



GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

EVALUACIÓN DE LA DEMANDA Y DERIVACIONES A
PSIQUIATRÍA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM)

EVALUATION OF DEMAND AND DERIVATIONS TO
PSYCHIATRY IN THE MENTAL HEALTH UNIT (USM)

Autor/a: ÁNGEL JOAQUÍN PELAYO GARCÉS

Director/es: BLANCA FERNÁNDEZ ABASCAL
PAULA SUÁREZ PINILLA

Santander, Junio 2025

ÍNDICE:

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo general.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
3.1. Diseño del estudio y obtención de datos.....	7
3.2. Criterios de inclusión.....	7
3.3. Variables.....	8
3.3.1. Variables sociodemográficas.....	8
3.3.2. Variables clínicas.....	8
3.3.3. Variables asistenciales.....	10
3.4. Análisis estadístico.....	12
4. RESULTADOS.....	13
4.1. Descripción sociodemográfica de la muestra.....	13
4.1.1. Variables sociodemográficas.....	13
4.1.2. Variables clínicas.....	14
4.1.2.1. Antecedentes.....	14
4.1.2.2. Tratamiento basal.....	14
4.1.2.3. Motivo de derivación.....	15
4.1.2.4. Diagnóstico y consumo de tóxicos basal.....	15
4.2. Adherencia al estudio longitudinal.....	17
4.3. Adecuación de la derivación.....	17
4.4. Diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las variables socio- demográficas, clínicas y asistenciales.....	18
5. CONCLUSIONES.....	21
6. AGRADECIMIENTOS.....	23
7. BIBLIOGRAFÍA.....	24

RESUMEN:

Introducción:

La mayor accesibilidad y sensibilización de la población a los servicios de la Unidad de Salud Mental (USM) ha incrementado la demanda, favoreciendo la patologización del malestar psicosocial. Esto ha generado una sobrecarga asistencial y ha afectado la calidad de la atención a los trastornos mentales graves.

Objetivos:

Analizar las derivaciones desde Atención Primaria (AP) y otras especialidades a la USM y comparar sus características para describir el perfil de los pacientes derivados, así como evaluar, la pertinencia o no de la derivación analizando los diferentes motivos.

Material y métodos:

Estudio longitudinal que analiza pacientes que han sido derivados a la USM desde AP. Se recogen variables clínicas, sociodemográficas y asistenciales.

Resultados:

Se analizaron 161 derivaciones, con edad media de 47,4 años. 85 fueron consideradas no adecuadas. Las mujeres presentaron un mayor número de demandas no adecuadas, principalmente relacionadas con problemas de medicación, absentismo y necesidad de derivación a psiquiatría. En los hombres, las demandas no adecuadas se asociaron al uso inadecuado de recursos, requiriendo derivación a otros programas.

Conclusiones:

Resulta necesario mejorar la derivación entre niveles asistenciales y fortalecer la capacidad resolutoria de AP. Además, es clave integrar la perspectiva de género en el análisis clínico y asistencial.

Palabras clave:

Derivación, Adecuación asistencial, Atención Primaria, Unidad de Salud Mental

ABSTRACT:

Introduction:

The major accessibility and the population's sensitivity about Mental Health Services has originated a progressive pathologization of the suffering and the psychosocial discomfort, as well as an increase of the request of attention. This has led to an overwhelming patient load and has caused a reduction in the quality of consultations for patients with severe mental disorders

Objectives:

We want to review patient referral from general practitioners (Primary Care) and professionals from other medical specialties to Mental Health Units, and compare their characteristics, in order to describe the profile of the referred patients, as well as to assess the appropriateness of the patient referral by analysing the different motives

Material and methods:

This is a longitudinal study that analyses patients who have been referred by their family doctors to Mental Health Units. Clinical, sociodemographic and assistential variables were included.

Results:

161 patient referrals were analysed. With an average age 47, 4 years, 85 were considered non appropriate. Women showed a bigger number of non-appropriate requests, mainly related to problems with medicines, absenteeism, and the need to be referred to Psychiatry. Men showed non-appropriate requests due to a wrong use of resources, needing to be referred to other programmes.

Conclusions

There is an evident need to improve patient referrals among healthcare levels and the resolving ability of Primary Care doctors. Moreover, integrating a gender perspective in clinical and assistential analysis is a key.

Keywords:

Patient referral, appropriate healthcare, Primary Care, Mental Health Unit

1. INTRODUCCIÓN:

El 25 de abril de 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad, lo que consolidó la reforma psiquiátrica iniciada en años anteriores. A partir de ese momento, se produjo un cambio profundo en el modelo asistencial: se pasó de una atención centrada en grandes hospitales psiquiátricos, con ingresos prolongados, a un modelo comunitario, integral y centrado en el paciente, promoviendo una atención más humanizada¹.

Esta transformación implicó, entre otras cosas, reforzar la colaboración entre Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental. El médico de atención primaria (MAP) pasó a desempeñar un papel clave, facilitando tanto la derivación temprana de trastornos mentales graves como el manejo inicial de trastornos mentales leves o adaptativos desde su consulta.

Sin embargo, en varios estudios se ha visto que la práctica clínica real es una bien distinta y no se ha ajustado a las expectativas iniciales. Hoy, la mayor accesibilidad y sensibilización ha producido un aumento de la demanda desde atención primaria a los servicios de salud mental, con una sobrecarga de los servicios especializados, derivándose pacientes que en la clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, presentarían trastornos adaptativos producidos cuando los mecanismos de afrontamiento del individuo resultan insuficientes o ineficaces ante eventos vitales estresantes de la vida cotidiana², generando un malestar clínicamente significativo. Estas situaciones incluyen factores psicosociales y conductuales relevantes para la psicopatología de la vida cotidiana, que deben manejarse inicialmente con los profesionales más próximos a sus circunstancias psicosociales.

