



TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN UN
EQUIPO DE SALUD MENTAL**



María Jesús Norberto Gamero

Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica

2017



TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN UN
EQUIPO DE SALUD MENTAL**

María Jesús Norberto Gamero

Departamento Terapéutica Médico-Quirúrgica

Conformidad de los Directores

Fdo.: Dra. Laura Rodríguez Santos

Fdo.: Dra. Macarena C. Cáceres León

2017

A Juan Pablo, Pablo y Lucía

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	10
I. INTRODUCCIÓN	12
I.1. Descripción y definición del problema	13
I.1.1. Evolución de la asistencia psiquiátrica pública en España	14
I.1.1.1. La psiquiatría española a finales del siglo XVIII y principios del siglo XX	14
I.1.1.2. Primer tercio del siglo XX hasta la guerra civil	19
I.1.1.3. El periodo franquista hasta los años 70	24
I.1.1.4. La España democrática	26
I.1.2. Transformación del modelo asistencial tras la reforma psiquiátrica	28
I.1.3. Evolución de la asistencia psiquiátrica en Extremadura	32
I.1.3.1. Psiquiatría en Extremadura en los siglos XIX y XX	32
I.1.3.2. I Plan de Salud Mental de Extremadura	33
I.1.3.2.1 Recursos Humanos y Asistenciales en la Comunidad Autónoma	34
I.1.3.3. II Plan de Salud Mental de Extremadura	37
I.1.3.3.1. Desarrollo de la atención psiquiátrica ambulatoria	37
I.1.3.5. Planificación y gestión de la salud mental en la Comunidad Autónoma	38
I.2. Antecedentes	42
I.2.1. Prevalencia y costes socioeconómicos de la Enfermedad Mental en España	43
I.2.2. Efectos de la crisis económica en salud mental	44
I.2.3. Estudios sobre la demanda de atención en salud mental	47

I.2.3.1. Demanda y factores sociodemográficos	47
I.2.3.2. Demanda y factores clínicos	50
I.2.3.3. Demanda y factores asistenciales	54
I.3. Justificación	57
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	59
II.1. Objetivos generales y específicos	60
II.2. Hipótesis	61
III. MATERIAL Y MÉTODO	62
III.1. Diseño	63
III.2. Emplazamiento	63
III.3. Población de estudio	63
III.3.1 Demografía	63
III.3.2. Funcionamiento del Equipo de Salud Mental de la zona	67
III.3.2.1. Conceptos previos del sistema de derivación y asignación de citas	67
III.3.2.2. Sobre el procedimiento de derivación, asignación de cita y agendas	68
III.3.2.3. Acceso a los Equipos de Salud Mental	70
III.3.2.4. Recepción y Evaluación	72
III.3.2.5. Recursos	73
III.3.2.6. Composición del Equipo	73
III.4. Sujetos	73
III.5. Metodología	73

III.5.1. Procedimiento	73
III.5.2. Criterios de Inclusión	74
III.5.3. Criterios de Exclusión	74
III.6. Variables	75
III.6.1. Sociodemográficas	75
III.6.2. Clínicas	76
III.6.3. Asistenciales	81
III.7. Consideraciones éticas	84
III.8. Análisis estadístico	84
IV RESULTADOS	86
IV.1. Frecuencia de las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales de la muestra estudiada	87
IV.2. Análisis de las relaciones entre variables	112
IV.2.1. Análisis de correspondencias múltiples	112
IV.2.2. Características de la demanda y su relación con el sexo	113
IV.2.3. Características de la demanda y su relación con el medio de procedencia	117
IV.2.4. Características de la demanda y su relación con la ausencia o presencia de diagnóstico en Eje I	124
IV.2.5. Características de la demanda y su relación con el carácter de la derivación.	129
IV.2.6. Características de la demanda y su relación con el profesional asignado	133

IV.2.7. Características de la demanda y su relación con la iniciativa de la demanda	137
IV.2.8. Características de la demanda y su relación con las ausencias, abandonos y altas	141
IV.2.9. Características de la demanda y su relación con la expectativa	150
V DISCUSIÓN	155
V.1. Características de la muestra estudiada	156
V.1.1. Características sociodemográficas	156
V.1.2. Características clínicas	157
V.1.3. Características asistenciales	161
V.2. Características y relaciones entre las variables	164
V.2.1. Relación entre las diferentes variables	164
V.2.2. Características de la demanda y su relación con el sexo	165
V.2.3. Características de la demanda y su relación con el medio de procedencia	167
V.2.4. Características de la demanda y su relación con la ausencia o presencia de diagnóstico en Eje I	169
V.2.5. Características de la demanda y su relación con el carácter de la derivación.	172
V.2.6. Características de la demanda y su relación con el profesional asignado	174
V.2.7. Características de la demanda y su relación con la iniciativa de la demanda	175
V.2.8. Características de la demanda y su relación con las ausencias,	

abandonos y altas	178
V.2.9. Características de la demanda y su relación con la expectativa de ayuda	184
VI CONCLUSIONES	186
VII BIBLIOGRAFÍA	190
VIII. AGRADECIMIENTOS	218
IX. ÍNDICES	220
X.1. Índice de Tablas	221
X.2. Índice de Figuras	225
X.3. Índice de Abreviaturas	227
X. ANEXOS	229
X.1. Aprobación Comités Éticos.	230
X.1.1. Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Regional Universitario “Infanta Cristina”.	230
X.1.2. Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura.	231

RESUMEN

Introducción: La asistencia psiquiátrica ha experimentado una profunda transformación en los últimos años. Se han creado numerosos Equipos de Salud Mental (ESM), que han supuesto un incremento notable de demandas, predominando los Trastornos Mentales Comunes, frente a los Graves, así como las demandas de carácter administrativo-burocrático, todo ello contribuyendo a colapsar el sistema asistencial. No existen publicaciones sobre las demandas en los ESM de Extremadura.

Objetivos: Describir y analizar las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de una muestra de pacientes derivados al ESM de Almendralejo.

Metodología: Se analizaron 1.584 historias clínicas. Se realizó un análisis de correspondencias múltiples, y un análisis descriptivo y comparativo para determinar perfiles relacionados con la demanda (SPSS 19.0).

Resultados: La población estudiada presenta un nivel académico bajo (75,5%), en desempleo (29%). Un 57,3% son trastornos mentales comunes y un 16,8% sin diagnóstico en Eje I. Más del 50% presenta síntomas leves o transitorios. El 55,2% acuden con benzodiazepinas, y casi el 50% con tratamiento psicofarmacológico no tiene diagnóstico. Hay un 20,9% de ausencias, 13,9% de altas y 25,9% de abandonos. Se encuentran perfiles diferenciados en relación a las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales.

Conclusiones: La elevada carga asistencial de pacientes con trastornos mentales comunes, sin diagnóstico, sintomatología leve o transitoria y una importante incidencia de ausencias, abandonos y altas pone de manifiesto la utilización inadecuada de la asistencia especializada en Salud Mental.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric care has undergone a profound transformation in recent years. Numerous Mental Health Teams (ESM) have been created, which have led to a remarkable increase in demands, predominating Common Mental Disorders, compared to serious, as well as administrative and bureaucratic demands, all contributing to collapse the care system. There are no publications on the demands in the ESM of Extremadura.

Objectives: To describe and analyze the sociodemographic, clinical and care characteristics of a sample of patients referred to the ESM of Almendralejo.

Methodology: 1.584 clinical histories were analyzed. There was realized an analysis of multiple correspondences, and a descriptive and comparative analysis to determine profiles related to the demand (SPSS 19.0).

Results: The studied population presents a low academic level (75.5%), in unemployment (29%). 57.3% are common mental disorders and 16.8% are not diagnosed in Axis I. More than 50% have mild or transient symptoms. 55.2% come with benzodiazepines, and almost 50% with psychopharmacological treatment is not diagnosed. There is a 20.9% absence, 13.9% high and 25.9% dropouts. . They find profiles differentiated in relation to the variables sociodemográficas, clinical and healthcare.

Conclusions: The high burden of care of patients with common mental disorders, without diagnosis, mild or transient symptoms, and an important incidence of absences, dropouts and discharges shows the inadequate use of specialized mental health care.

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

I.1. DESCRIPCION Y DEFINICION DEL PROBLEMA.

La asistencia psiquiátrica ha experimentado una transformación muy profunda durante los últimos veinte años en España. Uno de los cambios más significativos ha sido el desplazamiento del eje asistencial desde el modelo clásico basado en el hospital psiquiátrico hacia los tratamientos ambulatorios, facilitando la asistencia cada vez mayor a los ciudadanos con problemas de salud mental.

Este cambio en la asistencia psiquiátrica ha dado lugar a la creación de un número importante de Equipos de Salud Mental (ESM) convirtiéndose en el eje integrador de la red de salud mental en las Comunidades Autónomas (CCAA), produciéndose un cambio en el patrón de utilización de los servicios públicos de salud mental, con un incremento notable de nuevas demandas por parte de la población, el consiguiente aumento de pacientes que son atendidos en los servicios ambulatorios de salud mental y el aumento del gasto sanitario por consumo de psicofármacos¹.

Los profesionales que trabajan en salud mental observan, que la demanda de atención aumenta a costa de los trastornos conocidos como Trastornos Mentales Comunes, respecto a los Trastornos Mentales Graves². También se ha ido notando un gran aumento de demandas de carácter administrativo-burocrático como son: incapacidades, minusvalías, inspecciones médicas, trámites legales etc. La crisis económica ha provocado que muchas personas vean como su situación personal y familiar empeora, situaciones de desempleo que se prolongan en el tiempo generándoles mucho estrés e impotencia y como consecuencia acaban sufriendo patologías mentales. También esta situación hace que personas con problemas de salud mental previos se agudicen.

Para poder comprender la situación actual de la asistencia psiquiátrica pública en España y en Extremadura, es importante conocer las circunstancias históricas que han contribuido en la asistencia a los enfermos mentales realizada sobre una estructura ideológica y legal arraigada durante muchos años, lo cual ha provocado por otra parte

resistencias al cambio. Las personas con enfermedad mental han sufrido a lo largo de la historia: marginación, incompreensión, tortura, siendo reclusos con la finalidad de control y manteniéndolos alejados de la sociedad por ser considerados personas peligrosas. Las formas de vida, la situación económica, política y social de cada momento ha condicionado y permitido distintas formas de atención a los enfermos mentales a lo largo de la historia. Por lo tanto, parece necesario realizar un recorrido histórico que permita definir el problema de la asistencia psiquiátrica en la actualidad.

I.1.1. Evolución de la asistencia psiquiátrica pública en España

I.1.1.1. La psiquiatría española a finales del siglo XVIII y principios del siglo XX

La historia de la psiquiatría en España es seguramente diferente a la de otros países. España estuvo ajena al movimiento psiquiátrico que sucedió en Europa en la primera mitad del siglo XIX. Una serie de circunstancias sociales y políticas que tuvieron lugar en España a finales del siglo XVIII y durante la primera mitad del XIX, no favorecieron el inicio del movimiento psiquiátrico como ocurrió en otros países y cuando tardíamente comenzó a incorporarse a dicho movimiento, la guerra civil impidió su desarrollo³.

Entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, en Francia, Inglaterra e Italia nacieron los primeros alienistas, con ellos apareció la esperanza de que mediante una cura de aislamiento podrían reintegrarse en la sociedad a los enajenados, a quienes la medicina no había logrado curar. Idearon una terapéutica llamada “Tratamiento moral”, dicho tratamiento consistió en ofrecerles mayores comodidades, estimular su interés y motivación y facilitarles el desarrollo de amistades y de actividades recreativas, bases que hoy día continúan siendo importantes en los servicios modernos de rehabilitación. Fue el psiquiatra francés Philippe Pinel el primero en tratar a los “locos” de forma humanitaria en París por haber liberado de sus cadenas a los enfermos de los hospitales de Bicêtre y de Salpêtrière⁴.

En España durante el reinado de Fernando VII (1814-1833) se produjo una importante emigración de intelectuales debido a su política absolutista, que junto con la

gran depresión económica hizo que se produjera un declive de la medicina española y de la asistencia a los enfermos mentales⁵.

El tratamiento moral comenzó a declinar debido al cambio profundo en la actitud social hacia los enajenados. En la segunda parte del siglo XIX comenzó la época del tratamiento custodial, en el que el enajenado se consideraba un recluso en los asilos de “locos”⁶. La creación del manicomio supuso por un lado una ruptura con la tradición del asilo y custodia (que mezclaban razones caritativas, médicas y de defensa social) para hacer de este espacio un lugar terapéutico⁷ y el nacimiento de la psiquiatría española como disciplina autónoma⁸.

La participación y responsabilidad del estado en los temas sociales y de la salud comienza en España con la Ley de Beneficiencia de 1822⁹ y va a finalizar con la Ley General de Sanidad de 1996¹⁰. Entre ambas se encuentran la Ley de Beneficiencia de 20 de junio de 1849¹¹, el Real Decreto de 19 de mayo de 1885 reglamentando la hospitalidad de los dementes¹², el Decreto de 3 de julio de 1931 sobre la asistencia a enfermos civiles¹³, y la modificación en 1983 del artículo 211 del Código Civil¹⁴. Se puede considerar que estas seis leyes son el eje de la legislación psiquiátrica en España. Aunque se harán referencias a otras complementarias, se va a ir haciendo un recorrido por la historia de nuestra psiquiatría a lo largo de dicho eje (Tabla 1). Este recorrido histórico nos muestra cómo las leyes son un marco normativo promovido por el poder político de cada época.

AÑO	HECHOS HISTORICOS EN LA LEGISLACIÓN PSIQUIÁTRICA ESPAÑOLA
1822	Ley de Beneficiencia del 6 de febrero de 1822 <i>La Beneficiencia pasa a manos de la Administración</i>
1849	Ley de Beneficiencia de 20 de Junio de 1849 <i>La Administración delega en las Diputaciones la asistencia de los enfermos mentales</i>
1885	Real Decreto de 12 de mayo de 1885 <i>Aprobó el Reglamento Orgánico para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés.</i>
1885	Real Decreto de 19 de mayo de 1885 <i>Estableció las reglas para el ingreso de los dementes en los manicomios del Estado.</i>
1924	Se funda en Barcelona la Asociación Española de Neuropsiquiatras
1927	Se crea la Liga de Higiene Mental por Real Orden de 25 de Enero de 1927
1931	Decreto del 3 de Julio de 1931 <i>Se elimina la reclusión definitiva y se centra en la admisión y alta de los enfermos psíquicos.</i>
1942	El establecimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) <i>La asistencia psiquiátrica hospitalaria seguía en manos de la Beneficiencia.</i>
1944	Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 <i>Señala que es responsabilidad del Estado la dirección técnica de la asistencia psiquiátrica a través de Ministerio de la Gobernación.</i>
1945	Ley de Bases del Régimen Local de 1945 <i>Recoge las obligaciones mínimas de la provincia, como es la instalación y sostenimiento de un hospital psiquiátrico.</i>
1955	Se crea el Patronato Nacional de Asistencia psiquiátrica (PANAP) <i>Organismo autónomo que coordina y centraliza la red de ambulatorios de neuropsiquiatría.</i>
1963	Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 <i>Elemento básico para la organización de la asistencia sanitaria. La asistencia psiquiátrica la seguía cubriendo las Diputaciones.</i>
1973	Ley de Bases de la Seguridad Social de 1973 <i>La seguridad social sólo pagaba el tratamiento ambulatorio.</i>
1983	Modificación del artículo 211 del Código Civil <i>Señala la necesidad de autorización judicial para todo internamiento involuntario de un presunto incapaz.</i>
1985	Informe para la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica <i>Establece pautas para un modelo moderno de atención que sustituye al modelo clásico basado en el Hospital Psiquiátrico.</i>
1986	Ley General de Sanidad <i>Propugna la integración de todas las actuaciones en materia de salud mental en el sistema sanitario general y el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social.</i>

Tabla 1 Hechos históricos destacables en la legislación psiquiátrica española 1822-1986. Fuente:

Elaboración propia.

La producción psiquiátrica fue prácticamente nula hasta la llegada de la **Ley de Beneficiencia del 6 de febrero de 1822** que fue promulgada en el trienio liberal (1820-1823) pero no entró en vigor hasta 1836, debido a que durante la década absolutista (1823-1833) quedaron abolidas todas las leyes del trienio liberal¹⁵.

Como afirma Aparicio et al., se puede considerar que esta ley es el punto de partida de las legislaciones estatales que contienen aspectos psiquiátricos¹⁵.

Tradicionalmente la beneficiencia en España estuvo a cargo de la Iglesia y de los particulares, la importancia fundamental de esta Ley se debe a que representa el paso definitivo de la beneficiencia a manos de la Administración³.

Los principios fundamentales de la Ley de 1822⁹ son el aislamiento del loco de su medio considerado patógeno, darle un trato humano y darle una disciplina que favorezca el autocontrol y la terapia del trabajo. El principio de aislamiento queda señalado en su artículo 107, donde se afirma que los manicomios deben estar siempre separados del resto:

“Entre estos cuatro hospitales no se comprenderá el de convalecencia, que será separado siempre que sea posible, y el de los locos, que lo será siempre”.

También se establecía la separación de hombres y mujeres y según diferentes clases de enfermedades en el artículo 109. Y en el artículo 120 se habla de su ubicación fuera de las capitales de provincia,

“Estas Casas no deberán estar precisamente en la capital y el Gobierno podrá establecerlas en otros puntos de la Provincia que ofrezcan más ventajas y comodidades de curación de los locos”.

En el artículo 122 se prohíbe *“el encierro continuo, la aspereza en el trato, los golpes, grillos y cadenas”*. El artículo 123 habla del trabajo manual, *“Se ocupará a los locos en trabajos de mano, según posibilidades de la Casa y el dictamen del médico”*⁹

Se puede decir que esta ley ha marcado el diseño de los hospitales psiquiátricos hasta el siglo pasado, ubicándolos fuera de las capitales y organizándolos en unidades separadas por sexo y patología. Esta ley obligaba a que las Casas de Locos pasasen a las Juntas Municipales de Beneficiencia, pero éstas carecían de medios para su mantenimiento. Comienza entonces un periodo de degradación asistencial en el que las instituciones, como consecuencia de las guerras, crisis económica, social y política, carecían de medios para mantenerse⁴. Al igual que todas las leyes del trienio liberal, esta ley, fue derogada en 1823 al llegar al poder los absolutistas. En 1836 al restablecerse la Constitución de 1812, vuelven a entrar en vigor las leyes del trienio liberal¹⁶.

La desamortización de Mendizabal privó a la Iglesia católica de sus bienes, terminó con los manicomios regidos por órdenes religiosas y la asistencia psiquiátrica en España fue en declive hasta finales del siglo XIX.

Durante el reinado de Isabel II las Diputaciones Provinciales se encargan oficialmente de los alienados en España y no existió una legislación específica para los alienados, sino que fue incluida en el marco más general de la **Ley de Beneficiencia de 20 de Junio de 1849** pero en ella no se hablaba de los establecimientos para “locos”, subsanándose en un reglamento específico en 1852¹⁴. Esta ley concedía al Estado la responsabilidad de la asistencia de los enfermos mentales y el Estado delegó dicha asistencia en las Diputaciones, las cuales deberían encargarse de la Beneficiencia, hasta que se construyeran los manicomios modelo que se habían proyectado. En esta ley se preveía que se construyeran seis casas de Dementes (Zaragoza, Valladolid, Coruña, Valencia, Barcelona y Madrid). Por restricciones económicas sólo se construyó uno de los seis proyectados, el de Leganés, Madrid¹⁵.

En 1885, durante el último reinado del rey Alfonso XII se dictaron dos Reales Decretos en los que se regula por primera vez la reclusión de los dementes. El primer **Real Decreto, de 12 de mayo de 1885**¹⁷, aprobó el Reglamento Orgánico para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, dicho establecimiento pretendió considerarse “modelo” de institución psiquiátrica para el resto del país, pero el proyecto quedó frustrado, entrando en el siglo XIX con deficiencias arquitectónicas, dudosas condiciones higiénicas y escasa medicalización¹⁸. El segundo **Real Decreto, de 19 de mayo de 1885**¹⁹, estableció las reglas para el ingreso de los dementes en los manicomios del Estado, que hasta entonces se hacía según las normas de cada establecimiento. Se instauraron dos formas de internamiento, uno en observación y otro definitivo. Se estableció la necesidad de la autorización del Juez para el ingreso definitivo y también prevé un certificado expedido por dos doctores o licenciados en Medicina, para ser admitidos en observación¹⁵. De esta manera se garantizaba el ingreso seguro y legal de personas declaradas como dementes judicialmente.

El citado Real Decreto de 1885¹⁹, recibió continuas críticas por parte de los psiquiatras y fue tildado de funesto, anticientífico y antihumanitario, símbolo del atraso español en materia de asistencia psiquiátrica²⁰. A finales del siglo XIX y principios del XX los enfermos psíquicos carecían de una verdadera atención médica, limitándose a mantenerlos encerrados en cárceles o celdas y otros eran encerrados en sus propias casas por vergüenza y miedo de sus familiares^{21,22}.

I.1.1.2. Primer tercio del siglo XX hasta la Guerra Civil

Desde el periodo que comprende principios del siglo XX hasta la guerra civil española (1936-1939), se producen importantes cambios en la atención a los enfermos mentales, tanto en lo que se refiere a sus bases científicas como a la situación de los profesionales y su marco legislativo.

En los primeros veinte años del siglo XX, la asistencia a los enfermos mentales mantenía los mismos problemas que el siglo anterior. En 1916, Rodríguez Lafora publicó un artículo en la revista España sobre la situación de los manicomios españoles, bajo el título de “Los manicomios españoles” siendo este el ejemplo de las precarias condiciones en las que se hallaban los enfermos psiquiátricos en las instituciones españolas. Lo novedoso del artículo fue la reproducción fotográfica de enfermos mentales que se mostraba sobre lechos de paja, desnudos o cubiertos únicamente con una manta y de pacientes que presentaban los pies y las manos encadenados a un cinturón de hierro²³.

A finales del siglo XIX, se forma en Barcelona la primera escuela de psiquiatría española. En 1883 se celebró el primer Certamen Frenopático, es decir, la primera Reunión Científica de Psiquiatría en España, siendo un intento aislado de iniciar las reuniones profesionales de psiquiatras en España y no tuvo continuidad²⁴. En 1885 se crea la Revista Frenopática Barcelonesa, que tuvo un papel importante en cuanto a la producción científica española²⁵. Ya en el siglo XX, en 1903 se fundó la Revista Frenopática Española, siendo una de las fuentes de producción de literatura científico-psiquiátrica de la época y la de mayor proyección internacional²⁶.

En este periodo, se produce una etapa de transición del modelo institucional y un mayor conocimiento del campo de la neuropsiquiatría a través de un movimiento asociativo entre neuropsiquiatras²⁷. Los primeros ensayos de transformación de la asistencia psiquiátrica se producen en las primeras décadas del siglo XX, desarrollándose en España un importante movimiento de transformación que cuestionó el encierro manicomial y el tratamiento moral como una medida terapéutica²⁸. Por un lado destacar la experiencia transformadora de la asistencia psiquiátrica en Cataluña (1911-1924)¹¹ y por otro lado la reforma psiquiátrica iniciada en la segunda República²⁹.

A comienzos del siglo XX en algunas regiones de Cataluña dónde prácticamente toda la psiquiatría era privada, los médicos atendían a la burguesía, más por un afán económico que social. En 1914 se constituyó la Mancomunidad de Diputaciones de Cataluña con la intención de construir una red de asistencia pública en Cataluña⁵. La disolución de la Mancomunidad en Cataluña en 1924 con la dictadura del General Primo de Rivera (1923-1930), frustró las posibilidades de reforma; durante este periodo se potenció el modelo manicomial propiciando la expansión de establecimientos pertenecientes a órdenes religiosas financiadas por donaciones particulares o por aportaciones de las Diputaciones Provinciales³⁰. La reforma psiquiátrica iniciada en la segunda República también se vio frustrada por la dictadura franquista.

En los años veinte y años treinta, la reforma psiquiátrica tomó un importante impulso siendo un periodo de intenso desarrollo de la psiquiatría española³¹. Los psiquiatras insistían en tratar al alienado como un enfermo y con posibilidad de tratamiento y curación³². En la década de 1920 se produce un movimiento asociativo entre Neuropsiquiatras ejerciendo una fuerte presión a las autoridades, logrando por primera vez que la psiquiatría española marchara al mismo paso que la Europea³³. En 1920 se fundó la revista **Archivos de Neurobiología**, revista promovida por un grupo de psiquiatras formados en el extranjero, que surgieron en la llamada “primera psiquiatría científica”^{11,34}, de los que cabe destacar a José Miguel Sacristán, (1872-1957), Enrique Fernández Sanz (1872-1950) o Cesar Juarros (1879-1942) entre los que participaron en un proceso de renovación en la psiquiatría.

En diciembre de 1924, con la asistencia de Kraepelin, se funda en Barcelona la **Asociación Española de Neuropsiquiatras**, asociación que va a ser determinante en la evolución de la reforma psiquiátrica en el siglo XX¹¹ y años más tarde, el mismo grupo crea la Liga de Higiene Mental^{16,31}, como órgano de difusión formativa en la sociedad.^{31,34} La tarea fundamental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría es la de estudiar o favorecer el estudio únicamente de problemas relacionados con las enfermedades mentales. La **Liga de Higiene Mental** se crea en España por Real Orden de 25 de Enero de 1927 (publicada en la Gaceta de Madrid del 27 de Enero de 1927)¹¹, teniendo como objetivo según se cita en su artículo 1:

“estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene mental individual”.

La Liga de Higiene Mental estaba integrada por psiquiatras, médicos especializados, higienistas, psicólogos, pedagogos, juristas, militares, industriales, sociólogos, filántropos y asociaciones sanitarias³². Desarrolló sus actividades en el seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, organizando reuniones y semanas de Higiene Mental destinadas a divulgar los problemas psiquiátricos con el objetivo de concienciar sobre la necesidad de una reforma psiquiátrica en profundidad³⁵. En 1929 la Liga de Higiene Mental aprueba un anteproyecto de reforma legislativa que es rechazado por la dictadura de Primo de Rivera, pero que con la llegada de la II República se transforma en el **decreto del 3 de Julio de 1931**¹³ que sustituyó a la ley de 1885 que regulaba la reclusión definitiva de los enfermos psíquicos.

El Estado español no realizó ningún esfuerzo serio en materia de bienestar social hasta la llegada de la II República (1931)³⁶. Antes del decreto de 1931 se había promulgado un decreto ley de 1925 en el que se reforzaba el papel de las Diputaciones Provinciales como gestoras de la asistencia de los “locos” y señalaba que tenían la obligación mínima de recluir a los dementes pobres. Con el decreto de 1931 se elimina la reclusión definitiva y se centra en la admisión y alta de los enfermos psíquicos.¹⁶

El objetivo del Decreto de 1931 era que el manicomio dejara de ser el único lugar para tratar a los enfermos y dio lugar a la existencia de una red de establecimientos, que guardan una cierta semejanza con lo que hoy día conocemos como psiquiatría comunitaria. Estos servicios son: 1) Dispensarios de Higiene Mental, destinados al tratamiento y la asistencia de pacientes donde el ingreso y salida dependían de la voluntad de estos, pudiendo recibir una atención ambulatoria. 2) Dispensarios Psíquicos, organizados a semejanza de los hospitales tuberculosos, donde la organización estaba delegada en las Diputaciones o Ayuntamientos; y 3) los Servicios Sociales de Asistencia como estructuras encargadas del seguimiento de los pacientes dados de alta, favoreciendo su integración³⁷. En este último servicio hay que destacar la figura de la “Enfermera

Visitadora”, que se encargaba de las visitas a domicilio para hacer un seguimiento de las indicaciones pautadas por el psiquiatra y conseguir la prevención de recaídas³⁵.

En las instituciones de reclusión se planteaba la separación definitiva de los enfermos crónicos y agudos³⁸, *“los primeros serían enviados al manicomio y los segundos recibirían un tratamiento más activo, apropiado y oportuno para evitar su ingreso en la cronicidad”*. Se creaba por tanto la necesidad de fundar secciones especiales en los manicomios separadas, para los enfermos que no precisasen ser internados en el manicomio. Aparecen entonces los servicios libres como centros a los que acudirían los enfermos en momentos de necesidad sentida propiamente o por consejo del médico o familia sin sujeción alguna y con libertad de abandonarlos voluntariamente, curado o no³⁹. Esto no era del todo cierto, ya que no era el paciente si no el médico quien debía decidir en última instancia sobre la conveniencia o no de la salida del enfermo. El límite estaba en la peligrosidad social del enfermo. Si esto era evidente, el servicio libre podría ser la antesala de la institución manicomial. De hecho, los servicios libres debían tener un servicio de hospitalización para la observación del enfermo mental y derivar posteriormente al manicomio, a aquellos que fueran incurables o peligrosos²⁸.

A partir del mencionado decreto se constituye una estructura técnico-administrativa encargada de todas las actuaciones en el ámbito psiquiátrico llevadas a cabo en el territorio nacional y dependiente de la Dirección de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. Esta organización consta de dos organismos básicos: El Consejo Superior Psiquiátrico, con funciones asesoras, de programación e inspección; del que fue presidente Gonzalo Rodríguez Lafora y la Sección Central de Psiquiatría e Higiene Mental y las Secciones Provinciales, con funciones de dirección y ejecución dirigida por José Germain⁴⁰. El Consejo Superior Psiquiátrico es el principal impulsor de la reforma psiquiátrica durante aquellos años decretando la creación, en cada Inspección Provincial de Sanidad de una sección de psiquiatría e impulsando la formación de enfermero psiquiátrico.

La fundación en 1932 del **Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica**, supuso un hito en la historia de la enfermería psiquiátrica contribuyendo a la profesionalización de la enfermería de salud mental en España. El Patronato, se ocupaba de la vigilancia postmanicomial de los enfermos mentales. Para la mayor eficacia práctica se disponía de un grupo de **Enfermeras Psiquiátricas Visitadoras**, de un local de trabajo y de un archivo (normalmente integrado en las dependencias del dispensario de Higiene Mental de cada provincia dependiente de la Dirección General de Sanidad). El Patronato tenía funciones educativas en la comunidad, tales como divulgar las normas de higiene mental. Las funciones de las Enfermeras Psiquiátricas Visitadoras eran: Cumplimentar visitas a las familias de los enfermos mentales. Visitar a los propios enfermos en los establecimientos donde estuvieran internados. Actuar como nexo de unión entre unos y otros (puente entre paciente y familia). Facilitar la adaptación social y familiar del enfermo. Colaborar con otros profesionales dentro y fuera del patronato (a nivel asistencial, docente e investigador).

En ese mismo año de 1932, que resultó clave para la Enfermería Psiquiátrica, se implantó la ordenación y regulación del personal sanitario que debía realizar su labor profesional en los establecimientos psiquiátricos públicos y privados. En la Gaceta del 20 de Mayo de ese año se publicó la división del personal subalterno de los establecimientos psiquiátricos y los requisitos para presentarse al examen para obtener el Diploma de enfermero psiquiátrico⁴¹. El examen para obtener el diploma de enfermero psiquiátrico se realizaba anualmente en los distritos universitarios de Madrid, Barcelona, Granada y Santiago y para poder presentarse se necesitaba un certificado en el que constara que se habían realizado dos años de estudios en un establecimiento psiquiátrico, ser mayor de veintidós años y haber pasado un examen médico y psicotécnico⁴².

La mayor demanda de servicios psiquiátricos por una parte y la labor divulgadora de las Ligas de Higiene Mental a nivel mundial, propiciará la aparición de los primeros dispensarios psiquiátricos en el mundo, el primero surgió en EEUU en 1910²⁰, en España con un retraso de décadas, la intervención comunitaria no llega hasta la II Republica cuando se consideran algunas propuestas⁴³, como la puesta en marcha en Madrid, a través del Decreto del año 1931, del primer dispensario de higiene mental, el de la Dehesa de la Villa de Madrid, dirigido por Escardó y situado en barracones que tenía el ejército.

Funcionaba como un servicio abierto de breves hospitalizaciones y ambulatorio en el que los enfermos llegaban por la mañana, se les daba el desayuno, la comida y a última hora de la tarde se volvían a sus casas. Durante su estancia eran supervisados por las enfermeras y ayudantes que trabajaban con Escardó. Puede decirse que aquél sería el primer Hospital de Día en España^{44,45}.

I.1.1.3. El periodo franquista hasta los años 70

Todos estos logros conseguidos hasta el momento se vieron truncados por la Guerra Civil Española (1936-1939). Durante este periodo hay destacar el aumento de la población manicomial, la alta mortalidad entre los internos, la precariedad en la asistencia sanitaria y fue preciso desplazar a los pacientes, a veces a cientos de kilómetros de sus casas hacinándose en instituciones psiquiátricas y en establecimientos religiosos^{46,47}.

Los años de la dictadura de Franco (1939-1975), se caracterizaron por el rechazo a las ideas renovadoras de la psiquiatría comunitaria. Las campañas educativas de la Liga de Higiene Mental disminuyeron y comenzó a predominar el modelo institucional asilar⁴⁸. Durante el franquismo se mantiene vigente la Ley de 1931¹³, pero con la nueva situación política se produce un empeoramiento de los derechos de los enfermos³³. La asistencia quedó de nuevo confinada al manicomio, los hospitales quedaron en manos de la iniciativa privada o de las administraciones locales, sin recursos económicos y humanos desbordados por la demanda. La atención ambulatoria continuó representada por las consultas particulares, con algunas plazas de atención en los dispensarios de salud mental y alguna otra adscrita a las cátedras. El establecimiento del **Seguro Obligatorio de Enfermedad** implantado en 1942 no cubría la asistencia psiquiátrica hospitalaria, que seguía en manos de la Beneficiencia, quedando los enfermos mentales discriminados^{49,50}.

Dos leyes del franquismo van a contener las directrices fundamentales de la asistencia psiquiátrica de la época, la **Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944**⁵¹, se señala que es responsabilidad del Estado la dirección técnica de la asistencia psiquiátrica a través de Ministerio de la Gobernación y la **Ley de Bases del Régimen Local de 1945**⁵² donde se recogen las obligaciones mínimas de la provincia, como es la instalación y sostenimiento de un hospital psiquiátrico.

El posterior Seguro Obligatorio permitió crear una red de dispositivos ambulatorios de neuropsiquiatría que no se completaron ni coordinaron con otras redes. Para coordinar y centralizar estas redes paralelas se crea en 1955 el **Patronato Nacional de Asistencia psiquiátrica (PANAP)**, concebido como organismo autónomo y entre sus objetivos estaba la modernización de la asistencia, creación de dispensarios, elaboración de programas de prevención, asesoramiento y apoyo, mejorar las propuestas locales, inspeccionar, centralizar y coordinar la asistencia psiquiátrica¹⁶. Este programa quedó reducido en la práctica a la gestión de algunos hospitales de carácter custodial, la elaboración de algunos cursos de formación y la publicación de textos sobre asistencia. El PANAP desapareció en 1972 y sus funciones fueron asumidas por un nuevo organismo, la **Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA)**⁴⁹. Estos organismos se limitaron a ser meras estructuras burocráticas sin apenas capacidad operativa.

Durante décadas posteriores, tras la creación del PANAP, se creó una red hospitalaria importante, pero con claras insuficiencias asistenciales. El modelo asistencial era el manicomial, excluyéndose cualquier tipo de idea que no fuera la oficial del régimen⁵⁰. En los manicomios españoles presentaban falta de personal y no existían las mínimas condiciones de habitabilidad, los enfermos se encontraban en situación de hacinamiento y trato inhumano (castigos, cadenas)^{50,53}.

Parece que esta situación cambiaría al entrar en vigor la **Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963**⁵⁴, como elemento básico para la organización de la asistencia sanitaria. Con ella se construyeron hospitales públicos, pero la asistencia psiquiátrica siguió un camino distinto, por un lado, el Seguro Obligatorio de Enfermedad no cubría la asistencia psiquiátrica y por otro lado no resultaba rentable la apertura de salas para enfermos agudos en los hospitales generales cuando las Diputaciones ofrecían la posibilidad de atenderlos con un coste inferior⁴⁹.

En los años setenta se comienzan a proponer reformas psiquiátricas orientadas en la integración del enfermo mental en la sociedad⁴⁹. La **Ley de Bases de la Seguridad Social de 1973**⁵⁵ mantuvo la inclusión de la atención psiquiátrica, pero no se reglamentó. La Seguridad Social sólo pagaba el tratamiento ambulatorio con un neuropsiquiatra con una dedicación de dos horas al día. En 1975 la Comisión Interministerial para la reforma

sanitaria envía un informe al gobierno afirmando la situación caótica y anacrónica de la asistencia psiquiátrica en España^{56,57}.

Al final de la década de los setenta se daba a conocer lo que podría ser los resultados de un ligero intento de mejorar la psiquiatría en la comunidad, se trataba de nuevo de la aparición de las “Enfermeras Visitadoras” que iniciaron su actividad antes de la guerra civil. Ellas retomaron sus funciones visitando a los pacientes en su domicilio o lugar de trabajo, dedicando su atención a los enfermos más problemáticos asegurándose de la toma continuada de la medicación y a las familias concienciándolas sobre la importancia del tratamiento y trataban de aumentar la comprensión de la enfermedad mental por parte de las mismas⁴⁹.

I.1.1.4. La España democrática

Al iniciarse la década de los ochenta ya existía una conciencia social sobre la necesidad de un cambio en la asistencia psiquiátrica, reivindicando un modelo desinstitucionalizador e integrado en la red sanitaria general¹⁵. En 1982 se producen una serie de cambios legislativos, con la llegada al gobierno del partido socialista²⁹. El primer cambio fue la **derogación de la ley de 1931**³⁷

Los tratamientos e internamientos involuntarios fueron abordados a través de una **modificación del Código Civil (artículo 211)**⁵⁸ en el apartado dedicado a la tutela. Este artículo es relevante, no solo por ser el que regula el internamiento psiquiátrico, sino porque se establece la garantía judicial que protegerá los derechos y la libertad de la persona afectada por el trastorno mental. La reforma fue realizada en 1983 y señala la necesidad de autorización judicial para todo internamiento involuntario de un presunto incapaz. Pero el artículo 211 fue considerado totalmente insuficiente para proporcionar una regulación completa del internamiento de los presuntos incapaces. Como deficiencias se señalaron: que no se determinaban las causas que justifican el internamiento; no se diferenciaban el internamiento voluntario del involuntario o forzoso; no se preveían plazos; no se determinaban las personas legitimadas para promover el internamiento o que debiesen notificar el producido por urgencia y no se regulaba la terminación¹⁴.

La entrada en vigor de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil⁵⁹, en concreto el artículo 763, que contiene actualmente la regulación del internamiento involuntario por razones de trastorno psíquico, supone un cambio fundamental ya que deroga, entre otros, el artículo 211 del Código Civil, que regulaba el internamiento involuntario de personas incapaces⁵⁹.

La reforma de la asistencia psiquiátrica se inicia en nuestro país a partir del **Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985**⁶⁰, que plasma una serie de pautas para el establecimiento de un modelo moderno de atención que sustituye el modelo clásico basado en el hospital psiquiátrico. El objetivo de la desinstitucionalización del enfermo mental queda reflejado en este informe. En la introducción, el Ministro Ernest Lluch señalaba: *“Es preciso cumplir y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad”*⁶¹.

Los aspectos más destacados del documento son:

- La integración de la salud mental dentro de las actividades generales del sistema de salud.
- Plantea un nuevo modelo de atención donde el Eje no está centrado en el Hospital Psiquiátrico, sino en el centro de salud mental.
- La importancia del nivel de Atención Primaria de salud dentro de las actividades de salud mental.
- Plantea el desarrollo de una potente red de Servicios Comunitarios.

La entrada en vigor de la **Ley General de Sanidad de 1986**¹⁰ supuso importantes cambios respecto a la asistencia sanitaria del enfermo mental. Esta ley propugna la integración de todas las actuaciones en materia de salud mental en el sistema sanitario general y el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social. En su artículo 20, señala:

- La integración de la hospitalización psiquiátrica dentro de los hospitales generales y la importancia del trabajo en la comunidad.
- Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental.

-Se crearon unidades en los Hospitales Generales y se fue procurando la disminución de camas en los Hospitales Psiquiátricos.

-Los servicios de salud mental se integraron en el sistema sanitario general como atención especializada, en coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales.

-Al organizarse la sanidad en Áreas de Salud se desarrollaron servicios de salud mental en cada Área.

-Se crearon también Unidades de Hospitalización parcial, atención ambulatoria, domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia en el Hospital Psiquiátrico⁶².

Pero el desarrollo de la reforma fue muy desigual en España debido principalmente a las características de las distintas Autonomías y a las propias del sistema de salud mental. Las Comunidades Autónomas fueron elaborando planes e intervenciones dirigidas a instaurar un Modelo Comunitario. En Extremadura no fue hasta 1995 cuando se diseñó el I Plan de Salud Mental.

I.1.2. Transformación del modelo asistencial tras la reforma psiquiátrica

Ya han pasado tres décadas desde que se inicia en España la reforma psiquiátrica. A lo largo de estos treinta años se ha humanizado el trato a las personas con problemas de salud mental, su atención se ha integrado en el sistema sanitario equiparando sus derechos con los del resto de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Esto ha supuesto el cierre de los Hospitales Psiquiátricos, lo que conllevó que las personas internadas en dichos centros pasarían a ser atendidas en un entorno comunitario, en centros ambulatorios. Estudios realizados en otros países afirman que, con una organización y coordinación adecuada, los tratamientos en la comunidad pueden ser además de socialmente más adecuados bastante más económicos⁶³.

El desarrollo y los resultados de las reformas psiquiátricas realizado en las distintas Comunidades Autónomas han sido muy desiguales como hemos comentado antes ^{64,65} e incluso entre distintas áreas de salud de la misma Comunidad Autónoma, como es el caso de Extremadura. Es cierto que se han creado muchos recursos, pero

también es verdad que se ha incrementado la demanda de atención en salud mental, muy por encima de los recursos existentes tras la Reforma Psiquiátrica.

Con la reforma se prescinde del Hospital Psiquiátrico como único recurso para intervenir ante la enfermedad mental y se desarrollan los recursos asistenciales para una atención integral. El modelo de atención a la salud mental se implantó en España con la Ley General de Sanidad¹⁰ y descansa en el Área de salud siendo la Atención Primaria la puerta de entrada al sistema. El modelo de salud mental se construye en estrecha colaboración con los equipos de Atención Primaria.

Los recursos asistenciales más novedosos de la reforma son los Centros de Salud Mental⁶⁶, recayendo en ellos y en la Atención Primaria la asistencia de la salud mental en España.

Para poder entender la red de atención a la salud mental, Goldberg y Huxley (1980) propusieron un modelo que explicaba los flujos de la demanda para poder comprender el manejo de la enfermedad mental en el sistema actual y la existencia de una serie de filtros o barreras entre ellos⁶⁷. En él existen cinco niveles asistenciales escalonados y cuatro filtros entre cada uno de ellos (Figura 1).

-El *primer nivel* se encuentra situado en la comunidad, donde se encuentra la comorbilidad psiquiátrica no asistida, es decir, aquellas personas que en un determinado momento presentan un trastorno mental, es el nivel que nos dará información sobre la prevalencia e incidencia real no asistida de los diferentes trastornos mentales así como las circunstancias de cualquier tipo a las que vienen asociados. Estas personas deben pasar el primer filtro de reconocerse enfermo y buscar ayuda en Atención Primaria.

-Las personas que solicitan esa ayuda pasarán al *segundo nivel* constituido por el grupo total de pacientes atendidos en Atención Primaria, en el que se pueden estudiar la presencia de los diferentes trastornos mentales y las características de los pacientes que los padecen, además de las situaciones asociadas a los mismos. La decisión de consultar viene mediatizada por la gravedad de los síntomas así como del nivel de sufrimiento o estrés que produce en el paciente o en su entorno y como filtro está el Médico de Atención Primaria (MAP) que diagnosticará o no la enfermedad mental.

-Los que sean diagnosticados con enfermedad mental pasarán al *nivel tres* (detectados en atención primaria), corresponden a este nivel, los pacientes psiquiátricos detectados, que serán tratados en Atención primaria o derivados a Salud Mental, realizándose así el tercer filtro.

-El *cuarto nivel* lo constituyen los pacientes tratados en Salud Mental, de los cuales hay un grupo de pacientes que precisarán ser ingresados en el hospital en un momento dado a través de lo que sería el cuarto filtro, formándose así el *quinto nivel* (constituido por pacientes ingresados en camas psiquiátricas)⁶⁸.

El paso de un nivel a otro está influenciado, no solo por la gravedad de los síntomas, si no por multitud de factores sociales, culturales y de la propia estructura del sistema sanitario. Este modelo advierte que hay personas con trastorno mental que no buscan ayuda y personas sin trastorno mental que buscan una atención especializada. Los pacientes que forman parte de este estudio son aquellos que se atienden en el centro de salud mental, es decir, en el cuarto nivel de la pirámide de Goldberg y Huxley. Esto significa que han pasado tres filtros del flujo asistencial (reconocerse como enfermos, ser diagnosticados como tales por el MAP y haber sido derivados a la atención especializada).

En España la gran parte de las derivaciones a salud mental proceden de Atención Primaria, pero hay otra parte de derivaciones que se realizan a petición del propio paciente (autoderivaciones) o de la familia, sin pasar por ese segundo filtro del MAP, por lo tanto la demanda que recibe el profesional puede variar y modificar la prevalencia de pacientes sin patología mental. De este modelo se deriva la importancia que tiene el nivel primario de asistencia y del MAP en particular⁶⁹.

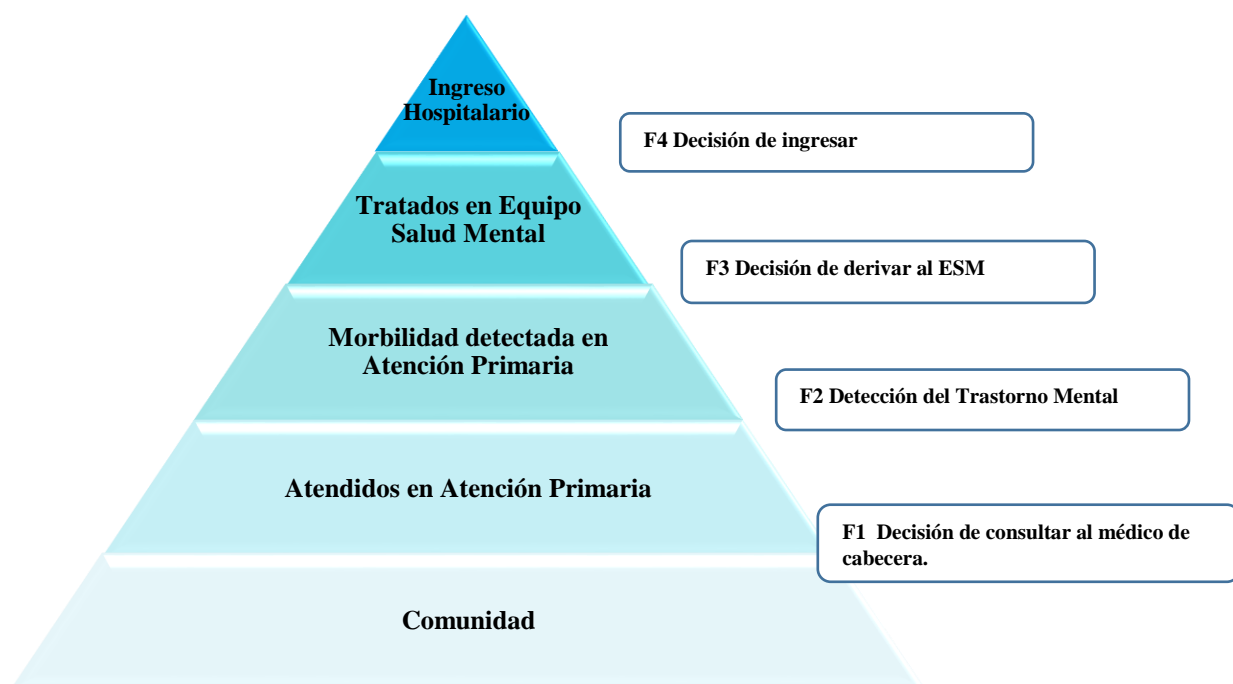


Figura 1. Modelo de Goldberg y Huxley sobre distribución de la enfermedad mental entre los distintos niveles asistenciales. Fuente: elaboración propia.

A partir de 2008 comienza la grave crisis europea con importantes recortes presupuestarios en todo el sistema de cobertura social, incluida la atención a los problemas de salud mental⁶⁵. Comienza una época en la que los modelos de gestión en psiquiatría se basan en recortes de las partidas presupuestarias, desmantelamiento de recursos y dispositivos, incumplimiento de planes y decretos⁶⁰. Hay comunidades autónomas, como es el caso de Extremadura que no cumplen con los objetivos de sus planes de salud mental.

El I Plan de Salud Mental del año 1995⁷⁰ supuso el desarrollo de la atención psiquiátrica ambulatoria. El II Plan de Salud Mental del año 2007, concluido en 2012, apostó por eliminar la estigmatización de los pacientes con trastornos mentales y ha dejado sin cumplir el 36% de sus previsiones y el 23% lo han sido parcialmente. Por lo tanto, solo se ha alcanzado un 41% de los objetivos. Se prevé que en el 2017 se publique el III Plan de Salud Mental el cual se centra:

- En la atención integral a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG).
- En la prevención y abordaje de las conductas suicidas.
- En la mejora de la atención y detección precoz de la salud mental infanto-juvenil
- En la atención específica a poblaciones vulnerables.

