

# Factores asociados a la derivación urgente en un centro de salud mental

L. Mantrana Ridruejo, A. Luque Budía, M. Conde Díaz y S. Dobladez Soriano

Centro de Salud Mental Sevilla-Sur. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## Factors associated to urgent referral in a mental health center

### Resumen

**Introducción.** *En el presente trabajo nos planteamos como objetivos analizar los factores asociados con la demanda de consulta urgente ambulatoria.*

**Método.** *Se analiza una muestra de 718 pacientes atendidos en primera consulta en el período de un año en un centro de salud mental (418 como urgentes y 300 como programados). Se analizan variables asociadas al proceso de derivación, variables clínicas y el apoyo psicosocial.*

**Resultados y conclusiones.** *La consulta urgente se asocia a la gravedad clínica, a sujetos atendidos previamente en la red asistencial, a que la iniciativa parte de otros y no del propio paciente, a patologías que causan disfunción en el medio sociofamiliar y a la vivencia subjetiva de soledad. Los datos muestran poco acuerdo entre la valoración del clínico en el centro de salud mental y la del médico derivante.*

**Palabras clave:** *Demanda. Salud mental. Urgencia. Proceso de derivación. Características clínicas. Apoyo social.*

### Summary

**Introduction.** *In this paper we analyze the factors related with the urgent referral.*

**Method.** *We analyze a sample of 718 patients who were seen for an initial medical visit during a one year period in a community mental health center (418 of whom were urgent patients and 300 programmed patients). Variables associated to the referral process, clinical variables and social adjustment are studied.*

**Results and conclusions.** *The urgent medical visit is associated to clinical importance, to people previously seen in the health system, to initiative by others and not by the patient, to diseases that cause dysfunction in the sociofamiliar environment, and to the subjective loneliness feeling. The data show very little agreement between the clinician in the mental health center and referral doctor evaluation.*

**Key words:** *Demand. Mental health. Urgency. Clinical characteristics. Referral process. Social adjustment.*

## INTRODUCCIÓN

La implementación de la red pública de atención en salud mental ha conllevado una consolidación de la misma y un aumento de la demanda, mientras que los recursos humanos permanecen prácticamente invariables<sup>1,4</sup>. Paralelamente al incremento de la demanda crecen también las urgencias psiquiátricas, lo que produce una distorsión en la planificación de los servicios<sup>5,6</sup>. La bibliografía existente en torno al estudio de la demanda urgente en centros de salud mental (CSM) es escasa; la mayoría de la literatura publicada sobre urgencias se refiere al contexto hospitalario<sup>7,9</sup>.

La investigación de la demanda por patología mental, y en particular de la urgente, es complicada por la participación de gran cantidad de factores, manifiestos y en-

cubiertos, que dificultan la evaluación de la atención sanitaria. Además, como recoge algún estudio<sup>7</sup>, las demandas de atención urgente reflejan indirectamente la capacidad del sistema sanitario y de los servicios sociales para resolver los problemas de salud mental, permitiendo una mejor programación de la asistencia.

Existen algunos estudios específicos sobre urgencias que son atendidas en un CSM<sup>10,11</sup> y que nos indican que éstas son más frecuentes en el contexto ambulatorio que en las urgencias hospitalarias, que existe un alto porcentaje de indicaciones inadecuadas de atención urgente por parte de los médicos de cabecera, que los propios pacientes acuden a su centros de referencia cuando se sienten mal y que las urgencias atendidas en el CSM prácticamente no son remitidas a ingreso hospitalario, y que no existe diferencia en cuanto a la clínica ni a la gravedad entre los pacientes preferentes y los programados.

Uno de los aspectos más estudiados en el proceso de derivación a salud mental son las derivaciones realizadas desde Atención Primaria y las variables que influyen en las mismas<sup>12-16</sup>: la naturaleza de los pacientes, la formación de los médicos de cabecera, la gravedad de la sintomatología psiquiátrica, la dificultad de manejo del paciente y la alta

### Correspondencia:

Manuel Conde Díaz  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
Manuel Siurot, s/n  
41013 Sevilla  
Correo electrónico: mcconde@arrakis.es

presión asistencial. En general, la ruta asistencial hacia los servicios psiquiátricos está dominada por el médico de Atención Primaria<sup>17,18</sup>. Otro de los elementos presentes en la literatura es el estudio sobre los informes de derivación utilizados para facilitar la comunicación entre el profesional que deriva y el profesional del servicio especializado<sup>19,20</sup>. En los informes se plasma el motivo de derivación, alguna información que pueda orientar al especialista o hipótesis diagnóstica y a veces el tratamiento prescrito. Su cumplimentación se estudia como expresión de las relaciones y el nivel de funcionamiento entre el primer y el segundo nivel de atención a la patología mental.