Como consecuencia de ello, la calidad asistencial para trastornos mentales graves como trastornos psicóticos, trastornos bipolares o depresión mayor sigue sin estar asegurada por la saturación de los servicios especializados con patología mental menos grave y la medicalización y psiquiatrización de aspectos de la vida diaria^{3,4}, lo que conlleva una asistencia poco eficaz y eficiente, con un riesgo elevado en empeoramiento de la enfermedad.⁵

Estos pacientes con trastorno mental grave (TMG) requieren con frecuencia un seguimiento más estrecho y personalizado, difícil de lograr con recursos tan limitados. Todo ello va a generar un aumento de costes directos asociados al diagnóstico, tratamiento y manejo integral de la enfermedad mental, tales como consultas psiquiátricas y psicológicas, la prescripción de psicofármacos, las hospitalizaciones, la realización de pruebas complementarias, y los servicios de atención o acompañamiento domiciliario para personas con discapacidades funcionales derivadas del trastorno. A ello se suman los costes indirectos, entre los que destacan la pérdida de productividad laboral (desempleo, incapacidades temporales o permanentes), la reducción de ingresos económicos en los hogares, y el aumento de la morbilidad y mortalidad tanto física como mental.⁶

Frente a esta situación, es necesario valorar estrategias orientadas a la optimización de los recursos ya existentes, así como identificar aquellos que serían necesarios incorporar. Entre las medidas recomendadas se encuentra el uso de guías clínicas y protocolos estandarizados que orienten el momento y la forma adecuada de realizar derivaciones desde atención primaria a los servicios de salud mental, complementadas con el uso de cuestionarios de cribado. Por otro lado, se sugiere el desarrollo de programas que fomenten la coordinación entre atención primaria y salud mental, tales como consultas conjuntas, supervisión clínica

por parte de especialistas y, especialmente, la adopción de modelos colaborativos de atención en salud mental. Este último enfoque contempla la integración de psicólogos en atención primaria, considerando la psicoterapia como una alternativa terapéutica eficaz, efectiva y en muchos casos, más eficiente que el tratamiento psicofarmacológico en el abordaje de trastornos mentales menores. Dichas intervenciones contribuirían a optimizar el proceso de derivación, e incluso a reducir su necesidad.^{2, 5}

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la adecuación de las derivaciones a la Unidad de Salud Mental (USM) López Albo II desde Atención Primaria y otras especialidades.

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo general:

Analizar la adecuación de la demanda de atención psiquiátrica en la Unidad de Salud Mental (USM) López Albo II, así como las características de los pacientes derivados y su adherencia al seguimiento terapéutico, en el contexto del modelo de coordinación con Atención Primaria y otros dispositivos asistenciales.

2.2. Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes derivados a la USM.
- Describir la adherencia al seguimiento longitudinal en la USM.
- Describir la adecuación de la demanda de atención psiquiátrica en la USM, procedente de Atención Primaria, y de otros servicios interconsultores (principalmente, otras especialidades médicas)
- Identificar las principales causas de no adecuación de las derivaciones realizadas.
- Analizar si existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales.
- Analizar posibles diferencias sociodemográficas entre pacientes adherentes y no adherentes.
- Valorar el perfil de los dispositivos derivados (por tipo de centro, medio urbano/rural/periurbano) y su relación con la adecuación de la demanda.

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

3.1 Diseño del estudio y obtención de datos

Este estudio longitudinal se llevó a cabo con pacientes atendidos en la Unidad de Salud mental (USM) López Albo II durante el período comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de agosto de 2019. La muestra estuvo compuesta por pacientes procedentes de las zonas sanitarias y centros de salud adscritos a la USM López Albo II.

A partir de la primera consulta en la USM, se estableció un seguimiento clínico de seis meses, en el cual se recogieron datos en tres puntos: basal (T0), a los tres meses (T1) y a los seis meses (T2).

Los datos de carácter sociodemográfico y las características de la derivación fueron obtenidos a partir de las derivaciones e interconsultas disponibles, así como de la historia clínica electrónica de cada paciente. Por otro lado, los datos clínicos y aquellos relacionados con la respuesta asistencial se recogieron tras analizar los evolutivos de las visitas realizadas en la USM, también contenidos en la historia clínica del paciente. Este procedimiento permitió identificar el número total de visitas necesarias a la USM en el período correspondiente a los seis primeros meses de seguimiento.

En aquellos pacientes en los que no se disponía de todos los datos clínicos necesarios, el alumno-autor del presente Trabajo de Fin de Grado realizó una búsqueda de los mismos en las historias clínicas correspondientes, tanto en el visor de AP del Servicio Cántabro de Salud, como en la estación médica Altamira, correspondiente al ámbito Atención Especializada.

Los datos fueron recogidos por el alumno en una base de datos en formato Excel ad-hoc, para posteriormente transferirlos para su análisis al paquete estadístico SPSS, versión 25.

3.2 Criterios de inclusión:

Se consideraron criterios de inclusión en el estudio:

- Tener una edad igual o superior a 18 años en el momento de la consulta.
- Pacientes derivados a la USM López Albo II entre el 1 de marzo y 31 agosto de 2019, incluyendo las altas en la primera consulta, los que continúan seguimiento, y los abandonos.

Incluimos los abandonos por la relevancia clínica y organizativa, dado que representan un problema asistencial que repercute, tanto en la salud del paciente por la falta de continuidad en la atención, como en los profesionales por suponer un uso ineficiente y no adecuado de los recursos sanitarios. Asimismo, se incluyeron las altas, al tratarse de decisiones clínicas que reflejan la finalización del episodio asistencial o la derivación del paciente a otros dispositivos especializados.