I.1.3. Evolución de la reforma psiquiátrica en Extremadura

El proceso de reforma psiquiátrica en Extremadura se ha caracterizado por la ausencia de planificación y coordinación institucional ya que el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), las Diputaciones y la Junta de Extremadura han creado y gestionado recursos sin estar coordinados, situación que ha impedido el desarrollo del Modelo Comunitario en salud mental, situándose nuestra Comunidad Autónoma en los últimos puestos en cuanto a integración e inclusión se refiere.

I.1.3.1. Psiquiatría en Extremadura en los siglos XIX y XX

A lo largo del siglo XIX las Diputaciones extremeñas no pudieron cubrir todas sus obligaciones por la falta de recursos y los que disponían lo dedicaron prácticamente en exclusiva a la Beneficiencia Pública. La atención de los dementes en la **provincia de Badajoz** se realizaba en la Casa de Dementes de Mérida, siendo Badajoz una de las diez provincias españolas que contaban con casa de dementes propia en 1880⁷¹. La casa de los locos de Mérida, como popularmente se la conocía, abrió sus puertas el 1 de febrero de 1843 en el antiguo hospital-convento de Jesús, en un lugar muy céntrico de la ciudad; hecho que llama la atención ya que lo frecuente era ubicarlos a las afueras de las ciudades. Este centro permaneció abierto desde 1843 hasta 1851. En el año en el que se cierra la casa de los locos de Mérida, la Diputación decide habilitar el exconvento de los Franciscanos Descalzos para el nuevo manicomio de la provincia “El Manicomio del Carmen”, situado también en el centro de la ciudad. En 1929 se realizan reformas para mejorar los servicios pero no la filosofía de la asistencia. Los “locos” seguirán por mucho tiempo amarrados a sus cadenas⁷².

La **provincia de Cáceres** no disponía de casa de dementes, por lo que hicieron un convenio con el Sanatorio de San José de Ciempozuelos, siendo la Diputación de Cáceres la primera que con fecha de 22 de junio de 1882, trasladó las ocho primeras enfermas⁷¹. En 1975 se abre en una huerta a las afueras de Mérida, el conocido actualmente como Hospital Psiquiátrico Adolfo Díaz Ambrona. En el mismo año se produce la apertura del Hospital Psiquiátrico de Plasencia, también situado a varios kilómetros de la ciudad. Ambos Hospitales están concebidos desde un punto de vista asilar y se vieron afectados por los cambios legislativos que se produjeron tras la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹⁰.

I.1.3.2. I Plan de Salud Mental de Extremadura

El primer Plan de Salud Mental⁷⁰ con el que cuenta Extremadura data del año 1995. En Septiembre de ese año, la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura, consciente de la imposibilidad de prolongar por más tiempo el inicio del proceso de reforma psiquiátrica en la Comunidad Autónoma, convocó a un grupo de profesionales para su elaboración. Gracias a él se pudo iniciar los procesos de transferencia de los Hospitales Psiquiátricos e implantar un modelo de atención teniendo como ejes del proceso a los Equipos de Salud Mental⁷⁰. Según la “Memoria de actividades del programa de salud mental en Atención Primaria”, publicado en Abril de 1987 por el Ministerio de Sanidad y Consumo e INSALUD, Extremadura cuenta con cuatro Centros de Salud Mental integrados en Atención Primaria y dependientes del Insalud, ocupando el decimocuarto lugar dentro del contexto de las 17 Comunidades Autónomas en cuanto a Unidades de Salud Mental por número de habitantes⁷³. Siete años más tarde, en 1994, Extremadura se vuelve a encontrar en los últimos lugares en relación con el desarrollo de Unidades de Salud Mental por número de habitantes y con la segunda tasa más baja de frecuentación a las Unidades de Salud Mental⁷⁰. Esto hace pensar en la escasa incorporación del modelo Comunitario en Salud Mental y en el estancamiento en una reforma psiquiátrica sin concluir.

I.1.3.2.1. Recursos Humanos y Asistenciales en la Comunidad Autónoma

En lo relativo al personal de Salud Mental, los datos de la evolución en cuanto a dotación de recursos profesionales en Extremadura hasta el año 2010, se encuentran recogidos en la tabla II. Como se puede observar, la salida de los pacientes de los hospitales y el aumento de los recursos comunitarios hacen que el número de profesionales aumente. (Tabla 2)

Profesionales	1985	1995	2005	2010
Neuropsiquiatría	6	-	-	-
Psiquiatría	28	32	58	70
Médicos	10	15	6	20
Psicología	23	31	54	65
Enfermería	51	92	90	121
Auxiliares de Clínica	396	362	329	302
Trabajadores Sociales	8	9	19	31
Auxiliares Administrativos	32	5	16	19

Tabla 2 Recursos Humanos en Extremadura en Atención a la Salud Mental. Fuente: elaboración propia a partir de⁷⁴.

En el I Plan de Salud Mental de Extremadura de 1995, se realiza un análisis funcional de los recursos asistenciales de la Comunidad Autónoma, dónde se encuentran, como podemos ver a continuación unidades de agudos (unidades de hospitalización breve), atención en urgencias, unidades de salud mental, hospitales psiquiátricos y estructuras intermedias (centro de rehabilitación psicosocial). La atención en urgencias también se realizaba en estos hospitales.

Unidades de Agudos:

1. Unidades de Agudos (Hospitales Generales. INSALUD)

Badajoz Hospital Infanta Cristina	24 Camas	
Cáceres Hospital Virgen de la Montaña	20 Camas	44 Camas

2. Unidades de Agudos (Hospitales Psiquiátricos. Diputación)

Hospital Psiquiátrico de Mérida (Diputación de Badajoz)	24 Camas	
Hospital Psiquiátrico de Plasencia (Diputación de Cáceres)	22 Camas	46 Camas

Unidades de Salud Mental

En aquel momento funcionaban 11 unidades completas, sin embargo existían unidades incompletas por falta de psiquiatras, como era el caso de Jerez de los Caballeros y Almendralejo, en Villanueva de la Serena esa plaza era ocupada por un médico no especialista (Tabla 3).

ÁREA DE SALUD	USM Insalud	CSM Consejería Bienestar Social	CONSULTAS Neuropsiquiatría/ambulatorio
Badajoz	3	1	1
Mérida	2	-	-
D.Benito/Villanueva	3	-	-
Llerena	1	-	-
Cáceres	1	1	2
Coria	1	-	-
Plasencia	1	-	-
Navalmoral	1	-	-

Tabla 3 Unidades de Salud Mental de la Comunidad en 1995. Fuente: Elaboración propia a partir del I Plan de Salud Mental de Extremadura⁷⁰.

La siguiente tabla recoge la distribución de profesionales en la comunidad extremeña por Áreas de Salud, en 1995 (Tabla 4), observándose como hay áreas con cobertura parcial como sucedía en las áreas de Badajoz y de Cáceres y situaciones de saturación asistencial, como sucedía en todas las áreas.

Área	Población Total	Habitantes por Unidad de Salud Mental	Habitantes por psiquiatra	Habitantes por psicólogo	Habitantes por ATS/DUE	Habitantes no asignados a USM
Badajoz	243872	46221	46221	30814	30814	151430
Mérida	156037	78018	156037	78018	78018	-
Llerena	115151	115151	115151	115151	115151	-
D.Benito/Villanueva	154862	77431	77431	51620	77431	-
Cáceres	191266	75540	75540	37770	75540	115726
Coria	54627	54627	54627	54627	54627	-
Navalmoral	53123	53123	53123	53123	53123	-
Plasencia	123189	123189	49275	41063	61594	-

Tabla 4 Distribución de profesionales por Áreas de Salud. Fuente: I Plan de Salud Mental de Extremadura⁷⁰.

Hospitales Psiquiátricos

El Hospital Psiquiátrico de Mérida, constaba de 23 pabellones distribuidos en 13,5 pabellones asistenciales, 5,5 pabellones no asistenciales (incluido el pabellón de la Escuela Universitaria de Enfermería) y los 4 pabellones residenciales que estaban en aquel momento cerrados. El Hospital Psiquiátrico de Plasencia, constaba de 7 pabellones de los cuales 3 eran asistenciales (incluido el pabellón de la Escuela Universitaria de Enfermería), 1 no asistencial, un nuevo pabellón asistencial que estaba pendiente de apertura y los otros 2 pabellones eran de laborterapia pero se encontraban cerrados por su estado ruinoso. Ambos hospitales tienen una estructura asilar.

Estructuras intermedias

En aquella época las estructuras intermedias, se limitaban a un Centro de Rehabilitación Psicosocial privado y concertado con la Junta de Extremadura, situado en Cáceres.

Como se puede ver la asistencia a los enfermos mentales en aquellos momentos en nuestra Comunidad se caracterizaba por la existencia de recursos dependientes de distintas administraciones (Insalud, Consejería de Bienestar Social y Diputaciones Provinciales) descoordinadas entre sí, provocando situaciones de cobertura parcial a la población de ciertas zonas de Badajoz y Cáceres, falta de profesionales especialistas, principalmente psiquiatras y destaca el elevado número de auxiliares de enfermería, lo que implica una mayor atención asilar. La atención a los pacientes agudos se realizaba a través de una doble red asistencial (Insalud y Diputación Provincial) totalmente descoordinada. El total de camas existentes en toda la Comunidad Autónoma era de noventa, por lo que no se llegaba a cubrir todas las necesidades y el único centro de rehabilitación psicosocial situado en Cáceres que debería de cubrir las necesidades de toda la región, recibía la mayoría de los pacientes procedentes de Cáceres y cercanía⁷⁰.

El I Plan de Salud Mental⁷⁰ fue un proyecto inacabado, pero gracias a él se puede hablar de un periodo comprendido entre 1995 y 2001 en el que se desarrollan, los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial y se inician los procesos de transformación de los hospitales psiquiátricos.

I.1.3.3. II Plan de Salud Mental de Extremadura

I.1.3.3.1. Desarrollo de la atención psiquiátrica ambulatoria

A partir del 2002 se produce el incremento de los dispositivos sanitarios y se continúa desarrollando el apoyo social y las estructuras de coordinación gracias al **Real Decreto 1477/2001 de 27 de diciembre**⁷⁵, sobre el traspaso a la Comunidad Autónoma de Extremadura de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud⁷⁵. En cuanto al desarrollo de la atención ambulatoria se produjo un importante aumento de los profesionales desde el 2002 (Tabla 5).

Profesionales	2002	2003	2015
Psiquiatras	19	31	39
Psicólogos	20	23	29
Enfermeros	11	22	24
Trabajadores Sociales	3	8	6.8
Auxiliares Administrativos	2	8	-

Tabla 5. Incremento de profesionales en los ESM de Extremadura. Fuente: datos proporcionados por la Subdirección de Salud Mental.

Mediante el **Decreto 92/2006, de 16 de mayo**⁷⁶, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la comunidad autónoma de Extremadura, se define y establecen los recursos de la red:

- La atención a los problemas de salud mental se realiza como parte integrante de la cartera de servicios de Atención Primaria.
- La atención a los trastornos psiquiátricos por el segundo nivel, a través de los Equipos de Salud Mental que se configuran como unidades de apoyo a la Atención Primaria.
- Están incluidos en la red asistencial pública los Hospitales Psiquiátricos dependientes en aquella época de las Diputaciones Provinciales de Badajoz y de Cáceres y que en los siguientes años se incorporarían al Servicio Extremeño de Salud⁷⁶.

En 2007 se publica el **II Plan Integral de Salud Mental 2007/2012**⁷⁷ enmarcado en los criterios asistenciales y la filosofía de los documentos estatales y europeos: la Declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental (2005), la

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006) y el Plan Marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005/2010.

Previo a la elaboración del II Plan Integral de Salud Mental⁷⁷, la dotación de recursos en Salud Mental a fecha de Diciembre de 2006 es de:

Dispositivos ambulatorios:

14 Equipos de Salud Mental (ESM), 2 Equipos de Salud Mental Infantojuveniles (ESMIJ) y 1 Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA).

En ellos trabajaban 96 profesionales (34 Psiquiatras, 24 Psicólogos, 21 Enfermeros, 8 Trabajadores Sociales y 9 Auxiliares Administrativos).

Unidades de Agudos:

4 Unidades de Hospitalización Breve (UHB) (dos de ellas en los Hospitales Psiquiátricos), no existen Hospitales de día.

Estructuras intermedias:

6 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) con un piso de apoyo adscrito a cada uno de ellos, 1 Centro Residencial de Rehabilitación (CRR) con treinta plazas, 10 pisos supervisados con cuatro plazas cada uno, 2 programas de rehabilitación laboral (PRL), 6 Centros de ocio, 2 Unidades de Media Estancia (UME) en los Hospitales Psiquiátricos y 1 Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (URH).

I.1.3.5. Planificación y gestión de la salud mental en la Comunidad Autónoma

El Servicio Extremeño de Salud (SES), asumió la gestión de los dos Hospitales Psiquiátricos desde el 1 de Enero de 2007, quedando pendiente su transferencia definitiva a la administración autónoma que se realizará en el 2008 (**Decreto 132/2008** y el **Decreto 133/2008** ambos de 30 de Junio sobre el traspaso del Hospital Psiquiátrico “Adolfo Díaz Ambrona” de Mérida y el Hospital Psiquiátrico de Plasencia)^{78,79}. Dicho traspaso junto con la creación en 2008 del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) (**Ley 1/2008, de 22 de mayo**⁸⁰, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura y **Decreto 222/2008**⁸¹, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la

Autonomía y Atención a la Dependencia) hacen que las competencias en salud mental y todos los recursos, estén adscritos a la Consejería de Sanidad y Dependencia, repartiéndose su gestión entre dicho ente público y el SES.

A partir de este momento se separan los pacientes agudos de los Hospitales Psiquiátricos, los cuales pasaron a llamarse Centros Sociosanitarios. Pero no es hasta el año 2011, cuando las UHB se integran en los Hospitales Generales de Mérida y Plasencia, separándose realmente los pacientes agudos de los crónicos.

La elaboración de los programas sanitarios en materia de salud mental le corresponde a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, más concretamente a la **Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales** (SSM y PA). Dicha subdirección gestiona los siguientes recursos de atención especializada: ESM, ESMIJ, UTA, UHB en Hospitales Generales, CRPS y Programa de Apoyo Sostenido.

Por su parte, el SEPAD, a través de la **Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia**, y más concretamente de la Unidad de Programas Asistenciales y de su Coordinación Técnica de Salud Mental, gestiona, coordina y supervisa el funcionamiento de los dispositivos de atención a la dependencia e integración social en personas con TMG. Gestionando los siguientes recursos: Centros Sociosanitarios (antiguos Hospitales Psiquiátricos, que consta cada uno de UME, URH y Unidad de Larga Estancia (ULE), CRR, Técnicos de Inserción Laboral y Centros de Ocio.

Por otra parte, la atención a las personas con trastornos por consumo de sustancias es competencia de la Dirección General de Salud Pública del SES a través de la Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Los recursos de la red asistencial de salud mental de Extremadura se encuentran repartidos en las ocho Áreas de salud del SES, cuatro en la provincia de Cáceres (Coria, Plasencia, Navalmoral y Cáceres) y cuatro en la provincia de Badajoz (Badajoz, Mérida, Don Benito/Villanueva y Llerena) (Figura 2.). A su vez el SEPAD cuenta con la misma distribución geográfica, permitiendo una mejor coordinación. La coordinación dentro de las áreas, se lleva a cabo a través de las “Comisiones de Área”, donde están representados los responsables de todos los Servicios sanitarios y sociales de las áreas.



Figura 2. Áreas de salud de Extremadura.

La red de Salud Mental de Extremadura se financia íntegramente con cargo a los presupuestos de la propia Comunidad Autónoma, pero está fragmentada en su provisión en diferentes organismos autónomos y concertaciones con otras entidades privadas (Tabla 6).

Servicios	Recursos Propios	Recursos Concertados
Servicio Extremeño de Salud	ESM	CRPS
	ESMIJ	Pisos de apoyo a los CRPS
	UTCA	Programa de apoyo sostenido
	UHB	
Servicio Extremeño de promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia	UME	CRR
	URH	Pisos Tutelados
	Unidad de discapacidad y alteraciones de conducta	
	Psicogeriatría	
	Unidad Hospitalaria de	
	Deshabitación alcohólica	

Tabla 6. Provisión de servicios en la Red de Salud Mental de Extremadura. Fuente: Datos proporcionados por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES, de sistemas de información propios.

El Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en el informe descriptivo emitido en 2010, destaca como puntos fuertes en la atención a la salud mental de Extremadura la notable mejora, (fundamentalmente entre los años 2002 y 2005, coincidiendo con las transferencias en materia de asistencia sanitaria), del incremento de dispositivos y profesionales y del desarrollo del apoyo social y de estructuras de coordinación. Como puntos débiles señalan que los ESM no acaban de ejercer su función de gestión compartida de casos. En alguno de ellos no está la figura de Trabajador Social, en muy pocos hacen visitas a domicilio y los pacientes con enfermedad grave de zonas rurales que no acuden a consultas, están desatendidos. También señalan como puntos débiles el hecho de la existencia en los Hospitales Psiquiátricos, de Unidades donde hay pacientes que no responden a perfiles de URH y que por tanto tampoco pueden acceder, por sus características a recursos comunitarios⁸².

I.2. ANTECEDENTES

Nos planteamos este estudio, centrándolo principalmente en las características de la demanda de atención en los ESM, por lo que se requirió una puesta al día revisando los estudios sobre el tema realizados hasta el momento.

Los cambios en la estructura asistencial en Atención Primaria y en Salud Mental han sido amplios desde la década de los ochenta y esto ha permitido un crecimiento importante de la demanda. Sin embargo, los recursos humanos no han tenido un crecimiento paralelo por lo que se ha producido una situación de sobrecarga asistencial. La red de salud mental comunitaria, se desarrolló inicialmente para atender a los pacientes con TMG en la comunidad. Tras el cierre de los Hospitales Psiquiátricos y con el paso de los años, la demanda de atención en esta red comunitaria se está centrando en la actualidad en los Trastornos Mentales Comunes, desbordando la capacidad de respuesta de los equipos⁶⁶. En nuestra práctica asistencial vemos como una parte importante de los casos que llegan al ESM, en su mayor parte procedentes de Atención Primaria, son inadecuadas o muy inespecíficas para ser atendidas en Salud Mental y nos encontramos con que junto a las consultas de trastornos mentales que requieren asistencia en salud mental, lo que más desborda la capacidad asistencial son los “problemas menores”, demandas relacionadas con sentimientos de malestar, no patológicas derivadas de situaciones de la vida cotidiana o condiciones difíciles del entorno. No son demandas asistenciales propiamente dichas pero conllevan un sufrimiento y una discapacidad. Estas demandas son recogidas en el sistema clasificatorio Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM)⁸³ en el Eje IV con el nombre de problemas psicosociales y ambientales.

Todos estos cambios han producido variaciones en el patrón de utilización de los servicios públicos de Salud Mental, con un incremento notable de nuevas demandas por parte de la población. Socialmente se ha pasado de la “negación-ocultación” de la enfermedad mental a la psicologización de cada dificultad de la vida cotidiana, que al llegar a los servicios especializados, restan recursos a aquellos trastornos que sí lo requieren⁸⁴. Al mismo tiempo vemos como también el sistema asistencial se encuentra

colapsado por el crecimiento de demandas de carácter administrativo-burocrático como son: incapacidades, minusvalías, inspecciones médicas, trámites legales.

I.2.1. Prevalencia y costes socioeconómicos de la Enfermedad Mental en España

El proyecto ESEMeD-España es el estudio epidemiológico que ha evaluado la presencia de trastornos mentales en una muestra de población general adulta en el conjunto de España⁸⁵. Algunas de sus principales conclusiones fueron:

-Trastornos Mentales Comunes son frecuentes en España.

-Aproximadamente un 20% de la población padecerá un Trastorno ansioso o depresivo en algún momento de su vida.

-El trastorno mental más frecuente es la Depresión Mayor, sobre un 10% de la población adulta padecerá al menos un episodio a lo largo de su vida.

-El factor de riesgo más relevante para padecer un trastorno de ansiedad o depresión es el sexo femenino. Sus cifras de prevalencia doblan a las masculinas.

-Otro factor de riesgo importante es la edad. Las personas más jóvenes tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales.

Otros estudios señalan que existe una importante comorbilidad entre los diferentes trastornos mentales comunes y un mayor coste anual por paciente en el ámbito de la atención primaria^{86,87}, siendo los trastornos del estado de ánimo los que provocan un efecto negativo sobre la calidad de vida de la población general en España⁸⁸.

En 2010, los trastornos Neuropsiquiátricos fueron en España una de las principales causas de discapacidad. La carga de los trastornos Neuropsiquiátricos supuso el 18,4% del total de años de vida ajustados por discapacidad⁸⁹.

La enfermedad mental afecta a un gran número de personas en el mundo perjudicando seriamente la calidad de vida y supone unos elevados costes socioeconómicos⁹⁰.

En cuanto a los costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en España, en 2002 se estimó en 7.019 millones de euros, suponiendo un 39,6% de los costes médicos directos y al menos un 7,3% del total del gasto sanitario público. Las patologías sobre las que recae mayor coste son los trastornos del ánimo y las demencias. Por otra parte, las enfermedades mentales en nuestro país suponen la segunda causa de baja laboral⁹¹ siendo la incapacidad laboral la partida que más gasto genera al Sistema Nacional de Salud⁹².

En cuanto a los costes en cuidados informales el 51,9% de los cuidadores principales de una persona que sufre enfermedad mental, destina más de 60 horas/semanales a su cuidado. La traducción a cifras monetarias del número de horas de cuidado informal en el caso de enfermedades mentales supuso un coste estimado entre 888,8 y 1868,1 millones de euros en el año 2002⁹³.

I.2.2. Efectos de la crisis económica en salud mental

La crisis económica genera un alto riesgo contra la salud mental de la población, afectando tanto a la comunidad como a las familias. La inestabilidad económica influye en los lazos familiares, provoca rupturas matrimoniales, situaciones de estrés, inestabilidad laboral, desempleo que producen un aumento del riesgo de padecer reacciones desadaptativas, junto con trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) y recaídas en trastornos mentales previos⁹⁴. Ante estas situaciones las personas ponen en marcha mecanismos de adaptación que no son necesariamente patológicos, pudiendo aparecer temporalmente síntomas de ansiedad, depresión o estrés. Desde el año 2007 la situación socioeconómica de la mayoría de los países europeos empeoró, produciéndose efectos negativos en la salud física y mental de la población⁹⁵.

El estudio de Astell-Burt y Feng sobre el impacto de la crisis en el Reino Unido en 2008, afirman que se produjo un aumento de la mala salud de la población, especialmente en los desempleados. Una vez pasada la crisis económica, los indicadores de mala salud comenzaron a aumentar especialmente en las personas que habían mantenido su empleo. Estas personas habían sufrido condiciones de estrés en el trabajo

(por la inseguridad y precariedad del mismo) y una reducción de sus ingresos y condiciones de vida⁹⁶.

El desempleo⁹⁷⁻¹⁰⁰, baja laboral^{101,102} y el empobrecimiento¹⁰³ especialmente las deudas y en particular los problemas para pagar la vivienda, incrementan el riesgo de padecer problemas mentales¹⁰⁴⁻¹⁰⁸. Los problemas mentales que más se han asociado a la crisis económica son la depresión, las conductas adictivas, el juego patológico y el suicidio¹⁰⁹⁻¹¹¹.

Respecto a la situación laboral, España ha sido uno de los países europeos más afectados por la crisis financiera que comenzó en 2008, presentando algunos de los peores indicadores del mercado laboral en Europa¹¹². Esta situación acarrió importantes consecuencias socioeconómicas, la tasa de desempleo experimentó un importante crecimiento, pasando del 8% al 22,3% entre los años 2007 y 2015¹¹³. En Extremadura la tasa de paro en el año 2014 se encontraba por encima de la tasa de paro a nivel nacional y Almendralejo presentaba una tasa de paro por encima de la autonómica y la provincial¹¹⁴ (Figura 3.). Tanto el desempleo como la precariedad laboral son fuentes de estrés que pueden provocar problemas de salud mental y originar cambios en la demanda sanitaria¹¹⁵.

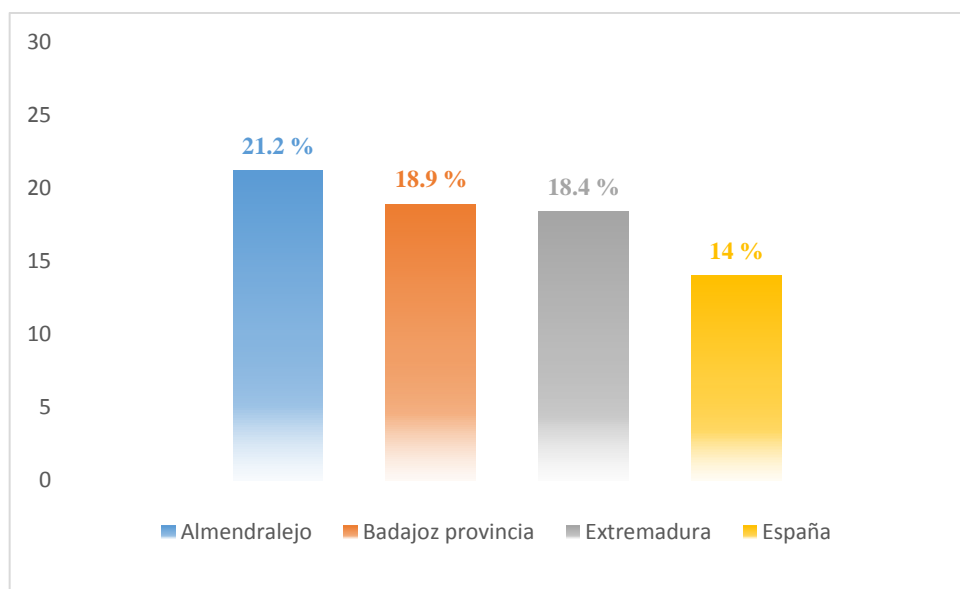


Figura 3. Tasa de paro (%) a nivel nacional, autonómico y municipal. Fuente Atlas sociodemográfico de Extremadura. 2014. Instituto de Estadística de Extremadura (IEEX)¹¹⁴.

Un estudio publicado en 2012 compara la salud mental en España en los años 2006 y 2010, concluyendo que en 2010 se ha producido un aumento considerable en el porcentaje de pacientes con depresión aguda, ansiedad, trastornos somatomorfos y alteraciones por abuso de alcohol¹⁰⁵. Paralelamente al incremento de la prevalencia de los trastornos mentales durante la crisis económica, se observa un aumento del consumo de fármacos antidepresivos¹¹⁰.

La crisis económica también provoca un aumento de la inmigración. España ha pasado a ser el lugar de destino migratorio para personas del Magreb (principalmente marroquíes), de países latinoamericanos, centroafricanos (subsaharianos) y europeos de los antiguos países del Este ¹¹⁶. Los inmigrantes constituyen un grupo heterogéneo, y se estructuran en una compleja mezcla de individuos con vivencias particulares, influidos por su cultura de origen, por el motivo que emigraron, las condiciones de acogida del país anfitrión, los recursos socioeconómicos de que disponen y su capacidad de adaptación¹¹⁷.

El municipio de Almedralejo presenta casi 10 veces más población extranjera que el resto de los municipios de nuestro estudio y 7 veces más que en la Comunidad Autónoma (Figura 4.).

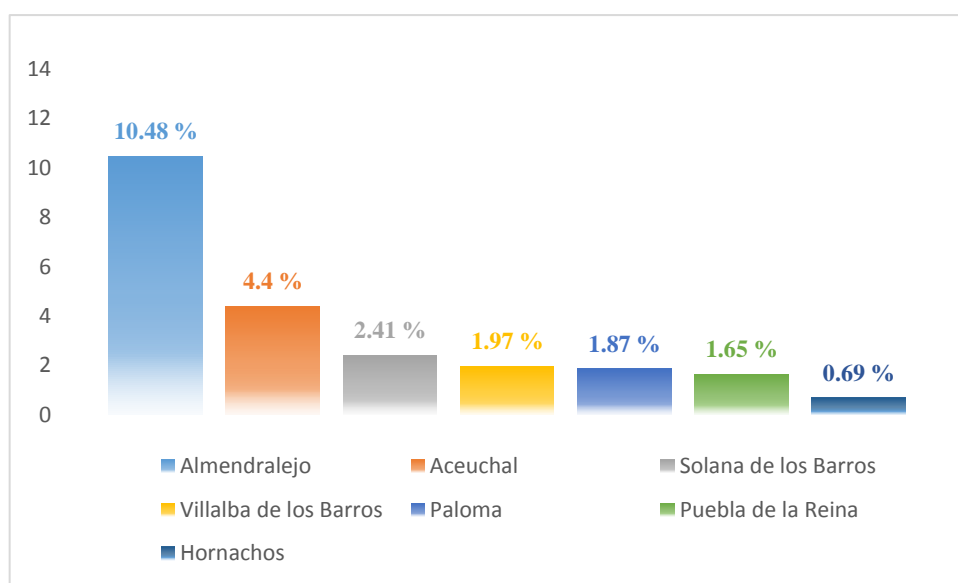


Figura 4. Población extranjera (%) en municipios estudiados Fuente Datos del Padrón municipal del año 2015. IEEX. 2015^{114,118}.

I.2.3. Estudios sobre la demanda de atención en salud mental

En los últimos años, se han realizado estudios cuyo objetivo era la demanda de atención en pacientes con problemas de salud mental tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. En ellos se han analizado diferentes factores sociodemográficos, clínicos y asistenciales que podrían influir en las derivaciones y asistencia a los servicios ambulatorios de salud mental¹¹⁹⁻¹²². De estos estudios partimos a la hora de plantear el presente trabajo.

I.2.3.1. Demanda y factores sociodemográficos

El perfil sociodemográfico de los pacientes, podría estar asociado con los hábitos asistenciales de la población del entorno estudiado. Entre las variables sociodemográficas que más se asocian a las enfermedades mentales se encuentran: el sexo femenino, un nivel educativo mayor, estar separado, divorciado o viudo, estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad^{85,123}.

Según la mayoría de los estudios el *sexo* influye en la demanda de atención en los servicios ambulatorios especializados, las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a buscar ayuda para sus problemas psiquiátricos y las diferencias son más llamativas en el ámbito de la atención primaria, cualquiera que sea la causa e independientemente de la región geográfica¹²⁴. Las mujeres tienen más responsabilidad de su salud por lo que no se trataría, pues, de una mayor morbilidad sino de una mayor predisposición a consultar. El incremento de la morbilidad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, en comparación con los solteros o solteras hace que hoy en día se admita que dicha asociación es un riesgo característico de las mujeres, que no aparece en el hombre, para los que el matrimonio y una situación laboral estable, se comporta como un factor de protección frente al desarrollo de enfermedades mentales¹²⁵. De ahí que se haya sugerido que ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de servicios psiquiátricos.

Por otra parte, hay estudios que apuntan a una relación entre un periodo de crisis económica y el aumento de demandas en salud mental por *problemas laborales*¹⁰². Otros estudios han demostrado que el desempleo y la precariedad laboral tienen mayor repercusión sobre la salud mental de los hombres relacionándose con las responsabilidades familiares y sociales¹²⁶. En un estudio realizado entre 2006 y 2010 en atención primaria se vio como aumentaba entre el 29 y el 48 % del número de consultas al MAP por síntomas de depresión, ansiedad y consumo de alcohol, estando relacionado de forma más significativa con la pérdida de empleo reciente¹⁰⁵. En otro estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Valencia, se analiza el impacto de las características de la demanda en los servicios de salud mental en una situación de crisis sociolaboral observándose como creció el porcentaje de usuarios de baja laboral (20,7%) y en paro (12,1%)¹⁰².

No se han encontrado diferencias significativas en la prevalencia de problemas de salud mental en función del *medio* donde se reside (áreas urbanas o rurales)¹⁰¹. Pero sí hay estudios en los que constatan que los pacientes con patología más grave, representan un mayor porcentaje entre los procedentes del medio rural que entre los del medio urbano¹²⁷. El lugar de residencia también parece influir en el consumo de recursos de salud mental, de hecho hay estudios que evidencian una mayor demanda de atención por parte de los habitantes de áreas urbanas frente a los de áreas rurales.¹²⁸⁻¹³⁰ Existen estudios que señalan que los servicios de salud son menos utilizados por los pacientes residentes en zonas rurales¹³¹⁻¹³⁴. Esto se debería a varios factores que han sido investigados por distintos autores. MacDonel et al.¹³¹, analizaron las ventajas y desventajas del medio rural en la planificación de servicios de salud mental. Como desventajas del medio rural señalan: mayores barreras de transporte, más escasez de personal especializado, mayor estigma hacia la enfermedad mental, menor variedad y mayor dispersión de servicios. También encontraron una menor cantidad de recursos comunitarios y mayores índices de pobreza y desempleo en comparación con el medio urbano. Como ventajas incluyen una mayor accesibilidad a las redes informales sociales y familiares. Sullivan et al.¹³², examinan las diferencias demográficas, clínicas y uso de servicios entre pacientes que residían en áreas rurales y urbanas. Las principales dificultades que encontraron en el medio rural estaban relacionadas con una menor oferta

de servicios de atención, mayores distancias de desplazamiento y ausencia de transporte público. En cuanto a las diferencias entre pacientes del medio rural y urbano encontraron que los pacientes del medio rural presentaron un bajo nivel académico, recibieron menos cuidados comunitarios en salud mental (menos visitas a domicilio) y utilizaban en mayor medida los servicios hospitalarios de urgencias acudiendo con mayor frecuencia al MAP que los pacientes residentes en medio urbano. Por otra parte hay autores que señalan el fenómeno de puerta giratoria como característica en la población rural, encontrando que los pacientes de zonas rurales, entran frecuentemente en el sistema a través de hospitalizaciones. Tras el alta, vuelven a su comunidad rural y pierden el seguimiento desde los servicios comunitarios de salud mental, permaneciendo sin tratamiento hasta que vuelven a requerir atención urgente¹³⁵.

En cuanto al *nivel académico*, existe una asociación entre el nivel educativo y los trastornos mentales.¹³⁶¹²⁰ Así, conforme se incrementa el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de trastorno depresivo mayor. Y viceversa, conforme disminuye el nivel académico se incrementa la prevalencia de trastorno depresivo mayor. La escolaridad también puede influir en la calidad de vida del adulto mayor. Lasheras et al., quisieron determinar la existencia de una asociación entre escolaridad y conductas de riesgo que afecten la sobrevivencia y la calidad de vida en esta etapa de la vida. Además de años de escolaridad, los investigadores analizaron la actividad física, tabaquismo, autoconcepto de salud, relaciones sociales, estado emocional, alteraciones sensoriales reportadas y la auto-percepción de la habilidad de masticación (habilidad asociada con salud y calidad de vida). En sus resultados los autores encuentran una asociación entre escolarización y todas las variables medidas, de manera que las personas con baja escolaridad mostraron mayores sentimientos de infelicidad, pobres relaciones sociales, pobre salud auto-reportada, problemas visuales, deterioro auditivo y peor masticación. Basadas en lo anterior, los autores sugieren que el nivel educativo tiene una fuerte influencia en la calidad de vida de los adultos mayores ¹³⁷.

I.2.3.2. Demanda y factores clínicos

El perfil clínico de los pacientes también podría condicionar la demanda de atención en los servicios ambulatorios de salud mental.

En cuanto a los *antecedentes familiares* de enfermedad mental, se han realizado numerosos estudios de epidemiología genética (estudios en familias, gemelos y adoptados) en distintos trastornos mentales que han confirmado y permitido cuantificar la contribución genética en la etiopatogenia de los mismos. La atención se centró inicialmente en patologías con una clara agregación familiar como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, que han sido objeto de un mayor número de estudios. Los estudios genéticos se han extendido además a otras enfermedades en las que no está claramente establecida la existencia de una base hereditaria, y se ha podido ver que la prevalencia del trastorno mental entre los familiares permite calcular el riesgo familiar de padecer enfermedad mental. Gracias a estudios familiares se ha podido ver que la prevalencia de la depresión aumenta en familiares de primer grado, es decir, padres y hermanos (50% de genes compartidos), respecto a la observada en la población general.

Existen estudios que señalan un alto grado de infradiagnóstico de enfermedades psiquiátricas por parte del MAP^{138,139}, hecho que contrasta con un claro incremento en la *prescripción de psicofármacos*, sobre todo del grupo de las benzodiazepinas^{140,141}. Estos fármacos son de acción rápida y eficaz, bien tolerados y de bajo coste, por el contrario son fármacos con efectos secundarios más notorios en las caídas y la aparición de dependencia y tolerancia asociado a un incorrecto uso crónico, con la aparición de síndromes de discontinuación si se interrumpe el tratamiento de forma brusca, siendo los ancianos la población más vulnerable a sus efectos secundarios. Su uso está muy extendido y se sabe que hasta un 2,5% de la población las utiliza regularmente¹⁴². Aunque todas las guías de prescripción establecen las indicaciones y duración recomendada para su uso, se ha encontrado una falta de adecuación de las recomendaciones siendo los problemas más destacados la duración excesiva del tratamiento¹⁴³, uso incorrecto en ancianos y la falta de adecuación a las recomendaciones¹⁴⁴.

En cuanto a los diagnósticos en *Eje I*, se ha señalado que la prevalencia y aparición de las alteraciones de salud mental son el resultado de múltiples factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Para poder entender la atención de los enfermos mentales, Goldberg (1992) planteó una clasificación orientada a la práctica clínica, principalmente en la asistencia primaria, según la cual habría un primer grupo de enfermedades mentales mayores (como la esquizofrenia, depresión psicótica o hipomanía), cuyas principales características son la necesidad de ser tratadas en un nivel especializado y tener un tratamiento psicofarmacológico específico. Un segundo grupo serían las enfermedades mentales comunes con síntomas leves, transitorios y generalmente relacionados con situaciones externas que no pueden ser modificadas, requiriendo apoyos e intervenciones psicosociales no siempre especializadas, lo que ha llevado a una sobrecarga asistencial y saturación de los servicios⁶⁸. Estudios realizados en atención primaria obtienen altas tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos, situados entre el 20 y el 40%¹⁴⁵⁻¹⁴⁸. Codony et al., observaron que un porcentaje importante de personas con trastorno mental, no consultaban con los servicios sanitarios y si consultaban no recibían tratamiento. Así, sólo demandaron atención el 57% de las personas que padecían depresión, el 30% de las personas que padecían ansiedad y el 71% de las que padecían ambos trastornos y el 4% de las personas que consultaron no tenían trastorno mental. Una parte importante de las demandas cumplían criterios relacionados con los TMC¹⁴⁹. En otro estudio dónde se analizó el consumo de servicios ambulatorios en pacientes atendidos por primera vez, en tres zonas geográficas, sociales y sanitarias de España, hallaron que un 66,6% del total de los casos atendidos presentaban diagnósticos de depresión y neurosis¹⁵⁰. Al analizar la demanda en un centro de salud mental de Madrid, un 24,4% de los pacientes evaluados no reunieron criterios para ser diagnosticados de trastorno mental según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10¹⁵¹, y además la mitad tenía ya un tratamiento psicofarmacológico pautado principalmente por el MAP en los dos últimos meses previos a la consulta en el centro de salud mental¹⁵¹. Lana et al., señala que son demandas relacionadas en frecuentes ocasiones con sentimientos de malestar, no patológicos derivados de situaciones de la vida cotidiana. Son pacientes que se presentan en gran volumen para ser atendidos y con escasa severidad de síntomas siendo su procedencia principal la Atención Primaria. Además, permanecen vinculados al ESM

durante un tiempo prolongado con respuesta terapéutica limitada y saturando las consultas, ocasionando por tanto, un aumento del gasto económico y social¹⁵².

En cuanto a los trastornos de personalidad diagnosticados en *Eje II*, durante muchos años han estado asociados a características negativas. El paciente con un trastorno de personalidad es calificado como anómalo y disfuncional. Suelen ser pacientes demandantes, exigentes, manipuladores y con frecuencia se resisten a los tratamientos y la ayuda propuesta. Destaca también la gran utilización de servicios de salud mental por parte de pacientes con trastornos de personalidad¹²¹. Son pacientes habituales en los servicios médicos¹⁵³ y utilizan frecuentemente los servicios psiquiátricos (hospitalarios y ambulatorios) incluso por encima de pacientes con trastorno depresivo mayor¹⁵⁴.

En cuanto a las *enfermedades somáticas*, hoy día parece existir consenso acerca de que las emociones pueden desempeñar un papel esencial en la salud y en la enfermedad¹⁵⁵. Las emociones negativas provocan reacciones fisiológicas que afectan a órganos y tejidos del organismo, así como los músculos, la sangre y secreciones glandulares. Es por ello que cada vez es mayor el número de publicaciones que muestran la relación existente entre los factores emocionales y patologías como las cardiovasculares, digestivas, e incluso las inmunitarias¹⁵⁶⁻¹⁵⁸. Las reacciones desadaptativas tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se aumenta la probabilidad de que la persona adopte conductas perjudiciales para la salud. Se ha descrito cómo factores de riesgo relacionados con el estilo de vida (tabaquismo, consumo de alcohol, drogas, sedentarismo, dietas poco saludables) y la medicación psiquiátrica, que contribuyen a producir mala salud física de las personas con una enfermedad mental^{159,160}. La mayoría de los estudios disponibles limitan el conocimiento sobre la relación entre los síntomas psíquicos y las enfermedades médicas. Casi toda la información disponible procede de estudios transversales, describiendo y analizando la situación en un momento determinado, por lo que sólo es posible realizar medidas de asociación. Es conocida la mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica entre los pacientes con enfermedades crónicas¹⁶¹, al mismo tiempo la patología física crónica aumenta el riesgo de comorbilidad psiquiátrica, complicando ambas patologías la evolución de los pacientes. Los médicos de atención primaria pueden no detectar siempre

los trastornos psiquiátricos de sus pacientes con enfermedades médicas. Los trastornos psiquiátricos coexistentes pueden aumentar tanto la utilización de recursos como la incapacidad de los pacientes con enfermedades crónicas¹⁶². En el estudio de Audrey et al., se aportaron datos de gran interés estudiando enfermedades médicas específicas y su relación con trastorno mental. Las enfermedades que mayor asociación presentaron con los trastornos psíquicos fueron artritis, cáncer, enfermedad pulmonar, trastornos neurológicos y enfermedades cardíacas¹⁶². Los síntomas de las alteraciones musculoesqueléticas se solapan con la enfermedad mental. Las personas con trastornos musculoesqueléticos, principalmente los cuadros de mayor resistencia o cronicidad, suelen presentar afectación psicopatológica¹⁶³. En una enfermedad como la artritis reumatoide, las tasas elevadas de dolor aumentan las probabilidades de aparición de estado de ánimo depresivo, percepción de estrés y negatividad ante eventos vitales. Y viceversa, en la osteoartritis, los síntomas depresivos predicen altos niveles de dolor y estados emocionales negativos¹⁶⁴. La fibromialgia es una enfermedad osteomuscular compleja en la que se asocian el dolor crónico y la enfermedad mental. Se estima que los pacientes con fibromialgia tienen mayor riesgo de padecer depresión mayor, observándose unas tasas de comorbilidad que oscilan entre el 20% y 80%, siendo estos pacientes frecuentes usuarios de los equipos de salud mental^{165,166}. En pacientes con dolor crónico se considera que la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión es muy significativa¹⁶⁷.

Podemos decir que la prevalencia y aparición de los problemas de salud mental son el resultado de múltiples factores sociales, culturales, económicos y ambientales. A través de la exploración del *Eje IV* propuesto por la American Psychiatric Association (2002) en la evaluación multiaxial, se pueden identificar estresores psicosociales y ambientales como problemas relativos al grupo primario, al ambiente social, educativo, problemas laborales, legales, y de acceso a los servicios de salud, entre otros. Estos factores, además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general. La asociación entre estresores psicosociales y ambientales con los trastornos psicopatológicos ha sido referida en varios estudios,

siendo el grupo primario el de mayor importancia.^{168,169} La depresión se ha relacionado con problemas familiares, especialmente con problemas de pareja¹⁷⁰.

I.2.3.3.Demanda y factores asistenciales

El *origen* de la mayoría de las derivaciones a los servicios de salud mental procede de atención primaria. Ya se ha resaltado la utilidad del modelo de Goldberg y Huxley⁶⁷ para comprender el proceso que siguen los sujetos para la atención de trastornos mentales. Dicho modelo describe cinco niveles y cuatro filtros (Figura 1). Para el segundo y tercer filtro, el individuo clave es el médico de primer contacto, principalmente el MAP , y los factores que operan para la detección del trastorno como son las técnicas de entrevista, el entrenamiento y las actitudes, el patrón de síntomas presentado y las características sociodemográficas del paciente. En nuestro sistema no se permite el acceso al servicio a petición del paciente o de la familia. Los pacientes llegan “filtrados” por otro profesional.

Uno de los factores que puede influir en el aumento de la demanda en los ESM es el acceso de los pacientes a través del MAP pero por *iniciativa del paciente o del familiar*, sin que el médico realice un filtro adecuado, permitiendo en estos casos la llegada al equipo de pacientes con sintomatología leve o con dificultades propias de la vida cotidiana, sin trastorno mental diagnosticable¹⁵¹.

Otro problema asistencial en las consultas programadas de los ESM son las *ausencias* a las primeras consultas y los *abandonos* tras la primera consulta; por una parte por poder incidir en la salud del paciente debido a su falta de atención y por otra parte por la pérdida de tiempo de los profesionales, el aumento del tiempo de espera para aquellos pacientes que sí acuden, produciendo paradójicamente una mayor inasistencia y el aumento del gasto económico para la institución¹⁷¹. Son varios los estudios que recogen tasas de ausencias en las primeras visitas entre un 10 y un 50% ^{172,173}. Otros estudios señalan tasas de abandonos de entre un 25 y un 64% que manifiestan una importante falta de adherencia de los pacientes¹⁷⁴, la cual a su vez puede estar relacionada con la falta de cumplimiento de las expectativas del paciente¹⁷⁵ jugando estas un papel importante en los resultados obtenidos.

El estudio de las *expectativas* puede ayudar a conocer mejor los deseos e ideas del paciente cuando acuden a las consultas. Si bien el tener expectativas de ayuda puede condicionar la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones, la ausencia de expectativas puede influir también en los abandonos de las consultas y podría ser explicado por la ausencia de conciencia de enfermedad. La relación profesional sanitario-paciente ha sufrido un cambio importante en los últimos años. Uno de los efectos es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy día en términos de efectividad, eficiencia, por la percepción que tiene el paciente de sus síntomas y por su satisfacción con el resultado obtenido. La calidad de la atención sanitaria es un tema que preocupa tanto a los pacientes como a los profesionales y a los gestores. En las últimas décadas se ha ido implantando el modelo de calidad total. Entre los distintos conceptos de calidad (control de calidad, garantía de calidad, gestión de calidad y calidad total), la satisfacción es uno de los factores importantes a tener en cuenta y uno de los más valorados¹⁷⁶⁻¹⁷⁸, ya que se suele relacionar directamente con la calidad del servicio como queda manifestado en el Modelo Europeo de Excelencia: European Foundation for Quality Management (EFQM)¹⁷⁹ y es considerada en la actualidad como parte importante de los resultados de la asistencia sanitaria¹⁸⁰. Por ello es necesario profundizar durante la relación asistencial en la opinión de los pacientes, sus necesidades y expectativas¹⁸¹

Con la reforma psiquiátrica se estimó la necesidad de aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental a través de la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. En el entorno del modelo de atención comunitaria a la salud mental las decisiones terapéuticas y la gestión asistencial tienden a realizarse sin la opinión ni participación de los pacientes. Esta fue una de las razones por las que la Subdirección de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud se planteó realizar el proyecto “Encuentro de Usuarios y Gestores de Salud Mental: Afrontando retos, buscando soluciones”¹⁸², organizando grupos de trabajo constituidos por pacientes de los CRPS, siendo estos principalmente, los pacientes con TMG que están en contacto con los Equipos de Salud Mental. Los problemas y las causas analizadas por los pacientes de los ESM que se detectaron se pueden observar en la siguiente figura:

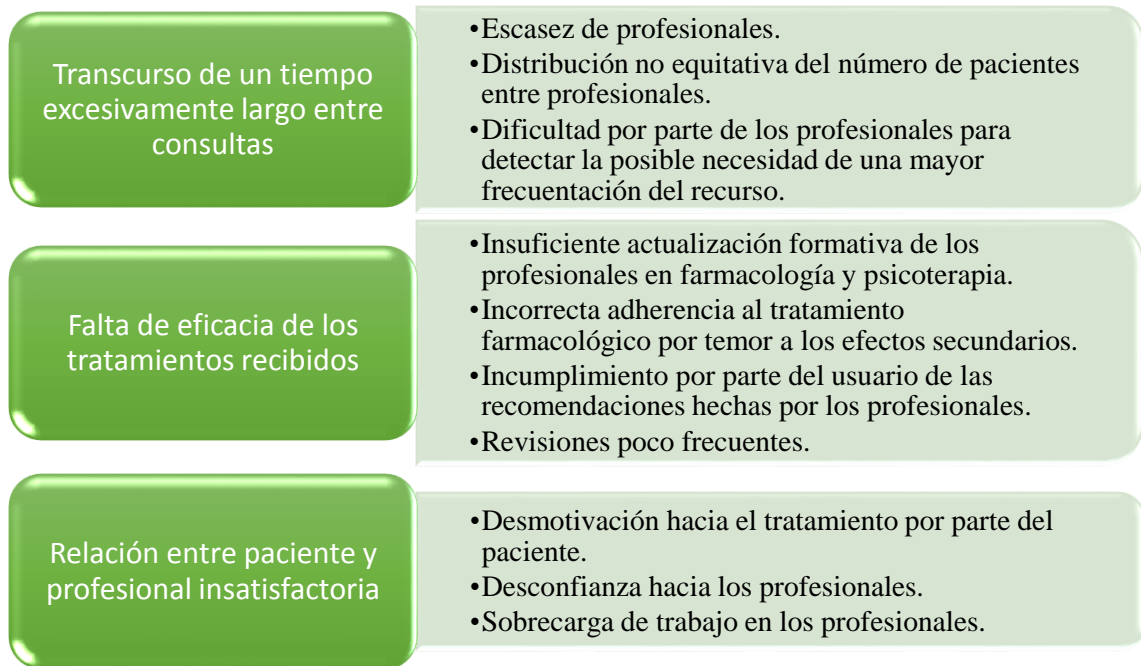


Figura 5. Problemas y causas analizadas por los pacientes de los ESM Fuente: Cuaderno técnico. Encuentro de usuarios y gestores de salud mental “Afrontando retos, buscando soluciones”¹⁸².

