

Estudio de las primeras consultas de un centro de Salud Mental (I). Características sociodemográficas, vías de derivación y tratamiento anterior

RESUMEN: Presentación de un proyecto de evaluación de 749 primeras consultas consecutivas durante año y medio, en un Centro de Salud Mental Comunitario. Se describen características sociodemográficas básicas, composición de los domicilios de los pacientes y personas con quienes conviven, datos básicos en relación con la vía de derivación, tratamiento psiquiátrico anterior y paso a tratamiento. Se muestran algunas diferencias con la población de origen y entre sexos.

PALABRAS CLAVE: Evaluación. Centro Salud Mental. Primeras consultas. Demanda. Ruta asistencial.

SUMMARY: Project for the evaluation of 749 consecutive first admissions to a Community Mental Health Center during 18 months. We present basic sociodemographic characteristics, housing composition and people living with patients, basic data about pathways to admission, previous psychiatric treatment and passage to treatment. Some differences with the general population and between sexes are presented.

KEY WORDS: Evaluation. Mental Health Center. First attenders. Demand. Pathway to care.

Buscando la mejor base para una adecuada planificación y evaluación de los servicios asistenciales, se recomienda con insistencia un más profundo y detallado conocimiento tanto de la población atendida como de las actuaciones llevadas a cabo. Todo ello no sólo a nivel cuantitativo sino también cualitativo (1). En el campo específico de la salud mental, la evaluación resulta además complicada por la gran cantidad de variables que entran en juego (2), desde aspectos individuales y clínicos hasta sociales. Además y en relación con el tratamiento ofertado, no sólo existen diferencias explicables desde diferentes conceptualizaciones teóricas, sino que juegan un papel importante gran cantidad de factores inespecíficos en relación con el Servicio concreto estudiado o la población por él atendida y que en contadas ocasiones son considerados (3).

Todo ello nos habla de la gran dificultad existente hasta el momento para encontrar un modelo de evaluación generalizable, así como el tipo de información a recoger con este propósito. Desde hace tiempo se ensayan diferentes estrategias con este objetivo, pero en general siempre nos encontramos ante graves dificultades de consenso y fiabilidad de la información aún para variables relativamente simples. En general, para los fines de planificación y evaluación, además de la cuantificación de recursos disponibles, se utilizan dos tipos de información.

La primera, básicamente variables sociodemográficas y del proceso ofertado, proviene directamente de los registros administrativos de filiación de los pacien-

tes y de la actividad realizada (contactos, estancias...). Este tipo de información está sometida a diferentes errores derivados de su propia recogida, ya sea por equivocaciones fortuitas, inexistencia de criterios claros de codificación o incluso por manipulación interesada de los datos. De cualquier forma, en muchas ocasiones su poder de comparación resulta limitado, incluso entre variables relativamente concretas (4), al no existir un consenso generalizado que las defina claramente. Un lugar especial es ocupado por la información relativa al diagnóstico, sea del tipo que sea, siendo extensamente conocidos los esfuerzos encaminados a la mejor estandarización en este campo. El segundo tipo de información es aquella recogida específicamente con fines determinados. Por ejemplo, variables sintomatológicas, de ajuste social, satisfacción con el servicio, etc. y para lo que se utilizan metodologías de recogida más sofisticadas (entrevistas, cuestionarios, etc.), aunque no por ello dejan de correr graves riesgos de error en la medición (5).

El tipo de información «administrativa» es recogida por la casi totalidad de servicios asistenciales, permitiéndonos, a pesar de algunas de sus limitaciones, hacer valiosas aproximaciones globales y genéricas de nuestros servicios (población asistida y sus características, algunos indicadores de actividad, etc.) (6). Sin embargo, todo el resto de información necesaria para mejorar el conocimiento del proceso o los resultados (7) sólo puede recogerse mediante proyectos específicos de auditoría, evaluación o investigación en centros concretos, generalmente con características particulares. Con esta información se realizan extrapolaciones al resto de los servicios con el riesgo de errores derivado. Aun aceptando la imposibilidad de una recogida de información exhaustiva en todos y cada uno de nuestros servicios por las grandes dificultades técnicas y económicas que esto conllevaría, además de posibles molestias para los propios pacientes (8), sí parece aconsejable llegar a un cierto consenso acerca de unos mínimos generalizables. En este sentido, se han llegado a recomendar desde las áreas básicas a cubrir, como por ejemplo el estado psiquiátrico, funcionamiento social y satisfacción (9, 10, 11), hasta baterías concretas de cuestionarios de utilidad más o menos probada no sólo en la investigación sino en la actividad clínica diaria (12), y también se han desarrollado estrategias de descripción y clasificación de los servicios asistenciales como mejor forma de comparación (13).

Una mayor calidad de información y mejor acceso a ella es lo que nos ha de permitir una evaluación adecuada y realista, liberándonos de hipótesis empíricas basadas en observaciones parciales. Por otra parte, el paciente no es el único objeto de la psiquiatría comunitaria, estando su medio ambiente igualmente necesitado de atención (14), por lo que variaciones locales deberán tenerse en cuenta a la hora de la planificación. Resultados observados en una determinada área o cultura no tienen por qué ser extrapolables directamente a otro lugar o ambiente, incluso las necesidades y diferencias entre diversos grupos de pacientes llegan a ser

notables. Además, diferencias en resultados pueden ser únicamente imputables a las técnicas de observación empleadas, lo que obligará a cuidar en extremo la metodología empleada.

Para poder evaluar con rigor el impacto de programas asistenciales, deberán medirse además los efectos de tratamiento. La reducción de la sintomatología es desde luego una preocupación básica, pero además deben considerarse otros aspectos del funcionamiento de los pacientes como pueden ser, por ejemplo, la cantidad y tipo de relaciones sociofamiliares y laborales. Los instrumentos de medición utilizados para estos fines deberán cumplir propiedades psicométricas rigurosas, tener suficiente validez así como ser aceptables y no ambiguos para el paciente medio, minimizando de esta forma los errores que nacen de la observación.

Por último, los deseos y expectativas de los pacientes son además igualmente importantes a la hora de la planificación (15), la cual no debe llevarse a cabo a espaldas de éstos; habrán de tenerse además en cuenta tanto las actitudes de la población como las de los propios técnicos. Igualmente se debe permitir cierta evaluación por parte de los propios consumidores, no limitándonos únicamente a la investigación del grado de satisfacción expresada sino incluso al análisis de la utilidad del tratamiento tal y como lo percibe el propio paciente.

Objetivos generales del proyecto

Teniendo como objetivo general la descripción y evaluación de una parte de la atención de un Centro de Salud Mental (C.S.M.) en relación con sus primeras consultas en determinado periodo de tiempo, nos proponemos el estudio de toda una serie de aspectos tales como las expectativas con las que se acercan los pacientes, su sintomatología y evolución, así como otras variables relevantes de sus circunstancias personales tales como características sociodemográficas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social. Además nos interesa conocer el tipo e intensidad del tratamiento recibido, la adhesión a él y la valoración que se hace de lo realmente útil y la satisfacción que muestran los pacientes. Esta información nos permitirá asimismo el estudio de posibles correlaciones entre diferentes variables o el valor predictivo que pueden tener en la evolución o satisfacción observada.

Material y métodos

Descripción del centro:

El trabajo se lleva a cabo en el C.S.M. de Uribe Costa, creado en 1982 a iniciativa de diversos Ayuntamientos consorciados y la Diputación de Bizkaia, inte-

grándose plenamente en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en 1990. El Centro, que cuenta con tres Servicios principales: Ambulatorio de psiquiatría general, Toxicomanías y Estructuras intermedias (Hospital de Día y Centro de Día), ocupa un edificio independiente de otros servicios asistenciales y atiende exclusivamente los problemas de salud mental y toxicomanías de la población adulta a su cargo. En un principio, la atención cubría a los nueve municipios de Uribe Costa con una población aproximada de 127.000 habitantes en 1992. Estos municipios presentan características diferenciadas, abarcando desde núcleos residenciales y de servicios con una población de nivel económico y cultural relativamente elevado hasta focos de asentamiento reciente de parejas jóvenes en busca de su primera vivienda alejada de la densa periferia de Bilbao, junto a una cierta proporción rural (16, 17, 18). En general puede considerarse como un entorno menos degradado, mejor calidad de vida y menor tasa de paro (17%) en 1991 que la media de Bizkaia (20,6%) o la Comunidad Autónoma (19,2%) (19). En 1990, con la integración en Osakidetza y junto a los consultorios de Munguia y Erandio, se amplió la atención a 25 municipios (Área de Uribe) cubriendo aproximadamente a 185.000 habitantes y con una mayor proporción de población obrera y rural.