3.3 Variables:

3.3.1 Sociodemográficas:

- Número de historia clínica: para anonimizar y asegurar la confidencialidad del paciente.
- Edad: en años
- Sexo: hombres o mujeres
- Convivencia: familia propia, de origen, solo o institucionalizado
- Estado civil: casado, separado/divorciado, viudo o soltero
- Situación Laboral: activo; incapacidad laboral temporal (ILT); parado; pensionista; estudiante; labores del hogar.
- Hijos: si/no.
- Estudios: básicos incompletos, básicos, secundarios, universitarios

3.3.2 Clínicas

- Antecedentes personales somáticos: se recogió de forma dicotómica (si/no), considerando que el paciente presentaba antecedentes somáticos relevantes de cualquier clase si había precisado tratamiento específico para un problema de salud.
- Antecedentes personales psiquiátricos: También se recogió de manera dicotómica (si/no) considerando “si” en el caso de que el paciente hubiera precisado tratamiento farmacológico y/o psicológico para un problema de salud mental.
- Antecedentes familiares psiquiátricos: dicotómica (si/no).
- Estrategia psicofarmacológica actual: se recogió el tratamiento que estaban recibiendo al momento de llegar a la USM y se divide en los siguientes grupos:
 - Ansiolíticos
 - Antidepresivos
 - Antipsicóticos
 - Otros psicofármacos (biperideno, carbamazepina, disulfiran, gabapentina, lamotrigina, litio, metilfenidato, oxcarbamazepina, pregabalina, topiramato, valproato sódico, etc)
 - Combinaciones de los fármacos anteriores
 - Psicoterapia

- Sin tratamiento
- Otras técnicas biológicas no farmacológicas: ej. Terapia Electroconvulsiva (TEC).
- Terapeuta previo: para evaluar el grado de relación previo con el sistema sanitario en general y con el sistema de salud mental en particular, pudiéndose diferenciar las siguientes posibilidades:
 - MAP
 - Psiquiatra privado
 - Psicólogo privado
 - Psiquiatra y Psicólogo privado
 - Otros: *coachs*, matronas, asistentes sociales, enfermería, etc
- Antecedentes de consumo de tóxicos: se recogió el consumo de tabaco, alcohol, THC, cocaína y otros tóxicos.
- Diagnóstico: para evaluar el diagnóstico de los pacientes, se siguieron las pautas de la clasificación CIE-10, pudiendo agrupar en los siguientes diagnósticos:
 - Trastorno mental orgánico
 - Trastorno debido a consumo de alcohol
 - Trastorno debido a consumo de otros tóxicos
 - Esquizofrenia
 - Trastorno de ideas delirantes
 - Otras psicosis
 - Trastorno bipolar
 - Trastorno depresivo, incluye episodio depresivo recurrente
 - Distimia
 - Trastorno de pánico/angustia
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Fobia
 - Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

- Trastornos de adaptación
- Histeria: disociativo/somatomorfo
- Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)
- Trastornos del sueño
- Trastorno de personalidad
- Ludopatía.
- Código Z: diagnósticos que indican factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios, sin enfermedad mental específica.
- Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
- Otros
- No enfermedad mental
- Retraso Mental
- Ningún diagnóstico, referido a paciente que no han acudido y por ende no se les ha podido diagnosticar.

3.3.3 Asistenciales

- Características de la derivación:
 - Lugar de derivación: que incluyó los centros de salud derivantes a la USM, así como si es derivado de otras especialidades. 1: CS Bezana; 2: CS Soto de la Marina; 3: CS Lienres; 4: CS Los Castros; 5: CS Castañeda; 6: CS La Penilla; 7: CS Penagos; 8: CS Sarón; 9: CS Cazoña; 10: Cs Isabel II; 11: USM López Albo II/ C.S. Vargas; 12: Otra especialidad; 13: Consultorio Monte; 14: Alta Hospital Psiquiátrico
 - Medio: 1: urbano; 2: rural/periurbano, incluyendo como medio rural/periurbano al que pertenecían los pacientes derivados desde los centros de salud de Bezana, Lienres, Castañeda, La Penilla, Penagos y Sarón. Se consideran zonas rurales/periurbanas aquellas que pertenecen a municipios con menos de 10.000 habitantes y/o densidad poblacional inferior a 150 hab/km², o bien presentan características funcionales de periurbanización (uso residencial disperso, dependencia funcional de núcleos urbanos mayores). Esta clasificación se basa en criterios del INE, MITERD y EUROSTAT.^{7,8,9}
 - Motivo de la derivación: recoge la causa de la derivación del paciente. Estos, fueron clasificados en distintas categorías:
 - Ansiedad

- Tristeza
 - Alteraciones de conducta
 - Consumo de tóxicos
 - Alteraciones del sueño
 - Alteraciones de la alimentación
 - Problemas psicosociales
 - Ideación autolítica
 - Alucinaciones/Delirios
 - Alteraciones de memoria
 - Revisión de medicación
 - Ludopatía
 - A petición del paciente
- Preferencia de la derivación: diferenciar si es ordinaria o preferente.
- Características de la respuesta asistencial:
 - Abandono durante los tres primeros meses: SI/NO, incluye también si ocurre en la primera consulta.
 - Alta asistencial durante los tres primeros meses: SI/NO, incluye también si el alta ocurre en la primera consulta
 - Número de consultas en la USM a los 3 meses: incluye también las consultas con otros profesionales de la USM (psicólogos, enfermería, residentes, etc)
 - Abandono entre los tres y seis meses: SI/NO
 - Alta entre tres y seis meses: SI/NO
 - Número de consultas entre tres y seis meses: incluye también las realizadas con otros profesionales de la USM.
 - Adecuación de la demanda: SI/NO. Refleja si la derivación desde AP es correcta o no.
 - Causa de no adecuación de la demanda: complementaria a la anterior, refleja la causa por la que la derivación no está bien cursada o no es pertinente.