Los síntomas psicóticos, la ideación suicida, el descontrol de impulsos y las conductas relacionadas con el consumo de tóxicos se encuentran entre los motivos de consulta más frecuentes en las urgencias hospitalarias<sup>21-24</sup>. A veces no son tanto las conductas disruptivas que se derivan de dichos síntomas, sino la ausencia de apoyo social lo que justifica la necesidad de una intervención urgente<sup>25</sup>. La bibliografía señala la vivencia de soledad como factor que favorece la petición de consulta y la búsqueda de redes de apoyo formales al no poder contar con las informales<sup>26-28</sup>. El aislamiento social se considera un factor relevante asociado a la morbilidad psiquiátrica y a la demanda sanitaria<sup>29-31</sup>.

Consideramos necesario ampliar la investigación sobre las variables que inciden en que se produzcan consultas con carácter urgente en interés a mejorar la respuesta a este tipo de demanda que afecta a la organización de los servicios y a la calidad asistencial, ya que requiere respuestas rápidas y difícilmente programables. El presente trabajo complementa dos anteriores<sup>32-33</sup> en los que estudiamos la evolución de la demanda recibida en el CSM Sevilla-Sur en función de diversas variables. En ellos informamos sobre un aumento de las consultas urgentes en nuestra población, invirtiéndose la relación atención programada/atención urgente. Ahora analizamos los factores asociados a la derivación urgente en relación con el proceso de derivación, las características clínicas de los casos y el apoyo social percibido por el paciente.

## MÉTODO

La muestra se compone de 718 sujetos mayores de 18 años que consultaron en el CSM Sevilla-Sur distribuida en dos grupos en función de la forma de derivación (tabla 1). Un total de 418 sujetos integran el grupo que nombraremos urgente y que engloba tanto las derivaciones urgentes como las preferentes; el grupo programado lo conforman 300 sujetos citados siguiendo la lista de es-

pera. Las características generales de la muestra quedan descritas en un artículo anterior<sup>33</sup>, donde analizamos estadísticamente las diferencias y semejanzas de ambos grupos respecto a las variables sociodemográficas y las relacionadas con las características de la derivación. El presente análisis se propone completar el anterior al incluir otra serie de variables que pueden estar incidiendo en que una demanda de ayuda por psicopatología adquiera el carácter de urgente.

Dividimos las variables de este estudio en tres agrupaciones. La primera recoge aquellos aspectos previos a la consulta, como son: quién acompaña al paciente, si estaba en tratamiento anteriormente a la consulta y con quién, si indicó tratamiento farmacológico el médico derivante, la existencia de alguna patología somática y los motivos del médico de cabecera por los que son derivados aquellos pacientes procedentes de Atención Primaria. Un segundo grupo recoge datos aportados por los clínicos del CSM, éstos son: el diagnóstico clínico que recibe el paciente tras la primera entrevista, la valoración de la gravedad clínica del mismo, el grado de acuerdo con la vía de derivación utilizada y la orientación de tratamiento que se le da al caso. El tercer grupo recoge datos aportados por el paciente como son la valoración subjetiva que hace de lo que le ocurre y cuestiones acerca del apoyo social percibido (si se siente solo, si tiene alguien a quién acudir y si siente que le comprenden y apoyan).

Dado que las variables son cualitativas utilizamos como estadístico la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ).

## RESULTADOS

En el análisis de los resultados vamos a diferenciar tres apartados: a) variables relacionadas con los factores asociados a la derivación; b) variables relacionadas con las características clínicas, y c) variables relacionadas con el paciente (opinión subjetiva sobre su estado y apoyo psicosocial).

