



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Análisis de las derivaciones a una Unidad de  
Salud Mental desde Atención Primaria

Analysis of Primary Care Referrals to a Mental  
Health Unit

Autor/es

Raquel Martínez Laguna

Director/es

Miguel Ángel Quintanilla López  
David Vaquero Puyuelo

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología  
Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

2025

*A mi madre, por acompañarme incluso cuando no sabía que la necesitaba,  
y por enseñarme, sin palabras, a seguir adelante.  
Gracias por ayudarme a hacer realidad mis sueños.*

# 1. Índice

## Contenido

1. Índice .....	1
2. Resumen .....	2
3. Introducción .....	6
3.1. Contextualización del Sistema de Salud y la Atención Primaria y relevancia de la patología psiquiátrica en la Salud Pública .....	6
3.2. Contextualización demográfica y poblacional en el Sector Sanitario Zaragoza III .....	10
3.3. Definición y función de las interconsultas entre Atención Primaria y Servicios Especializados.....	11
3.4. Calidad de las interconsultas: Desafíos y áreas de mejora .....	13
4. Justificación, objetivos e hipótesis .....	14
5. Material y métodos.....	16
5.1. Diseño del estudio .....	16
5.2. Definición de variables .....	17
5.3. Análisis estadístico.....	29
5.4. Consideraciones éticas .....	30
6. Resultados .....	31
6. 1. Estadística descriptiva.....	31
6. 2. Estadística analítica .....	58
7. Discusión .....	71
8. Conclusiones.....	81
9. Anexos .....	82
9.1. Anexo 1. Autorización Hospital Clínico .....	82
9.2. Anexo 2. Criterios de preferencia .....	83
9.3. Anexo 3. CEICA.....	93
10. Bibliografía.....	94

## 2. Resumen

**Introducción:** La coordinación entre Atención Primaria (AP) y los dispositivos de Salud Mental es esencial para garantizar una atención integral y eficiente. Las interconsultas virtuales (ICV) permiten una comunicación rápida entre niveles asistenciales, pero su calidad puede condicionar el proceso diagnóstico y terapéutico.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de las ICV remitidas desde AP a Psiquiatría y Psicología Clínica en la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) del Hospital Inocencio Jiménez, en el Sector Sanitario Zaragoza III, mediante el análisis de la información clínica incluida y la pertinencia de preferencia.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de 635 ICV recogidas en los tres primeros meses de 2024. Se analizaron variables como tipo de interconsulta, servicio destinatario, antecedentes médicos y psiquiátricos, tratamiento, clínica actual, calidad de la derivación (escala de 0 a 4 puntos) y pertinencia de preferencia.

**Resultados:** El 47.4% de las ICV incluían antecedentes psiquiátricos, de los cuales el 93.8% especificaban el diagnóstico. Solo el 15.4% reflejaban antecedentes médicos, aunque cuando se recogían, el 73.7% estaban relacionados con la clínica psiquiátrica. El tratamiento fue mencionado en el 68.7% de los casos, predominantemente farmacológico. La clínica actual fue descrita en el 87.4% de las derivaciones.

La media de calidad global de las ICV fue de 2.19 sobre 4 (IC 95%: 2.12-2.26, DE = 0.884), siendo superior en las derivaciones dirigidas a Psiquiatría (media de 2.31, IC 95%: 2.22-2.39) frente a Psicología (media de 1.96, IC 95%: 1.85-2.07). La puntuación más frecuente fue 2 puntos (41,6%), seguida de 3 (32,8%). Se observó variabilidad entre centros de AP emisores.

**Conclusiones:** La calidad de las ICV es intermedia en las derivaciones, con deficiencias relevantes en la recogida de antecedentes médicos y la descripción del tratamiento. Promover la formación de los profesionales de AP sobre criterios de derivación y uso adecuado de las ICV podría optimizar la atención especializada y la eficiencia del circuito asistencial en salud mental.

**Palabras clave:** Salud mental; Atención Primaria; Interconsulta; Derivación; Psiquiatría; Calidad asistencial.

**Abreviaturas:**

- AP: Atención Primaria
- ICV: Interconsulta Virtual
- USMA: Unidad de Salud Mental de Adultos
- DE: Desviación Estándar
- IC 95%: Intervalo de Confianza del 95%
- CEICA: Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

## Abstract

**Introduction:** Coordination between Primary Care (PC) and Mental Health services is essential to ensure comprehensive and efficient care. Virtual Referrals (VR) enable fast communication between care levels, but their quality may influence the diagnostic and therapeutic process.

**Objective:** To evaluate the quality of VICs sent from PC to Psychiatry and Clinical Psychology at the Adult Mental Health Unit (AMHU) of the Inocencio Jiménez Hospital, within the Zaragoza III Health Sector, through the analysis of the included clinical information and the appropriateness of the indicated preference.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study of 635 VR collected during the first three months of 2024. Variables analyzed included type of interconsultation, receiving service, medical and psychiatric history, current treatment, current clinical presentation, referral quality (rated on a 0 to 4 scale), and appropriateness of preference.

**Results:** Psychiatric history was included in 47.4% of VR, with 93.8% specifying the diagnosis. Only 15.4% reported medical history, though in 73.7% of these cases it was related to the psychiatric symptoms. Treatment was mentioned in 68.7% of referrals, mainly pharmacological. Current clinical presentation was described in 87.4% of cases.

The average overall quality score of the VR was 2.19 out of 4 (95% CI: 2.12–2.26; SD = 0.884), higher in referrals to Psychiatry (mean 2.31, 95% CI: 2.22–2.39) compared to Psychology (mean 1.96, 95% CI: 1.85–2.07). The most frequent score was 2 points (41.6%), followed by 3 points (32.8%). Variability was observed among referring PC centers.

**Conclusions:** VR quality was intermediate, with notable shortcomings in the collection of medical history and treatment description. Enhancing PC professionals' training in referral criteria and appropriate use of VR could improve specialized care and the efficiency of the mental health care pathway.

**Keywords:** Mental health; Primary Care; Consultation; Referral; Psychiatry; Quality of care.

**Abbreviations:**

- PC: Primary Care
- VR: Virtual Referral
- AMHU: Adult Mental Health Unit
- SD: Standard Deviation
- 95% CI: 95% Confidence Interval
- CEICA: Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón
- ICD-10: International Classification of Diseases

### 3. Introducción

#### 3.1. Contextualización del Sistema de Salud y la Atención Primaria y relevancia de la patología psiquiátrica en la Salud Pública

El sistema de salud actual enfrenta diversos retos, especialmente en lo que respecta a la coordinación entre los diferentes niveles de atención. En este contexto, la Atención Primaria (AP) desempeña un papel crucial como puerta de entrada al sistema ofreciendo atención integral, continuada y accesible a la población, abordando desde problemas agudos y crónicos hasta aspectos preventivos y de promoción de la salud.

Los problemas de salud mental son frecuentes entre los pacientes que acuden a AP, ya sea como motivo principal de consulta o como comorbilidad. Se estima que la prevalencia de estos trastornos en este nivel asistencial ronda el 20% (1).

Sin embargo, diversos estudios han evidenciado que con frecuencia son infradetectados en dicho nivel. Así, mientras que estos profesionales identificaron patología psiquiátrica en el 18,5% de los casos, mediante herramientas estructuradas como el cuestionario PRIME-MD se alcanzó una detección del 53,5%. Lo que confirma que el médico de familia detecta menos de la mitad de los casos reales de trastorno mental (2).

Esta discrepancia se atribuye, en parte, a la limitada formación en salud mental que reciben estos profesionales. Se estima que la sensibilidad para detectar trastornos psiquiátricos ronda el 35%, mientras que la especificidad es del 85%. Es decir, aunque identifican pocos casos, cuando lo hacen, el diagnóstico suele ser acertado (3).

Entre los factores que favorecen una mayor capacidad diagnóstica del médico de AP destaca la presencia explícita de síntomas psíquicos. En un estudio multicéntrico realizado en España, también se observaron asociaciones significativas con el sexo masculino del paciente y el hecho de haber acudido a consulta en los seis meses previos (4). Estos hallazgos sugieren que un mayor contacto entre paciente y médico aumenta las probabilidades de que se reconozcan los síntomas psiquiátricos, especialmente si estos se presentan de forma persistente o con una carga funcional evidente, al brindar más oportunidades para reconocer patrones de malestar que orienten hacia una causa de origen psíquico.

Cuando los pacientes requieren una atención especializada, la derivación a servicios como Psiquiatría y Psicología Clínica resulta esencial para asegurar un abordaje adecuado. Este

proceso, canalizado mediante la interconsulta, es clave para optimizar los recursos y mejorar la eficacia del sistema sanitario.

La patología psiquiátrica representa un problema de salud pública a nivel global y nacional. Según el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), aproximadamente un 27% de la población adulta europea presenta algún trastorno mental cada año, siendo los trastornos de ansiedad, afectivos y por abuso de sustancias los más frecuentes. A pesar de esta elevada prevalencia, menos de un tercio de las personas afectadas accede a atención especializada (5).

En el caso de España, los resultados del ESEMeD-España revelaron una prevalencia del 19,5% de trastornos mentales a lo largo de la vida y del 8,4% en los últimos doce meses. El episodio depresivo mayor fue el más común, con una prevalencia anual del 3,9% y una prevalencia de por vida del 10,5% (6).

Por su parte, la Encuesta Europea de Salud (INE, 2020) también apunta a una elevada prevalencia de sintomatología depresiva, especialmente entre las mujeres. La frecuencia de estos síntomas aumenta con la edad, siendo más pronunciada en las personas mayores de 65 años, un grupo que además presenta un mayor uso de los servicios de AP (7).

En una revisión sistemática publicada en 2018 en la Revista Española de Geriatria y Gerontología, se estimó que el 20,8% de los mayores de 65 años padecen trastornos de ansiedad, una cifra superior a la observada en estudios previos (8). Es relevante también destacar que, aunque la pirámide poblacional de Aragón es similar a la de España caracterizándose por una población envejecida, el porcentaje de personas mayores de 65 años es mayor que en el conjunto del país (9).

A ello se suma una baja utilización de los servicios de salud mental en este grupo: solo el 7% de los mayores de 65 años, y el 11% de aquellos con trastorno mental diagnosticado, accedieron a dichos servicios en el último año. Entre las principales barreras destacan el autoestigma, la percepción de que los problemas pueden resolverse sin ayuda, y el estigma por parte del entorno sanitario y social.

Esta posible infraestimación podría explicarse por el uso de herramientas no adaptadas a la población geriátrica, así como por una escasa representación de este grupo en los

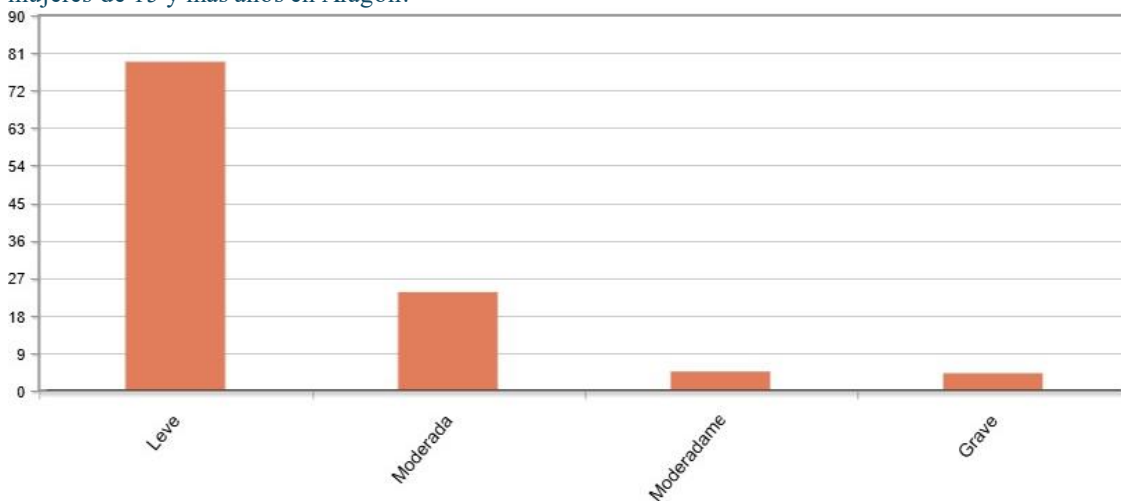
estudios epidemiológicos. La consecuencia es una posible planificación inadecuada de recursos, lo que contribuye a que muchas personas mayores no reciban tratamiento.

Además, una parte significativa de la población prefiere estrategias terapéuticas alternativas a los medicamentos, debido a creencias negativas sobre la adicción que pueden causar los antidepresivos. Aunque estos fármacos han demostrado ser efectivos, se observa un rechazo generalizado hacia ellos, lo que puede influir en la falta de acceso a los servicios de salud mental. Esto subraya una brecha importante entre las opciones de tratamiento disponibles y las creencias de los pacientes sobre su utilidad y seguridad, percepciones que podrían abordarse en el ámbito de la AP (10). En este sentido, se han propuesto estrategias de prevención primaria de los trastornos de ansiedad desde AP como vía para reducir la carga de enfermedad, promover la salud mental comunitaria y evitar la medicalización innecesaria (11).

Por otro lado, se ha observado una relación inversa entre el nivel educativo y la prevalencia de síntomas depresivos: cuanto menor es el nivel educativo, mayor es la probabilidad de presentar sintomatología depresiva grave. Este dato subraya la influencia de los determinantes sociales en la salud mental.

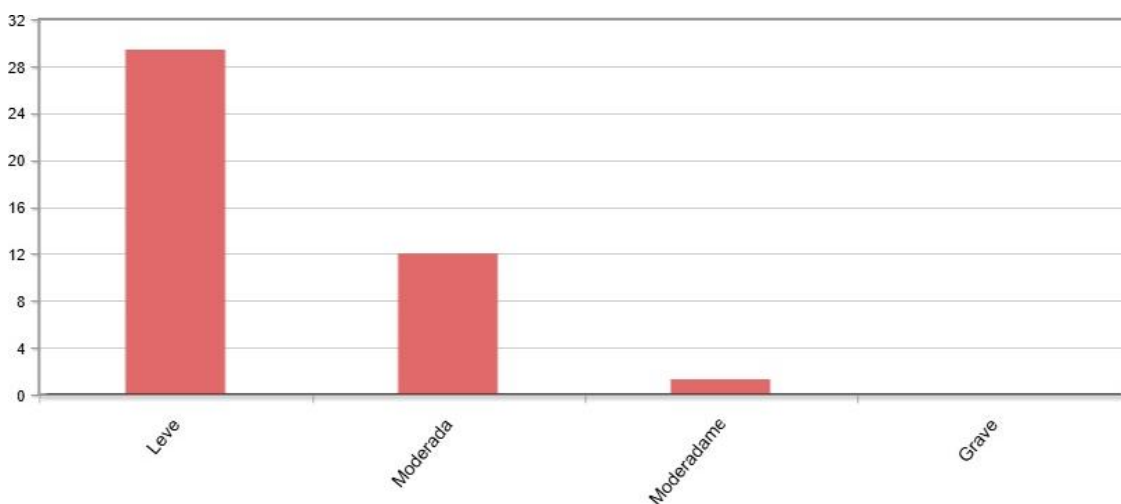
Aunque los síntomas depresivos leves son los más prevalentes en la población general (véase Gráfico 1 y Gráfico 2), no deben subestimarse, ya que pueden evolucionar hacia trastornos más graves si no se detectan e intervienen a tiempo. Esto refuerza la necesidad de fortalecer la AP en salud mental, con especial atención a los grupos vulnerables, así como de promover políticas públicas centradas en la prevención, la detección precoz y el tratamiento de estos trastornos.

Gráfico 1. Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y comunidad autónoma. Población de mujeres de 15 y más años en Aragón.



Fuente: Encuesta Europea de Salud.

Gráfico 2. Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y comunidad autónoma. Población de hombres de 15 y más años en Aragón.



Fuente: Encuesta Europea de Salud.

Los trastornos mentales impactan gravemente en la calidad de vida y son una causa principal de discapacidad en la población adulta, además de suponer una carga creciente para los sistemas sanitarios. Su abordaje requiere una mejora urgente de la atención y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (12).

La Psiquiatría y Psicología Clínica desempeñan un rol esencial en el tratamiento de los trastornos mentales, especialmente cuando los casos requieren una atención más especializada que no puede ser abordada adecuadamente en el ámbito de la AP. Estos

servicios están diseñados para proporcionar un diagnóstico preciso, tratamiento farmacológico y terapias psicológicas adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

Dada la elevada prevalencia de este grupo de enfermedades junto con las dificultades de acceso y detección en el primer nivel asistencial, resulta fundamental analizar la calidad de las interconsultas realizadas desde AP a los servicios de Psiquiatría y Psicología Clínica, como se plantea en el presente trabajo.