I.3. JUSTIFICACIÓN

La atención en salud mental en la actualidad ha mejorado con respecto a la proporcionada hace más de dos décadas, la llamada Reforma Psiquiátrica ha alcanzado muchos logros como es el desarrollo de la atención comunitaria en salud mental, que ha provocado un acercamiento y accesibilidad de los servicios a la población aumentando las demandas de atención por parte de ésta. En nuestro ámbito de trabajo se observa que este incremento de la demanda de atención aumenta debido a la gran cantidad de pacientes con trastornos considerados menores respecto a los considerados de mayor repercusión clínico-asistencial, los llamados TMG. Los servicios se encuentran saturados de demandas que no sólo proceden de atención primaria o de especializada, sino que utilizando la vía de acceso a través del MAP llegan por iniciativa de los propios usuarios, sus familiares o incluso otros (como son abogados, mutuas, servicios sociales), con unas expectativas en muchos casos, difíciles de cumplir, por una parte porque algunas demandas explícitas tienen un trasfondo diferente, en realidad el paciente está reclamando otros aspectos (un rol de enfermo, ayudas socioeconómicas, bajas laborales, informe para tribunal médico, informes para trámites judiciales). En ocasiones simplemente preguntando al paciente cuáles son sus expectativas de ayuda puede aclarar cuál es la demanda que no es capaz de explicar, en otras ocasiones esa demanda se mantiene oculta y no es dada a conocer hasta consultas sucesivas. Gran cantidad de las demandas están relacionadas con cambios en la estructura familiar, relaciones, inestabilidad e incertidumbre laboral, conflictos con jefes/compañeros de trabajo, siendo todos ellos fuentes de estrés e influyendo en una parte importante de la demanda que llega a los ESM.

El envejecimiento de la población también influye en el aumento de la necesidad de cuidados por parte de las personas dependientes, provocando cambios en los modelos familiares, haciendo más vulnerables e incrementando el riesgo de padecer enfermedad mental en las personas encargadas de su cuidado, principalmente con trastornos adaptativos.

No existen publicaciones sobre el análisis de las derivaciones y demanda de atención en los ESM de Extremadura. Los estudios publicados hasta el momento

demuestran cómo la demanda de atención se va incrementando. Ante esta situación, se plantea el presente trabajo que pretende dar algunas respuestas a las preguntas que los profesionales de la salud mental se plantean cada día a la hora de abordar la demanda de pacientes en el contexto asistencial comunitario.

El propósito del estudio en primer lugar, es conocer la situación concreta de nuestro ámbito de trabajo; para ello es necesario describir el tipo de población que atendemos analizando las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de la demanda en el ESM de Almendralejo, y en segundo lugar, intentar definir un perfil de aquellos pacientes que más demandan atención. De esta manera se podría proporcionar una atención ajustada a las necesidades y demandas de los usuarios de salud mental y se podría obtener información que sirva para una mejor planificación de la asistencia de los problemas que se presentan con más frecuencia sin perjuicio de los más graves.

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

II.1. Objetivos generales y específicos.

Objetivo general

Describir las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de una muestra de pacientes que demandan atención por primera vez en el ESM de Almendralejo e identificar perfiles en función de las características de la demanda.

Objetivos específicos

- Analizar si existe un perfil diferencial con respecto a las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales en relación al sexo y al medio del que proceden los pacientes (rural/urbano).

- Analizar si existe un perfil diferencial con respecto a las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales en relación a la presencia o ausencia de un diagnóstico en Eje I.

- Analizar si hay un perfil diferencial con respecto a las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales en relación al carácter de la derivación (ordinaria/preferente), a la consulta asignada (psiquiatría/psicología) y a la iniciativa de la demanda (paciente-familia/médico-profesional).

- Identificar si hay un perfil diferencial con respecto a las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales en relación a los que se ausentan, abandonan o son dados de alta en la primera consulta.

- Analizar si hay un perfil diferencial con respecto a las características sociodemográficas clínicas y asistenciales en relación a la presencia o ausencia de expectativas de ayuda.

II.2. HIPÓTESIS

- Existen diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales en relación con el sexo y el medio de procedencia.
- Existen diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales en relación con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I.
- Existen diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales, en función de que la derivación sea preferente u ordinaria.
- Existen diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales, según los pacientes sean asignados a la consulta de psicología o de psiquiatría.
- Existen diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales en relación a que la iniciativa de la demanda parta del profesional o del paciente/familiar.
- Existen diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales en relación a las ausencias, abandonos y altas, tras la primera consulta.
- Existen diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales en función de la presencia o ausencia de expectativas de ayuda.

III.MATERIAL Y MÉTODO

III. MATERIAL Y MÉTODO

III.1. Diseño

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Se incluyen todos los pacientes adultos (mayores de 18 años) atendidos en primera consulta, en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2015, en el ESM de Almendralejo. Los datos para el mismo se obtuvieron de las Historias Clínicas archivadas en el ESM que cumplían los criterios de inclusión.

III.2. Emplazamiento

ESM de Almendralejo. Este ESM pertenece al Área de Salud de Mérida. La atención ambulatoria en salud mental en esta zona de salud se realiza en este equipo, (excepto la atención en la zona de Villafranca de los Barros que la realiza el ESM de Mérida), teniendo como referencia la Unidad de Hospitalización Breve que se encuentra ubicada en el Hospital de Mérida desde el año 2011.

La atención ambulatoria en salud mental que se realiza en el equipo de Almendralejo, abarca las poblaciones de Almendralejo, Aceuchal y Hornachos junto con sus aldeas y pedanías.

III.3. Población de estudio

III.3.1. Demografía

La población total de Extremadura en 2015 era de 1.095.997¹¹⁸, con una extensión de 41.634 Km² lo que la sitúa entre las comunidades más grandes de España. Posee una densidad demográfica de 26,41 habitantes /Km², muy inferior a la media de España. La provincia más poblada es Badajoz, con 691.715 habitantes, con una densidad de población de 31,78 habitantes/Km² y su superficie 21.766 Km² la convierte en la provincia más extensa de España. En la provincia de Cáceres viven 413.766 habitantes, con una densidad de población de 20,83 habitantes/Km², y una superficie de 19.868 Km², es la segunda provincia más extensa de España después de Badajoz.

Del análisis de los principales índices demográficos se puede deducir que, en Extremadura existe un predominio del género femenino y la población está en proceso de envejecimiento. Además, la población Extremeña tiene un carácter notablemente rural. Sólo el 26.25% de la población vive en las tres ciudades de más de 50.000 habitantes (Badajoz, Cáceres y Mérida) y el 44 % en las ciudades de más de 10.000, aunque la mayoría de los pueblos están entre los 1.000 y 10.000 habitantes¹⁸³.

En cuanto a las Áreas de Salud, la de mayor población es la de Badajoz y la de menor población la de Coria. El Área de Salud con mayor extensión es Cáceres, con 10.559,19 Km², representando el 25,36% de la extensión de toda Extremadura, y teniendo la menor densidad de población (18,60 Km²)¹⁸³.

El Área de Salud con mayor densidad de población es Mérida (50,15 habitantes por Km²), seguida del Área de Salud de Badajoz (44,13 habitantes por Km²)¹⁸³ (Tabla 7).

	Badajoz	Mérida	D.Benito	Llerena	Cáceres	Coria	Plasencia	Navalmoral
Habitantes (nº)	275.273	170.123	140.959	104.574	196.363	45.919	111.718	54.703
Extensión (Km ²)	6.237,80	3.392,45	6.937,77	5.172,21	10.559,19	2.415,80	3.990,13	2.903,08
Densidad (Hab/Km ²)	44,13	50,15	20,32	20,22	18,60	19,01	28,00	18,84

Tabla 7. Población (número de habitantes), Extensión de municipios (Km²) y Densidad de población (habitantes por Km²), por áreas de salud del SES. 2014. Fuente: INE. Densidad de población por municipios. 2014¹⁸⁴ y Plan Estratégico de Calidad del SSPE 2015-2021¹⁸³.

El Área de Salud de Mérida es la demarcación territorial del SES en la ciudad de Mérida y zonas circundantes. Se encuentra situada en el centro de la Comunidad Autónoma de Extremadura y está rodeada por las áreas sanitarias de Cáceres, Badajoz, Llerena-Zafra y Don Benito-Villanueva. Forman parte del Área de Salud de Mérida todos los municipios de la comarca de Tierra de Mérida-Vegas Bajas, a excepción de Montijo y la Roca de la Sierra (que pertenecen al Área de Badajoz), y todos los municipios de la comarca de Tierra de Barros, a excepción de Santa Marta.

En el Área de Salud Mental de Mérida, existen dos ESM (Mérida y Almendralejo).

El ESM de Almendralejo, atiende a la población urbana correspondiente al Equipo de Atención Primaria (EAP) de Almendralejo, y a la población rural correspondiente al EAP de Aceuchal (del cual depende Solana de los Barros y Villalba de los Barros) y al EAP de Villafranca de los Barros (atendiendo únicamente a Hornachos, Palomas y Puebla de la Reina)

Población Urbana

Almendralejo tiene una población de 35.265 habitantes. Es un distrito urbano con una ratio de mujeres/hombres (17.170 mujeres, 17.095 hombres), con hogares con un promedio de 2,7 miembros. La proporción de analfabetismo es del 5,08 %. Y hay una tasa de paro del 21,2%¹¹⁴.

Población Rural

Aceuchal tiene una población de 5.471 habitantes. Es un distrito rural con una ratio de mujeres/hombres (2.756 mujeres, 2.715 hombres), con hogares con un promedio de 2,8 miembros. La proporción de analfabetismo es del 7,58%. Y hay una tasa de paro del 14,9%¹¹⁴.

Solana de los Barros y sus dos pedanías (Cortegana y Aldea de Retamar) tiene una población de 2.692 habitantes. Es un distrito rural con una ratio de mujeres/hombres (1.350 mujeres, 1.342 hombres), con hogares con un promedio de 2,7 miembros. La proporción de analfabetismo es del 4,86. Y hay una tasa de paro del 14,8 %¹¹⁴.

Villalba de los Barros tiene una población de 1.574 habitantes. Es un distrito rural con una ratio de hombres/mujeres (798 hombres, 776 mujeres), con hogares con un promedio de 2,5 miembros. La proporción de analfabetismo es del 2,54 %. Y hay una tasa de paro del 16,3 %¹¹⁴.

Hornachos tiene una población de 3.749 habitantes. Es un distrito rural con una ratio de hombres/mujeres (1.875 hombres, 1.874 mujeres), con hogares con un promedio de 2,7 miembros. La proporción de analfabetismo es del 6,66 %. Y hay una tasa de paro del 17,9 %¹¹⁴.

Palomas tiene una población de 697 habitantes. Es un distrito rural con una ratio de mujeres/hombres (352 mujeres, 345 hombres), con hogares con un promedio de 2,6 miembros. La proporción de analfabetismo es del 4,54 %. Y hay una tasa de paro del 20,1 %¹¹⁴.

Puebla de la Reina tiene una población de 789 habitantes. Es un distrito rural con una ratio de hombres/mujeres (400 hombres, 389 mujeres), con hogares con un promedio de 2,6 miembros. La proporción de analfabetismo es del 4,75 %. Y hay una tasa de paro del 20,9 %¹¹⁴.

La evolución de la población de los municipios en el periodo de nuestro estudio, se puede observar en la siguiente tabla (Tabla 8). Como podemos observar en todos los municipios la población ha descendido, excepto en Palomas que se mantiene estable.

Municipio	2011			2015		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Almendralejo	34.319	17.011	17.308	34.265	17.170	17.095
Aceuchal	5.717	2.855	2.862	5.471	2.756	2.715
Solana de los Barros	2.797	1.391	1.406	2.692	1.350	1.342
Villalba de los Barros	1.643	813	830	1574	776	798
Hornachos	3.837	1.905	1.932	3.749	1.874	1.875
Palomas	697	345	352	697	352	345
Puebla de la Reina	843	419	424	789	389	400

Tabla 8 Evolución de la población por municipios en el periodo comprendido entre 2011 y 2015. Fuente: INE¹⁸⁵.

III.3.2. Funcionamiento del ESM

A continuación se realizará una breve reseña de cómo funciona el ESM.

III.3.2.1. Conceptos previos del sistema de derivación y asignación de citas

Como consecuencia de la implantación del sistema de información para el conjunto del sistema sanitario de la comunidad JARA y la ley de tiempos de respuesta del sistema sanitario (Ley 1/2005 de 24 de Junio)¹⁸⁶, los ESM han tenido que homogenizar algunos aspectos de su funcionamiento en cuanto a la derivación de pacientes, acogida, citación, accesibilidad y gestión de agendas y listas de espera. Mediante esta Ley se pretende hacer efectivo el derecho a la atención sanitaria especializada cuando ésta tenga carácter programado y no urgente, garantizando unos plazos máximos de respuesta en la atención quirúrgica, pruebas diagnósticas y acceso a primeras consultas externas en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Los pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, serán atendidos dentro de los plazos que se expresan a continuación: 180 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas, 60 días naturales para el acceso a primeras consultas externas, 30 días naturales para la realización de pruebas diagnósticas/ terapéuticas.

Los plazos anteriormente citados se contarán en días naturales a partir de la inclusión del paciente en el Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público.

Desde el punto de vista administrativo, los pacientes pueden catalogarse de la siguiente forma:

-Procedentes del Registro de Pacientes en Lista de Espera (RPLE): los pacientes son incluidos en el RPLE desde el EAP. Son pacientes a los que hace referencia la Ley de Tiempos de Respuesta. Se retiran del RPLE en el momento que son atendidos en consulta por el psiquiatra o psicólogo del ESM.

-No procedentes del RPLE: citas que son generadas desde otros dispositivos de la red (otros ESM o UHB), desde el ámbito de la atención especializada, desde el propio ESM o desde otros dispositivos no sanitarios.

Desde el punto de vista asistencial, los pacientes pueden catalogarse como:

-Paciente nuevo para el ESM: independientemente de su procedencia, no tiene historia abierta en el ESM.

-Paciente nuevo para el profesional (psiquiatra / psicólogo): tiene historia en psiquiatría pero no en psicología o viceversa.

-Paciente conocido por el ESM: visto previamente en un plazo menor de 12 meses o visto previamente en un plazo mayor de 12 meses.

Por lo que respecta a las agendas, las citas pueden catalogarse *como nuevas, sucesivas o sucesivas preferentes.*

III.3.2.2. Sobre el procedimiento de derivación, asignación de cita y agendas

Según la Ley, el paciente ingresa en el RPLE desde el EAP en el momento en el que se pide cita al ESM, independientemente de cuando el informe de derivación llega al ESM.

Durante el periodo de implantación definitivo del Proyecto JARA en todos los EAP, las peticiones eran enviadas (y en la actualidad aún sucede), por otras vías (formato papel, fax o valija) con el fin de garantizar la rapidez del acceso. Las implicaciones que la Ley tiene en cuanto a la asignación de pacientes en las agendas, convierte en esencial la información contenida en el Informe de Derivación.

El Coordinador del ESM o profesional en el que éste delegue, asume la función de gestión de las agendas y listas de espera, en colaboración con el resto de los miembros del ESM. El coordinador decide si el paciente es asignado a psiquiatría/psicología y prioriza la demora de la asistencia. En nuestro ESM esta función la asume enfermería como tarea delegada.

A la hora de gestionar las agendas, se tienen en cuenta los siguientes criterios orientativos:

- Los pacientes que provienen del RPLE se asignan en las agendas a los huecos de “citas nuevas”.

- Los pacientes nuevos para el ESM, que no procedan del RPLE, pueden asignarse a las “citas nuevas”, en función de la gestión que realice el Coordinador del ESM de la lista de espera.
- Los pacientes conocidos del ESM y que han sido vistos en un plazo previo menor de 12 meses, pueden asignarse a las “citas sucesivas”.
- Las “citas sucesivas preferentes” pueden reservarse para pacientes conocidos por el ESM que hace más de 12 meses que no acuden, pacientes conocidos que son dados de alta de las UHB, pacientes que requieren cita después de una demanda de atención no programada, pacientes que son derivados de un especialista del ESM a otro (cita cruzada psiquiatría↔psicología).
- Desde que llega el informe de derivación al ESM hasta que el Coordinador del ESM decide su inclusión en la agenda, no debe transcurrir un tiempo superior a 3 días.

La implantación del sistema informático JARA ofrece la oportunidad de estructurar unas agendas clínicas que tengan en cuenta las exigencias de la Ley de Tiempos de Respuesta, la posibilidad de recopilación y análisis de datos asistenciales, y la inclusión de principios de calidad en la asistencia a los pacientes¹⁸⁶.

Desde la SSM y PA se propusieron unos criterios de distribución de tiempos asistenciales para los miembros del equipo (Tabla 9).

Miembro del Equipo	Tipo de consulta	Tiempos asistenciales
Psiquiatría	Cita nueva	40 ± 10 minutos
	Sucesiva	20 ± 5 minutos
	Sucesiva preferente	20 ± 5 minutos
Psicología	Cita nueva	40 ± 10 minutos
	Sucesiva	30 ± 5 minutos
	Sucesiva preferente	20 ± 5 minutos
	Terapia grupal	120 minutos
	Terapia individual	40 minutos
	Terapia familiar	60 minutos
Enfermería	Cita nueva	30 ± 10 minutos
	Sucesiva	40 ± 5 minutos
	Terapia individual	40 minutos

Tabla 9. Distribución de tiempos asistenciales. Ley de tiempos de respuesta del sistema sanitario
186

III.3.2.3. Acceso a los Equipos de Salud Mental

El ESM es la puerta de entrada al sistema y debe de ser el responsable del proceso terapéutico del paciente. Es el elemento central de la red de dispositivos de Salud Mental de Área, orientada a dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

Entrada al ESM desde Atención Primaria: La vía de entrada al ESM es esencialmente la Atención Primaria de Salud. Los pacientes atendidos en los servicios de urgencia llegan a los ESM a través de la Atención Primaria con la celeridad que requiera el caso. Aquellos pacientes cuyo primer contacto con la red de Salud Mental sea a través de la Unidad de Hospitalización entran en tratamiento y seguimiento ambulatorio por esta vía.

Entrada al ESM desde la Unidad de Hospitalización: Las altas hospitalarias se reciben para su seguimiento en el ESM desde la unidad de hospitalización sin que sea necesario su paso por el médico de cabecera. Desde la unidad, cuando se vaya a producir el alta se concierta su próxima cita de seguimiento en el ESM. En el informe de alta el paciente lleva la fecha, lugar y hora de su consulta en el ESM. Esta cita no excederá de 7 días y será, en todo caso, acordada con la unidad hospitalaria según la necesidad y estado clínico del paciente. El paciente llega al ESM con el informe de alta. Si se precisa más información será requerido a la unidad de hospitalización por el profesional encargado del paciente.

Otras vías de entrada:

Instituciones: Se atienden las peticiones por escrito y, generalmente sin urgencia, de estudios, diagnósticos y peritajes por el al ESM que corresponda según los cauces acordados.

Juzgados: Se atienden los pacientes derivados por los Juzgados, procurando adaptar las peticiones de los jueces a las necesidades clínicas del paciente y a la organización del Equipo.

3.2.4. Recepción y Evaluación

Entendemos por recepción y evaluación la intervención que se realiza sobre la demanda la primera vez que los pacientes acuden al ESM, derivada principalmente desde Atención Primaria y otros Centros de la red de Salud Mental. Se distinguen dos tipos de recepción, la administrativa y la de evaluación.

-Recepción administrativa: Su objetivo es organizar la entrada de los pacientes en el ESM, según las normas establecidas por la Dirección Sanitaria correspondiente y el propio Equipo y proporcionar información a los usuarios y a otros dispositivos sobre la organización del ESM.

-Entrevista de evaluación: Su objetivo es recabar la información necesaria y aportarla al Equipo para la toma de decisiones, estructurar y filtrar la demanda recibida en los ESM, derivar a otros dispositivos la demanda que así lo precise, coordinar la demanda con los diferentes niveles asistenciales de Salud Mental (Atención Primaria,

hospitalización, servicios sociales...) e informar a los pacientes sobre los programas terapéuticos e intervenciones del Equipo.

-Actividades en la recepción y evaluación de la demanda: El personal administrativo recoge los datos de los pacientes derivados desde Atención Primaria, Unidad de Hospitalización y otros dispositivos de la red de Salud Mental y proporciona las citas para la entrevista de evaluación. Se facilita información escrita sobre la organización de los ESM (Folletos informativos). Se analiza la demanda y propuesta de indicación de la consulta terapéutica y se realizan las reuniones de Equipo.

-Organización de las actividades: La entrevista de acogida y evaluación se realiza previa cita, el mismo día en el que el paciente es visto por el terapeuta. El tiempo medio de la entrevista puede establecerse, de manera orientativa, alrededor de 40 minutos. Los criterios para asignar el terapeuta responsable y el momento de su primera intervención, recaen como tarea delegada en el profesional de enfermería. La periodicidad de las reuniones de Equipo, las establece el propio Equipo.

En la entrevista de evaluación se trabaja, junto a la recogida de datos, aspectos de relación con el usuario, favoreciendo su impresión sobre el ESM y su futura adhesión a los tratamientos. Se inician los primeros consejos de salud. Se presenta al terapeuta asignado, la información recabada en la entrevista y se toman decisiones sobre las líneas a seguir respecto al tratamiento y programa terapéutico necesario para cada paciente. Al mismo tiempo se realizan las tareas administrativas derivadas de la recepción de la demanda. Como sistemas de registro se utilizan los documentos necesarios para facilitar el cumplimiento de los objetivos: Protocolo de Evaluación, cuestionarios que favorezcan la evaluación y toma de decisiones, protocolo de derivación y remisión al derivante, registro de indicadores para evaluar el grado y las características de la demanda asistencial, registro de indicadores para evaluar la actividad desarrollada.

III.3.2.5. Recursos

Se utilizan los recursos humanos, materiales e instrumentales de los que dispone el ESM.

III.3.2.6. Composición del ESM de Almendralejo

El ESM es multidisciplinario y los profesionales que lo componen son:

-Psiquiatras: dos, uno de ellos tiene consulta compartida con el ESM de Villafranca de los Barros, pasando consulta en Almendralejo dos días/semana desde el año 2013.

-Psicólogo Clínico: uno.

-Enfermera Especialista en Salud Mental: una.

-Trabajador Social: En el periodo de estudio no se contaba con Trabajadora Social. Los pacientes eran atendidos por el Trabajador Social de Atención Primaria

-Auxiliar Administrativo: uno.

III.4. Sujetos

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes adultos (mayores de 18 años) que solicitan por primera vez consulta en el ESM desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2015, en total 1.584 pacientes. Se consideran pacientes nuevos a todos aquellos que no tienen historia clínica en el ESM o, si la tienen, han transcurrido más de dos años desde su último contacto con el centro.

III.5. Metodología

III.5.1. Procedimiento

Todas las variables del estudio se tomaron de la Historia Clínica que se abre en el ESM de Almendralejo y de las hojas de interconsultas solicitando la atención. De esas hojas de interconsultas se obtienen variables sociodemográficas como sexo, edad, población y de las características de la derivación: origen de la derivación, tipo de derivación, motivo de la derivación y a qué profesional del equipo va dirigida.

De estas Historias Clínicas se obtendrán datos relativos a variables sociodemográficas que no estuvieran recogidas en las hojas de interconsulta. Datos clínicos y datos asistenciales relativos a las características de la respuesta asistencial y las características de la demanda.

Una vez recogidos los datos se transcriben y analizan mediante el paquete estadístico informático SPSS versión 19. Se realizan pruebas de estadística descriptiva con el fin de caracterizar la distribución de las diferentes variables, así como pruebas de Chi-Cuadrado para comprobar la relación entre variables nominales.

III.5.2. Criterios de Inclusión

Todos los pacientes mayores de 18 años derivados al ESM que soliciten atención durante el periodo de estudio, que no tenían historia clínica abierta o si la tenían había transcurrido más de dos años desde el último contacto en el ESM.

Todas las historias clínicas abiertas desde el año 2011 al 2015 (ambos inclusivos), incluidas las ausencias, abandonos y altas en la primera visita.

Se tuvieron en cuenta las Ausencias ya que son un problema asistencial que, además de poder incidir en la salud del paciente por su falta de atención, repercute en la pérdida de tiempo de los profesionales, el gasto económico para la institución y el aumento en la demora en la atención a aquellos pacientes que sí asisten. También se tuvieron en cuenta los Abandonos, considerándolos como la pérdida de contacto de un usuario con el ESM tras la asistencia a una primera visita en el ESM. Y las Altas tras la primera visita en el ESM por decisión del terapeuta, derivación a otro recurso/servicio o por decisión del propio paciente.

III.5.3. Criterios de Exclusión

Todos los pacientes menores de 18 años y aquellos pacientes que tenían historia clínica en el ESM y había transcurrido menos de dos años desde su último contacto con el centro.

III.6. Variables del estudio

Las evaluaciones que se han realizado abarcan tres aspectos: las variables sociodemográficas del paciente, las variables clínicas y las variables relacionadas con el proceso asistencial.

III.6.1. Sociodemográficas

-Nombre del paciente: Para asegurar la confidencialidad del paciente se anonimizó con la asignación de números a las historias clínicas.

-Edad: Años

*Para el análisis relacional, se agruparon las edades en los siguientes rangos: de 18 a 30 años, de 31 a 45 años, de 46 a 65 años y más de 65 años.

-Sexo: Hombre o mujer

-Convivencia: Solo o acompañado

-Estado civil: Soltero, casado, divorciado/separado, viudo.

-Situación laboral: Activo, parado, jubilado/pensionista, estudiante, labores del hogar, Incapacidad Laboral Transitoria (ILT), Incapacidad Laboral permanente (ILP).

*En el análisis se agruparon en tres categorías, que corresponden a: activos trabajando (activos), activos parados (parado e ILT) y no activos (jubilado/pensionista, estudiante, labores del hogar e ILP)

-Medio: Urbano, rural.

-Nivel académico: Analfabetos/sin escolarizar, estudios primarios, hasta bachillerato-FP y los que tienen estudios universitarios (diplomaturas y licenciaturas).

*En el análisis se agruparon las categorías para establecer tres niveles educativos: Bajo (Analfabetos/sin escolarizar, estudios primarios), Medio (hasta bachillerato-FP) y Alto (los que tienen estudios universitarios (diplomaturas y licenciaturas).

-País de origen: Español, Marroquí, Centro Europeo y otros.

La población de estudio es fundamentalmente agrícola lo que hace que por temporadas acudan inmigrantes fundamentalmente procedentes del centro de Europa y de Marruecos., por ello se consideró importante incluir estos países de origen.

III.6.2. Clínicas

-Antecedentes personales somáticos: se recogió cualquier tipo de antecedente de enfermedad somática recogida en la historia clínica y lo dividimos en los siguientes grupos:

- Enfermedades Cardiovasculares.
- Hipertensión arterial (HTA).
- Enfermedades del sistema Digestivo.
- Enfermedades del sistema Respiratorio.
- Enfermedades Dermatológicas
- Enfermedades del sistema Genitourinario.
- Enfermedades del sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo
- Enfermedades Neurológicas / Sistema Nervioso
- Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas
- Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides
- Dislipemia
- Enfermedades Oftalmológicas
- Cefalea.
- Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la Inmunidad.
- Tumores (Neoplasias)
- Enfermedades Congénitas
- Enfermedades Infecciosas

- Alergias: sin alergias, alergias ambientales y alergias medicamentosas.

-Antecedentes personales (AP) psiquiátricos: Se recogieron todos aquellos datos relacionados con los antecedentes psiquiátricos del paciente que figuraban registrados en la historia.

- Edad de inicio: en años
- Ingresos psiquiátricos previos: SI /NO
- Antecedentes de intentos autolíticos: SI/NO
- Antecedentes de atención psiquiátrica recibida: SI/NO
- Antecedentes de atención recibida a nivel público: SI/NO
- Antecedentes de atención recibida a nivel privado: SI/NO

-Antecedentes familiares (AF) psiquiátricos: Se recogieron todos aquellos datos relacionados con los antecedentes familiares psiquiátricos del paciente que figuraban registrados en la historia.

- AF psiquiátricos en general: SI/NO
- AF psiquiátricos en general, por grados:
 - AF psiquiátricos en general en familiares de 1^{er}- 2^o grado: padres, hermanos, abuelos
 - AF psiquiátricos en general en familiares de 3^{er}- 4^o grado: tíos, bisabuelos, primos

-Tratamiento psicofarmacológico: Se recogió el tratamiento psicofarmacológico previo y posterior a la primera consulta en el ESM, separándolos en distintos grupos farmacológicos.

- Benzodiacepinas (BZD)
- Antidepresivos (AD)
- Antipsicóticos
- Otros

*En el análisis se agruparon en dos categorías; Tratamiento psicofarmacológico previo a la primera consulta (con/sin Tratamiento) y Tratamiento psicofarmacológico posterior a la primera consulta (con/sin Tratamiento).

Tratamiento psicofarmacológico tras la primera consulta: Se recogió si hubo modificaciones o no, de los tratamientos tras la primera consulta en el ESM, registrándolos de la siguiente manera:

- Sin tratamiento: se registraron aquellos pacientes que permanecían sin tratamiento tras la primera consulta.

- Mismo tratamiento: se registraron aquellos pacientes que permanecían con el mismo tratamiento tras la primera consulta.
- Cambio de tratamiento: se registraron aquellos pacientes en los que se cambia el/los fármaco/s previamente pautados, por otro/s de otro grupo farmacológico, tras la primera consulta.
- Inicio de tratamiento: se registraron aquellos pacientes que no tenían tratamiento pautado y se inicia el tratamiento tras la primera consulta.
- Modificación de tratamiento: se registraron aquellos pacientes en los que se modifica el tratamiento pautado añadiendo o quitando algún/os fármaco/s del mismo grupo farmacológico.
- Modificación de dosis: se registraron aquellos pacientes en los que se modifica tan sólo la dosis previamente pautada, tras la primera consulta.
- Retirada de tratamiento: se registraron aquellos pacientes en los que se les retira el tratamiento pautado previamente, tras la primera consulta.

-Tratamiento psicoterapéutico previo: Se recogió de la historia clínica datos relativos a los antecedentes de tratamientos psicoterapéuticos y si lo recibieron a nivel público o privado.

- Antecedentes de atención psicoterapéutica recibida: SI/NO
- Antecedentes de atención recibida a nivel público: SI/NO
- Antecedentes de atención recibida a nivel privado: SI/NO

-Antecedentes personales de consumo de tóxicos: Se recogió de la historia clínica el consumo pasado o actual de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, drogas de diseño y otros (café/té/cola).

*Dentro de cada grupo se registró las dosis día/semana, según sea el nivel de consumo:

- Bajo: esporádico
- Medio: habitual
- Alto: abuso

Para categorizar el **estado de salud mental** de los usuarios, las variables utilizadas fueron las categorías diagnósticas de la clasificación multiaxial DSM-IV TR⁸³:

•Eje I Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Describe todos los trastornos mentales incluidos en la clasificación.

*En el análisis se registró por grupo de enfermedades.

•Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental. Incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad.

*En el análisis se registró por grupo de enfermedades.

•Eje III Enfermedades médicas. Incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto.

*En el análisis se registró por grupo de enfermedades.

•Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales. Los problemas psicosociales se han agrupado en las siguientes categorías:

•*Problemas relativos al grupo primario de apoyo:* por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación/divorcio, relación de pareja, con los hijos, con la familia de origen, con la familia propia o política.

•*Problemas relativos al ambiente social:* por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, relación con amigos, dificultad en las relaciones sociales, apoyo social insuficiente, vivir solo, dificultades para adaptarse al medio, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).

•*Problemas relativos a la enseñanza:* por ejemplo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.

•*Problemas laborales:* por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo.

- *Problemas de vivienda:* por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, conflictos con vecinos o propietarios.
- *Problemas económicos:* por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
- *Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria:* por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
- *Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen:* por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.
- *Otros problemas psicosociales y ambientales:* por ejemplo, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

*En el análisis se registró cada categoría.

•Eje V: Evaluación de la actividad global

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución.

El registro de la actividad general en el Eje V se realizó utilizando la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

1 (100-91) Sin síntomas.

2 (90-81) Síntomas ausentes o mínimos.

3 (80-71) Síntomas transitorios o esperables.

4 (70-61) Síntomas leves.

5 (60-51) Síntomas moderados.

6 (50-41) Síntomas graves.

7 (40-31) Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación.

8 (30-21) Ideas delirantes o alucinaciones. Alteración grave de la comunicación o del juicio.

9 (20-11) Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo.

10. (10-1) Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo.

11 (0) Información Inadecuada.

*En el análisis se registró el nivel general de actividad del sujeto en cinco categorías: 0 Información inadecuada. 1 Sin síntomas. 2 Síntomas leves-moderados. 3 Síntomas graves. 4 Síntomas muy graves.

III.6.3. Asistenciales

III.6.3.1. Características de la derivación

La información se recogió de las órdenes clínicas y fueron las siguientes:

-Origen de la derivación, es decir, quien es el derivante.

- AP: Atención Primaria
- AE: Atención Especializada
- Otros: Otros Servicios

*En el análisis se agruparon en dos categorías; AP y AE

-Carácter de la derivación, tuvimos en cuenta si era ordinaria o preferente

-Indicación del profesional por parte del derivante: puede solicitar Psicólogo clínico, Psiquiatra, a ambos o que la demanda vaya dirigida a Salud Mental.

*En el análisis se agruparon en tres categorías; Psicólogo, Psiquiatra y Salud Mental.

-Motivo de la derivación: se recogen aquellas tareas o motivos por los que el derivante solicita consulta a Salud Mental: Síntomas Clínicos, Valoración, Problema Adaptativo, Problema legal-familiar-laboral, Tratamiento, Ideas/intentos autolíticos, ILT, Informe, Otros (consumo de tóxicos, traslado de otra CCAA o localidad, no mejora con el Tratamiento, Técnicas de relajación).

*En el análisis se agruparon los motivos de derivación principal en seis categorías: Síntomas Clínicos, Valoración, Problema Adaptativo, Problema legal-familiar-laboral, Tratamiento y Otros

-Iniciativa de la consulta: Si figuraba en la historia clínica, se recogió de quien parte la idea de solicitar consulta en el ESM, (del paciente, de un familiar, del MAP o de otros).

*En el análisis se agruparon en dos categorías; Autoderivación (Paciente-Familiar) y Profesional (MAP- Otros profesionales).

III.6.3.2. Características de la respuesta asistencial

La información la recogimos de las Historia Clínicas y fueron las siguientes:

-Profesional asignado: Recogimos el profesional que se hace cargo del paciente, al menos inicialmente; Psicólogo clínico, Psiquiatra o ambos.

*En el análisis se agruparon en dos categorías; Psicólogo, Psiquiatra.

-Asistencia a la primera consulta: se recogió si el paciente acude o no a la primera consulta (Asiste/No asiste).

-Alta tras la primera consulta: se recogió si el paciente es dado de alta tras la primera consulta (SI/NO).

Y motivos por los que fueron dados de alta tras la primera consulta:

-Alta por derivación otros Servicios/Recursos (SI/NO): se recogió si tras la primera consulta, el paciente era derivado a otros servicios o recursos tras la primera consulta.

-Alta por derivación por decisión del terapeuta (SI/NO): se recogió si tras la primera consulta, el paciente era dado de alta por decisión del propio terapeuta.

-Alta por derivación por decisión del paciente (SI/NO): se recogió si tras la primera consulta, el paciente era dado de alta por decisión del propio paciente.

-Abandono tras la primera consulta (SI/NO): se recogió si tras la primera consulta, el paciente tras acudir a la primera consulta no vuelve a asistir a las consultas sucesivas.

-Derivación interna a Psiquiatría (SI/NO): se recogió si tras la primera consulta, se realizaban derivaciones internas de la consulta de Psicología a la consulta de Psiquiatría.

-Derivación interna a Psicología (SI/NO): se recogió si tras la primera consulta, se realizaban derivaciones internas de la consulta de Psiquiatría a la consulta de Psicología.

-Derivación interna a Enfermería (SI/NO): se recogió si tras la primera consulta, se realizaban derivaciones internas de las consultas de Psiquiatría y Psicología a la consulta de Enfermería.

-Derivación a la UHB (SI/NO): se recogió si se realizaban derivaciones tras la primera consulta de Psiquiatría o Psicología a la UHB.

III.6.3.3. Características de la demanda

En la primera visita queda reflejada en la historia, las expectativas que traen los pacientes al acudir al ESM expresadas por ellos mismos y registradas entre comillas, en respuesta a las pregunta ¿de qué manera piensa que se le puede ayudar? ¿Qué espera conseguir viniendo aquí?

Las **expectativas** registradas en la historia se agruparon en las siguientes categorías:

-Expectativas de recursos y servicios, se recogió aquí aquellas expectativas relacionadas con la obtención de algún tipo de ayuda, informe o información sobre recursos sociolaboral, económico y asistencial, agrupándolas en las siguientes categorías:

- Informe sociolaboral y económico
- Informe trámite legal
- Informe para otro servicio/especialidad
- Recursos y servicios públicos
- Abordaje especializado

-Expectativas de exploraciones psicobiológicas, se recogió aquí aquellas expectativas relacionadas con la obtención de un diagnóstico, test psicológicos o exploraciones médicas.

-Expectativas de objetivos alcanzables, se recogieron aquellas expectativas relacionadas con la solución de problemas, alcanzar objetivos, el autocontrol y el desahogo.

-Expectativas de técnicas de ayuda, se recogieron aquellas expectativas relacionadas con la obtención de tratamientos con medicación o sin medicación, agrupándolas en las siguientes categorías:

- Con medicación
- Terapia Individual
- Psicofármacos y Psicoterapia
- Terapia Familiar

-Expectativas de información, se recogieron aquellas expectativas relacionadas con la obtención de un asesoramiento acerca del alcance y características del problema.

-Sin expectativas, se consideró una sola categoría en la que los pacientes manifestaban no tener ninguna expectativa con la consulta.

III.7. Consideraciones éticas

Toda la información que se obtuvo del paciente, provenía de su historia clínica y evaluación habitual. Se trabajó con asignación de números a las historias clínicas, y fueron incluidos así, sin filiar nominalmente, en la base de datos, para evitar posibles filtraciones de la información y su publicidad. Así se preservó el anonimato del paciente, teniendo en cuenta que la utilización exclusiva de los datos para los fines de este trabajo queda enmarcada en el Artículo 16.3 de la Ley 41/2002 sobre usos de la historia clínica con fines de investigación o de docencia que se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/ 1986, General de Sanidad, en el que el acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial para asegurar el anonimato.

Previo al inicio del trabajo se solicitó permiso al Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz y al Comité de Bioética de la Uex. (Ver anexos X1.1.y X.1.2.)

III.8. Análisis estadístico

-Para almacenar y analizar toda la información se utilizó una base de datos dentro del programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 19.0

-Para el análisis descriptivo se estudiaron la frecuencia y el porcentaje en el caso de las variables categóricas, así como la media, la desviación típica, y valores máximos y mínimos para las variables cuantitativas.

-Se realizó un análisis de correspondencias múltiples para explicar en un gráfico bidimensional las asociaciones entre las variables cualitativas seleccionadas (rangos de edad, situación laboral, presencia o ausencia de diagnóstico en eje I, diagnóstico principal en eje I, origen de la derivación, iniciativa de consulta, consulta asignada, abandonos y expectativas). El gráfico explica una inercia aproximada del 15%, que es lo habitual en este tipo de estudios.

-Para el análisis inferencial comparativo se empleó la prueba de Chi cuadrado (X^2), y el coeficiente de correlación (c), considerando que los valores extremos de c son +1 y -1, la magnitud (valor absoluto) de c puede usarse como un indicador del grado o fuerza de correlación entre las variables: el grado es *fuerte* entre más cercana se encuentre la magnitud de c a 1 y *débil* entre más cercana se encuentre a cero, aceptándose un nivel de significación positivo cuando $p < 0,05$.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

IV.1. Frecuencia de las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales de la muestra estudiada

Durante el periodo de tiempo definido en los criterios de inclusión (desde el 1 de Enero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2015) se analizaron un total de 1.584 historias clínicas de pacientes que eran derivados por primera vez al ESM de Almendralejo.

IV.1.1. Variables sociodemográficas

IV.1.1.1. Edad de la muestra

La edad media de la muestra estudiada (n=1.584), fue de 46,60 años, con una desviación típica de 18,30. La edad de los pacientes estaba comprendida entre los 18 años y los 93 años.

IV.1.1.2. Sexo

La muestra estaba compuesta de 969 (61,2%) mujeres y 615 (38,8%) hombres (Tabla 10), siendo la media de edad de las mujeres de 47,54 años con una desviación típica de 18,80 y la media de edad de los hombres de 45,11 años con una desviación típica de 17,38. Como se puede observar en la figura 6, se muestra una estructura por sexo muy desequilibrada, pues en prácticamente todos los grupos de edad la frecuencia de mujeres fue superior a la de los hombres.

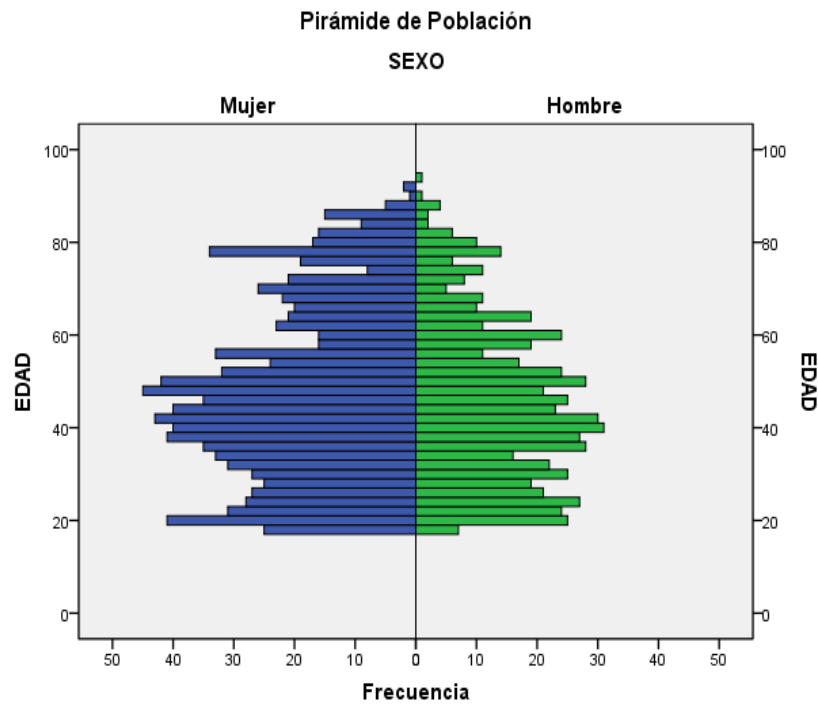


Figura 6. Representación de la pirámide de edad distribuida por sexo de la muestra de estudio.

IV.1.1.3. Convivencia

En 331 historias no se reflejaba la convivencia del paciente. Destacan, dentro de las que sí estaba recogido, 1253 (79%), los pacientes que vivían acompañados (91%). (Tabla 10).

IV.1.1.4. Estado civil

En 336 historias no se reflejaba el estado civil del paciente. Destacan dentro de las que sí estaba recogido, 1248 (78,8%), los pacientes casados (61,3%). (Tabla 10)

IV.1.1.5. Situación Laboral

En 331 historias no se reflejaba la situación laboral del paciente. Destacan, dentro de las que sí estaba recogida, 1253 (79%), los pacientes que se encontraban en situación de paro (29,0%), seguido de los jubilados (23,2%) y la población activa (22,5%) (Tabla 10).

IV.1.1.6. Medio

Se encontró mayor frecuencia de pacientes cuya procedencia era del medio urbano (1146 pacientes; 72,3%), que del medio rural (438 pacientes; 27,7%) del total de pacientes (1.584) de la muestra estudiada. Del total de la población rural (27,7%), destacaba la procedencia de 172 pacientes (39,3%) de la población de Aceuchal (Tabla 10).

IV.1.1.7. Nivel Académico

En 379 historias no se reflejaba el nivel académico de los pacientes. Destaca, dentro de las que sí estaba recogido, 1205 (76,1%), los pacientes con un nivel de estudios primarios (740 pacientes; 61,4%), seguido de los pacientes con bachillerato/formación profesional (243 pacientes; 20,1%). (Tabla 10)

IV.1.1.8. País de origen

En las nacionalidades de la población estudiada (n=1.584), destaca la población española, (1498 pacientes; 94,6%). (Tabla 10)

Variable	Categoría	N (%)
Sexo (N=1.584)	Mujer	969 (61,2)
	Hombre	615 (38,8)
Convivencia (N=1.253)	Solo	114 (9)
	Acompañado	1.139 (91)
Estado Civil (N=1.248)	Soltero	369 (29,6)
	Casado	765 (61,3)
	Divorciado/separado	81 (6,1)
	Viudo	33 (2,6)
Situación Laboral (N=1.253)	Activo	282 (22,5)
	Paro	363 (29,0)
	ILT	151 (12,0)
	Jubilado	291 (23,2)
	Estudiante	44 (3,5)
	Labores del Hogar	105 (8,4)
	ILP	7 (0,6)
Medio (N=1.584)	Urbano	1.146 (72,3)
	Rural:	438 (27,7)
	Aceuchal	172 (39,3)
	Cortegana	3 (0,7)
	Aldea de Retamar	12 (2,7)
	Hornachos	103 (23,5)
	Palomas	29 (6,6)
	Puebla de la Reina	25 (5,7)
	Solana de los Barros	56 (12,8)
	Villalba de los Barros	38 (8,7)
Nivel Académico (N=1.205)	Analfabeto	122 (10,1)
	Estudios Primarios	740 (61,4)
	Bachillerato/FP	243 (20,1)
	Universitario	100 (8,3)
País de Origen (N=1.584)	Español	1.498 (94,6)
	Marroquí	22 (1,4)
	Centroeuropo	38 (2,4)
	Otros	26 (1,6)

Tabla 10. Frecuencia de las variables sociodemográficas en la población de estudio.

IV.1.2. Variables Clínicas

IV.1.2.1. Antecedentes personales somáticos

Se encontraron dentro de las 1253 historias clínicas donde estaba recogido, 840 (67%) pacientes que presentaban antecedentes personales no psiquiátricos (o somáticos) de cualquier tipo y se agruparon por grupos de enfermedades; cómo podemos observar en la tabla 11; se encontró que el grupo de enfermedades más frecuentes en nuestra población fueron las enfermedades osteomusculares (318 pacientes, 17,29%), seguidas de HTA (227 pacientes, 12,30%) y de enfermedades endocrinometabólicas (213 pacientes, 11,58%).

AP Somáticos	Frecuencia	Porcentaje
Osteomuscular	318	17,29
HTA	227	12,30
Endocrinometabólica	213	11,58
Cardiaca	152	8,26
Neurológica	145	7,88
Digestiva	133	7,23
Dislipemia	132	7,20
Genitourinaria	111	6,03
Respiratoria	111	6,03
Oftalmológica	79	4,30
ORL	55	3,00
Inmunitaria	49	2,70
Neoplasia	51	2,80
Dermatológica	17	0,92
Cefaleas	39	2,10
Congénita	6	0,32
Infeciosa	1	0,05
Total	1839	100

Tabla 11. Antecedentes Personales Somáticos en la población de estudio.

Se encontraron 27 historias clínicas (3,2%) en las que aparecían registradas más de cinco patologías no psiquiátricas en cada una de ellas.

En cuanto a los antecedentes personales de alergias destacar, de las 1253 historias clínicas donde este dato estaba recogido, los 1066 pacientes (85,1%) que no tenían antecedentes de alergias (Ver Tabla12).

Variable	Categoría	N (%)
Alergias (N=1253)	Sin Alergias	1066 (85,1)
	Ambientales	29 (2,3)
	Medicamentos	158 (12,6)

Tabla 12. Antecedentes de Alergias en la población de estudio.

IV.1.2.2. Antecedentes personales y familiares psiquiátricos

En nuestro estudio se encontró, en 232 historias clínicas donde venía registrada la edad de aparición de la enfermedad mental, una edad media de aparición de la enfermedad psiquiátrica de 33,23 años, con una desviación típica de 16,20. La edad de inicio de la enfermedad mental varió desde los 7 años de edad a los 86 años.

