

---

# ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A SALUD MENTAL: ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

---

## Alfred Tejado García

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica  
Centro de Salud Mental de Adultos de Badalona II  
alfred.tejado@uab.cat

## Resumen

Este trabajo analiza las derivaciones a primeras visitas en el Centro de Salud Mental de Adultos de Badalona 2 durante el año 2015, comparando las características de las mismas según sean destinadas a atención psiquiátrica o psicológica.

**Método:** Estudiamos 898 derivaciones categorizadas en 14 variables. Hacemos tablas de contingencia a partir de la variable especialidad y vemos cómo se comportan las variables.

**Resultados:** Casi todas se muestran como variables dependientes, es decir, se comportan de diferente manera según sea la derivación a psiquiatría o a psicología.

**Discusión:** A Psiquiatría se derivan pacientes con unos diagnósticos, medicados, >41 años; hombres; con menor tiempo de espera, en derivación urgente y preferente. Mientras a Psicología, se derivan pacientes menos medicados, con otros diagnósticos; <40 años; mujeres; con más tiempo de espera; en prioridad ordinaria.

**Conclusiones:** La derivación a Salud Mental es una cuestión compleja; habría que tener en cuenta tanto aspectos del paciente como del contexto, mejorar la coordinación e incrementar los recursos para atender la salud mental de los pacientes.

**Palabras clave:** Atención Primaria; Salud Mental; primera visita; atención psicológica; atención psiquiátrica; derivación.

## Abstract

This paper analyzes referrals to first visits in the Adult Mental Health Center of Badalona 2 during 2015, comparing the characteristics of these according to whether they are intended for psychiatric or psychological care.

**Method:** We studied 898 derivations categorized in 14 variables. We make contingency tables from the specialty variable and see how the variables behave.

**Results:** All the variables are shown as dependent variables, that is, they behave differently depending on whether they are referred to psychiatry or psychology, with the exception of assistance.

**Discussion:** Patients are referred to Psychiatry with any diagnoses, medicated, >41 years; mens; with less waiting time; in urgent and preferential priority. While in Psychology, less medicated patients are derived, with other diagnoses; <40 years; women; with more waiting time; in ordinary priority.

**Conclusions:** Referral to Mental Health is a complex issue; it would be necessary to take into account both aspects of the patient and the context, improve coordination and increase resources to assist the mental health of patients.

**Key Words:** Primary Care; Mental health; first visit; Psychological care; psychiatric care; referral.

## Introducción

El estudio de las derivaciones a los Centros de Salud Mental viene siendo una preocupación de los profesionales en nuestro medio, tanto de Atención Primaria –la fuente predominante de las derivaciones a Salud Mental tal como está diseñado en el sistema de salud– como de Salud Mental, en los últimos casi 30 años<sup>1</sup>. Revisando la bibliografía estatal encontramos un primer artículo de 1980 –que se verá proseguido por muchos otros– que acredita el interés por el modelo de la psiquiatría comunitaria acicate de la reforma psiquiátrica que se instaura en España a partir de la década de los 80 (Aparicio, 1980 (1)) y que se concreta, primero, en la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica<sup>2</sup>, creada en diciembre de 1984, y, después, en la Ley General de Sanidad de 1986, que en su capítulo III defiende la atención a la salud mental de forma específica en el ámbito comunitario<sup>3</sup>. En esa misma década de los 80 empiezan a publicarse diversos trabajos sobre dicha atención a la salud mental articulada entre la atención primaria de salud y la atención especializada. Entre ellos, los destinados a la detección de la patología psiquiátrica en atención primaria y su posterior derivación a consulta psiquiátrica (Padierna, 1988 (2); Rico, 1994 (3)). En 1990 aparece el primer trabajo que analiza la derivación a salud mental desde la perspectiva de un centro de salud mental (Vicente, 1990 (4)).

<sup>1</sup> Datos encontrados en la base de datos “Cercador” de la Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>2</sup> Comisión que dio a luz el Documento General y Recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental en 1985.

<sup>3</sup> Con anterioridad, en Enero de 1984 se había publicado el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, que daba origen a la creación de los equipos de atención primaria.

Encontramos multitud de trabajos referidos a la coordinación entre la atención primaria y salud mental; entre los realizados desde la perspectiva de la atención primaria, se destinan al estudio de protocolos sobre diagnósticos psiquiátricos específicos, a menudo, depresivos (Espina, 1994 (5)) u otros, (Nuño, 2013 (6)), de concordancia diagnóstica (García-Testal, 1998 (7)), de la interconsulta con salud mental (Beltran, 2001 (8); Moreno, 2008 (9)), al estudio de los volantes de derivación (Irazábal, 1996 (10); Iglesias, 2004 (11)), de la necesidad de formación en salud mental (López-Torres, 2005 (12); Ordóñez, 2008 (13)), de la construcción de cuestionarios de derivación (Moré, 2008 (14)). También aparecen más trabajos específicos de análisis de las derivaciones en general al centro de salud mental, desde la perspectiva de la atención primaria (Miranda, 2003 (15); Luciano, 2009 (16); Ferreras, 2011 (17)).

Los realizados desde la perspectiva del centro de salud mental, se destinan al estudio de las ausencias (Aparici, 1995 (18); Otero, 2001 (19); García, 2002 (20); Livianos, 2006 (21); Vellisca, 2014 (22)), de las derivaciones urgentes (Espinosa, 2002 (23)), de los volantes de derivación (Risco, 2003 (24)), de la ausencia de trastorno psíquico en las derivaciones (Ortiz, 2006 (25)), de la concordancia diagnóstica (Landa, 2008 (26); Ordóñez, 2009 (27)), la relación con atención primaria (García, 2008 (28)), de soporte a la primaria (Pérez-Ibáñez, 2014 (29)). Entre los trabajos más específicos del estudio de las derivaciones en sentido amplio encontramos varios trabajos (Martínez, 1997 (30); Herrán, 2000 (31); Langanica, 2004 (32); Goñi, 2008 (33); González, 2009 (34); Martín-Jurado, 2012 (35); Valencia, 2014 (36) y 2015 (37); Díaz, 2017 (38)). También los hay concebidos desde los dos

equipamientos, atención primaria y salud mental, de colaboración en la atención a la depresión (Calderón, 2016 (39)). Hay una tesis doctoral (Norberto, 2017 (40)) que se destina, también, de manera específica al estudio de la demanda de asistencia en un equipo de salud mental.

Teniendo en cuenta esta situación de las publicaciones en nuestro medio, referidas a la población adulta, hemos pensado hacer nuestra aportación atendiendo al estudio comparativo de las derivaciones al Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), a psiquiatría y a psicología clínica, desde Atención Primaria, concretamente desde 6 Áreas Básicas de Salud.

## Objetivo del estudio

El objetivo del estudio es constatar la casuística de derivación a Salud Mental para inferir los criterios fácticos desde la cual se hace la misma y reflexionar sobre las consecuencias posibles respecto de la interminable reconsideración de la coordinación con la Atención Primaria para una mejor continuidad en la atención a los usuarios de la sanidad pública.

## Material y métodos

Nuestro estudio se realiza con las 898 derivaciones de Atención Primaria que suceden durante todo el año 2015 a las cuales se les asigna una primera visita de atención por parte de los profesionales –psiquiatras y psicólogos clínicos– de CSMA.

## Población de referencia

Nuestro CSMA, en 2015, tiene asignada una población de la ciudad de Badalona, de 76826 habitantes y otra del municipio de Sant Adrià del Besós, de 16611 habitantes<sup>4</sup>, que representan el 35'62% y 46'38% del total de la población (215654 y 35814, respectivamente). Respecto de la población adulta, representa el 42.38% y 59.36% (181279 y 27982 habitantes) respectivamente<sup>5</sup>. El total de la población asignada a CSMA es de 93437, es decir, dentro de los márgenes consensuados para un CSMA: entre 75000-100000 habitantes (Aparicio, 2002 (41)).

