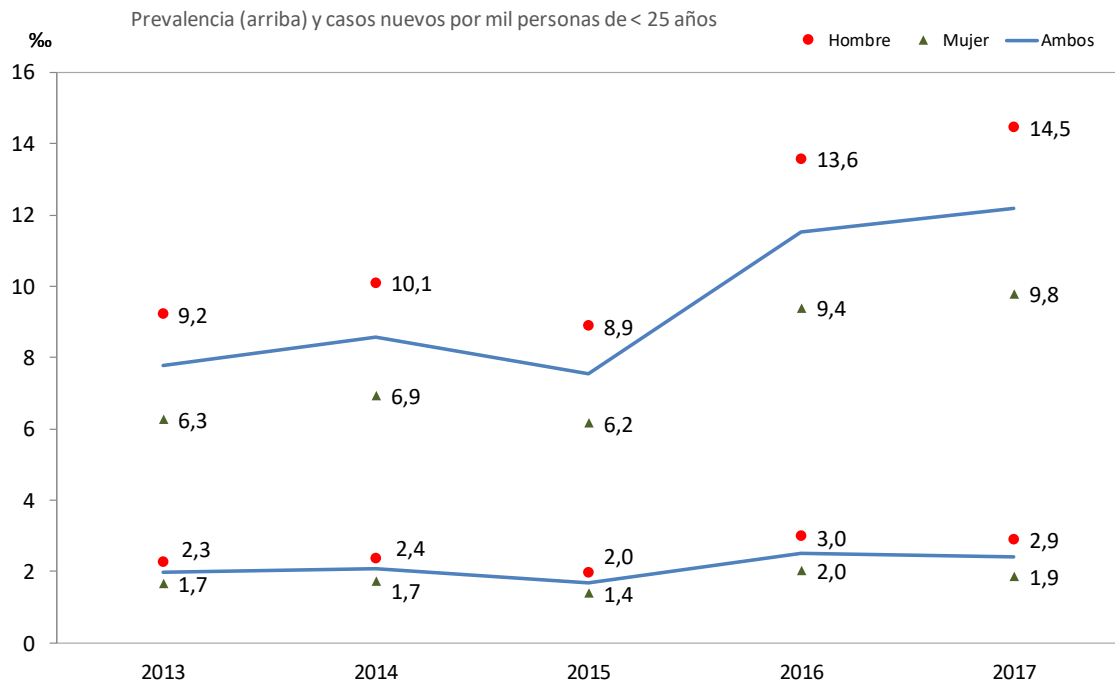
La incidencia ha aumentado ligeramente desde los 2,3‰ en niños en el año 2013 hasta los 2,9‰ en el 2017.

Es más frecuente cuanto mayor es el tamaño del municipio.



### Signos/síntomas de comportamiento del niño/adolescente (P22+P23)

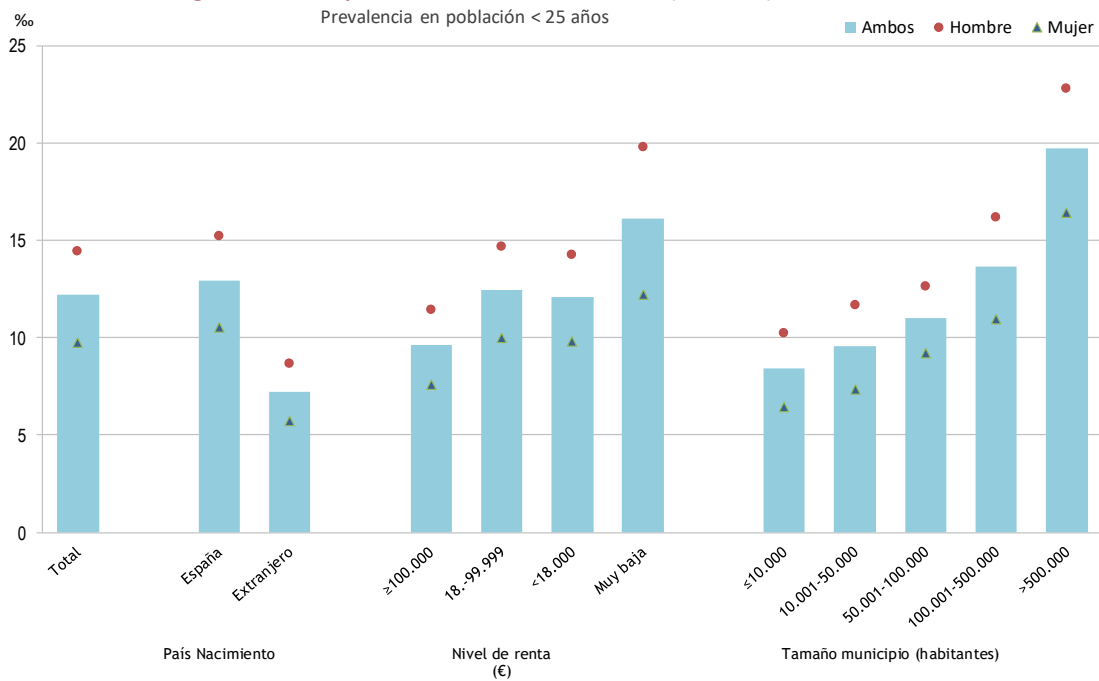
BDCAP, 2013-17



\* La ruptura de serie 2015-16 se debe a que algunas CCAA inician el registro de este problema de salud en 2016.

### Signos/sínt. comportamiento niño/adolescente (P22+P23)

BDCAP, 2017



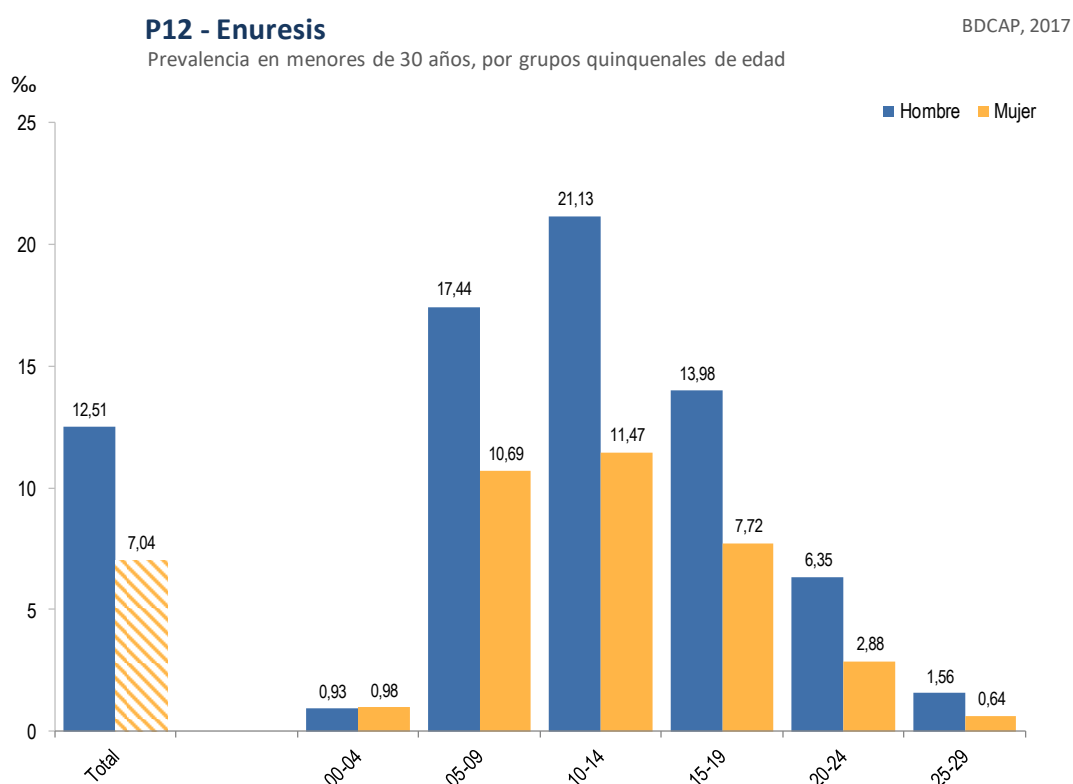
## Enuresis

La enuresis incluye la pérdida involuntaria de orina tanto de día como de noche no relacionada con ningún trastorno orgánico.

Este trastorno sigue un patrón similar a los problemas de salud anteriores: Encontramos una prevalencia mayor entre los hombres (12,51‰ frente a 7,04‰), que se presenta en todos los grupos de edad, siendo más significativa en los grupos de 5 a 19 años, alcanzando valores de 21,13‰ y 11,47‰, en hombres y mujeres respectivamente, entre 10 y 14 años.

Se aprecia un ligero descenso progresivo de los casos nuevos anuales.

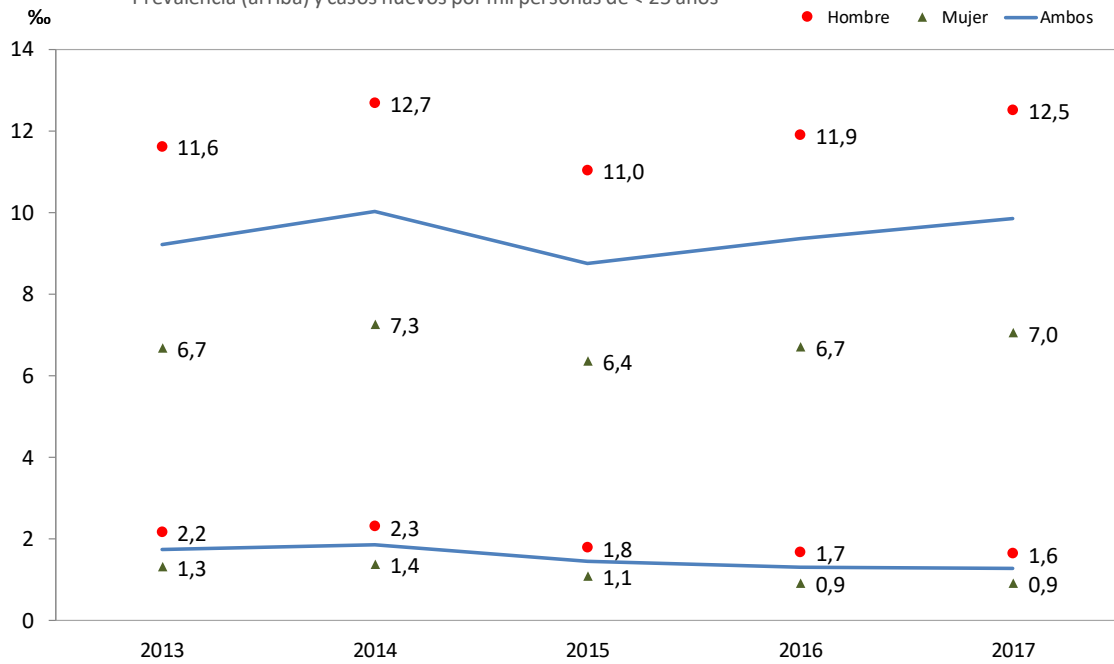
Se observa un gradiente social inverso, con las prevalencias más altas en grupo de rentas más elevadas, y presentando datos muy similares entre las rentas bajas a muy bajas.



