

¿Es posible adecuar las urgencias atendidas en Salud Mental Comunitaria?

Is it possible to adapt the urgencies attended in Community Mental Health units?

Juan Otero Rodríguez Psicólogo Clínico, Aurora Alés Portillo Enfermera especialista en SM, Nicolás Vucínovich Psiquiatra, Patricia Tena García P.I.R., Ainoa Búa Fernández P.I.R.

Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente. UGC Salud Mental Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen: Una urgencia puede definirse como una condición que concluye en incapacidad o muerte si no se trata inmediatamente. Las condiciones urgentes relacionadas con la salud mental pudieran ser riesgo autolítico, síntomas depresivos graves, descompensaciones de tipo psicótico o maníaco, conducta violenta auto o heteroagresiva, trastornos de la conducta alimentaria en peligro de inanición o trastornos de estrés post-traumático en fase aguda.

Objetivo y método: estudiar el perfil sociodemográfico, clínico y las características de la derivación a través del análisis de 277 derivaciones urgentes realizadas a lo largo de un año y procedentes de 5 centros de salud a una unidad de salud mental.

Resultados: Un gran porcentaje de consultas urgentes se asocian a situaciones de angustia generadas por eventos estresantes de la vida cotidiana, en especial el desempleo. Los criterios de valoración de lo que es urgente por los médicos de familia están muy alejados de los que los profesionales de salud mental entendemos como urgente. Existen diferencias por centros de salud y gran variabilidad entre los médicos a la hora de derivar urgente.

Palabras clave: atención primaria, centros de atención primaria, urgencias, unidad de salud mental, coordinación.

Summary: An urgency can be defined as a condition that might conclude in disability or death if it's not treated immediatly. The urgent conditions related to the mental health conditions are suicide risk, depressive serious symptoms, psychotic or maniacal episodes, self aggressive or heteroaggressive behaviour, eating disorders in risk of starvation or acute posttraumatic stress disorders.

Objective and method: we study the sociodemographic, clinical and referral variables across the analysis of 277 urgent consultations done throughout one year from 5 Primary Health-Care Centers to a Community Mental Health Unit.

Results: A great percentage of urgent consultations are associated to distress generated by stressful events of the daily life, especially the unemployment. The assessment

criteria to determine an “urgent” condition are different between primary care physicians and mental health professionals. There are also differences between the Centers of Health and great variability between the doctors when they derive urgently.

Key words: primary health care, primary health centers, urgent consultations, community mental health unit, coordination.

Introducción

En España, los estudios indican que hasta un 25% de la población padecerá algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. Los problemas de salud mental tienen, por tanto, una alta prevalencia en las consultas de Atención Primaria (entre el 20 y el 40% de las consultas generales de los médicos de familia) (1, 2, 3, 4).

Según la literatura, la mayoría de las consultas se resuelven en Atención Primaria, pero aproximadamente un 5% de las mismas son derivadas a Atención Especializada. El número de derivaciones de carácter urgente constituye alrededor del 5% del total de las mismas (5, 6).

Una urgencia puede definirse como una condición que concluye en incapacidad o muerte si no se trata inmediatamente. Las condiciones urgentes relacionadas con la salud mental pudieran ser casos de riesgo autolítico o depresión grave, de descompensación psicótica o maníaca, de conducta violenta auto o heteroagresiva, de trastornos de la conducta alimentaria en peligro de inanición o de trastornos de estrés postraumático agudo.

Diferentes trabajos señalan la baja concordancia que existe entre atención primaria y salud mental a la hora de catalogar urgencias (7, 8).

Nos marcamos el objetivo de estudiar las características de la demanda urgente desde los centros de atención primaria a la unidad de salud mental evaluando las distintas variables implicadas, a saber, sociodemográficas, clínicas y relativas a la derivación.

Metodología

Características del centro

Este trabajo se ha llevado a cabo en la Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente, perteneciente a la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental

del Hospital Universitario Virgen del Rocío, de Sevilla.