### 3.2. Contextualización demográfica y poblacional en el Sector Sanitario Zaragoza III

El Sector Sanitario Zaragoza III abarca una variedad de centros de AP ubicados en diferentes municipios. Sin embargo, el presente estudio se limita a aquellos centros cuya población está adscrita a la Unidad de Salud Mental Inocencio Jiménez, lo que implica que no se incluyen todos los centros del sector sino únicamente una parte de él. Entre ellos destacan Bombarda, Cariñena, Casetas, Delicias Norte, Herrera de los Navarros, María de Huerva, Univérsitas y Utebo (véase Tabla 1).

Estos centros atienden a una población heterogénea, lo que pone de manifiesto la importancia de conocer las características demográficas y poblacionales de la zona para una adecuada contextualización de las interconsultas.

En los últimos años, la población residente en Aragón ha experimentado un crecimiento notable. Según el Instituto Aragonés de Estadística, entre 2019 y 2024 la población de María de Huerva aumentó un 12,9 %, pasando de 25.613 a 28.911 habitantes, situándose así entre las cinco zonas de salud con mayor incremento poblacional (13). Este tipo de cambios demográficos (véase Tabla 1) repercuten directamente en la demanda asistencial, incluyendo un aumento en el número de consultas y en las derivaciones hacia los servicios especializados de salud mental.

En este contexto, la depresión constituye uno de los principales retos para la salud pública en Aragón. Según el *Informe de Prevalencia de Depresión de Aragón en 2023*, las tasas ajustadas de prevalencia difieren significativamente entre los distintos sectores sanitarios. En particular, el Sector Sanitario Zaragoza III presenta tasas superiores a la media regional. Destaca la tasa ajustada en mujeres, que asciende a 95,6 casos por cada 1.000

habitantes. Asimismo, se identifican como zonas básicas de salud con exceso de riesgo en ambos sexos los centros de Casetas y Delicias Norte, y adicionalmente, en el caso de los varones, los centros de Utebo y María de Huerva (14).

Estas cifras, correspondientes a los centros incluidos en este estudio, refuerzan la necesidad de implementar estrategias eficaces de detección precoz y derivación desde AP hacia los servicios de salud mental especializados, especialmente en las áreas con prevalencias más elevadas.

Tabla 1. Población total y desglosada por sexo en 2024 de las Zonas de Salud a estudio.

Zona de Salud	Ambos sexos	Hombre	Mujer
Bombarda	14.260	6.669	7.591
Cariñena	8.157	4.310	3.847
Casetas	15.545	7.918	7.627
Delicias Norte	24.582	11.814	12.768
Herrera de los Navarros	1.242	717	525
María de Huerva	28.911	14.754	14.157
Univérsitas	29.273	13.797	15.476
Utebo	21.056	10.480	10.576

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos por el IAEST a partir del Censo anual de población (INE) y el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón.

### 3.3. Definición y función de las interconsultas entre Atención Primaria y Servicios Especializados

Las interconsultas virtuales (ICV) son solicitudes realizadas por médicos de AP a los servicios especializados, con el fin de obtener una valoración clínica sobre el tratamiento o diagnóstico de un paciente que requiere cuidados fuera del alcance de la AP.

Según un estudio realizado en 2024 la cantidad de ICV realizadas en Aragón se incrementó significativamente entre 2018 y 2022, con un aumento de más de 180.000 solicitudes, pasando de 224.694 a 409.133 (15).

Este modelo de ICV se ha consolidado como una herramienta clave en la mejora de la atención sanitaria, especialmente en AP, y ha sido generalmente bien recibido por los

profesionales. La mayoría de los facultativos destacan sus ventajas en cuanto a eficiencia y acceso más rápido a la atención especializada. No obstante, un pequeño grupo de profesionales (aproximadamente el 5%) considera que el modelo no aporta un valor sustancial, lo que indica la necesidad de seguir evaluando su eficacia y haciendo ajustes en su implementación (16).

Alrededor del 48% de los encuestados en dicho estudio mencionan que el uso de la ICV requiere tiempo y esfuerzo al principio, lo cual podría dificultar su expansión, aunque se observa que con el tiempo y la experiencia, esta barrera tiende a disminuir. Un 67,8% de los profesionales destaca que la calidad de las derivaciones ha mejorado gracias al uso de esta modalidad (15).

Además de su eficiencia, la ICV ha reducido la necesidad de desplazamientos y consultas presenciales, lo que resulta beneficioso en un contexto donde los recursos sanitarios son limitados. También ha promovido una mayor equidad en el acceso a la atención especializada, especialmente en áreas rurales o con poca densidad de población, mejorando la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y garantizando que los pacientes reciban atención en el momento adecuado, sin demoras innecesarias.

No obstante, también se reconocen algunos desafíos, como la posibilidad de tomar decisiones clínicas basadas en información incompleta. Para mitigar estos riesgos, se sugiere intensificar la formación continua de los profesionales, establecer protocolos estandarizados y mejorar los sistemas informáticos para asegurar que la comunicación y el seguimiento de los pacientes sean más efectivos.

Por último, es esencial seguir fortaleciendo la capacidad resolutoria de AP, para que los sistemas tecnológicos puedan respaldar esta función sin que interfieran en la calidad del servicio prestado.

La importancia de las ICV es tal que, dentro del Plan de Salud Mental 2022-2025, se contempla como una actuación clave la implementación de modelos de trabajo colaborativos entre AP y Salud Mental, destacando la ICV como una herramienta esencial para la consulta interprofesional y/o como una vía de derivación entre niveles asistenciales. Además se añaden nuevas funcionalidades de la misma favoreciendo la

bidireccionalidad: videoconferencia, rocket chat, sitio web corporativo de Salud Mental (17).

### 3.4. Calidad de las interconsultas: Desafíos y áreas de mejora

La calidad de las ICV es un factor clave para la eficiencia del sistema de salud. Una interconsulta bien realizada puede mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, mientras que una interconsulta mal ejecutada o incompleta puede resultar en diagnósticos erróneos, retrasos en el tratamiento y un uso ineficaz de los recursos sanitarios.

A través de la evaluación de las ICV, se pueden identificar áreas de mejora en cuanto a la precisión de la información proporcionada, la pertinencia de las derivaciones y la comunicación entre los profesionales sanitarios. Este análisis busca optimizar el proceso de interconsulta y mejorar la calidad de la atención ofrecida a los pacientes con trastornos mentales.

La calidad de las ICV entre AP y los servicios especializados de salud mental se ve condicionada por una comunicación a menudo limitada entre ambos niveles asistenciales.

Un estudio realizado en España evidenció una moderada concordancia entre los médicos de AP y los psiquiatras respecto al motivo de derivación y diagnóstico, lo que sugiere una falta de alineación en la valoración clínica del paciente (18). Esta discrepancia resalta la necesidad de mejorar la formación de los profesionales de AP en la detección y manejo inicial de los trastornos mentales, así como de establecer protocolos más claros y específicos de derivación. Una comunicación más efectiva y una mejor estructuración del proceso permitirían optimizar los recursos, reducir tiempos de espera y garantizar una atención más adecuada y centrada en el paciente.

## 4. Justificación, objetivos e hipótesis

### 4.1. Justificación

La Atención Primaria constituye un papel fundamental al ejercer de primer nivel asistencial y desarrollar un rol clave al identificar qué pacientes deben ser derivados. La ICV es una herramienta que permite la comunicación entre diversos niveles asistenciales (en este caso, entre AP y Psiquiatría/Psicología Clínica) y que puede utilizarse con diferentes fines, principalmente consultivos o derivativos. La ICV es un avance tecnológico que presenta múltiples beneficios pero que, sin embargo, su incorrecto uso puede implicar diversas desventajas tanto para facultativos como para pacientes (sobrecarga de los servicios especializados, aumento del consumo de recursos, disminución de la calidad de atención, aumento de la lista de espera). Se ha venido observando que en ocasiones se omite información relevante en estas ICV como son el motivo de solicitud o la sospecha diagnóstica. Este estudio se justifica por la necesidad de analizar los motivos por los que se realizan estas ICV, el tipo de las mismas (consultivas o de derivación), el grado (normal o preferente) así como su calidad (criterio correcto de preferencia y el grado de cumplimentación que presentan). Esto permitirá proporcionar una visión más clara de las posibles áreas de mejora en la coordinación entre ambos niveles asistenciales con la finalidad de optimizar el proceso de derivación y de asistencia de los pacientes.

### 4.2. Objetivos

Los objetivos de este estudio son:

- I. Recabar y describir las ICV dirigidas a una Unidad de Salud Mental desde Atención Primaria entre enero y marzo de 2024.
- II. Analizar la pertinencia de la indicación de preferencia en las mismas.
- III. Objetivar el grado de cumplimentación de las ICV (atendiendo a la presencia en las mismas de: antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos, clínica del episodio actual y tratamiento actual).

### 4.3. Hipótesis

En base a la literatura revisada se plantean las siguientes hipótesis:

- La mayoría de las ICV dirigidas a la Unidad de Salud Mental presentan características generales homogéneas, siendo predominantemente derivativas y de prioridad normal.
- Existe un porcentaje relevante de ICV en las que la indicación de preferencia no se ajusta adecuadamente a los criterios clínicos establecidos.
- Una proporción significativa de las ICV presenta un grado insuficiente de cumplimentación, especialmente en cuanto a los antecedentes psiquiátricos y el tratamiento actual, lo que podría dificultar la valoración especializada.

## 5. Material y métodos

### 5.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Es observacional porque se analizan datos ya existentes sin intervenir en ellos, descriptivo ya que se examinan las características de las ICV realizadas y retrospectivo al basarse en datos previamente recopilados.

El estudio se ha llevado a cabo en la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) del Hospital Inocencio Jiménez, en el marco del Sector Sanitario Zaragoza III, bajo la correspondiente autorización del centro (Anexo 1).

El periodo de las ICV consultadas comprende desde enero hasta marzo de 2024, ambos inclusive.

#### 5.1.1. Criterios de inclusión

Se ha incluido en el estudio a aquellos pacientes mayores de edad a los que se haya realizado una ICV a Psiquiatría o Psicología Clínica de la USMA Inocencio Jiménez.

Dichas ICV deben haber sido realizadas desde los centros de AP Bombarda, Cariñena, Casetas, Delicias Norte, Herrera de los Navarros, María de Huerva, Universitat o Utebo, todos ellos pertenecientes al Sector Sanitario Zaragoza III.

No se realiza reclutamiento activo de pacientes sino que se utilizan todas las ICV que cumplen los criterios de inclusión descritos anteriormente. Los datos han sido tratados de forma seudonimizada para garantizar la confidencialidad de los pacientes.

### 5.1.2. Criterios de exclusión

Se han excluido del estudio:

- Pacientes menores de 18 años
- ICV dirigidas a servicios diferentes de Psiquiatría o Psicología Clínica de la USMA
- ICV duplicadas
- ICV fuera del periodo que abarca este estudio: enero a marzo de 2024

### 5.1.3. Tamaño muestral

Se recogieron un total de 645 ICV, de las cuales se eliminaron 10 por duplicidad, resultando una muestra final de 635 ICV para su posterior análisis.

Se han analizado un total de 635 ICV. No obstante, cabe destacar que este dato no se corresponde necesariamente con una muestra de 635 pacientes, ya que un mismo paciente pudo haber generado más de una ICV, incluso a ambos servicios de la USMA.

Esta posible duplicidad no ha podido ser comprobada dada la seudonimización de los datos para su posterior análisis en este estudio.

El acceso a dicha información fue aprobado por el CEICA con exención de solicitar el consentimiento informado a los pacientes. Dicha exención se produjo por la imposibilidad de contacto con los pacientes, así como el carácter retrospectivo de los datos y el potencial impacto positivo del estudio para la organización asistencial.

## 5.2. Definición de variables

### 5.2.1. Parámetros

Con el objetivo de analizar exhaustivamente las ICV, se establecieron una serie de variables que fueron extraídas manualmente de los textos originales de las ICV y recopiladas en Jamovi.

Las variables son las siguientes: tipo de consulta, sexo, edad, centro de salud de origen, servicio destinatario de la ICV, carácter de la ICV según el médico de AP, antecedentes

médicos, antecedentes relacionados con Salud Mental, clínica actual, enfermedad actual clasificada según CIE-10, tratamiento actual, tiempo de respuesta, mes en el que tuvo lugar la ICV, calidad de la derivación, pertinencia de preferencia, motivo de preferencia, adecuación del servicio destinatario y presencia de información adicional.

A continuación, se explican las variables detalladamente así como su codificación.

#### a. Tipo de consulta

Variable cualitativa nominal dicotómica que recoge el objetivo principal de la ICV. Se han definido dos categorías: derivativa y consultiva.

La categoría derivativa hace referencia a la solicitud de atención directa del paciente por parte del psiquiatra o psicólogo. Por otro lado, la categoría consultiva engloba aquellas en las que el médico de AP solicita orientación o consejo sin derivación presencial.

Tabla 2. Codificación y definición de la variable “Tipo de consulta”.

Tipo de consulta	Definición	Codificación
Derivativa	Solicitud de atención directa del paciente por parte del psiquiatra o psicólogo	0
Consultiva	Solicitud de orientación o consejo sin derivación presencial	1

Fuente: Elaboración propia.

#### b. Sexo

Variable cualitativa nominal dicotómica en la que se diferencia entre varón y mujer según queda especificado en el contenido de la ICV.

Tabla 3. Codificación de la variable “Sexo”.

Sexo	Codificación
Varón	0
Mujer	1

Fuente: Elaboración propia.

### c. Edad

Variable cuantitativa discreta recogida en años cumplidos.

### d. Centros de Atención Primaria

Variable cualitativa nominal que identifica el centro de AP desde el cual se realizó la ICV. Las categorías establecidas son: Bombarda, Cariñena, Casetas, Delicias Norte, Herrera, María de Huerva, Univérsitas, Utebo y otros. La categoría “otros” se utiliza para agrupar las ICV procedentes de centros de AP que no pertenecen al área asistencial correspondiente a este servicio.

Tabla 4. Codificación de la variable “Centro de AP”.

Centro de AP	Codificación
Bombarda	1
Cariñena	2
Casetas	3
Delicias Norte	4
Herrera	5
María de Huerva	6
Univérsitas	7
Utebo	8
Otros	9

Fuente: Elaboración propia.

### e. Servicio destinatario

Variable cualitativa nominal dicotómica que identifica el servicio de la USMA al que se dirigió la ICV diferenciando entre Psiquiatría y Psicología Clínica.

Tabla 5. Codificación de la variable “Servicio destinatario”.

Servicio destinatario	Codificación
Psicología	0
Psiquiatría	1

Fuente: Elaboración propia.

#### f. Carácter de la interconsulta

Variable cualitativa nominal que refleja el carácter de la ICV asignado por el médico de AP, indicando si es normal o preferente.

Tabla 6. Codificación de la variable “Carácter de la ICV”.

Carácter de la ICV	Codificación
Normal	0
Preferente	1

Fuente: Elaboración propia.

#### g. Diagnóstico según CIE-10

Variable cualitativa nominal que clasifica la patología psiquiátrica actual en función del sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). La codificación fue realizada durante el análisis de las ICV, basándose en la información clínica descrita por el médico de AP.

Se empleó una codificación numérica de 0 a 10 en función de los grupos diagnósticos principales, atendiendo al primer dígito del código CIE-10 subapartado F (véase Tabla 7). Además se asignó el código 11 a los casos que no encajaban claramente en ninguna categoría establecida (“otros”) y el código 12 cuando no se especificaba ningún diagnóstico.

Tabla 7. Codificación y definición de la variable “Diagnóstico según CIE-10”.

Codificación	CIE-10	Definición
0	F00-F09	Trastornos orgánicos, incluidos los síntomas somáticos
1	F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
2	F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
3	F30-F39	Trastornos del estado de ánimo
4	F40-F49	Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos

5	F50-F59	Síndromes conductuales asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
6	F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
7	F70-F79	Retraso mental
8	F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico
9	F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
10	F99	Trastorno mental sin especificación
11	-	Otros
12	-	No hay datos suficientes para diagnóstico

Fuente: Elaboración propia.

#### h. Mes de la interconsulta

Variable cualitativa ordinal que indica el mes en el que se realizó la ICV. Las ICV comprenden de enero a marzo ambos inclusive.