### Enuresis (P12)

BDCAP, 2013-17

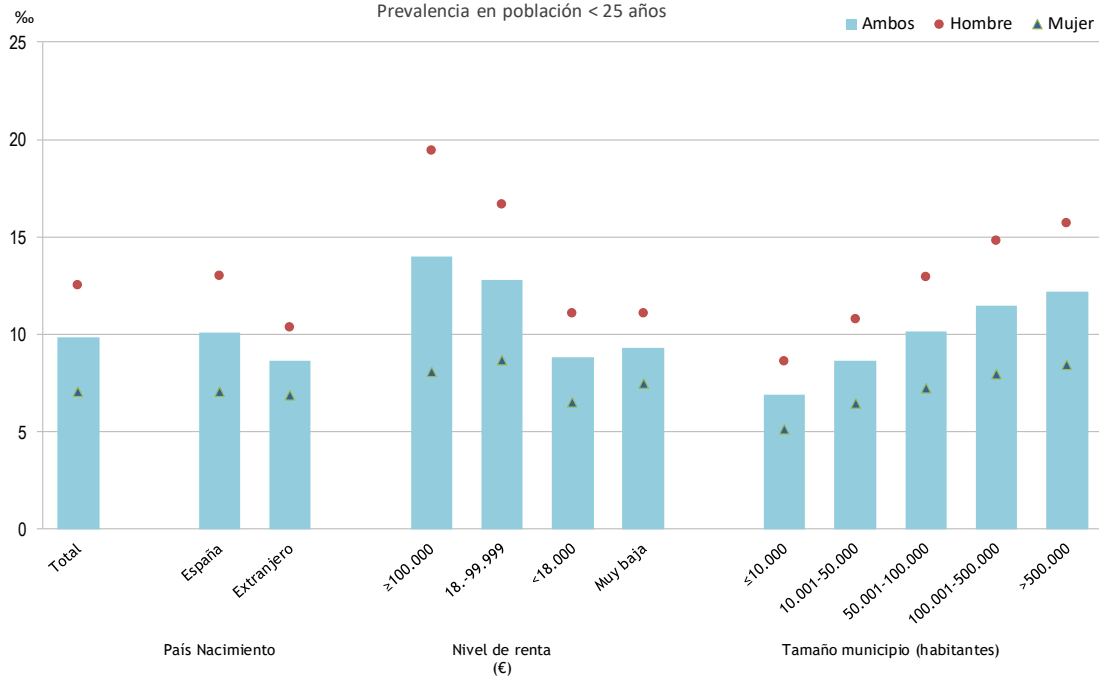
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de < 25 años



### Enuresis (P12)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población < 25 años

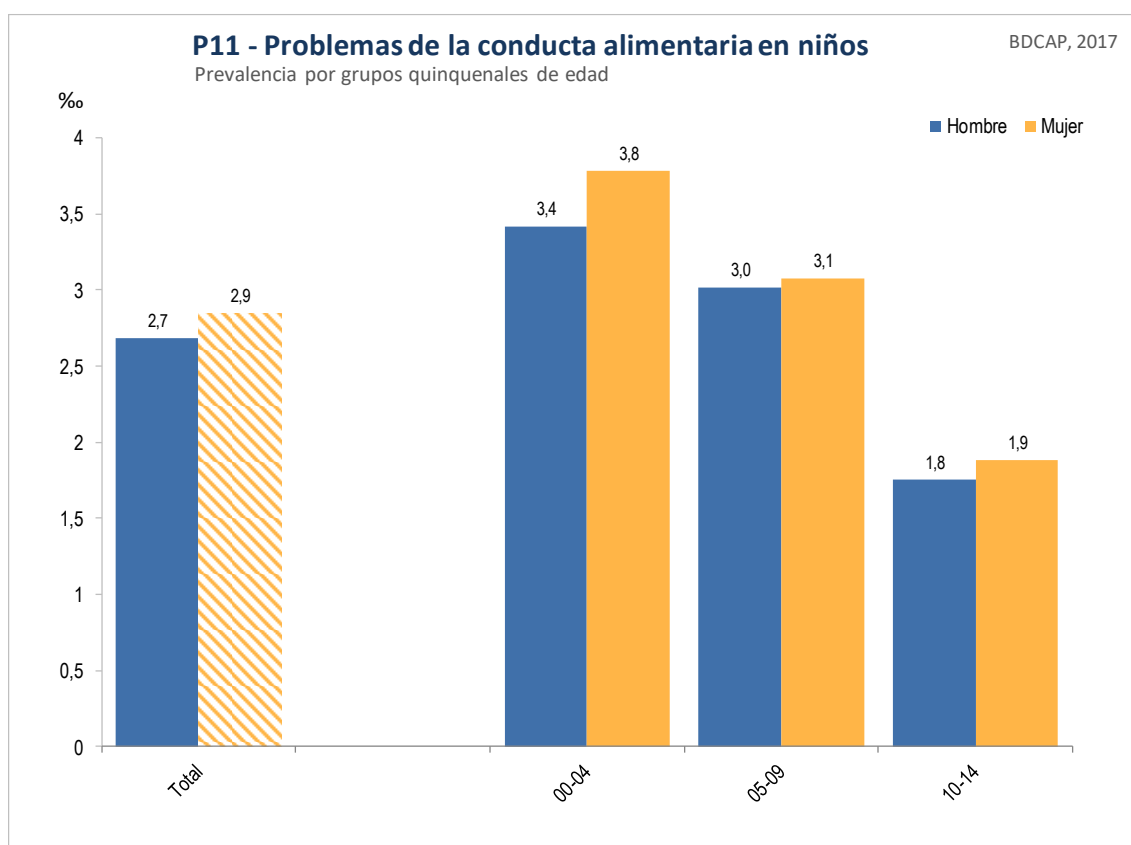


## Problemas de la conducta alimentaria en niños

Incluye problemas de alimentación y problemas del comportamiento alimentario en niños, excluyendo la anorexia nerviosa.

Los problemas de conducta alimentaria se dan por igual en niños y en niñas en todos los grupos de edad.

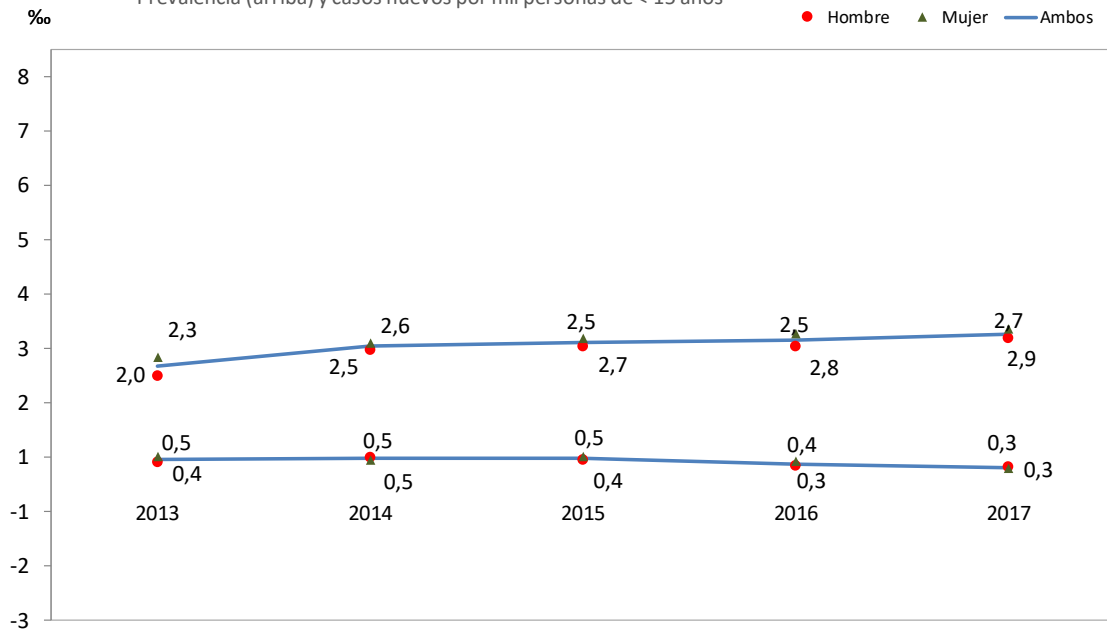
Es un síntoma que se recoge con más frecuencia en el medio urbano y en las rentas más bajas.