La población de Badalona, según datos del Institut d'Estadística de Catalunya<sup>6</sup>, presenta aproximadamente la mitad de hombres y mujeres, aunque se incrementan en 3000 más mujeres que hombres en la franja de edad >65 años. La mayoría de la población es de nacionalidad española, exceptuando un 12%. El nivel de instrucción de la población mayor de 16 años refiere que un 13% tiene estudios universitarios, un 58% tiene estudios de segundo grado, un 16% tiene estudios de primer grado y un 13% no tiene es-

tudios. La población de Sant Adrià del Besós también presenta una proporción similar en cuanto al número de hombres y de mujeres, la mitad, que se incrementa en 1000 mujeres más, en la franja de edad de >65 años. Sólo el 12% es de nacionalidad extranjera. El nivel de instrucción de la población mayor de 16 años tiene estudios universitarios, un 14%; estudios de segundo grado un 55%; de primer grado un 17%; y sin estudios un 13%. Así, las características poblacionales de ambos municipios son muy similares. Por el contrario, si atendemos al PIB (Producto interior Bruto) de cada uno de los municipios, observamos cierta diferencia entre ambas poblaciones, así, mientras Badalona tiene un PIB per cápita de 18.2, Sant Adrià del Besós lo tiene de 24.3. Mientras en Catalunya está en 29.0. (tabla 1).

## Centro de Salud Mental Badalona 2

Nuestro CSMA está constituido por un equipo de profesionales psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros. La dotación de profesionales es diver-

---

<sup>4</sup> Estos datos nos han sido facilitados por la Regió Sanitària de Barcelona, Servei Català de la Salut.

<sup>5</sup> Estos datos, extraídos del web del Institut d'Estadística de Catalunya (IEC), no pueden ser exactos ya que los grupos de edad están contabilizados por franjas de edad por quinquenios, cosa que hace que no coincidan con la franja de edad que se atiende en CSMA (>18 años); así, los datos que referimos dejan sin tener en cuenta la población de referencia de 18 y 19 años, ya que está agrupada en el quinquenio 15-19 años del IEC. Es decir que nuestra cifra 93437 debería verse incrementada con ese segmento poblacional. <https://www.idescat.cat/>

<sup>6</sup> Referidos a 2016.

<sup>7</sup> Las horas reales de psiquiatría son en torno a las 9500-10000 horas dado que uno de los psiquiatras ejerce el rol de director de CSMA y destina una parte de su jornada a la gestión.

Tabla 1.

PIB	Sant Adrià	Badalona	Barcelonès	Catalunya
PIB (millones de euros)	868,6	3868,8	78311,3	215640,8
PIB por habitants (miles de euros)	24,3	18,2	35,6	29,0
PIB por habitante (índice de Catalunya=100)	83,9	62,7	122,7	100

sa: mientras las horas anuales de psiquiatra suman 10500 h., las de psicólogo clínico son 5500 h, las de trabajador social son 3000 y las de enfermero 3000 h<sup>7</sup>. Esta jornada laboral se distribuye de manera que intenta ser proporcional a la población asignada a cada Área Básica de Salud.

Las primeras visitas las realizan tanto los psiquiatras como los psicólogos, exclusivamente; es decir, los médicos de Atención Primaria derivan libre y directamente a Psiquiatría o a Psicología del CSMA, a través del volante de derivación. En unas Areas Básicas de Salud (ABS) más y mejor que en otras, este proceso de derivación supone un planteamiento de los casos a derivar en el espacio de interconsulta, la coordinación CSMA-ABS. El espacio de la interconsulta se plantea de maneras distintas en función del momento de la historia de la interacción entre CSMA y ABS, también dependiendo de los protagonistas de la misma. En el caso de los psiquiatras de CSMA, la coordinación suele ser más frecuente, o quincenal o mensual; en el caso de los psicólogos, en el mejor de los casos es mensual, si cabe. También sucede que en alguna ABS la interconsulta es conjunta, psiquiatra y psicólogo acuden

a la coordinación con el ABS, aunque estos encuentros conjuntos nunca suelen ser quincenales; es decir, los psicólogos no asisten a la totalidad de las convocatorias de interconsulta a las que sí acuden los psiquiatras. Por otro lado, hay circunstancias en que la coordinación se interrumpe o se distancia en el tiempo.

Una parte de la dedicación de psiquiatras y psicólogos está destinada a la realización de primeras visitas; así cada profesional tiene una cuota asignada de primeras visitas, que es distinta en función de la demanda de cada ABS y de las horas del profesional. La ratio oscila entre 15 y 8 primeras mensuales. Proporcionalmente a la jornada laboral, los psicólogos destinan más tiempo a la realización de las primeras visitas que los psiquiatras; bien es verdad, que los psicólogos normalmente dedican más tiempo a cada intervención asistencial que los psiquiatras, que ven más pacientes pero en menos tiempo. Las primeras visitas admiten dos posibilidades: o se realizan en el recinto del propio CSMA, o en los de las ABS. Durante el año 2015, coincidió que todas las visitas de psicología se realizaron en el CSMA, no ha sido así en otros períodos, aunque sí ha sido la tóni-

ca dominante. Por el contrario, en psiquiatría, se realizan las primeras visitas tanto en CSMA como en ABS. Por qué? Por dos motivos: por falta de ubicación en el recinto de las ABS y/o por problemas eventuales de la coordinación con el ABS o de la idoneidad de los espacios de consulta; excepcionalmente, el caso del ABS Gran Sol, que comparte edificio con CSMA, hace innecesario el tener que realizar las primeras en ABS.

En relación con el manejo de la lista de espera a las primeras visitas se diseñó desde hace años la posibilidad de que los pacientes que no pueden ser atendidos de manera individual, en primera vista, por falta de horas, y que se colocan en lista de espera, sean atendidos de manera grupal, los grupos de acogida –que se añaden a la oferta de atención grupal-, mientras se está a la espera de la primera visita individual. Estos grupos de acogida son realizados indistintamente por psiquiatras o psicólogos del CSMA, en los equipamientos de las ABS, mayoritariamente por un único profesional y excepcionalmente por dos profesionales, psicólogo y psiquia-

tra, de CSMA, o por médico de ABS y psiquiatra de CSMA.

## Áreas Básicas de Salud

Nuestro CSMA atiende las derivaciones de 6 Áreas Básicas de Salud (ABS): Gorg, Gran Sol, La Salut, Llefia, Sant Roc i Sant Adrià. En concreto, cada una de las ABS –con una dotación de médicos de atención primaria diferente- tiene destinada la atención de una proporción de la población de ambos municipios (tabla 2).

Estas ABS de nuestro CSMA, a su vez, están dotadas de profesionales de Salud Mental, psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y enfermero, con una cuota de dedicación de cada uno de ellos distinta en cada ABS, en función del volumen asistencial de la misma. Mientras los profesionales enfermeros y trabajadores sociales se reparten las ABS de manera prácticamente simétrica, tienen la misma dotación horaria, no ocurre lo mismo en el caso de los profesionales psiquiatras y psicólogos. El ABS Gorg tiene una

Tabla 2.

ABS	Población asignada	Número de médicos de atención primaria
Gorg	9920	7
Gran Sol	15363	11
La Salut	15465	11
Llefia	20574	15
Sant Roc	15504	12
Sant Adrià	16611	13
<b>Total</b>	<b>93437</b>	<b>69</b>

Tabla 3.

ABS	Población asignada	Horas de Psiquiatría	Horas de Psicología
Gorg	9920	800	500
Gran Sol	15363	1500	1000
La Salut	15465	1500	1000
Llefià	20574	2350	1000
Sant Roc	15504	1400	750
Sant Adrià	16611	1500	750
<b>Total</b>	<b>93437</b>		

dotación de horas de psiquiatría, aproximadamente, de 800 horas, mientras 400 son de psicología. Gran Sol, dispone de 1500 horas de psiquiatría, por 1100 de psicología. La Salut, 1500 horas de psiquiatría y 1500 de psicología. Llefià 2350 horas de psiquiatría, por 1000 horas de psicología. Sant Roc, 1400 horas de psiquiatría, 750 horas de psicología. Sant Adrià 1500 horas de psiquiatría, 750 horas de psicología (tabla 3).