De las 1.187 historias clínicas dónde se recogieron los *antecedentes de ingresos psiquiátricos*, 81 pacientes (6,8%) los habían presentado. De las 1.189 historias clínicas dónde se recogieron los *antecedentes de intentos autolíticos*, 91 pacientes (7,7%) los presentaron. De las historias clínicas dónde se registraron los antecedentes de haber recibido *atención psiquiátrica y/o psicoterapéutica*, destaca la frecuencia de pacientes sin antecedentes de este tipo (70,5% psiquiátrica y 78,6% psicoterapéutica) y de los que sí la presentaron destacar los antecedentes de atención pública en psiquiatría (16,7%) y los antecedentes de atención privada en psicología (16,6%) (Tabla 13).

Categoría	AP Atención Psiquiátrica recibida (N= 1191)	AP Atención Psicoterapéutica recibida (N=1253)
	N (%)	N (%)
Ninguna	839 (70,5)	985 (78,6)
Pública	199 (16,7)	60 (4,8)
Privada	153 (12,9)	208 (16,6)

Tabla 13. Atención psiquiátrica y psicoterapéutica previa recibida en la muestra de estudio.

En cuanto a los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, se encontraron un total de 1.136 historias clínicas dónde se recogía este dato, siendo 431 pacientes (37,9%) los que presentaban algún tipo de antecedente familiar de enfermedad mental y 705 pacientes (62,1%) que no los tenían. Si analizamos los antecedentes familiares por grados de consanguinidad se observó mayor frecuencia de *antecedentes familiares psiquiátricos en familiares de primer o segundo grado* (77,95%) que en *familiares de tercer o cuarto grado* (22,04%) (Tabla 14).

Variable	Categoría	N (%)
AF Psiquiátricos (N=1136)	NO	705 (62,1)
	SI	431 (37,9)
AF Psiquiátricos de Primer y Segundo grado (N=336 77,95%)	Padres	178 (53,0)
	Hermanos	64 (19,1)
	Abuelos	12 (3,6)
	Varios	82 (24,4)
	Tíos	51 (53,7)
AF Psiquiátrico de Tercer y Cuarto grado (N=95 22,04%)	Primos	18 (19,0)
	Varios	26 (27,4)

Tabla 14. Antecedentes familiares psiquiátricos por grados en la muestra de estudio.

IV.1.2.3. Tratamiento psicofarmacológico previo y posterior a la primera consulta

El tratamiento psicofarmacológico previo a la primera consulta en el ESM, fue registrado en un total de 1.253 historias clínicas y el tratamiento psicofarmacológico posterior a la primera consulta, fue registrado en un total de 1.257 historias clínicas. Se puede observar en la figura 7, cómo las benzodiacepinas fueron los únicos psicofármacos que disminuyeron la prescripción tras la primera consulta (tratamiento previo 55,2% y tratamiento posterior 53,9%). Aumentó la prescripción de antidepresivos tras la primera consulta (tratamiento previo 48,8% y tratamiento posterior 60%). La prescripción de antipsicóticos también aumentó tras la primera consulta (tratamiento previo 7,6% y tratamiento posterior 9,1%). En cuanto al tratamiento con otros psicofármacos también se observó un aumento en la prescripción tras la primera consulta (tratamiento previo 7% y tratamiento posterior un 10,7%).

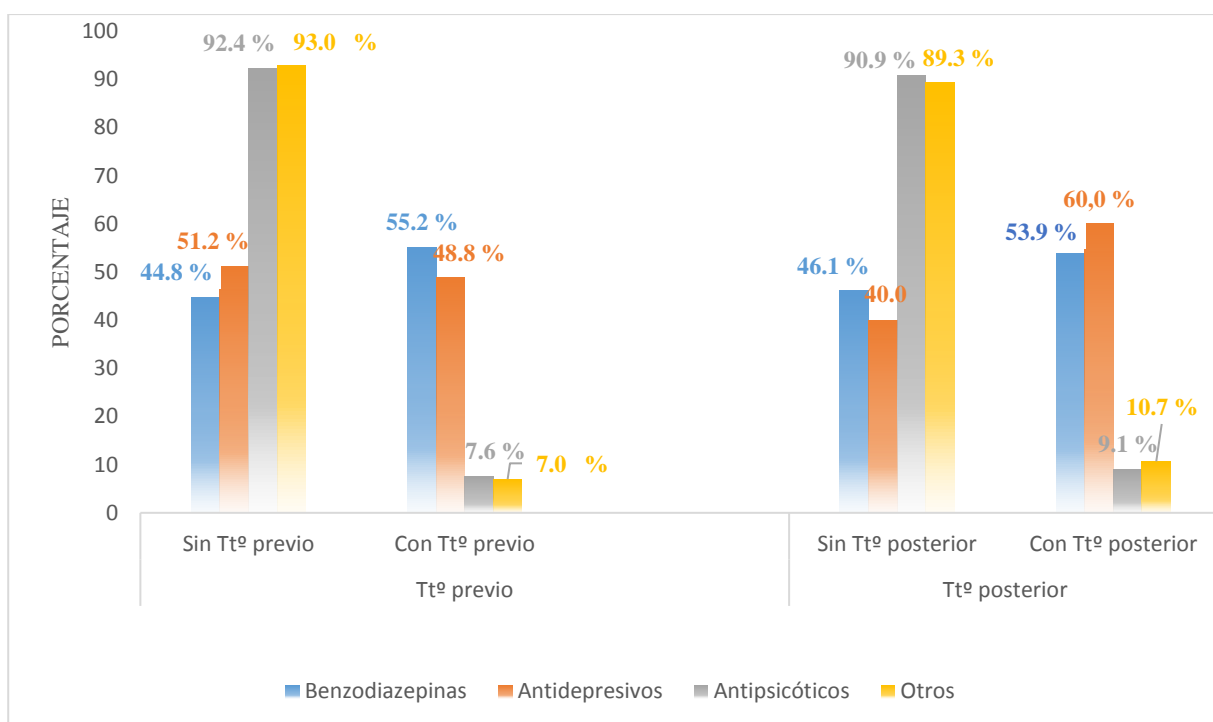


Figura 7. Tratamiento psicofarmacológico previo y posterior a la primera consulta.

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas que con más frecuencia fueron prescritas en el tratamiento previo y posterior fueron alprazolam y lorazepam, como se puede observar en la tabla 15. Lorazepam fue la benzodiazepina que con mayor frecuencia aumentó su prescripción tras la primera consulta (tratamiento previo 29,4%, tratamiento posterior 33,3%). Y alprazolam junto con zolpidem fueron las benzodiazepinas que con mayor frecuencia disminuyeron su prescripción tras la primera consulta (tratamiento previo con alprazolam 30,7%, tratamiento posterior con alprazolam 29,1% y tratamiento previo con zolpidem 6,2%, tratamiento posterior con zolpidem 4,4%).

Fármaco	Tt° Previo		Tt° Posterior	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
alprazolam	238	30,7	217	29,1
bromazepam	44	5,7	37	5,0
ciclobenzaprina	-	-	1	0,1
clonazepam	54	7,0	56	7,5
clorazepato dipotásico	46	5,9	42	5,6
diazepam	54	7,0	42	5,6
flunitrazepam	1	0,1	1	0,1
flurazepam	1	0,1	1	0,1
halazepam	12	1,5	14	1,9
ketazolam	13	1,7	22	3,0
lorazepam	228	29,4	248	33,3
lormetazepam	29	3,7	24	3,2
midazolam	7	0,9	6	0,8
tepezepam	-	-	1	0,1
triazolam	1	0,1	1	0,1
zolpidem	48	6,2	33	4,4
Total	776	100	746	100

Tabla 15. Tratamiento previo y posterior con benzodiacepinas.

Antidepresivos

Los antidepresivos que fueron más frecuentemente prescritos en el tratamiento previo y posterior son escitalopram y paroxetina. Como se puede observar en la tabla 16, mirtazapina fue el antidepresivo que con mayor frecuencia aumentó su prescripción tras la primera consulta (tratamiento previo 4,4%, tratamiento posterior 6,6%) y fluoxetina el que más disminuyó (tratamiento previo 7,3%, tratamiento posterior 5,8%).

Fármaco	Tt° Previo		Tt° Posterior	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
agomelatina	12	1,7	28	3,1
amitriptilina	14	2,0	10	1,1
bupropion	5	0,7	7	0,8
citalopram	16	2,3	12	1,3
clomipramina	6	0,9	6	0,7
desvenlafaxina	33	4,7	48	5,3
duloxetina	80	11,4	92	10,1
escitalopram	180	25,8	226	24,8
fluoxetina	51	7,3	53	5,8
fluvoxamina	4	0,6	2	0,2
maprotilina	1	0,1	1	0,1
mianserina	1	0,1	-	-
mirtazapina	31	4,4	60	6,6
paroxetina	87	12,4	111	12,2
reboxetina	2	0,3	-	-
sertralina	55	7,9	75	8,3
trazodona	70	10	104	11,4
venlafaxina	51	7,3	76	8,3
Total	699	100	912	100

Tabla 16. Tratamiento previo y posterior con Antidepresivos.

Antipsicóticos

Los antipsicóticos que con mayor frecuencia fueron prescritos previamente a la primera consulta son risperidona, olanzapina y quetiapina y tras la primera consulta, los más frecuentes continuaron siendo olanzapina y quetiapina y aumentó haloperidol. Tras la primera consulta el antipsicótico que con mayor frecuencia aumentó su prescripción fue olanzapina (tratamiento previo 18,3%, tratamiento posterior 24,6%) y el antipsicótico que más disminuyó su prescripción tras la primera consulta fue risperidona (tratamiento previo 21,2%, tratamiento posterior 13,5) (Tabla 17).

Fármaco	Tt° Previo		Tt° Posterior	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
amisulprida	3	2,9	3	2,4
aripiprazol	6	5,8	8	6,4
clorpromazina	1	1,0	1	0,8
clotiapina	6	5,8	6	4,8
clozapina	1	1,0	1	0,8
etumina	1	1,0	1	0,8
haloperidol	11	10,6	13	10,3
levomepromazina	5	4,8	8	6,4
olanzapina	19	18,3	31	24,6
paliperidona	2	1,9	6	4,7
Paliperidona palmitato IM mes	2	1,9	2	1,6
periciazina	1	1,0	-	-
quetiapina	19	18,3	23	18,3
risperidona	22	21,2	17	13,5
risperidona IM 15	1	1,0	1	0,8
risperidona IM mes	-	-	1	0,8
tiaprida	3	2,9	4	3,2
Total	104	100	126	100

Tabla 17. Tratamiento previo y posterior con Antipsicótico. La dosis de paliperidona palmitato IM mes se refiere a la pauta cada mes, la de risperidona IM 15 a la pauta cada 15 días y la de risperidona IM mes a cada mes.

Otros psicofármacos

Dentro de otros psicofármacos, los que más frecuentemente fueron prescritos antes y después de la primera consulta fueron pregabalina, gabapentina y topiramato. El que más aumentó su prescripción tras la primera consulta fue pregabalina (Tt° previo 25,3%, Tt° posterior 40,6%), seguido de topiramato (Tt° previo 14,7%, Tt° posterior 22,4%). El que más disminuyó su prescripción tras la primera consulta fue gabapentina (Tt° previo 18,9%, Tt° posterior 9,8%) (Tabla 18).

Fármaco	Tt° Previo		Tt° Posterior	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
betahistina hidrocloreuro	1	1,1	-	-
biperideno	3	3,2	3	2,1
carbamazepina	1	1,1	-	-
clometiazol	1	1,1	-	-
disulfiran	4	4,2	4	2,8
gabapentina	18	18,9	14	9,8
lamotrigina	3	3,2	1	0,7
levetiracetam	2	2,1	2	1,4
litio	5	5,3	5	3,5
melatonina	1	1,1	1	0,7
metilfenidato	3	3,2	2	1,4
oxcarbazepina	3	3,2	7	4,9
pregabalina	24	25,3	58	40,6
propranolol	1	1,1	2	1,4
topiramato	14	14,7	32	22,4
valproato sódico	10	10,5	10	7,0
zonisamida	1	1,1	1	0,7
Total	95	100	143	100

Tabla 18. Tratamiento previo y posterior con otros psicofármacos.

A modo de resumen, se puede observar en la figura 8, como lo más frecuente tras la primera consulta fue que el tratamiento psicofarmacológico permanezca igual (33%), sin tratamiento (23,7%) o con modificación del tratamiento que traían prescrito previamente (21,2%).

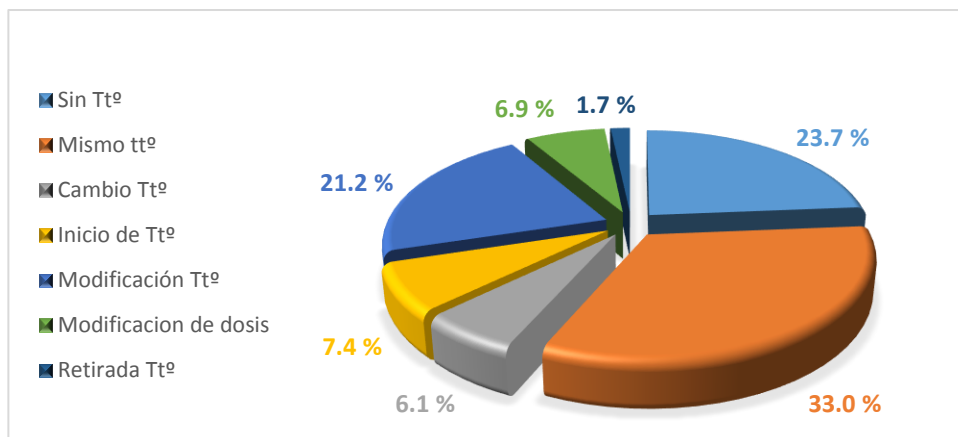


Figura 8. Tratamiento psicofarmacológico tras la primera consulta.

IV.1.2.4. Antecedentes personales de consumo de tóxicos

Se encontraron 584 (46,6 %) pacientes con antecedentes personales de consumo de tóxicos, del total de 1.253 historias en las que se recogían estos.

Separando según las distintas sustancias se encontró un 29,2% de consumo de tabaco, un 21,1% de consumo de alcohol, 20,3% de consumo de excitantes (café, té, cola), un 4,7% de consumo de cannabis, un 2,4% de consumo de cocaína, un 0,3% de consumo de drogas de diseño y un 0,2% de consumo de heroína (Figura 9).

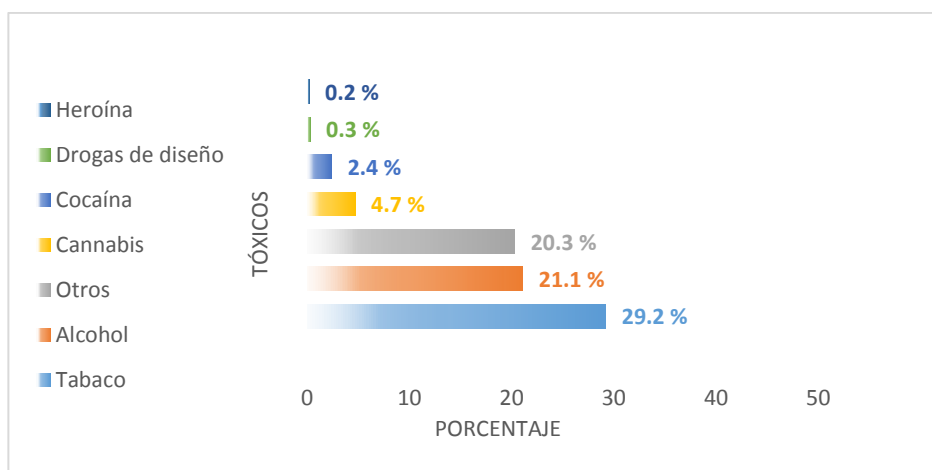


Figura 9. Porcentaje de pacientes con antecedentes de consumo de tóxicos.

De los pacientes que consumían *tabaco* (366 fumadores), se recogió el nivel de consumo diario, siendo lo más frecuente el consumo menor o igual de un paquete /día (216 pacientes, el 59% del total) seguido de un consumo superior o igual a un paquete /día (122 pacientes, 33,3%) y lo menos frecuente fue el consumo superior o igual a dos paquetes/día (28 pacientes, 7,7%).

De los pacientes que consumían *alcohol* (265 pacientes), se recogió el nivel de consumo, siendo el consumo más frecuente el esporádico (157 pacientes, 58,58%), seguido del consumo habitual (82 pacientes, 30,59%) y el consumo menos frecuente fue el consumo abusivo (29 pacientes, 10,8%).

En cuanto al consumo de *otros tóxicos* (254 pacientes), dónde se incluyó el consumo de café, té y cola, siendo el consumo más frecuente el habitual (166 pacientes 65,4%), seguido de un consumo esporádico (56 pacientes, 22,1%) y el consumo menos frecuente fue el abusivo (32 pacientes, 12,6%).

En cuanto al consumo de *cannabis* (59 pacientes), lo más frecuente fue el consumo habitual (30 pacientes, 50,9%), seguido del consumo esporádico (23 pacientes 39%) y lo menos frecuentes fue el consumo abusivo de cannabis (6 pacientes, 10,2%).

El consumo de *cocaína* se registró en 30 pacientes, lo más frecuente fue el consumo esporádico (18 pacientes, 60%), seguido de un consumo habitual (10 pacientes, 33,3%) y lo menos frecuente fue el consumo abusivo (2 pacientes, 6,7%).

El consumo de *drogas de diseño* fue registrado en 4 pacientes, teniendo en los cuatro casos un consumo esporádico. El consumo de heroína se registró en 3 pacientes, teniendo en los tres casos un consumo esporádico.

IV.1.2.5. Diagnósticos en Ejes según DSM IV-TR

Eje I. Se agruparon los distintos diagnósticos registrados en 1.499 historias clínicas en diez diagnósticos. Destacó la frecuencia de los *trastornos adaptativos* (28,5%), *sin diagnósticos en Eje I* (16,8%) y los *trastornos ansioso-depresivos* (16,1%). Siendo los trastornos menos frecuentes los *trastornos de la conducta alimentaria* y *esquizofrenia* y *otros trastornos psicóticos*, con un 0,9% y un 1,9 % respectivamente (Tabla 19).

Eje II. Se agruparon los distintos diagnósticos registrados en 1.253 historias clínicas en siete diagnósticos. Destacó la frecuencia de la *ausencia de diagnósticos* en este eje (80,6%) y dentro de los diagnosticados destacaron los *trastornos de personalidad de tipo B* (11,3%) (Tabla 19).

Eje III. Se agruparon los distintos diagnósticos registrados en 1.276 historias clínicas en siete grupos de enfermedades, resaltando la frecuencia de la *ausencia de diagnósticos* en este eje (76%) y dentro de los diagnosticados destacaron las *enfermedades del sistema musculoesquelético* (6,3%), seguidas de las *enfermedades del sistema nervioso* (5,9%) (Tabla 19).

Eje IV. Se agruparon los diagnósticos registrados en 1.253 historias clínicas en diez problemas psicosociales. Destacó la frecuencia de los *problemas relativos al grupo primario de apoyo* (43,1%), seguidos de la *ausencia de diagnóstico* (24,3%). Los problemas menos frecuentes fueron los *relacionados con la vivienda* (0,9%), otros *problemas psicosociales y ambientales* (0,4) y los *relativos a la enseñanza* (0,1%) (Tabla 19).

Como se puede observar en la tabla 20, los problemas psicosociales y ambientales se registraron en un total de 1.253 historias clínicas. Dentro de los *problemas relativos al grupo primario de apoyo* (n 540), destacó la frecuencia de los problemas en la relación de pareja (23,3%), seguidos de los problemas en la familia de origen (18,9%). Los problemas familiares y conyugales y los problemas con la familia política y de origen fueron los menos frecuentes 0,5% y 0,4% respectivamente. Dentro de los *problemas laborales* (n 124), destacó la frecuencia de los conflictos con compañeros y/o jefes (31,4%), el estrés laboral (27,5%) y el desempleo (23,4%). En cuanto a los *problemas relativos al ambiente social* (n 103), destacó la frecuencia en la dificultad de adaptación al medio (35,9%) y las escasas y/o nulas relaciones sociales (25,2%). En cuanto al *resto de los problemas psicosociales y ambientales*, destacó la frecuencia de los problemas económicos, laborales, familiares y judiciales, que suponían casi un 6% del total de la muestra (n=1.211).

Eje V. La actividad general en el Eje V se registró en 1.253 historias clínicas y agrupadas en once niveles, destacó la frecuencia de los *síntomas leves* (31,1%), *síntomas transitorios* (30,9%) y la escasa frecuencia de los síntomas más graves, como fue la *alteración de la verificación de la realidad* (0,5%), *las ideas delirantes o alucinaciones* (0,1%). También destacó la ausencia de casos con síntomas que induzcan a provocar algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo o de que exista algún peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (Tabla 19).

Eje I	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno adaptativo	428	28,5
Sin diagnóstico	252	16,8
Trastorno ansioso-depresivo	242	16,1
Trastorno de ansiedad	190	12,7
Trastorno del estado del animo	179	11,9
Diagnóstico aplazado	58	3,9
Otros	42	2,8
Trastorno relacionado con sustancias	35	2,3
Delirium, demencia, amnésico y otros	30	2,0
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	29	1,9
Trastornos de la conducta alimentaria	14	0,9
Total	1499	100,00
Eje II	Frecuencia	Porcentaje
Sin diagnóstico	1010	80,6
Trastorno Personalidad B	142	11,3
Diagnóstico aplazado	32	2,6
Trastorno Personalidad C	25	2,0
Retraso Mental	16	1,3
Trastorno mixto de la personalidad	15	1,2
Trastorno Personalidad A	10	,8
Trastorno de la personalidad no especificado	3	,2
Total	1253	100,0
Eje III	Frecuencia	Porcentaje
Sin diagnóstico	970	76,0
Enfermedad del Sistema Musculoesquelético	80	6,3
Enfermedad del Sistema Nervioso	76	5,9
Otros	51	4,0
Enfermedad del Sistema Cardiovascular	37	2,9
Neoplasias	25	1,9
Enfermedad del Endocrinas, nutricionales y metabólicas	23	1,8
Enfermedad del Aparato Digestivo	14	1,1
Total	1276	100,00
Eje IV	Frecuencia	Porcentaje
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	540	43,1
Sin diagnóstico	305	24,3
Problemas laborales	124	9,9
Problemas relativos al ambiente social	103	8,2
Problemas económicos, laborales, familiares y judiciales	73	5,8
Problemas relativos a interacción sistema legal o el crimen	49	3,9
Problemas económicos	42	3,4
Problemas de vivienda	11	,9
Otros problemas psicosociales o ambientales	5	,4
Problemas relativos a la enseñanza	1	,1
Total	1253	100,0
Eje V	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas leves	390	31,1
Síntomas transitorios o esperables	387	30,9
Síntomas moderados	218	17,4
Síntomas ausentes o mínimos	118	9,4
Sin síntomas	60	4,8
Información inadecuada	37	3,0
Síntomas graves	36	2,9
Alteración verificación de la realidad o de la comunicación	6	0,5
Ideas delirantes o alucinaciones. Alteración grave comunicación o juicio.	1	0,1
Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo	-	0,0
Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo	-	0,0
Total	1253	100

Tabla 19. Frecuencia de Diagnósticos en Ejes según DSM IV-TR en la muestra de estudio.

Eje IV		N (%)	N (%)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Relación de pareja	126 (23,3)	126 (10)
	Familia de Origen	102 (18,9)	102 (8,1)
	Enfermedad de un familiar	70 (12,0)	70 (5,6)
	Muerte de un familiar	66 (12,2)	66 (5,3)
	Ruptura familiar (separación /divorcio)	55 (10,2)	55 (4,4)
	Familia Propia	50 (9,3)	50 (4,0)
	Relación con hijos	36 (6,7)	36 (2,9)
	Ruptura relación sentimental	21 (3,9)	21 (1,7)
	Familia Política	5 (0,9)	5 (0,4)
	Familia de origen y propia	4 (0,7)	4 (0,3)
	Problema familiar y conyugal	3 (0,5)	3 (0,2)
	Familia Política y de Origen	2 (0,4)	2 (0,1)
	Total	540 (100)	1253 (43,1)
Sin Diagnóstico en eje IV	Sin Diagnóstico en eje IV	305 (100)	305 (24,3)
	Total	305 (100)	1253 (24,3)
Problemas Laborales	Conflictos Jefes/Compañeros	39 (31,4)	39 (3,1)
	Estrés Laboral	34 (27,5)	34 (2,7)
	Desempleo	29 (23,4)	29 (2,3)
	Amenaza pérdida de empleo	10 (8,1)	10 (0,8)
	Accidente Laboral	7 (5,6)	7 (0,6)
	Insatisfacción Laboral	5 (4,0)	5 (0,4)
	Total	124 (100)	1253 (9,9)
Problemas relativos al ambiente social	Dificultad adaptación el medio	37 (35,9)	37 (2,9)
	Escasas/Nulas relaciones sociales	25 (25,2)	25 (2,0)
	Dificultad en las relaciones sociales	18 (17,5)	18 (1,4)
	Vivir solo	8 (7,8)	8 (0,6)
	Apoyo social insuficiente	6 (5,8)	6 (0,5)
	Relación con amigos	5 (4,8)	5 (0,4)
	Adaptación transición ciclo vital	2 (1,9)	2 (0,2)
	Fallecimiento de un amigo	2 (1,9)	2 (0,2)
	Total	103 (100)	1253 (8,2)
Problemas económicos, laborales, familiares y judiciales	Problemas económicos, laborales, familiares y judiciales	73 (100)	73 (5,8)
	Total	73 (100)	1253 (5,8)
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen	Problemas legales	47 (95,9)	47 (3,7)
	Encarcelamiento	2 (4,1)	2 (0,2)
	Total	49 (100)	1253 (3,9)
Problemas Económicos	Economía insuficiente	31	31 (2,5)
	Deudas	9	9 (0,7)
	Ayudas socioeconómicas insuficientes	2	2 (0,2)
	Total	42 (100)	1253 (3,4)
Problemas de Vivienda	Conflictos con vecinos	10 (90,9)	10 (0,8)
	Falta de Hogar	1 (9,1)	1 (0,1)
	Total	11 (100)	1253 (0,9)
Otros Problemas Psicosociales o Ambientales	Conflictos asistenciales con servicios médicos	3 (60)	3 (0,2)
	Rechazo recurso residencial	2 (40)	2 (0,2)
	Total	5 (100)	1253 (0,4)
Problemas relativos a la enseñanza	Problemas académicos	1 (100)	1 (0,1)
	Total	1 (100)	1253 (0,1)

Tabla 20. Frecuencia de Diagnósticos en Eje IV en la muestra de estudio.

IV.1.3. Variables asistenciales.

IV.1.3.1. Características de la derivación.

En cuanto al *origen de la derivación*, se encontró que la mayoría de los pacientes de la población de estudio (n=1.584) son derivados desde Atención Primaria (1.311 pacientes, 82,8%) (Figura 10).

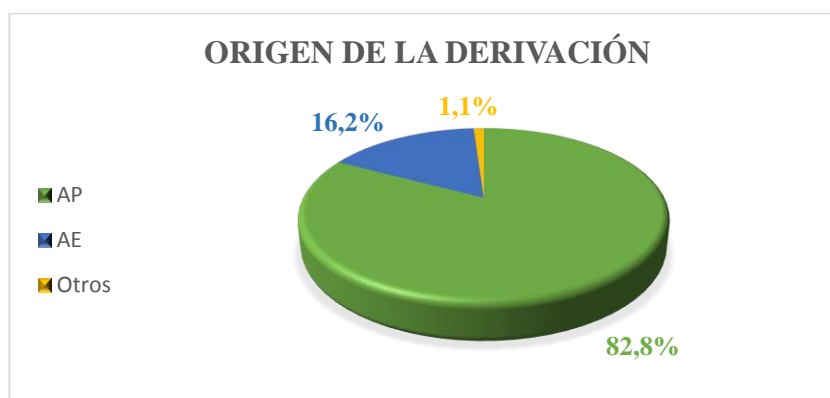


Figura 10. Origen de la derivación.

En cuanto a la *derivación procedente de atención especializada* (n= 256; 16,2%), se encontró una destacada frecuencia en las derivaciones procedentes del servicio de neurología (104 pacientes; 40,6%), seguida de las derivaciones procedentes de las urgencias de psiquiatría (34 pacientes; 13,3%). Las derivaciones menos frecuentes procedían de Cirugía, ESMIJ, Ginecología, Otorrinología y Rehabilitación con 1 paciente procedente de cada una de ellas (0,4%) (Figura 11).

En cuanto a las derivaciones *procedentes de otros servicios* (n=17, 1,1%), destacaron las procedentes del centro de orientación y planificación familiar (COPF) y las residencias de ancianos, ambas con una frecuencia de 5 pacientes (29,4%). Las derivaciones menos frecuentes procedían del CEDEX, Hospital concertado, Servicios Sociales y Unidad de trasplante, cada una de ellas con una frecuencia de 1 paciente (5,9%) (Figura 12).

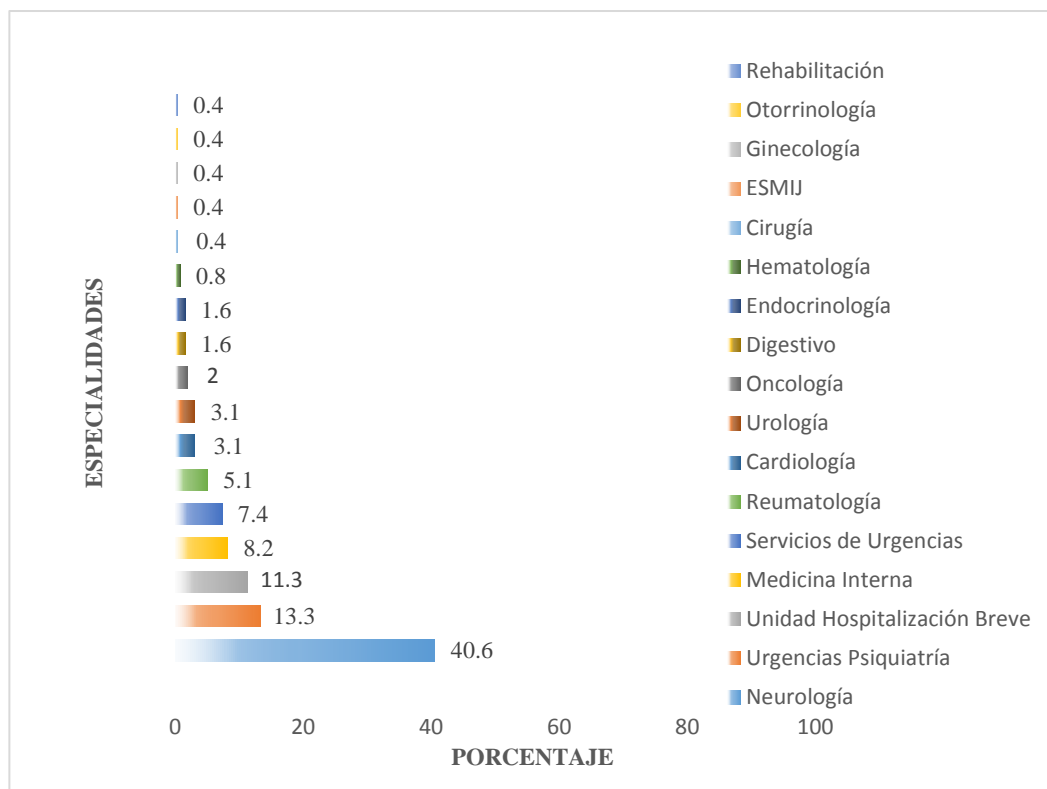


Figura 11. Derivaciones procedentes de Atención Especializada.

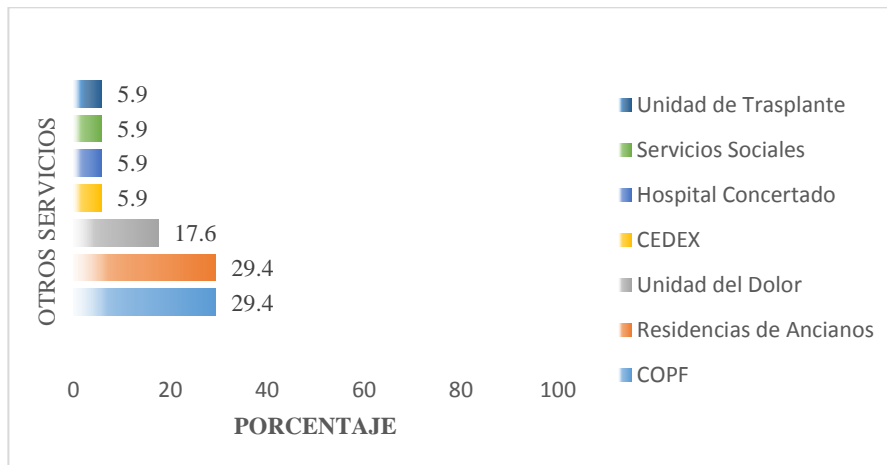


Figura 12. Derivaciones procedentes de otros Recursos.

En cuanto a *otras características de la derivación*, destacar que de un total de 1.584 derivaciones, el 66% tuvieron un carácter ordinario y en el 68,8% de los casos indicaron atención por Salud Mental, sin especificar profesional. En cuanto a los *motivos de derivación* principales, de un total de 2.492, los más frecuentes fueron por síntomas clínicos (35,2%), seguidos de valoración (34,2%). Los motivos menos frecuentes fueron por ILT (0,8%) y solicitud de informe (0,7%). La *iniciativa de consulta* se encontró

recogida en un total de 1.253 historias clínicas, la iniciativa más frecuente fue la del MAP (45,7%) seguida de la de otros profesionales (23,8%) y dentro de ellos fueron las especialidades médicas las que más frecuentemente toman la iniciativa de derivación (88,3%) (Tabla 21).

Variable	Categoría	N(%)
Carácter derivación	Ordinaria	1.045 (66)
	Preferente	539 (34)
	Total	1.584 (100)
Indicación profesional	Salud Mental	1.089 (68,8)
	Psiquiatra	281 (17,7)
	Psicólogo	198 (12,5)
	Psicología+Psiquiatría	16 (1,0)
	Total	1.584 (100)
Motivo de Derivación	Síntomas Clínicos	878 (35,2)
	Valoración	851 (34,2)
	Problema adaptativo	244 (9,8)
	Problema legal, familiar, laboral	231 (9,3)
	Tratamiento	158 (6,3)
	Otros	51 (2,1)
	Ideas/intentos de autolisis	42 (1,7)
	ILT	20 (0,8)
	Informe	17 (0,7)
	Total	2.492 (100)
Iniciativa Consulta	MAP	572 (45,7)
	Otros profesionales	298 (23,8)
	Paciente	264 (21,1)
	Familiar	119 (9,5)
	Total	1.253 (100)
Iniciativa otros profesionales	Especialidad Médica	263 (88,3)
	Recursos y Servicios Públicos	22 (7,4)
	Recursos y Servicios Privados	13 (4,4)
	Total	298 (100)

Tabla 21. Otras características de la derivación de la muestra de estudio.

A continuación se destacan, a través de figuras, de dónde parte la iniciativa de la consulta:

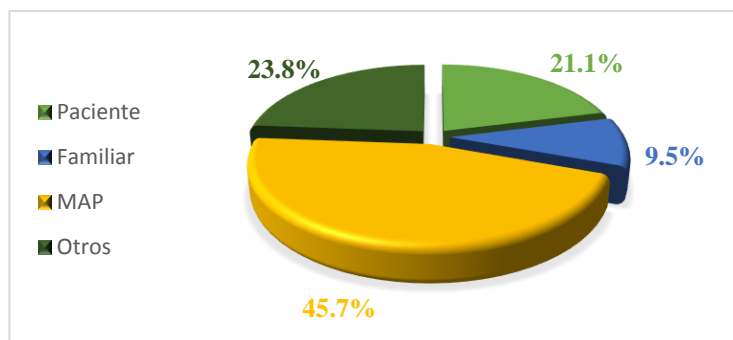


Figura 13. Iniciativa de la consulta.

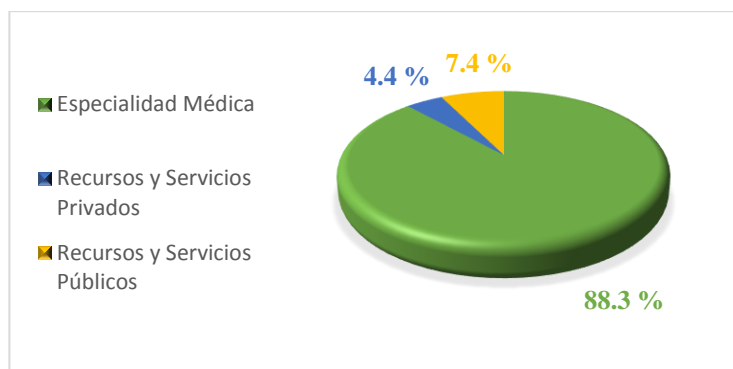


Figura 14. Iniciativa consulta de otros profesionales.

IV.1.3.2. Características de la respuesta asistencial

Del total de los 1.584 pacientes que fueron citados por primera vez en el ESM, fueron asignados a la consulta de *psiquiatría* el 56,2%, a la de *psicología* el 43,2% y a ambas consultas el 0,6%. Del total de pacientes que fueron citados por primera vez se *ausentaron* un 20,9%. En cuanto a las *altas*, tras la primera consulta se obtuvieron datos de 1.253 historias, en las que se dieron de alta el 13,9% de los pacientes. De dichas altas, el 79,3% fueron por decisión terapéutica, el 14,4% por decisión del paciente y el 9,8 % por derivación a otros servicios. El *abandono* tras la primera consulta fue de un 25,9%, dato recogido en un total de 1.253 historias clínicas. Las *derivaciones internas*, producidas tras la primera consulta, fueron recogidas en un total de 1.253 historias clínicas, siendo a la consulta de enfermería a la que más frecuentemente iban dirigidas dichas derivaciones (5,7%). A la UHB tan solo se derivó un paciente (0,1%) tras la primera consulta del total de 1.253 historias clínicas donde este dato se registraba (Tabla 22).

Variable	Categoría	N (%)
Profesional asignado	Psiquiatría	890 (56,2)
	Psicología	685 (43,2)
	Psicología/Psiquiatría	9 (0,6)
	Total	1.584 (100)
Asistencia a 1ª consulta	Asisten	1253 (79,1)
	No asisten	331 (20,9)
	Total	1.584 (100)
Alta tras la 1ª Consulta	No	1079 (86,1)
	Si	174 (13,9)
	Total	1.253 (100)
Alta derivación a otros servicios	No	157 (90,2)
	Si	17 (9,8)
	Total	174 (100)
Alta decisión terapeuta	Si	138 (79,3)
	No	36 (20,7)
	Total	174 (100)
Alta decisión paciente	No	149 (85,6)
	Si	25 (14,4)
	Total	174 (100)
Abandono	No	929 (74,1)
	Si	324 (25,9)
	Total	1.253 (100)
Derivación interna a Psicología	No	1.185 (94,6)
	Si	68 (5,4)
	Total	1.253 (100)
Derivación interna a Psiquiatría	No	1.228 (97,9)
	Si	25 (2,0)
	Total	1.253 (100)
Derivación interna a Enfermería	No	1.182 (94,3)
	Si	71 (5,7)
	Total	1.253 (100)
Derivación a UHB	No	1.252 (99,9)
	Si	1 (0,1)
	Total	1.253 (100)

Tabla 22. Características de la respuesta asistencial.

IV.1.3.3. Características de la demanda.

Del total de 1.584 historias clínicas, se obtuvieron datos relativos a las expectativas de ayuda de los pacientes en 989 historias, de las cuales, en 307 casos (31%) no presentaban expectativa alguna de ayuda y en 682 casos (69%) sí la presentaban (figura 15); de ellos se obtuvieron 719 expectativas agrupadas en cinco variables como se puede observar en la tabla 23. Las expectativas de mayor frecuencia fueron las relativas a obtener *objetivos alcanzables* (379 casos) de los cuales destacó la solución de problemas (48%), la obtención de *técnicas de ayuda* (148 casos) de las cuales destacaron

la ayuda con medicación (49%) y las expectativas de *información* (121 casos) de las cuales destacaron la obtención de asesoramiento (51,2%). Las expectativas menos frecuentes son las relativas a la obtención de *recursos y servicios* (64 casos), de las cuales destacaron la obtención de un informe sociolaboral y económico (57,8%) y la obtención de *exploraciones* (7 casos), de los cuales lo más frecuente fue la obtención de alguna exploración específica (57,1%)

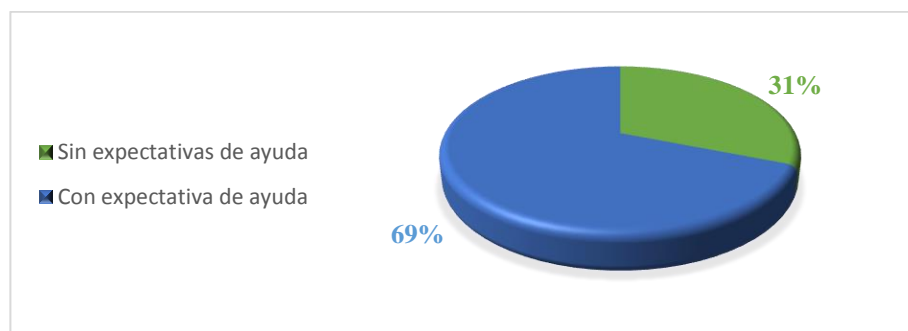


Figura 15. Expectativas de ayuda.

Variable	Categoría	N(%)	N(%)
De Objetivos alcanzables	Solución de problemas	182 (48,0)	182(25,3)
	Alcanzar objetivos	152 (40,0)	152(21,1)
	Desahogo	32 (8,4)	32 (4,4)
	Autocontrol	13 (3,4)	13 (1,8)
	Total	379 (100)	719 (100)
De Técnicas de ayuda	Con medicación	72 (49,0)	72 (10,0)
	Terapia Individual	62 (41,6)	62 (8,6)
	Psicofármacos+Psicoterapia	12 (8,1)	12 (1,6)
	Terapia familiar	2 (1,3)	2 (0,3)
	Total	148 (100)	719 (100)
De Información	Asesoramiento	62 (51,2)	62 (8,6)
	Alcance del problema	46 (38)	46 (6,4)
	Características del problema	13 (10,7)	13 (1,8)
	Total	121 (100)	719 (100)
De Recursos y Servicios	Informe Sociolaboral y económico	37 (57,8)	37 (5,1)
	Informe trámite legal	9 (14,1)	9 (1,2)
	Informe para otro servicio/especialidad	7 (10,9)	7 (1,0)
	Recursos y servicios públicos	6 (9,4)	6 (0,8)
	Abordaje especializado	5 (7,8)	5 (0,7)
	Total	64 (100)	719 (100)
De Exploraciones	Exploración específica	4 (57,1)	4 (0,6)
	Diagnóstico clínico	2 (28,6)	2 (0,3)
	Entrevista/ test psicológica	1 (14,3)	1 (0,1)
	Total	7 (100)	719 (100)

Tabla 23. Expectativas del paciente.

Para poder visualizar mejor las expectativas de ayuda, se muestran las siguientes figuras en relación a las expectativas de objetivos alcanzables, técnicas de ayuda, de información, de recursos y servicios y de exploraciones (Tablas 16-20):

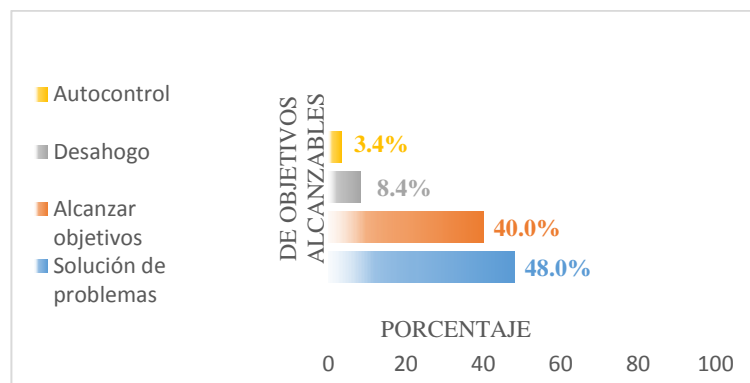


Figura 16. Expectativa de objetivos alcanzables.

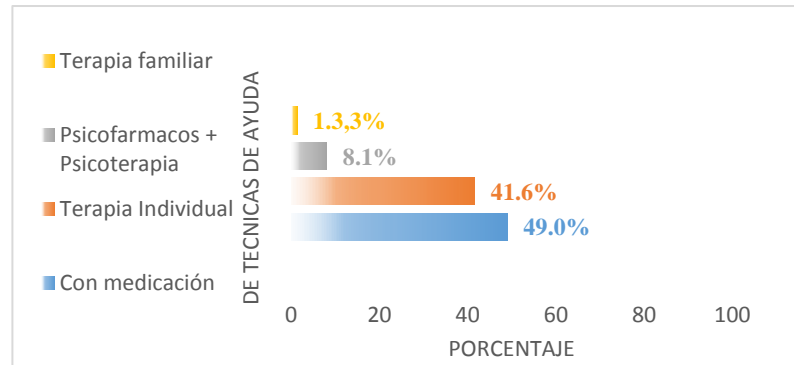


Figura 17. Expectativas de técnicas de ayuda.

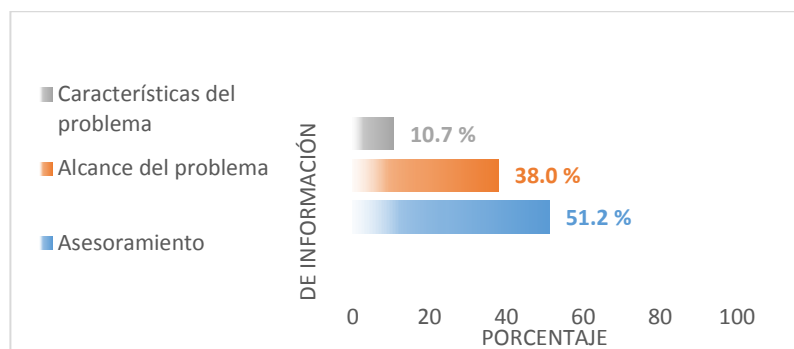


Figura 18. Expectativas de información.

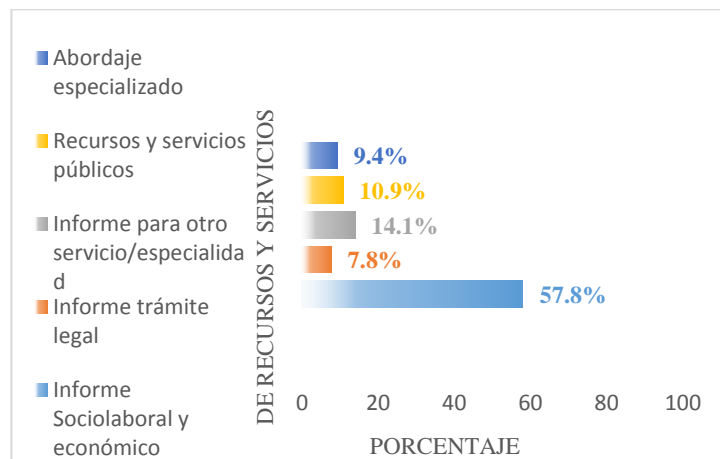


Figura 19. Expectativas de recursos y servicios.

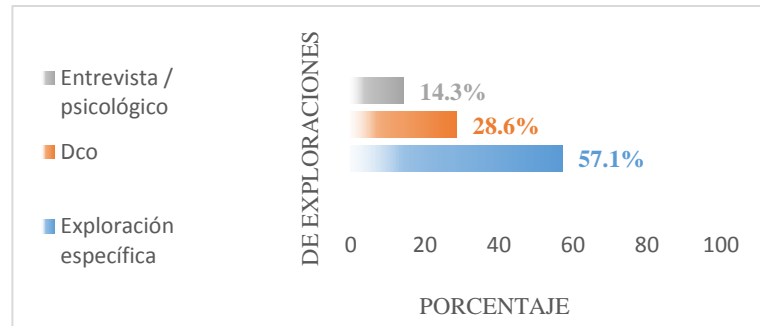


Figura 20. Expectativas de exploraciones.

IV.2. Análisis de las relaciones entre variables

En primer lugar, se realizó un análisis de correspondencias múltiples para conocer qué relación existía entre las variables del estudio, cuyos resultados se muestran a continuación.

Posteriormente se muestran los resultados obtenidos en la comparación de las variables consideradas más relevantes para este estudio. Como se indicó en la metodología hemos sometido las variables a la prueba de Chi-cuadrado (X^2) para ver si existe asociación entre ellas y con un nivel de significación de $p < 0,05$ para considerar como positiva dicha asociación.

IV.2.1. Análisis de correspondencias múltiples

El análisis de correspondencias múltiples de las características de la demanda de atención, produce un modelo en el que la edad, situación laboral, la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I, los diagnósticos principales en Eje I, el origen de la derivación, iniciativa de la consulta, la consulta asignada, abandonos y las expectativas de ayuda resultan ser las variables que más afinidad presentan (Figura 21).