La salud mental infanto-juvenil es cubierta por otro equipo independiente y las hospitalizaciones psiquiátricas se realizan fundamentalmente en un hospital monográfico que da cobertura a un área geográfica más amplia y que no tenía en ese momento planificación estratégica coordinada directamente con el Centro. Gran parte de los diferentes Equipos de Atención Primaria están «subsectorizados» de forma individualizada, cada uno de ellos en coordinación directa con un psiquiatra específico del C.S.M. desde hace años. Para dar una idea general del volumen asistencial (sin contar estructuras intermedias) soportado por el C.S.M. en 1992, vemos que en ese año se abrieron 608 historias clínicas nuevas (0,65% de la población en riesgo), de las que 93 correspondieron a toxicomanías. Se atendieron 1.873 personas diferentes (2% de la población en riesgo) que generaron 23.871 contactos asistenciales (cerca de 13 por paciente) durante el año, de estos el 2% fueron considerados urgencias y el 7% consultas a las que no acudió el paciente (20). Este número de demandas y consultas realizadas ha venido aumentando progresivamente a lo largo de los años. La tasa de ingreso para este año fue de 1,63 por 1.000 hab. mayores de 15 años, similar a la observada en años anteriores y por debajo de la media del resto de Bizkaia (21, 22).

El mayor volumen asistencial en cuanto a número de pacientes atendidos es manejado por el Ambulatorio, que es responsable de evaluar y tratar los problemas de salud mental general, así como atender las posibles urgencias que se generen en horario laboral. El Servicio está abierto de lunes a viernes de 8 a 15 h. y es cubierto aproximadamente (para la población de Uribe Costa) por el equivalente de cinco médicos psiquiatras, una enfermera a tiempo total, una psicóloga y

asistente social a tiempo parcial, además del personal no clínico compartido con el resto del Centro.

El servicio, de orientación comunitaria, tiene básicamente un modelo psicodinámico a la hora de entender la patología mental; sin embargo y debido fundamentalmente a las limitaciones asistenciales imperantes, la atención se realiza principalmente en base a un modelo individual de resolución de síntomas con un importante recurso a la medicación. Otros abordajes tales como los grupales de diferentes características (23), familiares o la intervención en crisis (24) son también utilizados, aunque en general parece encontrarse un patrón relativamente universal de asistencia, al menos en lo que se refiere al número de contactos asistenciales (25).

La ruta asistencial se inicia generalmente en Atención Primaria, a quien se pide que intervenga en la derivación de los pacientes. En un primer momento, estos son atendidos por una enfermera o asistente social en lo que llamamos «entrevista de acogida». Aquí, además de los datos estrictamente administrativos, se elabora una historia clínica básica y se explicita la demanda. En caso de no considerarse necesario, el paciente no llega a ser atendido por un especialista, quedando como «orientación-información». La gran mayoría recibe una nueva cita con el médico designado; ésta puede ser en el mismo día si es considerado una «urgencia» o se «programa» en unos días o incluso semanas.

Población estudiada y técnica utilizada.

Al tener en cuenta las diferentes características históricas, asistenciales y administrativas de la población atendida, focalizaremos el estudio sobre la población de Uribe Costa exclusivamente (Tabla I). Además limitaremos el estudio a las personas que consultaron por primera vez en el C.S.M. con un problema primario de salud mental general durante año y medio (1 de enero de 1992 a 30 de junio de 1993), excluyendo los pacientes atendidos por el Servicio de Toxicomanías (150 sujetos en el período a estudio) y aquellos otros que por motivos «administrativos» tales como demandas de un familiar, desplazamientos, interconsultas, etc. no irían a ser seguidos por el C.S.M. (34 sujetos). Se mantuvieron 4 casos que a pesar de tener el domicilio fuera del área de Uribe Costa se consideró que por diversas razones iban a ser atendidos en el C.S.M. De esta forma la población objeto de estudio la constituyen 749 casos.

Se diseñó un estudio analítico-descriptivo de tipo prospectivo para la evaluación y seguimiento de la población a estudio. Para ello se estudia cada primera consulta en el momento de realizarla y al cabo de 6 y 12 meses de ella. En cada uno de estos momentos se pidió a cada paciente que rellenara una batería de cuestionarios autoaplicados, con la ayuda ocasional de una psicóloga para solventar cualquier tipo de dudas que pudieran generarse. Esta persona se ocupó además de

recoger la información sociodemográfica básica, así como algunos datos en relación con la composición del domicilio y papel que ocupaba el paciente en él.

Los cuestionarios utilizados en cada una de las tres cumplimentaciones efectuadas a cada paciente fueron el SCL-90-R para la medición de dimensiones psicopatológicas y la valoración de sus cambios tras el tratamiento (26, 27). El S.A.S.-S.R. (28, 29) para la valoración del ajuste social. Dos subescalas de un cuestionario de calidad de vida (30) para la medición de la autoestima y el apoyo social percibido. Un cuestionario de sucesos vitales (31, 32) al que añadimos una pregunta final abierta. Además, se interrogó por las expectativas que traían en el momento de pedir consulta con un cuestionario propio diseñado al efecto (33) y a los 6 y 12 meses por el grado de satisfacción con el servicio (34, 35) y la valoración subjetiva del grado de ayuda de las varias intervenciones posibles recibidas mediante un cuestionario diseñado también específicamente.

La aplicación del primer cuestionario se realizó fundamentalmente en el momento de pedir la primera consulta, citándose telefónicamente a los pacientes para una consulta de seguimiento específica a los 6 y 12 meses, siguieran o no en contacto con el C.S.M. En el caso de los abandonos o negativa a responder al seguimiento, se diseñó una estrategia de envío por correo de los cuestionarios. Si tampoco se respondía a este envío, se intentaba contactar de nuevo con la persona pidiéndole que contestara a unas preguntas básicas en torno a su estado actual, satisfacción con el servicio y posibles motivos de abandono.

Asimismo, coincidiendo con cada una de las cumplimentaciones, se pidió a cada médico responsable del caso que rellenara una breve hoja con algunos datos clínicos tales como diagnóstico CIE-9 (36), evaluación global (37) e impresión clínica global con un juicio sobre el eventual efecto de la medicación y sus efectos secundarios (38); en esta última escala tendremos en cuenta algunas de sus limitaciones descritas (39). Por último se interroga acerca de algunos aspectos relativos a la adhesión al tratamiento por parte del paciente. Previamente al inicio del estudio, se realizaron varias sesiones de estandarización diagnóstica y valoración entre los médicos sobre 25 casos clínicos diferentes (40), contando asimismo con un manual orientativo diseñado al efecto para facilitar sus valoraciones. Todo ello buscando la mayor uniformidad de criterios y poder de comparación entre las valoraciones individuales.

Resultados

Dado lo dilatado del estudio, presentaremos a continuación algunos resultados descriptivos básicos referidos exclusivamente al momento de la petición de consulta, dejando para un futuro la descripción del estado clínico y expectativas en

ORIGINALES Y REVISIONES

el momento de la demanda (41), así como de la evolución observada y de la correlación existente entre diferentes variables. Se presentan además las posibles diferencias existentes entre hombres y mujeres, mostrando el grado de significación estadística de estas diferencias. Para ello hemos utilizado la prueba del Chi² con corrección de Yates donde resultara pertinente y el t-test para muestras independientes. En general, para las tablas, se presentará el valor de P (probabilidad) con cuatro decimales si se ha utilizado la técnica del Chi² y con tres en el caso del t-test.