### Referentes a los factores asociados a la derivación

En este apartado observamos (tablas 2 y 3) en primer lugar, que la mayoría de los pacientes que acude al CSM lo hace acompañada, aunque las diferencias significativas apuntan a que generalmente son las personas derivadas urgentes las acompañadas por algún familiar, mientras que en los pacientes que acuden con cita programada el porcentaje entre los que acuden solos y los que lo hacen acompañados es similar. Los acompañantes, en su mayoría, son familiares en ambos grupos.

Algo más de la mitad de los consultantes estaba en tratamiento con algún profesional antes de la consulta en salud mental. La significación estadística indica que son los pacientes que estaban en tratamiento con un psiquiatra los que consultan generalmente como urgentes,

**TABLA 1. Distribución de los grupos**

Urgente	418 (58%)
Programado	300 (42%)
Total	718 (100%)

TABLA 2. Factores asociados a la derivación

	Urgentes	Programados	Significación
<b>Con quién acude al CSM</b>			
Acompañado por familia	253 (61%)	130 (44%)	$\chi^2 = 20,978$
Acompañado por otros	15 (3%)	13 (4%)	$p = 0,000$
Acude solo	150 (36%)	157 (52%)	Significativa
<b>Estaba en tratamiento anteriormente</b>			
Médico de Atención Primaria	129 (31%)	124 (41%)	$\chi^2 = 13,933$
Psiquiatra	71 (17%)	28 (9%)	$p = 0,008$
Psicólogo	2 (0,5%)	3 (1%)	Significativa
Otros	17 (4%)	11 (4%)	
No estaba en tratamiento	199 (47,5%)	134 (45%)	
<b>Indicó tratamiento el derivante</b>			
Sí	232 (55%)	157 (52%)	$\chi^2 = 0,707$
No	186 (45%)	143 (48%)	$p = 0,401$
			No significativa
<b>Realiza tratamiento por patología somática</b>			
Sí	151 (36%)	132 (44%)	$\chi^2 = 4,536$
No	267 (64%)	168 (56%)	$p = 0,033$
			Significativa

mientras que los programados eran atendidos por el médico de Atención Primaria.

No es significativa la relación entre el tipo de asistencia y si el derivante indicó o no tratamiento farmacológico previo a la derivación. Respecto a si los pacientes siguen tratamiento por alguna patología somática observamos diferencias significativas entre los urgentes y los programados, con mayor proporción de pacientes urgentes sin patología somática (en un artículo anterior<sup>33</sup> vimos que este grupo está conformado principalmente por personas jóvenes).

Únicamente podemos analizar los motivos de la derivación de los médicos de cabecera, pues sólo ellos contaban con el protocolo de derivación al CSM donde se les pedía que especificaran las distintas razones que justificaban su decisión de derivar al centro especializado (tabla 3). No fue posible que el resto de profesionales derivantes contaran con dicho protocolo. Los datos que recogen el fundamento de la petición de consulta corresponden a 509 pacientes (el 86% del total de derivados por el médico de Atención Primaria). Los motivos que justificaban la petición de consulta al CSM incluían: gravedad clínica, sin mejoría con el tratamiento, presión familiar, petición del paciente, falta de formación en salud mental, indicación por otro especialista e informe para la administración. Sólo aparece significación estadística respecto a la gravedad clínica, siendo el principal motivo de derivación para los urgentes; también es significativa la petición del paciente, mayoritaria en los programados. La presión asistencial apenas es señalada como factor que se encuentre detrás de una derivación; no parece ser una de las causas explícitas que justifiquen las urgencias.