- No enfermedad mental;
- Debe derivarse a psicología;
- Dosis o duración de fármaco no suficiente;
- Clínica crónica sin cambios;
- Recurso no adecuado;
- A petición del paciente;
- No avisa no acude;
- Adecuada

3.4. Análisis estadístico

Una vez la recogida de datos, estos fueron transcritos y analizados utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 25.

Para describir las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, se calcularon medias, desviaciones típicas y rangos en el caso de las variables continuas, y frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas.

En cuanto a las variables asistenciales (adherencia al seguimiento longitudinal y adecuación de la derivación), al tratarse de variables categóricas, se analizaron también mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes.

La normalidad de las variables continuas se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

En un segundo nivel de análisis, con el objetivo de explorar posibles diferencias entre hombres y mujeres en las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales, se aplicaron pruebas de chi-cuadrado (χ^2) para las variables categóricas, y análisis de la varianza (ANOVA) para las variables continuas.

Se estableció un nivel de significación del 5% ($p \leq 0,05$), considerándose no significativos aquellos resultados con $p > 0,05$.

4. RESULTADOS:

4.1 Descripción sociodemográfica y clínica de la muestra

Un total de 161 pacientes fueron derivados a la USM López Albo II entre el 1 de marzo y el 31 de agosto de 2019. A continuación, se describen pormenorizadamente las variables sociodemográficas y clínicas analizadas.

4.1.1. Variables sociodemográficas

La edad media de la muestra fue de 47,35 años, con una desviación típica (DT) de 16,24. Las edades estaban comprendidas entre los 18 y los 89 años. De los 161 pacientes incluidos, 109 (67,7%) eran mujeres y 52 (32,3%) hombres.

En cuanto a la situación de convivencia, más de la mitad de los pacientes (87; 54%) vivían con su propia familia. Le siguen aquellos que vivían solos (45; 28%) y los que convivían con su familia de origen (26; 16,1%). El grupo menos numeroso era el de los pacientes institucionalizados, con solo 3 casos (1,9%).

En relación con el estado civil, la mayoría de los pacientes estaban casados (75; 46,6%), seguido por los solteros (45; 28%), los separados (33; 20,5%) y los viudos (8; 5%). La proporción de pacientes casados (46,6%) y no casados (53,4%) fue similar, sin destacar una predominancia clara de una situación conyugal sobre otra en la muestra.

En cuanto a la situación laboral, los grupos más representados fueron la población activa (44 pacientes; 27,3%) y los que se encontraban en ILT (41; 25,5%), seguidos por los pensionistas (34; 21,1%), personas desempleadas (25; 15,5%), estudiantes (10; 6,2%) y personas dedicadas a labores domésticas (7; 4,3%). Estos datos reflejan una distribución laboral diversa, sin un grupo claramente predominante, lo que indica una muestra heterogénea en este aspecto.

La mayoría de los pacientes procedía de un entorno urbano (104; 64,6%), frente a los que vivían en un entorno rural o periurbano (57; 35,4%). Dentro del grupo urbano, el centro de salud Isabel II fue el más representado (37 pacientes; 35,6% del total urbano), mientras que en el ámbito rural/periurbano destacó el centro de salud de Bezana (27 pacientes; 47,4% del total rural/periurbano).

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los pacientes tenía estudios básicos (66; 41%) o secundarios (52; 32,3%). Un grupo menor contaba con estudios universitarios (34; 21,1%), lo que representa aproximadamente una quinta parte de la muestra, mientras que solo una pequeña proporción presentaba estudios incompletos (9; 5,6%). Estos datos reflejan que más de dos tercios de los pacientes tienen un nivel formativo bajo o medio, siendo la formación universitaria menos frecuente entre la muestra atendida.

4.1.2 Variables clínicas:

4.1.2.1. Antecedentes

En cuanto a los antecedentes, más de la mitad de los pacientes presentaban tanto patologías somáticas como psiquiátricas. Así, 101 pacientes (62,7%) tenían alguna patología somática asociada, mientras que 109 (67,7%) presentaban antecedentes psiquiátricos personales. Por otro lado, 60 pacientes (37,3%) no tenían enfermedades somáticas relevantes y 52 (32,3%) carecían de antecedentes psiquiátricos previos. Respecto a los antecedentes familiares, una ligera mayoría de los pacientes no los tenía (87; 54%), frente a 74 (46%) que sí referían antecedentes de patología psiquiátrica en su familia. Estos datos reflejan una alta prevalencia de comorbilidad, tanto a nivel físico como mental, en la muestra estudiada.

4.1.2.2. Tratamiento basal

En relación con los terapeutas previos a la derivación a la USM, la mayoría de los pacientes había recibido atención únicamente por su MAP, con 124 casos (77%). Le siguen en frecuencia aquellos pacientes que habían sido atendidos por un psiquiatra (15; 9,3%) y un psicólogo (5; 3,1%) en el circuito privado, y que finalmente se decidió derivación a la USM. Un pequeño porcentaje de pacientes había recibido atención tanto del MAP como de psiquiatra privado (7; 4,3%) o del MAP y psicólogo privado (3; 1,9%). Un 3,1% (5 pacientes) fueron derivados en la primera consulta con el MAP, en espera de pautar tratamiento desde la USM y un 1,2% (2 pacientes) fueron atendidos previamente por otros profesionales no sanitarios, recomendando a su MAP cursar derivación a Atención especializada. Estos datos reflejan una predominancia de la atención primaria como primer contacto terapéutico antes de la derivación.