Perfil sociodemográfico básico (Tabla II)

En relación al sexo encontramos un mayor número de peticiones de consulta procedentes de mujeres (60,7%), tal y como parece ser lo habitual en la utilización de servicios de salud mental. Esta diferencia no puede ser explicada únicamente por la existencia de un mayor número de mujeres mayores de 18 entre la población total de origen (CHI² = 20,14 , P < 0,001). Estas diferencias entre sexos desaparecen al sumar los 120 varones y 30 mujeres que fueron excluidos del estudio por motivo de alcoholismo y otras toxicomanías (CHI² = 1,06 , P = N.S.).

Habiendo atendido 4 mujeres que aún no habían cumplido los 18 años, la edad media de los casos está en 42 años, sin encontrarse diferencias significativas entre hombres y mujeres, aunque parece existir cierta tendencia en las mujeres a consultar con menor edad. Si tenemos en cuenta la población de origen agrupada por rangos, encontramos que los mayores de 70 años tienden a consultar menos mientras que los grupos de 30 a 39 y 50 a 59 más (CHI² = 18,03 , P < 0,05). Si además tenemos en cuenta el sexo, los varones no muestran diferencias significativas en cuanto a la edad con los varones de la población, a pesar de consultar más en el rango de 50 a 59 años. Las mujeres se diferencian de su población de origen (CHI² = 23,29 , P < 0,01), consultando menos las mayores de 70 años y más las que tienen de 30 a 39 y 50 a 59.

Son mayoría los que están casados, siguiendo en orden de frecuencia los solteros. Si agrupamos los casados con aquellos que llevan conviviendo más de un año y los separados con los divorciados, encontramos que entre los hombres hay una mayor proporción de solteros y menor de viudos (P < 0,001). Al comparar con la población de origen vemos que entre los hombres, los separados y solteros consultan significativamente más de lo esperable y menos los casados. Entre las mujeres, no se encuentran diferencias entre solteras, consultando más las separadas y menos las casadas y viudas.

Aproximadamente la mitad de los casos ocupan el papel de padre o madre dentro de su núcleo de convivencia, poco menos de una tercera parte son individuos con categoría de hijo o hija, seguidos de aquellos casos que conviven con sus

parejas y sin hijos en el hogar. Existen diferencias entre hombres y mujeres ($P < 0,001$), apareciendo más categorías de hijo y menos de padre entre los hombres.

La mayor parte de los casos que consultan conviven en hogares de una mayor densidad de ocupación que la media poblacional. Sin tener en cuenta las 11 personas que viven en algún tipo de residencia, la media de personas por hogar se sitúa en torno a 3,62, mientras que la media municipal es 3,43 y la de la provincia y resto del Estado 3,28. Esta diferencia aumenta si no tenemos en cuenta los hogares unipersonales que se corresponden con un 5,9% de los casos, frente al 3,5% provincial o 4,5% estatal (42, 43). En relación con las personas en viviendas unifamiliares de Bizkaia, algo más de la mitad son mayores de 65 años, aproximadamente la mitad se corresponde a la categoría de viudo siendo en su mayoría mujeres y tres cuartas partes de todos ellos tienen sólo estudios primarios o no los tienen en absoluto. Un perfil ligeramente diferente de los casos que consultan, entre los que sólo una tercera parte de ellos son mayores de 65 años, correspondiéndose fundamentalmente a solteros y separados con un nivel educativo ligeramente superior.

Sin alcanzar significación estadística, los hogares correspondientes a varones presentan una ligera mayor densidad de habitación. Esta diferencia si alcanza relevancia estadística ($P < 0,05$) si agrupamos los hogares como familias numerosas (más de 4 miembros) o no. En general parece primar la familia nuclear como modo de convivencia, con un 8,27 % de convivencia entre tres generaciones frente al casi 13% estatal. La persona con quien la mayoría convive es la pareja propia, sin diferencias entre sexos. Le siguen los hijos propios, sobre todo en el caso de las mujeres ($P < 0,001$), uno o los dos padres propios, con mayor representación entre los hombres ($P < 0,01$), y los hermanos, también con mayor representación entre los hombres ($P < 0,05$). En mucha menor proporción aparecen otras categorías familiares, sin diferencias significativas entre los sexos aunque parece existir cierta tendencia entre los varones a convivir con cuñados ($P = 0,09$) y las mujeres con yernos y nueras ($P = 0,09$).

Habiendo recogido la edad de hasta el quinto hijo con quien se convive, se observa que la media de edad del primero de ellos es relativamente alta. Esto apunta a la existencia de una elevada proporción de hijos que conviven con los pacientes más allá de la mayoría de edad. Los varones conviven con un primer hijo mayor que las mujeres ($P < 0,001$), manteniéndose también esta diferencia al comparar la edad de los hijos segundos ($P < 0,05$). Todo ello, posible reflejo de los cambios recientes observados en el proceso de formación de la familia, con tendencia a los matrimonios a edad más elevada así como a los condicionantes económicos y escasez de viviendas (44, 45).

Una tercera parte de los casos tiene un muy escaso nivel educativo, mientras que otro tercio ha alcanzado un nivel relativamente alto de cualificación escolar.

ORIGINALES Y REVISIONES

Al compararlo con la población municipal agrupando el nivel de instrucción en tres grandes bloques, consultan más de lo esperable aquellos con el menor nivel de instrucción y menos los de un nivel superior ($CHI2 = 22,39$, $P < 0,001$). Si diferenciamos por sexo, existen diferencias significativas entre los casos ($P < 0,001$), con un mayor nivel educativo en los varones.

Menos de la mitad de los casos realiza un trabajo remunerado, con una proporción superior entre los varones que también refieren un mayor número de parados, alcanzando casi a un cuarto de ellos, y jubilados. Entre las mujeres predominan las tareas del hogar, ocupación esta que no es reconocida por ningún varón, aunque les siguen muy de cerca las trabajadoras remuneradas y un relativamente escaso nivel de paro reconocido. Estas diferencias resultan claramente significativas ($P < 0,001$). Con estos datos encontramos una tasa de actividad (proporción de miembros activos, trabajando o en paro, en una población dada) del 53,8% similar al 53,7% de la población general. La tasa de paro (proporción de parados entre los activos) es del 23,6%, muy superior al 16,8% de la población. Si diferenciamos por sexos, para las mujeres la tasa de actividad es del 42,2% frente al 37,6% de la población y la tasa de paro del 14,1% frente al 24,6% poblacional. Para los hombres, la tasa de actividad es del 71,8% similar al 71,4% de la población y la tasa de paro del 32,2% frente al 8,7% poblacional.

Teniendo en cuenta la ocupación habitual desarrollada, independientemente de la situación laboral actual, más de la mitad de los pacientes no se consideran dependientes económicamente de otra persona. Esta proporción es muchísimo mayor entre los varones. Las diferencias significativas ($P < 0,001$) también alcanzan al tipo de ocupación desarrollada, que en general es de una mayor cualificación entre los varones. Si tenemos en cuenta solamente los activos, se observa cómo los varones desempeñan trabajos de mayor nivel de cualificación o responsabilidad y presumiblemente remuneración ($P < 0,01$).

Sin diferencias significativas con la población general, un tercio de los casos son emigrantes nacidos fuera de Bizkaia, viviendo como es lógico en los mayores núcleos municipales de población. No parecen existir grandes diferencias entre sexos en relación con la provincia de nacimiento o municipio de residencia. De nuevo, si comparamos con la población total de origen encontramos que las demandas no se realizan uniformemente en relación a los municipios de residencia ($CHI2 = 22,96$, $P < 0,01$). Sopelana, un municipio con un alto nivel de nuevos asentamientos de población joven, presenta el mayor número de consultas por habitante, seguido de Leioa que paradójicamente es el municipio con menor índice de ingresos psiquiátricos (22). Llama especialmente la atención la menor tasa de consultas de Getxo, donde se ubica el Centro, en contra de lo previsible dada la mayor accesibilidad.