## Método

Partimos de los datos que constan en el software informático del CSMA y en los documentos de derivación (volante de derivación, informe de derivación). De ambas fuentes obtenemos la información que nos parece relevante y que la hemos agrupado en torno a distintas variables, a saber: edad (categorizada en intervalos (<30, 31-40, 41-50, 51-60, >61), sexo (hombre, mujer), Área Básica de Salud (ABS) (Gorg, La Salut, Gran

Sol, Llefià, Sant Adrià y Sant Roc), diagnóstico de ABS (adaptativo, ansiedad, depresivo, personalidad, psicosis, otros, no consta), tiempo de espera a la visita en CSMA desde la derivación (categorizada en intervalos de días, <15, 16-30, 31-90, 91-180, >181) hora de la visita (en intervalos: 8-9 AM, 9-10 AM, 11-12 AM, 12-1 PM, 1-2 PM, 3-7 PM), prioridad de la derivación (ordinaria, preferente y urgente), asistencia a la primera visita (sí asiste, no asiste), si existe prescripción de medicación psicofarmacológica en el momento de la derivación (sí existe prescripción, no tiene prescripción), diagnóstico de CSMA (adaptativo, ansiedad, depresivo, personalidad, psicosis, otros, aplazado y sin diagnóstico), profesional psicólogo o psiquiatra que realiza la primera visita (9 psiquiatras, 5 psicólogos), lugar en el que se realiza la visita (en CSMA o en ABS) y médico que deriva (111 médicos de ABS). El diagnóstico de ABS original está codificado según el ICD-10, mientras que el del CSMA lo está según en DSM-IIIR, en consecuen-

cia, y por causa del trabajo estadístico de los datos con el programa estadístico, han sido reconvertidos en 7 y 8 categorías respectivamente. Los diagnósticos de ABS en muchas ocasiones incluyen diversos códigos diagnósticos, a diferencia de los de CSMA, que sólo contemplan un código diagnóstico (realidad ya observada en otros trabajos (Miranda (15))); a efectos prácticos hemos considerado solamente el diagnóstico de ABS que figura en primer lugar en el volante de derivación.

Para el estudio estadístico nos valemos del soporte informático que supone el programa libre "R", versión 3.3.2, y más concretamente de su comando Deducer, interfaz gráfica para R. Con los datos que tenemos hemos hecho estadística descriptiva e inferencial presentando los datos en tablas de contingencia y administrando pruebas de Chi cuadrado ( $X^2$ ) para valorar la independencia de las variables entre sí. A mayor valor de  $X^2$  menos verosímil será considerar la hipótesis nula que asumiría la igualdad entre la distribución observada y la distribución teórica, debida al azar, y más verosímil aceptar la hipótesis alternativa: la dependencia de las variables.

## Resultados

### A) Variables generales

**A.1. Edad.** La media de edad es de 44 años; estos datos coinciden con los encontrados en varios trabajos que sitúan el valor de media entre 42-47 años (Miranda (15), Moreno (9), Landa (26), Vellisca (22), Díaz (38)). La mediana, de 42 años. El percentil 25, indica una edad de 31 años, mientras que el 75, 56 años. Siendo el valor mínimo de 17 años de edad (en 2 casos), y el máximo de 87 años (2 casos) (tabla 4).

**A.2. Sexo.** Hay 566 mujeres (63%) y 332 hombres (37%). De trece trabajos en que figura este dato encontramos ocho en que la desproporción está en un intervalo similar al encontrado por nosotros (<40%, hombres/>60%, mujeres) (Luciano(16) ; Díaz (38); Miranda (15); Vellisca (22); García, 2002 (20); Moreno (9); González (34) 70% de mujeres; García-Testal (7)) y los otros cinco, encuentran valores más próximos (>40%, hombres/<60%, mujeres) (Ferreras (17); Landa (26); Valencia (36); Goñi (33); destaca 47% hombres/53% mujeres (Vicente (4)).

**A.3. Especialidad.** El análisis de los resultados confirma que del total de 898 derivaciones a Salud Mental, 294 (32.7%) son a Psicología frente a 604 (67.3 %) a Psiquiatría de CSMA. El único artículo que refiere este dato confirma nuestro hallazgo (Díaz (38)).

**A.4. ABS.** Se aprecia una desigual distribución de la cantidad de derivaciones a CSMA. Mientras el ABS de Llefià produce el número más elevado de derivaciones, muy por encima de la media (=150), Gorg y Sant Roc aparecen como las ABS que lo hacen un porcentaje muy por debajo de la media. El resto de ABS (Gran Sol, Sant Adrià y La Salut) se mantienen en unos niveles de derivación próximos a la media (tabla 5).

**A.5. Lugar de la visita.** El lugar en que se produce la primera visita presenta desproporción de 2/3 partes: las visitas realizadas en el CSMA, representan el 65.25% (586 casos); las realizadas en ABS, el 34.75% (312 casos).

**A.6. Prioridad de la derivación.** La mayoría de las derivaciones tienen una prioridad ordinaria muy por encima de la media esperada si la distribución fuese totalmente al azar (=299). Ordinaria: 650 (72.4%); preferente:

Tabla 4.

Edad	Frecuencia	%
<30	208	23.2
21-40	220	24.5
41-50	168	18.7
51-60	137	15.3
>61	165	18.4

Tabla 5.

ABS	Frecuencia	%
Gorg	72	8
Gran Sol	169	8.8
La Salut	136	15.1
Llefià	274	30.5
Sant Adrià	169	18.8
Sant Roc	78	8.7
<b>Total</b>	<b>898</b>	<b>100</b>

Tabla 6.

Días de espera	Frecuencia	%
< 15	279	31.1
16-31	170	18.9
32-90	213	23.7
91-180	148	16.5
>181	88	9.8
<b>Total</b>	<b>898</b>	<b>100</b>

Tabla 7.

Diagnóstico ABS	Frecuencia	%
Adaptativo	150	16.7
Ansiedad	306	34.1
Depresivo	238	26.5
Personalidad	19	2.1
Psicosis	55	6.1
Otros	60	6.7
No consta	70	7.8
<b>Total</b>	<b>898</b>	<b>100</b>

Tabla 8.

Diagnóstico CSMA	Frecuencia	%
Adaptativo	203	22.6
Ansiedad	191	21.3
Depresivo	88	9.8
Personalidad	50	5.6
Psicosis	51	5.7
Otros	64	7.1
Aplazado	154	17.1
Sin diagnóstico	97	10.8
<b>Total</b>	<b>898</b>	<b>100</b>

184 (20.5%); urgente: 64 (7.1%). Sólo hemos encontrado un trabajo que refiere las 3 categorías de derivación (Langarica (32)) frente a dos que refiere dos, ordinaria y preferente, (Díaz (38); Ortiz (25)) y uno que sólo indica la ordinaria (Goñi (33)). Sus datos muestran un intervalo de derivaciones ordinarias 47.2%-79%; preferentes, 21%-31%; urgentes 4%.

**A.7. Tiempo de espera.** Los tiempos de espera desde la derivación hasta el momento de la primera visita ofrecen una distribución de casos de manera tal que la mitad de ellos se esperan menos de un mes para tener la primera visita en CSMA o en ABS, mientras que la otra mitad se esperan más de un mes (tabla 6). La media de espera es de 66 días; la mediana, 32 días; el percentil 25, 14 días y el percentil 75, 96 días. El límite inferior es de 0 días (37 casos) y el superior 595 días (1 caso). Nuestros datos aparecen por encima de los hallados en cuatro trabajos: Díaz (38), 50 días (límite máximo 180 días); Martín-Jurado (35), 1 mes; Luciano (16), 5-12 semanas; Goñi (33), 49 días para derivaciones ordinarias, 14 para preferentes.

**A.8. Hora de la visita.** Los resultados obtenidos muestran una desproporción franca de la cantidad de primeras visitas realizadas en horario de mañana respecto del de la tarde. Siendo la proporción de visitas ofrecidas en horario entre las 9 am. y las 11 am prácticamente el 50% del total.

**A.9. Asistencia.** El porcentaje de asistencia a la primera visita (80.6%) es muy superior al de las ausencias (19.3%). Porcentaje de ausencias próximo al encontrado en dos trabajos Vellisca 18% (22), Miranda 18.7% (15) y menos cercano al encontrado por Ordóñez (27), 33.3%, Valencia (36), 10% y García-Testal (7), 15%.

**A.10. Medicación.** El número de pacientes que en el momento de ser derivado a CSMA está en tratamiento psicofarmacológico (577 pacientes, 64.3%) es muy superior respecto al de los pacientes que no toman medicación (321 pacientes, 35.7%). Nuestros datos se muestran equidistantes respecto de otros trabajos. Miranda (15), 78% de medicados; Ortiz (25), 50%; Díaz (38), 46.7%.