En relación con el tratamiento farmacológico previo a la derivación a la USM, la distribución de los diferentes grupos terapéuticos se recoge en la Tabla 1. Destaca que un 31,7% de los pacientes recibía tratamiento combinado con ansiolíticos y antidepresivos en el momento de la derivación. Asimismo, un 18% tomaba únicamente antidepresivos y un 14,3% solo ansiolíticos, porcentajes que resultan comparables al grupo que no presentaba tratamiento farmacológico ni psicológico previo (19,9%). Estos datos reflejan que aproximadamente dos tercios de los pacientes estaban siendo tratados con psicofármacos, mientras que un porcentaje considerable acudió sin tratamiento alguno.

Tratamiento basal	N	%
Ansiolíticos	23	14,3
Antidepresivos	29	18,0
Ansiolíticos y antidepresivos	51	31,7
Otros psicofármacos	4	2,5
Ansiolíticos y otros	2	1,2
Antidepresivos y otros	13	8,1
Psicoterapia	2	1,2
Sin tratamiento	32	19,9
TEC	2	1,2
Antipsicóticos	3	1,9
Total	161	100,0

Tabla 1. Resumen de los tratamientos basales de los pacientes según la información recogida en la historia clínica.

4.1.2.3. Motivo de derivación

Respecto a las características de la derivación, nos centraremos en evaluar el motivo y la preferencia de la derivación.

En lo referente a la preferencia, la gran mayoría de los pacientes (102) fueron derivados de forma ordinaria (63,4%), mientras que 59 pacientes fueron derivados de manera preferente (36,6%).

En cuanto al motivo de la derivación, la ansiedad y la tristeza representan el mayor porcentaje de derivaciones, con 62 (38,5%) y 55 (34,2%) pacientes respectivamente. Por el contrario, los motivos de derivación menos comunes son psicosis y ludopatía, cada uno con una sola derivación, equivalente al 0,6% (ver tabla 2).

Motivo de derivación	N	%
Ansiedad	62	38,5
Tristeza	55	34,2
Alteración de la conducta	6	3,7
Consumo de tóxicos	8	5,0
Alteración de la alimentación	2	1,2
Problemas psicosociales	2	1,2
Psicosis (alucinaciones y/o delirios)	1	0,6
Revisión de la medicación	16	9,9
Ludopatía	1	0,6
A petición del paciente	8	4,9
Total	161	100,0

Tabla 2: Resumen de los principales motivos de derivación a la USM obtenidos en el estudio.

4.1.2.4. Diagnóstico y consumo de tóxicos basal.

Respecto al consumo de tóxicos, 66 (41 %) de los pacientes refirieron la toma de algún tóxico, mientras que 95 (59 %) no refirieron consumo alguno. Dentro de los principales tóxicos, destaca el consumo de alcohol en 30 pacientes (18,6%), de tabaco en 56 (34,8%), de cannabis en 9 (5,6%) y de otros tóxicos como cocaína, heroína u otras drogas de diseño en 8 pacientes (5%)

Respecto a los diagnósticos de los pacientes (ver tabla 3), se agrupan de la siguiente manera:

- *Trastornos adaptativos*: Un 29,8% (48 pacientes) de los pacientes presenta un trastorno adaptativo, lo que constituye el grupo más numeroso en la muestra.

- *Trastornos mentales graves:* Este grupo representa el 11,2% (18 pacientes), e incluye diagnósticos como esquizofrenia (2,5%), trastorno de ideas delirantes (TID) (2,5%), otras psicosis (0,6%) y trastorno bipolar (3,1%).
- *Trastornos depresivos:* El 19,9% (32 pacientes) presenta trastornos depresivos, destacando el episodio depresivo (12,4%) y la distimia (7,5%).
- *Trastornos de ansiedad:* Este grupo abarca el 12,4% (20 pacientes) e incluye el trastorno de ansiedad generalizada (9,3%), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (2,5%) y el trastorno de pánico/angustia (0,6%).
- *Trastornos debido al consumo de tóxicos:* Representan el 5,6% (9 pacientes), con trastorno por consumo de alcohol (4,3%) y consumo de otros tóxicos (1,2%).
- *Otros diagnósticos:* En esta categoría, se encuentra el trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (1,2%), trastorno de personalidad (1,9%) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (2,5%). Además, un 2,5% (4 pacientes) de los pacientes no tiene diagnóstico claro o se encuentra con un código Z.
- *Diagnóstico aplazado o no disponible:* En esta categoría se incluyen tanto los pacientes que no acuden a la primera consulta (13 pacientes, 8,1%), como aquellos en los se aplazó el diagnóstico a visitas sucesivas, ante las dudas del profesional sobre el mismo durante la primera visita (6 pacientes, 3,7%) Por lo tanto, 19 pacientes (11,8%) no fueron diagnosticados por las razones expuestas en la primera visita a la USM.

Principales diagnósticos	N	%
Trastornos adaptativos	48	29,8
T. mental grave	18	11,2
T. depresivo	32	19,2
T. ansiedad	20	12,4
T. consumo tóxicos	9	5,6
Otros diagnósticos	15	9,3
Diagnóstico aplazado o no disponible	19	11,8
Total	161	100,0

Tabla 3. Resumen de los principales diagnósticos obtenidos tras la primera consulta en la USM agrupados por categorías.

4.2. Adherencia al seguimiento longitudinal en USM

De los 161 pacientes derivados a la USM, 13 pacientes (8,1%) no acudieron presencialmente a la primera consulta (T0), lo que impidió realizar un seguimiento posterior.