TABLA 3. Informe de derivación

	Urgentes	Programados	Significación
<b>Gravedad clínica</b>			
Sí	99 (36%)	15 (6%)	$\chi^2 = 65,142$
No	174 (64%)	221 (94%)	$p = 0,000$
			Significativa
<b>Sin mejoría con el tratamiento</b>			
Sí	65 (24%)	65 (28%)	$\chi^2 = 0,927$
No	208 (76%)	171 (72%)	$p = 0,336$
			No significativa
<b>Presión familiar</b>			
Sí	30 (11%)	26 (11%)	$\chi^2 = 0,000$
No	243 (89%)	210 (89%)	$p = 0,992$
			Significativa
<b>Petición del paciente</b>			
Sí	82 (30%)	114 (48%)	$\chi^2 = 17,84$
No	191 (70%)	122 (52%)	$p = 0,000$
			Significativa
<b>Indicación de otro especialista</b>			
Sí	42 (15%)	27 (11%)	$\chi^2 = 1,68$
No	231 (85%)	209 (89%)	$p = 0,195$
			No significativa
<b>Presión asistencial</b>			
Sí	2 (1%)	10 (4%)	$\chi^2 = 1,68$
No	271 (99%)	226 (96%)	$p = 0,009$
			Significativa
<b>Falta de formación</b>			
Sí	13 (5%)	20 (8%)	$\chi^2 = 2,878$
No	260 (95%)	216 (92%)	$p = 0,09$
			No significativa
<b>Informe para la administración</b>			
Sí	4 (12%)	8 (3%)	$\chi^2 = 2,037$
No	269 (98%)	228 (97%)	$p = 0,154$
			No significativa

### Referentes a las características clínicas

En primer lugar vamos a analizar los diagnósticos clínicos (tabla 4) recibidos en ambos grupos de asistencia siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, organizada en ocho agrupaciones diagnósticas y los códigos «en estudio» y «sin patología»), lo cual arroja una significación estadística. Son los trastornos neuróticos, seguidos de los trastornos afectivos, los diagnósticos más frecuentes en ambos grupos. Nos llama la atención el alto número de personas derivadas con trastornos adictivos cuando en el CSM-Sur no se atiende dicha patología. Los psicóticos son en mayor proporción derivados utilizando la vía no programada, al igual que los trastornos adictivos.

Si observamos la valoración que el clínico del CSM hace de la gravedad clínica del paciente, las menores fre-

TABLA 4. Valoración del clínico

	Urgentes	Programados	Significación
<b>Diagnóstico</b>			
Sin patología	11 (2,6%)	11 (3,4%)	$\chi^2 = 41,663$
T. orgánicos	1 (0,2%)	2 (0,6%)	$p = 0,000$
Adicciones	29 (7%)	12 (4%)	Significativa
T. psicóticos	39 (10%)	7 (2,4%)	
T. afectivos	115 (27%)	55 (18%)	
T. neuróticos	177 (42%)	162 (54%)	
T. impulsos	8 (2%)	6 (2%)	
T. personalidad	21 (5%)	14 (5%)	
Retraso mental	4 (1%)	2 (0,6%)	
En estudio	13 (3,2%)	29 (10%)	
<b>Impresión clínica</b>			
Ningún trastorno	18 (4%)	22 (7%)	$\chi^2 = 45,998$
Levemente enfermo	138 (33%)	165 (55%)	$p = 0,000$
Moderadamente enfermo	241 (58%)	109 (36%)	Significativa
Gravemente enfermo	21 (5%)	4 (1%)	
<b>Decisión asistencial</b>			
CSM	261 (62%)	142 (48%)	$\chi^2 = 21,926$
Unidad Salud Mental	1 (0,2%)	1 (0,3%)	$p = 0,000$
Atención Primaria	108 (25,8%)	110 (36,7%)	Significativa
Otros	31 (8%)	19 (6%)	
No precisa	17 (4%)	28 (9%)	
<b>Adecuación de la demanda</b>			
Sí	206 (49%)	226 (75%)	$\chi^2 = 49,456$
No	212 (51%)	74 (25%)	$p = 0,000$
			Significativa

cuencias corresponden a las categorías «ningún trastorno» y «gravemente enfermo» siendo esta última ligeramente mayor entre las urgencias. Las proporciones se invierten para las categorías «levemente enfermo» (33% en las urgencias y 55% en los programados) y «moderadamente enfermo» (58% en las urgencias y 36% en los programados).

Resulta significativa la relación entre el tipo de asistencia y la decisión que toma el facultativo del CSM tras la primera entrevista en el centro. Hay un llamativo porcentaje de pacientes que tras la primera consulta se decide su alta o derivación a otro servicio. La mayoría de ellos se deriva a Atención Primaria (25,8% en las urgencias y 36,7% en los programados). Sólo dos pacientes reciben una indicación de ingreso hospitalario en la Unidad de Salud Mental. Pero el mayor porcentaje corresponde a los pacientes que seguirán tratamiento en el CSM, en especial los derivados urgentes (62%).