Ruta asistencial (Tabla III)

Sin encontrar diferencias entre hombres y mujeres, por lo menos más de una cuarta parte de las demandas han tenido tratamiento psiquiátrico previo fuera del centro, de los que, con los datos disponibles, un 30% (62 casos) han requerido hospitalización psiquiátrica, aunque de éstos sólo 25 son derivados tras la hospitalización. La derivación al servicio se realiza fundamentalmente a través de atención primaria. Si agrupamos en peticiones propias, atención primaria y otras derivaciones no encontramos diferencias entre sexos. El 6,4% de las peticiones no persisten en su demanda, quedando como «orientaciones o informaciones» realizadas en la recepción del caso. El resto se considera que deben ser vistos por un especialista. Otro 7,1% de las demandas no llegan a esa 1.^a consulta, abandonando por decisión propia o fallecimiento. La gran mayoría (86,5%) realiza alguna consulta con un especialista posteriormente a su «acogida» en el servicio; estas proporciones son similares para los dos sexos.

Si nos fijamos en los abandonos antes de la 1.^a consulta vemos que éstos están claramente asociados con un mayor número de días entre la «acogida» y la 1.^a consulta subsiguiente ($P < 0,001$). La misma probabilidad que encontramos al comparar las inasistencias a la 1.^a consulta, independientemente de que más tarde se pida una nueva consulta y se siga en tratamiento (Tabla IV).

Discusión de los resultados

Al considerar los aspectos sociodemográficos básicos, no nos sorprende encontrar una mayor proporción de mujeres que consultan, tal y como era esperable sobre todo al haber excluido del estudio los diagnósticos de alcoholismo y otras adicciones. Si incluimos estos diagnósticos desaparece la significación estadística de estas diferencias.

La mujer consultaría en edad más temprana, mientras que el varón está más representado entre los 50 y 59 años, aunque todo ello sin significación estadística. Los rangos de edad donde se consulta más, controlando la edad de la población de origen, son los de 30 a 39 y los de 50 a 59 años, sobre todo en las mujeres. Estos rangos podrían estar asociados con los primeros años de la maternidad y crianza así como con el final de la adolescencia en los hijos, lo que indicaría posibles áreas de actuación específica no sólo encaminadas al tratamiento sino preventivas frente al desarrollo de los hijos en los primeros casos. También llama la atención la escasa proporción de personas ancianas atendidas en el período estudiado, lo que unido al menor número de diagnósticos de demencias que presentaremos en trabajos posteriores (41), nos sugiere que este tipo de patología está siendo o bien

descuidado o atendido en otro tipo de servicios. De igual forma que lo señalado anteriormente podría tratarse de otra posible área de intervención prioritaria, tanto sobre los afectados como sobre la carga psicológica (y física) a la que se ven sometidos sus allegados (46).

Atendiendo al estado civil se observa una mayor proporción de casadas, lo que refuerza la idea del interés de actuaciones preventivas en la crianza. En los hombres no nos sorprende el menor número de viudos, muy posiblemente reflejo de la propia pirámide de población. Sin embargo, y comparativamente con las mujeres, hay una mayor proporción de solteros, cabiendo preguntarnos si esto puede ser considerado como factor de riesgo para el sufrimiento mental o como consecuencia de él.

De cualquier forma, este extremo pierde cierta relevancia al considerar que son mayoría los casados con hijos propios, apareciendo la categoría de «hijo» como la siguiente en consultar, lógicamente asociada a la categoría de soltero. Encontramos que los hombres pertenecen en menor proporción a la categoría de «padre» y más a la de «hijo», pudiendo ser que comparativamente con las mujeres, la situación no sea más que reflejo de la elevación de la edad media de los varones en la salida de casa por dificultades económicas y laborales. Este extremo parece corroborarse en el hecho de encontrar que los varones viven en hogares con un mayor número de personas en promedio, conviviendo en mayor proporción con los propios padres y hermanos.

Las mismas personas que consultan parecen reflejar el aumento de la edad media en los jóvenes para independizarse, al comprobarse la existencia de una elevada proporción de hijos mayores de edad conviviendo con los pacientes y curiosamente con más edad si el paciente es varón. Sin embargo, esto bien puede tratarse de un artefacto estadístico al considerar que hay un mayor número de mujeres casadas de menor edad, con lo que lógicamente sus hijos serán todavía menores. De cualquier forma, no llegamos a explicarnos totalmente el mayor número de personas por hogar en el caso de los varones. Este fenómeno no debe ser confundido con los datos obtenidos a través de las encuestas y censos de población, en los que los varones muestran una mayor densidad de ocupación por vivienda al ser considerados en mayor proporción que las mujeres como «persona de referencia» (el antiguo cabeza de familia), mientras que estas últimas ocupan en mayor proporción esta categoría en casos de familias monoparentales o donde ha fallecido el padre.

Todo lo anterior podría sugerirnos cierta relación entre tener hijos en la primera infancia o haberla finalizado ya hace tiempo como factor de riesgo de consulta para la mujer, mientras que para el varón sería permanecer de forma prolongada en el domicilio paterno o bien que sus propios hijos mayores de edad permanezcan en él. A pesar de la algo mayor densidad de personas por hogar que la

media para la población del Estado, hay un menor número de hogares trigeracionales, pareciendo que en el caso de darse esta convivencia sean más las mujeres las que ocupen el lugar de la primera generación, posiblemente nada más que como reflejo de la propia población.

También hay un mayor número de hogares unipersonales, mostrando además características diferenciadas frente a este tipo de vida entre la población general. Si bien la mayor parte de hogares unipersonales en la comunidad se corresponden con mujeres mayores de escaso nivel cultural, en los casos que consultan se aprecia una menor edad y mayor nivel cultural, con menor representación de viudos. Al considerar entonces esta diferencia, nos queda preguntarnos si el vivir sólo está directamente relacionado con un mayor riesgo de consultar por motivos de salud mental y en caso de darse esta asociación si esta forma de vida puede ser motivo del malestar o dificultades psíquicas o una mera consecuencia de ellas.

Parece existir un mayor riesgo de consultar para los niveles educativos más bajos. Al separar por sexos, encontramos claras diferencias con un menor nivel de instrucción entre las mujeres, tal y como sucede también en la población general. De cualquier forma, hemos de precisar la existencia de otros recursos de tipo privado a los que probablemente recurren con mayor frecuencia los niveles educativos y económicos más altos.

La tasa global de inactividad es similar a la encontrada en la población de origen. Merece la pena recordar que el estudio se limita a primeras consultas en un C.S.M. con 10 años de vida, por lo que es presumible que la mayor parte de incapacidades por motivos mentales ya estaban previamente en contacto con el Centro. La tasa de paro global es mayor que la media de la población tal y como podíamos esperar. Sin embargo, los varones refieren una tasa que duplica ampliamente a la de las mujeres y es cuatro veces superior a la observada en los varones de la población general. Los datos encontrados parecen indicar que mientras para el varón el paro podría ser un factor de riesgo, para la mujer la actividad presentaría un mayor riesgo de consultar. Posiblemente sea indicativo, tal y como se verá al estudiar los sucesos vitales (41), de la diferente importancia etiológica que estas situaciones representan dependiendo del sexo. De cualquier forma, el nivel ocupacional y de cualificación profesional es claramente inferior en las mujeres, lo que también podría ser causa de cierta insatisfacción personal.