De los 148 pacientes que sí asistieron a la primera consulta, en el tercer mes (T1), más de la mitad de ellos (75 pacientes, 50,7%) continuaron con el seguimiento en la USM. El 49,3% restante (73 pacientes) no continuaron en el seguimiento, de los cuales 25 pacientes (16,9%) abandonaron de manera unilateral el tratamiento, mientras que 48 pacientes (32,4%) fueron dados de alta por criterios clínicos.

En la evaluación de los 6 meses (T2), de los 75 pacientes que siguieron en seguimiento a los 3 meses, la mayoría (58 pacientes, un 77,3%) continuaron asistiendo a las consultas entre los 3 y 6 meses. Por otro lado, solo un 5,3% (4 pacientes) abandonaron el seguimiento en este periodo, mientras que un 17,3% (13 pacientes) fueron dados de alta.

4.3 Adecuación de la derivación

La adecuación de la derivación pudo ser evaluada en 148 pacientes, excluyéndose del análisis 19 casos correspondientes al grupo de pacientes sin diagnóstico en la primera consulta (ya sea por ausencia a la primera visita o por diagnóstico aplazado). Entre los 148 pacientes evaluables, en 85 casos (57,4%) la derivación se consideró no adecuada, mientras que en 63 casos (42,6%) se consideró adecuada.

Entre los 85 casos considerados como no adecuados, la causa más frecuente fue la derivación prematura, es decir, sin haberse agotado previamente las opciones terapéuticas en Atención Primaria, como el ajuste de dosis o la duración del tratamiento, representando 50 pacientes, el 58,8% de los casos.

Otras causas relevantes incluyeron derivaciones que, por su naturaleza de carácter más leve o reactivo, deberían haberse dirigido a psicología (8 pacientes, 9,4%), así como otras que deberían haberse dirigido a otros recursos sociosanitarios (11 pacientes, 12,9%) o derivaciones realizadas a petición del propio paciente, sin un claro criterio médico (7 pacientes, 8,2%). En menor medida, se recogieron casos en los que no existía una enfermedad mental aguda como tal (4 pacientes, 4,7%) o se trataba de clínica crónica sin cambios significativos (5 pacientes, 5,9%) (tabla 4).

Motivo de no adecuación	N	%
No enfermedad mental	4	4,7
Debe derivarse a psicología	8	9,4
Dosis o duración no suficiente	50	58,8
Clínica crónica sin cambios	5	5,9
Recurso no adecuado	11	12,9
A petición del paciente	7	8,2
Total	85	100,0

Tabla 4: Resumen de las causas de derivaciones no adecuadas establecidas por el profesional de la USM tras la primera consulta.

4.4. Diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales.

En la tabla 5 se describen las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales según sexo.

	Hombres (N=52)	Mujeres (N=109)	Estadísticos	p valor
	Media ó N (DE / %)	Media ó N (DE / %)		
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Edad (años)	45,5 (14,86)	48,2 (16,9)	F=-1,3	0,247
Antecedentes familiares psiquiátricos	21 (40,4%)	53 (48,6%)	$\chi^2=0,1$	0,398
Antecedentes personales psiquiátricos	35 (67,3%)	74 (67,9%)	$\chi^2=0,0$	1,00
Antecedentes personales somáticos	32 (61,5%)	69 (63,3%)	$\chi^2=0,0$	0,863
Casados o en pareja	21 (40,4%)	54 (49,5%)	$\chi^2=1,2$	0,276
Desempleados o pensionados	19 (36,5%)	47 (43,1%)	$\chi^2=0,6$	0,427
Estudios básicos o incompletos	25 (48,1%)	50 (45,9%)	$\chi^2=0,1$	0,793
Tóxicos	31 (59,6%)	35 (32,1%)	$\chi^2=11,8$	0,001**
Tabaco	24 (46,1%)	32 (29,4%)	$\chi^2=4,4$	0,051
Alcohol	18 (34,6%)	12 (11,0%)	$\chi^2=12,9$	0,001**
VARIABLES CLÍNICAS				
Diagnóstico			$\chi^2=18,2$	0,006**
Trastorno adaptativo	9 (17,3%)	39 (35,8%)		
Trastorno mental grave	10 (19,2%)	8 (7,3%)		
Trastornos depresivos	8 (15,4%)	25 (22,9%)		
Trastornos de ansiedad	13 (25%)	14 (12,8%)		
Otros	9 (17,3%)	6 (5,5%)		
No enfermedad mental	3 (5,8%)	1 (0,9%)		
VARIABLES ASISTENCIALES				
Demanda no adecuada	23 (44,2%)	62 (56,9%)	$\chi^2= 8,9$	0,012*
Motivo de no adecuación			$\chi^2= 23,8$	0,001**
- No enfermedad mental	5 (5,8%)	1 (0,9%)		
- Debe derivarse a psicología	0 (0%)	8 (7,3%)		

	Hombres (N=52)	Mujeres (N=109)	Estadísticos	p valor
	Media ó N (DE / %)	Media ó N (DE / %)		
- Dosis o duración insuficiente	10 (19,2%)	40 (36,7%)		
- Clínica crónica	1 (1,9%)	4 (3,7%)		
- Recurso no adecuado	7 (13,5%)	4 (3,7%)		
- A petición del paciente	2 (3,8%)	5 (4,6%)		
- No acude ni avisa a la primera visita	1 (1,9%)	12 (11,0%)		

Tabla 5: Relación de las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales respecto al sexo del paciente. ** Referido a variables con p inferior a 0,01. *Referido a variable con p significativa (>0,05) pero mayores de 0,01.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas en cuanto al consumo de tóxicos, en especial alcohol, siendo significativamente superior en los hombres frente a las mujeres. Por otra parte, en cuanto a las variables clínicas, se observaron diferencias significativas en los diagnósticos establecidos en la primera consulta, predominando el trastorno adaptativo y depresivo en el sexo femenino, y el consumo de tóxicos en el sexo masculino (ver figura 1 para detalles de frecuencias y porcentajes).