#### i. Tiempo de respuesta

Variable cuantitativa discreta medida en días. Representa el número de días transcurridos entre la fecha de realización de la ICV por el médico de AP y la fecha de respuesta del psiquiatra o psicólogo de la USMA.

#### j. Pertinencia del carácter

Variable cualitativa nominal que clasifica las ICV según la pertinencia del carácter preferente desde el punto de vista del investigador, conforme a los criterios de preferencia establecidos y distribuidos por el centro (véase Anexo 2).

Atendiendo a dichos criterios se han establecido cinco categorías: no cumple criterios de preferencia, síntomas psicóticos de reciente aparición, descompensación de Trastorno Mental Grave, conducta suicida, otras (otras circunstancias clínicas que, a juicio del evaluador, justifican una atención preferente).

Tabla 8. Codificación y definición de la variable “Pertinencia del carácter”.

Codificación	Carácter según el investigador	Definición
0	Normal	No cumple criterios de preferencia
1	Preferente	Síntomas psicóticos de reciente aparición
2	Preferente	Descompensación de Trastorno Mental Grave
3	Preferente	Conducta suicida
4	Preferente	Otras (circunstancias clínicas que justifican una atención preferente)

Fuente: Elaboración propia.

#### k. Información adicional

Variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no) que recoge si el psiquiatra o psicólogo ha incluido información adicional como respuesta a la ICV, como consejos respecto a las pautas farmacológicas o peticiones de pruebas complementarias. Dicha información se recoge en una variable adicional.

##### k.1. Tipo de información adicional

Tabla 9. Codificación de la variable “Tipo de información adicional”.

Codificación	Motivo
1	Prescripción incorrecta o insuficiente por el médico de AP
2	Explicar derivación
3	Consejo farmacológico
4	Indica la necesidad de realizar otra ICV para tramitar también una cita con Psicología
5	Indicar cita ya en buzón para revisión
6	IC duplicada
7	No cumple criterios de derivación a Psiquiatría
8	Faltan datos, analíticas o pruebas de imagen
9	Esperar evolución del tratamiento propuesto por AP
10	Respuesta a consultiva
11	Indicar la falta de cumplimiento de los criterios de preferencia
12	Si riesgo de suicidio derivar a Urgencias

13	Indicar cancelación de cita si no va a asistir
14	Indicar error administrativo

Fuente: Elaboración propia.

### l. Adecuación al servicio destinatario

Variable cualitativa nominal que recoge si el servicio destinatario al que se dirigió la interconsulta (ICV) fue el adecuado según los criterios establecidos. Su objetivo es valorar la correspondencia entre el motivo de derivación y el recurso especializado al que se dirige.

Tabla 10. Codificación de la variable “Adecuación al servicio destinatario”.

Codificación	Adecuación del servicio destinatario
0	Bien derivado
1	Derivan a PSQ y deberían derivar a Psicología
2	Derivan de un CS de fuera del área de referencia
3	Unidad de Adicciones
4	Infantojuvenil
5	No cumple criterios de derivación a PSQ
6	Valoraciones psicométricas

Fuente: Elaboración propia.

Hay parámetros que se recogen de forma objetiva atendiendo estrictamente a lo indicado en la ICV tales como el sexo, la edad, el centro de AP de procedencia, servicio destinatario, carácter y mes. Sin embargo, el resto de los parámetros han sido interpretados bajo el criterio subjetivo del investigador recopilándose estructuradamente para minimizar errores e incoherencias.

### m. Antecedentes médicos

Variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no) que indica si el médico de AP ha incluido información acerca de los de antecedentes médicos y no relacionados con Salud Mental del paciente en el contenido de la ICV.

Se codifica como “no” aquellas ICV en las que no se hace mención a antecedentes médicos, lo cual no implica necesariamente la ausencia de dichos antecedentes sino la falta de información al respecto en el texto de la ICV.

Se codifica como “sí” aquellas ICV en las que se hace mención a antecedentes médicos, ya sea para indicar su existencia o su ausencia.

Para estos últimos se emplean dos variables adicionales: la presencia de antecedentes médicos relevantes y la relación de estos con la patología psiquiátrica.

Tabla 11. Codificación y definición de la variable “Antecedentes médicos”.

Definición	Codificación
No se mencionan antecedentes médicos en la ICV	0
Se mencionan antecedentes médicos en la ICV	1

Fuente: Elaboración propia.

#### m.1. Presencia de antecedentes médicos relevantes

Variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no) que indica la presencia o ausencia de antecedentes médicos relevantes según lo recogido por el médico de AP.

Se codifica como “no” aquellas ICV en las que se indica que no hay antecedentes médicos relevantes. Si menciona antecedentes concretos se codifica como “sí”.

Tabla 12. Codificación y definición de la variable “Presencia de antecedentes médicos relevantes”.

Definición	Codificación
Ausencia de antecedentes médicos	0
Presencia de antecedentes médicos	1

Fuente: Elaboración propia.

#### m.2. Relación de los antecedentes médicos con la patología psiquiátrica

Variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no) que indica la presencia o ausencia de relación de los antecedentes médicos con su patología psiquiátrica.

Se codifica como “no” aquellas ICV en las que se indica que no los hay. Si menciona antecedentes concretos relacionados se codifica como “sí”.

Tabla 13. Codificación y definición de la variable “Relación de los antecedentes médicos con la patología psiquiátrica”.

Definición	Codificación
Ausencia de relación entre antecedentes médicos y patología psiquiátrica	0
Presencia de relación entre antecedentes médicos y patología psiquiátrica	1

Fuente: Elaboración propia.

#### n. Antecedentes relacionados con Salud Mental

Variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no) que indica si el médico de AP ha incluido información acerca de los de antecedentes relacionados con la Salud Mental del paciente en el contenido de la ICV.

Se codifica como “no” cuando no se hace mención a dichos antecedentes en el texto de la ICV, lo cual no implica necesariamente su ausencia sino la falta de información al respecto.

Se codifica como “sí” cuando se hace mención a antecedentes relacionados con la Salud Mental, ya sea para indicar su existencia o su ausencia.

En los casos codificados como “sí” se emplean dos variables adicionales: la presencia de antecedentes psiquiátricos relevantes y la especificación de la patología psiquiátrica.

Tabla 14. Codificación y definición de la variable “Antecedentes relacionados con Salud Mental”.

Definición	Codificación
No se mencionan antecedentes relacionados con Salud Mental en la ICV	0
Se mencionan antecedentes relacionados con Salud Mental en la ICV	1

Fuente: Elaboración propia.

##### n.1. Presencia de antecedentes psiquiátricos

Variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no) que indica la presencia o ausencia de antecedentes psiquiátricos según lo recogido por el médico de AP.

Se codifica como “no” cuando se señala que no hay antecedentes médicos relevantes. Si se describen antecedentes concretos se codifica como “sí”.

Tabla 15. Codificación y definición de la variable “Presencia de antecedentes psiquiátricos”.

Definición	Codificación
Ausencia de antecedentes psiquiátricos	0
Presencia de antecedentes psiquiátricos	1

Fuente: Elaboración propia.

## n.2. Especificación de la patología psiquiátrica

Variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no) que indica si queda especificado en el texto de la ICV el diagnóstico o patología psiquiátrica previa.

Se codifica como “no” aquellas ICV en las que a pesar de quedar indicada la existencia de antecedentes psiquiátricos no se refleja cuál fue el diagnóstico.

Se codifica como “sí” si queda señalado el diagnóstico o tipo de patología previa.

Tabla 16. Codificación y definición de la variable “Especificación de la patología psiquiátrica”.

Definición	Codificación
No se especifica patología psiquiátrica	0
Se especifica patología psiquiátrica	1

Fuente: Elaboración propia.

## ñ. Clínica actual

Variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no) que recoge la presencia o ausencia de descripción clínica del motivo de consulta según el relato del médico de AP en la ICV.

Tabla 17. Codificación y definición de la variable “Clínica actual”.

Clínica actual	Definición	Codificación
No	Presencia de descripción de la clínica en la ICV	0
Sí	Ausencia de descripción de la clínica en la ICV	1

Fuente: Elaboración propia.

## o. Tratamiento actual

Variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no) que indica si el médico de AP ha incluido información sobre el tratamiento actual del paciente en la ICV.

La codificación “no” no implica que el paciente no esté recibiendo tratamiento, sino que no se aporta información al respecto en la ICV.

Tabla 18. Codificación de la variable “Tratamiento actual”.

Definición	Codificación
No se menciona tratamiento en la ICV	0
Se menciona tratamiento en la ICV	1

Fuente: Elaboración propia.

La codificación “sí” incluye dos subvariables:

#### o.1. Presencia de tratamiento

Indica si el paciente está o no recibiendo tratamiento en el momento de la consulta, según lo especificado en la ICV.

Si el paciente sí recibe tratamiento se recoge una subclasificación según el tipo de tratamiento que este recibe.

Si el paciente no recibe tratamiento se recoge una subclasificación para esclarecer el motivo.

Tabla 19. Codificación de la variable “Presencia de tratamiento”.

Definición	Codificación
Ausencia de tratamiento	0
Presencia de tratamiento	1

Fuente: Elaboración propia.

#### o.1.1. Tipo de tratamiento

Se clasifica el tipo de tratamiento y se codifica como:

- 0: Se desconoce tratamiento
- 1: Tratamiento farmacológico
- 2: Psicoterapia
- 3: Farmacológico + Psicoterapia
- 4: Tratamiento no farmacológico (medidas higiénico-dietéticas)
- 5: Abandono del tratamiento

Tabla 20. Codificación de la variable “Tipo de tratamiento”.

Tipo de tratamiento	Codificación
Se desconoce tratamiento	0
Tratamiento farmacológico	1
Psicoterapia	2
Farmacológico + Psicoterapia	3
Tratamiento no farmacológico (medidas higiénico-dietéticas)	4
Abandono del tratamiento	5

Fuente: Elaboración propia.

#### o.1.2. Motivo de no tratamiento

Se clasifica la causa de ausencia de tratamiento codificando como “0” si se desconoce la causa y “1” si el paciente ha rechazado tratamiento.

Tabla 21. Codificación de la variable “Motivo de no tratamiento”.

Causa de ausencia de tratamiento	Codificación
Se desconoce la causa	0
Rechazo del tratamiento por parte del paciente	1

Fuente: Elaboración propia.

#### p. Calidad de la derivación

Variable cuantitativa ordinal que evalúa la calidad de la ICV en base a una escala de elaboración propia, diseñada para valorar de forma estructurada y objetiva la información aportada por el médico de AP.

Esta escala consiste en un sumatorio de cuatro criterios ya recogidos previamente en otras variables: antecedentes médicos, antecedentes de Salud Mental, clínica actual y tratamiento actual (véase Tabla 22).

Cada uno de estos ítems se puntúa de forma dicotómica (0=ausente, 1=presente), por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 (mínima calidad de la derivación) y 4 (máxima calidad de la derivación).

Tabla 22. Codificación y descripción de la variable “Calidad de la derivación”.

Criterio evaluado	Descripción	Puntuación
Antecedentes médicos	Se incluye información sobre antecedentes médicos relevantes no psiquiátricos (presentes o ausentes)	0= No / 1=Sí
Antecedentes de Salud Mental	Se incluye información sobre antecedentes psiquiátricos (presentes o ausentes)	0= No / 1=Sí
Clínica actual	Se describe el motivo de consulta o la clínica del paciente	0= No / 1=Sí
Tratamiento actual	Se incluye información sobre el tratamiento (presente o ausentes)	0= No / 1=Sí

Fuente: Elaboración propia.

### 5.3. Análisis estadístico

El análisis de los datos será realizado con el programa estadístico JAMOVI en la versión 2.3.28.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables cualitativas, y medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas.

Para la comparación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ).

Cuando se compararon medias entre dos grupos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes. En los casos en los que no se cumplían los supuestos de normalidad o igualdad de varianzas, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

En la comparación de medias entre más de dos grupos se utilizó el ANOVA de un factor. Cuando no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas, se utilizó la corrección de Welch como alternativa.

Se estableció un nivel de significación estadística de  $p < 0.05$ . Todos los análisis se orientaron a describir el perfil de las ICV y a evaluar asociaciones entre variables clínicas, organizativas y la adecuación de las derivaciones.

#### 5.4. Consideraciones éticas

Este estudio no supone un riesgo para el paciente y garantiza la confidencialidad de los datos. Los autores de este estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses respecto del mismo.

El presente estudio ha sido aceptado por el Comité de Ética de la investigación Clínica de la Comunidad de Aragón (CEICA) a través del dictamen favorable con el código C.I. PI24/520 (véase Anexo 3).

Los datos utilizados han sido sometidos a seudonimización, lo que permite en caso necesario y bajo condiciones estrictas, su eventual reidentificación.

Asimismo el CEICA aceptó la exención del consentimiento informado para la recogida de dichos datos por la imposibilidad de contacto con los pacientes, así como el carácter retrospectivo de los datos y el potencial impacto positivo del estudio para la organización asistencial.

## 6. Resultados

Se recogieron un total de 645 ICV, de las cuales se eliminaron 10 por duplicidad, resultando una muestra final de 635 ICV para su posterior análisis.

### 6. 1. Estadística descriptiva

#### a. Tipo de consulta

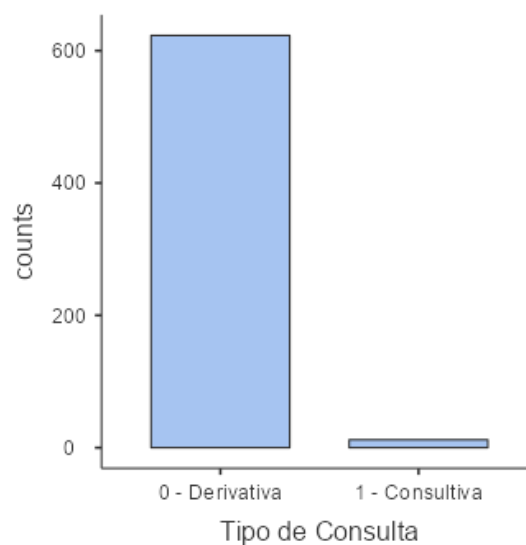
La mayoría de las ICV valoradas fueron de tipo derivativo representando el 98.1% (623 ICV), mientras que únicamente un 1,9% (12 ICV) fueron de carácter consultivo. Esto indica un uso mucho más frecuente del modelo derivativo por parte de los médicos de AP.

Tabla 23. Distribución de ICV según el tipo de consulta (derivativa/consultiva).

Tipo de consulta	Número de ICV	Porcentaje
0. Derivativa	623	98.1%
1. Consultiva	12	1.9%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Distribución de ICV según el tipo de consulta (derivativa/consultiva).



Fuente: Elaboración propia.

### b. Sexo

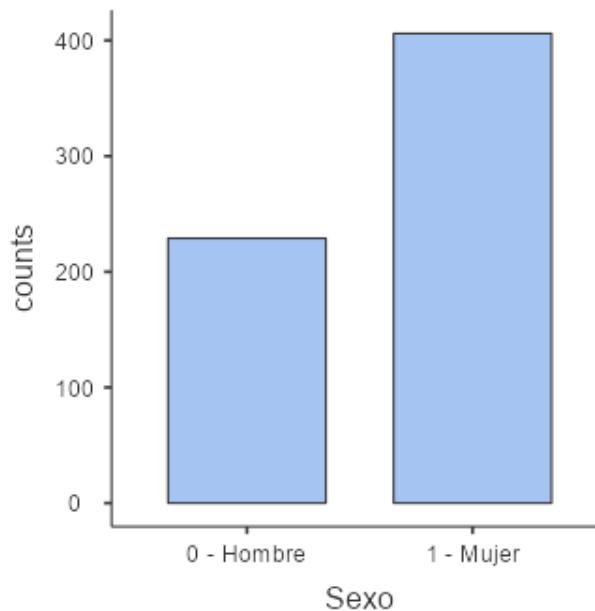
En cuanto al sexo de los pacientes, se observa una mayor proporción de mujeres, que constituyen el 63.9% (406 ICV) frente al 36.1% de varones (229 ICV) (véase Gráfico 4).

Tabla 24. Distribución de las ICV según el sexo.

Sexo	Número de ICV	Porcentaje
0. Varón	229	36.1%
1. Mujer	406	63.9%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4. Distribución de las ICV según el sexo.