Hay significación entre la variable independiente y la adecuación del carácter de la demanda; el mayor porcentaje de derivaciones adecuadas corresponden a los programados (75%), existiendo un mayor margen de desacuerdo en las derivaciones urgentes.

## Referentes a la opinión subjetiva del paciente y el apoyo social

En este grupo incluimos los datos informados por el propio paciente (tabla 5). Indagamos acerca de su valoración subjetiva sobre lo que le ocurre, así como su percepción del apoyo social recibido (explorado a través de tres preguntas). Observamos, pues, que el 44% de los pacientes que acude por vía urgente valora su problema como «grave» frente al 28% de los programados. Mientras la vivencia moderada es similar en ambos grupos, la valoración «leve» predomina en el grupo programado; es llamativo el 15% de urgentes que considera su problema con una intensidad «leve».

Respecto a la exploración del apoyo social observamos que existe una mayor proporción de sujetos derivados urgentes que señala sentirse solo (67%). En cambio, aproximadamente un tercio de los pacientes de cada grupo refiere tener a alguien a quien acudir y prácticamente la mitad del total de la muestra se siente comprendido y apoyado.

## DISCUSIÓN

Las urgencias en salud mental, si bien hay que darles un sitio en la asistencia, rompen la continuidad y ordenación de un servicio ambulatorio. El poder actuar de forma adecuada sobre ellas precisa conocer sus características. A través del estudio de los factores sociodemográficos, psicopatológicos y el apoyo social de los consultantes, así como de las características asociadas a la derivación y la valoración del caso por los profesionales del CSM, pretendemos identificar qué variables están im-

TABLA 5. Valoración del paciente

	Urgentes	Programados	Significación
<b>Intensidad del problema</b>			
Leve	64 (15%)	71 (24%)	$\chi^2 = 20,10$
Moderado	170 (41%)	144 (48%)	$p = 0,000$
Grave	184 (44%)	85 (28%)	Significativa
<b>Se siente solo</b>			
Sí	280 (67%)	174 (58%)	$\chi^2 = 6,065$
No	138 (33%)	126 (42%)	$p = 0,000$
			Significativa
<b>Tiene a quién acudir</b>			
Sí	303 (72%)	212 (71%)	$\chi^2 = 0,286$
No	115 (28%)	88 (29%)	$p = 0,543$
			No significativa
<b>Siente que lo compr enden y apoyan</b>			
Sí	240 (57%)	180 (60%)	$\chi^2 = 0,48$
No	178 (43%)	120 (40%)	$p = 0,488$
			No significativa

plicadas en la derivación urgente a las consultas ambulatorias en salud mental. Ello nos va a permitir obtener referencias para una posible ordenación e intervención de las demandas en el CSM.

En un artículo inicial discutíamos acerca de las variables sociodemográficas, resultando como características más habituales de las urgencias el venir representadas por los hombres jóvenes que viven con su familia de origen, donde la iniciativa de la consulta parte de la familia y no tienen historia previa en el CSM; las urgencias psiquiátricas hospitalarias constituyen el primer contacto con el servicio sanitario desde el cual son derivados al CSM.

Respecto a los factores asociados a la derivación, el análisis de los resultados del presente artículo nos muestra que más de la mitad de los sujetos que consultan utilizando la vía urgente estaba en tratamiento farmacológico por un profesional de la salud, principalmente por el médico de cabecera o un psiquiatra (en general se trata del psiquiatra de urgencias hospitalarias). Este dato nos indica, por una parte, el alto porcentaje de consultas urgentes procedentes de las urgencias hospitalarias y, por otro, que la consulta urgente en el CSM, en muchas ocasiones, no es la primera intervención que se realiza sobre los síntomas psicopatológicos del sujeto, los que nos hablaría de un primer fracaso en los niveles asistenciales previos.