### Problemas de la conducta alimentaria en niños (P11)

BDCAP, 2013-17

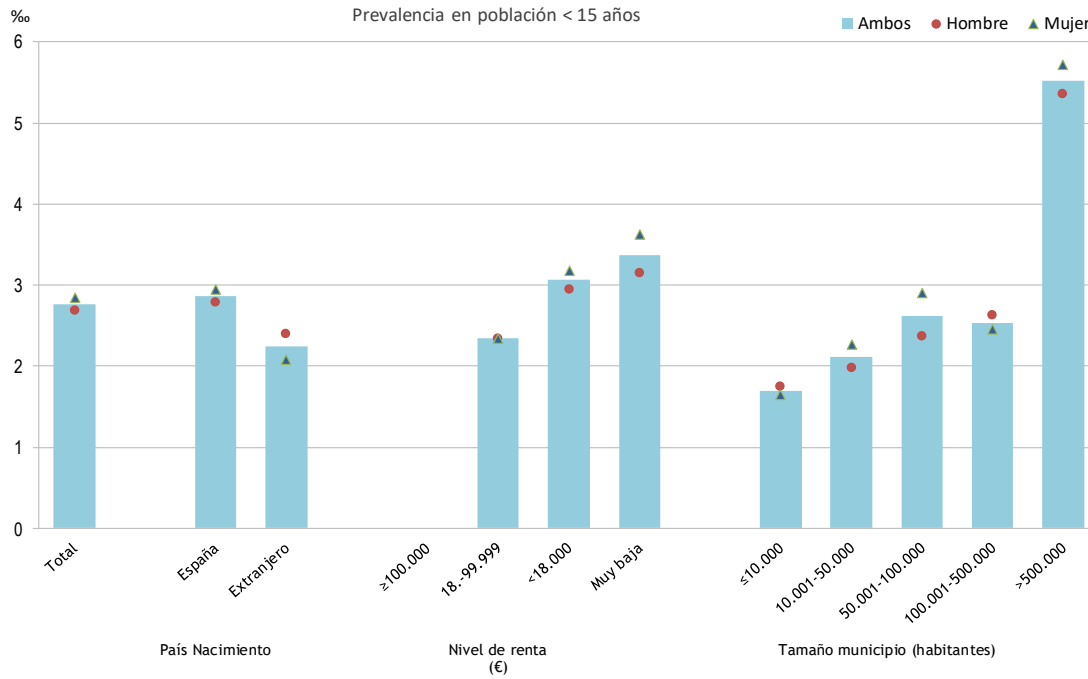
Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de < 15 años



### Problemas de la conducta alimentaria en niños (P11)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población < 15 años



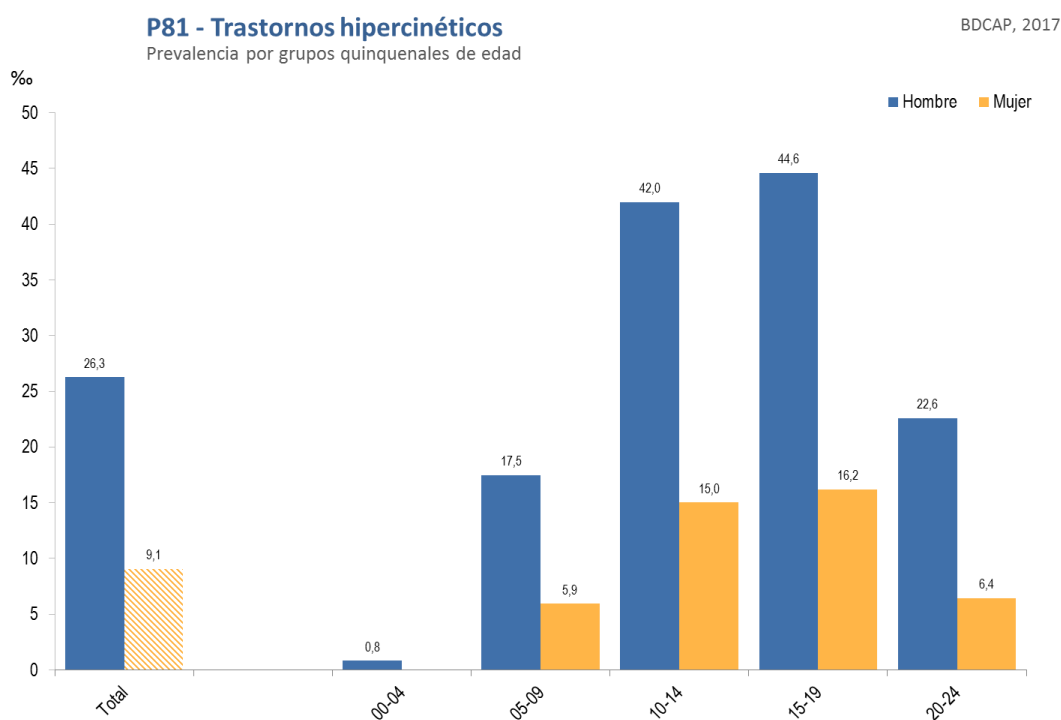


## Trastornos hipericinéticos

Son trastornos de aparición temprana con falta de persistencia en actividades que requieren implicación cognitiva, tendencia a cambiar de una actividad a otra sin completar ninguna, un comportamiento desorganizado y una actividad excesiva. Incluye el trastorno por déficit de atención y el trastorno hiperactivo.

Son problemas tres veces más frecuentes en los niños, adolescentes y jóvenes menores de 25 años que en las mujeres. En conjunto afectan al 26,3‰ de los chicos y al 9,1‰ de las chicas, agrupando el mayor número de casos los grupos de edad de 10 a 19 años. Se diagnostican 3,5 casos nuevos por mil menores de 25 años al año.

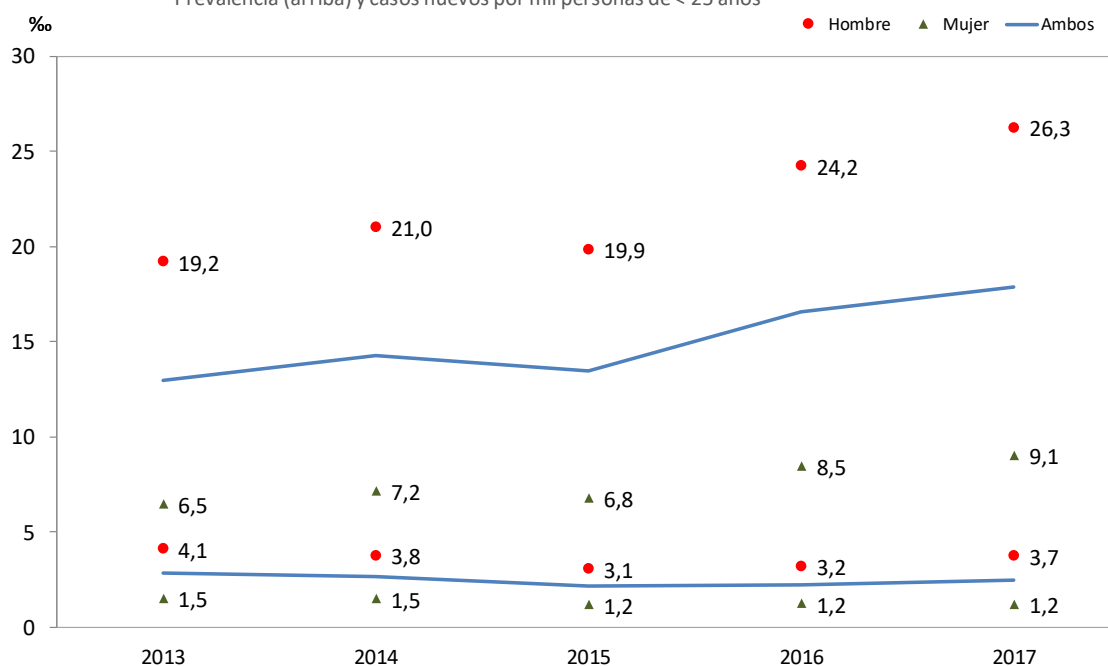
No se observan diferencias por nivel de renta ni por nivel de ruralidad.



## Trastornos hipercinéticos (P81)

BDCAP, 2013-17

Prevalencia (arriba) y casos nuevos por mil personas de < 25 años

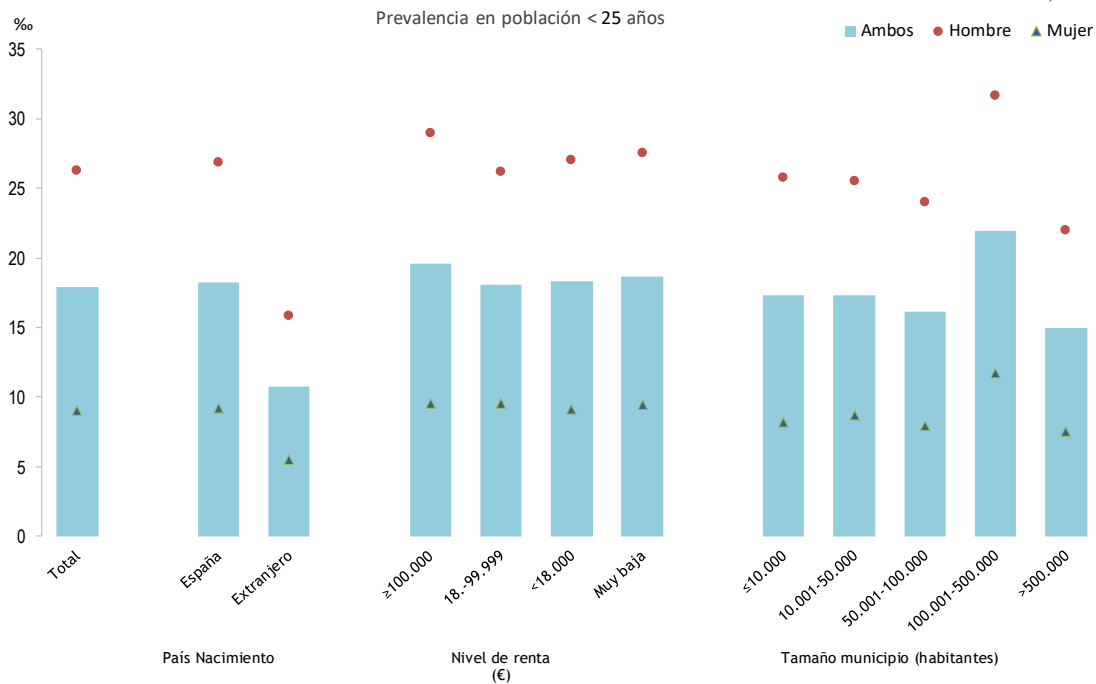


\* La ruptura de serie 2015-16 se debe a que algunas CCAA inician el registro de este problema de salud en 2016.