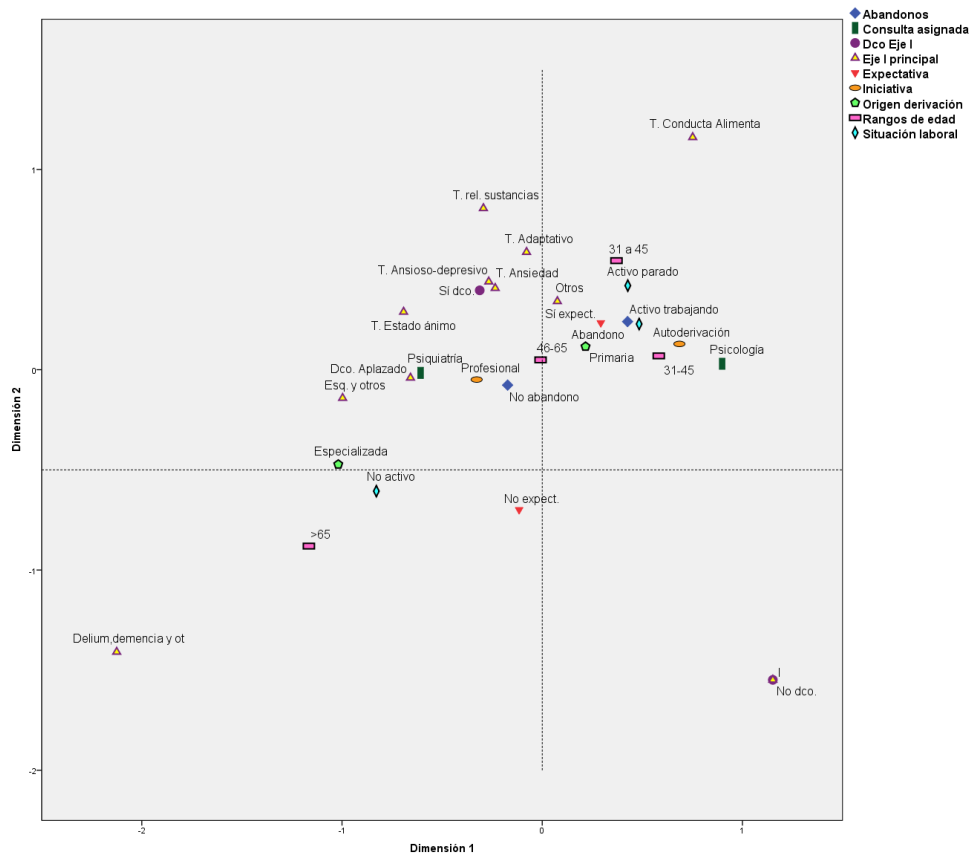


Figura 21. Gráfico bidimensional de correspondencias múltiples.

IV.2.2. Características de la demanda y su relación con el sexo

IV.2.2.1. Variables Sociodemográficas

Existieron diferencias significativas entre el sexo en cuanto a la edad, estado civil y la situación laboral ($p < 0,05$). Acudieron más mujeres a partir de los 65 años, casadas y en situación laboral no activas. Respecto al nivel académico, no existieron diferencias ($p > 0,05$), parece que la asistencia de hombres y mujeres fue independiente a su nivel académico (Tabla 24).

Variable	Categoría	Sexo (%)		p	c
		Mujer	Hombre		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	21,1	24,1	,002	,097
	31 a 45 años	28,8	30,4		
	46 a 65 años	29,0	32,0		
	> 65 años	21,2	13,5		
Estado Civil	Soltero	27,2	33,3	,004	,102
	Casado	63,2	58,3		
	Divorciado/separado	6,0	7,3		
	Viudo	3,6	1,0		
Situación Laboral	Activos trabajando	19,0	28,5	,000	,155
	Activos parados	39,5	44,6		
	No activos	41,5	27,0		
Nivel académico	Bajo	71,1	72,0	,854	,016
	Medio	20,7	19,5		
	Alto	8,1	8,5		

Tabla 24. Variables Sociodemográficas y su relación con el Sexo.

IV.2.2.2. Variables Clínicas

Aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) al analizar el sexo en función de los antecedentes personales de ingresos psiquiátricos y el tratamiento psicofarmacológico previo. Como se puede observar en la tabla 25, en los hombres fue más frecuente los antecedentes personales de ingresos psiquiátricos y la ausencia de tratamiento psicofarmacológico previo.

En cuanto a los antecedentes personales somáticos podemos observar una tendencia a ser más frecuentes en las mujeres que en los hombres (58,5% frente a 53,4%).

Variable	Categoría	Sexo (%)		p	c
		Mujer	Hombre		
Clínicas:					
AP somáticos	No	41,5	46,6	,053	,050
	Si	58,5	53,4		
AP ingresos psiquiátricos	No	95,0	90,2	,001	,093
	Si	5,0	9,8		
AP intento autolíticos	No	92,8	91,6	,468	,021
	Si	7,2	8,4		
AP atención psiquiátrica	No	70,8	70,0	,789	,008
	Si	29,2	30,0		
AF psiquiátrico general	No	62,6	65,3	,351	,028
	Si	37,4	34,7		
Tt°psicofarmacológico previo	Sin Tratamiento	29,0	37,4	,002	,087
	Con Tratamiento	71,0	62,6		
Tt°psicofarmacológico posterior	Sin Tratamiento	25,8	30,1	,095	,047
	Con Tratamiento	74,2	69,9		

Tabla 25. Variables Clínicas y su relación con el Sexo.

IV.2.2.2.1. Clasificación multiaxial según DSM-IV TR

Como se puede observar en la tabla 26, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en los diagnósticos principales en el **Eje I** ($p < 0,05$). Se puede ver cómo fue más frecuente entre las *mujeres* los diagnósticos de trastorno ansioso-depresivo y de ansiedad que entre los hombres. Entre los *hombres* fueron más frecuentes los diagnósticos de trastornos relacionados con sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo y otros. No existe relación estadísticamente significativa entre la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I con respecto al sexo ($p > 0,05$).

Existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos y los diagnósticos en **Eje II** ($p < 0,05$). El trastorno de personalidad clúster B fue más frecuente en las mujeres (13,1% frente a 8,4%). El resto de los trastornos tendieron a ser más frecuentes en los hombres.

Existió relación estadísticamente significativa entre ambos sexos y los diagnósticos en el **Eje IV** ($p < 0,05$), siendo los problemas laborales más frecuentes en el hombre (16,1% frente a 6,1%).

En cuanto al **Eje V**, los hombres tendieron a no presentar síntomas (16,4% frente a 13,6%) y sí síntomas graves (4,7% frente a 2,8%). Siendo los síntomas leves-moderados más frecuentes en las mujeres (83,6% frente a 78,9%) ($p=0,066$).

Variable	Categoría	Sexo (%)		p	c
		Mujer	Hombre		
Ejes					
Eje I	Sin Dco	19,6	21,0	,555	,017
	Con Dco	80,4	79,0		
Eje I (ppal)	Delirium, demencia, t.amnesico y otros	2,1	2,1	,000	,215
	Otros	1,0	4,6		
	T. Conducta Alimentaria	1,3	0,6		
	T. Adaptativo	33,2	32,9		
	Dco Aplazado	4,4	4,0		
	T. Ansioso-depresivo	9,1	3,8		
	T. relacionado con sustancias	0,4	3,1		
	ESQ y otros t. psicóticos	1,2	3,8		
	T. estado del animo	11,3	13,0		
	T. ansiedad	16,4	11,1		
Eje II	Trastorno Personalidad A	0,5	1,3	,003	,131
	Trastorno Personalidad B	13,1	8,4		
	Trastorno Personalidad C	1,4	2,9		
	T. personalidad no especificado	0,1	0,4		
	Retraso Mental	0,5	2,5		
	Sin Dco	80,5	80,7		
	Dco aplazado	2,4	2,7		
	Trastorno mixto de la personalidad	1,3	1,0		
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo	49,7	32,3	,000	,236
	Sin Dco	25,9	21,8		
	Problemas económicos, laborales, familiares y judiciales	4,6	7,8		
	Problemas relativos al ambiente social	6,8	10,5		
	Problemas relativos a la enseñanza	0,1	0,0		
	Problemas laborales	6,1	16,1		
	Problemas de vivienda	0,9	0,8		
	Problemas económicos	2,7	4,4		
	Problemas relativos a interacción sistema legal o el crimen	2,7	5,9		
	Otros problemas psicosociales o ambientales	0,4	0,4		
Eje V	Sin Síntomas	13,6	16,4	,066	,067
	Síntomas Leves-Moderados	83,6	78,9		
	Síntomas Graves	2,8	4,7		

Tabla 26. Diagnósticos en Ejes I, II, IV, V y su relación con el sexo.

IV.2.2.3. Variables Asistenciales

De todas las variables asistenciales estudiadas, la única variable asistencial con relación estadísticamente significativa con respecto al sexo fue el alta tras la primera consulta ($p < 0,05$), siendo más frecuente el alta en los hombres que en las mujeres (17,2% frente a 11,8%) (Tabla 27).

Variable	Categoría	Sexo (%)		p	c
		Mujer	Hombre		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	84,3	82,7	,399	,021
	AE	15,7	17,3		
Carácter derivación	Ordinaria	67,5	63,6	,109	,040
	Preferente	32,5	36,4		
Indicación profesional	Psicólogo	12,4	13,0	,438	,032
	Psiquiatra	17,0	19,3		
	SM	70,6	67,7		
Motivo de derivación	Valoración	51,0	55,0	,153	,071
	Síntomas Clínicos	27,0	22,3		
	Problema Adaptativo	10,7	10,1		
	Problema legal, familiar, laboral	7,7	8,0		
	Tratamiento	2,1	2,0		
	Otros	1,4	2,8		
Iniciativa consulta	Autoderivacion	29,9	32,0	,434	,022
	Profesional	70,1	68,0		
Profesional asignado	Psicología	44,7	41,6	,226	,030
	Psiquiatría	55,3	58,4		
Alta tras 1ª Consulta	Dados de alta	11,8	17,2	,008	,075
	Continúan en Ttº	88,2	82,8		
Abandono	Abandona	26,1	26,2	,971	,001
	No abandona	73,9	73,8		
Expectativas de ayuda	Sin expectativas	29,3	33,9	,130	,048
	Con expectativas	70,7	66,1		

Tabla 27. Variables Asistenciales y su relación con el Sexo.

IV.2.3. Características de la demanda y su relación con la procedencia de los pacientes

IV.2.3.1. Variables sociodemográficas

La variable sociodemográfica que tuvo una relación significativa ($p < 0,05$) con el medio urbano o rural fue el Nivel Académico. Existía un nivel educativo más bajo en el medio rural que en el medio urbano (77,8% frente a 69,2%), con un nivel de significación de $p = 0,009$. Se observó una tendencia en la variable Edad con respecto al medio rural,

los pacientes con edades comprendidas entre 46 y 65 años procedían con mayor frecuencia del medio rural que del medio urbano (34,5% frente a 28,5%). También se observó una tendencia en la *Actividad laboral* con respecto al medio rural, siendo más predominante en este medio la población no activa (40,7% frente a 34,1%). No se encontró relación significativa en el resto de variables sociodemográficas ($p > 0,05$) (Tabla 28).

Variable	Categoría	Medio (%)		p	c
		Urbano	Rural		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	22,8	20,8	,081	,065
	31 a 45 años	30,7	26,0		
	46 a 65 años	28,5	34,5		
	> 65 años	18,0	18,7		
Sexo	Mujer	60,9	61,9	,725	,009
	Hombre	39,1	38,1		
Convivencia	Solo	9,6	7,8	,307	,029
	Acompañado	90,4	92,2		
Estado civil	Soltero	30,4	27,4	,764	,030
	Casado	60,6	63,1		
	Divorciado/separado	6,4	6,6		
	Viudo	2,6	2,9		
Situación Laboral	Activo trabajando	22,9	21,8	,083	,063
	Activo parado	43,0	37,5		
	No activo	34,1	40,7		
Nivel Académico	Bajo	69,2	77,8	,009	,089
	Medio	21,5	16,7		
	Alto	9,4	5,5		

Tabla 28. Variables sociodemográficas y su relación con el medio de procedencia.

Para una mejor visualización de las diferencias entre los pacientes del medio urbano y rural según el nivel académico, se presenta en la siguiente figura (Figura 22).

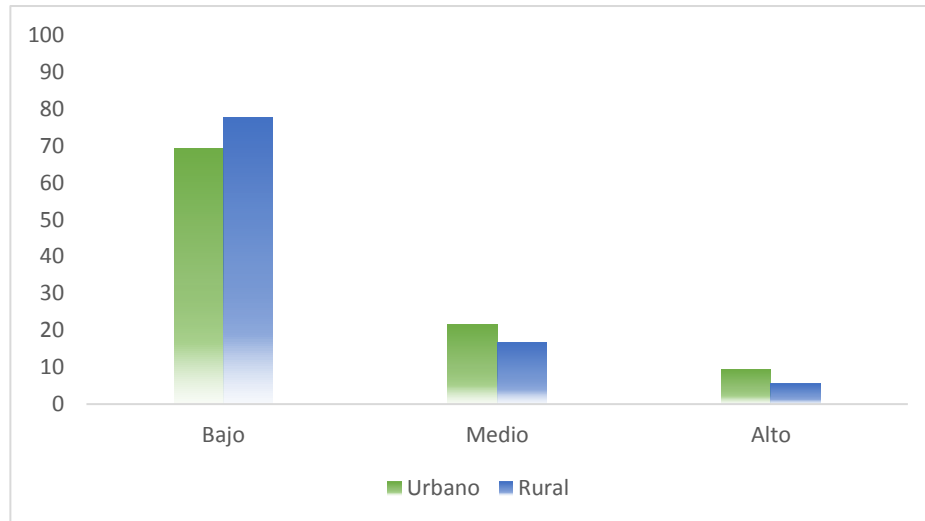


Figura 22. Niveles académicos según el medio.

IV.2.3.2 Variables Clínicas

Como se puede observar en la tabla 29, la variable clínica que se relacionó significativamente ($p < 0,05$) con la procedencia de los pacientes es el Tratamiento psicofarmacológico previo, siendo más frecuente en el medio rural que los pacientes acudieran con tratamiento psicofarmacológico previamente prescrito (72,1% frente a 66,3%). Parece existir una tendencia en cuanto a los antecedentes personales de atención psicológica recibida, asistiendo con mayor frecuencia a consultas privadas los pacientes procedentes del medio rural (85,5% frente a 74,9%) ($p = 0,068$).

Variable	Categoría	Medio (%)		p	c
		Urbano	Rural		
Clínicas:					
AP somáticos	No	34,3	29,6	,116	,044
	Si	65,7	70,4		
AP ingresos psiquiátricos	No	93,1	93,4	,861	,005
	Si	6,9	6,6		
AP intento autolíticos	No	92,2	92,8	,712	,011
	Si	7,8	7,2		
AP atención psiquiátrica	No	71,1	68,9	,441	,022
	Si	28,9	31,1		
AF psiquiátrico general	No	63,4	64,3	,790	,008
	Si	36,6	35,7		
Tt° psicofarmacológico previo	Sin Tratamiento	33,7	27,9	,048	,056
	Con Tratamiento	66,3	72,1		
Tt° psicofarmacológico posterior	Sin Tratamiento	28,2	24,7	,217	,035
	Con Tratamiento	71,8	75,3		
AP Tt° psicoterapéutico	No	78,0	80,2	,403	,024
	Si	22,0	19,8		
AP atención psicológica recibida	Público	25,1	14,5	,068	,111
	Privado	74,9	85,5		
Consumo de Tóxicos	No	52,2	56,6	,157	,040
	SI	47,8	43,4		

Tabla 29. Variables Clínicas y su relación con el medio de procedencia.

IV.2.3.2.1. Clasificación multiaxial según DSM-IV TR

En cuanto a la variable **Eje I** se puede observar que existían diferencias significativas en cuanto al medio urbano o rural ($p < 0,05$). En la tabla 30, se muestra como el proceder del medio rural se relacionó más con los diagnósticos de trastorno ansiedad (17,8% frente a 13%), trastorno del estado del ánimo (15,5% frente a 10,6%), trastorno ansioso-depresivo (8% frente a 6,7%) y trastorno de la conducta alimentaria (1,4% frente a 0,9%). Los trastornos adaptativos fueron más frecuentes en el medio urbano (35% frente a 28,2%). No existió relación estadísticamente significativa entre la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I con respecto al medio ($p > 0,05$)

Variable	Categoría	Medio (%)		p	c
		Urbano	Rural		
Ejes					
Eje I	Sin Dco	20,7	18,7	,432	,022
	Con Dco	79,3	81,3		
Eje I (ppal)	Delirium, demencia, t.amnesico y otros	2,0	2,3	,029	,125
	Otros	2,2	2,9		
	T. Conducta Alimentaria	0,9	1,4		
	T. Adaptativo	35,0	28,2		
	Dco Aplazado	4,6	3,2		
	T. Ansioso-depresivo	6,7	8,0		
	T. relacionado con sustancias	1,8	0,6		
	ESQ y otros t. psicóticos	2,4	1,4		
	T. estado del animo	10,6	15,5		
	T. ansiedad	13,0	17,8		

Tabla 30. Diagnósticos en Eje I y su relación con el medio de procedencia.

En cuanto a la variable **Eje II**, los diagnósticos no se relacionaron significativamente con pertenecer al medio urbano o rural. En la variable **Eje III**, se puede observar cómo los pacientes con enfermedad del sistema nervioso tendieron a proceder del medio rural (7,8% frente a 5,1%) ($p= 0,069$) (Tabla 31).

Variable	Categoría	Medio (%)		p	c
		Urbano	Rural		
Eje II	Trastorno Personalidad A	1,0	0,3	,139	,093
	Trastorno Personalidad B	10,4	13,8		
	Trastorno Personalidad C	1,8	2,6		
	T. personalidad no especificado	0,3	0,0		
	Retraso Mental	1,1	1,7		
	Sin Dco	81,2	79,0		
	Dco aplazado	3,1	1,1		
	Trastorno mixto de la personalidad	1,1	1,4		
Eje III (ppal)	Enf. Aparato Digestivo	1,0	1,1	,069	,547
	Enf. Sistema Musculoesquelético	5,9	6,0		
	Sin Dco	78,5	74,7		
	Neoplasias	2,0	2,0		
	Otros	3,4	4,0		
	Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,1	2,0		
	Enf. Sistema Nervioso	5,1	7,8		
	Enf. Sistema Cardiovascular	3,1	2,3		

Tabla 31. Diagnósticos en Ejes II, III y su relación con el medio de procedencia.

En cuanto a la variable **Eje IV**, podemos observar cómo existió una relación estadísticamente significativa con el medio ($p < 0,05$). Se puede observar en la tabla 32, como proceder del medio rural se relacionó más con la ausencia de diagnóstico en este Eje (31,3% frente a 21,7%) y dentro de los diagnósticos en este Eje, fue más frecuente en el medio rural los problemas relacionados con la vivienda (1,4% frente a 0,7%) y los relativos a interacción con el sistema legal o el crimen (4,3% frente a 3,8%).

En cuanto a la evaluación de la actividad global en el **Eje V**, se podría afirmar que no existieron diferencias en cuanto a proceder del medio urbano o rural ($p = 0,990$).

Variable	Categoría	Medio (%)		p	c
		Urbano	Rural		
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo	44,0	40,8	,003	,140
	Sin Dco	21,7	31,3		
	Problemas económicos, laborales, familiares y judiciales	6,4	4,3		
	Problemas relativos al ambiente social	8,2	8,3		
	Problemas relativos a la enseñanza	0,0	0,3		
	Problemas laborales	11,3	6,3		
	Problemas de vivienda	0,7	1,4		
	Problemas económicos	3,5	2,9		
	Problemas relativos a interacción sistema legal o el crimen	3,8	4,3		
	Otros problemas psicosociales o ambientales	0,6	0,0		
	Eje V	Sin Síntomas	14,7		
Síntomas Leves-Moderados		81,7	82,1		
Síntomas Graves		3,5	3,5		

Tabla 32. Diagnósticos en Ejes IV, V y su relación con el medio de procedencia.

IV.2.3.3 Variables Asistenciales

Las variables asistenciales que se relacionan con la procedencia de los pacientes fueron: el origen de la derivación, la iniciativa de consulta y profesional asignado. En la tabla 33 se muestra como las derivaciones procedentes de Atención Especializada fueron más frecuentes en el medio rural (20,4% frente a 14,8%).

La iniciativa de solicitar consulta partió con mayor frecuencia de los profesionales en el medio rural (74,1% frente a 67,4%) y principalmente esta iniciativa partió de otros profesionales y no del MAP (Figura 23), mientras que la iniciativa propia o de la familia fue más frecuente en el medio urbano (32,4% frente a 25,9%).

La consulta de psiquiatría fue asignada con mayor frecuencia a los pacientes procedentes del medio rural (66,4% frente a 52,7%) y la consulta de psicología fue asignada con mayor frecuencia a los pacientes procedentes del medio urbano (47,3% frente a 33,6%) ($p>0,05$).

En cuanto al resto de variables asistenciales no existieron diferencias significativas ($p>0,05$).

Variable	Categoría	Medio (%)		p	c
		Urbano	Rural		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	85,2	79,6	,007	,068
	AE	14,8	20,4		
Carácter derivación	Ordinaria	66,5	64,6	,480	,018
	Preferente	33,5	35,4		
Indicación profesional	Psicólogo	13,3	10,8	,319	,038
	Psiquiatra	18,2	17,2		
	SM	68,5	72		
Iniciativa consulta	Autoderivacion	32,4	25,9	,025	,063
	Profesional	67,6	74,1		
Profesional asignado	Psicología	47,3	33,6	,000	,123
	Psiquiatría	52,7	66,4		
Asistencia 1ª consulta	Asistencia	79,0	79,5	,833	,005
	Ausencia	21,0	20,5		
Alta tras 1ª Consulta	Dados de alta	13,7	14,4	,760	,009
	Continúan en Tratamiento	86,3	85,6		
Abandono	Abandona	26,6	23,9	,314	,028
	No abandona	73,4	76,1		
Expectativas de ayuda	Sin expectativas	30,6	31,5	,792	,008
	Con expectativas	69,4	68,5		

Tabla 33. Variables asistenciales y su relación con el medio de procedencia.

Para una mejor visualización de las diferencias entre los pacientes del medio urbano y rural según la iniciativa de la consulta, se refleja en la figura 23.

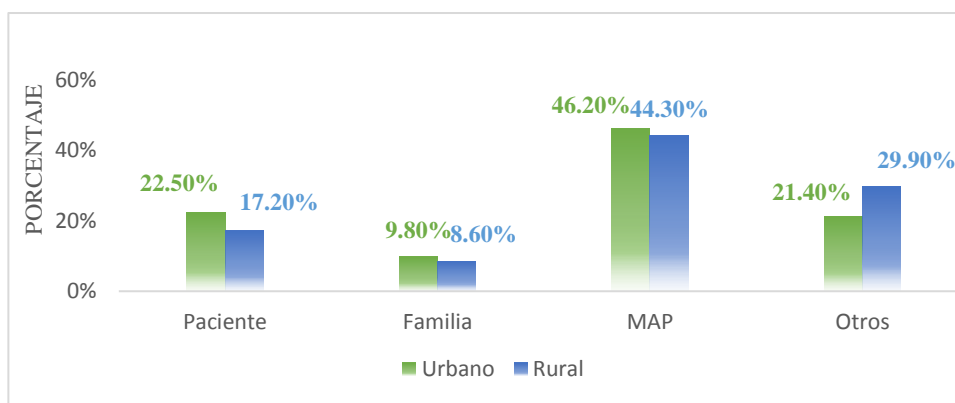


Figura 23. Iniciativa de consulta y su relación con el medio de procedencia.

IV.2.4. Características de la demanda y su relación con la ausencia o presencia de diagnóstico de enfermedad mental en Eje I

IV.2.4.1. Variables Sociodemográficas.

Las variables sociodemográficas que se relacionaron de forma significativa con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I ($p < 0,05$) fue el estado civil. Como se puede observar en la tabla 34 el estado civil se relacionó con la ausencia de diagnóstico en Eje I, siendo más frecuente el estar soltero (35,9% frente a 27,7%) o divorciado/separado (7,2% frente a 6,4%) entre los pacientes con ausencia de diagnóstico en Eje I. Destacar también una tendencia en la variable Edad con respecto a la ausencia de diagnóstico en Eje I. Los pacientes con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años presentan mayor ausencia de diagnóstico.

Variable	Categoría	Sexo (%)		p	c
		Sin Dco	Con Dco		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	25,0	18,4	,083	,073
	31 a 45 años	25,0	28,9		
	46 a 65 años	32,5	32,0		
	> 65 años	17,5	20,8		
Sexo	Mujer	60,3	62,3	,555	,017
	Hombre	39,7	37,7		
Estado Civil	Soltero	35,9	27,7	,047	,080
	Casado	55,4	63,0		
	Divorciado/separado	7,2	6,4		
	Viudo	1,6	2,9		
Situación Laboral	Activos trabajando	27,1	21,6	,125	,058
	Activos parados	41,0	41,4		
	No activos	31,0	37,0		
Nivel académico	Bajo	70,2	71,9	,547	,032
	Medio	22,4	19,6		
	Alto	7,3	8,5		

Tabla 34. Variables Sociodemográficas y su relación con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I.

IV.2.4.2. Variables Clínicas

Las variables clínicas que se relacionaron de forma significativa con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I ($p < 0,05$) fueron los antecedentes personales de ingresos psiquiátricos, de intento de autolisis, de atención psiquiátrica, tipo de atención psicológica recibida y con el tratamiento psicofarmacológico previo y posterior. Como podemos observar en la tabla 35, el tener antecedentes personales de ingresos psiquiátricos, autolíticos o de atención psiquiátrica se relacionó con la presencia de diagnóstico en Eje I ($p < 0,05$). No existió relación entre los antecedentes personales de atención psicológica con la presencia o ausencia de diagnóstico en el Eje I ($p > 0,05$), sin embargo sí existió relación en cuanto al tipo de atención psicológica, siendo más frecuente los antecedentes de asistencia psicológica a nivel privado, de los pacientes con ausencia de diagnóstico en Eje I ($p < 0,05$) (Figura 24).

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico fue más frecuente que los pacientes sin tratamiento psicofarmacológico previo no tuvieran diagnóstico en Eje I (59,1% frente a 25,3%). En cuanto al tratamiento psicofarmacológico posterior, fue más frecuente que los pacientes que tras la primera consulta tenían pautado tratamiento tuvieran diagnóstico en Eje I (82,0% frente a 36,1%).

En cuanto al *tratamiento previo* los pacientes con diagnóstico en Eje I presentaban tratamiento con benzodiazepinas en mayor proporción que los pacientes sin diagnóstico en dicho eje (14,5% frente a 13,5%) y mayor proporción de tratamiento combinado BZD±AD±Antipsicótico±Otros, (49,5% frente a 20,6%).

En cuanto al *tratamiento posterior* los pacientes sin diagnóstico en Eje I presentaban tratamiento con benzodiazepinas en mayor proporción que los pacientes con diagnóstico en dicho eje (11,5% frente a 7,9%) y mayor proporción de tratamiento combinado BZD±AD±Antipsicótico±Otros, que en los pacientes con diagnóstico (59,1% frente a 17,5%).

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico tras la 1ª consulta los pacientes sin diagnóstico en Eje I permanecían sin tratamiento o se producía una retirada del mismo, siendo la variable clínica que mayor nivel de asociación presenta ($c=0,413$).

Variable	Categoría	Dco Eje I (%)		p	c
		Sin Dco	Con Dco		
Clínicas:					
AP ingresos psiquiátricos	No	98,7	91,8	,000	,108
	Si	1,3	8,2		
AP intento autolíticos	No	97,9	91,0	,000	,103
	Si	2,1	9,0		
AP atención psiquiátrica	No	79,4	65,4	,000	,148
	Si	20,6	34,6		
AP Tt° psicoterapéutico	No	81,0	78,0	,311	,029
	Si	19,0	22,0		
AP atención psicológica recibida	Público	10,4	25,0	,028	,133
	Privado	89,6	75,0		
Tt° psicofarmacológico Previo	Sin Tratamiento	59,1	25,3	,000	,279
	Con Tratamiento	49,9	74,7		
Tt° psicofarmacológico posterior	Sin Tratamiento	63,9	18,0	,000	,382
	Con Tratamiento	36,1	82,0		
Tt° psicofarmacológico previo	Ninguno	59,1	25,3	,000	,290
	BZD	13,5	14,5		
	AD	6,7	9,8		
	Antipsicótico	0,0	1,0		
	BZD±AD±Antipsicótico±Otros	20,6	49,5		
Tt° psicofarmacológico posterior	Ninguno	63,9	18,0	,000	,399
	BZD	11,5	7,9		
	AD	7,1	14,0		
	Antipsicótico	0,0	1,0		
	BZD±AD±Antipsicótico±Otros	17,5	59,1		
Tt° psicofarmacológico tras 1ª consulta	Permanece sin tratamiento	56,3	15,5	,000	,413
	Permanece mismo tratamiento	31,7	33,3		
	Cambio fármacos	1,2	7,4		
	Inicio de tratamiento	2,0	8,8		
	Modificación de tratamiento	2,8	25,9		
	Modificación de dosis	0,8	8,4		
	Retirada de tratamiento	5,2	0,8		

Tabla 35. Variables Clínicas y su relación con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I.

Para una mejor visualización de las diferencias entre los pacientes con y sin diagnóstico en Eje I según los antecedentes personales de atención psicológica y según la intervención psicofarmacológica tras la 1ª consulta se refleja en las figuras 24 y 25.

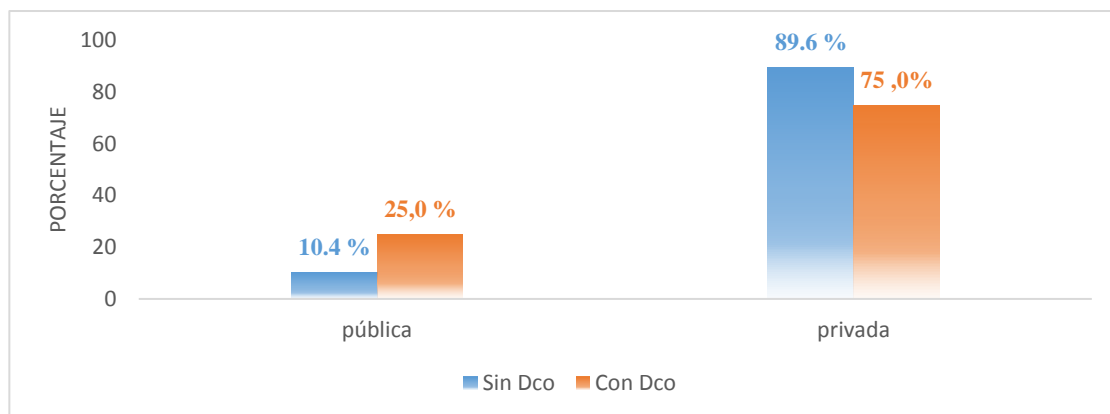


Figura 24. Antecedentes personales de atención psicológica en relación a la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I.

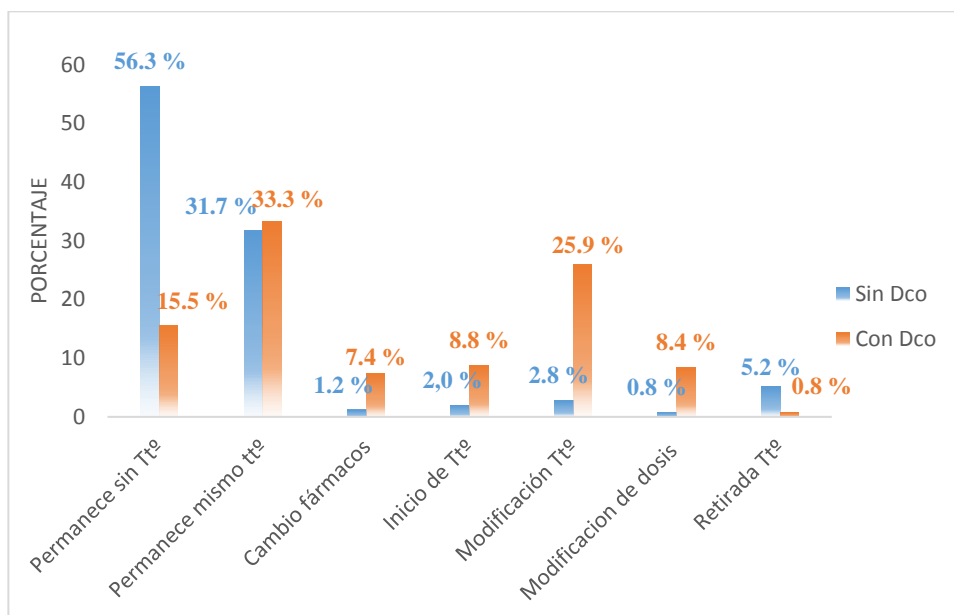


Figura 25. Tratamiento psicofarmacológico tras la 1ª consulta.

IV.2.4.3. Variables Asistenciales

Como se puede observar en la tabla 36 todas las variables asistenciales estudiadas presentaron relación estadísticamente significativa con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I ($p < 0,05$), excepto los abandonos tras la primera consulta, que parecen no tener relación ($p > 0,05$). Los pacientes *sin diagnóstico en Eje I* fueron derivados con mayor frecuencia desde atención primaria (87,2% frente a 79,8%), con un *carácter ordinario* (75,0% frente a 62,9%), la iniciativa de consulta partió fundamentalmente de ellos o de sus familiares (42,9% frente a 27,5%), el profesional asignado fue principalmente psicología (68,3% frente a 31,9%), fueron dados de alta con

mayor frecuencia (43,3% frente a 6,5 %) y acudieron sin expectativas de ayuda (40% frente a 27,8).

Variable	Categoría	Dco Eje I (%)		p	c
		Sin Dco	Con Dco		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	87,2	79,8	,008	,076
	AE	12,8	20,2		
Carácter derivación	Ordinaria	75,0	62,9	,000	,101
	Preferente	25,0	37,1		
Iniciativa consulta	Paciente /familia	42,9	27,5	,000	,133
	Profesional	57,1	72,5		
Profesional asignado	Psicología	68,3	31,9	,000	,286
	Psiquiatría	31,7	68,1		
Alta tras 1ª Consulta	Dados de alta	43,3	6,5	,000	,392
	Continúan en Ttº	56,7	93,5		
Abandono	Abandona	26,6	25,7	,767	,008
	No abandona	73,4	74,3		
Expectativas de ayuda	Sin expectativas	40,0	27,8	,000	,114
	Con expectativas	60,0	72,2		

Tabla 36. Variables Asistenciales y su relación con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I.

IV.2.5. Características de la demanda y su relación con el carácter de la derivación

IV.2.5.1. Variables Sociodemográficas

En la tabla 37 se muestra que ninguna variable sociodemográfica estudiada tuvo relación significativa con el carácter de la demanda ($p > 0,05$).

Variable	Categoría	Carácter Derivación (%)		p	c
		Ordinaria	Preferente		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	22,5	21,7	,667	,031
	31 a 45 años	29,3	29,7		
	46 a 65 años	29,4	31,7		
	> 65 años	18,9	16,9		
Sexo	Mujer	62,6	58,4	,109	,040
	Hombre	37,4	41,6		
Situación Laboral	Activo trabajando	22,9	22,0	,632	,027
	Activo parado	40,5	43,3		
	No activo	36,6	34,7		

Tabla 37. Variables Sociodemográficas y su relación con el carácter de la demanda.

IV.2.5.2. Variables Clínicas

Las variables clínicas que se relacionaron de forma significativa con el carácter de la demanda ($p < 0,05$) fueron los antecedentes personales de ingresos psiquiátricos, de intento de suicidio, de atención psiquiátrica y con el tratamiento psicofarmacológico previo y posterior. Como se puede observar en la tabla 38, el tener antecedentes personales de ingresos psiquiátricos, autolíticos o de atención psiquiátrica se relacionó con el carácter preferente ($p < 0,05$). No se encontró relación con los antecedentes personales de tratamiento psicoterapéutico previo ni con el tipo de atención psicológica recibida.

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, fue más frecuente que los pacientes con tratamiento previo y posterior accedieran de forma preferente (Tabla 38).

Variable	Categoría	Carácter Derivación (%)		p	c
		Ordinaria	Preferente		
Clínicas:					
AP ingresos psiquiátricos	No	95,3	89,3	,000	,112
	Si	4,7	10,7		
AP intento autolíticos	No	94,6	88,2	,000	,114
	Si	5,4	11,8		
AP atención psiquiátrica	No	73,5	64,8	,002	,091
	Si	26,5	35,2		
AP Ttº psicoterapéutico	No	79,5	77,2	,349	,026
	Si	20,5	22,8		
AP atención psicológica recibida	Público	24,3	19,2	,337	,059
	Privado	75,7	80,8		
Ttº psicofarmacológico Previo	Sin Tratamiento	36,3	24,7	,000	,117
	Con Tratamiento	63,7	75,3		
Ttº psicofarmacológico posterior	Sin Tratamiento	30,9	21,0	,000	,105
	Con Tratamiento	69,1	79,0		

Tabla 38. Variables Clínicas y su relación con el carácter de la demanda.

IV.2.5.2.1. Clasificación multiaxial según DSM-IV TR

En cuanto a la variable **Eje I**, existieron diferencias significativas en cuanto al carácter de la derivación ($p < 0,05$). Como ya se vio anteriormente en el análisis de relación con el diagnóstico de enfermedad mental en Eje I, los pacientes sin diagnóstico en Eje I eran derivados de forma ordinaria. Como se puede observar en la tabla 39 las derivaciones de carácter preferente se relacionaron más con los siguientes diagnósticos:

Trastornos adaptativos (35,7% frente a 31,7%), trastorno ansioso-depresivo (8,5% frente a 6,3%), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (3,2% frente a 1,6%) y trastornos del estado de ánimo (14,7% frente a 10,5). Las derivaciones de carácter ordinario se relacionaron más con los trastornos de ansiedad (15,6% frente a 12%).

En cuanto a los **Ejes II y IV**, los diagnósticos no se relacionaron de forma significativa ($p > 0,05$) con el carácter de la derivación. En la variable **Eje V**, se puede observar cómo los pacientes que presentaron síntomas graves eran derivados de forma preferente (6,8% frente a 1,8%) y los pacientes sin síntomas eran derivados de forma ordinaria (17,2% frente a 9,9%).

Variable	Categoría	Carácter Derivación (%)		p	c
		Ordinaria	Preferente		
Ejes					
Eje I (ppal)	Delirium, demencia, t.amnésico y otros	1,3	3,5	,000	,168
	Otros	2,9	1,4		
	T. Conducta Alimentaria	1,0	1,2		
	T. Adaptativo	31,7	35,7		
	Dco Aplazado	4,8	3,2		
	T. Ansioso-depresivo	6,3	8,5		
	T. relacionado con sustancias	1,1	2,1		
	ESQ y otros t. psicóticos	1,6	3,2		
	T. estado del animo	10,5	14,7		
	T. ansiedad	15,6	12,0		
	Eje II	Trastorno Personalidad A	0,6		
Trastorno Personalidad B		9,6	14,5		
Trastorno Personalidad C		2,1	1,8		
T. personalidad no especificado		0,2	0,2		
Retraso Mental		1,3	1,2		
Sin Dco		82,4	77,2		
Dco aplazado		2,4	2,8		
Trastorno mixto de la personalidad		1,2	1,2		
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo	42,9	43,5	,770	,067
	Sin Dco	25,0	23,0		
	Problemas económicos, laborales, familiares y judiciales	6,2	5,1		
	Problemas relativos al ambiente social	8,4	7,8		
	Problemas relativos a la enseñanza	0,1	0,0		
	Problemas laborales	8,9	11,8		
	Problemas de vivienda	0,9	0,9		
	Problemas económicos	3,7	2,8		
	Problemas relativos a interacción sistema legal o el crimen	3,5	4,6		
	Otros problemas psicosociales o ambientales	0,4	0,5		
Eje V	Sin Síntomas	17,2	9,9	,000	,156
	Síntomas Leves-Moderados	81,0	83,3		
	Síntomas Graves	1,8	6,8		

Tabla 39. Diagnósticos en Ejes I, II, IV V y su relación con el carácter de la demanda.

IV.2.5.3. Variables Asistenciales

Las variables asistenciales que se relacionaron de forma significativa ($p < 0,05$) con el carácter de la derivación fueron: la indicación del profesional, la iniciativa de

consulta y el profesional asignado. Las derivaciones preferentes solicitaban atención por parte de Salud Mental (75,0% frente a 66,6%), la iniciativa de consulta la tomaban los profesionales (72,8% frente a 67,4%) y eran asignadas a la consulta de psiquiatría (65,4% frente a 52,0%). Se puede observar una tendencia en la variable origen de la derivación con respecto al carácter de la misma, los pacientes que fueron derivados con carácter preferente procedían con mayor frecuencia de atención primaria (86,1% frente a 82,4%) y las de carácter ordinario procedían con mayor frecuencia de atención especializada (17,6% frente a 13,9%). No se encontró relación significativa con el resto de las variables asistenciales ($p>0,05$) (Tabla 40).

Variable	Categoría	Carácter Derivación (%)		p	c
		Ordinaria	Preferente		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	82,4	86,1	,064	,047
	AE	17,6	13,9		
Indicación profesional	Psicólogo	12,9	12,1	,001	,096
	Psiquiatra	20,4	13,0		
	SM	66,6	75,0		
Iniciativa consulta	Autoderivación	32,6	27,2	,050	,055
	Profesional	67,4	72,8		
Profesional asignado	Psicología	48,0	34,6	,000	,127
	Psiquiatría	52,0	65,4		
Asistencia 1ª consulta	Asistencia	78,4	80,5	,320	,025
	Ausencia	21,6	19,5		
Alta tras 1ª Consulta	Dados de alta	14,7	12,2	,224	,034
	Continúan en Trº	85,3	87,8		
Abandono	Abandona	27,2	24,0	,212	,035
	No abandona	72,8	76,0		
Expectativas de ayuda	Sin expectativas	30,2	32,7	,417	,026
	Con expectativas	69,8	67,3		

Tabla 40. Variables asistenciales y su relación con el carácter de la demanda.

IV.2.6. Características de la demanda y su relación con el profesional asignado

IV.2.6.1. Variables Sociodemográficas

En la tabla 41 se observa como las variables sociodemográficas que se relacionaron de forma significativa ($p<0,05$) con la consulta asignada fueron: la edad y la situación laboral. Los pacientes más jóvenes fueron asignados a la consulta de psicología (33,0% frente a 13,8%) y los pacientes de mayor edad fueron asignados a la

consulta de psiquiatría (29,3% frente a 3,9%). Los pacientes con situación laboral de no activos fueron asignados a la consulta de psiquiatría (48,8% frente a 16,6%).

Variable	Categoría	Consulta asignada (%)		p	c
		Psicol	Psiqu		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	33,0	13,8	,000	,352
	31 a 45 años	36,1	24,3		
	46 a 65 años	27,0	32,6		
	> 65 años	3,9	29,3		
Sexo	Mujer	62,8	59,8	,226	,030
	Hombre	37,2	40,2		
Situación Laboral	Activo trabajando	29,4	17,9	,000	,312
	Activo parado	54,0	33,3		
	No activo	16,6	48,8		

Tabla 41. Variables Sociodemográfica y su relación con el profesional asignado

IV.2.6.2. Variables Clínicas

Todas las variables clínicas estudiadas tuvieron una relación significativa ($p < 0,05$) con la consulta asignada, excepto el tener antecedentes familiares psiquiátricos ($p > 0,05$) (Tabla 42).

Fueron asignados a la consulta de psiquiatría con mayor frecuencia los pacientes con antecedentes personales somáticos (75,7% frente a 54,2%), de ingresos psiquiátricos (9,9% frente a 1,5%), de intentos autolíticos (10,4% frente a 2,9%), de atención psiquiátrica (34,6% frente a 20,6%); y a la consulta de psicología a los pacientes con antecedentes personales de tratamiento psicoterapéutico previo (24,9% frente a 18,8%).

Variable	Categoría	Consulta asignada (%)		p	c
		Psicol	Psiqu		
Clínicas:					
AP somáticos	No	45,8	24,3	,000	,218
	Si	54,2	75,7		
AP ingresos psiquiátricos	No	98,5	90,1	,000	,161
	Si	1,5	9,9		
AP intento autolíticos	No	97,1	89,6	,000	,137
	Si	2,9	10,4		
AP atención psiquiátrica	No	79,4	65,4	,000	,148
	Si	20,6	34,6		
AF psiquiátrico general	No	63,5	64,2	,811	,007
	Si	36,5	35,8		
AP Ttº psicoterapéutico	No	75,1	82,1	,009	,073
	Si	24,9	18,8		

Tabla 42. Variables Clínicas y su relación con el profesional asignado.

IV.2.6.2.1. Clasificación multiaxial según DSM-IV RT

En relación a la presencia o ausencia de diagnóstico en **Eje I**, se puede observar en la tabla 36, cómo existió un relación significativa con la asignación de la consulta ($p < 0,05$). A la consulta de psiquiatría fueron asignados en mayor proporción los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (96,3% frente a 3,7%) y los trastornos del estado de ánimo (92% frente a 8%) (Tabla 43).

En relación a los diagnósticos en **Eje II**, se puede afirmar que existió una relación significativa con la consulta asignada ($p < 0,05$). Todos los diagnósticos en Eje II fueron asignados en mayor proporción a la consulta de psiquiatría, excepto el trastorno de personalidad no especificado, que fue asignado en mayor proporción a la consulta de psicología (66,7% frente a 33,3%) (Tabla 41).

Variable	Categoría	Consulta asignada (%)		p	c
		Psicol	Psiqu		
Ejes					
Eje I (ppal)	Delirium, demencia, t.amnesico y otros	0,0	100,0	,000	,370
	Otros	56,7	43,3		
	T. Conducta Alimentaria	61,5	38,5		
	T. Adaptativo	40,7	59,3		
	Dco Aplazado	34,0	66,0		
	T. Ansioso-depresivo	32,6	67,4		
	T. relacionado con sustancias	11,1	88,9		
	ESQ y otros t. psicóticos	3,7	96,3		
	T. estado del animo	8,0	92,0		
	T. ansiedad	35,6	64,4		
Eje II	Trastorno Personalidad A	22,2	77,8	,000	,214
	Trastorno Personalidad B	15,2	84,8		
	Trastorno Personalidad C	16,7	83,3		
	T. personalidad no especificado	66,7	33,3		
	Retraso Mental	18,8	81,3		
	Sin Dco	44,2	55,8		
	Dco aplazado	28,1	71,9		
	Trastorno mixto de la personalidad	13,3	86,7		

Tabla 43. Ejes I, II y su relación con el profesional asignado.

IV.2.6.3. Variables Asistenciales

Todas las variables asistenciales estudiadas se relacionaron de forma significativa con la consulta asignada ($p < 0,05$). En la Tabla 44 se muestra que la consulta de psicología estaba relacionada con las derivaciones procedentes de Atención Primaria (94,8% frente a 75,4%), tenían un carácter ordinario (73,1 % frente a 60,9%), motivos de consulta relacionados con los problemas adaptativos (15,8% frente a 6,5%) y con los problemas legales, familiares, laborales (12,8% frente a 4,0%). También fueron atendidas en mayor proporción las autoderivaciones (44,6% frente a 21, 8%), mayor proporción de ausencias (28,6% frente a 15,1%), de altas tras la primera consulta (16,4% frente a 12,4%), de abandonos (38% frente a 18,1%) y con mayor proporción de expectativas de ayuda (75,2% frente a 63,7%).

La consulta de psiquiatría estaba relacionada con las derivaciones procedentes de Atención Especializada (24,6% frente a 5,2%), tenían un carácter preferente (39,1% frente a 26,9%), motivos de consulta relacionados con valoración (58,4% frente a 45,4%) y síntomas clínicos (26,6% frente a 22,6%). Fueron atendidas en mayor proporción las derivaciones procedentes de otros profesionales (78,2% frente a 55,4%), mayor proporción de asistencia (84,9% frente a 71,4%), de ausencia de abandonos (81,9% frente a 61,5%) y de ausencia de expectativas de ayuda (36,3% frente a 24,8%).

Variable	Categoría	Consulta asignada (%)		p	c
		Psicol	Psiqu		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	94,8	75,4	,000	,253
	AE	5,2	24,6		
Carácter derivación	Ordinaria	73,1	60,9	,000	,127
	Preferente	26,9	39,1		
Situación Laboral	Valoración	45,4	58,4	,000	,227
	Síntomas Clínicos	22,6	26,6		
	Problema Adaptativo	15,8	6,5		
	Problema legal, familiar, laboral	12,8	4,0		
	Tratamiento	1,8	2,1		
	Otros	1,6	2,2		
Iniciativa consulta	Autoderivación	44,6	21,8	,000	,234
	Profesional	55,4	78,2		
Asistencia 1ª consulta	Asistencia	71,4	84,9	,000	,163
	Ausencia	28,6	15,1		
Alta tras 1ª Consulta	Dados de alta	16,4	12,4	,051	,055
	Continúan en tratamiento	83,6	87,6		
Abandono	Abandona	38,0	18,1	,000	,221
	No abandona	61,5	81,9		
Expectativas de ayuda	Sin expectativas	24,8	36,3	,000	,124
	Con expectativas	75,2	63,7		

Tabla 44. Variables asistenciales y su relación con el profesional asignado.

IV.2.7. Características de la demanda y su relación con la iniciativa de la demanda

IV.2.7.1. Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que estaban relacionadas significativamente con la iniciativa de la consulta fueron todas las estudiadas ($p < 0,05$), excepto el sexo ($p > 0,05$). Como se puede observar en la tabla 45, los pacientes más jóvenes y/o su familia, tomaron con mayor frecuencia la iniciativa de consulta, frecuentemente estaban solteros, en situación laboral de paro y con un nivel académico medio-alto.