El personal facultativo que integra esta Unidad está compuesto por 4 psiquiatras y 3 psicólogos clínicos. La Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente abarca un núcleo poblacional aproximado de 150.000 habitantes. Los pacientes son derivados por los Médicos de Atención Primaria desde cinco Centros de Salud distribuidos igualmente por zonas. Los Centros de Salud son: Fuensanta, Parque Alcosa, El Greco, San Pablo y Puerta Este.

Características de las derivaciones

Los MAP cuentan con tres vías de derivación a los Centros de Salud Mental:

- a) Cita Programada u Ordinaria, que pasa a la lista de espera del centro, siendo la demora máxima para la primera consulta de 60 días, tal y como exige el actual decreto 96/2004 de 9 de marzo por el que se establece la garantía del plazo de respuesta para las primeras consultas de atención especializada en el sistema de salud público de Andalucía;
- b) Cita Preferente, por la cual el paciente debe ser atendido en primera consulta en un tiempo inferior a la consulta programada. Aunque no están estipulados unos plazos concretos, la demora media no suele exceder de los 20 días.
- c) Consulta Urgente, que requieren atención el mismo día de la derivación.

La solicitud de la consulta así como el tipo de derivación la hace el Médico de Atención Primaria a través del sistema informático Diraya (al que se accede también desde la Atención Especializada). En el caso de petición de consulta urgente es frecuente seguir utilizando un documento de interconsulta (P10) que el usuario entrega a las administrativas de la Unidad para ser visto en el día. Una vez que el paciente (independientemente



de que tenga historia abierta en la Unidad o sea la primera vez que acude) derivado “urgente” llega al dispositivo es atendido (según un sistema rotatorio) por uno de los facultativos psiquiatra o psicólogo clínico de la Unidad.

Características de la muestra

La muestra que analizamos se compone de 277 derivaciones de tipo “urgente” realizadas a lo largo de 12 meses (1 de septiembre de 2013 a 31 de agosto de 2014). Hemos excluido de la muestra los pacientes que son atendidos sin cita en la Unidad de Salud Mental, a criterio de los profesionales que componen esta Unidad y también los derivados urgente desde los servicios de urgencia hospitalaria o directamente desde otros servicios especializados (cantidad insignificante). Por tanto, tan solo fueron considerados los pacientes que fueron remitidos urgente por sus médicos de atención primaria.

Procedimiento

Revisamos todas las agendas informatizadas de todos los facultativos del equipo correspondientes al periodo citado (septiembre de 2013 a agosto de 2014). En las agendas, además de las consultas programadas figuran reflejadas las consultas urgentes atendidas en el día.

Dentro de las consultas urgentes se tuvieron en cuenta tanto las consultas de pacientes con historia previa abierta como las consultas de pacientes que acudían por primera vez a la Unidad.

Se elaboró un documento recopilatorio que contemplaba las siguientes variables sociodemográficas, clínicas y de la derivación urgente:

- Sociodemográficas: Sexo, Edad, Estado Civil, Convivencia, Situación laboral.
- Clínicas: Historia previa (abierta/cerrada/sin historia previa), y Diagnóstico (CIE-10).
- De la derivación: Fecha de la atención urgente, Motivo de la derivación urgente, Centro de Salud derivante, Médico derivante.

Por circunstancias de la heterogeneidad de los registros, no pudimos obtener el 100% de los datos de todos los pacientes en todas las variables, aunque sí un porcentaje muy alto.

Resultados

Referidos a las variables sociodemográficas (tabla 1)

Con respecto al sexo, encontramos que el 36’8 de las urgencias atendidas son hombres y el 63’2% son mujeres.

Con respecto a la edad de los pacientes que consultan urgente se observa un incremento en el tramo de edad entre los 25 y 55 años y un decremento en los extremos de la población. El rango que más consulta (23’3% de las consultas) es entre 46 y 55 años, seguido de cerca por el de 36 a 45 años (21’5%) y del de 25 a 35 años (19’2%).