## Trastornos hipercinéticos (P81)

BDCAP, 2017

Prevalencia en población < 25 años



## Utilización de fármacos en Salud Mental

La BDCAP recoge los fármacos dispensados, una vez que han sido prescritos por los profesionales de atención primaria. La utilización exacta de los fármacos es muy difícil de conocer, pues aparte del consumo sin receta, ha de tenerse en cuenta la adherencia, que modula el consumo real o efectivo que se ha realizado. No obstante para evitar paráfrasis. Aquí se utiliza el término 'consumo', 'uso' o 'utilización', en el entendimiento de que la dispensación (lo retirado por los usuarios en la farmacia) es un proxy adecuado del consumo real, toda vez que este tipo de fármacos tiene limitada su venta libre y que la atención primaria recoge el grueso de las prescripciones.

Los fármacos del sistema nervioso (grupo N de ATC) ocupan, en conjunto, el tercer lugar del consumo farmacéutico, después de los fármacos del aparato cardiovascular y de los fármacos del aparato digestivo, con 203,57 DHD. En las mujeres este grupo N se sitúa en el segundo lugar y en los hombres en el cuarto, tras los dermatológicos.

Los psicofármacos constituyen el 70,0% de los fármacos del grupo N en términos de DHD, y el 17,1% los analgésicos.

En la tabla siguiente, a modo de panorámica general, se recoge el consumo de los tres psicofármacos de consumo más frecuente, en la población de 40 años y más: a un 26,4% de esta población se le ha dispensado al menos 1 fármaco de este tipo, y se han dispensado 203,6 DHD, es decir, cantidad para tratar con un fármaco a una dosis diaria estándar durante un año al 20,4% de la población de este grupo de edad.

	Personas con al menos un envase (%)			DHD (Dosis diarias definidas por mil personas asignadas y día)		
	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer
N05B - Ansiolíticos	18,9	12,4	24,7	64,5	43,4	83,5
N05C - Hipnóticos y sedantes	5,4	3,8	6,9	40,2	26,9	52,2
N06A - Antidepresivos	12,8	7,3	17,8	98,8	52,8	140,3
<b>Total</b>	<b>26,4</b>	<b>17,7</b>	<b>34,3</b>	<b>203,6</b>	<b>123,1</b>	<b>276,0</b>

En los gráficos de las páginas siguientes se muestra el consumo de ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos y sedantes en la población de 40 años y más, en función de las variables de clasificación ya conocidas.

Se pueden destacar cuatro rasgos comunes:

- 1) Existe un claro predominio femenino en el consumo de estos psicofármacos, que duplica y en ocasiones triplica el consumo de los hombres. La diferencia crece con la edad (hasta los 75/80 años).
- 2) El consumo crece con la edad hasta los 80-84 años, para luego descender.
- 3) Se observa un gradiente social, de modo que el consumo se dispara a medida que disminuye la renta, sobre todo en el caso de las mujeres.
- 4) El consumo es mayor en las personas nacidas en España y en las personas desempleadas, en todos los grupos de edad y sexo.

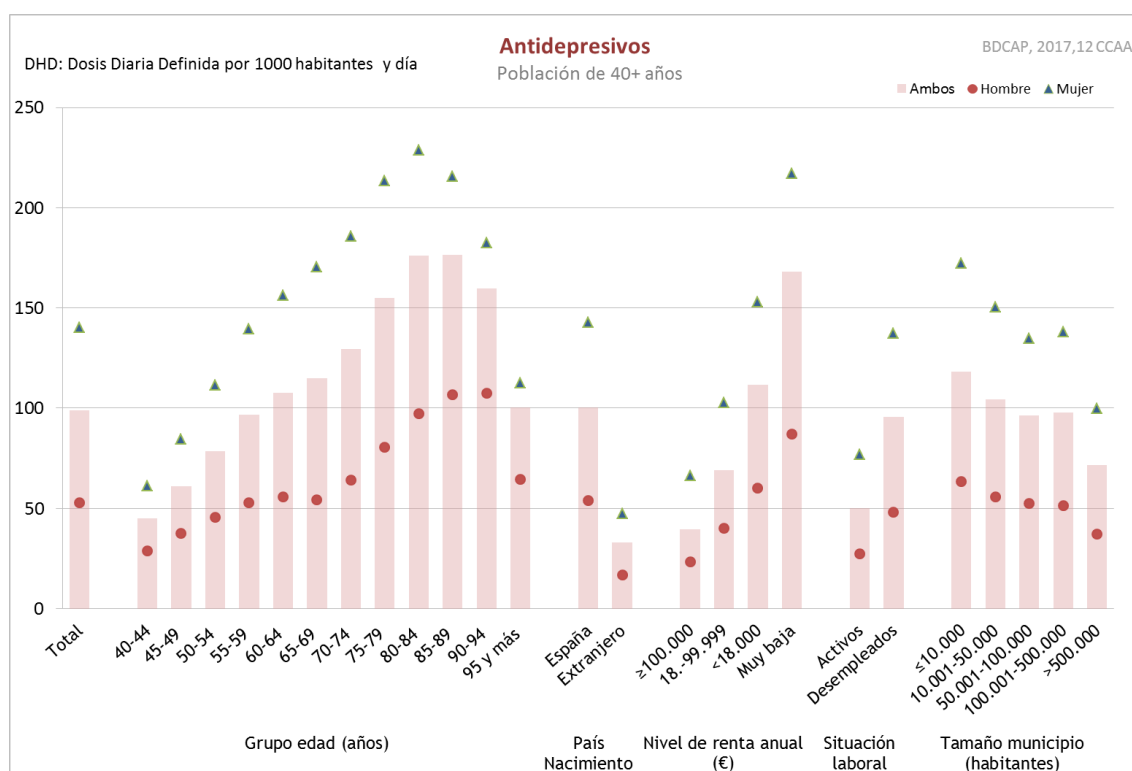
Y posteriormente se muestra el consumo de fármacos en la población con patología específica.

## Antidepresivos

La población mayor de 40 años presenta unos valores globales de dispensación de antidepresivos de 98,8 DHD. La cifra es mayor en mujeres (140,3), con una diferencia de casi 3 veces más respecto a los hombres en el grupo de edad de entre 70-74 años. Las mayores cifras de dispensación (alrededor de 250 DHD) se observan en mujeres entre 80 y 84 años. A partir de esta edad, decrecen progresivamente, disminuyendo también las diferencias por sexo con la edad.

Existe gradiente social, de forma que las DHD crecen según disminuye el nivel de renta, que es mayor en las mujeres.

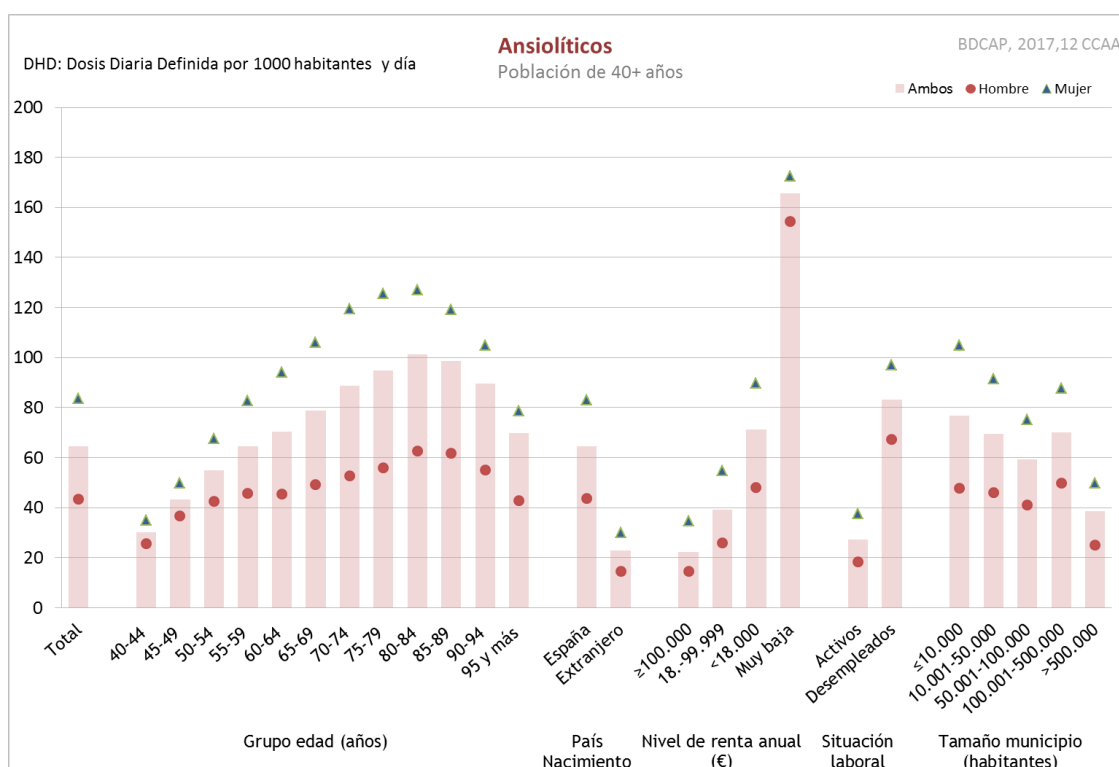
Finalmente, la dispensación es mayor cuanto más pequeño es el tamaño del municipio, con independencia de la edad.