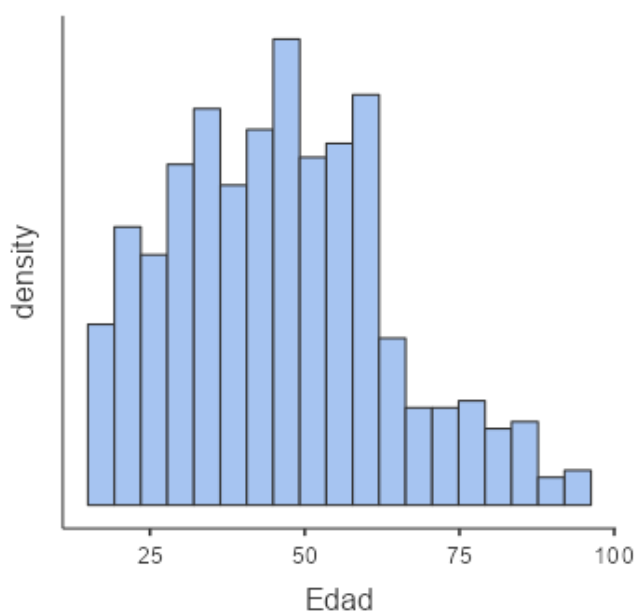
Fuente: Elaboración propia.

### c. Edad

La edad media de los pacientes derivados desde AP fue de 46.3 años (DE = 17.4, IC 95%: 44,9-47,6) con una mediana de 45 años. La edad mínima registrada fue de 18 años y la máxima de 95 años.

El coeficiente de asimetría fue de 0,451 lo que indica una distribución ligeramente asimétrica a la derecha, aunque próxima a la simetría.

Gráfico 5. Histograma. Representa la distribución de la edad de la población a estudio.



Fuente: Elaboración propia.

### c.1. Edad agrupada por sexo

Al desglosar por sexo, se observó una edad media similar en ambos grupos. En las mujeres la edad media fue de 46,3 años (DE = 17,1, IC: 44,7-48) y en los varones de 46,1 años (DE = 17,9, IC 95%: 43,8-48,5).

Tabla 25. Distribución de las ICV según edad agrupada por sexo.

Sexo	Número de ICV	Media de edad	DE	Asimetría
0. Hombre	229	46,1	17,9	0,521
1. Mujer	406	46,3	17,1	0,409

Fuente: Elaboración propia.

### c.2. Edad agrupada por centro de AP de origen

Al separar por centro de AP de origen, se observaron diferencias en la edad media de los pacientes derivados. El centro con menor edad media fue Utebo con 42,9 años (DE = 16,3, IC 95%:39,4-46,4), seguido de Cariñena con 43,3 años (DE = 16,6, IC 95%:35,5-51,1) y Delicias Norte con 43,7 años (DE = 17, IC 95%:40,5-46,8). Por el contrario, los pacientes derivados desde Bombarda presentaron una edad media más elevada siendo de

50,1 años (DE = 14,7, IC 95%:45,9-54,4), seguida de Univérsitas con 49 años (DE= 18,9, IC 95%:46-52). Se excluye la categoría “Otros” de este análisis por su reducido tamaño muestral, así como la elevada desviación.

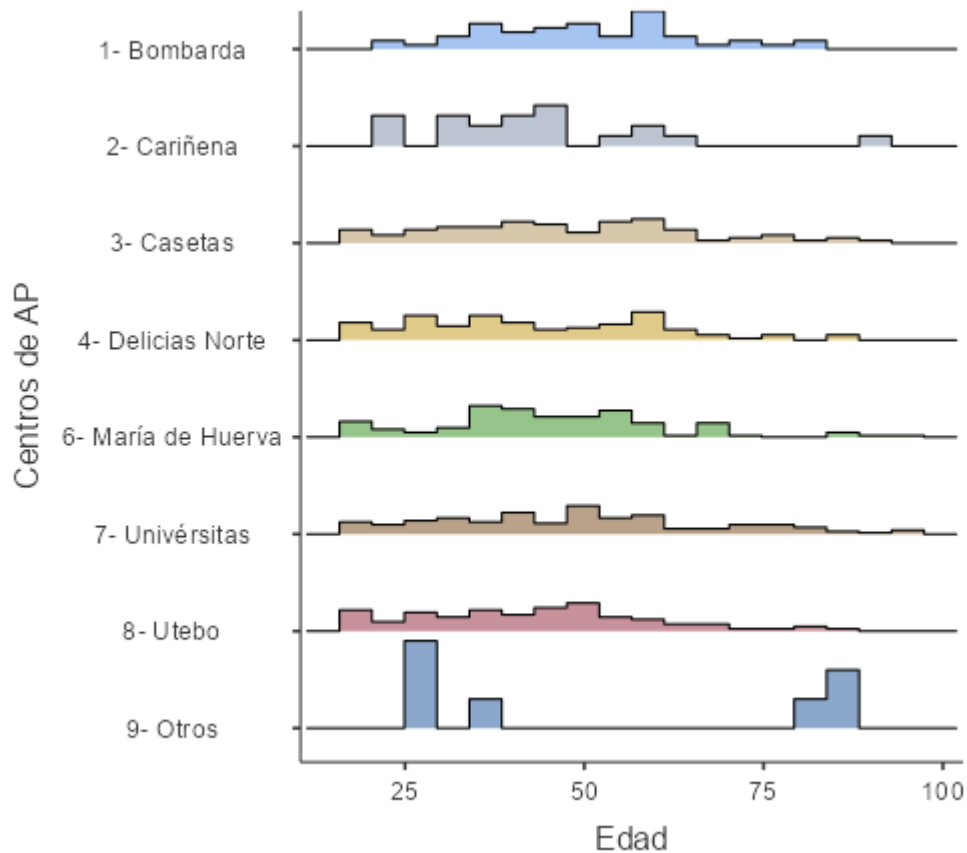
La mayoría de los centros presentaron distribuciones cercanas a la simetría, salvo Cariñena, que mostró una asimetría positiva (coeficiente de asimetría = 1,19) lo que indica una mayor concentración de pacientes más jóvenes junto a algunos casos de edad avanzada.

Tabla 26. Edad agrupada por centro de AP de origen.

Centro de AP	Número de ICV	Media de edad	IC 95%	DE	Asimetría
1. Bombarda	48	50,1	45,9-54,4	14,7	0,192
2. Cariñena	20	43,3	35,5-51,1	16,6	1,19
3. Casetas	76	47,7	43,6-51,8	18	0,278
4. Delicias Norte	116	43,7	40,5-46,8	17	0,402
6. María de Huerva	130	45,5	42,8-48,3	15,9	0,571
7. Univérsitas	151	49	46-52	18,9	0,375
8. Utebo	87	42,9	39,4-46,4	16,3	0,464
9. Otros	7	53	24,9-81,1	30,4	0,361

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6. Histograma. Representa la edad de la población a estudio separada por centro de AP.

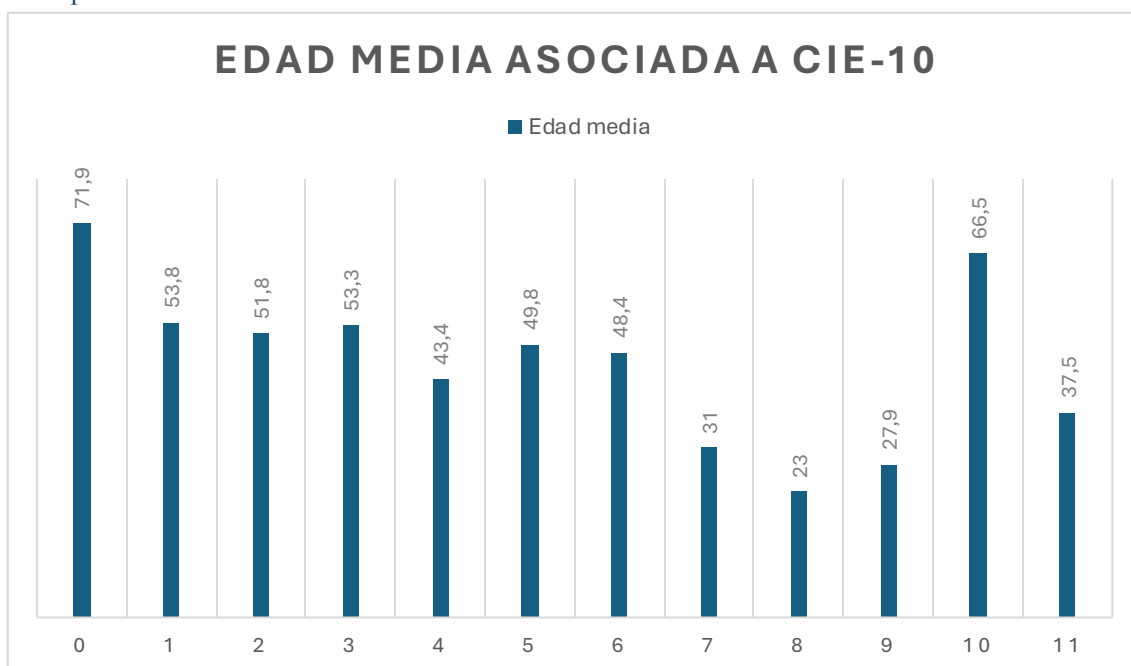


Fuente: Elaboración propia.

### c.3. Edad agrupada por diagnóstico en CIE-10

Se observó que la edad media más pequeña en estos grupos se dio en los trastornos del desarrollo psicológico (F80-89) con una media de 23 años (IC 95%: -27.8-73.8, DE=5,66), seguidos de los trastornos emocionales y del comportamiento infantiles (F90-98) con una media de 27.9 años (IC 95%: 22.8-33, DE=12.4). Por otro lado, la media de edad más elevada se dio en los trastornos mentales orgánicos (F00-09) con una media de 71.9 años (IC 95%: 59.8-83.9, DE=14.4) superando con más de 15 años la media del que le sigue, los trastornos debidos al consumo de psicotrópicos (F10-19) con una media de 53.8 años (IC 95%: 38.7-68.9, DE=26.1) (véase Gráfico 7). Se excluye la categoría “Otros” de este análisis por su reducido tamaño muestral.

Gráfico 7. Representación del número de ICV agrupadas según el CIE-10 junto a su edad media correspondiente.



Fuente: Elaboración propia.

#### d. Centro de AP

Respecto al centro de origen de las ICV, se observa que la mayoría se emitieron desde Univérsitas (23.8%), seguido de María de Huerva (20.5%) y Delicias Norte (18.3%) (véase Tabla 27 y Gráfico 8). Por el contrario, el centro de Herrera de los Navarros no emitió ninguna ICV en el periodo analizado, lo cual podría deberse a su bajo tamaño poblacional (1.242 habitantes).

Para interpretar correctamente estos datos, se adecuaron en función del tamaño poblacional. Al calcular el número de ICV por cada 1.000 habitantes se observaron diferencias entre los centros.

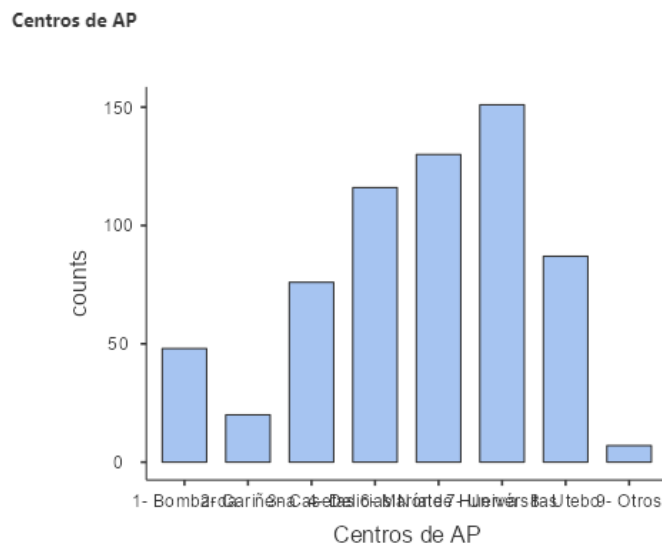
Los centros con una mayor tasa de derivación fueron Univérsitas (5.2 ICV/1.000 habitantes), Casetas (4.9 ICV/1.000 habitantes) y Delicias Norte (4.7 ICV/1.000 habitantes). En cambio, Cariñena y Bombarda presentaron tasas considerablemente más bajas. Estos resultados podrían reflejar diferencias en la accesibilidad, en los perfiles clínicos atendidos o en la formación del personal de AP respecto a la salud mental.

Tabla 27. Clasificación de ICV según centro de AP desde el que fueron emitidas.

Centro de AP	Frecuencia	% del total	ICV/1.000 habitantes
1- Bombarda	48	7.6%	3.4
2- Cariñena	20	3.1%	2.5
3- Casetas	76	12%	4.9
4- Delicias Norte	116	18.3%	4.7
5- Herrera	0	0%	0
6- María de Huerva	130	20.5%	4.5
7- Univérsitas	151	23.8%	5.2
8- Utebo	87	13.7%	4.1
9- Otros	7	1.1%	-

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8. Clasificación de ICV según centro de AP desde el que fueron emitidas.



Fuente: Elaboración propia.

#### e. Servicio destinatario

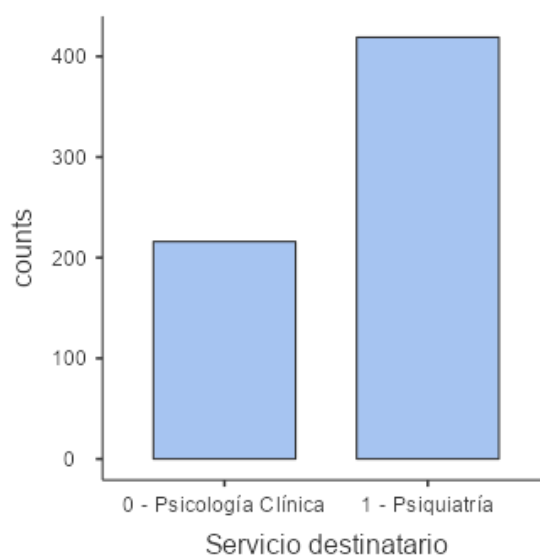
Del total de derivaciones, 216 (34%) fueron dirigidas a Psicología Clínica, mientras que 419 (66%) lo fueron a Psiquiatría.

Tabla 28. Clasificación de las ICV según servicio destinatario (Psicología Clínica o Psiquiatría).

Servicio destinatario	Número de ICV	Porcentaje
0. Psiquiatría	419	66%
1. Psicología	216	34%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9. Representación de ICV según el servicio destinatario (Psicología Clínica o Psiquiatría).



Fuente: Elaboración propia.

#### f. Carácter de la derivación según médico de AP

En cuanto al carácter de la derivación según establece el médico de AP en la ICV, el 65,7% fueron ordinarias frente al 34,3% que fueron preferentes (véase Tabla 29).

Tabla 29. Clasificación de las ICV según el carácter de la derivación.

Carácter de la derivación	Número de ICV	Porcentaje
0. Normal	417	65,7%
1. Preferente	218	34,3%

Fuente: Elaboración propia.

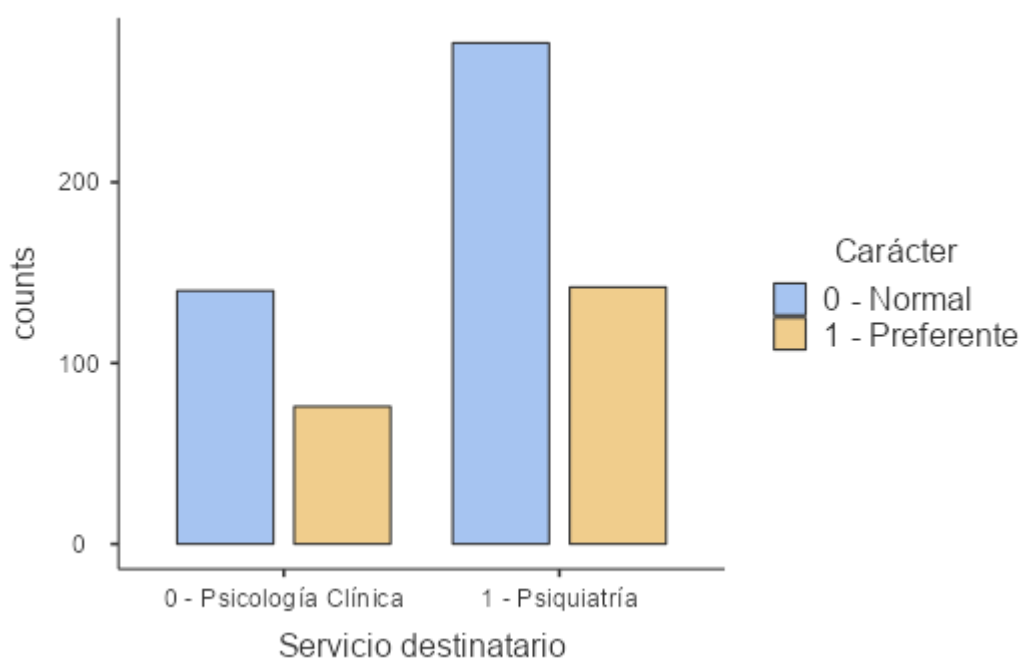
Se analizó el carácter de la derivación en función del servicio destinatario de la ICV. Se observó que el 64.8% de las solicitudes dirigidas a Psicología Clínica fueron ordinarias, frente al 35.2% que fueron preferentes. En el caso de las derivaciones a Psiquiatría, el 66.1% fueron ordinarias y el 33.9% preferentes (véase Tabla 30).