Al considerar el lugar de nacimiento vemos que la inmigración no parece justificar una mayor tasa de consulta. Un dato que resulta interesante de comprobar, en contra de lo esperado, es que el municipio donde se asienta físicamente el centro, teóricamente con una mejor accesibilidad al menos geográfica, presente una menor tasa de consultas por habitante. Las explicaciones pueden ser varias, desde una mayor atención en años anteriores a la población con problemas, al diferente nivel de atención y derivaciones por parte de Atención Primaria o la existencia de

una mayor utilización de los servicios privados. Sin embargo otras posibilidades podrían ser merecedoras de investigación como puede ser la estigmatización del Centro y el temor a ser reconocidos en él por la población. Otra posible explicación sería la evitación del Centro por el disgusto ante los pacientes toxicómanos que acuden a él. Este puede ser el caso en muchas ocasiones, favorecido incluso por las múltiples campañas divulgativas en la prensa y radio locales realizadas hasta el momento en relación con las toxicomanías y el escaso interés mostrado hacia la salud mental general.

Llama la atención que al menos más de un 8% de las primeras consultas en un C.S.M. con 10 años de historia tengan un ingreso psiquiátrico previo. Es evidente que un cierto número de personas van a entrar por primera vez al sistema asistencial a través del nivel hospitalario tras una descompensación aguda. Pero como demostramos ya anteriormente (21, 47), de éstos una gran proporción no siguen tratamiento ambulatorio posterior en el C.S.M., desconociendo si siguen tratamiento en otro lugar o simplemente lo abandonan. Los datos encontrados aquí y en las investigaciones referidas nos señalan el interés de mostrar el mayor cuidado en la garantía de la continuidad de cuidados tras el alta.

La gran mayoría de casos vienen remitidos por Atención Primaria, lo que parece ser reflejo de las actuales tendencias generales en cuanto a deseables rutas asistenciales y a la práctica concreta del Centro de colaboración directa con parte de los equipos de Atención Primaria y el alto grado de coordinación alcanzado a lo largo de los años. Pero también puede ser el reflejo de un cierto proceso de sobreburocratización asistencial al exigir al paciente «el volante del médico» (que en la mayoría de los casos no será negado si lo pide) como paso previo para ser atendido, añadiendo demoras de manera innecesaria a la asistencia. Demoras que juegan en contra de la resolución efectiva del problema por parte del C.S.M. como se constata al comprobar que el mayor número de abandonos antes de la primera consulta con el psiquiatra están en relación directa con el tiempo transcurrido hasta esta desde la consulta de «acogida». En este sentido, podría ser interesante conocer el papel jugado por el tiempo de espera no sólo desde el momento en que acude el paciente por primera vez al centro en busca de ayuda, sino incluso desde el mismo momento en que decide solicitarla.

Conclusiones

El primer aspecto a destacar sería la dificultad que hemos encontrado para la aparentemente simple tarea de recogida de información básica, así como para la comparación posterior con los datos globales del propio centro y del censo de población. Las inconsistencias encontradas en los datos básicos han sido múltiples

y variadas, las dificultades para codificar las variables educativas, profesionales y laborales son muy importantes y sobre todo la utilización de diferentes criterios de agrupamiento hacen muy difícil la comparación de poblaciones. Esto, que a pesar de ser obvio en la mayor parte de proyectos similares, todavía no ha recibido la atención suficiente, precisa directrices claras y universales para la estandarización y clasificación de las variables sociodemográficas.

En relación con el perfil básico de las consultas, e independientemente de la sintomatología que las motiva, los períodos de crianza o final de la adolescencia en los hijos, para las madres, podrían ser áreas de actuación preventiva a considerar. De igual forma, la baja incidencia de casos de mayor edad sugiere otra posible área de actuación que pudiera estar descuidada. Resulta interesante constatar la asociación existente entre ser varón y soltero y la mayor densidad de personas por vivienda; pudiendo ser únicamente reflejo de las circunstancias sociales imperantes, aun así pudiera ser de interés su investigación en mayor profundidad.

Otro aspecto claramente relacionado con realidades sociales más amplias, y que previsiblemente verán aumentada su importancia en un futuro próximo, es una mayor proporción que la esperable de personas que consultan y viven solas. Además con un perfil claramente diferente a la media de viviendas unifamiliares en la población, reflejo tal vez, no sólo de la mayor difusión de este tipo de vida, sino del progresivo aumento de separaciones y divorcios, también asociados con una mayor proporción de consultas.

En relación con la clase social y el nivel educativo se reconoce desde hace tiempo la mayor incidencia de consultas psiquiátricas entre las clases más desfavorecidas. Esto es así proporcionalmente también en nuestra área, sin embargo y tratándose de una población relativamente acomodada, encontramos que también las clases medias-altas consultan con el servicio en una importante proporción. Conociendo la existencia de importantes recursos privados a través de seguros médicos que no han sido estudiados en la presente investigación, que evidentemente dan cobertura a la población más favorecida, la demanda global de atención psiquiátrica posiblemente será muy similar entre los diferentes niveles sociales. De igual forma que lo anterior, la tasa de paro es otro de los indicadores de riesgo en una población dada. En nuestro estudio el paro sólo parece ser factor de riesgo para los varones, mientras que para las mujeres sería la actividad laboral ese factor de riesgo.

La accesibilidad al centro, contrariamente a lo esperable, no aumenta por proximidad geográfica. Campañas divulgativas en los medios de comunicación local bien pudieran acercar más el centro a la población y desmontar posibles prejuicios existentes. El tema de la accesibilidad adquiere aún mayor relevancia como forma de garantizar la continuidad de cuidados posthospitalización, habiendo observado un relativo alto número de casos que no recurren al Centro tras un

ORIGINALES Y REVISIONES

ingreso. De igual forma, encontramos que la mayor tasa de abandonos se da en aquellas consultas que se planifican con un mayor tiempo de espera.

Por último, no podemos concluir sin señalar que si bien parece indicado enfrentar y mejorar algunos de los puntos comentados anteriormente, no podemos olvidar que muchas disfunciones o carencias de un servicio no dejan de jugar un papel autorregulador de la presión soportada por el mismo. Sin duda, algunos aspectos de su funcionamiento pueden ser mejorados con un mayor autoconocimiento; sin embargo, la mejora de calidad global habrá de pasar también por una mayor dotación de recursos que permitan encarar las necesidades observadas.

Tabla I
Características sociodemográficas, culturales y laborales de la población de
Uribe Costa mayor de 18 años

	Total	Mujeres	Hombres
<i>Población > 18 años</i>	93.633 (100%)	49.025 (52,4%)	44.608 (47,6%)
<i>Edad</i>			
18 a 19	4.568 (4,9%)	2.249 (4,6%)	2.319 (5,2%)
20 a 29	18.983 (20,3%)	9.601 (19,6%)	9.382 (21,0%)
30 a 39	20.968 (22,4%)	10.989 (22,4%)	9.979 (22,4%)
40 a 49	18.811 (20,1%)	9.431 (19,2%)	9.380 (21,0%)
50 a 59	11.903 (12,7%)	5.932 (12,1%)	5.971 (13,4%)
60 a 69	9.666 (10,3%)	5.176 (10,6%)	4.490 (10,1%)
70 a 79	5.756 (6,1%)	3.542 (7,2%)	2.214 (5,0%)
80 a 89	2.659 (2,8%)	1.846 (3,8%)	813 (1,8%)
90 ó más	319 (0,3%)	259 (0,5%)	60 (0,1%)
18 a 34	34.196 (36,5%)	17.382 (35,5%)	16.814 (37,7%)
35 a 64	46.306 (49,5%)	23.566 (48,1%)	22.740 (51,0%)
65 ó más	13.131 (14,0%)	8.077 (16,5%)	5.054 (11,3%)
<i>Estado civil</i>			
Soltero	26.661 (28,5%)	13.052 (26,6%)	13.609 (30,5%)
Casado	58.951 (63,0%)	29.592 (60,4%)	29.353 (65,8%)
Separado	1.154 (1,2%)	727 (1,5%)	427 (1,0%)
Divorciado	628 (0,7%)	413 (0,8%)	215 (0,5%)
Viudo	6.239 (6,7%)	5.241 (10,7%)	998 (2,2%)
<i>Nivel de instrucción</i>			
Analfabeto	623 (0,7%)	445 (0,9%)	178 (0,4%)
Sin estudios	7.814 (8,3%)	4.901 (10,0%)	2.913 (6,5%)
Primario	30.287 (32,3%)	18.039 (36,8%)	12.248 (27,5%)
Profesional	12.676 (13,5%)	5.692 (11,6%)	6.984 (15,7%)
Secundario	16.663 (17,8%)	9.010 (18,4%)	7.653 (17,2%)
Medio superior	8.231 (8,8%)	4.262 (8,7%)	3.969 (8,9%)
Superior	17.339 (18,5%)	6.676 (13,6%)	10.663 (23,9%)
<i>Actividad</i>			
Ocupados	41.833 (44,7%)	13.901 (28,4%)	27.932 (62,6%)
Parados	8.483 (9,0%)	4.542 (9,3%)	3.896 (8,7%)
Inactivos	42.988 (45,9%)	30.582 (62,4%)	12.406 (27,8%)
Aparte (mili)	374 (0,4%)	0 (0,0%)	374 (0,8%)
<i>Profesión (sólo ocupados)</i>			
Profes. y Técnicos	12.286 (29,4%)	5.033 (36,2%)	7.253 (26,0%)
Directivos	2.477 (5,9%)	222 (1,6%)	2.255 (8,1%)
Emple. y Administr.	7.379 (17,6%)	3.909 (28,1%)	3.470 (12,4%)
Comerc. y vendedores	5.311 (12,7%)	2.019 (14,5%)	3.292 (11,8%)
Pers. servicio	3.916 (9,4%)	2.114 (15,2%)	1.802 (6,5%)
Agricultores	338 (0,8%)	46 (0,3%)	292 (1,0%)
Obreros	10.126 (24,2%)	558 (4,0%)	9.568 (34,3%)
<i>Total</i>	41.833	13.901	27.932