**A.11. Diagnóstico ABS.** Los diagnósticos de ABS de trastornos mentales más frecuentes de los pacientes derivados son los trastornos de ansiedad y los depresivos (60% del total; tabla 7). Datos confirmados por una mayoría de trabajos que se refieren al diagnóstico (Díaz (38), Miranda (15), Ferreras (17), González (34), Goñi (33), Langarica (32), Ordóñez (27)).

**A.12. Diagnóstico CSMA.** En CSMA la categoría más frecuente de diagnósticos es la de los trastornos adaptativos y la de los de ansiedad, no así la del trastorno depresivo. Si bien, el porcentaje de casos con diagnóstico aplazado o sin diagnóstico en la primera visita es elevado; juntando ambas categorías, representaría la categoría más elevada (=27.9%, 251 casos; tabla 8).

**A.13. Profesional CSMA.** Los datos obtenidos también muestran una disparidad de número de visitas asignadas a unos profesionales u otros, tanto psiquiatras (nueve) como psicólogos clínicos (cinco), 14 en total; a 3 psiquiatras se asignan entre 125-140 derivaciones, seguidos de 2 psicólogos clínicos, entre 90-95 derivaciones; 2 psiquiatras, entre 55-70 derivaciones; 2 psicólogos y 1 psiquiatra, entre 40-45 derivaciones; 1 psicólogo, 24 derivaciones; 3 psiquiatras, entre 9-15 derivaciones.

Tabla 9.

Edad	Mujer	Hombre	total
<30 años	114	94	208
(esperado)	131.10	76.90	
31-40 años	136	84	220
(esperado)	138.66	81.34	
41-50 años	104	64	168
(esperado)	105.89	62.11	
51-60 años	94	43	137
(esperado)	86.35	50.65	
>61 años	118	47	165
(esperado)	103	61	
<b>total</b>	<b>566</b>	<b>332</b>	<b>898</b>

Tabla 10.

Edad	Psicología	Psiquiatría	total
<30 años	87	121	208
(esperado)	68.1	139.9	
31-40 años	79	141	220
(esperado)	72.03	147.97	
41-50 años	48	120	168
(esperado)	55	113	
51-60 años	42	95	137
(esperado)	44.85	92.15	
>61 años	38	127	165
(esperado)	54	111	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

**A.14. Médico ABS.** La enorme dispersión de médicos derivadores (hasta un total de 111 individuos) no nos permite el estudio pormenorizado de los datos más allá de referir la desigual distribución de la cantidad de derivaciones por médico. 61 médicos derivan <9 derivaciones anuales (227 en total); 38 médicos derivan >10 derivaciones (542 en total); 75 derivaciones tiene informe de hospitalización; 10, informe de especializada; 44 no consta el médico.

diferencial en las primeras visitas a psiquiatría o a psicología (confirmado en el trabajo de Vellisca (22)), a pesar, del resto de las diferencias que sí se han puesto de manifiesto.

**B) Interacciones de variables.**

Recogemos las interacciones de variables que se muestran como variables dependientes. La variable asistencia es la única que se ha comportado como una variable independiente respecto de la especialidad, es decir, que no se ha podido constatar que la asistencia a la primera visita se comporte de manera

**B.1. Edad y sexo.** Variables dependientes, es decir, no se cumple la hipótesis nula, habida cuenta de los valores de chi cuadrado y p-valor ( $X^2(4) = 13.195, 0.01^8$ ). ¿De qué informan los datos? En las mujeres, hay un mayor número de casos respecto de lo esperado, de >51 años, mientras los hombres, presentan un mayor número de casos de lo esperado en <50 años. Es decir, se da una proporción inversa en las edades de los derivados a Salud Mental respecto del sexo, y viceversa (tabla 9).

**B.2. Edad y especialidad.** Variables dependientes ( $X^2(4) = 17.463, p\_valor 0.002$ ). Los pacientes derivados a psicología presentan una tasa más alta de derivaciones

Tabla 11.

Sexo	Psicología	Psiquiatría	total
Mujer	204	362	566
(esperado)	185.3	380.7	
Hombre	90	242	332
(esperado)	108.7	223.3	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

<sup>8</sup> Cuando hacemos tablas de contingencia consignamos, primero, los grados de libertad entre paréntesis (x) los datos del valor de chi cuadrado ( $X^2$ ), seguidos del valor de p-valor. Por ejemplo:  $X^2(4) = 13.195, p\_valor 0.01$ .

Tabla 12.

Diagnóstico ABS	Psicología	Psiquiatría	total
Adaptativo	64	86	150
(esperado)	49.11	100.89	
Ansiedad	113	193	306
(esperado)	100.18	205.82	
Depresivo	72	166	238
(esperado)	77.9	160.1	
Personalidad	3	16	19
(esperado)	6.22	12.78	
Psicosis	0	55	55
(esperado)	18	37	
Otros	15	45	60
(esperado)	19.64	40.36	
No consta	27	43	70
(esperado)	22.92	47.08	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

Tabla 13.

Medicación	Psicología	Psiquiatría	total
NO	163	158	321
(esperado)	105.09	215.91	
SI	131	446	577
(esperado)	188.91	388.09	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

por encima de la esperada en la franja de edad <40 años. Por el contrario, las derivaciones a psiquiatría presentan la tendencia contraria: mayor tasa de >41 años. En resumen, parecería que las derivaciones a psicología son de pacientes de menor edad (<30 años) mientras que las derivaciones a psiquiatría son de pacientes de mayor edad (> 61 años) (tabla 10).

**B.3. Sexo y especialidad.** Variables dependientes ( $X^2(1) = 7.585$ ,  $p\_valor = 0.006$ ). Los datos muestran una tendencia de mayor tasa de derivaciones a Psicología, de mujeres que de hombres; en las derivaciones a Psiquiatría, la tendencia se invierte. Si cruzamos los datos obtenidos con una tercera variable, la edad, resulta que sólo son variables dependientes para la categoría de edad <30 años, siendo corroborada la tendencia general: mayor tasa de derivaciones a Psicología, de mujeres que de hombres; menor tasa de mujeres que de hombres en las derivaciones a Psiquiatría ( $X^2(1) = 14.148$ ,  $p\_valor < 0.001$ ) (tabla 11).

**B.4. Diagnóstico ABS y especialidad.** Variables dependientes ( $X^2(6) = 41.783$ ,  $p\_valor < 0.001$ ). La interpretación de los datos sugiere que cuando se trata de los diagnósticos de trastornos adaptativos, de ansiedad, o que no conste el diagnóstico en el volante de derivación, sucede que se dan más derivaciones de lo esperado a psicología y menos de lo esperado a psiquiatría. Por el contrario, cuando los diagnósticos son de trastornos depresivos, de personalidad, psicóticos u otros, el número de derivaciones a psiquiatría está por encima de lo esperado, mientras que el de derivaciones a psicología está por debajo (tabla 12).

**B.5. Medicación y especialidad.** Variables dependientes ( $X^2(1) = 73.827$ ,

$p\_valor < 0.001$ ). Si existe prescripción de medicación en el momento de la derivación las derivaciones a psicología presentan un número muy inferior al esperado, lo contrario cuando las derivaciones son a psiquiatría. Las diferencias son muy significativas: a) mientras en las derivaciones a psicología, 163 casos no tienen pauta psicofarmacológica (55.44%), 131 sí la tienen (44.56%); b) en las derivaciones a psiquiatría, 158 casos no tienen pauta psicofarmacológica (26.16%), y 446 sí la tienen (73.84%) (tabla 13).

**B.6. Especialidad y ABS.** Variables dependientes ( $X^2(5) = 20.839$ ,  $p\_valor = 0.001$ ). ¿Qué muestran los datos? Una desigual tendencia a la derivación a psiquiatría que a psicología. Mientras las ABS de Sant Adrià y Llefià derivan por encima de lo esperado más casos a psiquiatría que a psicología, el resto de ABS lo hacen en sentido contrario. El ABS de Sant Adrià, lo hace en una proporción muy desigual, en menor grado, Gran Sol y Sant Roc; por el contrario la desproporción de Gorg, Llefià y La Salut, es muy discreta (tabla 14).