Tabla 30. Clasificación de las ICV según servicio destinatario categorizado según el carácter de la derivación.

Servicio destinatario	Número de ICV	Porcentaje de su servicio	Porcentaje del total
0. Psiquiatría	419		66%
Preferentes	142	33'9%	22'4%
Ordinarias	277	66'1%	43'6%
1. Psicología	216		34%
Preferentes	76	35'2%	12%
Ordinarias	140	64'8%	22%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 10. Distribución del carácter de la derivación (normal vs. preferente) según el servicio destinatario (Psicología Clínica o Psiquiatría).



Fuente: Elaboración propia

### g. Clasificación según CIE-10

Se analizó la distribución de las ICV atendidas según la clasificación CIE-10. La mayoría de los diagnósticos se distribuyeron en la categoría F40-48 (trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos), que representaron un 57.6% del total, seguidas de F30-39 (trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos) con un 24.3%. Las categorías restantes presentaron frecuencias notablemente inferiores (véase Tabla 31).

Tabla 31. Clasificación de las patologías psiquiátricas de las ICV según CIE-10.

Categoría CIE-10	Codificación	Descripción	Frecuencias	% del total
F01-F09	0	Trastornos mentales orgánicos	8	1.3%
F10-F19	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	14	2.2%
F20-F29	2	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	19	3.0%
F30-F39	3	Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos	154	24.3%
F40-F48	4	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	366	57.6%
F50-F59	5	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	12	1.9%
F60-F69	6	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	27	4.3%
F70-F79	7	Retraso mental	4	0.6%
F80-F89	8	Trastornos del desarrollo psicológico	2	0.3%

F90-F98	9	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o adolescencia	25	3.9%
F99	10	Trastorno mental no especificado	2	0.3%
-	11	Otros	2	0.3%

Fuente: Elaboración propia.

### g.1. Relación entre clasificación CIE-10 y sexo

Se analizó la distribución de los diagnósticos según sexo (véase Tabla 32).

Se observaron diferencias en la frecuencia relativa de algunas categorías del CIE-10 entre varones y mujeres.

Las mujeres presentaron mayor proporción de trastornos neuróticos y relacionados con el estrés (40.9% en mujeres frente a 28.8% en varones) y los trastornos del estado de ánimo (15.6% en mujeres frente a 15% en varones).

Por otro lado, los varones presentaron mayor proporción de trastornos relacionados con el consumo de psicotrópicos (3.3% en varones frente a 0.3% en mujeres) y en trastornos de la personalidad (5.2% en varones frente a 1.3% en mujeres).

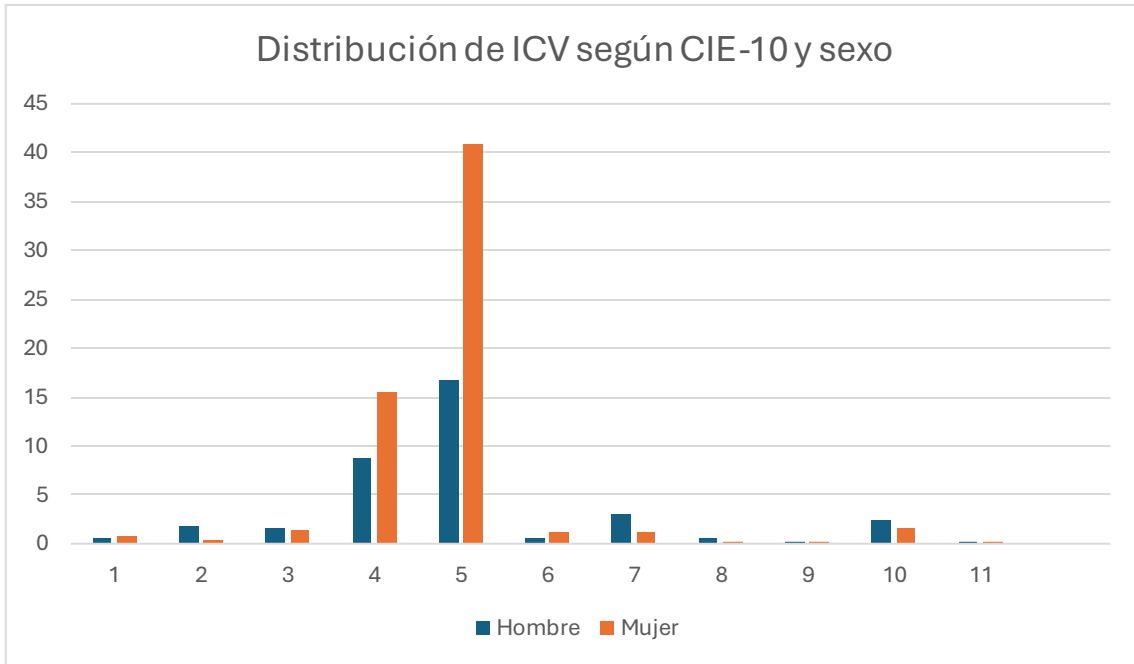
Tabla 32. Clasificación de las patologías psiquiátricas de las ICV según CIE-10 categorizadas por sexo.

Categoría CIE-10	Descripción	Sexo	Frecuencias	% sobre su sexo	% del total
F01-F09	Trastornos mentales orgánicos	Varón	3	0.8%	0.5%
		Mujer	5	0.8%	0.8%
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	Varón	12	3.3%	1.9%
		Mujer	2	0.3%	0.3%
F20-F29		Varón	10	2.7%	1.6%

	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	Mujer	9	1.4%	1.4%
F30-F39	Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos	Varón	55	15.0%	8.7%
		Mujer	99	15.6%	15.6%
F40-F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	Varón	106	28.8%	16.7%
		Mujer	260	40.9%	40.9%
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	Varón	4	1.1%	0.6%
		Mujer	8	1.3%	1.3%
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	Varón	19	5.2%	3.0%
		Mujer	8	1.3%	1.3%
F70-F79	Retraso mental	Varón	3	0.8%	0.5%
		Mujer	1	0.2%	0.2%
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	Varón	1	0.3%	0.2%
		Mujer	1	0.2%	0.2%
F90-F98	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o adolescencia	Varón	15	4.1%	2.4%
		Mujer	10	1.6%	1.6%
F99	Trastorno mental no especificado	Varón	0	0.0%	0.0%
		Mujer	2	0.3%	0.3%
-	Otros	Varón	1	0.3%	0.2%
		Mujer	1	0.2%	0.2%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 11. Distribución de ICV según clasificación en CIE-10 y diferenciadas por sexo.

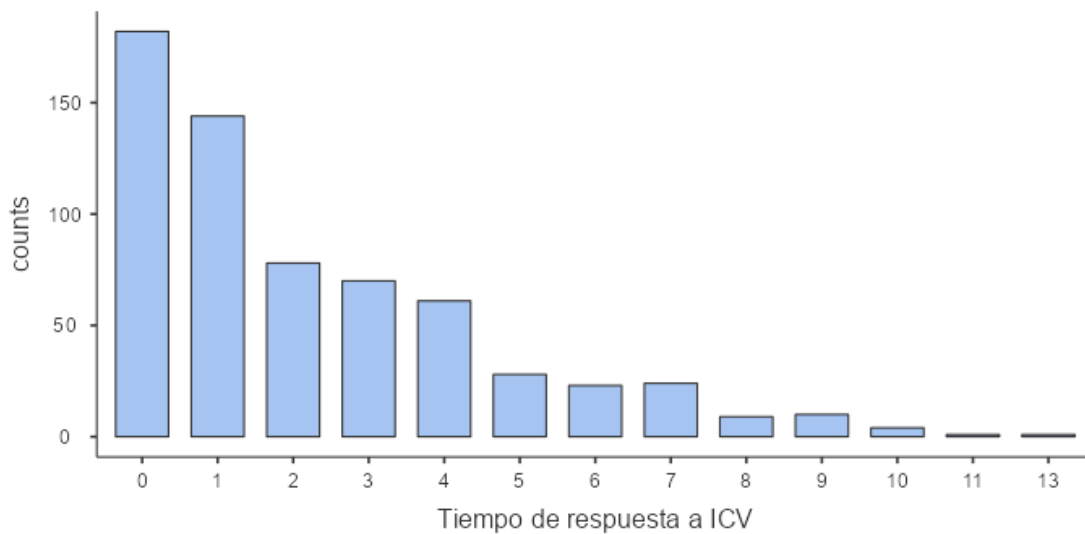


Fuente: Elaboración propia.

#### h. Tiempo de respuesta

El análisis del tiempo de respuesta, es decir, los días transcurridos desde la emisión de la ICV hasta la respuesta por parte del servicio de Salud Mental, mostró una media de 2.25 días (IC 95%: 2.06-2.43, DE = 2.4), con un mínimo de 0 y un máximo de 13 días, siendo 0 días lo más frecuente.

Gráfico 12. Distribución del tiempo de respuesta a la ICV (medido en días).

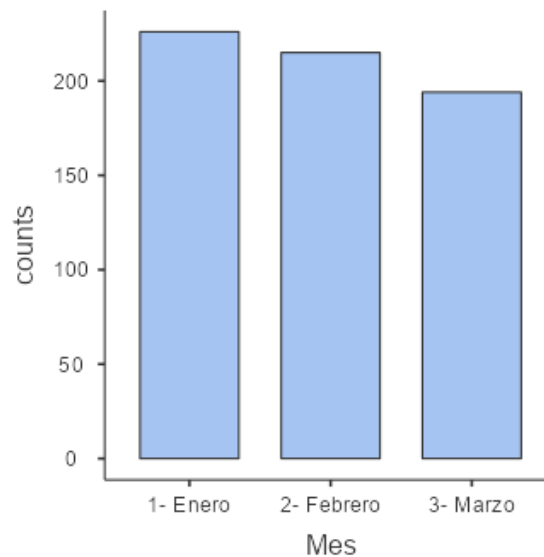


Fuente: Elaboración propia.

### i. Distribución temporal de las interconsultas

La distribución de las ICV durante los primeros tres meses fue uniforme con una ligera disminución en marzo. En enero, se registraron 226 ICV (35.6%), seguido de febrero con 215 ICV (33.9%). En marzo el número disminuyó a 194 (30.6%) (véase Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribución de las ICV en los meses del estudio.



Fuente: Elaboración propia

### j. Pertinencia de preferencia y criterios de preferencia

De las 218 ICV clasificadas como preferentes, únicamente 74 (33.9%) fueron adecuadamente justificadas según los criterios clínicos establecidos, mientras que 144 (66.1%) no cumplían con dichos criterios. Por otro lado, entre las 417 ICV registradas como normales, se identificó que 21 (5%) debieron haber sido consideradas preferentes.

Tabla 33. Clasificación de ICV según el carácter agrupado según pertinencia de preferencia.

Carácter	Pertinencia de preferencia	Frecuencias	% del total de preferentes
Normal	Sí	21	5.0%
	No	396	0%
Preferente	Sí	74	33.9%
	No	144	66.1%

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de los casos correctamente etiquetados como preferentes, el motivo más frecuente fue la conducta suicida (58.1%), seguido de otras causas tales como la gravedad del cuadro clínico o errores administrativos que justificaran preferencia (24.3%). Otros motivos menos frecuentes fueron la descompensación de un Trastorno Mental Grave ya conocido (8.1%) y los síntomas psicóticos de reciente aparición (9.5%) (véase Tabla 34).

Tabla 34. Clasificación de ICV preferentes según criterios de preferencia.

Criterios de preferencia	Frecuencia	% del total de preferentes correctos
1- Síntomas psicóticos de reciente aparición	7	9.5%
2- Descompensación de Trastorno Mental Grave ya conocido	6	8.1%
3- Conducta suicida	43	58.1%
4- Otros	18	24.3%

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, cabe destacar que entre los casos incorrectamente clasificados como normales, el motivo más frecuente que pasó desapercibido fue la conducta suicida, seguida de la categoría “Otros” que englobó principalmente errores administrativos.

Tabla 35. Clasificación de las ICV incorrectamente derivadas como normales según criterios de preferencia.

Criterios de preferencia	Frecuencia	% del total
1- Síntomas psicóticos de reciente aparición	0	0%
2- Descompensación de Trastorno Mental Grave ya conocido	1	4.8%
3- Conducta suicida	12	57.1%
4- Otros	8	38.1%

Fuente: Elaboración propia.

Se analizó la adecuación del carácter preferente en función del servicio destinatario de la ICV. Para ello, se consideró únicamente si el carácter preferente estaba justificado o no, en función de los criterios clínicos.

Del total de ICV con carácter preferente justificado (n = 95), el 65,3 % correspondían a derivaciones preferentes dirigidas a Psiquiatría, mientras que el 12,6 % eran preferentes dirigidas a Psicología Clínica. Las derivaciones normales con preferencia justificada representaban el 18,9 % en Psiquiatría y el 3,2 % en Psicología Clínica.

Estos resultados muestran que la mayoría de las derivaciones preferentes justificadas fueron realizadas hacia Psiquiatría, lo cual podría indicar una mayor adecuación en la solicitud de prioridad para este servicio en comparación con Psicología Clínica (véase Tabla 36).

Tabla 36. Clasificación de ICV según carácter de derivación, clasificadas por servicio destinatario y pertinencia de preferencia.

Carácter	Servicio destinatario	Pertinencia de preferencia	Frecuencias	% del total de pertinentes
Normal	Psiquiatría	Sí	18	18.9%
		No	259	0%
Preferente		Sí	62	65.3%
		No	80	0%
Normal	Psicología	Sí	3	3.2%
		No	137	0%
Preferente		Sí	12	12.6%
		No	64	0%

Fuente: Elaboración propia.

#### k. Adecuación del servicio destinatario

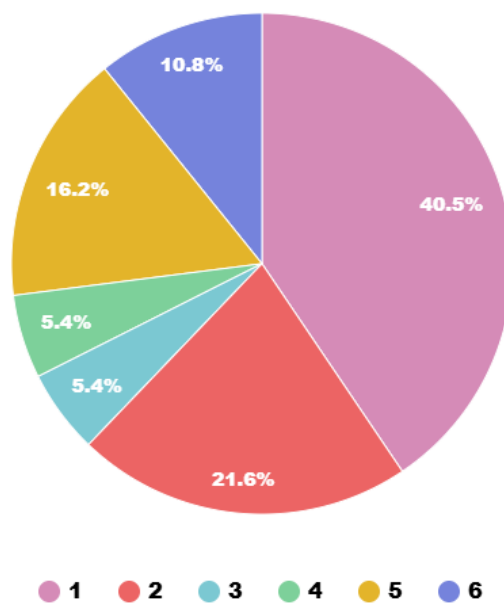
En cuanto a la derivación al área de Salud Mental correspondiente, el 94.2% de las interconsultas se realizaron correctamente, enviando a los pacientes al servicio adecuado ya fuera Psicología o Psiquiatría. Sin embargo, un 5.8% de las derivaciones se hicieron de forma incorrecta. Entre estas derivaciones incorrectas, el 2.4% fueron enviadas a Psiquiatría cuando en realidad correspondía a Psicología, el 1.3% provinieron de centros de Salud que no pertenecen al área de este sector, otro 1.3% debían haber sido dirigidas a la Unidad de Adicciones, y el resto de las derivaciones erróneas correspondían a diferentes servicios como Infantojuvenil.

Tabla 37. Clasificación de ICV según su adecuación al servicio destinatario.

Adecuación del servicio destinatario	Frecuencias (nº de ICV)	Porcentaje del total
0. Bien derivado	598	94.2%
1. Derivan a PSQ y deberían derivar a Psicología	15	2.4%
2. Derivan de un CS de fuera del área de referencia	8	1.3%
3. Unidad de Adicciones	2	0.3%
4. Infantojuvenil	2	0.3%
5. No cumple criterios de derivación a PSQ	6	0.9%
6. Valoraciones psicométricas	4	0.7%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 14. Distribución de los errores de derivación excluyendo las ICV bien derivadas.