ORIGINALES Y REVISIONES

	Total	Mujeres	Hombres
<i>Lugar de nacimiento</i>			
Bizkaia	63.425 (67,7%)	32.764 (66,8%)	30.661 (68,7%)
Resto C. A.	2.631 (2,8%)	1.506 (3,1%)	1.125 (2,5%)
Resto Estado	25.383 (27,1%)	13.560 (27,7%)	11.823 (26,5%)
Extranjero	2.194 (2,3%)	1.195 (2,4%)	999 (2,2%)
<i>Municipio de residencia</i>			
Barrika	724 (0,8%)	393 (0,8%)	331 (0,7%)
Berango	3.053 (3,3%)	1.543 (3,1%)	1.510 (3,4%)
Gorliz	2.247 (2,4%)	1.179 (2,4%)	1.068 (2,4%)
Getxo	59.283 (63,3%)	31.428 (64,1%)	27.855 (62,4%)
Leioa	17.726 (18,9%)	9.099 (18,6%)	8.627 (19,3%)
Lemoiz	656 (0,7%)	316 (0,6%)	340 (0,4%)
Plentzia	2.062 (2,2%)	1.084 (2,2%)	978 (2,2%)
Sopela	5.891 (6,3%)	2.978 (6,1%)	2.913 (6,5%)
Urduliz	1.991 (2,1%)	1.005 (2,0%)	986 (2,2%)

Tabla II
Características sociodemográficas, culturales y laborales de las demandas

	Total	Mujeres	Hombres	Sig.
<i>1.ª consultas</i>	749	455 (60,7%)	294 (39,3%)	
<i>Edad</i>				
Mínima	17	17	18	
Media	42,1	42,0	42,2	N.S.
Máxima	90	90	84	N. S.
Menos de 20	40 (5,3%)	26 (5,7%)	14 (4,8%)	
20 a 29	144 (19,2%)	78 (17,1%)	66 (22,4%)	
30 a 39	190 (25,4%)	128 (28,1%)	62 (21,1%)	
40 a 49	137 (18,3%)	87 (19,5%)	50 (17,0%)	
50 a 59	115 (15,4%)	60 (13,2%)	55 (18,7%)	
60 a 69	76 (10,1%)	44 (9,7%)	32 (10,9%)	
70 a 79	36 (4,8%)	25 (5,5%)	11 (3,7%)	
80 a 89	10 (1,3%)	6 (1,3%)	4 (1,4%)	
90 a 99	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	N.S.
17 a 34	282 (37,7%)	174 (38,2%)	108 (36,7%)	
35 a 64	384 (51,3%)	229 (50,3%)	155 (52,7%)	
65 ó más	83 (11,1%)	52 (11,4%)	31 (10,5%)	
<i>Estado civil</i>				0,0003
Soltero	232 (31,0%)	116 (25,5%)	116 (39,5%)	
Casado	399 (53,3%)	252 (55,4%)	147 (50,0%)	
Conviviendo	23 (3,1%)	14 (3,1%)	9 (3,1%)	
Separado	41 (5,5%)	30 (6,6%)	11 (3,7%)	
Divorciado	7 (0,9%)	5 (1,1%)	2 (0,7%)	
Viudo	47 (6,3%)	38 (8,4%)	9 (3,1%)	
<i>Total conviviendo en el hogar</i>				
1 persona	44 (5,9%)	27 (5,9%)	17 (5,8%)	
2 personas	121 (16,2%)	71 (15,6%)	50 (17,0%)	
3 personas	186 (24,8%)	122 (26,8%)	64 (21,8%)	
4 personas	214 (28,6%)	134 (29,5%)	80 (27,2%)	
5 personas	107 (14,3%)	61 (13,4%)	46 (15,6%)	
6 personas	39 (5,2%)	18 (4,0%)	21 (7,1%)	
7 personas	12 (1,6%)	4 (0,9%)	8 (2,7%)	
8 personas	5 (0,7%)	2 (0,4%)	3 (1,0%)	
9 personas	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	
10 personas	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	
11 personas	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	
12 personas	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	
13 personas	2 (0,3%)	1 (0,2%)	1 (0,3%)	
No consta	5 (0,7%)	3 (0,7%)	2 (0,7%)	
Residencial	11 (1,5%)	9 (2,0%)	2 (0,7%)	0.0306
1 a 4	565 (77,1%)	354 (79,9%)	211 (72,8%)	
5 ó más	168 (22,9%)	89 (20,1%)	79 (27,2%)	
Media por hogar no residencia	3,62	3,55	3,72	N. S.