**B.7. Especialidad y Lugar de la visita.** Variables dependientes ( $X^2(1) = 355.866$ ,  $p\_valor < 0.001$ ). Todas las visitas de psicología se realizan en el CSMA, mientras que las visitas de Psiquiatría se realizan, en ABS (67 %) y la otra mitad en CSMA (33%) (tabla 15).

**B.8. Especialidad y Tiempo de espera.** Variables dependientes ( $X^2(4) = 60.636$ ,  $p\_valor < 0.001$ ). Los datos indican que los tiempos de espera no son los mismos cuando se trata de derivaciones a psiquiatría y a psicología. ¿En qué sentido? Las derivaciones a psiquiatría son atendidas en intervalos de tiempo más cortos, mayorita-

Tabla 14.

ABS	Psicología	Psiquiatría	Total
Gorg	27	45	72
(Esperado)	23.57	48.43	
Gran Sol	66	103	169
(Esperado)	55.33	113.67	
La Salut	46	90	136
(Esperado)	44.53	91.47	
Llefià	87	187	274
(Esperado)	89.71	184.29	
Sant Adrià	34	135	169
(Esperado)	55.33	113.67	
Sant Roc	34	44	78
(Esperado)	25.54	52.46	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

Tabla 15.

Lugar de visita	Psicología	Psiquiatría	Total
ABS	0	403	403
(Esperado)	131.94	271.06	
CSMA	294	201	495
(Esperado)	162.06	332.94	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

Tabla 16.

Espera	Psicología	Psiquiatría	Total
<15 días	78	201	279
(Esperado)	91.34	187.66	
16-30 días	32	138	170
(Esperado)	55.66	114.34	
31-90 días	71	142	213
(Esperado)	69.73	143.27	
91-180 días	56	92	148
(Esperado)	48.45	99.55	
>181 días	57	31	88
(Esperado)	28.81	59.19	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

riamente, no así las de psicología. Cuando los tiempos de espera están por debajo de 31 días de espera, la tasa de derivaciones está por encima de lo esperado en las derivaciones a psiquiatría y por debajo en las derivaciones a psicología. En cambio, a mayor tiempo de espera, menor porcentaje de derivaciones del esperado, en psiquiatría y mayor, en psicología (tabla 16).

En el caso de las derivaciones a psicología, la media de espera es de 94 días. La mediana, de 55; el percentil 25, de 15 días; el percentil 75, de 158, el límite inferior, de 0 días (24 casos) y el superior, de 467 días (1 caso). En psiquiatría, la media de espera es de 53 días; la mediana de 25 días; el percentil 25, de 13 días; el percentil 75, de 69 días; el límite inferior, de 0 días (en 13 casos) y el superior de 595 días (en un caso).

**B.9. Especialidad y Prioridad de la visita.** Variables dependientes ( $X^2(2) = 4.902$ ,  $p\_valor < 0.001$ ). ¿Qué tendencia muestran? Las derivaciones a psicología muestran una tasa mayor de la esperada de derivaciones de prioridad ordinaria, mientras las de psiquiatría muestran una tasa menor. Por el contrario, cuando las derivaciones son de prioridad preferente o urgente las tasas se invierten, son menores de lo esperado en el caso de derivaciones a psicología y mayores en el caso de las derivaciones a psiquiatría (tabla 17).

**B.10. Especialidad y Hora de la visita.** Variables dependientes ( $X^2(6) = 209.5$ ,  $p\_valor < 0.001$ ). ¿Qué muestran los datos? Las visitas de psicología se realizan por encima de lo esperado en horas de primera hora de la mañana (8-10h) y des-

Tabla 17.

Prioridad	Psicología	Psiquiatría	Total
Ordinaria	253	397	650
(Esperado)	212.81	437.19	
Preferente	31	153	184
(Esperado)	60.24	123.76	
Urgente	10	54	64
(Esperado)	20.95	43.05	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

Tabla 18.

Hora	Psicología	Psiquiatría	total
8-9 AM	42	4	46
(esperado)	15.06	30.94	
9-10 AM	95	126	221
(esperado)	72.35	148.65	
10-11 AM	35	185	220
(esperado)	72.03	147.97	
11-12 AM	15	124	139
(esperado)	45.51	93.49	
12-1 PM	54	143	197
(esperado)	64.5	135.5	
1-2 PM	20	20	40
(esperado)	13.1	26.9	
3-7 PM	33	2	35
(esperado)	11.46	23.54	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

Tabla 19.

Diagnóstico CSMA	Psicología	Psiquiatría	total
Adaptativo	101	102	203
(esperado)	66.46	136.54	
Ansiedad	47	144	191
(esperado)	62.53	128.47	
Depresivo	16	72	88
(esperado)	28.81	59.19	
Personalidad	14	36	50
(esperado)	16.37	33.63	
Psicosis	1	50	51
(esperado)	16.7	34.3	
Otros	13	51	64
(esperado)	20.95	43.05	
Aplazado	45	109	154
(esperado)	50.42	103.58	
Sin diagnóstico	57	40	97
(esperado)	31.76	65.24	
<b>total</b>	<b>294</b>	<b>604</b>	<b>898</b>

pués de mediodía (13-14h) o por la tarde (15-19h). En la franja de horario de media mañana (10-13 h), la tasa es menor de la esperada. Las visitas de psiquiatría muestran la tendencia complementaria: el mayor número de visitas, por encima del esperado, se realiza en la franja horaria de media mañana (10-13 h) mientras el resto de horas la tasa está por debajo de lo esperado (tabla 18).

**B.11. Especialidad y Diagnóstico CSMA.** Variables dependientes ( $\chi^2(7) = 98.527, p\_valor < 0.001$ ). Las categorías diagnósticas “adaptativo” y “sin diagnóstico” están por encima de lo esperado en el caso de las primeras visitas a psicología, y por debajo en el resto de categorías diagnósticas. En las primeras visitas a psiquiatría, la tendencia es la contraria. Concretamente, la

categoría diagnóstica “adaptativo” está muy por encima de lo esperado en las derivaciones a psicología. Por el contrario, la categoría diagnóstica “ansiedad”, “depresivo” y “psicosis” están bastante por encima de lo esperado en las visitas a psiquiatría (tabla 19).

## Discusión

1) La proporción de mujeres casi 2/3 del total sobre 1/3 de hombres viene a confirmar los datos de muchos otros estudios. Estos datos no se corresponden con los datos poblacionales de que disponemos, en el sentido de que no hay 2/3 más de mujeres que de hombres en nuestra población de referencia (de hecho hay 285 hombres más)<sup>9</sup>, así cabe hacer la pregunta ¿por qué se derivan más mujeres que hombres?, ¿consultan más mujeres que hombres en ABS? ¿Hacen más síntomas psiquiátricos? Los datos que tenemos, asociando las variables de sexo y diagnóstico de ABS ( $\chi^2(6) = 38.929$ ,  $p\_valor < 0.001$ ) nos muestran que ambas variables son dependientes y nos informan que hay más mujeres con síntomas depresivos y adaptativos, mientras que los hombres aparecen con más síntomas ansiosos y psicóticos.

2) Las derivaciones muestran que existe un perfil de los pacientes derivados a psicología y otro de los derivados a psiquiatría; Díaz (38) también encuentra que existen características diferenciales en la derivación a psiquiatría/psicología. El diagnóstico define un criterio de derivación desde ABS; así, los diagnósticos de trastornos adaptativos, de ansiedad y “sin diagnóstico” marcan el perfil

de la derivación a psicología; el trabajo de Díaz (38) confirma que en las derivaciones a psicología se da mayor tasa de ausencia de diagnóstico (trastornos de ansiedad y “sin diagnóstico”, según Pérez-Ibáñez (29)). Por el contrario, los diagnósticos depresivos, psicosis, personalidad y otros, definen el perfil de la derivación a psiquiatría. ¿Cómo interpretar estos datos? Las situaciones más reactivas a situaciones estresantes de la vida de los pacientes parecen indicar que no presuponen un trastorno mental claramente instaurado, así como que la ausencia de diagnóstico sugiere que tampoco hay detección de trastorno mental; ya Aparicio (41) refería un aumento de la prevalencia de trastornos adaptativos. Por otro lado, la detección de trastorno mental, en concreto, de ansiedad, y la prevalente derivación a psicología, mostraría la creencia en que el abordaje psicológico puede ser efectivo.