Si tenemos en cuenta el estado civil de los usuarios obtenemos que un 37’6% de los pacientes está casado/a o emparejado/a, un 33’1% está soltero/a y un 24’6% separado/a o divorciado/a. Otro pequeño porcentaje (4’4%) están viudo/as.

El tipo de convivencia de los pacientes es con la familia de origen en un 32’5% de los casos, con la pareja o familia propia en un 51’4% de los casos y solo/as en un 11’1% de los casos.

Respecto a los resultados teniendo en cuenta la situación laboral de los pacientes hemos apartado el porcentaje de casos que superan los 65 años, y por tanto no están en edad de trabajar, y también los menores de 20 años, a los cuales les hemos incluido en la categoría de estudiantes.

Del resto de los pacientes en edad de trabajar (193 pacientes entre los 20 y los 65 años) nos hemos encontrado que 60 pacientes (31’08%) estaban activos laboralmente. 12 de ellas eran amas de casa sin otro tipo de intención laboral fuera del entorno doméstico. Por el contrario, 133 pacientes (68’91%) estaban inactivos, bien por desempleo (86 pacientes), incapacidades laborales transitorias (24 pacientes) o incapacidades laborales permanentes (23 pacientes).

Referidos a las variables clínicas (tabla 2)

De los pacientes que consultan urgente en la Unidad de Salud Mental Comunitaria, derivados por los Médicos de Atención Primaria, un 49% de los casos ya tenían o habían tenido hace más de un año historia clínica abierta en la Unidad. 115 eran pacientes atendidos en activo y 19 casos

que fueron atendidos en el pasado y a los que se reabría la historia.

El restante 51% de las urgencias eran casos que acudían por primera vez a la Unidad.

128 de los casos atendidos de urgencia (un 47%) fueron diagnosticados en la Unidad de Salud Mental de trastornos neuróticos y de ansiedad de diferente índole y más de la mitad de los mismos (71 casos) presentaban trastornos o reacciones de tipo adaptativo. El siguiente grupo de diagnósticos (un 12'1% de los casos) no cumple criterios diagnósticos con una entidad psicopatológica suficiente, por lo que podríamos catalogarlos de sin patología. El resto de grupos diagnósticos correspondientes a la clasificación CIE-10 quedan repartidos de forma muy homogénea, sin superar ninguno de ellos el 5'5% de las urgencias.

Pensando en los diagnósticos como criterio importante para determinar la gravedad de un cuadro clínico, tenemos que en nuestra muestra, los diagnósticos de psicosis, trastornos bipolares, depresivos graves o moderados y trastornos de personalidad suman el 18% del total de las urgencias atendidas.

Referidos a la derivación por el Médico de Atención Primaria (tabla 3)

Por meses encontramos que los meses de diciembre, enero y febrero tienen la mitad de derivaciones urgentes con respecto a los meses de abril, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre.

Según la clasificación que hemos realizado para dividir los motivos por los que el médico de atención primaria deriva urgente a la Unidad de Salud Mental encontramos que en un 47'2% de las ocasiones lo hace porque detecta en el paciente síntomas de ansiedad aguda, en muchas ocasiones relacionados con situaciones de tipo adaptativo recientes. Le siguen muy de lejos otros motivos de derivación relacionados con ideas de muerte, autolíticas o gestos autolesivos (12'54%), presión de la familia (9'96%), alteraciones y trastornos de conducta en el entorno (9'22%), alusión a aspectos de tipo orgánico, ineficacia o efectos farmacológicos adversos (8'11%).

Por centros de salud nos encontramos importantes diferencias. El Centro de Salud Parque Alcosa deriva el 32'1% de los casos, el Centro de Fuensanta deriva el 18'77% de los casos y el centro Puerta Esta el 15'5% de los casos. Los que menos derivan son los centros San Pablo (11'91%) y El Greco (11'5%). Otro porcentaje (10%) acudió urgente procedente del hospital o de otro centro que recientemente dejó de pertenecer a nuestro área de influencia.