ORIGINALES Y REVISIONES

	Total	Mujeres	Hombres	Sig.
<i>Rol familiar</i>				
				0,0001
Abuelo/a	19 (2,5%)	14 (3,1%)	5 (1,7%)	
Padre/madre	372 (49,7%)	253 (55,6%)	119 (40,5%)	
Hijo/a	179 (23,9%)	85 (18,7%)	94 (32,0%)	
Pareja	83 (11,1%)	46 (10,1%)	37 (12,6%)	
Hermano/a	11 (1,5%)	9 (2,0%)	2 (0,7%)	
Otros	27 (3,6%)	11 (2,4%)	16 (5,4%)	
Vive solo	44 (5,9%)	27 (5,9%)	17 (5,8%)	
Residente	11 (1,5%)	9 (2,0%)	2 (0,7%)	
No consta	3 (0,4%)	1 (0,2%)	2 (0,7%)	
<i>Familiares en el hogar</i>				
				N. S.
Abuelo/s	17 (2,3%)	9 (2,0%)	8 (2,8%)	
Padre/s	197 (26,9%)	100 (22,6%)	97 (33,4%)	0,0016
Pareja	420 (57,3%)	264 (59,6%)	156 (53,8%)	N. S.
Hijo/s	390 (53,2%)	266 (60,0%)	124 (42,8%)	0,0000
Hermano/s	151 (20,6%)	78 (17,6%)	73 (25,2%)	0,0172
Cuñado/s	10 (1,4%)	3 (0,7%)	7 (2,4%)	N. S.
Yerno/nuera	14 (1,9%)	12 (2,7%)	2 (0,7%)	N. S.
Suegro/a	12 (1,6%)	6 (1,4%)	6 (2,1%)	N. S.
Otros	60 (8,2%)	33 (7,4%)	27 (9,3%)	N. S.
<i>Edad media de hijos conviviendo</i>				
1.º H.	17,0 (383 c.)	15,9 (260 c.)	19,5 (123 c.)	0,001
2.º H.	14,8 (229 c.)	13,8 (144 c.)	16,4 (85 c.)	0,012
3.º H.	15,7 (73 c.)	14,3 (44 c.)	16,2 (29 c.)	-
4.º H.	16,0 (23 c.)	16,9 (13 c.)	14,9 (10 c.)	-
5.º H.	17,5 (10 c.)	16,8 (6 c.)	18,5 (4 c.)	-
<i>Nivel educativo</i>				
				0,0008
Univ. sup.	50 (6,7%)	21 (4,6%)	29 (9,9%)	
Univ. med.	100 (13,4%)	60 (13,2%)	40 (13,6%)	
Est. secund.	176 (23,5%)	93 (20,4%)	83 (28,2%)	
Est. medios	57 (7,6%)	34 (7,5%)	23 (7,8%)	
Est. elemen.	109 (14,6%)	60 (13,2%)	49 (16,7%)	
Menos 7 años	249 (33,2%)	183 (40,2%)	66 (22,4%)	
No consta	8 (1,1%)	4 (0,9%)	4 (1,4%)	
<i>Ocupación habitual</i>				
				0,0000
Director, propietario, cargo superior	35 (4,7%)	12 (2,6%)	23 (7,8%)	
Administración, cargo medio	83 (11,1%)	46 (10,1%)	37 (12,6%)	
Peq. negocio, oficin., ventas	83 (11,1%)	34 (7,5%)	49 (16,79%)	
Trab. cualificados	81 (10,8%)	19 (4,2%)	62 (21,1 %)	
Trab. semicualif.	44 (5,9%)	22 (4,8%)	22 (7,5 %)	
Trab. no cualif.	114 (15,2%)	70 (15,4%)	44 (15,0 %)	
Económ. independiente	306 (40,9%)	250 (54,9%)	56 (19,0 %)	
No consta	3 (0,4%)	2 (0,4%)	1 (0,3 %)	

	Total	Mujeres	Hombres	Sig.
<i>Situación laboral</i>				0,0000
Retribuido	307 (41,0%)	164 (36,0%)	143 (48,6%)	
Tareas hogar	182 (24,3%)	182 (40,0%)	0 (0,0%)	
Estudiante	80 (10,7%)	51 (11,2%)	29 (9,9%)	
Jubilado	83 (11,1%)	29 (6,4%)	54 (18,4%)	
En paro	95 (12,7%)	27 (5,9%)	68 (23,1%)	
No consta	2 (0,3%)	2 (0,4%)	0 (0,0%)	
<i>Ocupación (sólo los activos)</i>				0,0052
Alta cualificación	29 (9,5%)	12 (7,3%)	17 (12,0%)	
Media cualificación	178 (58,2%)	86 (52,4%)	92 (64,8%)	
Baja cualificación	99 (32,4%)	66 (40,2%)	33 (23,2%)	
<i>Lugar de nacimiento</i>				N. S.
Bizkaia	488 (65,2%)	291 (64,0%)	197 (67,0%)	
Resto C. A.	13 (1,7%)	8 (1,8%)	5 (1,7%)	
Resto Estado	220 (29,4%)	137 (30,1%)	83 (28,2%)	
Extranjero	19 (2,5%)	12 (2,6%)	7 (2,4%)	
No consta	9 (1,2%)	7 (1,5%)	2 (0,7%)	
<i>Municipio de la residencia</i>				N. S. (sólo U. C.)
Erandio	2 (0,3%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)	
Zamudio	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	
Barrika	4 (0,5%)	3 (0,7%)	1 (0,3%)	
Berango	19 (2,5%)	11 (2,4%)	8 (2,7%)	
Gorliz	16 (2,1%)	10 (2,2%)	6 (2,0%)	
Getxo	439 (58,6%)	258 (56,7%)	181 (61,6%)	
Leioa	161 (21,5%)	109 (24,0%)	52 (17,7%)	
Lemoiz	4 (0,5%)	2 (0,4%)	2 (0,7%)	
Mungía	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	
Plentzia	17 (2,3%)	10 (2,2%)	7 (2,4%)	
Sopela	73 (9,7%)	43 (9,5%)	30 (10,2%)	
Urduliz	12 (1,6%)	8 (1,8%)	4 (1,4%)	

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla III
Tratamientos anteriores y rutas asistenciales

	Total	Mujeres	Hombres	Sig.
<i>Tto. psiq. previo</i>				N. S.
No	448 (59,8%)	285 (62,6%)	163 (55,4%)	
Sí	212 (28,3%)	120 (26,4%)	92 (31,3%)	
No consta	89 (11,9%)	50 (11,0%)	39 (13,3%)	
<i>Hospital previas</i>				N. S.
No	590 (78,8%)	368 (80,9%)	222 (75,5%)	
Sí	62 (8,3%)	32 (7,0%)	30 (10,2%)	
No consta	97 (13,0%)	55 (12,1%)	42 (14,3%)	
<i>Derivación</i>				N. S.
Propio paciente	19 (2,5%)	11 (2,4%)	8 (2,7%)	
Familia, amigos	12 (1,6%)	6 (1,3%)	6 (2,0%)	
Aten. primaria	624 (83,3%)	381 (83,7%)	243 (82,7%)	
Especialistas	22 (2,9%)	14 (3,1%)	8 (2,7%)	
Serv. urgencias	4 (0,5%)	2 (0,4%)	2 (0,7%)	
Ambulatorio psiq.	9 (1,2%)	6 (1,3%)	3 (1,0%)	
Hospital psiq.	25 (3,3%)	15 (3,3%)	10 (3,4%)	
Urgencias psiq.	6 (0,8%)	4 (0,9%)	2 (0,7%)	
Privado psiq.	3 (0,4%)	0 (0,0%)	3 (1,0%)	
Serv. Sociales	6 (0,8%)	3 (0,7%)	3 (1,0%)	
Sist. Educativo	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	
Otros	10 (1,3%)	7 (1,5%)	3 (1,0%)	
No consta	8 (1,1%)	5 (1,1%)	3 (1,0%)	
<i>Paso a tto.</i>				N. S.
Orient./información	48 (6,4%)	30 (6,6%)	18 (6,1%)	
Abandono antes 1.ª C.	52 (6,9%)	32 (7,0%)	20 (6,8%)	
Fallecimiento	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	
1.ª C. con imposible expl.	39 (5,2%)	24 (5,3%)	15 (5,1%)	
1.ª C. con posible explor.	609 (81,3%)	369 (81,1%)	240 (81,6%)	

Tabla IV

Días medios de espera entre la acogida y 1.ª Consulta, comparación entre abandonos del tratamiento e incomparecencias a la 1.ª consulta y resto

	N	Med. días	Des. Est.	Sig.
Abandonos tto. con cita dada	46	39,3	36,2	0,000
Pasan a tto.	648	21,2	18,5	
Incomparecencias a 1.ª consulta	84	30,7	24,2	0,000
Acuden a 1.ª consulta	611	21,2	19,8	