Por el contrario, la detección de trastornos mentales depresivos, empujan a la derivación a psiquiatría, probablemente por la creencia que el abordaje psicofarmacológico puede ser necesario para la movilización de los síntomas; lo mismo debe suceder en el caso de las psicosis; cosa que no es tan clara en los síntomas de los trastornos de personalidad y otros diagnósticos de trastorno mental.

3) Si prestamos atención a la presencia de terapéutica psicofarmacológica en el momento de la derivación aparece el otro elemento clarificador: 2/3 partes de los pacientes derivados a CSMA tienen tratamiento psicofarmacológico. Prácticamente el mismo

---

<sup>9</sup> Según los datos facilitados por la Regió Sanitària de Barcelona, del total de 93437 personas asignadas a las ABS de la zona de nuestro CSMA, 46681 son hombres y 46576, mujeres.

número de casos que no tienen pauta de medicación se deriva por igual a psiquiatría que a psicología (158, 163, respectivamente). Un número menor de casos, 131, se derivan a psicología aun teniendo tratamiento psicofarmacológico. Prácticamente, la mitad, 446 casos, con pauta de medicación, es derivada a psiquiatría. Está claro que se da una mayor derivación a psiquiatría que a psicología: 604 casos (67.3 %), 294 casos (32.7%) respectivamente. Dato que confirma el trabajo de Díaz (38): a psicología se derivan casos de personas más jóvenes y menos medicadas (20%, a psicología; 80% a psiquiatría). Este dato debe tener que ver también con el conocimiento, por parte de Atención Primaria, de la desigual dotación de recursos psiquiátricos –más del doble- y psicológicos; también lo subraya el trabajo de Díaz (38). En Primaria se sabe que derivar a un paciente a psicología va a comportar más tiempo de espera. Por otro lado, habida cuenta de la enorme cantidad de pacientes derivados que están en tratamiento medicamentoso, los médicos de ABS derivan cuando la medicación ya pauta no mejora suficientemente la sintomatología de los pacientes y deben esperar alguna supervisión del especialista “médico”.

4) Las mujeres son derivadas a psicología, en mayor proporción que los hombres, de manera especialmente significativa, cuando tienen <30 años, a pesar de que, en términos generales, en las derivaciones a psicología, tanto de hombres como de mujeres, no hay diferencias muy marcadas en las categorías diagnósticas (no ocurre lo mismo en las derivaciones a psiquiatría, que presenta desproporciones claras); en cambio, los hombres, más que las mujeres, cuando tienen >61 años, son derivados a psiquiatría, significativamente por encima de lo esperado. En términos generales, los trastornos de

ansiedad son diagnosticados bastante por encima de lo esperado en las mujeres <40 años. En cambio, los trastornos depresivos son diagnosticados, por encima de lo esperado, tanto en hombres como en mujeres >61 años. También es verdad la complementaria: bajan las tasas de trastornos de ansiedad en >61 años, en hombres y en mujeres, y en los trastornos depresivos, también bajan en hombres y mujeres <40 años (en mayor medida en las mujeres). Se nota como sube la tasa de derivaciones en general, de hombres y mujeres, >41 años, a psiquiatría, mientras hace lo propio en los <40 años, en las derivaciones a psicología. Díaz (38) encuentra que a psicología se derivan pacientes <38 años, y a psiquiatría >46 años.

Parece, pues, que la menor edad de los pacientes anima a los médicos de atención primaria a derivar más a psicología; mientras la mayor edad, hace lo contrario, incrementa la decisión de derivar a psiquiatría. Es razonable pensar que se atribuye a los pacientes de menor edad más posibilidades de cambio psicológico que a los de mayor edad. Y concretamente, a las mujeres más jóvenes, parecería que se les atribuye esta misma capacidad por encima de los hombres.

5) En cuanto a las derivaciones a una u otra especialidad aparecen perfiles de derivación distintos según se trate de unas ABS o de otras. Hemos constatado como unas (Sant Adrià y Llefià) derivan más a psiquiatría que a psicología, curiosamente, las ABS a las que hay asignado un mayor número de población; mientras las otras hacen lo opuesto (Sant Roc, Gorg, La Salut y Gran Sol). El caso del ABS de Sant Adrià, con unos datos tan por encima de lo esperado, creemos que, por un lado, puede deberse a razones internas de la coordinación CSMA-ABS, y por otro, al hecho de que Sant Adrià es el ABS en donde se realizan el mayor porcentaje de primeras

visitas de psiquiatría (91.13%) en la propia ABS, mientras las primeras visitas de psicología se realizan en el propio CSMA –como en todas las ABS–; es posible, que la mayor proximidad física juegue un papel facilitador de la derivación a psiquiatría en detrimento de la derivación a psicología. Igualmente, la desigual dotación de horas de profesional también puede ayudar a entender la desproporción. No podemos recurrir a la variable diagnóstico porque nos consta que las variables diagnóstico y ABS son variables independientes.

Lo que sucede en ABS de Llefà (el ABS con mayor número de población asignada y con mayor número de facultativos), con menor desproporción de los datos, también podría explicarse, en parte, por la misma razón: mientras todas las primeras visitas de psicología, se realizan en CSMA, el 69.23% de las vistas de psiquiatría ocurren en el ABS. La coordinación y la realización de grupos de acogida en el ABS está polarizada hacia psiquiatría, por tanto, la derivación podría verse favorecida por razones de mayor accesibilidad.

El caso del ABS de Gran Sol es peculiar, dada la proximidad de CSMA con ABS, ambos equipamientos están en el mismo edificio. Así, aunque las visitas de psicología y de psiquiatría ocurran en CSMA, la disponibilidad y la cercanía física son muy altas para las dos especialidades. Sin embargo, las derivaciones a psicología son más elevadas, significativamente; podemos atribuirlo a razones de coordinación, así como a la reciente creación de esa ABS, con médicos más jóvenes, que pudiera favorecer esa tasa de derivaciones. La realización de grupos de acogida por parte de psicología, puede ser otro factor facilitador de ese incremento. También sucede algo parecido en el ABS de Sant Roc: el incremento de las derivaciones a psicología respecto de

las de psiquiatría, por encima de lo esperado. También podemos atribuirlo, por un lado, a la dinámica interna de la coordinación, por el otro, a la distancia física, que en este caso, es la misma para las dos especialidades, ni psiquiatría ni psicología hacen las visitas en el ABS, sino en CSMA; así como a la presencia de psicología en los grupos de acogida en ABS. El caso del ABS de Gorg (el ABS con menor población asignada y con menor número de facultativos) es similar, por cuanto a la dinámica de la coordinación y a la realización de todas las visitas en CSMA; pese a que los grupos de acogida son realizados por psiquiatría en ABS.

El ABS de La Salut, presenta su propia dinámica de coordinación conjunta y no tiene grupos de acogida. Las visitas de psiquiatría se realizan en la misma proporción, 50%, tanto en CSMA como en ABS. Quizás estos elementos favorezcan la menor desproporción de los datos de las derivaciones a una y otra especialidad.

6) Los tiempos de espera pueden explicar la mayor o menor derivación a una u otra especialidad. Aunque hay, claramente, dos velocidades de atención. La mitad de los pacientes se espera menos de un mes, para tener la primera visita, indistintamente a psicología o a psiquiatría (449 pacientes). La otra mitad, se esperan más de un mes. A) En psicología, las dos velocidades se manifiestan así: una, la de los pacientes que se esperan menos de 15 días para ser atendidos, que significativamente, está por encima de lo esperado, hay 78 pacientes a los que se les adjudica visita en ese lapso de tiempo; por otro lado, está la de los pacientes que se esperan más de 16 días, el resto. Sobre ellos cabe hacer notar que, de manera especial, los que se esperan 16-31 días, están muy por debajo de lo esperado, mientras los que se esperan >181 días están, también,

muy por encima de lo esperado, 57 pacientes (19%). Sólo 1/3 se espera menos de 31 días. Pérez-Ibáñez (29) refiere 29 días de espera a psicología. Los trabajos de Díaz (38) y García (20) refieren otros datos. Díaz encuentra una media de 74 días de espera para psicología y 38 para psiquiatría. García, 50-60 días, para psicología, 30 días, para psiquiatría.