Dentro de los Centros de Atención Primaria apreciamos una gran variabilidad entre los propios médicos a la hora de valorar un caso como urgente. Así, ocurre que en el centro de Parque Alcosa, que está compuesto por 17 médicos de atención primaria, entre 3 médicos suman el 44% de las urgencias que se derivan (uno de ellos deriva el 20'22% de las urgencias). En el centro Fuensanta ocurre un fenómeno similar ya que de entre los 16 médicos uno/a de ello/as ha derivado el 30'76% de las urgencias, otro/a el 15'38% de las mismas y un tercero el 11'53%, lo cual sobrepasa la mitad de las urgencias que vienen de ese centro.

Los otros tres centros son más moderados o conservadores a la hora de valorar un caso clínico como urgente. Aun así, en el centro Puerta Este un solo médico envía el 20'93% de las urgencias; en el centro San Pablo un solo médico envía el 24'24% de las urgencias y en el centro El Greco un solo médico deriva el 18'75% de las urgencias.

Discusión

Relativa al perfil sociodemográfico y clínico

Los resultados obtenidos en el análisis de las variables sociodemográficas de los pacientes que consultan urgente arroja las diferencias esperadas en cuanto al sexo. Consultan más las mujeres. La proporción se acerca a las habituales proporciones que se dan entre hombres y mujeres en consultas programadas de salud mental.

Ahora vamos a intentar dar una explicación para una tríada de resultados que nos hemos encontrado en el estudio: por un lado el rango de edad que más consulta de forma urgente (entre los 46 y los 55 años), por otro lado, la situación laboral de los que consultan urgente (inactividad laboral en un 68'91% de los casos urgentes en edad de trabajar) y por último los diagnósticos



más frecuentes que se dan (casi la mitad de las urgencias aglutina casos de t. neuróticos y reacciones de tipo adaptativo).

Para interpretar estos datos pensamos que el momento de crisis económica y desempleo que vivimos en nuestro país, especialmente dramático en la Comunidad Autónoma Andaluza, que supera el 35% de paro en la población en edad de trabajar puede ser un factor social de gran impacto sobre la clínica de los pacientes.

Un problema laboral adaptativo puede detonar los síntomas de ansiedad reactiva y angustia y lo puede hacer de modo más acuciante sobre una población con un rango de edad (36 a 55 años) en la que el desempleo se puede vivir con especial crudeza, por la falta de perspectiva social de mejoría en la que estamos inmersos, por la carga de responsabilidad que genera y por la repercusión que conlleva sobre el entorno familiar del paciente.

Otro dato que también nos ha llamado la atención es que el 25% de los pacientes que consultan urgente son separados o divorciados. Quizás podamos pensar que al igual que la frustración laboral, la frustración emocional que pudiera seguir a una ruptura de pareja también es un factor de riesgo social que puede dar lugar a síntomas.

A Freud, poco antes de morir, le preguntó un periodista cuales eran las claves para tener una buena salud mental y él respondió que poder amar y trabajar.

Los datos sociodemográficos y clínicos nos sugieren que en un buen porcentaje de pacientes atendidos de urgencia están fallando los pilares básicos para el mantenimiento de una buena calidad de vida.

La respuesta asistencial de la mayoría de los casos que atendemos urgentes podría contextualizarse dentro de un entorno personal, económico, laboral, familiar y social. El paciente habría de sujetarse en sus redes de apoyo y en sus propios recursos adaptativos para poder superar o aceptar los avatares de la vida y que estos no constituyan un motivo de urgencia clínica.

Y qué pasa con los casos que los profesionales de la salud mental consideramos que tienen criterios clínicos de urgencia. ¿Por qué recibimos

tan pocos casos de pacientes en riesgo autolítico, con descompensaciones psicóticas o afectivas graves o con trastornos de personalidad que requieren de una atención más inmediata?