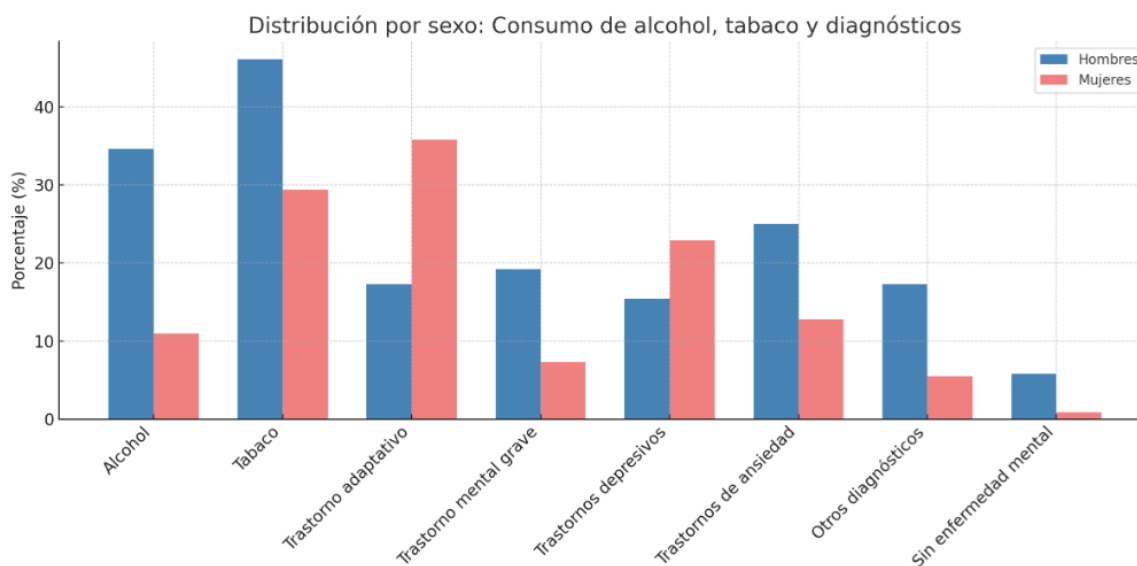


Figura 1. Gráfico de la distribución de la distribución por sexos de tabaco, alcohol y diagnósticos agrupados

En cuanto a las variables asistenciales, la demanda no se consideró adecuada en una proporción significativamente de hombres (23 hombres, 44,2%), mientras que en las mujeres ese porcentaje fue mayor (62 mujeres, 56,9%). A continuación, se describen, separados por sexo, los motivos de derivación no adecuada más frecuentes:

1. En cuanto a dosis o duración de medicación no suficiente desde AP, el motivo fue mucho más frecuente en mujeres. Puede reflejar tratamientos menos intensos o incompletos para ellas.

- Hombres: 10 (19,2%)
 - Mujeres: 40 (36,7%)
2. En cuanto al absentismo, una mayor proporción de mujeres, no acuden ni avisan a la primera consulta en la USM. Esto puede estar relacionado con barreras logísticas, familiares, o desmotivación.
- Hombres: 1,9%
 - Mujeres: 11,0%
3. En cuanto a la derivación incorrecta, puesto que debía haberse derivado a psicología, este motivo sólo se da en mujeres, lo cual sugiere una mayor identificación de necesidades psicoterapéuticas, más que farmacológicas, en el sexo femenino.
- Hombres: 0%
 - Mujeres: 7,3%
4. En cuanto a la derivación inadecuada, porque debía haberse derivado a otro recurso diferente a los disponibles en salud mental, este motivo resultó más frecuente en hombres. Esto podría deberse a que algunos hombres presenten problemas psicosociales, conductuales o de consumo que, si bien generan malestar o disfunción, no corresponden necesariamente a una patología mental diagnosticable, sino que podrían requerir otro tipo de intervención (por ejemplo, servicios sociales, adicciones o intervención comunitaria).
- Hombres: 13,5%
 - Mujeres: 3,7%

5. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten realizar una caracterización detallada de los pacientes derivados a la USM López Albo II durante el periodo analizado, así como evaluar la adecuación de dichas derivaciones y los patrones asistenciales registrados. La muestra resultó predominantemente femenina, con una edad media de 47,35 años, lo cual se alinea con la literatura existente que indica una mayor utilización de los servicios de salud mental por parte de las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2017). No obstante, las diferencias entre sexo no se limitaron únicamente a la prevalencia, sino que también se observaron diferencias clínicamente y asistenciales significativas, lo que refuerza la necesidad de considerar el enfoque de género en la planificación y provisión de servicios de salud mental^{5, 10, 12,13}

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es la alta prevalencia de comorbilidad, tanto de tipo somático (62,7%) como psiquiátrico (67,7%), lo que evidencia la complejidad clínica de los pacientes atendidos y subraya la necesidad de una atención integral y coordinada. Asimismo, el hecho de que casi un tercio de la muestra acudiera sin tratamiento previo, o solo con atención por parte del médico de atención primaria, podría indicar una posible falta de optimización de los recursos disponibles en el primer nivel asistencial. Este hallazgo se ve reforzado con el dato de que más de la mitad de las derivaciones (57,4%) fueron consideradas no adecuadas, siendo la causa más frecuente la derivación prematura, sin haber agotado las intervenciones terapéuticas básicas recomendadas en el ámbito de la Atención Primaria.