B) En la lista de espera de psiquiatría, las dos velocidades tienen porcentajes distintos. El número de pacientes que se espera menos de 31 días (339) representa el 56%. Sólo 31 pacientes (5%) se esperan más de 181 días. Naturalmente, los tiempos de espera están en relación, también, con la prioridad de la derivación que queda claro que se incrementa notoriamente en el caso de las derivaciones preferentes y urgentes, a psiquiatría por encima de lo esperado, y por debajo, las de prioridad ordinaria; al contrario de las derivaciones a psicología. Ya Díaz (38) refiere el abuso de las derivaciones preferentes para evitar las largas listas de espera. La otra explicación es la que tiene que ver con el menor número de recursos humanos de los psicólogos; si bien es verdad que la ratio de número de pacientes derivados por horas de profesional es parecida en psiquiatras y psicólogos, la diferencia está en la agenda, es decir, en los tiempos de las intervenciones de unos y otros, en el sentido que los psicólogos dedican más tiempos por paciente que los psiquiatras, en términos generales, lo que puede provocar mayor tiempo de espera; sin olvidar que además han de atender a la propia derivación interna de los psiquiatras de CSMA.

¿Repercuten estos tiempos de espera de forma significativa en la asistencia a las primeras visitas? Encontramos, curiosamente, que, si bien en términos generales, sin diferenciar las derivaciones a una u otra especialidad, las variables aparecen como variables

dependientes ( $X^2(4) = 11.422$ ,  $p_{\text{valor}} 0.022$ ), confirmando que a mayor tiempo de espera, menor asistencia a las visitas y viceversa; cuando estratificamos los datos por especialidad, encontramos que en el caso de las derivaciones a psicología, las variables se comportan como variables independientes, mientras que en el caso de las derivaciones a psiquiatría, las variables son dependientes en el sentido señalado ( $X^2(4) = 4.195$ ,  $p_{\text{valor}} 0.38$ ). Los trabajos de García (20), Miranda (15), Livianos (21) y Vellisca (22) subrayan que la espera provoca inasistencia; Vellisca, concretamente, halla que la media de inasistencia está en 39 días de espera.

7) Por último, los diagnósticos que CSMA adjudica a los pacientes derivados desde Atención Primaria muestran una prevalencia de los trastornos adaptativos y los de "sin diagnóstico", muy por encima de lo esperado, mientras el resto de diagnósticos aparecen por debajo de lo esperado, en las primeras visitas de psicología. Pérez-Ibáñez (29) también refiere la predominancia del diagnóstico de trastorno adaptativo en derivaciones a psicología. Los diagnósticos restantes (ansiedad, depresivo, psicosis, otros, aplazado) están por encima de lo esperado en las visitas con psiquiatría. ¿Qué implican estos datos? Particularmente, la categoría "sin diagnóstico" se refiere a aquellas visitas a las cuales el paciente no ha asistido, ya que si lo hiciera y no tuviera diagnóstico se le adjudicaría la categoría "aplazado"; con toda probabilidad, hay mayor registro de las ausencias a las visitas de psicología, que a las de psiquiatría. Comprobando los registros encontramos que hay 57 registros de "sin diagnóstico" en las visitas de psicología por 40 en las visitas a psiquiatría. Dado que hay 64 pacientes que no acuden a la primera visita de psicología, por 110 de los que no acuden a la de psiquiatría.

Respecto del resto de diagnósticos de CSMA, está claro que el diagnóstico “trastorno adaptativo” es, con diferencia muy notable, la categoría predominante en los diagnósticos realizados desde psicología. Landa (26) encuentra que muchos diagnósticos de trastorno de ansiedad y depresivo realizados en primaria son diagnosticados como adaptativos en CSMA. Con toda probabilidad, la sintomatología adaptativa es el motivo de derivación principal desde Atención Primaria y confirmada, fundamentalmente, por CSMA aunque sólo en la mitad de los casos derivados. ¿Qué sucede desde psiquiatría con la misma categoría diagnóstica que está tan por debajo de lo esperado? Resulta que sólo 1/3 de las derivaciones a psiquiatría con diagnóstico adaptativo son vistas como tales por psiquiatría de CSMA; la misma que en el caso de los diagnósticos de trastorno de ansiedad. La proporción baja a 1/4 con el diagnóstico “trastorno depresivo”; sube a la mitad en el caso del diagnóstico por trastorno de personalidad; y a 2/3 en el caso de diagnóstico de trastorno psicótico.

También es verdad que desde psiquiatría se ven 2/3 más pacientes diagnosticados en primera visita como trastorno adaptativo que las derivaciones hechas como tales desde ABS. Un poco más de la mitad de los casos derivados, psiquiatría los diagnostica como trastornos de ansiedad aunque hayan sido derivados con otro diagnóstico desde ABS, fundamentalmente, depresivo y adaptativo. Un poco menos de la mitad sucede con los diagnósticos depresivos, aunque haya sido derivado con otro código. Las 3/4 partes de los diagnósticos de trastorno de personalidad de psiquiatría tampoco son diagnosticados en ABS. En cambio, sólo 1/3 de las psicosis son diagnosticadas en pacientes que no vienen con ese diagnóstico desde ABS. Estas diferencias de apreciación

diagnóstica, sin duda deben tener que ver con la cualidad de la atención en la consulta en CSMA respecto de la dificultad de atender a los mismos pacientes con los tiempos de que dispone el médico de ABS, así como con la pericia y el nivel de formación de los especialistas en salud mental; así lo destaca, también, López-Torres (12).

## Conclusiones

El análisis de los datos pone de manifiesto que existen unas características diferenciales respecto del comportamiento de las derivaciones a Centro de Salud Mental desde Atención Primaria, cuando se trata de derivar a atención psicológica o psiquiátrica. Creemos que las expectativas de los médicos de Atención primaria deben tener que ver con la desigual forma de derivación, así como con las de los propios pacientes. En nuestro estudio, no hemos podido centrarnos más que en algún aspecto de las expectativas de los médicos y no hemos podido tener en cuenta las de los pacientes.

Repasando uno a unos los elementos que hemos podido objetivar en el análisis destacan aspectos que tienen que ver con características de los pacientes (diagnósticos de ABS y de CSMA, medicación, edad, sexo) como con características situacionales (ABS, lugar de la visita, tiempo de espera, prioridad, hora). Este estudio descriptivo hace caer en la cuenta de que la decisión de derivar a un paciente a Salud Mental para que sea atendido de manera diferencial respecto de la atención que se puede ofrecer en el ABS, no es una cuestión simple. Desde que en la consulta del médico se prescribe la derivación hasta que la primera visita sucede realmente, si es que sucede, pasa un tiempo que es excesivo. El porcentaje de ausencias

a las primeras visitas (19%), aunque no se muestre de manera diferente, estadísticamente hablando, en el caso de las derivaciones a psiquiatría o a psicología, a pesar de los tiempos de espera que sí son diferentes, hace pensar que hay que incrementar los recursos de profesionales para atender la salud mental de los pacientes, de manera especial, de psicología clínica tanto en Salud Mental como en Atención Primaria<sup>10</sup>. Ya Aparicio (41) subrayaba que el crecimiento de la demanda asistencial no iba en paralelo del incremento de los recursos humanos en Salud Mental y que la sobrecarga asistencial era un obstáculo para la calidad de la asistencia, especialmente, por el incremento constante de los usuarios menos severos. Esta sobrecarga también la destacan Ortiz (25), Valencia (37), Ordóñez (13), López-Torres (12).

Aun sabiendo como sabemos que el diagnóstico del ABS no condiciona la asistencia a la visita en CSMA, no se comportan como variables dependientes, cabe preguntarse a propósito de la idoneidad de la derivación de los trastornos adaptativos (150 casos diagnosticados como tales en ABS), teniendo en cuenta la saturación de la demanda. Los trastornos adaptativos y los trastornos de ansiedad (456 en total) son los que generan mayores tasas de ausencias a las primeras visitas (21%), así como los que “no consta diagnóstico” (25%). Quizás serían 3 características diagnósticas que podrían ser mayormente filtradas en el proceso previo a la derivación, quizás, en la coordinación CSMA-ABS. Una tasa de los pacientes que se

derivan a Salud Mental no iniciarán un proceso de atención psiquiátrica o psicológica duradero –si lo inician- y quizás podrían ser atendidos con cierta supervisión en la propia ABS, sin formalizar la derivación a CSMA. Sabemos que de las 898 derivaciones, 183 se convierten en altas en la propia primera visita (125, psiquiatría; 58 psicología), 141 por ausencia, 42 por indicación del profesional (33, psiquiatría; 9 psicología). El análisis del seguimiento de los pacientes que inician una primera visita en CSMA, podría arrojar mayor claridad respecto de la derivación a CSMA –cosa que supera los límites de nuestro trabajo.