Variable	Categoría	Iniciativa consulta (%)		p	c
		Paciente/ familia	Médico/ profesional		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	26,2	17,0	,000	,148
	31 a 45 años	29,8	27,3		
	46 a 65 años	31,6	32,3		
	> 65 años	12,4	23,4		
Sexo	Mujer	60,4	62,7	,434	,022
	Hombre	39,6	37,3		
Estado Civil	Soltero	39,4	25,1	,000	,148
	Casado	52,5	65,3		
	Divorciado/separado	6,5	6,5		
	Viudo	1,6	3,1		
Situación Laboral	Activo trabajando	26,6	20,9	,000	,143
	Activo parado	47,8	38,4		
	No activo	25,6	40,6		
Nivel académico	Bajo	66,7	73,6	,009	,088
	Medio	21,8	19,6		
	Alto	11,6	6,8		

Tabla 45. Variables sociodemográficas y su relación con la Iniciativa de la demanda.

IV.2.7.2 Variables Clínicas

Las variables clínicas que estaban relacionadas significativamente con la iniciativa de la consulta son todas las estudiadas ($p < 0,05$), excepto los antecedentes personales de atención psiquiátrica previa y los antecedentes familiares psiquiátricos ($p > 0,05$). Como se puede observar en la tabla 46, la iniciativa de consulta fue tomada por parte del MAP o de otro profesional, cuando existían antecedentes personales somáticos (71,8% frente a 56,2%), de ingresos psiquiátricos (8,5% frente a 2,8%), de intentos autolíticos (9,2% frente a 3,9%), con tratamiento psicofarmacológico previo (72,7% frente a 56,6%) y posterior (78,9% frente a 58,5%).

Variable	Categoría	Iniciativa consulta (%)		p	c
		Paciente/ familia	Médico/ profesional		
Clínicas:					
AP somáticos	No	43,8	28,2	,000	,151
	Si	56,2	71,8		
AP ingresos psiquiátricos	No	97,2	91,5	,000	,103
	Si	2,8	8,5		
AP intento autolíticos	No	96,1	90,8	,002	,091
	Si	3,9	9,2		
AP atención psiquiatrica	No	70,7	70,4	,931	,003
	Si	29,3	29,6		
AF psiquiátrico general	No	60,4	65,0	,142	,044
	Si	39,6	35,0		
Tt°psicofarmacológico previo	Sin Tratamiento	43,4	27,3	,000	,156
	Con Tratamiento	56,6	72,7		
Tt°psicofarmacológico posterior	Sin Tratamiento	41,5	21,1	,000	,206
	Con Tratamiento	58,5	78,9		

Tabla 46. Variables Clínicas y su relación con la Iniciativa de la demanda.

IV.2.7.2.1. Clasificación multiaxial según DSM-IV RT

En relación a los diagnósticos en **Eje I** se puede afirmar que la ausencia de diagnóstico se relacionó de forma significativa cuando la iniciativa de consulta partía del paciente o su familia y la presencia de diagnóstico se relacionó cuando la iniciativa de consulta partía del MAP o de otro profesional ($p < 0,05$) (Tabla 47). Como se puede observar en la tabla 46 los pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad acudieron a la consulta por iniciativa del propio paciente o de un familiar (15,7% frente a 13,8%).

En cuanto a los diagnósticos en **Eje II** se puede afirmar que no se relacionaron de forma significativa ($p > 0,05$) con la iniciativa de consulta.

En cuanto al **Eje V** se puede afirmar que los pacientes sin síntomas, acudieron a la consulta por iniciativa propia o de un familiar (16,5% frente a 13,8%) ($p < 0,05$).

Variable	Categoría	Iniciativa consulta		p	c
		Paciente /familia	Médico/ profesional		
Ejes					
Eje I (ppal)	Delirium, demencia ,t. amnésico y otros	0,0	3,0	,000	,185
	Otros	2,6	2,3		
	T. Conducta Alimentaria	1,6	0,8		
	T. Adaptativo	31,6	33,8		
	Dco Aplazado	2,3	5,1		
	T. Ansioso-depresivo	6,0	7,6		
	T. relacionado con sustancias	1,8	1,3		
	ESQ y otros t. psicóticos	1,3	2,5		
	T. estado del animo	8,9	13,3		
	T. ansiedad	15,7	13,8		
Eje II	Trastorno Personalidad A	0,5	0,9	,387	,077
	Trastorno Personalidad B	10,4	11,7		
	Trastorno Personalidad C	1,8	2,1		
	T. personalidad no especificado	0,3	0,2		
	Retraso Mental	1,3	1,3		
	Sin Dco	83,8	79,2		
	Dco aplazado	1,0	3,2		
	Trastorno mixto de la personalidad	0,8	1,4		
Eje V	Sin Síntomas	16,5	13,8	,034	,074
	Síntomas Leves-Moderados	81,8	81,8		
	Síntomas Graves	1,6	4,4		

Tabla 47. Ejes I, V y su relación con la iniciativa de la demanda.

IV.2.7.3. Variables Asistenciales

Todas las variables asistenciales estudiadas tuvieron relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la iniciativa de consulta, excepto el alta tras la primera consulta que se podría afirmar que es independiente a la iniciativa ($p = 0,939$).

Como se puede observar en la tabla 48, cuando la iniciativa de consulta partía del paciente o de la familia, las derivaciones procedían de Atención Primaria (98,7% frente a 73,6%), tenían un carácter ordinario (69,4% frente a 63,7%), solicitaban consulta con psicología (19,3% frente a 8,7%), eran asignados a la consulta psicológica (57,3% frente a 31,5%), abandonaban las consultas (33,2% frente a 23,0%) y acudían con expectativas de ayuda (76,5% frente a 65,2%).

Variable	Categoría	Iniciativa consulta		p	c
		Paciente/ familia	Médico/ profesional		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	98,7	73,6	,000	,286
	AE	1,3	26,4		
Carácter derivación	Ordinaria	69,4	63,7	,050	,055
	Preferente	30,6	36,3		
Indicación profesional	Psicólogo	19,3	8,7	,000	,152
	Psiquiatra	15,7	20,5		
	SM	65,0	70,8		
Profesional asignado	Psicología	57,3	31,5	,000	,236
	Psiquiatría	42,7	68,5		
Alta tras 1ª Consulta	Dados de alta	13,7	13,9	,939	,002
	Continúan en Ttº	86,3	86,1		
Abandono	Abandona	33,2	23,0	,000	,107
	No abandona	66,8	77,0		
Expectativas de ayuda	Sin expectativas	23,5	34,8	,000	,114
	Con expectativas	76,5	65,2		

Tabla 48. Variables Asistenciales y su relación con la Iniciativa de la demanda.

IV.2.8. Características de la demanda y su relación con las ausencias, abandonos y altas.

IV.2.8.1. Ausencias

IV.2.8.1.1. Variables Sociodemográficas

La variable sociodemográfica que se relacionó con la ausencia de la consulta fue la edad, ausentándose de la consulta con mayor frecuencia los pacientes de 18 a 45 años. Como se puede observar en la tabla 49 tienden a ausentarse los pacientes procedentes de Centroeuropa (4,2% frente a 1,9%) ($p=0,062$).

Variable	Categoría	Ausencias (%)		p	c
		NO	SI		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	19,7	31,7	,000	,157
	31 a 45 años	28,1	34,4		
	46 a 65 años	32,1	23,0		
	> 65 años	20,1	10,9		
Sexo	Mujer	61,9	58,3	,229	,030
	Hombre	38,1	41,7		
Medio	Urbano	72,2	72,8	,833	,005
	Rural	27,8	27,2		
País de Origen	Español	94,9	93,4	,062	,068
	Marroquí	1,4	1,5		
	Centroeuropo	1,9	4,2		
	Otros	1,8	0,9		

Tabla 49. Variables Sociodemográficas y su relación con las Ausencias.

IV.2.8.1.2. Variables Asistenciales

En cuanto a las variables asistenciales, se puede observar en la tabla 50, cómo se encontraban relacionadas de forma significativa ($p < 0,05$) con la ausencia a la consulta: las derivaciones procedentes de Atención Primaria (92,4% frente a 80,3%) y la asistencia a la consulta de psicología (59,4% frente a 39,3%). En cuanto a los motivos de derivación los trastornos adaptativos fueron los que con mayor frecuencia se ausentaron (14,5% frente a 9,4%).

Variable	Categoría	Ausencias (%)		p	c
		NO	SI		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	80,3	92,4	,000	,121
	AE	18,7	7,6		
Carácter derivación	Ordinaria	65,4	68,3	,320	,025
	Preferente	34,6	31,7		
Motivo de la derivación	Síntomas clínicos	24,6	27,5	,014	,094
	Valoración	54,5	45,0		
	Problema Adaptativo	9,4	14,5		
	Problema legal, familiar, laboral	7,3	9,7		
	Tratamiento	2,2	1,5		
	Otros	2,0	1,8		
Profesional asignado	Psicología	39,3	59,4	,000	,163
	Psiquiatría	60,7	40,6		

Tabla 50. Variables asistenciales y su relación con las Ausencias.

IV.2.8.2. Abandonos

IV.2.8.2.1. Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que se encontraban relacionadas de forma significativa ($p < 0,05$) con el abandono tras la primera consulta fueron la edad, el estado civil y la situación laboral. Abandonaron las consultas los pacientes con edades comprendidas entre 18 y 45 años, solteros y fundamentalmente en situación laboral activo trabajando.

Como se puede observar en la tabla 51, los pacientes con un nivel académico medio tendían a abandonar las consultas ($p = 0,075$) y el sexo no tuvo relación con el abandono de éstas ($p = 0,971$).

Variable	Categoría	Abandono (%)		p	c
		SI	NO		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	22,0	19,1	,003	,105
	31 a 45 años	33,5	26,2		
	46 a 65 años	30,5	32,6		
	> 65 años	14,0	22,2		
Sexo	Mujer	61,9	62,0	,971	,001
	Hombre	38,1	38,0		
Convivencia	Solo	7,4	9,7	,219	,035
	Acompañado	92,6	90,3		
Estado Civil	Soltero	32,5	28,4	,035	,083
	Casado	55,8	63,3		
	Divorciado/separado	9,2	5,5		
	Viudo	2,5	2,7		
Situación Laboral	Activo trabajando	28,8	20,5	,000	,120
	Activo parado	44,2	40,3		
	No activo	27,0	39,2		
Nivel académico	Bajo	69,6	72,2	,075	,065
	Medio	24,0	18,8		
	Alto	6,4	9,0		
País de Origen	Español	93,0	95,5	,272	,056
	Marroquí	2,1	1,1		
	Centroeuropo	2,1	1,8		
	Otros	2,7	1,6		

Tabla 51. Variables Sociodemográficas y su relación con los Abandonos.

IV.2.8.2.2. Variables Clínicas

Las variables clínicas que tuvieron una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el abandono de las consultas fueron: el tratamiento psicofarmacológico previo y posterior y los antecedentes personales de tratamiento psicoterapéutico. Como se puede observar en la tabla 52, abandonaron los pacientes sin tratamiento psicofarmacológico previo y posterior y los pacientes con antecedentes de tratamiento psicoterapéutico previo, sin tener relación con el tipo de atención recibida (pública o privada) ($p > 0,05$). Tienden a abandonar los pacientes sin antecedentes personales de atención psiquiátrica ($p = 0,064$). En cuanto a los antecedentes psiquiátricos familiares se puede afirmar que no tenían relación alguna con el abandono de las consultas ($p = 1,000$)

Variable	Categoría	Abandono (%)		p	c
		SI	NO		
Clínicas:					
AP ingresos psiquiátricos	No	94,4	92,8	,336	,028
	Si	5,6	7,2		
AP intento autolíticos	No	93,4	92,0	,419	,023
	Si	6,6	8,0		
AP atención psiquiátrica	No	74,7	69,1	,064	,053
	Si	25,3	30,9		
AF psiquiátrico general	No	63,6	63,6	1,000	1,000
	Si	36,4	36,4		
Tt° psicofarmacológico Previo	Sin Tratamiento	37,0	30,4	,027	,063
	Con Tratamiento	63,0	69,6		
Tt° psicofarmacológico posterior	Sin Tratamiento	32,7	25,3	,010	,073
	Con Tratamiento	67,3	74,7		
AP Tt° psicoterapéutico	No	74,4	80,1	,031	,061
	Si	25,6	19,9		
AP atención psicológica recibida	Público	18,1	24,3	,256	,069
	Privado	81,9	75,7		

Tabla 52. Variables Sociodemográficas y su relación con los Abandonos.

IV.2.8.2.2.1. Clasificación multiaxial según DSM-IV RT

En cuanto a la presencia o ausencia de diagnóstico en **Eje I** (tabla 36) y los diagnósticos principales de dicho Eje (tabla 53), se puede observar como no existió una relación estadísticamente significativa con el abandono de las consultas ($p > 0,05$). En cuanto al **Eje V** se puede afirmar que existe una relación estadísticamente significativa

($p < 0,05$), siendo los pacientes con síntomas leves-moderados los que abandonan las consultas con más frecuencia.

Variable	Categoría	Abandono (%)		p	c
		SI	NO		
Ejes					
Eje I (ppal)	Delirium, demencia, t. amnésico y otros	2,2	2,0	,540	,084
	Otros	2,2	2,5		
	T. Conducta Alimentaria	0,6	1,2		
	T. Adaptativo	37,3	31,6		
	Dco Aplazado	3,4	4,5		
	T. Ansioso-depresivo	6,8	7,2		
	T. relacionado con sustancias	1,2	1,5		
	ESQ y otros t. psicóticos	0,9	2,6		
	T. estado del animo	9,9	12,7		
	T. ansiedad	14,8	14,2		
Eje V	Sin Síntomas	10,2	16,2	,009	,088
	Síntomas Leves-Moderados	87,6	79,8		
	Síntomas Graves	2,2	4,0		

Tabla 53. Ejes I, V y su relación con los Abandonos.

IV.2.8.2.3. Variables Asistenciales

Las variables asistenciales que presentaban una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el abandono de las consultas fueron: el origen de la derivación, la indicación del profesional, el motivo de la derivación y el profesional asignado (ya mencionado en el apartado de relación con la consulta asignada). Como se puede observar en la tabla 54, abandonaron más frecuentemente, los pacientes derivados desde Atención Primaria, los que indicaban la atención por parte de un psicólogo, los que presentaban como motivos de derivación síntomas clínicos y problemas adaptativos y los que eran asignados a la consulta de psicología. En cuanto a las expectativas de ayuda se puede afirmar que no había relación en cuanto a al abandono de las consultas ($p > 0,05$).

Variable	Categoría	Abandono (%)		p	c
		SI	NO		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	88,7	78,8	,000	,111
	AE	11,3	21,2		
Carácter derivación	Ordinaria	68,3	64,5	,212	,035
	Preferente	31,7	35,5		
Indicación profesional	Psicólogo	16,6	10,3	,007	,089
	Psiquiatra	16,3	20,0		
	SM	67,1	69,7		
Motivo de derivación	Síntomas Clínicos	28,0	23,4	,010	,109
	Valoración	46,3	57,4		
	Problema Adaptativo	12,5	8,3		
	Problema legal, familiar, laboral	9,1	6,7		
	Tratamiento	2,4	2,0		
	Otros	1,5	2,3		
Iniciativa consulta	Autoderivacion	39,0	27,8	,107	,000
	Profesional	61,0	72,2		
Expectativas de ayuda	Sin expectativas	30,9	31,1	,951	,002
	Con expectativas	69,1	68,9		

Tabla 54. Variables Asistenciales y su relación con los Abandonos.

IV.2.8.3. Altas

IV.2.8.3.1. Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que se encontraban relacionadas de forma significativa ($p < 0,05$) con el alta de los pacientes tras la primera consulta fueron la edad y el sexo (tabla 27). Son dados de alta con mayor frecuencia los pacientes mayores de 65 años y de género masculino. Parece existir una tendencia a no dar el alta a los que se encontraban en situación laboral de activos parados ($p = 0,055$) (Tabla 55).

Variable	Categoría	Alta (%)		p	c
		SI	NO		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	20,1	19,8	,001	,116
	31 a 45 años	20,7	29,3		
	46 a 65 años	28,2	32,7		
	> 65 años	31,0	18,3		
Actividad Laboral	Activo trabajando	25,4	22,3	,055	,068
	Activo parado	32,9	42,6		
	No activo	41,6	35,1		
Nivel académico	Bajo	74,5	71,1	,514	,033
	Medio	16,8	20,7		
	Alto	8,7	8,2		

Tabla 55. Variables Sociodemográficas y su relación con las Altas.

IV.2.8.3.2. Variables Clínicas

Todas las variables clínicas estudiadas tuvieron una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el alta del paciente tras la primera consulta. Fueron dados de alta con mayor frecuencia los pacientes sin antecedentes personales de: ingresos psiquiátricos, intentos autolíticos, de atención psiquiátrica ni psicoterapéutica y sin antecedentes familiares psiquiátricos. En cuanto al diagnóstico en **Eje I**, fue más frecuente el alta en los pacientes sin diagnóstico (tabla 36), los trastornos de conducta alimentaria (2,9% frente a 0,7%) y los Delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros (2,9% frente a 1,9%). En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, fueron dados de alta con mayor frecuencia los pacientes sin tratamiento psicofarmacológico previo y posterior (Tabla 56).

Variable	Categoría	Alta (%)		p	c
		SI	NO		
Clínicas:					
AP ingresos psiquiátricos	No	98,2	92,4	,007	,078
	Si	1,8	7,6		
AP intento autolíticos	No	97,5	91,6	,009	,076
	Si	2,5	8,4		
AP atención psiquiátrica	No	80,0	69,0	,005	,082
	Si	20,0	31,0		
AF psiquiátrico general	No	75,0	61,8	,001	,095
	Si	25,0	38,2		
Eje I (ppal)	Delirium, demencia, t.amnesico y otros	2,9	1,9	,000	,407
	Otros	1,1	2,6		
	T. Conducta Alimentaria	2,9	0,7		
	T. Adaptativo	12,6	36,4		
	Dco Aplazado	5,2	4,1		
	T. Ansioso-depresivo	2,3	7,9		
	T. relacionado con sustancias	0,6	1,6		
	ESQ y otros t. psicóticos	0,6	2,4		
	T. estado del animo	2,9	13,4		
	T. ansiedad	6,3	15,7		
Tt°psicofarmacológico Previo	Sin Tratamiento	55,7	28,3	,000	,199
	Con Tratamiento	44,3	71,7		
Tt°psicofarmacológico posterior	Sin Tratamiento	59,8	22	,000	,282
	Con Tratamiento	40,2	78		
AP Tt° psicoterapéutico	No	86,8	77,3	,005	,080
	Si	13,2	22,7		

Tabla 56. Variables Clínicas y su relación con las Altas.

IV.2.8.3.3 Variables Asistenciales

La variable asistencial estudiada que presentó una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el alta del paciente tras la primera consulta fue la expectativa de ayuda (Tabla 57), dándose más de alta a los pacientes que acudían con menos expectativas de ayuda.

En cuanto a la iniciativa de consulta se observa que no existió relación estadísticamente significativa con el alta del paciente ($p = 0,974$). Sin embargo, como se puede observar en la figura 26, si se realiza el análisis con las categorías sin recodificar, cuando la iniciativa parte del familiar o de otros profesionales, encontrándose una relación significativa con el alta ($p = 0,040$). Existe una tendencia a dar el alta a los pacientes asignados a la consulta de psicología ($p = 0,058$).

Variable	Categoría	Alta (%)		p	c
		SI	NO		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	77,8	82,0	,192	,037
	AE	22,2	19,0		
	Otros	1,7	1,2		
Carácter derivación	Ordinaria	69,5	64,8	,224	,034
	Preferente	30,5	35,2		
Indicación profesional	Psicólogo	10,3	12,2	,661	,026
	Psiquiatra	17,8	19,2		
	SM	71,8	68,6		
Motivo de derivación	Síntomas Clínicos	24,1	24,7	,879	,038
	Valoración	55,7	54,3		
	Problema Adaptativo	8,6	9,5		
	Problema legal,familiar,laboral	7,5	7,3		
	Tratamiento	1,1	2,3		
	Otros	2,9	1,9		
Iniciativa consulta	Autoderivación	30,5	30,6	,974	,001
	Profesional	69,5	69,4		
Profesional asignado	Psicología	46,0	38,4	,058	,053
	Psiquiatría	54,0	61,6		
Expectativas de ayuda	Sin expectativas	52,0	27,2	,000	,190
	Con expectativas	48,0	72,8		

Tabla 57. Variables Asistenciales y su relación con las Altas.

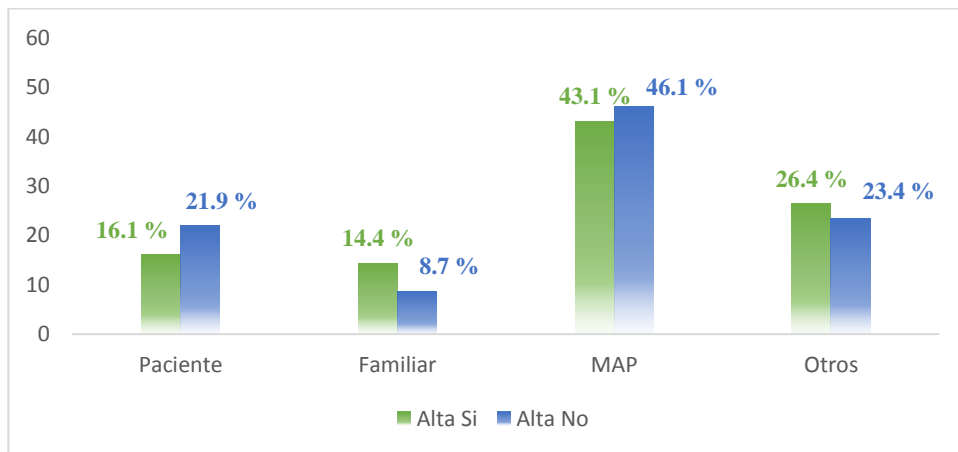


Figura.26. Iniciativa de la consulta y su relación con las Altas.

IV.2.9. Características de la demanda y su relación con la de expectativa de ayuda

IV.2.9.1. Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que se encontraban relacionadas de forma significativa ($p < 0,05$) con las expectativas de ayuda fueron: la edad, la situación laboral y el nivel académico. Con frecuencia los pacientes mayores de 65 años no presentan expectativas de ayuda (26,1% frente a 14,4%), están en situación laboral no activos (41,9% frente a 28,3%) y con un nivel académico bajo (73,9% frente a 67,7%) (Tabla 58). Si realizamos el análisis sin las categorías recodificadas vemos como este nivel académico bajo es fundamentalmente debido a los analfabetos (Figura 27).

Variable	Categoría	Expectativa de ayuda (%)		p	c
		NO	SI		
Sociodemográfica:					
Edad	18 a 30 años	19,9	22,9	,000	,147
	31 a 45 años	23,5	31,5		
	46 a 65 años	30,6	31,2		
	> 65 años	26,1	14,4		
Sexo	Mujer	58,0	63,0	,134	,048
	Hombre	42,0	37,0		
Situación Laboral	Activo trabajando	22,1	24,4	,000	,136
	Activo parados	36,0	47,3		
	No activo	41,9	28,3		
Nivel académico	Bajo	73,9	67,7	,033	,084
	Medio	20,6	21,8		
	Alto	5,5	10,5		

Tabla 58. Variables Sociodemográficas y su relación con las expectativas de ayuda.

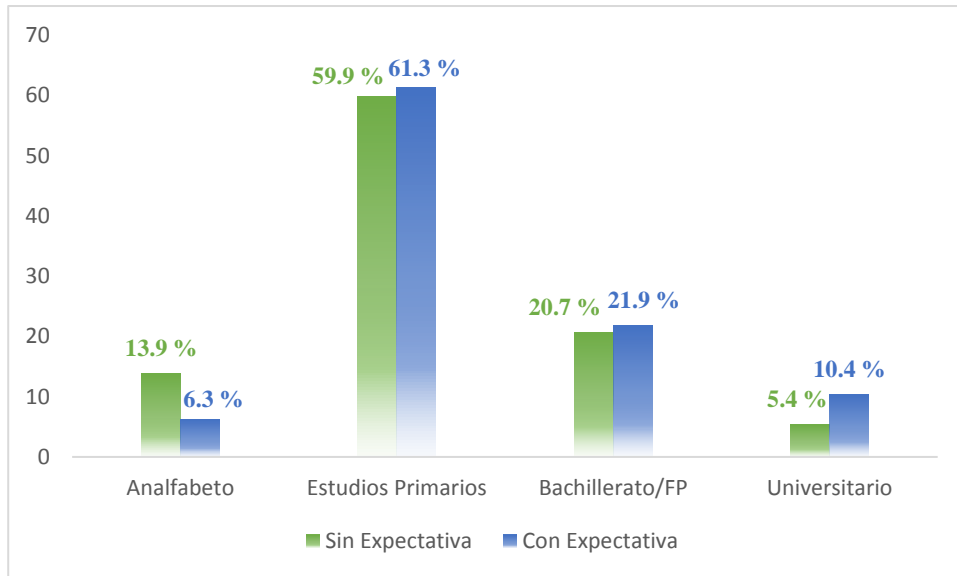


Figura 27. Nivel académico y su relación con las expectativas de ayuda.

IV.2.9.2. Variables Clínicas

Las variables clínicas que se encontraban relacionadas de forma significativa ($p < 0,05$) con las expectativas de ayuda fueron: los antecedentes personales de tratamiento psicoterapéutico y el consumo de tóxicos. Como se puede observar en la Tabla 59, fue más frecuente que los pacientes sin antecedentes de tratamiento psicoterapéutico y los pacientes que no habían consumido tóxicos carecieron de expectativas de ayuda. En cuanto a los antecedentes personales de intentos autolíticos se puede afirmar que no existe relación con las expectativas del paciente ($p > 0,05$).

Variable	Categoría	Expectativa de ayuda (%)		p	c
		NO	SI		
Clínicas:					
AP ingresos psiquiátricos	No	93,3	94,9	,330	,032
	Si	6,7	5,1		
AP intento autolíticos	No	93,0	93,1	,931	,003
	Si	7,0	6,9		
AP atención psiquiátrica	No	72,2	70,0	,490	,022
	Si	27,8	30,0		
AF psiquiátrico general	No	65,7	62,7	,391	,028
	Si	34,3	37,3		
Tt° psicofarmacológico previo	Sin Tratamiento	37,3	34,0	,313	,032
	Con Tratamiento	62,7	66,0		
Tt° psicofarmacológico posterior	Sin Tratamiento	35,3	30,1	,108	,051
	Con Tratamiento	64,7	69,9		
AP Tt° psicoterapéutico	No	84,2	72,9	,000	,121
	Si	15,8	27,1		
AP atención psicológica recibida	Público	20,8	23,9	,653	,030
	Privado	79,2	76,1		
Consumo de Tóxicos	No	54,1	44,9	,007	,085
	SI	45,9	55,1		

Tabla 59. Variables Clínicas y su relación con las expectativas de ayuda.

IV.2.9.2.1. Clasificación multiaxial según DSM-IV RT

En cuanto al diagnóstico en **Eje I**, fue más frecuente que los pacientes sin diagnóstico no presentasen expectativas de ayuda (tabla 36), siendo los trastornos adaptativos los diagnósticos que con mayor frecuencia las presentaban (37,5% frente a 24,8). En cuanto a los diagnósticos en **Eje IV** los pacientes sin diagnóstico en dicho Eje, frecuentemente asistían sin expectativas de ayuda (31,0% frente a 17,8%) y dentro de los diagnósticos en Eje IV, los problemas relativos al grupo primario acudían frecuentemente con expectativas de ayuda (45% frente a 38,3%). En cuanto a la evaluación de la actividad global en el **Eje V**, los pacientes sin síntomas asistían frecuentemente sin expectativas de ayuda (26,7% frente a 12,0%) (Tabla 60).

Variable	Categoría	Expectativa de ayuda (%)		p	c
		NO	SI		
Eje I (ppal)	Delirium, demencia,t.amnesico y otros	3,6	0,7	,000	,217
	Otros	3,3	2,4		
	T. Conducta Alimentaria	0,7	1,3		
	T. Adaptativo	24,8	37,5		
	Dco Aplazado	5,3	2,5		
	T. Ansioso-depresivo	5,9	7,4		
	T. relacionado con sustancias	1,0	1,0		
	ESQ y otros t. psicóticos	3,6	1,2		
	T. estado del animo	10,2	9,9		
	T. ansiedad	9,2	14,6		
	Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo	38,3		
Sin Dco		31,0	17,8		
Problemas económicos, laborales, familiares y judiciales		3,3	6,6		
Problemas relativos al ambiente social		8,3	9,6		
Problemas relativos a la enseñanza		0,0	0,1		
Problemas laborales		11,2	10,4		
Problemas de vivienda		0,7	1,2		
Problemas económicos		3,0	3,7		
Problemas relativos a interacción sistema legal o el crimen		3,6	5,3		
Otros problemas psicosociales o ambientales		0,7	0,3		
Eje V		Sin Síntomas	26,7	12,0	,000
	Síntomas Leves-Moderados	69,5	85,6		
	Síntomas Graves	3,8	2,4		

Tabla 60. Ejes I, V y su relación con las expectativas de ayuda.

IV.2.9.3. Variables Asistenciales

Las variables asistenciales que presentaron una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con las expectativas de ayuda fueron: el origen de la derivación, la indicación del profesional, la iniciativa de consulta y el profesional asignado. Como se puede observar en la tabla 61, la ausencia de expectativas fue más frecuente en las derivaciones cuyo origen fue la Atención Especializada (27,2% frente a 12,0%), la indicación del profesional fue dirigida a Salud Mental (73% frente a 65,3%) y la iniciativa de consulta partía del profesional (75,2% frente a 62,6%), aunque como se muestra en la figura 28, si se realiza el análisis sin recodificar las categorías, se observa que cuando la iniciativa partía del propio paciente o del MAP, aumenta la frecuencia de pacientes que acuden con expectativas de ayuda.

Variable	Categoría	Expectativa de ayuda (%)		p	c
		NO	SI		
Asistenciales:					
Origen de la derivación	AP	72,8	88,0	,000	,185
	AE	27,2	12,0		
Carácter derivación	Ordinaria	64,8	67,4	,426	,025
	Preferente	35,2	32,6		
Indicación profesional	Psicólogo	9,9	15,7	,025	,086
	Psiquiatra	17,1	19,0		
	SM	73,0	65,3		
Motivo de derivación	Síntomas clínicos	24,1	26,5	,893	,041
	Valoración	54,7	51,0		
	Problema adaptativo	9,1	10,7		
	Problema legal, familiar, laboral	7,5	7,6		
	Tratamiento	2,3	2,1		
	Otros	2,3	2,1		
Iniciativa consulta	Autoderivación	24,8	37,4	,000	,122
	Profesional	75,2	62,6		
Profesional asignado	Psicología	37,6	50,7	,000	,121
	Psiquiatría	62,4	49,3		

Tabla 61. Variables Asistenciales y su relación con las expectativas de ayuda.

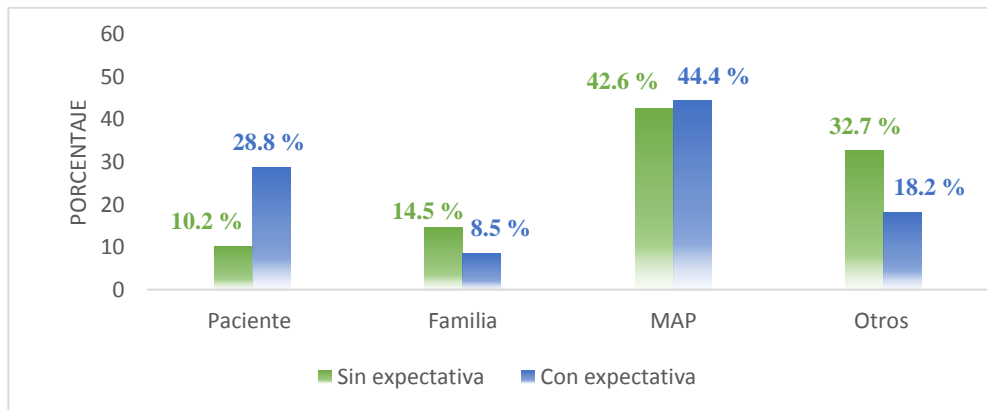


Figura 28. Iniciativa de la consulta y su relación con las expectativas de ayuda.

V. DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

V.1. Características de la muestra estudiada.

El presente trabajo se centra en describir las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de la población de estudio. A partir de los datos obtenidos se pretende identificar un perfil característico del paciente tipo que acude al ESM de Almendralejo en el periodo de estudio:

V.1.1. Características sociodemográficas.

Los resultados en cuanto a sexo, edad, convivencia y lugar de residencia fueron similares a los estudios previos. En nuestro estudio el paciente tipo tiene una edad media de 46,6 años, mayoritariamente mujer, que vive acompañada, procede del medio urbano tal y como parece ser lo habitual en la utilización de servicios ambulatorios de salud mental^{85,119,149,150,172,188,189}. En cuanto a la demanda de trastornos mentales en las zonas rurales existen pocos estudios con los que comparar nuestros resultados. El nacer en un ambiente urbano se asocia con un mayor riesgo de enfermedad mental¹⁸⁷. Existe mayor incidencia y prevalencia administrativa de trastornos mentales en el medio urbano¹²⁷.

En nuestro estudio, el grupo de pacientes con un nivel académico predominantemente bajo (75,5%), resulta particularmente grande, encontrando resultados similares en otros trabajos^{120,150,175,188}. La explicación podría estar en que este grupo de pacientes presenta un cierto déficit social que les hace más vulnerables al malestar psíquico y por lo tanto más demandante de ayuda.

Como se indicó en la introducción, tanto el desempleo como la precariedad laboral, son fuentes de estrés que pueden provocar problemas de salud mental y originar cambios en la demanda sanitaria. La situación laboral más frecuente en los pacientes de nuestro estudio fue el desempleo (29,0%), por lo que podemos pensar que esta situación ha podido influir en la demanda de atención en nuestro equipo.

En nuestro estudio hay una demanda de inmigrantes (5,4%) superior a otros estudios, dónde la población de inmigrantes atendida en un centro de salud mental fue del 3,2%¹⁹⁰. También es un porcentaje superior al de la población extranjera en la comunidad autónoma de Extremadura en el 2015 (3,1%)¹¹⁸. Destacar los resultados de nuestro estudio debido a que las minorías raciales presentan un menor uso de servicios especializados^{191,192} y psiquiátricos¹⁹³, tendiendo a utilizar en primer lugar los recursos hospitalarios y con escasa cumplimentación al alta de la atención ambulatoria. Nuestros resultados pueden ser debidos a la elevada población inmigrante asentada en la zona urbana dedicada al sector agrícola.

V.1.2. Características clínicas

Es importante destacar que menos del 7% de las primeras consultas en el Equipo con más de 20 años de historia, tengan ingresos psiquiátricos previos. Es conocido el aumento de los ingresos psiquiátricos y la falta de seguimiento ambulatorio posterior en los equipo de salud mental¹⁹⁴. Un motivo podría ser el aumento de las nuevas demandas y el número de pacientes atendidos de manera ambulatoria que hacen aumentar las listas de espera, suponiendo una barrera al acceso a los servicios de salud mental. Este alto riesgo de discontinuidad de cuidados tras el alta hospitalaria merece una atención especial por las consecuencias que conlleva dicha interrupción en el seguimiento de los pacientes más graves.

En cuanto a los **antecedentes personales** de haber recibido **atención psiquiátrica y/o psicoterapéutica** llama la atención, cómo la consulta pública es mayor a nivel psiquiátrico (16,7% frente a 12,9%) y la consulta privada a nivel psicoterapéutico (16,6% frente a 4,8%). La oferta, utilización y el acceso a los servicios sanitarios presentan desigualdades territoriales tras las transferencias sanitarias en el año 2001, siendo nuestra Comunidad Autónoma la quinta peor dotada en ESM¹⁹⁵. Desde el año 1975 la asistencia psiquiátrica es proporcionada desde el Hospital Psiquiátrico de Mérida, dónde también había consultas psiquiátricas ambulatorias. El ESM de Almendralejo se creó en el año 1991 con un psicólogo, la atención psiquiátrica se proporcionaba desde el Hospital Psiquiátrico de Mérida de forma ambulatoria y una consulta externa de

psiquiatría en el Hospital de Mérida. Tras el proceso de desinstitucionalización es de suponer el aumento de la demanda de atención, la elevada prevalencia de trastornos mentales comunes y el aumento de la lista espera. El sector privado aprovecha para captar clientes que buscan evitar las listas de espera de los servicios públicos con insuficientes profesionales, demandando oferta psicoterapéutica privada¹⁹⁶, hecho que puede explicar los resultados de nuestro estudio.

Se han valorado los **antecedentes familiares de enfermedad mental** en la muestra estudiada, obteniéndose mayor frecuencia de enfermedad mental en familiares de primer y segundo grado (77,95%), con los cuales el paciente puede haber compartido en algún momento un ambiente nocivo que favorezca la aparición del problema de salud mental, pero fundamentalmente sería por aspectos hereditarios. Aunque no existe aún una clara relación genética en determinadas enfermedades mentales, los estudios de prevalencia permiten avanzar con aportaciones dirigidas a la prevención¹⁹⁷. Por otra parte, la personalidad está conformada por el temperamento, que es heredado y representa el 40% de ésta, y por el carácter, que representa el 60% de la personalidad y es de naturaleza psicosocial¹⁹⁸. Cuando estos componentes no se superponen de forma adecuada, se favorece la aparición de los problemas mentales.

En nuestro estudio destaca la elevada frecuencia de **tratamiento previo con benzodiazepinas** (55,2%), siendo el único grupo psicofarmacológico que disminuye la prescripción tras la primera consulta (53,9%). Este hecho también fue observado por Padierna et al., que encontraron un 53% de tratamiento previo con benzodiazepinas. Esta circunstancia es probablemente debida a la hiperprescripción de benzodiazepinas por parte de los médicos de atención primaria^{140,141,141,199}. Podemos decir que en el ESM se tiende a disminuir la prescripción de benzodiazepinas y se potencia el uso de antidepresivos, la mayor parte de los cuales tienen eficacia reconocida en el tratamiento de los síntomas de ansiedad y así se limita el riesgo de dependencia. Resulta difícil comparar nuestros resultados con los estudios previos debido a la gran variabilidad en los métodos y en las muestras, pero son acordes a la magnitud del consumo de psicotrópicos, en particular benzodiazepinas y antidepresivos, encontrándose entre los más consumidos en la población general¹⁴⁰.

En cuanto a la **intervención psicofarmacológica** en la población de estudio podemos observar en la figura 8, como el hecho más frecuente es que permanezcan con el mismo tratamiento o que continúen sin tratamiento y el menos frecuente es que se retire o cambie el tratamiento o se modifique la dosis. Esto nos hace pensar en que puede existir una buena concordancia entre los tratamientos pautados principalmente por el MAP y salud mental.

En nuestro estudio, en relación a los diagnósticos en **Eje I** se observa una frecuencia de trastornos mentales comunes del 57,3%, encontrándose nuestros resultados por debajo del rango de lo publicado en estudios previos (60,6%-68,8%)^{120,150,172,200}. Otra cuestión a considerar es que muchos de los casos que se derivan como trastornos mentales comunes pueden corresponder en realidad con pacientes sin diagnóstico de enfermedad mental. En España son escasos los estudios de pacientes vistos en ESM sin patología psiquiátrica, encontrando una prevalencia de ausencia de patología psíquica que oscila entre el 14%-24,4%^{151,201,202}. Se han encontrado estudios realizados fuera de España, donde la prevalencia de pacientes sin enfermedad mental es del 14% en un estudio holandés²⁰³, del 19% y de un 27% en dos estudios norteamericanos^{204,205} y de un 33% en un estudio canadiense²⁰⁶. Estos dos últimos estudios presentan unos porcentajes muy altos y hacen pensar por un lado en un posible sesgo de selección, al ser estudios prospectivos y por otro lado por presentar la ausencia del filtro de atención primaria. En nuestro estudio, dicha prevalencia es de un 16,8%, situándose estas cifras dentro del rango habitual de estudios previos en España. Posiblemente una parte de estos casos proceden de sectores sociales sometidos a importantes niveles de estrés y de acontecimientos vitales acumulados, presentando síntomas ansiosos y depresivos con variaciones en su intensidad y que se encuentran debajo del umbral diagnóstico. Otra parte se podría explicar por la iniciativa de demanda por parte del propio paciente, dicha iniciativa está relacionada con la ausencia de trastorno mental, hecho constatado en el presente estudio.

Aparecen escasas demandas por trastornos relacionados con sustancias (2,3%), probablemente debido a que estos pacientes únicamente se encuentran en tratamiento en el CEDEX.

Este resultado pone de manifiesto la escasa coordinación entre ambos dispositivos con patología dual, debido a la alta comorbilidad entre los trastornos mentales y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

En cuanto a los trastornos de personalidad diagnosticados en **Eje II**, la proporción encontrada en nuestro estudio (19,4%) se encuentra por encima del rango de lo publicado en estudios previos mediante entrevista clínica (5%-12,9%).²⁰⁷⁻²⁰⁹. Los trastornos de personalidad más frecuentes en nuestro estudio son los Clúster B y los menos comunes los Clúster A. Estos datos coinciden con la mayoría de los trabajos publicados.^{153,208,210}. La elevada proporción de trastornos de personalidad de nuestro estudio coincide con las publicaciones que remarcan la importante utilización de servicios psiquiátricos entre los pacientes con trastorno de personalidad^{121,154}.

En cuanto a las **enfermedades somáticas** obtenemos en nuestro estudio un 67% de pacientes con antecedentes personales de enfermedades médicas generales, que impiden en muchas ocasiones que el paciente pueda recurrir a las actividades de la vida cotidiana y actividades sociales que le generan un equilibrio emocional necesario para afrontar otros acontecimientos vitales. Estos resultados se encuentran por encima de los hallados en otro estudio donde la patología física asociada fue del 37,7%¹⁹⁹.

En nuestro estudio llaman la atención los antecedentes personales de enfermedades osteomusculares (17,29%) coincidiendo éstas con las más relevantes para comprender y abordar el trastorno mental del paciente en **Eje III**. En el estudio de Haro et al., se demostró cómo las patologías crónicas más frecuentemente asociadas a la enfermedad mental también fueron principalmente las osteomusculares²¹¹.

En cuanto a los factores sociales, culturales, económicos y ambientales explorados en el **Eje IV**, los resultados de nuestro estudio se corresponden con investigaciones previas¹⁶⁸⁻¹⁷⁰, siendo los problemas relativos al grupo primario los más frecuentes (43,1%). Los estresores relativos al grupo primario hacen referencia al fallecimiento de un miembro de la familia, enfermedad de un familiar, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio, problemas relativos a la familia propia, de origen o política. En nuestro estudio destacan los problemas de relación de pareja y con la familia de origen. La composición de la familia tradicional ha

cambiado y hoy en día son frecuentes las familias monoparentales, matrimonios divorciados que pueden aportar o no los hijos de su anterior pareja, parejas del mismo sexo que también pueden aportar hijos, vivir en distintos hogares o en distintas localidades. Pacientes con problemas familiares o de pareja buscan en los profesionales de la salud mental a un experto que les ayude a relacionarse mejor con sus hijos, padres o parejas. También destacan en nuestro estudio los problemas laborales, siendo los conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo la problemática laboral más frecuente seguido del estrés laboral y el desempleo. Estos problemas junto con la amenaza de pérdida de empleo, el trabajo estresante, las condiciones laborales difíciles, la insatisfacción laboral, el cambio de trabajo, son problemas que alteran el estado de ánimo aumentando el riesgo de padecer enfermedades mentales¹⁰¹. La ausencia de abordajes preventivos en las empresas hace que estas demandas recaigan en la sanidad pública donde los profesionales tienen escasa formación en Medicina y Psicología Laboral ²¹².

En cuanto a la severidad de síntomas de los pacientes de nuestro estudio podemos afirmar que más de la mitad de la población estudiada presenta síntomas leves o transitorios, hecho que se puede correlacionar con la elevada frecuencia de trastornos mentales comunes y por lo tanto con síntomas menos severos.

V.1.3. Características asistenciales

En nuestro estudio las demandas son canalizadas principalmente a través del MAP (82,8%). Estos resultados coinciden con los estudios previos sobre el análisis de la demanda asistencial en salud mental (53,1%-95,9%)^{119,120,172,199}. De esta forma se pone de manifiesto como el MAP actúa como filtro de acceso a salud mental, pero también puede poner de manifiesto un cierto proceso de sobreburocratización asistencial, al exigirle al paciente la hoja de interconsulta (que en las autoderivaciones, en la mayoría de los casos no es negado) como paso previo para poder ser atendido. Este proceso conlleva demoras en el tiempo que transcurre hasta la primera consulta en salud mental, aumentando el número de ausencias, bien por la resolución del problema o bien por la asistencia a consultas privadas.

Sería interesante en este sentido conocer cómo influye el tiempo de espera, no sólo desde el momento en que acude el paciente por primera vez buscando ayuda, sino desde el momento que decide solicitarla.

Destacar, en cuanto a las derivaciones procedentes de atención especializada (16,2%) el elevado porcentaje de derivaciones procedentes que llegan a través del servicio de neurología (40,6%). Esto podría explicarse por el hecho de que existen muchos trastornos neurológicos con manifestaciones mentales y en muchas ocasiones no se sabe hasta dónde llegan los trastornos psiquiátricos y hasta donde los neurológicos. También podría explicarse por el elevado número de trastornos neuropsiquiátricos observados en el año 2010 ⁸⁹. Con estos resultados cabe pensar en una falta de coordinación entre ambas especialidades y sería interesante plantear nuevos estudios que indaguen en las características de estas demandas, principalmente estudiar si estos pacientes son diagnosticados de trastorno mental o si por el contrario son dados de alta.

En la tabla 21 se muestra una descripción de las características de la derivación de la muestra de estudio, observándose que predomina el perfil de paciente que es derivado de forma ordinaria, solicitando de forma genérica atención por salud mental, cuyos motivos de consulta más frecuentes son por síntomas clínicos y para valoración. En cuanto a los motivos de consulta que destaca el derivante en la hoja de interconsulta puede que el hacer sólo referencia a sintomatología psiquiátrica no quiere decir que no existan otros factores psicosociales precipitantes y viceversa. Cuando la iniciativa de consulta la toma un profesional destaca el MAP y cuando éste no lo hace, destaca la iniciativa del propio paciente. En nuestro estudio nos planteamos conocer el perfil sociodemográfico, clínico y asistencial de pacientes según la iniciativa de consulta, debido a que, aunque es necesario el acceso al equipo mediante derivación del MAP u otro profesional, es conocido el hecho y registrado en nuestras historias clínicas, que muchos pacientes lo solicitan a iniciativa propia o de un familiar, cediendo en muchas ocasiones el profesional derivante, a sus demandas al estar ocupándose de un gran número de pacientes que superan sus capacidades y disponibilidad de tiempo.

En cuanto a las características de la respuesta dada por el equipo asistencial destaca la mayor asignación a la consulta de psiquiatría (56,2%). Resultados similares se obtuvieron en otros estudios.¹⁷²

En nuestro estudio nos planteamos determinar el perfil sociodemográfico y asistencial de los pacientes que **no acuden** a la primera consulta por suponer un problema económico y un incremento innecesario de la lista de espera para los pacientes, además de una pérdida de tiempo para los profesionales. La incidencia de ausencias en la primera cita en nuestro ESM es del 20,9%. Estos valores se sitúan en el rango inferior de la mayoría de los estudios realizados en España (15 -50%)^{171,173,213,214} y por debajo del rango encontrado en los realizados en otros países (21 y un 36%)²¹⁵⁻²¹⁷.

También nos planteamos determinar un perfil sociodemográfico, clínico y asistencial de los pacientes que son dados de **alta** tras la primera consulta. La incidencia de altas en nuestro ESM es del 13,9%. No se han encontrado estudios previos sobre la incidencia del alta de los pacientes tras la primera consulta en los ESM. Destacar que el 14,4% de los pacientes son dados de alta a petición propia tras la primera consulta. Podemos suponer que el paciente solicita el alta al alcanzar expectativas que se pueden lograr en una única consulta, como puede ser de información o asesoramiento.

En cuanto al **abandono** tras la primera consulta en el ESM, observamos una incidencia del 25,9%. El abandono del tratamiento en salud mental es un hecho generalizado y con una magnitud que varía, según la literatura, entre el 25 y el 64%¹⁷⁴. Es aceptado que el cumplimiento de las pautas de tratamiento se relaciona con un mejor pronóstico y evaluación del trastorno. En diversos trabajos consultados, el objeto de estudio, la metodología y la composición de los equipos son diferentes. En ellos se estudia el abandono tras determinado periodo de seguimiento o el no cumplir con las pautas prescritas^{218,219}. Esto hace que sea difícil comparar los resultados obtenidos. Esta incidencia de abandonos podría corresponder con un grupo de patología menos grave que se resolvió con las consultas de orientación diagnóstica o podría estar relacionado con los tiempos de espera para las visitas sucesivas. En futuros estudios sería interesante comprobarlo investigando los retornos (aquellos pacientes que abandonan las consultas y tras más de dos años solicitan de nuevo el acceso), en cuanto al diagnóstico y otras variables.

En lo relativo a las características de la demanda, es decir, las expectativas con las que acuden los pacientes al ESM hay que destacar que más de la mitad de los pacientes de nuestro estudio (69%), acuden con determinadas expectativas de ayuda cuando acceden por primera vez. Es importante considerar ante la demanda asistencial, que las ideas o sentimientos de los pacientes van a influir en la adherencia y participación del tratamiento. Con respecto a las expectativas de la muestra estudiada, destacan los porcentajes obtenidos en cuanto a conseguir objetivos alcanzables seguidos de las expectativas de conseguir técnicas de ayuda principalmente con medicación.