El análisis de los motivos de derivación muestra una alta proporción de derivaciones por ansiedad y tristeza (más del 70% del total), lo que plantea interrogantes sobre si estas demandas podrían haberse manejado eficazmente desde la atención primaria mediante un adecuado seguimiento y apoyo psicológico. Esta cuestión se vuelve especialmente relevante considerando que un porcentaje importante de las derivaciones podría haber sido más apropiado para atención psicológica u otros recursos psicosociales, tal como se evidenció en el 22,3% de los casos considerados no adecuados.

Respecto a los diagnósticos, los trastornos adaptativos y los trastornos depresivos fueron los más prevalentes, seguidos por los trastornos de ansiedad. Esta distribución diagnóstica refuerza el perfil de paciente con sintomatología de tipo reactivo, muchas veces secundaria a factores psicosociales. En este contexto, se observa que las mujeres fueron más diagnosticadas de trastornos adaptativos y depresivos, mientras que los hombres presentaron con mayor frecuencia diagnósticos de trastornos mentales graves y consumo de sustancias, lo cual coincide con la literatura previa sobre diferencias de género en salud mental.^{5, 10, 11, 12,13}

En relación con la adherencia al seguimiento, se evidencia una pérdida significativa a los tres meses (49,3%), principalmente por altas clínicas, pero también por abandono unilateral del tratamiento (16,9%). Aunque esta tasa mejora a los seis meses entre aquellos pacientes que mantuvieron el seguimiento, el abandono inicial plantea un reto para la continuidad asistencial, especialmente en aquellos pacientes cuya derivación no fue adecuadamente indicada.

Por último, las diferencias significativas por sexo también se observaron en el consumo de tóxicos, donde los hombres mostraron mayor prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, con implicaciones clínicas y pronósticas importantes. Asimismo, se hallaron diferencias en la adecuación de la derivación y los motivos asociados, como un mayor absentismo en mujeres o mayor proporción de derivaciones prematuras en ellas, lo cual podría reflejar un abordaje desigual desde atención primaria o distintas barreras de acceso y adherencia según el género.^{5, 10, 12,13}

Como conclusiones, estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de optimizar los circuitos de derivación entre niveles asistenciales, fortaleciendo la capacidad resolutive de AP en el manejo de la patología leve-moderada, especialmente en los casos de ansiedad y sintomatología depresiva reactiva. Además, se subraya la importancia de incorporar la perspectiva de género en el análisis clínico y asistencial para adaptar mejor los recursos y estrategias de intervención.

6. AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, a mi directora Blanca Fernández -Abascal y a mi codirectora Paula Suárez Pinilla, por todo su apoyo, orientación y ayuda, sin la que habría sido imposible realizar este trabajo. Muchísimas gracias a las dos por todo lo que habéis hecho por mí.

A mi familia, especialmente a mi madre, mi padre, mi hermano Álvaro, a Tala y a Megan por haber estado a mi lado todo este tiempo y haberme acompañado en cada paso del camino. Sin vosotros no habría sido capaz de hacer todo esto posible. Os lo agradezco de todo corazón.

A todos mi amigos y compañeros que me habéis ayudado y habéis pasado conmigo todos estos años de carrera, gracias por ayudarme a mejorar cada día y convertirme en una mejor persona y futuro profesional, sin vosotros no habría sido posible.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Moreno-Küstner, B. (2002). Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. Granada: Universidad de Granada.
2. Valencia, F., García, J., Gimeno, A., Pérez, A., y Suárez, M.E. (2014). Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 741-752. doi: 10.4321/S0211-57352014000400007
3. Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M.C., García, J., Montón, C., y Tizón, J.L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Actualización PAPPS 2018. Atención Primaria*, 50(1), 83-108. doi: 10.1016/S0212-6567(18)30364-0
4. Lozano, C., Ortiz, A., y González, C. (2014). Tratamiento y uso de recursos en salud mental de pacientes sin patología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 267-281. doi: 10.4321/S0211-57352014000200003
5. Díaz I, Mata B, Baena RA, Asensio L, Nuevo L, Muñoz V. Análisis de la demanda de una consulta de Salud Mental coordinada con Atención Primaria. *Eur J Child Dev Educ Psychopathol* [Internet]. 2020 [cited 2025 May 4];8(1):101. Available from: <https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ejpad/article/view/810>
6. Valencia Agudo F, García Haro J, Gimeno Peón A, Pérez Zabalza A, Viuda Suárez ME de la. Análisis de la demanda en salud mental en el Principado de Asturias: características de la demanda y respuesta asistencial. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* [Internet]. 2014 [cited 2025 May 4];34(124):741–52. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000400007
7. **MITERD (Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico).** (2020). *Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático 2021-2030 (PNACC)*. Gobierno de España. Disponible en: https://www.miteco.gob.es/content/dam/miteco/images/es/pnacc-2021-2030_tcm30-512156.pdf
8. **EUROSTAT.** (2021). *Urban-rural typology*. European Commission – Eurostat. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Territorial_typologies
9. **INE (Instituto Nacional de Estadística).** (2024). *Padrón municipal. Revisión del Padrón a 1 de enero de 2024*. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2861>
10. Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 [citado el 13 de mayo de 2025];34(2):114–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000200004

11. Gob.es. [citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIA/P/Salud_mental_datos.pdf
12. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit [Internet]. 2020;34 Suppl 1:61–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
13. Bacigalupe A, González-Rábago Y, Jiménez-Carrillo M. Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. Aten Primaria [Internet]. 2022;54(7):102378. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>