Si bien es cierto que se impone la necesidad de reducir los tiempos de espera a la primera visita en CSMA, también es cierto que desde CSMA no se puede atender de manera adecuada una demanda desbordante desde Primaria. Se impone, por tanto, la necesidad de colaboración entre ABS y CSMA, más si cabe. Atención Primaria no puede hacerse cargo de la demanda en salud mental por falta de recursos especializados cualificados y Salud Mental, tampoco puede responder adecuadamente por los escasos recursos cualificados que presenta. He aquí el dilema de la Salud Mental en la asistencia pública.

---

<sup>10</sup> Hay que recordar que la Orden SSI/876/2017, de 12 de septiembre de 2017, de convocatoria de plazas de formación sanitaria especializada a nivel estatal continúa dejando a la especialidad en psicología clínica muy por debajo de la especialidad en psiquiatría y en enfermería de salud mental: 135, 241 y 193 plazas, respectivamente.

## Bibliografía

1. Aparicio V, López M, Sánchez AE. Fundamentos, elementos y problemas de la psiquiatría comunitaria, *Clin Anal Grup*, 1980;24:519-531.
2. Padierna JA, Gastiain F, Díaz P, Etxebeste A, Martínez E, Nieto A. et al, La morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria: detección y derivación por el médico de familia, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 1988;8(24),21-29.
3. Rico MD, Mora B. Morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria: detección y derivación por el médico de familia, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 1994;14(49)217-234.
4. Vicente N, Estévez L, Juárez E. Análisis de la demanda asistencial en un centro de salud mental, *Arch Neurobiol*, 1990;53(1)13-17.
5. Espina JA, Vázquez V. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria, *Psiquiatr Public*, 1994;6(4)191-198.
6. Nueno B. Evaluación de la eficacia de un programa de soporte a la primaria para trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa relacionados con la actual crisis económica en la población de Martorell, *Inf Psiquiatr*, 2013;(211)27-62.
7. García-Testal A, Sancho F, Julve R, Puche E, Rabanaque G. Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿Qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista?, *Aten Primaria* 1998;22:233-238.
8. Beltran M, Salleras N, Camps C, Solanas P, Igual E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados, *Aten Primaria* 2001;28(1):39-45.
9. Moreno F, Casals JL, Sáchez JM, Rivera R, Vázquez MA. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada, *Semergen*, 2008;34(5):218-223.
10. Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.
11. Iglesias C, González I, Ramon J, Naves C, Franco A, José M. et al, Calidad de la interconsulta entre salud mental y atención primaria: comparación de dos tipos de documento de derivación (OMI-AP y tradicional). *Rev Calid Asist* 2004;19(5):319-322.
12. López-Torres JD, Latorre JM, Montañés J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria, *Aten Primaria*, 2005;36(2):85-92.
13. Ordóñez MP. ¿Están motivados los médicos de Atención Primaria de nuestra zona hacia la coordinación y formación en Salud Mental?, *An Psiquiatr*, 2008;24(5):203-210.
14. Moré MA, Jiménez MA, Muñoz PE, Muñoz A, Zufía J. Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los

- servicios de salud mental *Act Esp Psiquiatr*, 2008;36(4):210-217.
15. Miranda I, Peñarubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria*, 2003;32(9):524-530.
  16. Luciano JV, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Palao DJ, Mercader M, et al, Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental, *Aten Primaria*, 2009;41(3):131-140.
  17. Ferreras JM, Sanjuan R, Elías MP, Sánchez C, Blasco M, Yagüe MM. Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria. *FML. Rev Med Fam Aten Primaria*. 2011;15(4):5p.
  18. Aparici M, Ayer JC, Avila C, Arque M. Estudio de la influencia de la derivación sobre la tendencia abandonar el tratamiento en pacientes del Cap en S.M. del Prat de Llobregat, *Inf Psiquiatr*, 1995;(139):47-53.
  19. Otero J, Luque A, Conde M, Jiménez C, Serrano C. Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas, *Act Esp Psiquiatr*, 2001;29(3):153-158.
  20. García B, Ortiz A. Ausencias en las primeras consultas en un centro de salud mental: un estudio controlado, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2002;(83):27-36.
  21. Livianos L, Sierra P, Pino A, Rubio T, Rojo LM. Variables demográficas, clínicas y psicológicas que influyen en la falta de asistencia a la primera consulta en salud mental, *Arch Psiquiatr*, 2006;69(3):219-232.
  22. Vellisca MY, Latorre JI, Orejudo S, Gascón S, Nolasco A, Villanueva VJ. Patrón asociado a la inasistencia a la primera consulta en un centro de Salud Mental, *Rev Psicopatol Psicol Clin*, 2014;(19)2:141-146.
  23. Espinosa L, Castilla MP. Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2002;(83):111-123.
  24. Risco MP. Estudio de calidad de información de los partes de interconsulta (P.I.C.) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de salud mental, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2003;23(85):125-135.
  25. Ortiz A, González R, Rodríguez F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable, *Aten Primaria*, 2006;38(10):563-569.
  26. Landa N, Goñi A, García de Jalón E, Lizaola E. Concordancia entre el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*, 2008;40(6):285-289.
  27. Ordóñez MP, Gómez C. Estudio de la demanda derivada a nuestra Unidad de Salud Mental: la calidad de los partes de interconsulta y la concordancia diagnóstica. *An Psiquiatr*, 2009;25;275-281.
  28. García S, Rodríguez JJ. Continuidad asistencial de un centro de salud mental con sus centros de atención primaria, *An Psiquiatr*, 2008;24(2):51-55.

29. Pérez-Ibáñez O, García-Pedrajas C, Grases N, Marsó E, Cots I, Aparicio S. et al, Programa de soporte a la primaria un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2015;35(126):257-266.
30. Martínez O, Beitia M, Araluce K, Ayerra JM, Cela C, Grijalvo J. et al, Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental (II). Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 1997;(62):203-222.
31. Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadiñanos A, Díez JF, Vázquez-Barquero JL. Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a Salud Mental, *Act Esp Psiquiatr*, 2000;28(1):13-21.
32. Langarica E, Artaso B, Goñi A. Análisis de las primeras consultas en un centro de salud mental, *An Psiquiatr*, 2004;(20)1:1.
33. Goñi A, García de Jalón E, Landa N, Lizasoain E. Análisis de las derivaciones desde Atención Primaria a Salud Mental, *An Psiquiatr*, 2008;24:83-88.
34. González E, Villanueva JL, Escribano S, García P, Arias T. Perfil del usuario derivado desde Atención Primaria a una Unidad de Salud Mental. *An Psiquiatr*, 2009;25:40-26.
35. Martín-Jurado A, De la Gandara JJ, Castro S, Moreira A, Sánchez-Hernández J. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental, *Semergen: med gen fam*, 2012;38(6):354-359.
36. Valencia F, García J, Gimeno A, Pérez A, Viuda ME. Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: características de la demanda y respuesta asistencial, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 2014;34(124):741-752.
37. Valencia F, García J, Viuda ME, Pérez A, Gimeno A. Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias (II): expectativas, preferencias e información de los usuarios, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 2015;35(127):473-485.
38. Díaz J, Díaz de Neira M, Jarabo A, Roig P, Roman P. Estudio de derivaciones de Aten Primaria a centros de Salud Mental en pacientes adultos en la Comunidad de Madrid. *Clin Salud* 2017;28:65-70.
39. Calderón C, Balagué L, Iruin A, Retolaza A, Belaunzaran J, Basterrechea J. et al, Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto, *Atención primaria*, 2016;48(6):356-365.
40. Norberto Gamero MJ. Estudio de la demanda de atención en un equipo de salud mental. Universidad de Extremadura, Tesis doctoral, 2017. [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6182/TDUEX\\_2017\\_Norberto\\_Gamero.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6182/TDUEX_2017_Norberto_Gamero.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
41. Aparicio V. El escenario de la salud mental: de la atención primaria a la sobrecarga asistencial, *Norte Salud Ment*, 2002;4(14):5-5.