El motivo puede ser que la Unidad de Salud Mental tiene abierta la puerta directa para que estos pacientes nos consulten en caso de necesidad sin tener que pasar por su médico de atención primaria. En la USM se reciben muchos casos de este tipo que atiende enfermería y los facultativos a demanda del paciente y de sus familias, generando otro sistema interno de atención de urgencias que se añaden al trabajo diario de las consultas programadas por todos los profesionales. La implantación del proceso asistencial Trastorno Mental Grave (TMG) ha hecho que el control de los pacientes más graves sea más directamente gestionado desde las Unidades de Salud Mental, aunque no por ello se ha disminuido la sobrecarga de consultas de otro tipo de diagnósticos (incluidos en el proceso asistencial ansiedad, depresión somatizaciones ADS).

Referidos a la derivación

En el periodo de un año, un total de 277 pacientes han sido derivados de modo urgente por los Médicos de Atención Primaria a la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Con relación a las derivaciones ordinarias programadas, las consultas urgentes representan un 8'8% de las derivaciones, habiendo variaciones entre centros. Así, el centro Parque Alcosa deriva urgente el 15% de sus derivaciones, mientras que en el extremo opuesto, el centro El Greco deriva urgente el 6'1% de las derivaciones.

Pensando en porcentajes globales y teniendo en cuenta el gran número de población con problemas de salud mental que atienden los médicos de familia, podemos decir que derivan un número razonable de consultas urgentes. Ello dice en favor de su buen oficio y capacidad de contención a la hora de filtrar y asumir en sus precarias condiciones de tiempo un buen número de casos.

También podemos señalar que nos impresiona que ellos tienen criterios de valoración de las urgencias que están alejados de lo que los profesionales de la salud mental entienden que ha de atenderse de forma inmediata. Pensamos que a veces se confunde la ansiedad del paciente con

una urgencia clínica y que hay derivaciones demasiado apresuradas. Una posible solución que entendemos podría ser eficaz para contener los casos de ansiedad en primaria es seguir ofertando visitas cortas de seguimiento hasta que llegue la cita de la Unidad de Salud Mental. Desde el lado de la atención especializada nos correspondería realizar una gestión de las primeras consultas lo más eficiente posible para acortar el tiempo de espera de las primeras consultas.

También podemos observar que entre los diferentes Centros de Atención Primaria existen notables diferencias a la hora de derivar urgente. ¿Quizás es una cuestión de cultura asistencial, que está más implantada en unos centros que en otros, o quizás proviene de la propia presión asistencial que los médicos de atención primaria tienen en función de la población que atienden y de los cupos de usuarios que tienen?

Otro dato que nos ha sido interesante de conocer es la variabilidad individual de cada médico de atención primaria a la hora de derivar urgente. Es impactante observar que entre muy pocos médicos se concentra la mayoría de los casos urgentes derivados. ¿Es una cuestión de formación teórica personal? ¿Es una cuestión de dificultades personales de algunos médicos para tratar las demandas emocionales de los pacientes?

¿Es posible cooperar mejor?

Según una encuesta realizada a los médicos de atención primaria, más del 80% opina que los pacientes con un trastorno mental requieren de un mayor esfuerzo, lo que sumado al escaso tiempo asistencial del que dispone el médico puede contribuir a las carencias en la información aportada y quizás en un mayor número de derivaciones urgentes inadecuadas (9).

Los tiempos de demora para las primeras consultas en Salud Mental son de un máximo de 60 días. Algunos autores también señalan que el tiempo de espera hasta la primera visita en Salud Mental podría explicar el elevado absentismo de los pacientes pero también la utilización de la vía urgente de derivación (10, 11).