## Ansiolíticos

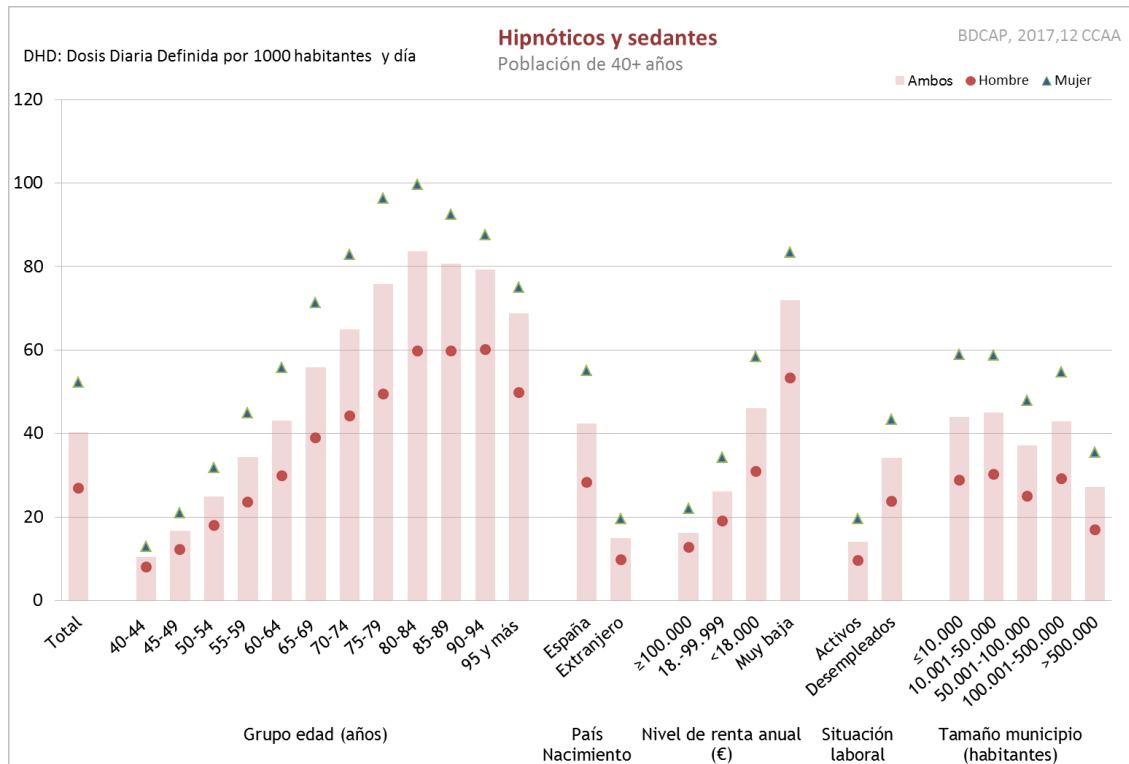
La cantidad de ansiolíticos dispensados es 64,5 DHD (83,5 en mujeres y 43,4 en hombres) en personas de 40 y más años. El consumo se incrementa con la edad hasta los 80-84 años, y también las diferencias por sexo, con el doble de DHD en las mujeres de los 60 a los 89 años.

Se observa gradiente social, con una dispensación especialmente alta en hombres y mujeres en el nivel de renta inferior (165,6 DHD). Se dispensan más ansiolíticos en las zonas menos pobladas, con independencia de la edad.



## Hipnóticos y sedantes

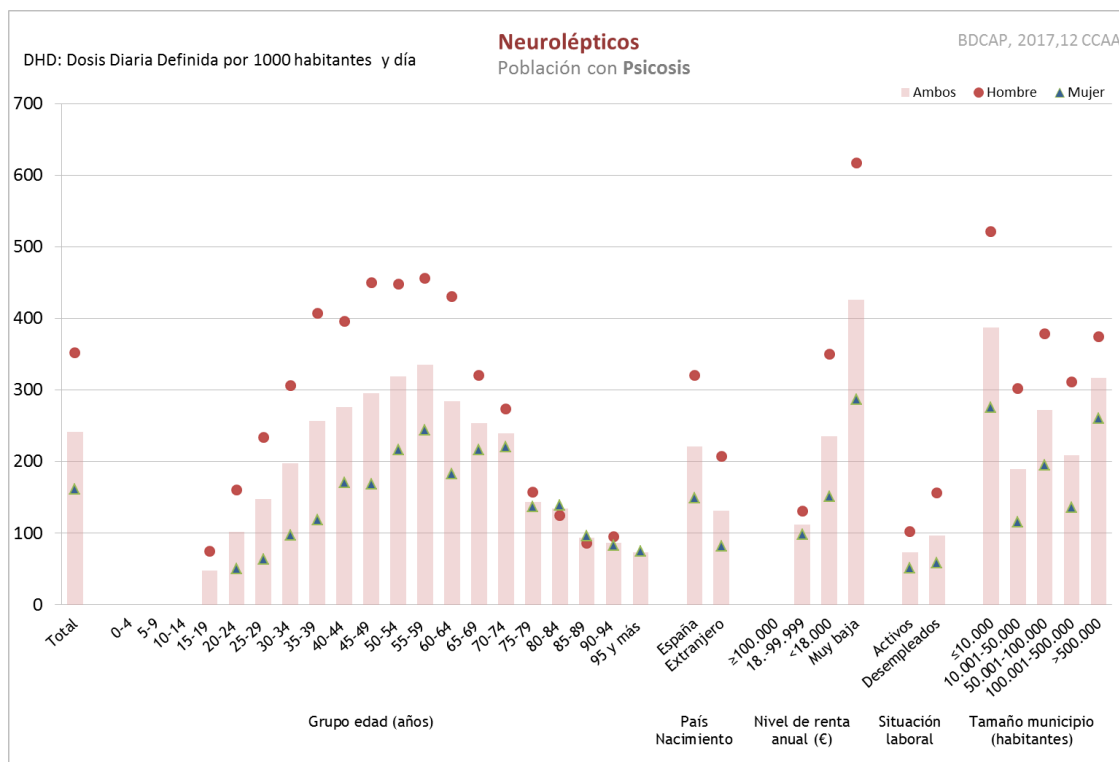
La dispensación de hipnóticos y sedantes en la población mayor de 40 años se sitúa en 40,2 DHD (52,2 en mujeres y 26,9 en hombres). Crece con la edad, más en las mujeres, hasta los 80-84 años. Aparece un claro gradiente social, más apreciable aún entre las mujeres.



## Fármacos antipsicóticos: neurolépticos

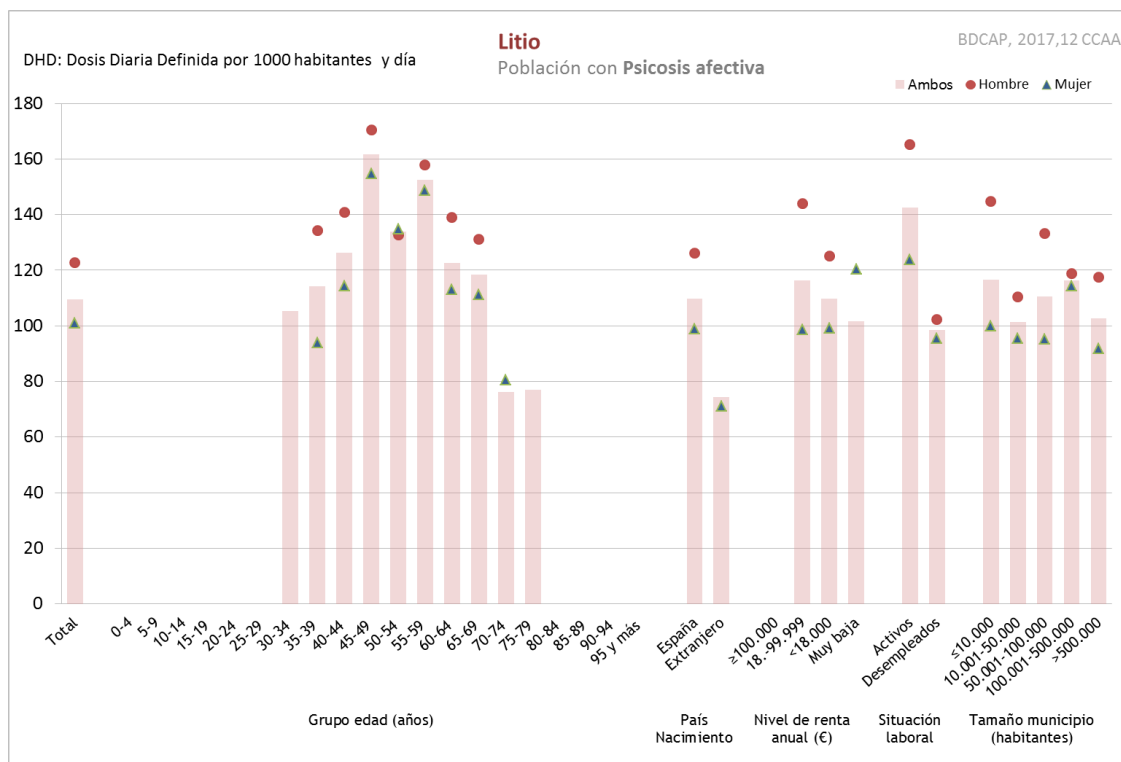
Se dispensan 241,7 DHD de neurolépticos en personas diagnosticadas de psicosis. Las DHD dispensadas a hombres son algo más del doble que las dispensadas a mujeres (351,7 vs 161,4). Las diferencias por sexo desaparecen a partir de los 75 años, y son mayores cuando menor es el nivel de renta.

Las DHD dispensada crecen con la edad, hasta los 59 años, cuando empiezan a decrecer. Crecen según disminuye el nivel de renta, de forma que la dispensación en el nivel de renta más bajo es 3,8 veces mayor que a la del nivel más bajo.



## Fármacos antipsicóticos: litio

En la población con psicosis afectiva, se dispensan 109,5 DHD de carbonato de litio, algo más en hombres y en los grupos centrales de edad. No se observan diferencias relevantes por nivel de renta o tamaño de municipio.