En la bibliografía revisada<sup>12</sup> se señalan, entre las razones de más peso esgrimidas por los médicos de Atención Primaria para derivar al servicio especializado de salud mental la gravedad clínica, los conocimientos insuficientes y la presión asistencial. Nos sorprende que en nuestro estudio sólo la primera alcanza una frecuencia considerable, mientras las otras dos causas apenas son especificadas por los médicos para justificar su derivación, bien urgente o programada. La gravedad clínica es una de las más potentes variables que justifica optar por una consulta urgente frente a una programada<sup>24</sup>. La petición del paciente es más representativa entre los pacientes programados, lo que está en consonancia con el dato de que la iniciativa en los urgentes parte de otros y no del propio paciente<sup>33</sup>; podemos pensar que las conductas disruptivas pueden estar detrás de estas urgencias<sup>34</sup>, o que el paciente opina y dice poco sobre la atención a su malestar. Las opciones «sin mejoría con el tratamiento» y «falta de formación», tan escasamente señaladas por los médicos, podrían indicarnos que su nivel de conocimientos de los trastornos mentales ha ido aumentando a medida que la atención a los enfermos mentales se ha ido integrando en el sistema sanitario.

Si atendemos al diagnóstico clínico nos encontramos en primer lugar que las patologías mayormente representadas en las urgencias respecto a las citas programadas son los trastornos afectivos, los trastornos psicóticos y las adicciones. El porcentaje de trastornos adictivos es bastante alto teniendo en cuenta que el CSM Sevilla-Sur no atiende este tipo de patología. Los problemas ocasionados por el consumo de drogas nutren en gran parte las urgencias hospitalarias<sup>21,34,35</sup> y ello parece ser también

generalizado en las consultas de Atención Primaria, demandas que pueden desbordar los recursos del médico de cabecera, quién puede pensar que el CSM dará una respuesta más rápida y específica a la demanda urgente de este tipo de pacientes.

La patología depresiva también está muy presente en las urgencias; se sabe que la epidemiología alerta sobre el aumento de este trastorno, que puede conllevar un alto riesgo para el paciente si existe ideación suicida. Asimismo, los síntomas depresivos severos reportan gran ansiedad en el medio familiar que rodea al paciente<sup>24</sup>.

Los cuadros psicóticos acuden principalmente por vía urgente, algo que podemos considerar dentro de lo habitual, pues o bien los síntomas psicóticos aparecen de forma abrupta originando gran alarma en el entorno sociofamiliar o si son de instauración insidiosa la falta de conciencia de enfermedad, presente en muchos de estos casos, puede obligar a la familia y al médico de Atención Primaria a considerar como única opción de contacto sanitario la urgente.

Tanto las adicciones como las psicosis son cuadros psicopatológicos que con cierta frecuencia consultan en los servicios sanitarios acompañados de trastornos de conducta<sup>34,36,37</sup>. Igualmente, los médicos de cabecera señalan a los toxicómanos y a los psicóticos como los pacientes que les producen más dificultad y tensión<sup>12</sup>. Nos preguntamos en estos dos grupos de pacientes de dónde surge la demanda y alarma, posiblemente del entorno sociofamiliar y de las instituciones y no del propio paciente.

Analizando en conjunto los datos referentes a la impresión clínica, la decisión asistencial y la adecuación de la demanda, destacamos tres observaciones: a) un llamativo porcentaje de urgentes es considerado por los clínicos como «sin trastorno» o «levemente enfermo»; b) un 25,8% de los pacientes urgentes se deriva tras la primera entrevista a Atención Primaria y un 4% no precisa tratamiento, y c) los clínicos del CSM consideran que la vía de derivación del 51% de los urgentes no es la adecuada.

Está referenciado en algunos artículos<sup>38,39</sup> que la demanda psiquiátrica urgente no lo es sólo por los síntomas psicopatológicos, sino por el contexto en el que aparecen y las repercusiones sobre el mismo, lo que puede explicar que la valoración urgente del derivante no participe de los mismos criterios que el clínico del CSM. Son varias las posibles hipótesis que nos planteamos al respecto: a) la falta de definición coordinada y unívoca en el concepto de «urgente» por el servicio derivante y el CSM; b) la decisión de derivar de forma urgente está mediatizada por otros factores no reconocidos por el derivante, y c) la derivación errónea puede responder a una dificultad de contención de situaciones vitales críticas, por inseguridad en el profesional o déficit en el medio sanitario de atención.

En relación con cómo ven los propios pacientes la intensidad de sus síntomas, tienden a considerarla con una intensidad moderada-grave, fundamentalmente en las urgencias. Nos podríamos preguntar hasta qué punto la vivencia de su malestar condicionaría la vía de derivación

o si, por el contrario, son las implicaciones del trastorno sobre su familia lo que condiciona esa autopercepción.