Fuente: Elaboración propia.

## 1. Información adicional

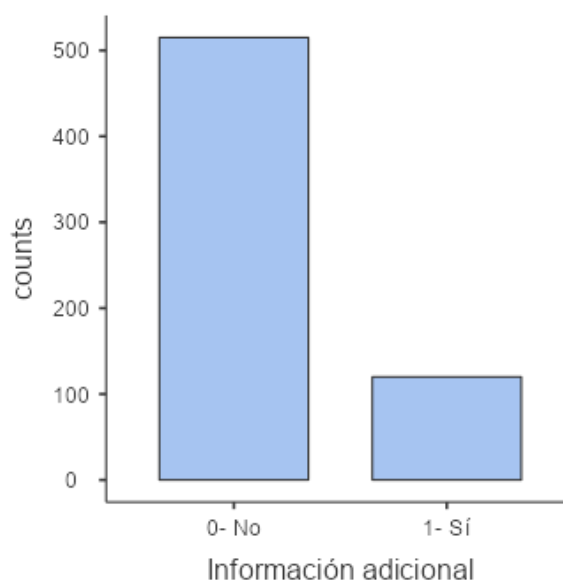
Se observó que el 18'9% de las ICV contenían una respuesta adicional del psiquiatra o psicólogo dirigida al médico de AP.

Tabla 38. ICV según la presencia de información adicional.

Información adicional	Frecuencias (n° de ICV)	Porcentaje del total
0. No	515	81.1%
1. Sí	120	18.9%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 15. Distribución de ICV según la presencia de información adicional.



Fuente: Elaboración propia.

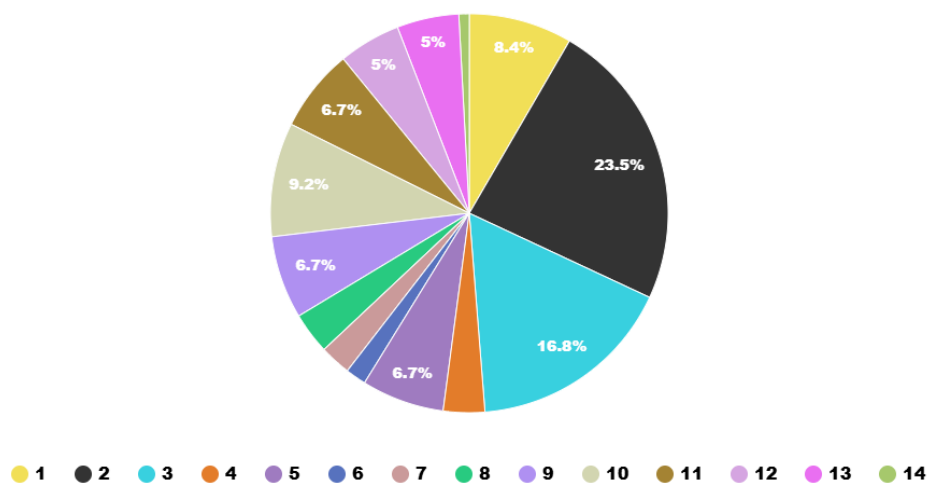
Respecto a las ICV que sí contenían información adicional, el uso principal de esta herramienta fue para explicar a los médicos de AP cuál es el servicio correcto al que deberían derivar (23.5%). En segundo y tercer lugar se encuentran el consejo farmacológico para mejorar la prescripción (16.8%) y la advertencia de prescripción errónea o insuficiente (8.4%).

Tabla 39. Distribución de ICV con información adicional según su contenido.

Motivo	Frecuencias (n° de ICV)	Porcentaje del total
1. Prescripción incorrecta o insuficiente por el médico de AP	10	8.4%
2. Explicar derivación	28	23.5%
3. Consejo farmacológico	20	16.8%
4. Indica la necesidad de realizar otra ICV para tramitar también una cita con Psicología	4	3.4%
5. Indicar cita ya en buzón para revisión	8	6.7%
6. IC duplicada	2	1.7%
7. No cumple criterios de derivación a Psiquiatría	3	2.5%
8. Faltan datos, analíticas o pruebas de imagen	4	3.3%
9. Esperar evolución del tratamiento propuesto por AP	8	6.7%
10. Respuesta a consultiva	11	9.2%
11. Indicar la falta de cumplimiento de los criterios de preferencia	8	6.7%
12. Si riesgo de suicidio derivar a Urgencias	6	5.0%
13. Indicar cancelación de cita si no va a asistir	6	5.0%
14. Indicar error administrativo	1	0.8%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 16. Distribución de ICV con información adicional según su contenido.



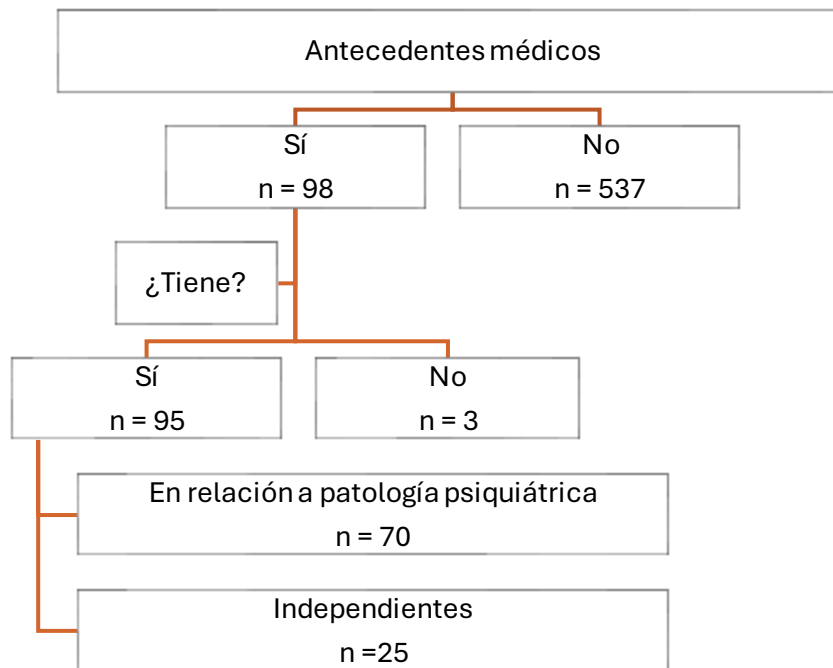
Fuente: Elaboración propia.

m. Antecedentes médicos

Respecto a los antecedentes médicos, estos fueron mencionados en las ICV por el médico de AP en el 15.4% de los casos. De estos últimos, un 3.1% no presentaba antecedentes de interés, mientras que el 96.9% sí los tenía. Entre los pacientes con antecedentes médicos, el 73.7% presentaba antecedentes relacionados directa o indirectamente con su patología psiquiátrica, mientras que el 26.3% tenía antecedentes independientes a ella.

La baja proporción de antecedentes médicos reflejados en las interconsultas (15.4%) podría indicar una escasa recogida o comunicación de esta información en el proceso de derivación, lo cual podría afectar la calidad y pertinencia de la atención especializada. Sin embargo, cuando los antecedentes quedan reflejados, están relacionados con la patología psiquiátrica, lo que sugiere que cuando se incluyen, son clínicamente relevantes.

Gráfico 17. Recogida de antecedentes médicos en las ICV.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 40. Recogida de antecedentes médicos en las ICV

Antecedentes médicos reflejados en la ICV	Frecuencias	Porcentaje del total
0. No	537	84.6%
1. Sí	98	15.4%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 41. Clasificación de ICV (en pacientes cuyos antecedentes fueron reflejados) según la presencia o ausencia de antecedentes médicos.

Presencia de antecedentes médicos	Frecuencias	Porcentaje del total
0. No	3	3.1%
1. Sí	95	96.9%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 42. Clasificación de ICV con presencia de antecedentes médicos según su relación de los mismos con la patología psiquiátrica.

Antecedentes médicos en relación con la patología psiquiátrica	Frecuencias	Porcentaje del total
0. No	25	26.3%
1. Sí	70	73.7%

Fuente: Elaboración propia.

#### n. Antecedentes psiquiátricos

Los antecedentes psiquiátricos fueron mencionados en el 47.4% de las ICV, mientras que en el 52.6% no se hacía referencia a ellos. En los casos en los que se mencionaron dichos antecedentes, en el 96% se indicaba la presencia de antecedentes psiquiátricos y que solo en el 4% de las ICV se expresaba la ausencia de dichos antecedentes.

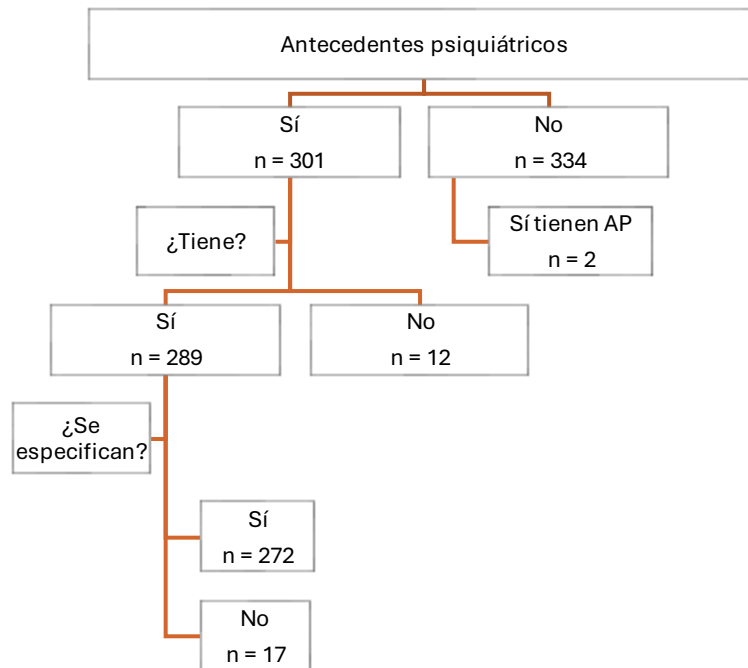
Entre los pacientes con antecedentes psiquiátricos, el 93.8% especificaba el diagnóstico correspondiente al episodio previo, mientras que un 6.2% no detallaba la patología concreta.

Se observan dos casos en los que no se mencionaban antecedentes psiquiátricos en la ICV por el médico de AP y sin embargo el psiquiatra sí hizo referencia a patología psiquiátrica previa en la respuesta a la derivación.

Este hallazgo sugiere que, aunque la información sobre los antecedentes psiquiátricos no siempre se recoja en la derivación, puede existir y ser relevante para la evaluación clínica. De esta forma, la omisión de dichos antecedentes no implica necesariamente que no haya

historia psiquiátrica previa, lo que recalca la importancia de no asumir su inexistencia sin una valoración más profunda.

Gráfico 18. Recogida de antecedentes psiquiátricos en las ICV.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 43. Recogida de antecedentes de Salud Mental en las ICV

Antecedentes de Salud Mental reflejados en la ICV	Frecuencias	Porcentaje del total
0. No	334	52.6%
1. Sí	301	47.4%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 44. Clasificación de ICV (en pacientes cuyos antecedentes fueron reflejados) según la presencia o ausencia de antecedentes de Salud Mental.

Antecedentes de Salud Mental reflejados en la ICV	Presencia de antecedentes	Frecuencias	Porcentaje del total
0. No	0. No	0	0%
	1. Sí	2	0.7%

1. Sí	0. No	12	4.0%
	1. Sí	289	95.4%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 45. Clasificación de ICV (en pacientes con antecedentes reflejados de Salud Mental) según si se realiza o no especificación de dichos antecedentes.

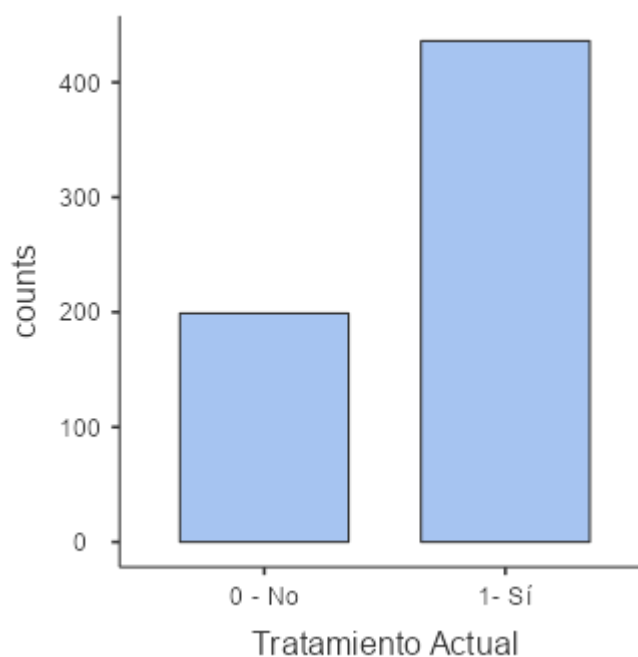
Antecedentes de Salud Mental especificados	Frecuencias	Porcentaje del total
0. No	17	6.5%
1. Sí	272	93.5%

Fuente: Elaboración propia.

#### ñ. Tratamiento

Se observó que en el 68.7% de las ICV se incluía información relativa al tratamiento actual del paciente, ya fuese indicando su presencia o su ausencia. Sin embargo, en el 31.3% restante no se hacía mención al respecto del tratamiento.

Gráfico 19. Recogida de información relativa al tratamiento en las ICV.

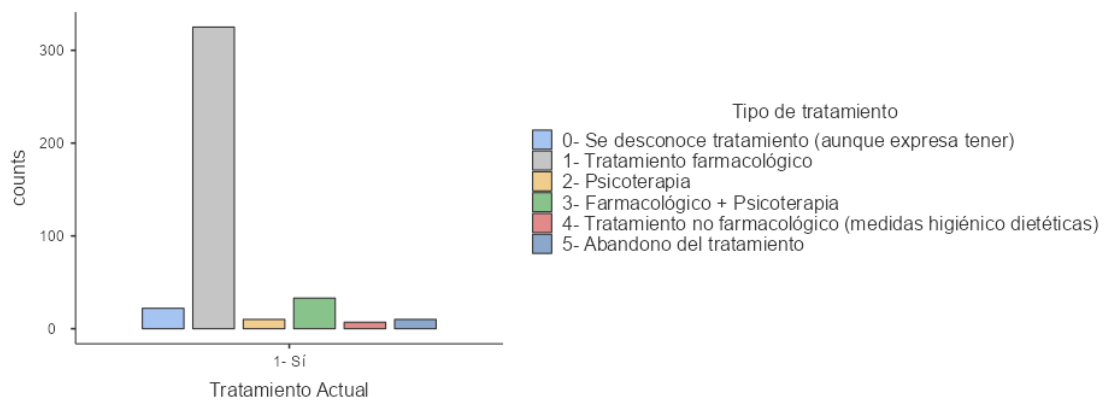


Fuente: Elaboración propia.

Entre las ICV que sí recogían el tratamiento pautado, el 93.3% de los pacientes sí recibían algún tipo de tratamiento, mientras que el 6.7% no contaban con tratamiento en el momento de la derivación.

Entre los pacientes con tratamiento establecido, el 79.9% mantenía tratamiento farmacológico, el 8.1% combinaba tratamiento farmacológico con psicoterapia, el 5.4% no especificaba su tratamiento, el 2.5% recibían exclusivamente psicoterapia y por último el 2.5% reconocían haber abandonado la medicación prescrita.

Gráfico 20. Clasificación de las ICV con presencia de información relativa al tratamiento según los tipos de tratamiento.



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los pacientes sin tratamiento pautado, no se expresaba el motivo de la ausencia de tratamiento en el 58.6%. Sin embargo, en el 41'4% restante se manifestó explícitamente el rechazo por parte del paciente a iniciar tratamiento farmacológico.

Tabla 46. Recogida de información acerca del tratamiento en las ICV

Tratamiento reflejado en la ICV	Frecuencias	Porcentaje del total
0. No	199	31.3%
1. Sí	436	68.7%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 47. Clasificación de ICV (en pacientes cuya información respecto al tratamiento fue recogida) según la presencia o ausencia de tratamiento.