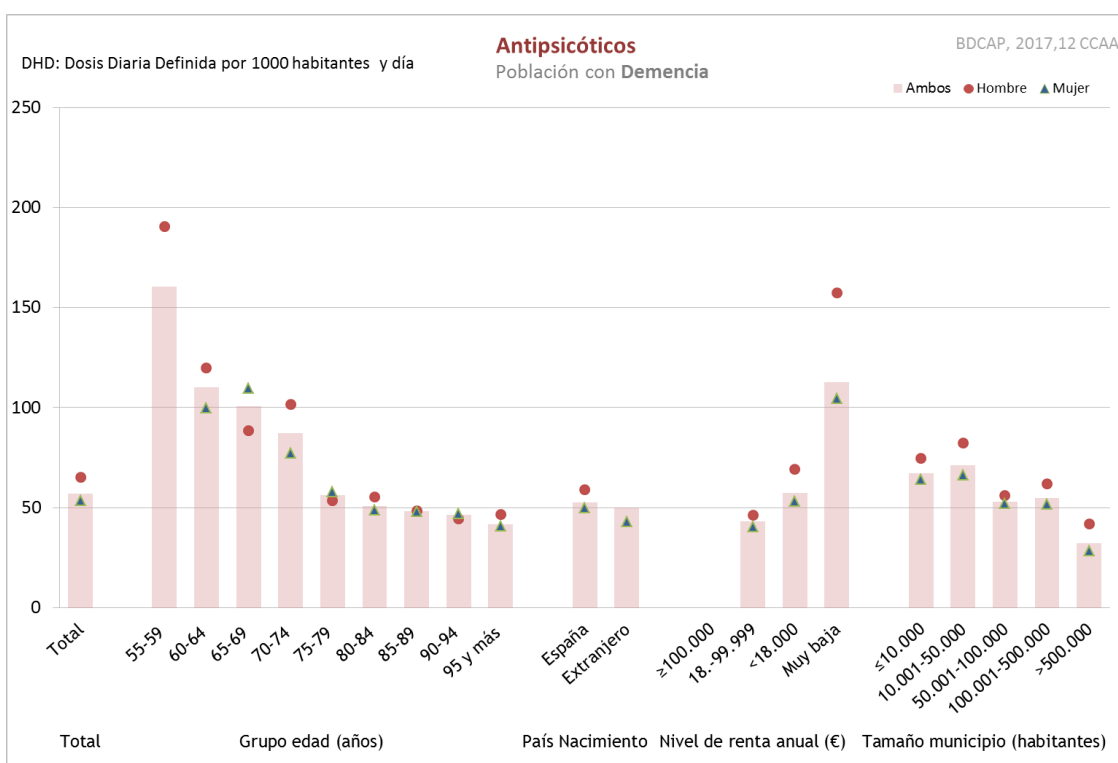
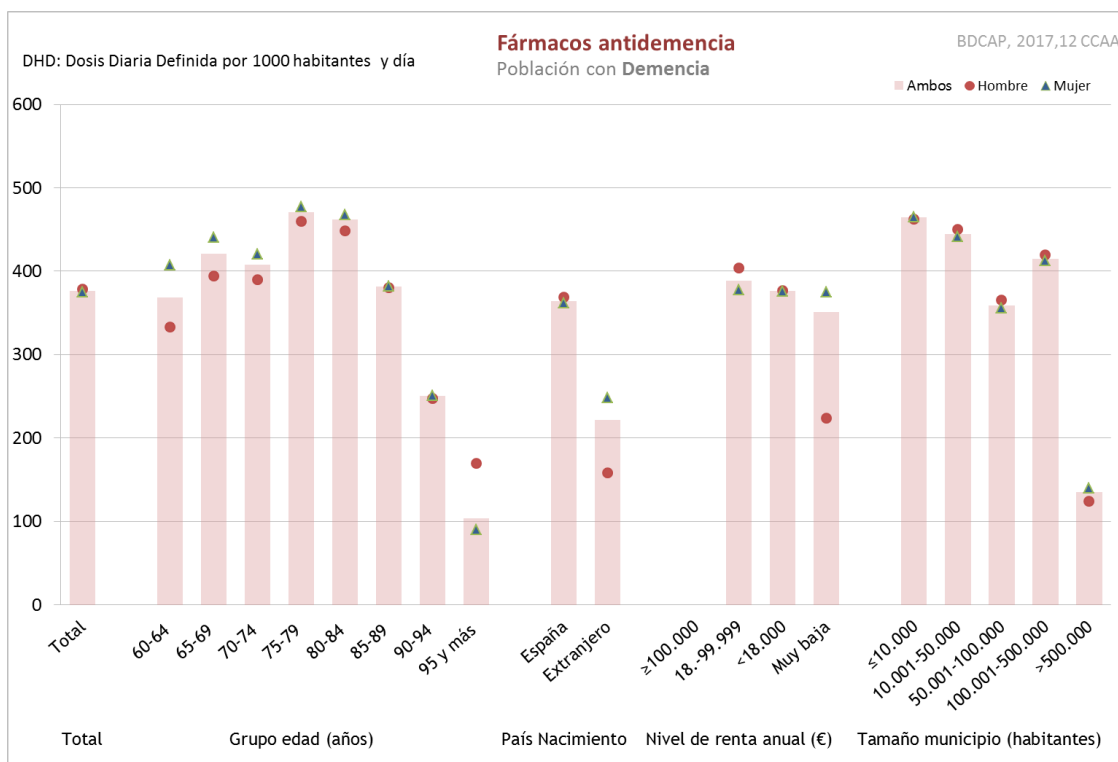




## Fármacos contra la demencia

Se dispensan 376,2 DHD a las personas con diagnóstico de demencia, con poca diferencia por sexo. Entre los 60 y los 89 años, las cifras oscilan poco, entre 350 y 450 DHD. No se observan especiales diferencias por nivel de renta o tamaño de municipio.

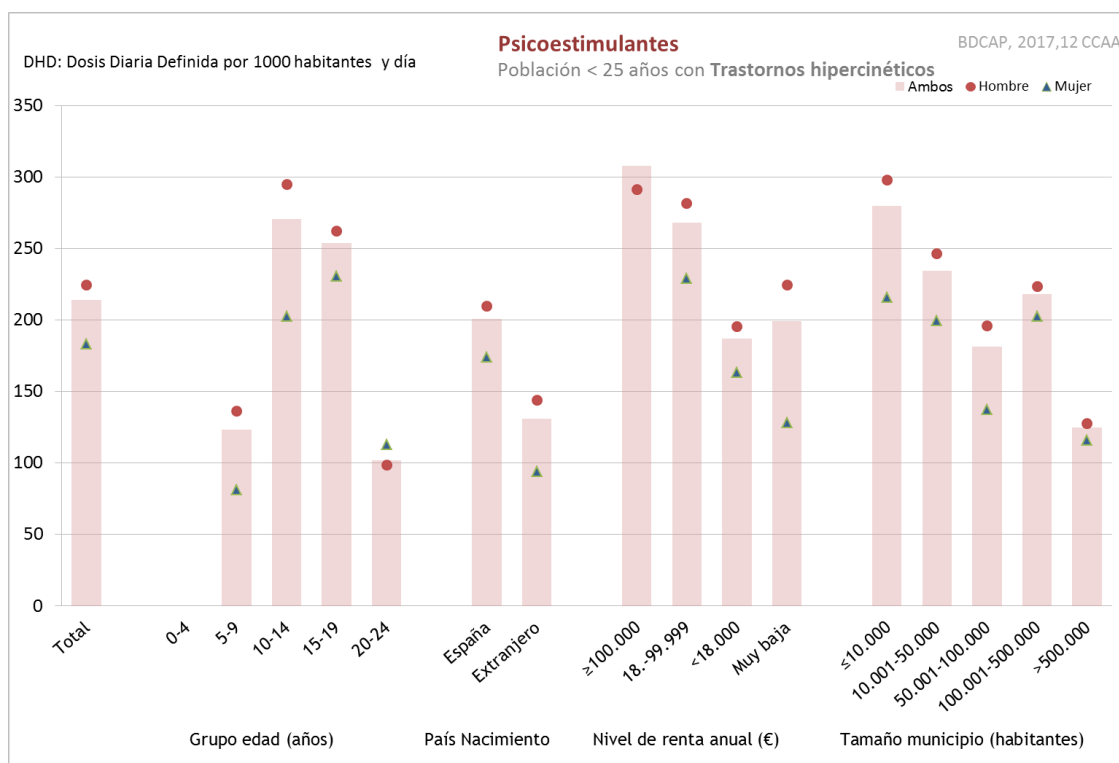
A las personas con demencia se les dispensan 57,17 DHD de fármacos antipsicóticos, algo más en hombres que en mujeres. La utilización de antipsicóticos en las personas con demencia disminuye con la edad. Se observa gradiente social, más intenso en los hombres.



## Psicoestimulantes en trastornos hiperkinéticos

Se incluyen en este grupo los simpaticomiméticos de acción central (N06BA) utilizados como psicoestimulantes en los trastornos hiperkinéticos, siendo los más utilizados la dexanfetamina, atomoxetina y la lisanfetamina.

Se dispensan 214 DHD de psicoestimulantes en niños y adolescentes diagnosticados de trastorno hiperkinético, algo más en chicos (224,4) que en chicas (182,9). Las DHD son mayores entre los 10 y 19 años, en los niveles de renta más altos y se dispensan más en la zona rural que en la urbana.