Si bien el vacío de apoyo social y una red social pequeña son señaladas como un factor asociado a la urgencia, nuestros resultados no apuntan a ello. Tanto los pacientes atendidos por vía programada como urgente señalan contar en más de un 70% con alguien a quien acudir, aunque en menor proporción se sienten comprendidos y apoyados. La diferencia entre urgentes y programados viene asociada a la vivencia de soledad, que parece corresponder más a un sentimiento íntimo y subjetivo independiente de la red social objetiva del individuo. Sin embargo, este aspecto necesitaría de una mayor investigación.

No obstante, pensamos que un factor que puede marcar ciertas diferencias entre los pacientes derivados urgentes y los derivados por vía programada, y en el que pueden coincidir el derivante, el paciente y el especialista en el CSM, es la gravedad clínica. Un 85% de los urgentes considera que su problema tiene una intensidad moderada o grave, un 63% de los clínicos del CSM consideran moderada o gravemente enfermo al paciente y el 36% de las derivaciones procedentes de Atención Primaria aparecen justificadas por la gravedad clínica. Si bien este factor que nos puede servir para diferenciar la vía de derivación no es una variable específica, muchos casos derivados como urgentes no cumplen criterio de gravedad desde ninguno de los agentes implicados.

Por último, podemos concluir en la dificultad de establecer un perfil diferenciador entre los pacientes que acuden por vía urgente y aquellos que utilizan la vía programada. Pensamos que los factores que condicionan la derivación urgente son difíciles de delimitar; más allá de los factores explícitos existen otros elementos encubiertos (especialmente relacionales) que condicionan la derivación y cuya medición a través de cuestionarios operativos es aún deficitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Castaño, C, Rodríguez MI, Sánchez MS, Solana B. Utilización de los servicios de salud mental de Alcalá de Henares. Características. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1991;39:289-98.
2. Jenkins R, Bebbington P, Brugha TS, Farrell M, Lewis S, Meltzer H. British psychiatric morbidity survey. *B J Psychiatry* 1998;173:4-7.
3. Padierna JA, Jara AB. Análisis de las nuevas demandas psiquiátricas en un centro de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1992;12(4):147-53.
4. Rodríguez F, Rodrigo C, Hernández I, Lozano I. ¡Doctor, vengo de urgencias! *Atención Primaria* 1998;22(10):655-60.
5. Martínez O, Beitia M, Araluce K, Ayerra JM, Cela C, Grijalvo J, et al. Estudio de las primeras consultas de un centro de salud mental I. Características sociodemográficas, vías de derivación y tratamientos anteriores. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1997;61:37-60.
6. Porta I. Estudio de la adecuación de la demanda en dos servicios de urgencias extrahospitalarias. *Atención Primaria* 1986;3(4):205-10.
7. Boca E, Ramos JA, Muñoz PE, Crespo MD. Estudio comparativo de las urgencias psiquiátricas en un hospital psiquiátrico y en un hospital general. Madrid: Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Bienestar Social, 1984.
8. Lozano M, O'Neill, A, Jorda L, Vázquez A. La urgencia psiquiátrica en el hospital general: un análisis de las indicaciones de hospitalización. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1992;20:208-13.
9. Padierna JA. La urgencia psiquiátrica en un área de salud mental. Análisis y evolución de las demandas urgentes 1988-1991. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1993;46:182-6.
10. Delgado M, González A, Martín MA, Ponte N, Sierra AC. Estudio sobre urgencias psiquiátricas atendidas en un centro de salud mental comunitario durante un periodo de 6 meses. *Psiquiatría Pública* 1995;7(5):255-67.
11. Brown R. Comparison of referrals to primary-care and hospital out-patients clinics. *Br J Psychiatry* 1988;153:168-73.
12. Camps C, Grisbert C, Gutiérrez R, Montilla JF. Los médicos de Atención Primaria ante la salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995;53:217-22.
13. Gamero MJ, Bustos J, Cano MJ, Gutiérrez JR, Buitrago E. Derivaciones de médicos de Atención Primaria a una unidad de salud mental. *Atención Primaria* 1996;17(7):39-42.
14. Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadiñanos A, Diez-Manrique JF, Vázquez-Barquero JL. Derivaciones de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a salud mental. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(1):13-21.
15. Sriram TG. Training primary care medical officers in mental health care: and evaluation using a multiple-choice questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:414-7.
16. García-Testal A, Sancho F, Julve R, Puche E, Rabanaque G. Estudio de las derivaciones de Atención Primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Atención Primaria* 1998;22(4):233-8.
17. Gater R, de Almeida B, Sousa E, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, et al. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med* 1991; 21:761-74.
18. Vázquez-Barquero JL, Herrera S, Artal JA, Gaite L, Cuesta MJ, Goldberg D, et al. Factores implicados en las «rutas asistenciales» en salud mental. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1993;21(5):189-203.
19. Huertas J. Mejora de calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. *Atención Primaria* 1996;17(5):317-20.
20. Ruiz FJ, Piqueras V, Aznar JA. ¿Es posible mejorar la asistencia psiquiátrica a través del proceso de derivación? *Atención Primaria* 1995;15(8):491-7.
21. Buergy R, Haefner-Ranabauer W. Utilization of the psychiatric emergency service in mannheim: ecological and distance-related aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(11):558-67.
22. Mattioni T, Di-Lallo D, Roberti R, Miceli M, Stefani M, Maci C, et al. Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34(8):425-31.
23. Saarento O, Goestas G, Muus S, Sandlund M, Vinding H, Zandren T, et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: Use of outpatient care in specialist psychiatric services in seven Nordic catchment area. *Nordic J Psychiatry* 1998;52(4):285-309.
24. Way BR, Banks S. Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2001;52(2):214-8.