Presencia de tratamiento	Frecuencias	Porcentaje del total
0. No	29	6.7%
1. Sí	407	93.3%

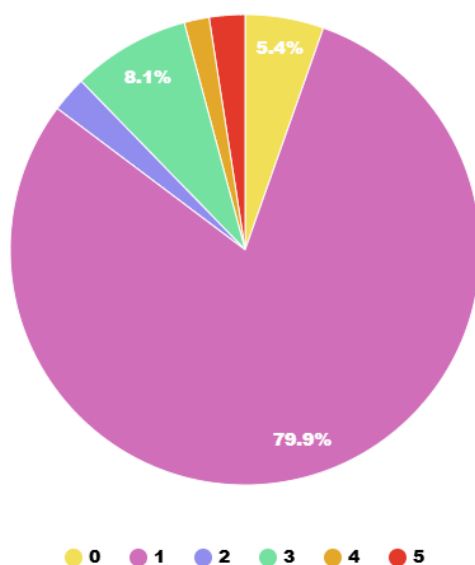
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 48. Clasificación de las ICV en pacientes que sí recibían tratamiento según tipos de tratamiento.

Tipo de tratamiento	Frecuencias	Porcentaje del total
0. Se desconoce	22	5.4%
1. Farmacológico	325	79.9%
2. Psicoterapia	10	2.5%
3. Farmacológico y psicoterapia	33	8.1%
4. Medidas higiénico-dietéticas	7	1.7%
5. Abandono del tratamiento	10	2.5%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 21. Clasificación de las ICV en pacientes que sí recibían tratamiento según tipos de tratamiento.



Fuente: Elaboración propia

#### o. Clínica actual

Se observó la inclusión de la descripción de la clínica actual del paciente en las ICV. La mayoría de las derivaciones incluían esta información (87.4%) que resulta fundamental para su valoración. Sin embargo, un 12.6% de las ICV carecían de la descripción del cuadro clínico, lo que puede poner en compromiso la calidad de la derivación así como la eficacia de su atención.

Tabla 49. Clasificación de las ICV según la presencia o ausencia de descripción de la clínica del paciente.

Descripción de clínica actual	Frecuencias	Porcentaje del total
0. No	80	12.6%
1. Sí	555	87.4%

Fuente: Elaboración propia.

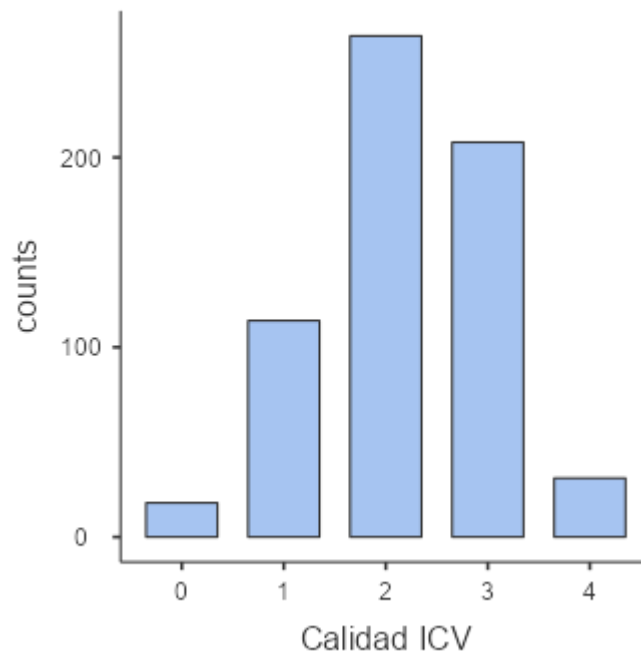
#### p. Calidad de la derivación

Se evaluó la calidad de la derivación mediante una escala de puntuación de 0 a 4. La media obtenida fue de 2.19 (IC 95%: 2.12-2.26, DE = 0.884), con puntuación mínima de 0 y máxima de 4. La mediana fue 2, lo que refleja que la mayor parte de las ICV se concentró en este valor (41.6%), seguido del valor 3 (32.8%), posteriormente el 1 (18%), el 4 (4.9%) y finalmente el 0 (2.8%).

Estos resultados orientan hacia que la mayoría de las ICV se agrupan en niveles intermedios, predominando la puntuación 2 (véase Gráfico 22).

Las ICV fueron respondidas de la siguiente manera: 0 puntos (18 ICV, 2.8%), 1 punto (114 ICV, 18.0%), 2 puntos (264 ICV, 41.6%), 3 puntos (208 ICV, 32.8%) y 4 puntos (31 ICV, 4.9%).

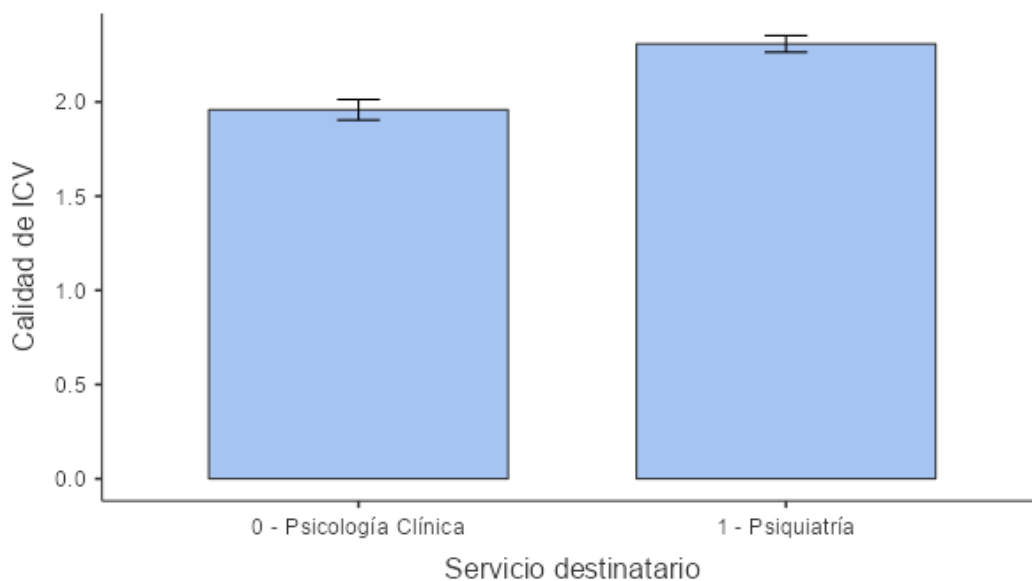
Gráfico 22. Histograma. Distribución ICV según su calidad.



Fuente: Elaboración propia.

Además, se analizó la calidad de la derivación agrupada por servicio destinatario de la misma. Se observó que Psiquiatría obtuvo una media de 2.31 (IC 95%: 2.22-2.39) frente a Psicología que obtuvo una media de 1.96 (IC 95%: 1.85-2.07), lo que sugiere una calidad media de las derivaciones mayor en Psiquiatría en comparación con Psicología.

Gráfico 23. Calidad de la ICV según el servicio destinatario (Psiquiatría/ Psicología Clínica).



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, se analizó la calidad de la derivación agrupada por centro de AP.

Tabla 50. Clasificación de ICV según centro de AP junto a su correspondiente media de calidad de la derivación.

Centro de AP	Nº ICV	Media	IC 95%	DE
1. Bombarda	48	2.15	1.88-2.41	0.922
2. Cariñena	20	2.40	2.08-2.72	0.682
3. Casetas	76	1.96	1.77-2.16	0.855
4. Delicias Norte	116	2.34	2.17-2.50	0.904
6. María de Huerva	130	2.05	1.90-2.21	0.909
7. Univérsitas	151	2.28	2.15-2.41	0.826
8. Utebo	87	2.24	2.04-2.44	0.927
9. Otros	7	1.86	1.22-2.50	0.690

Fuente: Elaboración propia.

## 6. 2. Estadística analítica

### a. Sexo

Como se observa en el análisis descriptivo, la proporción de mujeres en las ICV valoradas es notablemente superior, representando el 63,9% de las ICV frente al 36,1% de varones. Esto pone de manifiesto una mayor derivación de mujeres desde AP.

Para valorar si este desequilibrio se debe a la propia distribución poblacional, se analizó la proporción de mujeres en la población de referencia de este estudio (véase Tabla 1, apartado Introducción). En dicha población las mujeres representan el 51,1% del total (72.567 mujeres de un total de 142.026 habitantes).

Al comparar esta cifra con la proporción de mujeres en la muestra de este estudio (63,9%) se observa una diferencia de 12,8 puntos porcentuales por encima de la población de referencia.

Para analizar si esta mayor proporción de mujeres en la muestra (63,9%) se justifica por la distribución poblacional (51,1%) se realizó una prueba binomial. Los resultados

mostraron una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ , IC: 0,601%-0,677%) lo que indica que hay una sobrerrepresentación de mujeres en las ICV.

Esta desviación señala que el mayor número de derivaciones en las mujeres no se justifica únicamente por la distribución demográfica sino por una mayor demanda de atención en salud mental por parte de las mujeres, una mayor accesibilidad al sistema sanitario o bien un sesgo en la derivación desde AP.

Tabla 51. Resultados de la prueba binomial.

	Nivel	Frecuencia	Total	Proporción	p	Intervalo de Confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Sexo	0 - Hombre	229	635	0.361	< .001	0.323	0.399
	1 - Mujer	406	635	0.639	< .001	0.601	0.677

Nota.  $H_0$  es proporción  $\neq$  0.511

Fuente: Elaboración propia.

## b. Edad

### b.1. Relación entre la edad y el sexo

Se analizó si existían diferencias significativas en la edad media entre varones y mujeres.

Se realizó la prueba T de Student para muestras independientes para comparar la edad media de los pacientes según el sexo, ya que no se cumplió el supuesto de normalidad ( $p < 0,001$ ) aunque sí el de homogeneidad de varianzas ( $p = 0,543$ ).

El resultado no mostró diferencias estadísticamente significativas en la edad según el sexo ( $t(633) = -0,137$ ,  $p = 0,891$ ), lo que indica que la diferencia observada podría atribuirse al azar.

Tabla 52. Resultados de la prueba t para muestras independientes.

		Estadístico	gl	p
Edad	T de Student	-0.137	633	0.891

Nota.  $H_0: \mu_0 - \text{Hombre} \neq \mu_1 - \text{Mujer}$

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 53. Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk).

	W	p
Edad	0.972	< .001

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 54. Resultados de la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas.

	F	gl	gl2	p
Edad	0.370	1	633	0.543

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de varianzas iguales

Fuente: Elaboración propia.

## b.2. Relación entre la edad y el centro de AP de origen

Se realizó un ANOVA de Welch para comparar la edad media de los pacientes derivados desde los diferentes centros de AP dado que no se cumplían los supuestos de normalidad ( $p < 0,001$ ) ni homogeneidad de varianzas ( $p < 0,001$ ).

El resultado no mostró diferencias estadísticamente significativas en la edad entre los centros ( $F(7,79) = 1,98$ ,  $p = 0,069$ ).

Tabla 55. Resultados de la prueba ANOVA de un Factor (Welch).

	F	gl1	gl2	p
Edad	1.98	7	79.0	0.069

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 56. Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk).

	W	p
Edad	0.978	< .001

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 57. Resultados de la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas.

	F	gl1	gl2	p
Edad	3.41	7	627	0.001

Fuente: Elaboración propia.

### b.3. Relación entre la edad y el criterio de preferencia

Se realizó un ANOVA de Welch para comparar la edad media de los pacientes en función del criterio de preferencia dado que no se cumplían los supuestos de normalidad ( $p < 0,001$ ) aunque sí el de homogeneidad de varianzas ( $p = 0,135$ ).

El resultado no mostró diferencias estadísticamente significativas en la edad según el criterio de preferencia ( $F(4,21'1) = 0'962$ ,  $p = 0'449$ ).

Tabla 58. Resultados de la prueba ANOVA de un Factor (Welch).

	F	gl1	gl2	p
Edad	0.962	4	21.1	0.449

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 59. Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk).

	W	p
Edad	0.972	< .001

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 60. Resultados de la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas.

	F	gl1	gl2	p
Edad	1.76	4	630	0.135

Fuente: Elaboración propia.

#### b.4. Relación entre edad y tipo de interconsulta

Se realizó la prueba T de Student para muestras independientes para comparar la edad media de los pacientes según el tipo de ICV realizada, ya que no se cumplió el supuesto de normalidad ( $p < 0,001$ ) aunque sí el de homogeneidad de varianzas ( $p = 0,101$ ).

El resultado no mostró diferencias estadísticamente significativas en la edad según el tipo de ICV ( $t(633) = -0,298$ ,  $p = 0,766$ ).

Tabla 61. Resultados de la prueba T para muestras independientes.

		Estadístico	gl	p
Edad	T de Student	-0,298	633	0,766

*Nota.*  $H_0: \mu_0 - Derivativa = \mu_1 - Consultiva$

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 62. Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk).

Prueba de Normalidad (Shapiro-Wilk)		
	W	p
Edad	0.973	< .001

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 63. Resultados de la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas.

	F	gl	gl2	p
Edad	2.70	1	633	0.101

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de varianzas iguales

Fuente: Elaboración propia.

#### b.5. Relación entre edad y CIE-10

Se realizó ANOVA de Welch evaluar si existían diferencias significativas en la edad de los pacientes en función del diagnóstico principal según la clasificación CIE-10. Se utilizó esta prueba ya que no se cumplió el supuesto de normalidad ( $p < 0,001$ ) ni el de homogeneidad de varianzas ( $p < 0,001$ ).

El resultado fue estadísticamente significativo ( $F(11, 12.9) = 9.84, p < 0.001$ ), lo que indica que la edad media de los pacientes difiere en función del tipo de diagnóstico psiquiátrico registrado.

Tabla 64. Resultados de la prueba ANOVA de un factor (Welch).

	F	gl1	gl2	p
Edad	9.84	11	12.9	< .001

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 65. Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk).

	W	p
Edad	0.985	< .001

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 66. Resultados de la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas.

	F	gl1	gl2	p
Edad	5.07	11	623	< .001

Fuente: Elaboración propia.

### c. Clasificación según el CIE-10

#### c.1. Relación entre CIE-10 y sexo

Se realizó una tabla de contingencia para analizar la asociación entre el sexo del paciente y el diagnóstico asignado según la clasificación CIE-10 (véase Tabla 67). La distribución de las ICV mostró diferencias notables entre varones y mujeres en ciertas categorías diagnósticas.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson que resultó significativa ( $\chi^2(11) = 49.4$ ,  $p < 0.001$ ), que indica una asociación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y la categoría diagnóstica registrada.

Esto sugiere que la distribución de los distintos diagnósticos no es homogénea entre hombres y mujeres. Es decir, ciertos trastornos tienden a diagnosticarse con mayor frecuencia en un sexo que en otro.

Tabla 67. Tabla de contingencia (relación sexo y diagnóstico CIE-10).

CIE-10	Sexo		Total
	0 - Hombre	1 - Mujer	
0 - Trastornos mentales orgánicos	3	5	8
1 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	12	2	14
2 - Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	10	9	19
3 - Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos	55	99	154
4 - Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	106	260	366
5 - Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	4	8	12
6 - Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	19	8	27
7 - Retraso mental	3	1	4
8 - Trastornos del desarrollo psicológico	1	1	2
9 - Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o adolescencia	15	10	25
11 - Otros	0	2	2
12- No especificado	1	1	2
Total	229	406	635

Fuente: Elaboración propia.

### c.2. Relación entre CIE-10 y servicio destinatario

Se realizó una tabla de contingencia para analizar la asociación entre el servicio destinatario de la ICV y el diagnóstico asignado según la clasificación CIE-10 (véase Tabla 68).

Se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson que resultó significativa ( $\chi^2(11) = 46.2$ ,  $p < 0.001$ ), lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre el servicio destinatario de la ICV y el tipo de diagnóstico.

Se observó que los trastornos afectivos y del estado de ánimo fueron derivados principalmente a Psiquiatría, aunque también de forma relevante a Psicología Clínica.

Sin embargo, los trastornos del comportamiento en la infancia fueron derivados en mayor medida a Psicología. Por otro lado, los trastornos mentales orgánicos, los debidos al consumo de sustancias o esquizofrenias fueron derivadas casi exclusivamente al servicio de Psiquiatría.

Tabla 68. Tabla de contingencia (relación diagnóstico CIE-10 y servicio destinatario).

CIE-10	Servicio destinatario		Total
	0 - Psicología Clínica	1 - Psiquiatría	
0 - Trastornos mentales orgánicos	0	8	8
1 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	1	13	14
2 - Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1	18	19
3 - Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos	38	116	154
4 - Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	160	206	366
5 - Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	4	8	12
6 - Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	5	22	27
7 - Retraso mental	2	2	4
8 - Trastornos del desarrollo psicológico	1	1	2
9 - Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o adolescencia	4	21	25
11 - Otros	0	2	2
12- No especificado	0	2	2
Total	216	419	635

Fuente: Elaboración propia.