Los profesionales de Salud mental ponen el acento en que la llegada de pacientes que han de ser vistos de forma urgente interfiere notable-

mente con la actividad asistencial de consultas programadas de la Unidad. La valoración de la urgencia requiere de un tiempo suplementario que extraemos virtualmente de las agendas ya sobrecargadas. Las Unidades de Salud Mental ya atienden además, mediante sistemas de organización interna, otras urgencias de pacientes que tienen la vía directa para consultar a demanda en las unidades de salud mental (son los pacientes con trastornos mentales graves).

También alegamos que la mayoría de las derivaciones urgentes no responden a un verdadero criterio de urgencia aunque sí son pacientes que en un buen porcentaje de casos requieren de una atención especializada, lo cual estaría en la línea de pensar que la derivación urgente se está utilizando para acortar la lista de espera de las unidades de salud mental.

Llevamos años estancados en las mismas posiciones, buscando sistemas de mejora de la coordinación y la realidad es que nos queda mucho por avanzar en este terreno. La excesiva presión asistencial (en los dos niveles) y la falta de tiempo de los profesionales para cooperar tranquilamente hacen que se estereotipen los sistemas de atención a los pacientes haciéndose rígidos.

Los dispositivos públicos de Atención Primaria y las Unidades de Salud Mental tienen una enorme tarea común pero habitualmente se produce de forma descoordinada. Los profesionales de ambos dispositivos ejercen su oficio de una manera habilidosa, basando sobre todo su praxis en el hacer cotidiano y del día a día. En ambos dispositivos se van generando filtros de atención a los pacientes. Estos filtros están mediados por el discurso social imperante en lo que se refiere a la provisión de salud a los ciudadanos, por las políticas institucionales, por los estilos profesionales diversos, por las diversas interpretaciones y soluciones que pueden darse al continuo salud-enfermedad. Freud dijo que la cultura se contrapone al individuo y lo que es bueno para uno es insuficiente o limitante para el otro.

La coordinación entre dispositivos se hace necesaria para homogeneizar criterios diagnósticos y de actuación y para delimitar qué es lo que tiene que asumir el MAP y qué tienen que asumir los especialistas de SM. Pero la coordinación no es un



lugar frío en el cual uno se somete a las exigencias del protocolo sino que requiere un reajuste mutuo, se hace necesario escuchar las demandas y necesidades del otro para poder llegar a acuerdos eficaces y eficientes. Conocer la realidad desde el otro lado ayuda a construir ese camino.

Para poder construir un camino común entendemos que debemos de contar con dos elementos importantes que han de compartirse en persona: el tiempo y el espacio, sin los cuales los cimientos de la coordinación estarán desequilibrados.

Sobre esta base pueden ir generándose diferentes acuerdos y fórmulas cooperativas que acorten las discrepancias.

Nos preguntamos también si no sería interesante abrirse hacia otro tipo de experiencias piloto que comprometan a otras unidades asistenciales (por ejemplo a las unidades de salud mental del hospital) o, al igual que sucede en otros países, que la atención primaria cuente dentro de sus plantillas estables con profesionales de salud mental.

Contacto

Juan Otero • juanotero08@gmail.com

Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente • Centro de Salud Puerta Este
Calle Cueva de la pileta s/n • 41020 Sevilla

Bibliografía

- (1) Landa N, Goñi A, García de Jalón E, Lizasoain E. Concordancia entre el diagnóstico entre Atención Primaria y Salud Mental. *Aten Primaria* 2008; 40 (6): 285-9.
- (2) Iglesias GC, Díaz de la Peña A. Actitudes de los médicos de atención primaria sobre la salud mental en dos áreas sanitarias de Asturias. *Anales Psiquiatría* 1999; 15: 186-91.
- (3) Risco P. Estudio de la calidad de información de los partes de interconsulta (PIC) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2003; 23 (85): 125-35.
- (4) Beltrán M, Latorre JM, López J, Montañés J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en Salud Mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36 (2): 85-92.
- (5) Otero J, Ramos Wille V. Las urgencias atendidas en un centro de salud mental. *Anales Psiquiatría* 2007; 23 (5): 224-231.
- (6) Franquelo P, García D, Moya P, Lema J, Buendía J, Saiz S. Tasa de derivación y factores asociados a la calidad de la hoja de derivación en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* 2008; 2: 199-205.
- (7) Martín-Jurado A, de la Gárgara JJ, Castro S, Moreira A, Sánchez-Hernández J. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semergen* 2012; 38 (6): 354-359.
- (8) Espinosa L, Castilla MP. Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2002; 22 (83): 111-123.
- (9) Camps C, Gisbert C, Gutiérrez R, Montilla JF. Los médicos de atención primaria ante la salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; 25: 217-22.
- (10) Miranda I, Peñarrubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria* 2003; 32: 524-30.
- (10) Luciano JV, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto A, Palao DJ, Mercader M, et al. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Aten Primaria* 2009; 41 (3): 131-140.