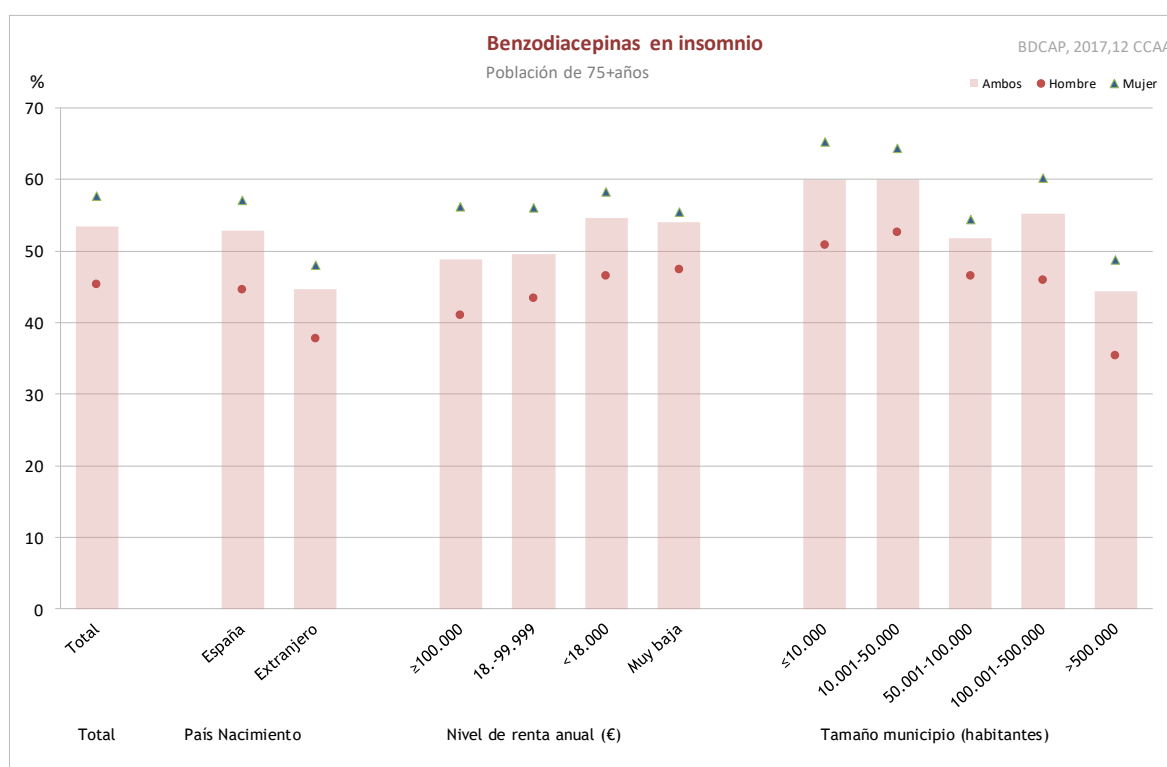
## SEGURIDAD DEL PACIENTE: Indicadores de No hacer

### Benzodiacepinas en insomnio

La Estrategia de Seguridad del Paciente recomienda que no se prescriban benzodiacepinas para tratar el insomnio en las personas mayores de 74 años.

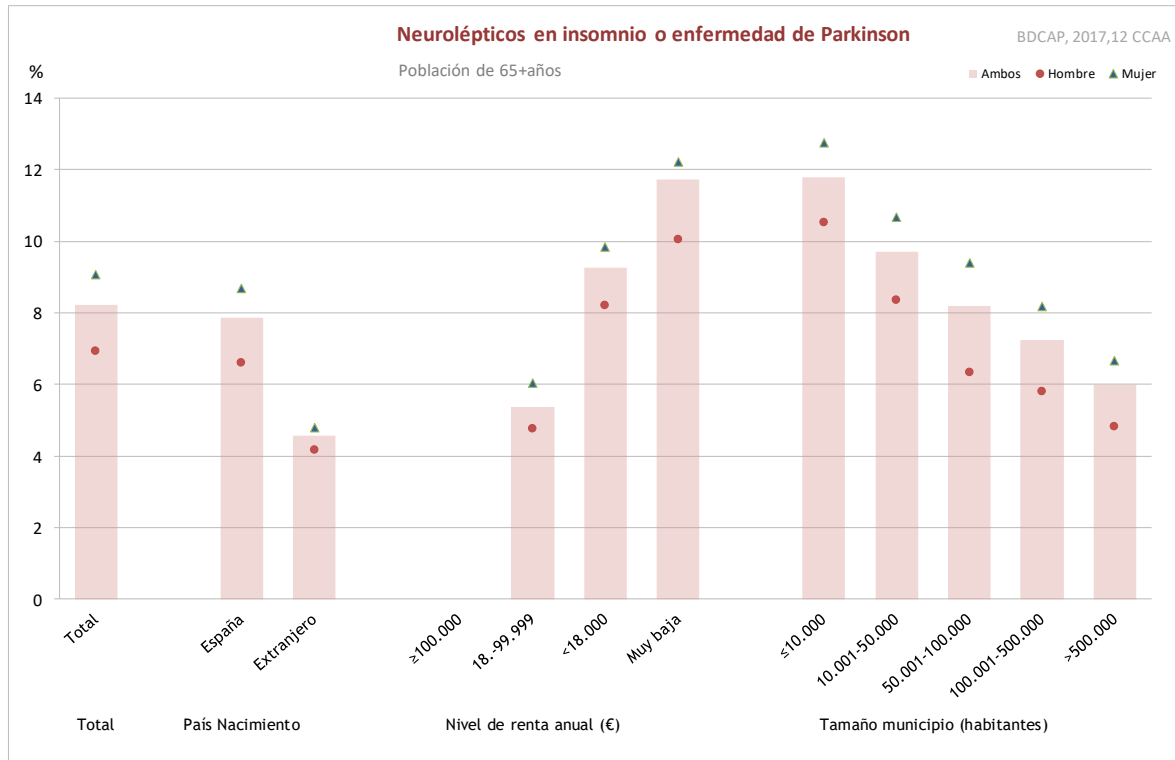
El indicador que se presenta aquí solo permite comprobar que el 53,4% de las personas de este grupo de edad (57,7% mujeres, 45,4% hombres) ha recibido al menos 1 envase de benzodiacepinas en el año, sin que se tenga certeza de que la presencia de insomnio haya sido la causa principal de su indicación.

No se observan diferencias significativas en relación a las variables de clasificación habituales.



## Neurolépticos en insomnio o enfermedad de Parkinson

La Estrategia de Seguridad del Paciente recomienda no utilizar neurolépticos en personas de 65 años y más con diagnóstico de insomnio o de enfermedad de Parkinson. Esta prescripción aparece en el 8,2% de esta población, (9,1% mujeres, 6,9% hombres) con gradiente social en ambos grupos, y mayor prescripción conforme disminuye el tamaño del municipio.



## Anexo 1. Aspectos metodológicos

Los datos sobre problemas de salud, interconsultas, medicamentos y visitas están disponibles en el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud (SNS). El resto de la información se va publicando según disponibilidad en formato Excel, hasta que los datos adquieran la consistencia adecuada.

### Variables, categorías y poblaciones

En la siguiente tabla se exponen las variables de estudio utilizadas y sus categorías.

Variable	Categorías	Aclaraciones
Edad, grandes grupos	15-34 años 35-64 años 65+ años	
País de nacimiento	España Extranjero	No se incluye la categoría Desconocido
Nivel de renta	≥ 100.000 € 18.000-99.999 € <18.000 € Muy baja	Tramos de copago farmacéutico. No se incluye la categoría Desconocido
Situación laboral	Activo Desempleado	No se incluyen las categorías: pensionista, no activos y otros
Tamaño de municipio	≤ 10.000 habitantes 10.001-50.000 h. 50.001-100.000 h. 100.001-500.000 h. > 500.000	Tamaño del municipio cabecera donde se ubica el centro de salud

Los datos de prevalencia proceden de las 17 comunidades autónomas. La muestra asciende a 4,8 millones de personas que representa a 44,1 personas con tarjeta sanitaria asignadas a atención primaria.

La dispensación de fármacos procede de 12 CCAA, con una muestra de 2,6 millones de personas, que representan a 23,2 usuarios.

La metodología general de la BDCAP puede consultarse en la web: documento general de la BDCAP. También en la ficha técnica 2017.

### Clasificaciones

La información en BDCAP está normalizada. Para los problemas de salud se utiliza la CIAP2-Clasificación Internacional de la Atención Primaria, y para el consumo de medicamentos, la clasificación ATC-Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system), auspiciadas por la WONCA y OMS respectivamente.

### Medidas utilizadas

Para la prevalencia de problemas de salud activos registrados en atención primaria se utiliza la tasa por mil personas asignadas a los Equipos de Atención Primaria, aunque en el texto se

pueda utilizar el porcentaje. Para el consumo de fármacos, la DHD-Dosis diaria definida por mil habitantes y día, cuyo concepto y detalles se expone en el anexo 2.

No se muestran los resultados con menos de 30 casos muestrales por razón del elevado error estadístico.

Los casos nuevos se refieren a los problemas de salud con fecha de apertura en el año indicado. La prevalencia se refiere al total de problemas de salud que permanecen activos en cada año de estudio. Se considera que un PS está activo si no tiene fecha de cierre. Ha de hacerse notar que es posible que algunos PS que no han sido cerrados por el médico ya no estén activos. Esta circunstancia no se da, por definición, en las series que se refieren a los casos nuevos.

Se ha señalado en varios gráficos en los que se observa una ruptura de serie en la prevalencia entre 2015 y 2016 que esta ruptura se debe a que en una o varias CCAA se ha incrementado la cobertura de esos problemas de salud en el año 2016.

## Anexo 2. DHD y DDD. ATC utilizados

La medida DHD –dosis diaria definida por mil habitantes y día– pretende dar cuenta de la cantidad de un fármaco consumida por una población dada de una manera más precisa que el número de envases. Se calcula dividiendo la cantidad total de DDD –dosis diaria definida– consumidas en un año entre la población de que se trate y el tiempo en días; y se multiplica por mil.

La DDD es una convención internacional que intenta normalizar a una misma unidad las distintas dosis de los principios activos, considerando como tal unidad de DDD a la dosis diaria estándar de cada fármaco utilizada en su indicación principal. Por ejemplo, la DDD (en miligramos) de atorvastatina es 20, amoxicilina 1000, paracetamol 3.000 o acenocumarol 5.

Con independencia de la DDD, que se es fijada convencionalmente por la OMS, ha de tenerse en cuenta que la dosis diaria que realmente se recomienda a cada paciente y en cada situación clínica puede variar. Por tanto, las DDD, y por tanto, la DHD, han de interpretarse como un instrumento comparativo abstracto y normalizado, no como posología real. En este texto, en el caso de los fármacos crónicos, utilizamos una interpretación intuitiva de la DHD, para intentar hablar más que de una cantidad de fármaco abstracta, del porcentaje de población que toma un fármaco de forma crónica. De la siguiente manera: expresamos la DHD como la cantidad de fármaco suficiente para tratar a 1.000 personas con 1 DDD durante un año. Esta expresión, si se dan las condiciones de que el fármaco se con una posología diaria equivalente a la DDD, se puede interpretar como un proxy del porcentaje de población que toma un fármaco crónico (dividendo la DHD por 10). Se trata de una aproximación, puesto que en el conjunto de la población van a existir personas que, por la razón que sea, no han tomado el fármaco durante todo el año, y a otras se les ha prescrito una dosis diaria distinta de la DDD.