Este resultado parece importante si consideramos que una buena parte de la práctica asistencial se sustenta en el tratamiento psicofarmacológico, pudiendo justificar la elevada incidencia de abandonos con que los pacientes no son informados suficientemente o no están convencidos de su utilidad. Las altas expectativas en alcanzar objetivos y obtener técnicas de ayuda y las bajas expectativas de recursos y servicios, llaman la atención debido a que la población estudiada presenta un nivel de instrucción medio-bajo y altas tasas de paro y se podría predecir unas altas expectativas en cuanto a la obtención de recursos y servicios. Una explicación pudiera ser que los pacientes en la primera consulta no demanden abiertamente este tipo de ayuda social, laboral o económica.

V.2. Características y relaciones entre las variables

V.2.1. Relación entre las diferentes variables

Se observa en el gráfico bidimensional (Figura 21), que la consulta de psicología presenta una mayor relación en el análisis de correspondencias múltiples con los pacientes en edades comprendidas entre 31 y 45 años, en situación laboral de activo trabajando y parado, con ausencia de diagnóstico en Eje I y si lo tienen son los de menor frecuencia: trastornos sexuales, de control de impulsos, de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, somatomorfos, conductuales, del sueño, disociativos, facticios y TDAH en el adulto. Son derivaciones procedentes de atención primaria, a iniciativa del propio paciente o de la familia, son pacientes que abandonan tras la primera consulta y presentan expectativas de ayuda. La consulta de psiquiatría presenta una mayor relación en el análisis de correspondencias múltiples con los pacientes en edades comprendidas entre

46 y 65 años, trata a pacientes con diagnóstico en Eje I, principalmente esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado del ánimo, trastornos ansioso-depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y relacionados con sustancias. Son pacientes derivados por atención especializada, a iniciativa de estos profesionales y son pacientes que no abandonan las consultas.

También podemos observar cómo los diagnósticos de Trastorno de Conducta Alimentaria y Delirium, demencia y otros se encuentran muy distantes, no asociándose a ninguna de las variables estudiadas.

En cuanto a los pacientes sin diagnóstico en Eje I tampoco se relaciona con ninguna variable estudiada en el análisis multivariado. La población mayor de 65 años, no activa laboralmente y sin expectativas de ayuda, tampoco parece presentar relación con el resto de variables. Debido a la gran cantidad de variables estudiadas, sólo incluimos en el gráfico bidimensional las más significativas aunque pensamos que variables como el sexo, medio de procedencia, nivel académico, carácter de la derivación y ausencias y altas, podrían también explicar las características de la demanda de atención.

V.2.2. Características de la demanda y su relación con el sexo.

La distribución por **sexo** de nuestros pacientes ha sido un dato de interés, debido a las diferencias sociodemográficas encontradas y coincidentes con las que refieren los autores anteriormente mencionados en la introducción. Estos datos pueden servir para investigar disparidades en la demanda de Salud Mental, que se producen desde ambos sexos. La diferencia de prevalencia entre sexos encontrada en nuestro estudio a favor de las mujeres, es un hallazgo constante en este tipo de estudios^{1,85,120,123,149,189}, excepto en el de Roca et al., en el que no encuentran diferencias significativas²²⁰.

Consideramos que, en el entorno de estudio, las mujeres consultan en **edades** más tardías, mientras que los hombres están menos representados en esas edades. Los rangos de edad dónde se consulta más son los de 31 a 45 años y los de 46 a 65 años en ambos sexos. El estado civil “casado” es más frecuente en las mujeres y el “soltero” en los hombres, siendo éste un factor de riesgo para ambos sexos como se ha comentado en la introducción¹²⁵.

Con respecto a la situación laboral en general en nuestro estudio predomina la población en situación de activos trabajando y en paro. Cuando se separa por sexo en los hombres predomina la situación laboral de paro y en las mujeres la situación laboral de no activas. El periodo de estudio, como ya se ha tratado en la introducción, es un periodo de crisis socioeconómica en el que las altas tasas de desempleo y la precariedad laboral generan un alto riesgo contra la salud mental de la población. Por lo tanto los datos encontrados parecen indicar que mientras para el hombre la actividad laboral, el desempleo y los problemas psicosociales que ello conlleva, podrían ser un factor de riesgo, para la mujer la inactividad y los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, representaría un mayor riesgo de consulta por problemas de salud mental.

En nuestro estudio el sexo se reparte de manera desigual entre los diagnósticos en Eje I. Parecen existir diferencias significativas en los diagnósticos de trastorno ansioso depresivo y de ansiedad más frecuente en las mujeres y los trastornos por consumo de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, más frecuentes en los hombres. Estos resultados parecen estar acordes con la bibliografía encontrada en la que se afirma que las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental que los hombres^{92,221}. Existen estudios en las últimas décadas en las que la frecuencia de algunos trastornos difieren en función del género. Las mujeres fueron doblemente más propensas a sufrir trastornos de ansiedad y trastornos emocionales al compararlas con los hombres, mientras que los hombres fueron más propensos a sufrir trastornos de abuso de alcohol; el 5.2% reportó historia de algún trastorno de abuso de alcohol^{92,221}. En otro estudio llevado a cabo por los mismos autores con 580 sujetos adultos, se encontraron altas asociaciones entre las subcategorías diagnósticas de los trastornos de ansiedad. Los factores asociados para comorbilidad de trastornos emocionales y de ansiedad fueron el género femenino, la menor edad, el nivel educativo más bajo, el nivel de urbanidad más alto, vivir solo y el desempleo⁹². En enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, la variable género ha sido ampliamente estudiada. Históricamente se ha aceptado que la esquizofrenia no presentaba diferencias en cuanto a la incidencia y prevalencia entre hombres y mujeres²²². Posteriormente se comienza a sugerir que existen diferencias de género en el riesgo de padecer esta enfermedad, en los que hallaron mayor incidencia en hombres^{223,224}.

En cuanto a los trastornos del estado de ánimo en nuestro estudio se puede afirmar que es más frecuente la demanda de hombres, no coincidiendo con estudios en los que se demuestra una mayor frecuencia de esta enfermedad en las mujeres^{225,226}. Hay autores que han sugerido que estas diferencias se deben a que las mujeres reconocen, perciben y buscan ayuda para los síntomas con mayor frecuencia que los hombres, mientras que es más frecuente que estos expresen sus emociones de forma diferente o con el consumo de tóxicos para hacer frente a su estado depresivo, aunque por otra parte hay estudios que demuestran que estas diferencias a la hora de expresar emociones no explican las diferencias de género en la depresión^{227,228}. Hay autores que postulan que las diferencias de género en la depresión son mayores en la edad adulta, cuando las mujeres y los hombres están más inmersos, principalmente en los roles profesionales y también familiares, los cuales parecen favorecer la salud mental en los hombres pero no en las mujeres²²⁹.

Al analizar las dimensiones del Eje IV del DSM, en la muestra estudiada, observamos cómo en las mujeres destacan los problemas relativos al grupo primario y en cuanto a los varones destacan los problemas laborales y sociales. Esto se une al hecho mencionado anteriormente en cuanto al papel del género masculino, demandando atención con trastornos del estado del ánimo y la situación laboral de desempleo o si lo tiene, con probabilidades de encontrarse en malas condiciones como consecuencia de la crisis socioeconómica.

Por otra parte, también observamos que los hombres son dados de alta tras la primera consulta, con mayor frecuencia que las mujeres, siendo interesante plantear nuevos estudios que investiguen los motivos por los que son dados de alta.

V.2.3. Características de la demanda y su relación con el medio de procedencia.

Las zonas rurales presentan una realidad diferente a la de las áreas urbanas. Además de cierto aislamiento geográfico, los habitantes de zonas rurales cuentan con limitaciones en educación, economía y acceso a recursos en general, lo que podría aumentar la presencia de problemas de salud mental y por otro lado dificultar la posibilidad de recibir un diagnóstico y tratamiento adecuado, principalmente en atención especializada.

En los resultados de nuestro estudio llama la atención el nivel educativo bajo de la demanda procedente de las zonas rurales, (fundamentalmente personas analfabetas) comparado con los pacientes residentes en el medio urbano. Lasheras et al. sugieren que el nivel educativo tiene una fuerte influencia en la calidad de vida de los adultos mayores¹³⁷, por lo que se puede suponer que los pacientes procedentes del medio rural en nuestro estudio, tienen mayor riesgo de tener peor calidad de vida y ser más susceptibles de padecer trastornos mentales.

También es importante destacar la alta frecuencia de antecedentes de tratamiento psicológico a nivel privado (85,5%) en los pacientes residentes en el medio rural. Esto puede ser debido a que la práctica habitual de la atención clínica es cada vez más biologicista y algunos pacientes se tienen que costear el tratamiento psicoterapéutico de forma privada (a través de seguros médicos privados o personalmente), ya que un porcentaje alto de pacientes del medio rural ya se encuentran en tratamiento psicofarmacológico por el MAP y las consultas de psicoterapia en el sistema público presentan largas listas de espera y consultas muy espaciadas en el tiempo.

En cuanto a los diagnósticos en Eje I de nuestro estudio, predominan los trastornos adaptativos en el medio urbano y en el medio rural los trastornos del estado del ánimo. La prevalencia de psicopatías en un estudio realizado en el entorno de atención primaria en zona rural concluye que los trastornos más frecuentes son los ansiosos, depresivos y el consumo perjudicial de alcohol^{230,120}.

Por el contrario hay estudios que afirman haber encontrado escasas diferencias en la prevalencia de la enfermedad mental en residentes de población urbana y rural²³¹. Dado que los problemas de salud mental, especialmente los trastornos del estado del ánimo constituyen un importante factor de riesgo para el suicidio, es importante comprender mejor las razones que expliquen este resultado. En las zonas rurales los individuos deprimidos reciben menos tratamiento ambulatorio y reportan más tasa de suicidio e ingresos hospitalarios¹²⁹. Por otra parte, las tasas de suicidio más altas en las zonas rurales comparadas con las zonas urbanas, a pesar de las tasas similares de trastornos mentales, sugieren que otros factores además de la salud mental (factores socioeconómicos y relacionados con los servicios) también pueden influir en la tasa de suicidio²³².

Otro resultado que llama la atención en nuestro estudio son los problemas registrados en el Eje IV como “problemas de vivienda” (en el 90% de los casos son conflictos con los vecinos), siendo éstos el doble de frecuentes en el medio rural con respecto al urbano. Este resultado podría ser explicado por el contacto más cercano entre los vecinos que provocaría más conflictos o por un mantenimiento y aceptación del paciente en el medio familiar, que genera mayor tolerancia ante determinados comportamientos inadecuados del enfermo, provocando una resistencia a cualquier cambio planteado desde fuera. Esto implica que la familia relativiza una serie de conductas en casa que mantienen la situación de deterioro y que impiden tanto el reconocimiento del problema como las intervenciones que tratan de modificar las condiciones de vida que mantienen la cronicidad. Estas actitudes pueden ser manifestadas u ocultadas a los vecinos, generando esta última actitud, conductas de rechazo a tales comportamientos y conflictos entre vecinos.

En cuanto a las características de la derivación observamos en nuestro estudio que hay menos frecuencia de derivaciones por parte del MAP del medio rural. Esto podría explicarse con el hecho de que los médicos de las zonas rurales son menos partidarios a derivar a los servicios de salud mental que los de las zonas urbanas ²³³, siendo tratados estos pacientes en sus consultas. Esto también explica la mayor frecuencia de tratamiento psicofarmacológico previo que traen los pacientes del medio rural en nuestro estudio, cuando son derivados al ESM. Por otra parte también observamos en nuestro estudio, la destacada demanda recibida desde atención especializada correspondiente a pacientes residentes en el medio rural. Esto puede ser explicado como una consecuencia de la escasa derivación por parte de los médicos de atención primaria de estas zonas, siendo la iniciativa de esta demanda tomada por parte de otros profesionales distintos al MAP.

V.2.4. Características de la demanda y su relación con la ausencia o presencia de diagnóstico en Eje I.

En nuestro estudio el porcentaje de pacientes diagnosticados de trastorno mental es del 83,2% frente al 16,8% de pacientes sin diagnóstico. Estos pacientes reciben este diagnóstico en la primera cita de evaluación en el ESM tras ser derivados en la mayoría de los casos por el MAP, que ya ha realizado el primer filtro. Encontramos más personas solteras y divorciadas/separadas entre los usuarios sin diagnóstico en Eje I. Como ya

hemos mencionado anteriormente, en cuanto al nivel académico y la situación laboral son variables que se relacionan con la demanda de atención en salud mental en casi todos los estudios, no relacionándose en nuestro estudio con la presencia o ausencia de trastorno mental.

Existen diferencias notables en cuanto a los antecedentes psiquiátricos de las dos muestras en nuestro estudio. Los pacientes con diagnóstico de trastorno mental presentan antecedentes personales de ingresos psiquiátricos (8,2%), intentos autolíticos (9%) y de atención psiquiátrica (34,6%), en mayor proporción que los pacientes sin diagnóstico de trastorno mental (1,3% antecedente de ingresos psiquiátricos, 2,1% de intentos autolíticos y un 20,6% de atención psiquiátrica). En estudios previos esta circunstancia de repite^{203,204}.

Valoramos también cuántos pacientes vienen ya con tratamiento farmacológico pautado previamente, por su MAP en la mayoría de los casos. Destacar que el 74,7% de los trastornos mentales tenían medicación pautada previamente, frente al casi 50% de los pacientes sin trastorno mental. Este resultado se repite en un estudio español; Lozano et al., en el que el 59,2% de los pacientes con trastorno mental acuden con tratamiento pautado previamente, frente al 48,4% sin trastorno mental²³⁴

En un estudio de Canadá; Siddique et al., observaron también que el 48% de los pacientes con trastorno mental acuden con tratamiento pautado previamente, frente al 11% sin trastorno mental²⁰⁶. Lo mismo sucede en otro estudio holandés; Spinhoven et al., en este caso encontrando que el 49% de los pacientes con trastorno mental acuden con tratamiento pautado previamente, frente al 13% sin trastorno mental²⁰³. Podemos afirmar que los pacientes de nuestro estudio acuden con más medicación prescrita previamente sobre todo en los pacientes sin trastorno mental, pero hay que señalar que nuestros pacientes pasan previamente el filtro del MAP, el cual puede prescribir tratamiento en un primer momento hasta ser valorado por el ESM. Al valorar el tratamiento psicofarmacológico posterior, podemos comprobar como disminuye el porcentaje de pacientes con tratamiento farmacológico a un 36,1% en los pacientes sin trastorno mental y por el contrario aumenta el porcentaje de pacientes con tratamiento a un 82% en los pacientes con trastorno mental.

Si observamos el comportamiento que siguen los pacientes de ambos grupos según la intervención psicofarmacológica realizada, se observa como el hecho más frecuente en el grupo de pacientes sin trastorno mental es mantenerse sin tratamiento y retirada del mismo. Esto puede estar relacionado con la consulta asignada. Los pacientes sin diagnóstico de trastorno mental son asignados con mayor frecuencia a la consulta de psicología, por lo que se mantienen sin tratamiento farmacológico, mientras que en los que son asignados a la consulta de psiquiatría se produciría una mayor retirada de tratamiento. Según esto se puede pensar que la disminución de tratamiento observado en los resultados generales puede ser debida a la retirada de medicación en los pacientes sin trastorno mental.

En nuestro estudio se observan diferencias significativas a nivel asistencial: los pacientes sin trastorno mental acceden al servicio principalmente a través del MAP, mientras que los pacientes con trastorno mental lo hacen a través de atención especializada. Esto significa que los médicos de atención primaria no han hecho de filtro a la hora de derivar a estos pacientes al ESM. Es conocida la baja concordancia entre los diagnósticos realizados en atención primaria y salud mental, por un lado pueden influir las carencias formativas de los profesionales, la presión asistencial en las consultas y el escaso tiempo que pueden dedicar al paciente^{235,141}. En cuanto al carácter de la derivación, observamos que la derivación ordinaria es más frecuente entre los pacientes sin trastorno mental y la derivación preferente es más frecuente en los trastornos mentales. Esto significa que los trastornos mentales están siendo atendidos con mayor frecuencia por vía urgente, lo cual parece ser lo más adecuado para un buen funcionamiento asistencial. Pero llama la atención que un 25% de los pacientes sin diagnóstico de trastorno psiquiátrico sean atendidos de forma preferente a pesar de no tener patología. También hay que tener en cuenta que no todas las órdenes clínicas que solicitan atención preferente se les atiende como tal. No existen unos criterios bien definidos para realizar tales derivaciones. En muchas ocasiones los médicos de atención primaria indican este carácter en la derivación por la presión de los pacientes/familiares o para adelantar la lista de espera. En cuanto a la iniciativa de consulta los pacientes sin trastorno mental o la familia la toman con más frecuencia que los trastornos mentales, los cuales son derivados con más frecuencia por los profesionales. Esto puede tener relación con que los pacientes sin trastorno mental tienen más necesidad de solicitar ayuda. En cuanto al

profesional asignado, los pacientes con trastorno mental son asignados principalmente al psiquiatra y los pacientes sin trastorno mental son asignados a psicología. Destacar que casi un 32% de los pacientes sin trastorno mental sean asignados a psiquiatría. Esto puede ser debido a la alta frecuencia de pacientes que acuden con tratamiento psicofarmacológico previo. Aunque hay que tener en cuenta que la asignación de consulta y el seguimiento por parte de psiquiatría o psicología depende de la composición de los equipos y su funcionamiento. Tras ser evaluados en la primera consulta los pacientes sin trastorno mental son dados de alta en mayor proporción (43,3%) que los trastornos mentales (6,5%). Nuestras cifras de pacientes dados de alta son más bajas que en el estudio de Lozano et al. En su estudio los pacientes sin trastorno mental son dados de alta en un 52% de los casos y en un 21% de los trastornos mentales²³⁶. En nuestro estudio hay un nivel más bajo de altas entre los pacientes sin trastornos mentales, esto puede ser debido a la falta de coordinación con atención primaria que no favorece la posibilidad de dar altas a pacientes en los que no sea necesario el tratamiento en el nivel especializado.

En cuanto a las expectativas que traen ambos grupos de pacientes, observamos que los dos grupos acuden con expectativas de ayuda predominando éstas en los pacientes con trastorno mental. La ausencia de expectativas es más alta en los pacientes sin trastorno mental (40%). Esto probablemente influye en el primer encuentro con el profesional, ya que ante la ausencia de trastorno y de expectativas de ayuda es más que probable que estos pacientes sean dados de alta.

V.2.5. Características de la demanda y su relación con el carácter de la derivación

Lo primero que destaca en los resultados de nuestro estudio con respecto al carácter de la derivación es que no existe un perfil sociodemográfico del paciente que accede al dispositivo por vía ordinaria o preferente. Perfil que sí se ha encontrado en otros estudios. Luque et al., confirmaron que los pacientes varones, menores de 35 años y solteros son los que principalmente consultan por vía preferente^{188,237-239}. Para estos autores el ser varón se asocia a menos tolerancia al fracaso o que en ellos hay mayor

nivel de conflictos y menor capacidad para soportar el sufrimiento psicosocial lo cual les lleva a solicitar ayuda inmediata.

Una parte de los diagnósticos en Eje I derivados con mayor frecuencia como preferentes fueron los trastornos adaptativos (35,7%). Esto coincide con los resultados obtenidos en otras investigaciones en las que se observaba un incremento de la demanda preferente en patologías breves o reactivas y en enfermedades mentales comunes que no suponían verdaderas urgencias²⁴⁰. Son relativamente escasas las investigaciones sobre el proceso de derivación. La presión asistencial y el alargamiento de las listas de espera hacen que aumenten las derivaciones preferentes desde atención primaria a los ESM. Con esto se consigue dar preferencia a patologías menos graves en detrimento de los más graves que tendrán que tener más tiempo de espera hasta ser atendidos, afectando esta demora a la resolución efectiva del problema por parte del servicio de salud mental y favoreciendo las ausencias¹⁷⁵.

Existen dificultades a la hora de establecer diferencias en cuanto a la derivación ordinaria y preferente y hay un alto porcentaje de derivaciones urgentes inapropiadas procedentes de atención primaria^{237,238}. En la práctica asistencial estas diferencias no solo vienen marcadas por la severidad de los síntomas psicopatológicos, sino también por otros muchos factores como pueden ser los problemas personales y sociales del paciente o la dificultad para definir límites entre el sufrimiento normal y la patología susceptible de tratamiento²⁴¹. En nuestros resultados, en cuanto a la severidad de la sintomatología se observa cómo los pacientes que demandan atención preferente son los que presentan síntomas más graves como cabría esperar.

La mayoría de los pacientes derivados como preferentes solicitan de forma genérica atención por parte de salud mental sin especificar tipo de profesional, siendo la consulta de psiquiatría la que con mayor frecuencia se asigna. Esto puede ser debido a que la gravedad de los síntomas o los motivos de la demanda necesitan en un primer momento una intervención psiquiátrica mejor que psicoterapéutica. Por otra parte la iniciativa de la derivación tiene un papel importante en cuanto a las características de la misma. Si la iniciativa parte del paciente o de la propia familia puede provocar que los

criterios del médico a la hora de derivar pasen a un segundo plano dando preferencia a la demanda angustiosa del paciente o familiar. El médico por evitar un enfrentamiento con los pacientes o familiares, o por no tener clara la gravedad de la demanda opta por realizar la derivación de forma preferente. En nuestro estudio, la iniciativa de la mayor parte de las demandas preferentes es tomada por el profesional (72,8%), por lo que podemos pensar que los criterios del médico priman a la hora de derivar sin la presión del paciente o familiares. Cuando la iniciativa parte del propio paciente o de la familia el carácter de la demanda es ordinario, lo que nos lleva a pensar de nuevo, que el MAP a la hora de realizar una derivación preferente no se ve influenciado por la presión del paciente o la familia.

V.2.6. Características de la demanda y su relación con el profesional asignado

Hay un número muy limitado de estudios que hayan examinado las diferencias asistenciales entre psiquiatras y psicólogos. A pesar de que existen numerosos estudios sobre la epidemiología de los trastornos mentales y se han producido avances en el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de estos trastornos, falta información detallada sobre las características de los tratamientos habituales en salud mental²⁴². Es conocido que los psiquiatras atienden en mayor proporción a los trastornos mentales más graves, mientras que los psicólogos ven principalmente trastornos de ansiedad y tratan síntomas aislados de trastornos mentales que reciben tratamiento psiquiátrico.

En nuestro estudio, los diagnósticos que con mayor frecuencia son emitidos por el psiquiatra son: delirium, demencia, trastorno amnésico y otros, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado del ánimo, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, trastornos ansioso-depresivos y trastornos adaptativos. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Valencia et al., en el que observaron que se asignaban a la consulta de psiquiatría mayores casos de trastornos mentales graves y trastornos ansioso-depresivos y adaptativos¹⁷². Según Olfson y Pincus, los psiquiatras tienden a ver trastornos en los que los factores biológicos desempeñan un papel importante, como en la esquizofrenia o en la enfermedad de Alzheimer²⁴³. Sin embargo,

nuestros resultados no coinciden con los autores que afirman que las reacciones graves frente al estrés y los trastornos de adaptación, en definitiva aquellas patologías en las que la clínica ansiosa es uno de los síntomas principales, son atendidas más frecuentemente por psicología^{244,140}. Ya se ha mencionado anteriormente el incremento de los trastornos adaptativos. Este incremento de la demanda para tratar las angustias cotidianas, también llevan asociados una demanda de algún tipo de tratamiento que se asemeje al tratamiento de las enfermedades médicas, es decir, que sea rápido, eficaz y sin implicación del propio paciente para solucionar los conflictos. Esto puede explicar en parte el hecho de que en nuestro estudio los trastornos adaptativos y ansioso-depresivos sean atendidos más frecuentemente en la consulta de psiquiatría.

En psicología cualquier tipo de tratamiento solo puede llevarse a cabo si el paciente expresamente lo desea y se compromete con el tratamiento. Si el paciente no tiene motivación o expectativas de ayuda, el terapeuta tiene pocas posibilidades de actuar. En nuestro estudio la iniciativa de consulta más frecuente de los pacientes asignados a psicología es propia o a través de la familia. Esto hace pensar que a estos pacientes les mueve un interés particular que les hace solicitar la consulta al nivel especializado o a sus familiares, hecho que comprobamos observando que los pacientes con mayor frecuencia de expectativas de ayuda corresponden a los asignados a la consulta de psicología. Por el contrario se puede observar como estos pacientes abandonan las consultas con más frecuencia que los pacientes asignados a psiquiatría y tienden a ser dados de alta también con más frecuencia. Esto podría ser explicado por una parte por la ausencia de una serie de características de la demanda del paciente que Martínez Farrero describe como necesarias para que la actuación del psicólogo sea eficaz, entre ellas está que el paciente reconozca que tiene un problema con uno mismo o con los demás y que quiera hablar del problema en concreto²⁴⁵, y por otra parte por la resolución de los problemas tras una intervención de asesoramiento.

V.2.7. Características de la demanda y su relación con la iniciativa de la demanda

Ya se ha mencionado anteriormente la importancia del fenómeno de la autoderivación por parte del propio paciente o de la familia. En nuestro estudio se detectó

un alto porcentaje de pacientes que eran derivados a iniciativa propia (21,1%), más del doble de los pacientes que eran derivados a iniciativa de la familia (9,5%). Este porcentaje tan elevado de autoderivación por parte de los pacientes que acceden al ESM (30,6%) habla a favor del escaso filtro por parte de los médicos de atención primaria^{246,247} o quizás refleje la insuficiencia de recursos o formación de los médicos de atención primaria suficientes para abordar la demanda propuesta por estos pacientes. Son escasos los estudios previos con los que podamos comparar nuestros resultados, que se encuentran muy por encima de los porcentajes de autoderivación detectados en otros estudios (17%)¹⁹⁹, pero con la limitación de haber sido realizados hace 26 años.

Al estudiar las características sociodemográficas relacionadas con la iniciativa de la demanda observamos que los pacientes más jóvenes, solteros, en situación de paro y con un nivel académico medio alto son los que acceden a la derivación por iniciativa propia o familiar. Parece lógico pensar que los MAP sean los que tomen la iniciativa de consulta en personas más mayores y con un nivel académico más bajo en los que se puede suponer las dificultades que presentan a la hora de moverse dentro del sistema sanitario¹⁵¹. Por otro lado parecen lógicos los resultados obtenidos en las variables clínicas donde observamos que los pacientes con antecedentes personales de enfermedades somáticas, ingresos psiquiátricos e intentos autolíticos sean derivados principalmente a iniciativa del médico o profesional que les atiende. Esto podría confirmar que el médico actúa en estos casos como filtro modulador de las demandas, derivando a estos pacientes conocidos ya por sus antecedentes psiquiátricos. Un dato que llama la atención es el tratamiento psicofarmacológico previo y posterior en cuanto a su relación con la iniciativa de la demanda de atención. Observamos que cuando la iniciativa de la demanda parte del paciente o de la familia es más frecuente que sea en pacientes que no tienen pautado tratamiento psicofarmacológico cuando acceden al servicio. Esto puede hacernos pensar que el MAP no ha considerado que la problemática presentada por el paciente necesite intervención psicofarmacológica y “cede” ante la demanda de atención del paciente o familia solicitando un servicio especializado. En cuanto al tratamiento psicofarmacológico posterior se vuelve a comprobar que el hecho más frecuente en estos pacientes sea la ausencia de tratamiento farmacológico tras la primera consulta en el Equipo. Esto nos hace pensar que estos pacientes que demandan la atención a iniciativa propia o de la familia presentan dificultades adaptativas derivadas

de los problemas cotidianos de la vida diaria, con escasa sintomatología, por lo que no precisan intervención psicofarmacológica y sean asignados con más frecuencia a la consulta de psicología, como así se ha podido comprobar al analizar los diagnósticos y las características asistenciales de estos pacientes. Esto pone de manifiesto la dificultad que estos pacientes suponen para el MAP al no poder darles respuesta con una intervención farmacológica y ser derivados a la atención especializada.

En cuanto a los diagnósticos que predominan en los pacientes que acceden al equipo por iniciativa propia o familiar son los trastornos de conducta alimentaria y los trastornos de ansiedad. Son pacientes derivados por atención primaria (98,7%), en los que se indica y es asignada la consulta de psicología, los que más frecuentemente presentan expectativas de ayuda y los que más frecuentemente abandonan las consultas. En el caso de los trastornos de conducta alimentaria, la mayoría de los pacientes se derivan a la Unidad especializada en Badajoz. Con estos resultados podemos hipotetizar que o bien estos pacientes presentaban algún tipo de dificultad leve con necesidad de ayuda y que tras la primera consulta el problema se solucionó, también por los largos periodos de tiempo que existen entre las consultas debido a la elevada carga asistencial o por un problema de empatía o falta de conexión con el profesional que le trata que hace que los pacientes no vuelvan a acudir a las consultas buscándose otras vías de solución del problema.

En cualquier caso, la intervención principal debería ser la preventiva para evitar que determinadas situaciones psicosociales den lugar a dinámicas disfuncionales por lo que hay autores que proponen la figura del psicólogo clínico en atención primaria para evitar la sobrecarga en la atención especializada¹⁷². Se ha demostrado que los programas de psicoterapia para los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo de tipo leve o moderado, somatizaciones y trastornos físicos crónicos que cursan frecuentemente con trastornos de ansiedad y depresión aplicados en Atención Primaria, obtienen mejores resultados que el tratamiento usual. En este sentido el estudio PsicAP puede ser el primer paso efectivo para que estos problemas sean abordados desde atención primaria, se trata de una experiencia piloto de intervención psicológica en atención primaria cuyo objetivo es proporcionar tratamientos psicológicos basados en evidencias científicas a los pacientes en el nivel primario de atención. De esta manera se podría disminuir la elevada

demanda de atención al nivel especializado y en concreto la demanda producida a iniciativa del propio paciente o familiar eliminando así las controversias establecidas al disponer de este canal de acceso a la atención especializada²⁴⁸.

V.2.8. Características de la demanda y su relación con las ausencias, abandonos y altas

V.2.8.1. Ausencias

Como ya se ha mencionado anteriormente, las ausencias a las primeras consultas programadas en los centros de salud mental suponen un problema económico para la administración, una pérdida de tiempo para el profesional y un aumento innecesario de las listas de espera para el paciente que sí asiste. Estudios previos han analizado las ausencias en las primeras consultas programadas de los servicios de salud mental. Han evaluado variables sociodemográficas, clínicas e incluso asistenciales pero en la mayoría de los estudios no se ha podido establecer un perfil claro del paciente que no acude a la primera consulta. Es difícil obtener ciertos datos sin la presencia del paciente, debido a que los datos que figuran en la hoja de interconsulta en muchas ocasiones son insuficientes, aportan información inespecífica y no reflejan claramente la demanda o el problema del paciente.

Como ya se mencionó en el apartado de resultados, la incidencia de ausencias en la primera visita en nuestro estudio es del 20,9%. Aunque son cifras elevadas, no se alejan mucho de las observadas por otros autores que sitúan el porcentaje de ausencias entre un 10 y un 50% en estudios españoles (Luque et al. 50%, Herrán et al. 17,5%, Martínez et al. 13,7%, Vellisca et al. 18%, García et al. 15%, Valencia et al. 10,1%)^{171-173,175,213,214} y en estudios realizados fuera de España (Killapsy et al. 36%, Fenger et al. 27% y Neeleman et al. 21-33%)^{215,217,249}. Nuestras cifras de ausencias se sitúan por tanto en el rango inferior de la mayoría de los estudios consultados. En ningún estudio se ha podido establecer un perfil sociodemográfico claro con respecto a las ausencias. En nuestro estudio la variable sociodemográfica que se relaciona con las ausencias es la edad, siendo la población más joven la que se ausenta con mayor frecuencia, como también se ha

observado en otros estudios^{173,213,249}. Las responsabilidades laborales pueden explicar en parte estas ausencias ya que comienzan a disminuir a partir de los 46-65 años.

No se observan diferencias al considerar el medio de procedencia del paciente (rural frente a urbano). Habría sido comprensible un aumento de ausencias producidas por pacientes del medio rural que residen más lejos del lugar donde se sitúa el ESM. Esta variable tampoco influye en otros estudios^{171,250}.

En nuestro estudio no tenemos datos clínicos debido a que los pacientes no asisten a la consulta, pero en estudios previos dónde sí han podido analizar estas variables señalan que los trastornos de personalidad, trastornos relacionados con sustancias, demencia y los problemas legales se asocian a una mayor frecuencia de ausencias en las primeras consultas^{171,215,249,250}.

En cuanto a las variables asistenciales en nuestro estudio observamos como los pacientes que con más frecuencia se ausentan son los derivados por el MAP. Este hecho podría ser explicado por la falta de conciencia de enfermedad mental, el estigma o por no estar de acuerdo con la derivación realizada por el MAP²¹⁷. El carácter de la derivación, ordinario o preferente, es una vía para asegurar que el paciente que lo precise sea atendido antes. En la práctica asistencial observamos que en muchas ocasiones los criterios para realizar una derivación preferente son debidos a la presión del paciente o la familia o tareas administrativas (urgencias de informes sociolaborales, legales). Hay estudios donde se ha observado un 18% de ausencias que son derivadas de forma preferente²¹³. En nuestro estudio no se han observado diferencias significativas en cuanto al carácter de la derivación. Con respecto a los motivos de consulta reflejados en la hoja de interconsulta destacan los problemas adaptativos en cuanto a la incidencia de ausencias. Una posible explicación puede ser el largo periodo de tiempo que pasa desde que el MAP realiza la derivación y el momento en que el paciente es citado. En muchos de estos casos puede que el problema adaptativo se resolviera y de ahí el mayor índice de ausencia. La consulta de la que más frecuentemente se ausentan es de la de psicología. Una explicación puede ser que algunos pacientes tienen dificultades para expresar sentimientos y resolver sus problemas a través de la psicoterapia. Hay autores que afirman que ofrecer sólo psicoterapia y no prescribir tratamiento puede aumentar el riesgo de ausencias²⁵⁰.

El porcentaje de absentismo sugiere la importancia de reformular cuál ha sido el criterio de derivación del MAP y sus expectativas así como profundizar en las motivaciones del paciente. Por nuestra experiencia clínica, la impresión es que se podría estar realizando unas derivaciones motivadas por el médico más que por el propio paciente. Otra hipótesis podría ser que en el tiempo de espera previo a la primera visita, el paciente resolviera con sus propios recursos el conflicto por el que consultaba. Esto se podría confirmar en futuros estudios centrados en los retornos, es decir, aquel paciente que o bien se ausentó o abandonó las consultas y pasado un periodo de dos años vuelve a solicitar atención.

V.2.8.2. Abandonos

La interrupción prematura del tratamiento es un hecho clínico generalizado^{251,252}, siendo común a todas las categorías diagnósticas y distintos tratamientos²⁵³. El incumplimiento es un problema importante en el ámbito comunitario que se suele acompañar de un alto coste económico. La mayoría de los estudios cuando hablan de adherencia al tratamiento hacen referencia al tratamiento médico o farmacológico. Algunos autores resaltan la importancia de incluir las intervenciones o los tratamientos psicosociales en el concepto de adherencia terapéutica²⁵⁴ y no sólo el cumplimiento del tratamiento farmacológico, haciendo también referencia al grado en que una persona realiza las recomendaciones dadas por el profesional encaminadas a desarrollar conductas saludables, evitar conductas de riesgo y acudir a las consultas programadas por el profesional.

Cuando los pacientes acuden a las consultas terapéuticas en los ESM y son atendidos por los profesionales de referencia (psicólogos/psiquiatras) se les prescribe un tratamiento o se instruye al paciente o familiar sobre la responsabilidad de llevarlo a cabo, no sólo en lo referente a la medicación sino también a las pautas o recomendaciones psicoterapéuticas. En muchas ocasiones no se tiene en cuenta si el paciente entiende la información proporcionada o si tiene una clara conciencia de su trastorno siendo éste un factor que puede predisponer el abandono de las consultas. Es unánimemente aceptado que la falta de cumplimiento de las pautas prescritas se relaciona con un peor pronóstico

y evolución del trastorno. El abandono terapéutico en los pacientes que acuden a los servicios de salud mental oscila entre un 25 y un 64%^{174,150}. La adherencia terapéutica no es un fenómeno uniforme. Puede verse influida por diversos factores sociodemográficos, clínicos y asistenciales. Para poder comprender mejor el fenómeno de abandono es necesario conocer tanto los factores implicados como las consecuencias de la interrupción de la terapia²⁵⁵, y analizar la interrelación de las variables que conducen al abandono terapéutico¹⁷³.

Los resultados obtenidos en estudios previos en cuanto a las variables sociodemográficas son no significativos o inconsistentes. Hay estudios que predicen que el abandono del tratamiento es mayor cuando el nivel socioeconómico es bajo, edad avanzada y mayor nivel académico²⁵⁵. Otros señalan las rupturas de pareja²⁵³, la existencia de determinados rasgos de personalidad¹⁷⁴ y la influencia de los medicamentos²⁵⁶. En los últimos años se está aumentando la efectividad de los psicofármacos, pero hay también evidencias de aquellos que no logran los resultados esperados lo cual puede convertirse en un motivo de abandono. Enfermería ha sido siempre sensible al problema de la adherencia terapéutica y ha realizado propuestas de intervención con programas psicoeducativos y abordajes biopsicosociales^{257,258}. La enfermería juega un papel fundamental a la hora de desarrollar estrategias de intervención para mejorar la adherencia y evitar los abandonos y recaídas. Para que los pacientes comprendan la importancia del cumplimiento terapéutico se llevan a cabo programas psicoterapéuticos o intervenciones como el seguimiento telefónico, visitas a domicilio o el tratamiento depot. Potenciar actitudes positivas hacia el tratamiento y establecer acuerdos con el paciente acerca de la importancia de cumplir correctamente con las recomendaciones terapéuticas son las estrategias más utilizadas por los profesionales de enfermería para reducir los abandonos y las recaídas por falta de adherencia²⁵⁹.

En nuestro estudio, de los pacientes que demandan atención sólo realizarán la primera consulta un 25,9%, valor que se encuentra en el rango inferior de los valores encontrados en la bibliografía en cuanto al abandono terapéutico se refiere. Las variables sociodemográficas que más se relacionan con los abandonos son la edad, siendo los pacientes más jóvenes los que frecuentemente abandonan más las consultas y

fundamentalmente en situación laboral activo o parado. Nuestros resultados coinciden con investigaciones previas en las que señalan que pacientes más jóvenes abandonan con mayor frecuencia los tratamientos^{260,261}, por lo que son los adultos de edad avanzada los que tienden a abandonar menos²⁶². El nivel socioeconómico bajo, el desempleo y la inestabilidad laboral son otros factores que influyen en el abandono prematuro de los tratamientos^{263,260,261}. Esto podría ser explicado por el hecho de que las personas con dificultades socioeconómicas tienden a dar prioridad a necesidades básicas más inmediatas y que están por cubrir¹⁷³.

En cuanto a las variables clínicas relacionadas con el abandono de las consultas en nuestro estudio, se observa una mayor frecuencia de abandono cuando los pacientes acuden sin tratamiento psicofarmacológico previo y cuando tras la primera consulta tampoco obtienen tratamiento farmacológico. Estos resultados coinciden con los descritos en un estudio en el que los pacientes que no seguían tratamiento farmacológico abandonaban 4,42 veces más que los que tomaban medicación²⁶⁰. Esto puede ser explicado por la efectividad de los fármacos. Los pacientes con tratamiento psicofarmacológico abandonan menos las consultas al encontrar mejoría de sus síntomas²⁵⁵. Aunque hay que tener en cuenta que el efecto secundario de los mismos puede convertirse en un motivo de abandono si éstos no son identificados y tratados^{264,265}. Además las revisiones periódicas para el control del tratamiento también pueden convertirse en motivo de abandono²⁶⁶.

En cuanto a los diagnósticos en Eje I observamos que no existe relación con los abandonos de las consultas. En estudios previos se ha descrito una mayor tasa de abandonos en los Trastornos de personalidad (especialmente los tipos B y C)²¹⁸ y los Trastornos adaptativos²⁶⁰.

En cuanto a la gravedad de los síntomas y su relación con el abandono terapéutico parece existir controversia a la hora de aceptar la idea de que el abandono se encuentra asociado a altos grados de severidad de sus síntomas. Hay estudios que así lo afirman²⁵⁵, y por el contrario otros autores mantienen la opinión de que la severidad de los síntomas de la enfermedad mental no predice de forma eficaz el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas por parte del paciente²⁶⁷.

En nuestro estudio se observa que los pacientes que más frecuentemente abandonan las consultas son los que presentan síntomas leves o moderados. Según estos resultados podemos pensar que se trata de pacientes que o bien se adaptan a los síntomas o a la situación en la que se encuentran y prefieren continuar con síntomas leves que seguir con el esquema de tratamiento propuesto.

En cuanto a las variables asistenciales en nuestro estudio observamos cómo los pacientes que con más frecuencia abandonan las consultas solicitan atención por presentar síntomas clínicos, problemas adaptativos o problemas legales, familiares o laborales. Solicitan con mayor frecuencia la consulta psicológica y son asignados a la consulta de psicología los que más abandonan. Estos resultados podrían corresponder a pacientes con problemas menos severos que se resolvieron tras la primera consulta o podría estar relacionado con los tiempos de espera entre consultas, por un posible problema de “enganche” o “empatía” con el profesional clave en las primeras consultas. Sería interesante realizar futuros estudios que permitan conocer los posibles motivos del abandono y también cuál ha sido su evolución.

V.2.8.3. Altas

En estudios previos se ha observado cómo las altas producidas tras la primera visita en los ESM fueron más frecuentes entre los pacientes que no presentaban trastorno mental. García Testal et al. , hallaron en su estudio un 14% de pacientes sin trastorno mental de los cuales un 25% fueron dados de alta tras la primera consulta. El resto de las altas fueron neurosis, trastornos somatomorfos y trastornos mentales orgánicos²⁰². Lozano et al. hallaron un 24% de pacientes sin trastorno mental, de los cuales el 52% fueron dados de alta²⁶⁸.

En nuestro estudio el 16,8% de los pacientes no presentan trastorno mental. Como se describió en el apartado de las relaciones con el diagnóstico de enfermedad en Eje I, el 43,3% de los pacientes sin trastorno mental son dados de alta tras la primera visita. El resto de las altas (6,5%) corresponden a Delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros y a los trastornos de conducta alimentaria los cuales, probablemente sean dados de alta por derivación a otras especialidades o a la UTA.

La consulta única se define como «el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna»²⁶⁹. Podemos considerar que los pacientes que son dados de alta tras la primera consulta asistirían a lo que en atención especializada se conoce como consulta única o de alta resolución, como una respuesta desde el ESM al MAP en nuestro caso confirmando en la mayoría de las ocasiones una ausencia de diagnóstico y seguimiento por parte de atención primaria.

En nuestro estudio, aunque el porcentaje de pacientes sin trastorno mental que es dado de alta es elevado, aún quedan en tratamiento el 56,7% de estos pacientes. Parece importante reducir el número de pacientes sin trastorno mental en nuestras consultas, porque aunque nuestros hallazgos sean inferiores a los hallados por otros autores si a ellos le sumamos el 20,9% de los pacientes que se ausentaron a la primera consulta, la demanda de atención en el equipo disminuiría considerablemente reduciéndose por tanto la lista de espera, pudiendo realizarse un seguimiento más frecuente a los enfermos que lo necesiten e incluso dedicarles más tiempo en las consultas.

V.2.9. Características de la demanda y su relación con la expectativa de ayuda

Es importante considerar en las demandas de los pacientes sus sentimientos en el momento de la demanda de atención y sus expectativas de ayuda, ya que éstas pueden influir en el resultado del tratamiento¹⁷⁵. En nuestro estudio parece que la ausencia de expectativa está más relacionada con la edad, como se vio anteriormente, población no activa reuniendo principalmente a los jubilados y población de analfabetos (Figura 27).

En cuanto a las variables clínicas que se relacionan con las expectativas de ayuda se observa cómo los pacientes que nunca han tenido un tratamiento psicoterapéutico y no tienen trastorno mental no demandan ningún tipo de ayuda, probablemente debido a la ausencia de conocimiento en cuanto al fundamento de estas técnicas y a la ausencia real de la necesidad de ayuda proporcionada por el ESM.

Los trastornos mentales orgánicos, los trastornos mentales graves y los trastornos del estado del ánimo son los que con mayor frecuencia no presentan expectativas de ayuda. Esto puede estar relacionado con la ausencia de conciencia de enfermedad característica de estos pacientes²⁷⁰, es decir que al no presentar conciencia de enfermedad no tienen necesidad de demandar ayuda. En cuanto a los problemas psicosociales todos presentan expectativas de ayuda excepto los problemas laborales. El bienestar económico podría incrementar las expectativas de las personas sobre la salud mental y la tendencia a delegar más responsabilidades del cuidado de la salud en los demás, generando así un aumento de la demanda de consultas buscando soluciones a problemas de menor intensidad. Según esto, se podría decir que ante circunstancias socioeconómicas adversas como las vividas en el periodo del estudio, harían disminuir las expectativas de salud y obligarían a asumir más responsabilidad personal ²⁷¹.

En cuanto a las variables asistenciales que más se relacionan con la expectativa de ayuda destaca la iniciativa de consulta. Como es lógico pensar, cuando ésta parte del propio paciente, las expectativas de ayuda aumentan y cuando la iniciativa de consulta parte del familiar o de los profesionales las expectativas disminuyen (Figura 28).

VI. CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

Primera: El perfil del usuario que acude al Equipo de Salud Mental se trata de una mujer, en paro, con un nivel de instrucción medio-bajo, diagnosticada con trastornos mental común o con ausencia de diagnóstico de enfermedad mental, con necesidad de solucionar su problemática psicosocial principalmente debido a problemas relativos al grupo primario de apoyo, con sintomatología leve o transitoria y con una importante incidencia en cuanto a las ausencias, abandonos y altas.

Segunda: Se observan diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales en relación al sexo del demandante. Así, es más frecuente la asistencia al Equipo de Salud Mental de mujeres mayores de 65 años, casadas, inactivas laboralmente, con Trastorno Mental Común y con problemas relacionados con el grupo primario de apoyo. En cuanto a la asistencia de los hombres éstos son más jóvenes, solteros, activos laboralmente o desempleados, con Trastornos Mentales Graves y con problemas relacionados con el ámbito laboral, siendo ellos dados de alta con más frecuencia que las mujeres.

Tercera: En relación a la procedencia del paciente que demanda atención, encontramos diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales, viéndose que la mayoría de los pacientes procedentes del medio rural tienen un nivel educativo más bajo que los del medio urbano, acuden con mayor frecuencia con tratamiento psicofarmacológico previamente prescrito y con trastornos del estado del ánimo, los que proceden del medio urbano son diagnosticados con mayor frecuencia de trastorno adaptativo. En el medio rural predominan los problemas de vivienda relacionados con conflictos con vecinos, mientras que en el medio urbano predominan los problemas relacionados con el grupo de apoyo primario y laboral. Los pacientes procedentes del medio rural son derivados por atención especializada y asignados a la consulta de psiquiatría mientras que los que proceden del medio urbano son derivados por atención primaria y asignados a la consulta de psicología.

Cuarta: Respecto a las diferencias encontradas entre los pacientes que presentan o no diagnóstico de trastorno mental, los pacientes sin diagnóstico de trastorno mental; con mayor frecuencia están solteros, prácticamente la mitad acuden con tratamiento psicofarmacológico previo, derivados por atención primaria de forma ordinaria, a

iniciativa del propio paciente o de la familia, no verbalizan expectativas de ayuda, son asignados frecuentemente a psicología y dados de alta tras la primera consulta. Los pacientes con diagnóstico de trastorno mental con mayor frecuencia están casados, presentan más antecedentes personales psiquiátricos, son derivados por atención especializada de forma preferente a iniciativa del profesional que lo deriva, tienen expectativas de ayuda y son asignados a la consulta de psiquiatría.

Quinta: En relación al tipo de derivación, los pacientes que son derivados de forma preferente presentan en mayor frecuencia diagnósticos de trastorno adaptativo y del estado del ánimo, con sintomatología grave, son asignados a la consulta de psiquiatría y derivados a iniciativa del profesional, mientras que los pacientes derivados de forma ordinaria, presentan ausencia de diagnóstico y si éste existe, son trastornos de ansiedad, frecuentemente sin síntomas, se asignan a la consulta de psicología y la iniciativa proviene del propio paciente o de su familia.

Sexta: Respecto al tipo de consulta que se asigna, los pacientes que son asignados a la consulta de psiquiatría son los pacientes mayores de 65 años e inactivos laboralmente que presentan más antecedentes personales somáticos y psiquiátricos, diagnosticados con mayor frecuencia de TMG; trastornos adaptativos, trastornos de personalidad y retraso mental, derivados por atención especializada de forma preferente a iniciativa del profesional, principalmente para valoración del paciente y sin expectativas de ayuda por su parte. Los pacientes asignados a la consulta de psicología son los pacientes más jóvenes y activos laboralmente o desempleados, presentan antecedentes personales de tratamiento psicoterapéutico previo, con frecuencia no presentan diagnóstico de trastorno mental y si lo tienen son otros diagnósticos menos frecuentes y trastorno de la conducta alimentaria. Los trastornos de personalidad son no especificados. Son derivados por atención primaria de forma ordinaria por problemas adaptativos, legales, familiares o laborales, y además, se ausentan, son dados de alta y abandonan las consultas con mayor frecuencia, siendo los que mayor expectativas de ayuda presentan.