• Recibido: 26/10/2014.

• Aceptado: 12/01/2015.

Tabla 1. Variables sociodemográficas					
Sexo			Convivencia		
Hombres	102	36,80%	Solo/a	23	11,10%
Mujeres	175	63,20%	Fam. origen	67	32,50%
			Fam. propia	106	51,40%
Edades			Otros	10	4,80%
← 18	20	7,50%	Ocupación		
18-24	19	7,10%	Estudiantes	23	9,20%
25-35	51	19,20%	Jubilados	32	12,90%
36-45	57	21,50%	En edad de trabajar	193	77,80%
46-55	62	23,30%	Pacientes en edad de trabajar		
56-65	33	12,40%	Activos	60	31,08%
→ 65	23	8,60%	Inactivos	133	68,91%
Estado civil			De éstos:		
Casado/a	84	37,60%	por desempleo	86	
Soltero/a	74	33,10%	por incapacidad laboral transitoria	24	
Separado/a	55	24,60%	por incapacidad permanente	23	
Viudo/a	10	4,40%			

Tabla 2. Variables clínicas		
Historia previa en la USM		
Con historia abierta	115	41,97%
Con historia cerrada	19	6,90%
Sin historia previa	140	51,09%
Diagnóstico CIE-10 realizados en la USM		
T. Psicóticos	14	5,10%
T. Afectivo Bipolar	13	4,70%
Episodios depresivos moderados/graves	9	3,30%
Distimia	14	5,10%
T. Neuróticos, de ansiedad y somatomorfos	57	20,95%
T. Adaptativos	71	26,10%
T. Asociados a disfunciones fisiológicas	6	2,20%
T. Personalidad	15	5,50%
Retraso Mental	6	2,20%
Demencias	8	2,90%
T. por consumo de tóxicos	10	3,60%
Sin patología	33	12,10%
Otros	16	5,80%



Tabla 3. Variables asociadas a la derivación

Circunstancias que motivan la derivación		
Agudización de síntomas ansiosos y problemas adaptativos	128	47,23%
Alusión a ideas de muerte, autolíticas o gestos autolesivos	34	12,54%
Presión familiar	27	9,96%
Alteración o trastornos de conducta en el entorno	25	9,22%
Alusión a aspectos de estirpe orgánica, ineficacia o efectos adversos de la medicación	22	8,11%
Agudización de síntomas depresivos	15	5,53%
Descompensación por síntomas psicóticos o maníacos	12	4,42%
Otros/Sin especificar	8	2,95%
Centro de salud derivante de la urgencia		
Parque Alcosa	89	32,12%
Fuensanta	52	18,77%
Puerta Este	43	15,52%
San Pablo	33	11,91%
El Greco	32	11,55%
Por meses de derivación		
Septiembre 2013	26	9,30%
Octubre	29	10,40%
Noviembre	25	9,02%
Diciembre	14	5,05%
Enero 2014	14	5,05%
Febrero	13	4,69%
Marzo	31	11,19%
Abril	29	10,40%
Mayo	18	6,49%
Junio	28	10,10%
Julio	24	8,66%
Agosto	26	9,30%