En las páginas siguientes se presentan las tablas que recogen los códigos y literales ATC y las DDD de los fármacos aquí reseñados, tal como aparecen en el Nomenclátor del SNS y en la página web de la OMS.

## ATC incluidos en cada gráfico

Gráfico	ATC	Literal ATC
Antidepresivos	N06A	ANTIDEPRESIVOS
Ansiolíticos	N05B	ANSIOLÍTICOS
Hipnóticos y sedantes	N05C	HIPNÓTICOS Y SEDANTES
Fármacos antipsicóticos (neurolépticos)	N05A (Excepto N05AN)	ANTIPSICÓTICOS
Fármacos antipsicóticos (litio)	N05AN	LITIO (ANTIPSICÓTICOS)
Antidemencia	N06D	MEDICAMENTOS CONTRA LA DEMENCIA
Psicoestimulantes	N06BA	PSICOESTIMULANTES
Benzodiacepinas en insomnio	N05BA N05BB N05BE N05CD N05CE	BENZODIACEPINAS (ANSIOLÍTICOS) DERIVADOS DIFENILMETANO (ANSIOLÍTICOS) DERIVADOS AZASPIRODECANODIONA BENZODIACEPINAS (HIPNÓTICOS Y SEDANTES) DERIVADOS DE PIPERIDINODIONA (HIPNÓTICOS Y SEDANTES)
Neurolépticos en insomnio/Parkinson	N05A (Excepto N05AN)	ANTIPSICÓTICOS
	N05AA N05AB N05AC N05AD N05AE N05AF N05AG N05AH N05AL N05AX	FENOTIAZINAS ALIFÁTICAS (ANTIPSICÓTICOS) FENOTIAZINAS PIPERAZÍNICAS (ANTIPSICÓTICOS) FENOTIAZINAS PIPERIDÍNICAS (ANTIPSICÓTICOS) BUTIROFENONAS (ANTIPSICÓTICOS) DERIVADOS DE INDOL (ANTIPSICÓTICOS) DERIVADOS DE TIOXANTENO (ANTIPSICÓTICOS) DERIVADOS DE DIFENILBUTILPIPERIDINA (ANTIPSICÓTICOS) DIAZEPINAS, OXAZEPINAS Y TIAZEPINAS (ANTIPSICÓTICOS) BENZAMIDAS (ANTIPSICÓTICOS) OTROS ANTIPSICÓTICOS



## DDD de los principios activos dispensados

Código ATC	Literal ATC	DDD en mg
<b>N05A</b>	<b>NEUROLÉPTICOS</b>	
<b>N05AA</b>	<b>FENOTIAZINAS ALIFÁTICAS (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AA01	Clorpromazina	300
N05AA02	Levomepromazina	300
<b>N05AB</b>	<b>FENOTIAZINAS PIPERAZÍNICAS (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AB02	Flufenazina	1
N05AB03	Perfenazina	30
<b>N05AC</b>	<b>FENOTIAZINAS PIPERIDÍNICAS (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AC01	Periciazina	50
N05AC53	Tioridazina, combinaciones con	300
<b>N05AD</b>	<b>BUTIROFENONAS (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AD01	Haloperidol	8
<b>N05AE</b>	<b>DERIVADOS DE INDOL (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AE03	Sertindol	16
N05AE04	Ziprasidona	80
<b>N05AF</b>	<b>DERIVADOS DE TIOXANTENO (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AF05	Zuclopentixol	30
<b>N05AG</b>	<b>DERIVADOS DE DIFENILBUTILPIPERIDINA (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AG02	Pimozida	4
<b>N05AH</b>	<b>DIAZEPINAS, OXAZEPINAS Y TIAZEPINAS (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AH02	Clozapina	300
N05AH03	Olanzapina	10
N05AH04	Quetiapina	400
N05AH05	Asenapina	20
N05AH06	Clotiapina	80
<b>N05AL</b>	<b>BENZAMIDAS (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AL01	Sulpirida	800
N05AL03	Tiaprida	400
N05AL05	Amisulprida	400
N05AL51	Sulpirida, combinaciones con	800
<b>N05AN</b>	<b>LITIO (ANTIPSICÓTICOS)</b>	
N05AN01	Litio	166,58
<b>N05AX</b>	<b>OTROS ANTIPSICÓTICOS</b>	
N05AX08	Risperidona	5
N05AX12	Aripiprazol	15
N05AX13	Paliperidona	6
<b>N05B</b>	<b>ANSIOLÍTICOS</b>	
<b>N05BA</b>	<b>Derivados de la benzodiazepina</b>	
N05BA01	Diazepam	10
N05BA02	Clordiazepóxido	30
N05BA05	Clorazepato de potasio	20
N05BA06	Lorazepam	2,5
N05BA08	Bromazepam	10
N05BA09	Clobazam	20
N05BA10	Ketazolam	30
N05BA12	Alprazolam	1
N05BA13	Halazepam	100
N05BA14	Pinazepam	20
N05BA21	Clotiazepam	10
N05BA24	Bentazepam	75
N05BA51	Diazepam, combinaciones con	10
<b>N05BB</b>	<b>Derivados del difenilmetano</b>	
N05BB01	Hidroxizina	75
<b>N05C</b>	<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	
<b>N05CD</b>	<b>Derivados de la benzodiazepina</b>	
N05CD01	Flurazepam	30
N05CD05	Triazolam	0,25
N05CD06	Lormetazepam	1

<b>Código ATC</b>	<b>Literal ATC</b>	<b>DDD en mg</b>
N05CD08	Midazolam	15
N05CD09	Brotizolam	0,25
N05CD10	Quazepam	15
N05CD11	Loprazolam	1
<b>N05CF</b>	<b>Fármacos relacionados con las benzodiazepinas</b>	
N05CF01	Zopiclona	7,5
N05CF02	Zolpidem	10
<b>N05CH</b>	<b>Agonistas del receptor de melatonina</b>	
N05CH01	Melatonina	2
<b>N05CM</b>	<b>Otros hipnóticos y sedantes</b>	
N05CM02	Clometiazol	1500
N05CM93	Glutamato magnésico bromhidrato	500
<b>N05CX</b>	<b>Hipnóticos y sedantes en combinación, excluyendo barbitúricos</b>	
N05CX91	Bromuro y doxilamina, combinaciones con	ND*
N05CX92	Glutamato magnésico y prometazina, combinaciones con	ND*
<b>N06A</b>	<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	
<b>N06AA</b>	<b>Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas</b>	
N06AA02	Imipramina	100
N06AA04	Clomipramina	100
N06AA09	Amitriptilina	75
N06AA10	Nortriptilina	75
N06AA12	Doxepina	100
N06AA21	Maprotilina	100
<b>N06AB</b>	<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</b>	
N06AB03	Fluoxetina	20
N06AB04	Citalopram	20
N06AB05	Paroxetina	20
N06AB06	Sertralina	50
N06AB08	Fluvoxamina	100
N06AB10	Escitalopram	10
<b>N06AG</b>	<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa A</b>	
N06AG02	Moclobemida	300
<b>N06AX</b>	<b>Otros antidepresivos</b>	
N06AX03	Mianserina	60
N06AX05	Trazodona	300
N06AX11	Mirtazapina	30
N06AX12	Bupropión	300
N06AX14	Tianeptina	37,5
N06AX16	Venlafaxina	100
N06AX18	Reboxetina	8
N06AX21	Duloxetina	60
N06AX22	Agomelatina	25
N06AX23	Desvenlafaxina	50
N06AX26	Vortioxetina	10
<b>N06B</b>	<b>PSICOESTIMULANTES, AGENTES UTILIZADOS PARA LA ADHD Y NOOTRÓPICOS</b>	
<b>N06BA</b>	<b>Agentes simpaticomiméticos de acción central</b>	
N06BA04	Metilfenidato	30
N06BA07	Modafinilo	300
N06BA09	Atomoxetina	80
N06BA12	Lisdexanfetamina	30
<b>N06D</b>	<b>FÁRMACOS ANTI-DEMENCIA</b>	
<b>N06DA</b>	<b>Anticolinesterasas</b>	
N06DA02	Donepezilo	7,5
N06DA03	Rivastigmina	9,5
N06DA04	Galantamina	16
<b>N06DX</b>	<b>Otros fármacos anti-demencia</b>	
N06DX01	Memantina	20
N06DX02	Ginkgo folium	120

\*La OMS no establece DDD en estas combinaciones farmacéuticas

### Anexo 3. Códigos CIAP2 utilizados

Se detallan los códigos y literales de los problemas de salud CIAP2 –Clasificación Internacional de la Atención Primaria– utilizados en este informe. Los mapeos a estos códigos desde los códigos originales CIE9MC y CIE10ES, en los casos en que estas son las clasificaciones utilizadas, se recogen en la web BDCAP.

[https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/map\\_ci\\_e9mc\\_cie10\\_ciap2.htm](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/map_ci_e9mc_cie10_ciap2.htm)

<b>Código</b>	<b>Literal</b>
P06	Trastornos del sueño
P10	Tartamudeo, disfemia espasmódica, tics
P11	Problemas de la conducta alimentaria en niños
P12	Enuresis
P20	Trastornos de la memoria
P22+23	Signos/síntomas de comportamiento del niño/adolescente
P24	Problemas específicos del aprendizaje
P70	Demencia
P71	Otras psicosis orgánicas
P72	Esquizofrenia
P73	Psicosis afectivas
P74	Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad
P75	Trastornos de somatización/de conversión
P76	Depresión/trastornos depresivos
P79.01	Trastorno obsesivo-compulsivo
P79.02	Fobia
P80	Trastorno de la personalidad
P81	Trastornos hipercinéticos
P86	Anorexia nerviosa/bulimia
P98	Otras psicosis no especificadas
P02,P82	Reacción de adaptación

## Anexo 4. Tablas de datos de los gráficos

Los datos numéricos utilizados en los gráficos se presentan en tablas en el anexo 4, que se puede encontrar en la web tras este informe.

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>