Séptima: En cuanto a quién toma la iniciativa de la consulta, también existen diferencias sociodemográficas, clínicas y asistenciales. Así, cuando la iniciativa de consulta la toma el médico o profesional que deriva, las edades de los pacientes son más avanzadas, están casados, inactivos laboralmente, con un nivel académico bajo, con antecedentes

personales somáticos y psiquiátricos, con tratamientos psicofarmacológico previo y posterior, diagnóstico de trastorno mental principalmente del estado del ánimo, proceden de atención especializada, son asignados a psiquiatría y acuden sin expectativas de ayuda. Cuando la iniciativa la toma el paciente o la familia son pacientes más jóvenes, solteros, trabajando o en paro, con un nivel académico medio-alto, sin tratamiento psicofarmacológico previo ni posterior, sin diagnóstico de trastorno mental y si lo presentaban eran trastornos de la conducta alimentaria y de ansiedad, son derivados de atención primaria, asignados a la consulta de psicología que posteriormente abandonan y presentan expectativas de ayuda.

Octava: Se observa que los pacientes que se ausentan de las primeras consultas son más jóvenes, derivados por atención primaria por problemas adaptativos y son asignados a la consulta de psicología. Los pacientes que abandonan las consultas son también los más jóvenes, trabajando o en paro, sin tratamiento psicofarmacológico previo ni posterior, con síntomas leves-moderados, derivados desde atención primaria por síntomas clínicos y problemas adaptativos y son asignados a la consulta de psicología.

Novena: Los pacientes que son dados de alta, con más frecuencia son los de mayor edad, sin tratamiento psicofarmacológico previo ni posterior, sin diagnóstico de enfermedad mental, la iniciativa de la consulta es tomada por el familiar, tienden a ser asignados a la consulta de psicología y acuden sin expectativas de ayuda.

Décima: También existen diferencias entre los pacientes que acuden con o sin expectativas. Los pacientes que acuden sin expectativas de ayuda son los de mayor edad, no activos laboralmente, con nivel académico bajo, sin diagnóstico de trastorno mental, sin problemas psicosociales. Son derivados por atención especializada a iniciativa de la familia y del profesional que deriva, se asignan a la consulta de psiquiatría y son dados de alta. Los pacientes que acuden con expectativas de ayuda son más jóvenes, en situación laboral de activos parados y con un nivel académico medio-alto, con trastornos adaptativos, con problemas relativos al grupo primario de apoyo y sintomatología leve-moderada. Son derivados por atención primaria a iniciativa del propio paciente y del Médico de Atención Primaria, se asignan a la consulta de psicología y no son dados de alta.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Dorado JA, Balmón C, Sarramea F, et al. Análisis de la demanda en el equipo de salud mental de Andújar: Evolución y estudio comparativo a los 20 años de apertura. Rev. Asoc Esp Neuropsiq. 2002;(84):141-154.
2. Retolaza A. ¿Salud mental o psiquiatría?: Entre la atención primaria y el estigma del manicomio. Norte de Salud Mental. 2004; 5(19):49-57.
3. Vidal F. El impacto de la ley general de beneficencia de 1822 en madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España). Facultad de Geografía e Historia. 1988.
4. López-Ibor J. La fundación en valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. Actas Esp Psiquiatr. 2008; 36(1):1-9.
5. Comelles JM. La razón y la sinrazón: Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la españa contemporánea. Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU; 1988.
6. Ryan P. El origen del tratamiento moral en psiquiatría. Salud Mental. 1981; 4(2):30-32.
7. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. Cuicuilco. 2009; 16 (45):163-188.
8. Álvarez-Uría F. Miserables y locos. Barcelona: Tusquets; 1983.
9. Decreto de cortes de 21 de diciembre de 1821, Ley de beneficencia de 1822. Biblioteca Virtual del Patrimonio Bibliografico. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. <http://www.bupb.mcu.es/es/consulta/registro/.cmd?id=398366>.
10. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29 de abril de 1986).
11. Campos R, Huertas R. Estado y asistencia psiquiátrica en españa durante el primer tercio del siglo XX. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1998; 18(65):099-108.

12. Real Decreto 19 de mayo de 1885. (Gaceta de Madrid. número 141, de 21 de mayo de 1885). <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1885/141/A00511.pdf>
13. Decreto de 3 de julio de 1931. (Gaceta de Madrid. número 188, de 7 de julio de 1931). <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1931/188/A00186-00189.pdf>.
14. Montijano MG. Algunos problemas planteados por el internamiento de enfermos mentales: Artículo 211 C.c. Revista jurídica de la Región de Murcia. 1988(7):27-44.
15. Aparicio V, Sánchez AE. Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986). Rev. Asoc Esp Neuropsiq. 1997;17(61):125-145.
16. Basauri VA. Evaluación de servicios de salud mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
17. Real Decreto de 12 de mayo de 1885. (Gaceta de madrid, número 135. de 15 de mayo de 1885). <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1885/135/A00447-00450.pdf>.
18. Villasante O. El manicomio de leganés. Debates científicos y administrativos en tomo a un proyecto frustrado. Rev Asoc Esp Neuropsiq.1999; 19(71):469-479.
19. Real Decreto de 19 de mayo de 1885. (Gaceta de madrid, número 141, de 21 de mayo de 1885). <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1885/141/A00511.pdf>.
20. Bertolín JM. Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la españa contemporánea del período de " entresiglos". Asclepio: archivo iberoamericano de historia de la medicina y antropología médica. 1993; 45(1):189-216.
21. Aguilera CG. La psiquiatría de Jaén. Apuntes históricos de nuestra asistencia psiquiátrica provincial desde principios del siglo XX. Seminario médico. 1978;(38):79-126.
22. Escobar FT. Los prados: La particular historia de la psiquiatría giennense. Boletín del Instituto de Estudios Giennenses. 2013;(207):703-800.

23. Lafora GR, Pérez-Valdés R, Busquet T. Los manicomios españoles. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011; 31(4):777-789.
24. Lázaro J. La reunión fundacional de la asociación española de neuropsiquiatras. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1995; 15(53):095-308.
25. Villasante O. Primer certamen frenopático español (1883): Estructura asistencial y aspectos administrativos. *Asclepio.* 1997; 49(1):79-93.
26. Bertolin JM. Psychiatry periodicals in Spain up to 1931. *Arch Neurobiol.* 1992; 55(1):23-33.
27. López-Muñoz F, Molina JD, de Pablo S, Alamo C. Lafora y el origen de la neuropsiquiatría biológica española. *Psiqu. Biol.* 2007; 14(3):108-120.
28. Campos R. Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio.* 1997; 49(1):39-59.
29. Giménez, MC. El gobierno socialista y la atención a la salud mental: La reforma psiquiátrica (1983-1986). *HAOL.* 2012(27):19-28.
30. González E. Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Mayoría, AEN. 1980.
31. Lázaro J. Historia de la asociación española de neuropsiquiatría (1924-1999). Primera etapa. La formación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2000; 20(75):397-442.
32. Campos R. La psiquiatría en la ciudad. Higiene mental y asistencia extramanicomial en España en la década de 1920. *Frenia.* 2004; 4(1):101-111.
33. Basauri VA. Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España. Madrid. Arán Ediciones; 1997.
34. Lázaro JS. Archivos de Neurobiología: Los setenta y cinco años de la psiquiatría española. *Archivos de Neurobiología,* 1995; 58: 13-30.

35. Huertas R. El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *Dynamis. Acta Hisp. Mcd. Sci. Hist. Illus.* 1995; 15:193-209.
36. Shubert A, Aristu JLG. *Historia social de España (1800-1990)*. Editorial Nerea; 1991.
37. Decreto de 3 de julio de 1931. (*Gaceta de Madrid*. número 188, de 7 de julio de 1931). <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1931/188/A00186-00189.pdf>.
38. Torras O. Las modernas orientaciones de la asistencia de los enfermos mentales. *Psiquiatría*. 1923; 2(1):21-27.
39. Torras O. Los servicios libres psiquiátricos. *Psiquiatría*. 1923; 2(2):20-29.
40. González CC. *Luis Valenciano, psiquiatra*. EDITUM; 1996.
41. Ordenes de 16 de mayo de 1932. (*Gaceta de Madrid*. número 141, de 20 de mayo de 1932). <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1932/141/A01334-01335.pdf>.
42. Ordenes de 17 de mayo de 1932. (*Gaceta de Madrid*. número 141, de 20 de mayo de 1932). <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1932/141/A01335-01336.pdf>.
43. Saforcada M, Mira E, Rodríguez B. Proyecto de creación de una «Liga de higiene mental» (1926). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2000; 20(75):535-543.
44. Fernández A, Romero AI. Entrevista a José Germain. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1983; 3(7):037-046.
45. Calvé A, González O. Informe del INSAM, administración local, Seguridad Social y asistencia psiquiátrica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1983; 3(6):091-110.
46. Villasante O. Los viajes de los "dementes" del provincial de Madrid durante la guerra civil (1936-1939). *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2010; 30(4):613-635.
47. De la Torre, P. Vicisitudes del manicomio de Toledo durante la guerra civil española (1936-1939). *Norte de Salud Mental.* 2014; 12(50):116-123.

48. Duro EG. *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*. Madrid. Akal; 1978.
49. Dualde F. *Legislación y asistencia psiquiátricas durante el franquismo: Consideraciones particulares acerca de la esquizofrenia*. *Cronos* 2007; 10, 89-136.
50. Lorda D.S., Balsebre LFI *Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo: Ourense (1939-1959)*. *AN Psiquiatría* 1999; 15. (5):,202-222.
51. *Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional*. (Boletín Oficial del Estado. número 311, de 16 de noviembre de 1944).
52. *Ley de 17 de julio de 1945, de bases del Régimen Local*. (Boletín Oficial del Estado. número 199, de 18 de julio 1945).
53. Desviat M. *Psiquiatría y política en España*. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1981; 1(1):110-120.
54. *Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre bases de la seguridad social*. (Boletín Oficial del Estado. número 312, de 30 de diciembre de 1963).
55. *Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la ley general de la seguridad social*. (Boletín Oficial del Estado. número 173, de 20 de julio de 1974).
56. García J, Espino A, Lara L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1998.
57. González JG, Granada AE, Palma LL. *La psiquiatría en la España de fin de siglo: Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1998.
58. *Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del código civil en materia de tutela*. (Boletín Oficial del Estado. número 256, de 26 de octubre de 1983).

59. Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. (Boletín Oficial del Estado. número 7, de 8 de enero de 2000).
60. Menéndez F. Veinte años de la reforma psiquiátrica: Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: De un pensamiento único a otro. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2005(95):69-81.
61. Lluch E. Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, abril 1985. *Papeles del psicólogo.* 1986(26):7.
62. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. *Rev Esp Salud Pública.* 2011;85(5):427-436.
63. Hoult J. Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry.* 1986; 149:137-144.
64. Desviat M. Los avatares de una ilusión: La reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social.* 2010;23 :253-263.
65. Torres-González F. La reforma psiquiátrica española en perspectiva: Logros y pendientes a la hora de la crisis. *Medwave.* 2012; 12(10). doi: 10.5867/medwave.2012.09.5543
66. Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: Debilidades y fortalezas: Amenazas y oportunidades. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2002(81):39-61.
67. Goldberg D, Huxley P. *Mental health in the community: The pathways to psychiatric care.* London (UK): Tavistock Publications. 1980.
68. Goldberg DP, Huxley P. *Common mental disorders: A bio-social model.* London (UK): Tavistock/Routledge; 1992.
69. Retolaza A. *Salud mental y atención primaria: Entender el malestar.* Madrid: Editorial Grupo 5; 2016.

70. Junta de Extremadura. I Plan de Salud Mental para la Comunidad Autónoma de Extremadura.1995. Mérida: Junta de Extremadura. 1995.
71. Villasante O. Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el período de entresiglos: Asistencia pública frente a sanatorios privados. Frenia. 2005; 5(1):69-99.
72. Curado B. Hospitales de Mérida. Rev de Estudios Extremeños. 2003; 59(1):427-445.
73. Vázquez JL, Ortega JA, Díez J, Peña C. Análisis del programa nacional de creación de centros de salud mental en atención primaria. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1988; 8(26):455-470.
74. Pérez F. Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Colección Estudios.AEN. 2006.
75. Real Decreto 1477/2001 de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Extremadura de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado. número 312 de 29 de diciembre de 2001).
76. Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura. (Diario Oficial de Extremadura. número 61 de 25 de mayo de 2006).
77. Junta de Extremadura. II Plan Integral de salud mental 2007/2012. Mérida: Junta de Extremadura. 2007.
78. Decreto132/2008, de 30 junio, sobre traspaso de medios personales, económicos y materiales del Hospital Psiquiátrico "Adolfo Díaz Ambrona" de Mérida a la Comunidad Autónoma de Extremadura. (Diario Oficial de Extremadura. número 126, de 1 de julio de 2008).
79. Decreto 133/2008 de 30 junio, sobre traspaso de medios personales, económicos y materiales del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia a la Comunidad Autónoma de Extremadura.(Diario Oficial de Extremadura. número 126, de 1 de julio de 2008).

80. Ley 1/2008, de 22 de mayo, creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura. (Boletín Oficial del Estado. número 142, de 12 de junio de 2008).
81. Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).(Diario Oficial de Extremadura. número 210, de 30 de octubre de 2008).
82. Jiménez JF. El papel del observatorio de salud mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial: Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31(4):735-751.
83. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2005
84. Calvo JC, del Río F. Análisis histórico de la reforma psiquiátrica andaluza: La salud mental reformada sin manicomios. Estud psicol (Natal). 2011; 16(3):341-352.
85. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; 126(12):445-451.
86. Sicras-Mainar A, Gutiérrez J, Artieda R, Tarrés J, Tamayo B, Cerezo S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. Gaceta Sanitaria. 2007; 21(4):306-313.
87. Sicras-Mainar A, Tamayo B, Artieda R, Pizarro-Paixa I, Centelles SG. Influencia de la morbilidad y uso de recursos en pacientes que demandan atención por trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. Atención primaria. 2008; 40(12):603-610.

88. Martínez-Alonso M, Codony M, Alonso J. Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007; 35(2):12-20.
89. Lara E, Garin N, Ferrari AJ, Tyrovolas S, Olaya B, Sánchez-Riera L et al. La carga de la enfermedad en España 2010: Trastornos neurológicos, mentales y re: Trastornos neurológicos, mentales y relacionados con el consumo de sustancias. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015; 8(4):207-217.
90. López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las islas canarias en 2002. *Atención primaria.* 2004; 34(1):32-37.
91. Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Montejo-González AL, Osuna-Guerrero R, Duque-González B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *Eur J Health Econ.* 2009; 10(4):361-369.
92. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 109(s420):28-37.
93. Moreno JO, Guerrero RO. Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público.* 2009; 56:163-181.
94. Espino A. Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría.* 2014; 34(122):385-404.
95. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet.* 2009; 374(9686):315-323.

96. Astell-Burt T, Feng X. Health and the 2008 economic recession: Evidence from the united kingdom. *PLoS One*. 2013; 8(2):e56674.
97. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *J Appl Psychol*. 2005; 90(1):53.
98. Dorling D. Unemployment and health. *BMJ*. 2009; 338:b829. doi: 10.1136/bmj.b829.
99. Ensminger ME, Celentano DD. Unemployment and psychiatric distress: Social resources and coping. *Soc Sci Med*. 1988; 27(3):239-247.
100. Mathers CD, Schofield DJ. The health consequences of unemployment: The evidence. *Med J Aust*. 1998; 168(4):178-182.
101. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: Resultados de la encuesta nacional de salud de España. *Psicothema*. 2010; 22(3):389-395.
102. Pastor CJ, Escudero MA, Martínez AM, Iváñez F, Lloret J, Román V. Impacto de una crisis sociolaboral en la demanda de atención en salud mental (crisis del calzado, Elche 2004). *Rev de Psiquiatr Salud Ment*. 2011; 4(2):75-80.
103. Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry*. 2006; 189:109-117.
104. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med*. 2008; 38(10):1485-1493.
105. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013; 23(1):103-108.

106. McLaughlin KA, Nandi A, Keyes KM, et al. Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. *Psychol Med.* 2012; 42(07):1441-1448.
107. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Jenkins R. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *Eur J Public Health.* 2013; 23(1):108-113.
108. Jenkins R, Fitch C, Hurlston M, Walker F. Recession, debt and mental health: Challenges and solutions. *Ment Health Fam Med.* 2009, 6(2):85-90.
109. Dooley D, Catalano R, Wilson G. Depression and unemployment: Panel findings from the epidemiologic catchment area study. *Am J Community Psychol.* 1994; 22(6):745-765.
110. Gili M, Campayo JG, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria.* 2014; 28:104-108.
111. Durkheim E. El suicidio. Vol 37. Madrid: Ediciones Akal; 1992.
112. García AM. Mercado laboral y salud. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria.* 2010; 24:62-67.
113. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa. 2007 2015.
114. Instituto de Estadística de Extremadura. IEEX 2014. Atlas Sociodemográfico de Extremadura. 2014.
115. Amable M. La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España. Barcelona, .Universitat Pompeu Fabra; 2006.
116. Llácer A, Castillo S, del Amo J, Belza MJ. Salud e inmigración; a propósito del sida. *Gaceta Sanitaria.* 2001; 15(3):197-199.

117. García-Campayo J, Sanz C. Salud mental en inmigrantes: El nuevo desafío. *Med Clin.* 2002; 118(5):187-191.
118. Instituto Nacional de Estadística 2015. Datos del padrón municipal del año 2015.
119. Martínez O, Beitia M, Araluce KJ, Elejabarrieta J, Quesada I. Estudio de las primeras consultas de un centro de salud mental (1). Características sociodemográficas, vías de derivación y tratamiento anterior. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1997; 17(61):037-061.
120. Aguayo LV, Moreno MR. Evaluación de un servicio de salud mental: Análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis.* 2003; 24(1):11-11.
121. Lana F, Fernandez-San Martin MI, Sánchez-Gil C, Bonet E. Study of personality disorders and the use of services in the clinical population attended in the mental health network of a community area. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 36(6):331-336.
122. Gómez-Beneyto M. Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
123. Giron M, Nolasco A, Pereyra-Zamora P, Munarriz M, Salazar J, Tabarés R et al. Self-reported chronic mental health problems and mental health service use in Spain. *Chronic Illn.* 2009; 5(3):197-208.
124. Üstun T, Sartorius N. Mental illness in general health care across the world. An international study. New York: Wiley. 1995.
125. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen H. Sex differences in rates of depression: Cross-national perspectives. *J Affect Disord.* 1993; 29(2):77-84.
126. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health.* 2004; 94(1):82-88.

127. Beltrán F., Goenaga E. Diferencias de la demanda en salud mental según hábitat. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2002(82):105-113.
128. Hansson L, Muus S, Vinding H, Göstas G, Saarento O, Lönnerberg O et al. The nordic comparative study on sectorized psychiatry: Contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; 97(5):315-320.
129. Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Smith Jr GR. Rural-urban differences in depression treatment and suicidality. *Med Care.* 1998; 36(7):1098-1107.
130. Thornicroft G, Bisoffi G, De Salvia D, Tansella M. Urban–rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilization in schizophrenia and all diagnoses: A case-register study in northern italy. *Psychol Med.* 1993; 23(02):487-496.
131. McDonel EC, Bond GR, Salyers M, Fekete D, Chen A, McGrew JH et al. Implementing assertive community treatment programs in rural settings. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.* 1997; 25(2):153-173.
132. Sullivan G, Jackson CA, Spritzer KL. Characteristics and service use of seriously mentally ill persons living in rural areas. *Psychiatr Serv.* 1996; 47(1):57-61.
133. Hartley D. Effects of managed mental health care on service use in urban and rural maine. *Rural Health Research.* 2001; 17(2):95-104.
134. Flaskerud JH, Kviz FJ. Resources rural consumers indicate they would use for mental health problems. *Community Ment Health J.* 1982; 18(2):107-119.
135. Santos AB, Deci PA, Lachance K, Dias J, Sloop T, Hiers T et al. Providing assertive community treatment for severely mentally ill patients in a rural area. *Psychiatric Services.* 1993; 44(1):34-39.
136. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in iran. *Br J Psychiatry.* 2004; 184:70-73.

137. Lasheras, AM. Patterson, C., Serafina, C. Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly spanish community population. *Exp Aging Res.* 2001; 27(3):257-270.
138. Martínez J, Marijuán Arcocha L, Retolaza Balsategui A, Duque Valencia A, Cascán Martín J. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. *Atención primaria.* 1993; 11(3):127-132.
139. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria.* 1995; 16(10):586-593.
140. Domingo A, Pinto-Meza A, Fernández A, Serrano-Blanco A, Márquez M, Haro J. Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007; 35(2):29-36.
141. Chueca IM, María MP, Bayo IG, Durán EC, Vila MS, Blanco AS. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria.* 2003; (9):524-530.
142. Calvo SO, Herrero CH, Baldomero EB. Uso racional de benzodiazepinas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 1997; 21(5):113-126.
143. Gutierrez-Lobos K, Frohlich S, Quiner S, Haring C, Barnas C. Prescription patterns and quality of information provided for consumers of benzodiazepines. *Acta Med Austriaca.* 2001; 28(2):56-59.
144. Kirby M, Denihan A, Bruce I, Radic A, Coakley D, Lawlor BA. Benzodiazepine use among the elderly in the community. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999; 14(4):280-284.
145. Artal J, Herrán A, Vázquez-Barquero J. La enfermedad mental en atención primaria: Estado actual de la investigación clínico-epidemiológica. *Arch Neurobiol.* 1996; 59:237-256.

146. Hortal EG, Royo JV, Abad JH, Soriano IB, Blanca AJ, Prat MA. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria*. 2002; 29(6):329-335.
147. Barreto RP, Corral M, Muñoz J, Boncompte M, Sebastián R, Solá M. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Atención primaria*. 1998; 22(8):491-496.
148. Vazquez-Barquero JL, García J, Simon J, Iglesias C, Montejo J, Herran A et al. Mental health in primary care. an epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:529-535.
149. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A et al. Mental health care use in the spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007; 35 Suppl 2:21-28.
150. Montilla JF, González C, Retolaza A, Dueñas C, Alameda J. Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España: Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2002(84):25-47.
151. Lobo AO, González RG, Salvanés FR. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*. 2006; 38(10):563-569.
152. Lana F, Mas-Yebra A, Moyano E. Los trastornos mentales no severos de evolución crónica. *Psiquiatria.com*. 2003; 7(4).
153. Girolamo G, Reich J, Rubio AM. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales: Trastornos de la personalidad. *Meditor*; 1996.
154. Bender D, Dolan R, Skodol A, Sanislow C, Dyck I, McGlashan T et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(2):295-302.
155. Oblitas L. Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá: PSICOM. 2004.

156. Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A. Emoción y clínica: Psicopatología de las emociones. *Emotion and clinical practice: psychopathology of emotions*, in F.Palmero, EG Fernández-Abascal, F.Martínez and M.Cholíz (eds), *Psicología de la motivación y la emoción*. 2002:571-581.
157. Giner J, Ruiz JS, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, et al. Consenso Español de salud física del paciente con depresión. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014; 7(4):195-207.
158. Pascual JC, Castaño J, Espluga N, Díaz B, García-Ribera C, Bulbena A. Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. *Med Clin* 2008; 130(8):281-285.
159. Koran L, Sheline Y, Imai K, Kelsey T, Freedland E, Mathews J et al. Medical disorders among patients admitted to a public-sector psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Services*. 2002; 53(12):1623-1625.
160. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler L, Cappelleri J, Infante M et al. Antipsychotic-induced weight gain: A comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(11):1686-1696.
161. Vázquez-Barquero J, Díez-Manrique J, Pena C, Aldama J, Samaniego C, Menendez J et al. A community mental health survey in cantabria: A general description of morbidity. *Psychol Med*. 1987; 17(01):227-241.
162. Audrey M. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry*. 1988; 145:976-998.
163. Patten SB, Williams JV, Wang J. Mental disorders in a population sample with musculoskeletal disorders. *BMC musculoskeletal disorders*. 2006; 7(1):37.
164. Anderson K, Keefe F, Bradley L, McDaniel L, Young L, Turner R et al. Prediction of pain behavior and functional status of rheumatoid arthritis patients using medical status and psychological variables. *Pain*. 1988; 33(1):25-32.

165. Rice JR, Pisetsky DS. Pain in the rheumatic diseases: Practical aspects of diagnosis and treatment. *Rheumatic Disease Clinics*. 1999; 25(1):15-30.
166. González E, Elorza J, Failde I. Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2010; 38(5).
167. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Codony M, Reneses B, Korff M, Haro JM et al. Prevalencia y comorbilidad física y mental del dolor dorsal y cervical crónico en España: Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin* 2006; 127(9):325-330.
168. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer; 1983.
169. Clak DA, Beck AT. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons; 1999.
170. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52(12):1048-1060.
171. González MYV, Marín JIL, Hernández SO, Santos SG, Hernández AN, Blasco VJV. Patrón asociado a la inasistencia a la primera consulta de un centro de salud mental. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2014; 19(2):141-146.
172. Agudo FV, Haro JG, Peón AG, Zabalza AP, de la Viuda S, ME. Análisis de la demanda en salud mental en el principado de asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2014; 34(124):741-752.
173. Luque A, Otero J, Conde M, Jiménez C, Serrano C. Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2001; 29(3):153-158.
174. Freire B. Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1986; 6(16):022-042.

175. Azumendi OM. Expectativas en primeras consultas de un centro de salud mental (I): Importancia y descripción. Norte de Salud mental. 2001; 4(11):2.
176. Young Kim D, Kumar V, Murphy SA. European foundation for quality management business excellence model: An integrative review and research agenda. IJQRM.2010; 27(6):684-701.
177. Siles D. Nuevas perspectivas en participación comunitaria: Dar poder a los pacientes. Atención primaria. 1992; 9(3):166-168.
178. Maderuelo J, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón A. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria: Un estudio delphi. Atención primaria. 1996; 17(5):348-352.
179. Maderuelo J. Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia. Medifam. 2002; 12(10):41-54.
180. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin. 2000; 114(Supl 3):26-33.
181. Delgado A, López-Fernández LA, de Dios J, Cuesta LS, Garrido NG, González AP. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. Gaceta sanitaria. 2010; 24(1):66-71.
182. Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Salud Mental. Encuentro de usuarios y gestores de salud mental. "afrontando retos, buscando soluciones" Mérida: Servicio Extremeño de Salud. 2010.
183. Junta de Extremadura. Plan Estratégico de Calidad del SSPE 2015-2021. Mérida: Junta de Extremadura 2015.
184. Instituto Nacional de Estadística. 2014. Densidad de población por municipios. 2014.

185. Instituto Nacional de Estadística. 2011 2015. Censo de población de los años 2011 y 2015.
186. Ley 1/2005 de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura. (Diario Oficial de Extremadura. número 78, de 7 de julio de 2005).
187. Vassos E, Agerbo E, Mors O, Pedersen CB. Urban-rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in denmark. *Br J Psychiatry*. 2016; 208(5):435-440.
188. Luque A, Conde M, Riquelme J, Mantrana L, Jimenez C, Martín I et al. Diferencias sociodemográficas y de utilización del servicio entre primeras consultas programadas y urgentes en un centro de salud mental. *Psiquis*. 2001; 22(3):130-136.
189. Belloso Ropero JJ, Espín Jaime JC. Un año de pacientes nuevos en un servicio de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2007; 27(1):39-58.
190. Mangado EO, Muelas NV, Moreno HD. Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: Demanda en un centro de salud mental y hospitalización. *Psiquiatria.com*. 2004; 8(3).
191. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Olalla JMD. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en españa. *Gaceta sanitaria*. 2009; 23:4-11.
192. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the netherlands: Equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55(10):701-707.
193. Livingston G, Leavey G, Kitchen G, Manela M, Sembhi S, Katona C. Accessibility of health and social services to immigrant elders: The islington study. *Br J Psychiatry*. 2002; 180:369-373.
194. Martínez O. Asistencia psiquiátrica sectorizada en las tres últimas décadas: Efectos sobre los ingresos del área uribe costa en vizcaya. *Rev Asoc Esp Neurop*. 2004(92):53-68.

195. González B, Urbanos RM. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18(4):82-89.
196. Ávila A. ¿Hacia dónde va la psicoterapia?: Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2003(87):67-84.
197. Mitjans M, Arias B. La genética de la depresión:¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp de Psiquiatr.* 2012; 40(2):70-83.
198. Mosquera I, Romero E. Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001; 29(1):47-57.
199. Padierna JÁ, Jara Segura A. Análisis de las nuevas demandas psiquiátricas en un centro de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1992; 12(41):147-153.
200. Martínez O, Beitia M, Araluce KJ, 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. Neuropsiq.* 1997; 17(62):203-222.
201. García J, Sanz C, Jimeno A. Interconsulta atención primaria/psiquiatría: Utilización de la consulta única. *Atención primaria.* 1994; 13(3):136-138.
202. García A, Sancho F, Julve R, PuchePinazo 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? *Atención primaria.* 1998; 22(4):233-238.
203. Spinhoven P, Van Der Does AJ. Conditions not attributable to a mental disorder in dutch psychiatric out-patients. *Psychol Med.* 1999; 29(1):213-220.
204. Windle C, Thompson JW, Goldman HH, Naierman N. Treatment of patients with no diagnosable mental disorders in CMHCs. *Psychiatric Services.* 1988; 39(7):753-758.

205. De Figueiredo JM, Boerstler H, O'Connell L. Conditions not attributable to mental disorder. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(6):780-783.
206. Siddique CM, Aubry T. Use of mental health resources in the treatment of adult out-patients with no diagnosable mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 95(1):19-25.
207. Allan CA. Psychological symptoms, psychiatric disorder and alcohol dependence amongst men and women attending a community- based voluntary agency and an alcohol treatment unit. *Addiction*. 1991; 86(4):419-427.
208. Fabrega Jr H, Ulrich R, Pilkonis P, Mezzich J. Personality disorders diagnosed at intake at a public psychiatric facility. *Psychiatric Services*. 1993; 44(2):159-162.
209. Helgason T, Magnússon H. The first 80 years of life A psychiatric epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79(S348):85-94.
210. Oldham JM, Skodol AE. Personality disorders in the public sector. *Psychiatric Services*. 1991; 42(5):481-487.
211. Haro J, Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A. Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria. *Psiquiatría en atención Primaria*. 2007; 2:41-59.
212. García MSO, Olmos AMG. Demandas por estrés laboral en un centro de salud mental. *Psiquiatria.com*. 2004; 8(2).
213. García B, Ortiz Lobo A. Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: Un estudio controlado. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2002(83):27-36.
214. Herrán A, López-Lanza J, Ganzo J, Cadiñanos A, Díez-Manrique J, Vázquez-Barquero J. Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a Salud Mental. *Actas Esp de Psiquiatr*. 2000; 28(1):13-21.
215. Neeleman, Wagdy I, Mikhail JAN. A case-control study of GP and patient-related variables associated with non-attendance at new psychiatric out-patient appointments. *Journal of Mental Health*. 1997; 6(3):301-306.

216. Glyngdal P, Sørensen P, Kistrup K. Non-compliance in community psychiatry: Failed appointments in the referral system to psychiatric outpatient treatment. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2002; 56(2):151-156.
217. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry*. 2000; 176:160-165.
218. Velázquez A, Sosa JJS, del Carmen Lara M, Senties H. El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*. 2013; 18(2):315-340.
219. Heredia A, Córdoba JA, Escolar A, Carmona J. Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental del distrito de Jerez de la Frontera. *Psiquiatría Pública*. 1995; 12(2):139-149.
220. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montañó JJ, Salvá JJ, et al. Mental disorders on the island of formentera: Prevalence in general population using the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34(8):410-415.
221. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H et al. Prevalence of mental disorders in europe: Results from the european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 109(s420):21-27.
222. Wyatt RJ, Alexander RC, Egan MF, Kirch DG. Schizophrenia, just the facts: What do we know, how well do we know it? *Schizophr Res*. 1988; 1(1):3-18.
223. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures: A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO collaborative study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med*. 1986; 16(04):909-928.

224. Iacono WG, Beiser M. Are males more likely than females to develop schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(8):1070-1074.
225. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the national comorbidity survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*. 1993; 29(2):85-96.
226. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89(s377):7-10.
227. Mirowsky J, Ross CE. Sex differences in distress: Real or artifact? *Am Sociol Rev*. 1995:449-468.
228. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1977; 34(1):98-111.
229. Mirowsky J. Age and the gender gap in depression. *J Health Soc Behav*. 1996:362-380.
230. Pérez C, García P, Martín JJ, Luna JD, García PR, García P. Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Atención primaria*. 2003; 31(1):39-46.
231. Judd FK, Jackson HJ, Komiti A, Murray G, Hodgins G, Fraser C. High prevalence disorders in urban and rural communities. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002; 36(1):104-113.
232. Jorm A, Parslow R, Christensen H, Jacomb P. Factors associated with young adults' obtaining general practitioner services. *Australian Health Review*. 2002; 25(6):109.
233. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiol Rev*. 1995; 17(1):182-190.
234. Lozano Serrano C. Estudio comparativo de las consultas con y sin patología en un centro de salud mental. Universidad Autónoma de Madrid. 2008.

235. González N, Sarriés A, de Jalón-Aramayo, Elena, Urra E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Atención primaria*. 2008;40(6):285-289.
236. Serrano C, Lobo A, González R. Análisis comparativo de los pacientes con y sin trastorno mental diagnosticable. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2011; 31(111):421-435.
237. Delgado Criado M, González A, Martín M, Ponte N, Sierra A. Estudio sobre urgencias psiquiátricas atendidas en un centro de salud mental comunitario durante un período de seis meses. *Psiquiatría Pública*. 1995; 7(5):255-267.
238. Gualtero RD, Turek L. Salud mental: Encuesta a los médicos de atención primaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1999; 19(70):225-234.
239. Santiago A, Herrán A, Vázquez-Barquero J. Epidemiología de la enfermedad mental en la comunidad. Vázquez-Barquero JL, *Psiquiatría en Atención Primaria*. 1998.
240. Calzado Solaz C. Urgencias psiquiátricas características clínicas y demográficas en un centro psiquiátrico provincial. *Anales de Psiquiatría*. 1994; 10(2):64-68.
241. Moreno E. Atención urgente o consulta rápida: Necesidad de un modelo de respuesta a la demanda social. *Med Clin*. 1996; 106(12):478.
242. Pincus H, Zarin D, Tanielian T, Johnson J, West J, Pettit A et al. Psychiatric patients and treatments in 1997: Findings from the american psychiatric practice research network. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56(5):441-449.
243. Olfson M, Pincus HA. Outpatient mental health care in nonhospital settings: Distribution of patients across provider groups. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(10):1353.
244. Hall JN. Working effectively with clinical psychologists. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1996; 2(5):219-225.
245. Martínez Farrero P. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2006; 26(1):53-69.

246. Seva A, Sanz C, García Campallo J, Campos R. La problemática asistencial de las urgencias psiquiátricas. *Urgencias en Psiquiatría*. 1991;1-19.
247. Padierna J, Gastian F, Díaz P, Etxeveste A, Martínez E, Nieto A. La morbilidad psiquiátrica en atención primaria detección y derivación por el medico de familia. *Rev.Asoc.Esp. Neuropsiq*. 1988; 8:24-34.
248. Vindel AC. Bases Teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y estrés*. . 2011, 17(2-3), 157-184
249. Fenger M, Mortensen EL, Poulsen S, Lau M. No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal of psychiatry*. 2011; 65(3):183-191.
250. Rajasuriya M, De Silva V, Hanwella R. Effectiveness of reminders in reducing non-attendance among out-patients. *The Psychiatrist*. 2010; 34(12):515-518.
251. Baum C, Kennedy DL, Forbes MB, Jones JK. Drug use and expenditures in 1982. *JAMA*. 1985; 253(3):382-386.
252. Trick LR. Patient compliance: Don't count on itp. *J Am Optom Assoc*. 1993.
253. Roberts H. Neurotic patients who terminate their own treatment. *Br J Psychiatry*. 1985; 146:442-445.
254. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: A review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis*. 2000; 188(4):187-201.
255. Freire Arteta B. Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica. *Rev.Asoc.Esp. Neuropsiq*. 1990; 10(33):221-228.
256. Zimbhoff D, Kane J, Tamminga C, Daniel D, Mack R, Wozniak P et al. Controlled, dose-response study of sertindole and haloperidol in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(6):782-791.

257. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon M. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de enfermería. *Enfermería global*. 2005; 4(2).
258. Lluch M, Biel A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de enfermería. *Rev Presencia*. 2006; 2(3):2-5.
259. Lluch M, Fornés J, Rodríguez A, Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38(1):1-45.
260. Bueno A, Córdoba J, Escolar A, Carmona J, Rodríguez C. El abandono terapéutico. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2001; 29:33-40.
261. Graveley EA, Oseasohn CS. Multiple drug regimens: Medication compliance among veterans 65 years and older. *Res Nurs Health*. 1991; 14(1):51-58.
262. Kemp R, David A, Hayward P. Compliance therapy: An intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1996; 24(04):331-350.
263. Hershorn M. The elusive population: Characteristics of attenders versus non-attenders for community mental health center intakes. *Community Ment Health J*. 1993; 29(1):49-57.
264. Marder SR. Facilitating compliance with antipsychotic medication. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 Suppl 3:21-5.
265. Ortiz A, Ibáñez V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85(6):513-525.
266. Pucheu C. Consecuencias indeseables del incumplimiento terapéutico en psiquiatría: Influencia en el pronóstico del paciente esquizofrénico. *Adherencia terapéutica: Implicaciones para México*. México, DF, Lepetit. 1984.

267. Steel Z, Jones J, Adcock S, Clancy R, Bridgford- West L, Austin J. Why the high rate of dropout from individualized cognitive- behavior therapy for bulimia nervosa? *Int J Eat Disord.* 2000;28(2):209-214.
268. Lozano C, Lobo A, González C. Tratamiento y uso de recursos en salud mental de pacientes sin patología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2014; 34(122):267-281.
269. García JL, Jiménez-Ojeda B, Patón M, González S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Medicina clínica.* 2002; 118(8):302-305.
270. Haro J, Ochoa S, Cabrero L. Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001; 29(2):103-108.
271. Retolaza A, Grandes G. Expectations and satisfaction in mental health center users. *Actas Esp de Psiquiatr.* 2003; 31(4):171-176.

VIII. AGRADECIMIENTOS

VIII. AGRADECIMIENTOS

A mi marido, por animarme, apoyarme y creer en mí.

A mis padres por ser el origen de todo lo que soy, el pilar en toda mi educación tanto académica como en la vida.

A las directoras de Tesis, la Prof. Dra. Laura Rodríguez Santos por toda su ayuda, consejos y tiempo de dedicación y especialmente, a la Prof. Dra. Macarena Cáceres León por su apoyo incondicional y disponibilidad. Gracias por hacer fácil lo difícil.

A mi compañero de trabajo Eduardo de la Fuente, por su ánimo y apoyo diario.

Mi más sincero agradecimiento al Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica de la Universidad de Extremadura por acogerme y permitir desarrollar esta tesis doctoral.

A la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales, especialmente a Beatriz Rodríguez Pérez por facilitar información relevante para el desarrollo de esta tesis.

A “*Un día entrenamos juntas*”, con ellos aprendí que con paciencia, prudencia y constancia se pueden conseguir grandes metas.

IX. ÍNDICES

IX. ÍNDICES

IX.1. Índice de Tablas

- Tabla 1. Hechos históricos destacables en la legislación psiquiátrica española 1822-1986.
- Tabla 2. Recursos Humanos en Extremadura en Atención a la Salud Mental.
- Tabla 3. Unidades de Salud Mental de la Comunidad en 1995.
- Tabla 4. Distribución de profesionales por Áreas de Salud.
- Tabla 5. Incremento de profesionales en los ESM de Extremadura.
- Tabla 6. Provisión de servicios en la Red de Salud Mental de Extremadura.
- Tabla 7. Población (número de habitantes), Extensión de municipios (Km²) y Densidad de población (habitantes por Km²), por áreas de salud del SES. 2014.
- Tabla 8. Evolución de la población por municipios en el periodo comprendido entre 2011 y 2015.
- Tabla 9. Distribución de tiempos asistenciales.
- Tabla 10. Frecuencia de las variables sociodemográficas en la población de estudio.
- Tabla 11. Antecedentes Personales Somáticos en la población de estudio.
- Tabla 12. Antecedentes de Alergias en la población de estudio.
- Tabla 13. Atención psiquiátrica y psicoterapéutica previa recibida en la muestra de estudio.
- Tabla 14. Antecedentes familiares psiquiátricos por grados en la muestra de estudio.
- Tabla 15. Tratamiento previo y posterior con benzodiacepinas.
- Tabla 16. Tratamiento previo y posterior con Antidepresivos.

- Tabla 17. Tratamiento previo y posterior con Antipsicótico.
- Tabla 18. Tratamiento previo y posterior con otros psicofármacos.
- Tabla 19. Frecuencia de Diagnósticos en Ejes según DSM IV en la población de estudio.
- Tabla 20. Frecuencia de Diagnósticos en Eje IV en la población de estudio.
- Tabla 21. Otras características de la derivación de la población de estudio
- Tabla 22. Características de la respuesta asistencial.
- Tabla 23. Expectativas del paciente.
- Tabla 24. Variables Sociodemográficas y su relación con el Sexo.
- Tabla 25. Variables Clínicas y su relación con el Sexo.
- Tabla 26. Diagnósticos en Ejes I, II, IV, V y su relación con el Sexo.
- Tabla 27. Variables Asistenciales y su relación con el Sexo.
- Tabla 28. Variables Sociodemográficas y su relación con el medio de procedencia.
- Tabla 29. Variables Clínicas y su relación con el medio de procedencia.
- Tabla 30. Diagnósticos en Eje I y su relación con el medio de procedencia.
- Tabla 31. Diagnósticos en Ejes II, III y su relación con el medio de procedencia.
- Tabla 32. Diagnósticos en Ejes IV, V y su relación con el medio de procedencia.
- Tabla 33. Variables Asistenciales y su relación con el medio de procedencia.
- Tabla 34. Variables Sociodemográficas y su relación con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I.
- Tabla 35. Variables Clínicas y su relación con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I.
- Tabla 36. Variables Asistenciales y su relación con la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I.

- Tabla 37. Variables Sociodemográficas y su relación con el carácter de la demanda.
- Tabla 38. Variables Clínicas y su relación con el carácter de la demanda
- Tabla 39. Diagnósticos en Ejes I, II, IV, V y su relación con el carácter de la demanda.
- Tabla 40. Variables asistenciales y su relación con el carácter de la demanda
- Tabla 41. Variables Sociodemográfica y su relación con el profesional asignado
- Tabla 42. Variables Clínicas y su relación con el profesional asignado.
- Tabla 43. Ejes I, II y su relación con el profesional asignado.
- Tabla 44. Variables asistenciales y su relación con el profesional asignado.
- Tabla 45. Variables sociodemográficas y su relación con la Iniciativa de la demanda.
- Tabla 46. Variables Clínicas y su relación con la Iniciativa de la demanda.
- Tabla 47. Ejes I,V y su relación con la Iniciativa de la demanda.
- Tabla 48. Variables Asistenciales y su relación con la Iniciativa de la demanda.
- Tabla 49. Variables Sociodemográficas y su relación con las Ausencias.
- Tabla 50. Variables asistenciales y su relación con las Ausencias.
- Tabla 51. Variables Sociodemográficas y su relación con los Abandono.
- Tabla 52. Variables Sociodemográficas y su relación con los Abandonos.
- Tabla 53. Ejes I, V y su relación con los Abandonos.
- Tabla 54. Variables Asistenciales y su relación con los Abandonos
- Tabla 55. Variables Sociodemográficas y su relación con las Altas.
- Tabla 56. Variables Clínicas y su relación con las Altas.
- Tabla 57. Variables Asistenciales y su relación con las Altas.

Tabla 58. Variables Sociodemográficas y su relación con las expectativas de ayuda.

Tabla 59. Variables Clínicas y su relación con las expectativas de ayuda

Tabla 60. Ejes I, V y su relación con las expectativas de ayuda.

Tabla 61. Variables Asistenciales y su relación con las expectativas de ayuda.

IX.2. Índice de Figuras

- Figura 1. Modelo de Goldberg y Huxley sobre distribución de la enfermedad mental entre los distintos niveles asistenciales.
- Figura 2. Áreas de salud de Extremadura.
- Figura 3. Tasa de paro (%) a nivel nacional, autonómico y municipal.
- Figura 4. Población extranjera (%) en municipios estudiados.
- Figura 5. Problemas y causas analizadas por los pacientes de los ESM.
- Figura 6. Representación de la pirámide de edad distribuida por sexo de la muestra de estudio.
- Figura 7. Tratamiento psicofarmacológico previo y posterior a la primera consulta.
- Figura 8. Tratamiento psicofarmacológico tras la primera consulta.
- Figura 9. Porcentaje de pacientes con antecedentes de consumo de tóxicos.
- Figura 10. Origen de la derivación.
- Figura 11. Derivaciones procedentes de Atención Especializada.
- Figura 12. Derivaciones procedentes de otros Recursos.
- Figura 13. Iniciativa de la consulta.
- Figura 14. Iniciativa consulta de otros profesionales.
- Figura 15. Expectativas de ayuda.
- Figura 16. Expectativa de objetivos alcanzables.
- Figura 17. Expectativas de técnicas de ayuda.
- Figura 18. Expectativas de información.
- Figura 19. Expectativas de recursos y servicios.
- Figura 20. Expectativas de exploraciones.
- Figura 21. Gráfico bidimensional de correspondencias múltiples.

- Figura 22. Niveles académicos según el medio.
- Figura 23. Iniciativa de consulta y su relación con el medio de procedencia.
- Figura 24. Antecedentes personales de atención psicológica en relación a la presencia o ausencia de diagnóstico en Eje I.
- Figura 25. Tratamiento psicofarmacológico tras la 1º consulta.
- Figura 26. Iniciativa de la consulta y su relación con las Altas.
- Figura 27. Nivel académico y su relación con las expectativas de ayuda.
- Figura 28. Iniciativa de la consulta y su relación con las expectativas de ayuda.

IX.3. Lista de Abreviaturas

ESM	Equipo de Salud Mental.
CCAA	Comunidad Autónoma.
PANAP	Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
AISNA	Administración Institucional de la Sanidad Nacional.
INSALUD	Instituto Nacional de Salud.
ESMIJ	Equipo de Salud Mental Infante Juvenil.
UTCA	Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria.
UHB	Unidad de Hospitalización Breve.
CRPS	Centros de Rehabilitación Psicosocial.
CRR	Centros Residenciales de Rehabilitación.
PRL	Programas de Rehabilitación Laboral
UME	Unidad de Media Estancia.
URH	Unidad de Rehabilitación Hospitalaria.
SEPAD	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
SSM y PA	Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.
SES	Servicio Extremeño de Salud.
ULE	Unidad de Larga Estancia
MAP	Médico de Atención Primaria
TMG	Trastorno Mental Grave
TMC	Trastorno Mental Común
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
RPLE	Registro de Pacientes en Lista de Espera.
EAP	Equipo de Atención Primaria.
ILT	Incapacidad Laboral Transitoria
ILP	Incapacidad Laboral Permanente.
HTA	Hipertensión Arterial.
AP	Antecedentes Personales
AF	Antecedentes Familiares.
BZD	Benzodiacepinas.
AD	Antidepresivos.
EEAG	Escala de Evaluación de la Actividad Global.
AP	Atención Primaria.
AE	Atención Especializada.
MAP	Médico de Atención Primaria.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
COPF	Centro de Orientación y Planificación Familiar.
CEDEX	Centro de Drogodependencias de Extremadura.
IEEX	Instituto de Estadística de Extremadura.
EFQM	European Foundation for Quality Management.

X. ANEXOS

X.1. Aprobación Comités Éticos.

X.1.1. Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Regional Universitario “Infanta Cristina”.

 <p>Gerencia del Area de Salud de Badajoz</p>	<p>JUNTA DE EXTREMADURA Consejería de Sanidad y Políticas Sociales</p>
<p>D. JULIO BENITEZ RODRIGUEZ, SECRETARIO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO “INFANTA CRISTINA”</p>	
<p>CERTIFICA:</p>	
<p>Que este Comité ha analizado la solicitud del Proyecto de Investigación: <i>“ESTUDIO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE ALMENDRALEJO”</i>, para la realización de Tesis Doctoral. Doctoranda: D^a. M^a Jesús Norberto Gamero.</p>	
<p>Y mediante este documento expresa que este proyecto se ajusta a las normas éticas esenciales utilizadas como referencia en este ámbito y ha decidido por unanimidad expresar la idoneidad científica del proyecto así como su apoyo al mismo.</p>	
<p>Lo que Certifico para su conocimiento y efectos en Badajoz a trece de abril de dos mil dieciséis.</p>	
	

X.1.2. Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura.

	VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, TRANSFERENCIA E INNOVACIÓN	
	Campus Universitario Avda de Elvas s/nº 06071 BADAJOZ Tel.: 924 28 93 05 Fax: 924 27 29 83	NºRegistro: 11/2016

**Dª Mª ANGELES TORMO GARCIA, SECRETARIA DE LA COMISION DE
BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.**

INFORMA: Que una vez analizada, por esta Comisión la solicitud de Proyecto de Tesis Doctoral al titulado “ Estudio de las demandas clínicas y asistenciales en un equipo de salud mental“,cuyo Investigador Principal es D/Dª Mª Jesús Norberto Gamero, ha decidido por unanimidad valorar positivamente el proyecto por considerar que se ajusta a las normas éticas esenciales cumpliendo con la normativa vigente al efecto.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo el presente informe en Badajoz a 6 de abril de 2016

	 
	VºBº Fdo.: Fernando Henao Dávila Presidente por Delegación de Comisión de Bioética y Bioseguridad