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BERRIOS, G., «Evaluación de servicios de salud mental», *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 1991, 37, pp. 87-92.
- (2) HÄFNER, H.; HEIDEN, W., «The evaluation of mental health care systems», *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155, pp. 12-17.
- (3) NIEGHER, W. D.; SCHULBERG, H. C., «Evaluating the outcomes of human service programs. A reassessment», *Evaluation Review*, 1982, 6, pp. 731-752.
- (4) SNAITH, R. P., «Measurement in psychiatry», *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159, pp. 78-82.
- (5) MARTÍNEZ AZUMENDI, O.; BEITIA, B.; BEITIA, M., «Diferencias en los tiempos medios de hospitalización psiquiátrica según el criterio metodológico utilizado en la recogida de información», *Osasunkaria*, 1995, 10, pp. 2-6.
- (6) BACA, E., «Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos», *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 1991, 37, pp. 93-101.
- (7) HELGASON, T. (ed.), *Methodology in evaluation of psychiatric treatment*, Cambridge, University Press, 1983.
- (8) HENDERSON, A. S.; JORM, A. F., «Do mental health surveys disturb?», *Psychological Medicine*, 1990, 20, pp. 721-724.
- (9) JENKINS, R., «Towards a System of outcome indicators for mental health care», *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157, pp. 500-514.
- (10) SCHULBERG, H. C., «Outcome Evaluations in the mental health field», *Community Mental Health Journal*, 1981, 17, pp. 132-142.
- (11) MIRIN, S. M.; NAMEROV, M. J., «Why study treatment outcome?», *Hospital and Community Psychiatry*, 1992, 42, pp. 1.007-1.013.
- (12) CLARK, A.; FRIEDMAN, M. J., «Nine standardized scales for evaluating treatment outcome in a mental health clinic», *Journal of Clinical Psychology*, 1983, 39, pp. 939-950.
- (13) DE JONG, A.; GIEL, R.; TEN HORN G.H.M.M., *Clasificación internacional de la O.M.S. relativa a la atención a la salud mental. Instrumento para la clasificación de los servicios relacionados con la atención a la salud mental*. Centro colaborador de la OMS para la investigación y formación en Salud Mental, Universidad de Groningen, Países Bajos y Oficina Regional de Europa de la OMS.
- (14) SOMMER, I., «The influence of environmental factors on the community adjustment of the mentally ill», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, 176/4, pp. 221-226.
- (15) MARTÍNEZ AZUMENDI, O., «Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial», *Psiquis*, 1995, 16, pp. 266-287.
- (16) EUSTAT, Instituto Vasco de Estadística, *Censos de población y viviendas 1991. Tomo 1: Estructura de la población*.
- (17) EUSTAT, Instituto Vasco de Estadística, *Censos de población y viviendas 1991. Tomo 3: Educación y Euskara*.
- (18) EUSTAT, Instituto Vasco de Estadística, *Censos de población y viviendas 1991. Tomo 6: Viviendas*.
- (19) EUSTAT, Instituto Vasco de Estadística, *Censos de población y viviendas 1991. Tomo 2: Población activa*.
- (20) Osakidetza, *Actividad en salud mental y asistencia psiquiátrica. Memoria 1992*, Registro acumulativo de casos psiquiátricos, Bizkaia.
- (21) MARTÍNEZ AZUMENDI, O.; BEITIA, M.; BALLESTEROS, J., «Ingreso psiquiátrico. Análisis del tiempo de hospitalización y flujos entre C.S.M. y hospital», *Psiquis*, 1992, 13 (2), pp. 57-62.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (22) MARTÍNEZ AZUMENDI, O.; BEITIA, B.; BEITIA, M., «Doce años de hospitalización psiquiátrica en el área de Uribe Costa. Un estudio de seguimiento», *Gaceta Médica de Bilbao*, 1995, 92 (3), pp. 128-130.
- (23) AYERRA, J. M.; TRIGALES, I., «Grupo multifamiliar», en *Comunidad terapéutica y/o terapia de la comunidad*, Monografía I. Boletín Sociedad Española Psicoterapia y Técnicas de Grupo, 1991, pp. 129-134.
- (24) MARTÍNEZ AZUMENDI, O., «Intervención en crisis. Conceptos generales y descripción de dos modelos particulares», *Psiquis*, 1995, 16 (2), pp. 73-80.
- (25) MARTÍNEZ AZUMENDI, O.; BEITIA, M., «Tipo y número de contactos asistenciales en pacientes necesitados de ingreso. Estudio caso-control y comparación con el resto de pacientes del C.S.M.», *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1992, 40, pp. 30-36.
- (26) DE LAS CUEVAS, C., y otros, «Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general», *Anales de Psiquiatría*, 1991, 7, pp. 93-96.
- (27) DE LAS CUEVAS, C., y otros, «Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios», *Psiquis*, 1991, 12, pp. 326-336.
- (28) WEISSMAN, M. M.; BOTHWELL, S., «Assessment of social adjustment by patient self-report», *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, pp. 1.111-1.115.
- (29) WEISSMAN, M. M., y otros, «Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1978, 166, pp. 317-326.
- (30) RUIZ, M. A.; BACA, E., «Cuestionario de calidad de vida», en BOBES, J.; GONZÁLEZ, M. P.; BOUSOÑO, M. (eds.), *Calidad de vida en las esquizofrenias*, J. R. Prous Editores, 1995.
- (31) BRUGHA, T., y otros, «The list of threatening experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat», *Psychological Medicine*, 1985, 15, pp. 189-194.
- (32) BRUGHA, T.; CRAGG, D., «The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1990, 82, pp. 77-81.
- (33) MARTÍNEZ AZUMENDI, O., y otros, «Expectativas de la demanda sobre un Centro de Salud Mental comunitario: evaluación de un nuevo cuestionario», *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1995, 52, pp. 25-43. «Fe de erratas» en *Rev. Esp. Neuropsiquiatría*, 1995, 53, pp. 198.
- (34) LARSEN, D. L., y otros, «Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale», *Evaluation and Program Planning*, 1979, 2, pp. 197-207.
- (35) ROBERTS, R. E.; ATKISON, C. C., «Assessing client satisfaction among hispanics», *Evaluation and Program Planning*, 1983, 6, pp. 401-413.
- (36) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Clasificación internacional estadística de enfermedades, lesiones y causas de muerte, 9.ª revisión*, Vol. I, Ginebra, 1977.
- (37) ENDICOTT, J., y otros, «The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances», *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, pp. 766-771.
- (38) GUY, W. (ed.), *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*, Rev. Ed. U. S. Department of Health, Education and Welfare, Rockville, Maryland, 1976.
- (39) BENEKE, M.; RASMUS, W., «Clinical Global Impressions» (ECDEU): Some critical comments», *Pharmacopsychiatry*, 1992, 25, pp. 171-176.
- (40) SPITZER, R. L., y otros, *DSM-III-R. Libro de casos*, Barcelona, Masson, 1990.
- (41) MARTÍNEZ AZUMENDI, O., y otros, «Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental (II). Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas». Enviado *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*.
- (42) EUSTAT, Instituto Vasco de Estadística, *Censos de población y viviendas 1991. Tomo 5: Familias y fecundidad*.
- (43) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Encuesta sociodemográfica 1991. Tomo II: Resultados nacionales. Volumen I: Hogar y Familia*, Madrid, 1993.

- (44) DURÁN, M. A., «Los límites del hogar», DURÁN, M. A., y otros, *De puertas adentro*, Madrid, M.º de Cultura, Instituto de la mujer, 1988, pp. 31-50.
- (45) DELGADO, M., «Cambios recientes en el proceso de formación de la familia», *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1993, 64, pp. 123-153.
- (46) MARTÍNEZ AZUMENDI, O., «Asylum and the community in Spain», en TOMLINSOM, D.; CARRIER, J. (eds.), *Asylum in the Community*, Londres, Routledge, 1996, pp. 31-66.
- (47) MARTÍNEZ AZUMENDI, O.; YLLÁ, L.; BALLESTEROS, J., «Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. Evaluación de su existencia en un área determinada», *Psicopatología*, 1991, 11 (1), pp. 32-35.

Trabajo realizado con la ayuda de DGICYT n.º SM91-0029 y del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (B.O.P.V.: 13 de mayo de 1991).

- * Óscar Martínez, Karmelo Araluce, psiquiatras; Miriam Beitia, psicóloga; Jesús Elejabarrieta, enfermero psiquiátrico; Isabel Quesada, asistente social.

Correspondencia: Óscar Martínez, Centro Salud Mental «Uribe Costa», C/ San Nicolás, 2, Getxo, 48990 Vizcaya.

- ** Fecha de recepción: 8-X-1996.