25. Martínez F, Ochoa S, Negredo MC, Casacuberta P, Paniego E, Thomas C, et al. Redes sociales de personas con esquizofrenia. Cuadernos de Trabajo Social 2000;13:299-322.
26. Padierna JA, Gastian F, Díaz P, Etxeveste A, Martínez E, Nieto A, et al. La morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria: detección y derivación por el médico de familia. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1988;8(24):21-9.
27. Padierna JA, Etxeveste A, Jara A, Angemi M, Salazar M, Ruiz de Loizaga A. La utilización de los servicios psiquiátricos por los ancianos. Psiquis 1990;11:55-61.
28. Padierna JA, Jara AB. Análisis de las nuevas demandas psiquiátricas en un área de salud mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1992;12(41):147-53.
29. Gómez L, Pérez M, Vila J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. Psicología Conductual 2001;9(1):5-38.
30. Padierna JA, Medrano J, Calle R, Marcos JJ. Los indicadores sociales y la demanda comunitaria de Atención Psiquiátrica. Revisión. Psiquis 1995;16(6):255-64.
31. Rojas G, Araya R, Fritsch R. Salud mental, problemas psicosociales y Atención Primaria de salud. Acta Psiquiátrica Psicol Am Latina 2000;46(2):119-26.
32. Conde M, Luque A, Mantrana L, Ruiz I. Estudio sobre la evolución de la demanda en un centro de salud mental comunitaria y los factores asociados. Psiquis 1999;20(4):136-42.
33. Luque A, Conde C, Riquelme JC, Mantrana L, Jiménez C, Martín I, et al. Diferencias sociodemográficas y de utilización del servicio entre primeras consultas programadas y urgentes en un centro de salud mental. Psiquis 2001;22(3):130-6.
34. Dossche DM, Ghani SO. Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates. Gen Hosp Psychiatry 1998;20(4):235-40.
35. Gou S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H. Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. Psychiatr Serv 2001;52(2):223-8.
36. Abia M, Belmonte F, Muñoz AE, Calzado C. Asistencia a las urgencias psiquiátricas en Albacete. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1992;12(40):37-42.
37. Zandren T, Oeiesvold T, Hansson L. The nordic comparative study on sectorized psychiatry: use of outpatient care in specialist psychiatric services in seven Nordic catchment areas. Nordic J Psychiatry 1998;52(4):285-309.
38. Baca E. Las urgencias psiquiátricas en un hospital psiquiátrico y en un hospital general de Madrid. Atención Primaria 1984;16:75-85.
39. Moreno E. Atención urgente o consulta rápida: necesidades de un modelo de respuesta a la demanda social. Med Clin 1996;106(12):441.