### c.3. Relación entre CIE-10 y centro de AP

Se realizó una tabla de contingencia para analizar la asociación entre el centro de AP desde el que se realiza la ICV y el diagnóstico asignado según la clasificación CIE-10 (véase Tabla 69).

Se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson que no resultó estadísticamente significativa ( $\chi^2(77) = 75.7, p=0.521$ ), lo que indica que no se encontró asociación significativa entre ambos parámetros.

Es decir, la distribución de los diagnósticos según CIE-10 fue relativamente homogénea entre los distintos centros de AP. Esto sugiere que los profesionales de los diferentes centros identifican y derivan patologías similares, sin diferencias relevantes en los perfiles diagnósticos.

Tabla 69. Tabla de contingencia (relación diagnóstico CIE-10 y centro de AP).

CIE-10	Centros de AP								
	1- Bombarda	2- Cariñena	3- Casetas	4- Delicias Norte	6- María de Huerva	7- Univérsitas	8- Utebo	9- Otros	
0 - Trastornos mentales orgánicos	0	0	4	2	0	1	1	0	
1 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	0	2	1	3	1	3	3	1	
2 - Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1	2	2	6	1	5	2	0	
3 - Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos	13	3	15	22	31	46	23	1	
4 - Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	30	11	51	61	81	79	49	4	
5 - Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	2	0	0	5	3	1	1	0	
6 - Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	1	1	1	8	4	8	3	1	
7 - Retraso mental	0	0	1	0	2	1	0	0	
8 - Trastornos del desarrollo psicológico	0	0	0	1	1	0	0	0	
9 - Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o adolescencia	1	1	1	7	5	6	4	0	
11 - Otros	0	0	0	0	1	0	1	0	
12- No especificado	0	0	0	1	0	1	0	0	
Total	48	20	76	116	130	151	87	7	

Fuente: Elaboración propia.

#### d. Adecuación de preferencia

##### d.1. Relación entre la adecuación de preferencia y el servicio destinatario

Con el objetivo de evaluar la adecuación del carácter preferente de las ICV comparando los servicios de Psiquiatría y Psicología se realizó la prueba de chi-cuadrado. Los resultados indicaron una diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2(1) = 17.2, p < 0.001$ ), lo que indica que las derivaciones preferentes están significativamente mejor justificadas cuando se dirigen al servicio de Psiquiatría que cuando se dirigen a Psicología Clínica.

En concreto, el 43.7% de las derivaciones preferentes dirigidas a Psiquiatría estaban correctamente justificadas, en comparación con solo el 15.8% de las derivaciones preferentes a Psicología Clínica. Estos datos sugieren un mayor grado de adecuación en la clasificación de las ICV preferentes dirigidas al servicio de Psiquiatría.

Tabla 70. Resultados pruebas de  $\chi^2$ .

Pruebas de $\chi^2$			
	Valor	gl	p
$\chi^2$	17.2	1	< .001
N	218		

Fuente: Elaboración propia.

#### e. Calidad de la derivación

##### e.1. Relación entre la calidad de la derivación y la edad

Se analizó la relación entre la calidad de la ICV y la edad de los pacientes mediante una correlación de Spearman, controlando por los centros de AP. Los resultados mostraron una correlación positiva débil y significativa ( $Rho = 0.184, p < 0.001$ ), lo que indica que, aunque la relación es débil, a medida que aumenta la edad de los pacientes, la calidad de la ICV tiende a mejorar, independientemente de las diferencias entre los centros.

Tabla 71. Resultados correlación parcial entre calidad de derivación y edad controlando por centros de AP.

		Edad	Calidad de ICV
Edad	Rho de Spearman	—	
	valor p	—	
Calidad de ICV	Rho de Spearman	0.184	—
	valor p	< .001	—

*Nota.* controlando por 'Centros de AP'

Fuente: Elaboración propia.

### e.2. Relación entre la calidad de la derivación y el servicio destinatario

Con el objetivo de comparar la calidad de las ICV realizadas a Psicología Clínica y Psiquiatría, se realizó la prueba T de Welch, ya que no se cumplió el supuesto de normalidad ( $p < 0,001$ ) ni el de homogeneidad de varianzas ( $p < 0,001$ ).

Los resultados mostraron que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de ambos grupos ( $t(481) = -4,98$ ,  $p < 0,001$ ), con una media de calidad de ICV más alta en Psiquiatría (2.31) en comparación con Psicología Clínica (1.96).

Tabla 72. Resultados prueba T para muestras independientes.

		Estadístico	gl	p
Calidad de ICV	T de Welch	-4.98	481	< .001

*Nota.*  $H_0: \mu_0 - \text{Psicología Clínica} = \mu_1 - \text{Psiquiatría}$

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 73. Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk).

	W	p
Calidad de ICV	0.950	< .001

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 74. Resultados de la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas.

	F	gl	gl2	p
Calidad de ICV	12.8	1	633	< .001

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de varianzas iguales

Fuente: Elaboración propia.

### e.3. Relación entre la calidad de la derivación y el centro de AP

Con el objetivo de comparar la calidad de las ICV realizadas a los diferentes centros de AP se realizó un análisis de varianza (ANOVA de un factor), no se cumplió el supuesto de normalidad ( $p < 0,001$ ) pero sí el de homogeneidad de varianzas ( $p = 0.292$ ).

Los resultados mostraron que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $F(7,80'5) = 2'32$ ,  $p = 0'033$ ), lo que sugiere que la calidad de la ICV varía según el centro de AP.

Sin embargo, las pruebas post-hoc no identificaron diferencias claras entre los centros específicos. Esto sugiere que, aunque existen variaciones en la calidad de la ICV según el centro de AP, estas diferencias no son lo suficientemente grandes como para ser consideradas estadísticamente significativas en todas las comparaciones individuales.

Tabla 75. Resultados de la prueba de ANOVA de un factor (Welch).

	F	gl1	gl2	p
Calidad de ICV	2.32	7	80.5	0.033

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 76. Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk).

	W	p
Calidad de ICV	0.960	< .001

*Nota.* Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 77. Resultados de la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas.

	F	gl1	gl2	p
Calidad de ICV	1.21	7	627	0.292

Fuente: Elaboración propia.

## 7. Discusión

El presente estudio ha permitido describir en detalle el perfil de las ICV dirigidas a la USMA Inocencio Jiménez del Sector Sanitario Zaragoza III desde AP en el primer trimestre de 2024, así como analizar su calidad en relación con la pertinencia de preferencia y la cumplimentación de los campos clínicos relevantes. Los resultados obtenidos permiten establecer varias líneas interpretativas y de mejora.

En cuanto al perfil general de las ICV, los datos recogidos coinciden con lo descrito en la literatura sobre las derivaciones en salud mental a nivel nacional: predominan las consultas dirigidas a Psiquiatría, realizadas por mujeres en edad laboral y procedentes mayoritariamente de centros urbanos. Estos datos se asemejan a los de estudios que señalaban una mayor frecuencia de derivaciones en mujeres y una distribución heterogénea según el centro de salud (19, 20, 21). En nuestro estudio también se encontraron diferencias en la calidad de las ICV según el centro de AP, lo cual refuerza esta idea de variabilidad entre centros. Aunque estas diferencias no se tradujeron en contrastes estadísticamente significativos entre centros concretos, los resultados sí apuntan a la existencia de factores estructurales y organizativos que pueden influir en la calidad de la derivación, como la formación del personal, la presión asistencial o los protocolos internos de cada centro.

La edad media hallada en nuestra muestra fue de 46,3 años (DE = 17,4, IC 95%: 44,9-47,6), un dato muy similar al que se describe en estudios previos, donde la edad media fue de 46,1 años (DE = 16,7) (19). Esta similitud refuerza la validez externa de nuestros resultados y sugiere una tendencia estable en la edad de los pacientes que requieren atención especializada en salud mental. El coeficiente de asimetría de nuestra muestra (0,451) indicó una distribución ligeramente sesgada a la derecha, con cierta mayor representación de personas de edad avanzada, pero sin alejarse de una distribución aproximadamente simétrica. Esto podría estar en relación con la cronificación de algunos trastornos mentales o el aumento de sintomatología afectiva en edades más tardías.

Respecto al sexo, se observó una sobrerrepresentación de mujeres entre las personas derivadas, representando el 63,9 % del total de ICV (21, 22). Esta diferencia, también descrita en otros estudios, no debe interpretarse únicamente como un mayor sufrimiento psicológico en las mujeres, sino como el reflejo de factores sociales, culturales y estructurales que afectan de forma desigual según el género.

Un estudio basado en la Encuesta Nacional de Salud de España mostró una mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres (24,6 %) frente a hombres (14,7 %), asociada a factores como bajo apoyo social percibido, desempleo, enfermedades crónicas o limitaciones funcionales (23). Algunos autores enmarcan esta mayor vulnerabilidad en desigualdades estructurales y en los modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad, que influyen tanto en la expresión del malestar como en su interpretación clínica (24, 25).

En la misma línea estudios señalan que el género femenino se asocia a peor salud mental en contextos marcados por desigualdades estructurales, como la sobrecarga de cuidados, la precariedad laboral y la exposición a situaciones de violencia o discriminación (25). Estos factores no solo incrementan el riesgo de sufrimiento psíquico, sino que también contribuyen a una mayor medicalización del malestar en las mujeres.

Además, se ha constatado una mayor prescripción de ansiolíticos y antidepresivos en mujeres, incluso a igualdad de síntomas y características, sin observarse este patrón en otros psicofármacos como antipsicóticos o hipnóticos (26). Este hallazgo sugiere la existencia de sesgos de género en la atención, aunque también puede reflejar un fenómeno más complejo de sobrediagnóstico en mujeres e infradiagnóstico en hombres. Dicho estudio identificó tres factores interrelacionados: mayor frecuencia de contacto de las mujeres con el sistema sanitario, diferencias en la expresión o solicitud de ayuda y la existencia de sesgos, conscientes o no, en la toma de decisiones clínicas por parte de los profesionales. Por ello, incorporar una perspectiva de género resulta clave para interpretar de forma más crítica y contextualizada el mayor número de derivaciones femeninas, evitando atribuirlo exclusivamente a diferencias clínicas individuales.

Por otro lado, no deben obviarse los factores biológicos: las fluctuaciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual, el embarazo, el posparto y la menopausia pueden influir en la presentación clínica y la vulnerabilidad a ciertos trastornos mentales en las mujeres (27). Este hecho subraya la necesidad de una atención clínica que contemple la complejidad de los determinantes biopsicosociales.

En cuanto a los hombres, se observó una mayor frecuencia de diagnósticos de trastornos psicóticos o por consumo de sustancias, un patrón también descrito previamente (28, 29, 30, 31). Si bien muchos estudios señalan una mayor incidencia y peor evolución clínica de la esquizofrenia en varones, una revisión sistemática de estudios de prevalencia mostró una distribución similar entre sexos (32). Esta aparente contradicción entre la incidencia (mayor en hombres), la gravedad clínica (también mayor en hombres) y una prevalencia equiparada sugiere que existen factores compensatorios aún no del todo comprendidos, como una mayor remisión sintomática en mujeres o diferencias en la expresión clínica que dificultan el diagnóstico.

Respecto a los diagnósticos más frecuentes según la clasificación CIE-10, los motivos de derivación más comunes fueron los trastornos relacionados con el estrés, seguidos por los afectivos, lo cual concuerda con estudios realizados en AP en Zaragoza (21, 31). Aunque otros trabajos sitúan los episodios depresivos como los más frecuentes (20), en nuestra muestra predominaron los cuadros de ansiedad y estrés, lo que podría reflejar el perfil clínico más habitual en este nivel asistencial. También se constató que dentro de las ICV preferentes, el motivo principal fue la ideación suicida (52,3%), lo que coincide con estudios previos (31, 33). Esta situación representa un importante reto asistencial por el riesgo asociado y la necesidad de respuesta rápida.

En relación con el carácter de la derivación, el 65,7% de las ICV de nuestra muestra fueron clasificadas como ordinarias y el 34,3% como preferentes, sin registrarse derivaciones urgentes, ya que estas son canalizadas por otra vía. Estos resultados son similares a los de estudios nacionales previos (34, 35). No obstante, se identificó una discrepancia entre el carácter asignado y los criterios clínicos establecidos. Respecto a la pertinencia de preferencia, de las 218 ICV catalogadas como preferentes, solo 74 (33,9%) fueron adecuadamente justificadas, mientras que 144 (66,1%) carecían de justificación clínica. Asimismo, se detectaron 21 casos (5%) en los que, pese a estar clasificadas como ordinarias, deberían haber sido preferentes. Estos datos indican una sobreutilización del carácter preferente sin justificación clínica, así como una infradetección de casos que requerían atención prioritaria.

Entre las ICV correctamente etiquetadas como preferentes, la conducta suicida destacó como el motivo predominante (58.1%), seguida por otros factores como la gravedad del cuadro clínico o errores administrativos (24.3%), la descompensación de un Trastorno Mental Grave conocido (8.1%) y la aparición reciente de síntomas psicóticos (9.5%). Estos datos subrayan la necesidad de mejorar los procesos de clasificación de la urgencia en las derivaciones, promoviendo un uso más riguroso y coherente de los criterios establecidos para optimizar la respuesta asistencial.

A pesar de estas limitaciones, los médicos de AP suelen recurrir a la derivación cuando se enfrentan a casos que consideran de elevada gravedad, especialmente si existe riesgo autolítico o la percepción de que el caso excede las competencias asistenciales del primer nivel.

En este sentido, cobra especial relevancia la correcta identificación de casos con riesgo suicida. Una derivación mal categorizada podría retrasar la atención en situaciones donde el riesgo vital es inminente. La adecuada priorización en las ICV es, por tanto, esencial para garantizar una atención oportuna y segura.

Estas cifras reflejan una tendencia común en la categorización de la prioridad de las derivaciones desde AP. No obstante, es importante destacar que, en algunos casos, el carácter preferente puede estar condicionado por factores ajenos a la gravedad clínica, como el desconocimiento de protocolos, la percepción de desbordamiento o las listas de espera prolongadas (33). Este fenómeno ha sido descrito por profesionales de AP, quienes en ocasiones, con el fin de acelerar la atención del paciente, modifican el carácter de la derivación (31).

La adecuación en la priorización también se ve influida por limitaciones del sistema: alta carga asistencial, escaso tiempo por paciente, dificultades en la formación continua y ambigüedad en los criterios diagnósticos. En este contexto, los médicos de AP tienden a usar una aproximación más flexible y menos categórica, lo cual puede dificultar la concordancia diagnóstica con los servicios especializados. Además, factores socioculturales, como la tendencia creciente de la población a interpretar emociones

normales como síntomas patológicos, generan presión añadida sobre el médico, quien a menudo se ve impulsado a prescribir o derivar complicando su función de filtro (36).

Además, la relación entre el carácter preferente de la derivación y el servicio al que se dirige revela no solo diferencias cuantitativas, sino también cualitativas en cuanto a la adecuación clínica de dicha prioridad. Estudios previos ya indicaban un mayor porcentaje de derivaciones preferentes dirigidas a Psiquiatría frente a Psicología Clínica (19, 37). No obstante, nuestros hallazgos añaden una capa adicional de análisis al mostrar que esta tendencia no se limita a una cuestión numérica, sino que también implica una mayor adecuación clínica en las derivaciones a Psiquiatría. Esto podría interpretarse como una mayor claridad diagnóstica o una mayor familiaridad de los profesionales con los criterios de preferencia cuando se trata de patologías tradicionalmente asociadas a Psiquiatría. Por el contrario, se sugiere una posible necesidad de reforzar los criterios de derivación preferente en el ámbito de la Psicología Clínica, especialmente para trastornos comunes cuya atención temprana resulta esencial para evitar su cronificación y el colapso de los recursos especializados.

Diversas fuentes coinciden en señalar que los trastornos depresivos siguen infradiagnosticándose en AP, con estimaciones que sitúan entre un tercio y la mitad de los casos sin identificar (38). A pesar de ello, en varios estudios los profesionales de este nivel asistencial afirman poseer un alto grado de conocimiento sobre los trastornos afectivos y de ansiedad. Sin embargo, no se corresponde con la eficacia diagnóstica observada en la práctica clínica, especialmente en lo referente a la depresión (31, 39).

Esta discrepancia debe analizarse en el contexto de un sistema sanitario en el que, según diversos autores, la medicalización de la vida cotidiana y la presión asistencial creciente sobre los servicios de salud mental están transformando síntomas inespecíficos o malestares sociales en entidades psiquiátricas formalizadas. Esta dinámica genera una doble consecuencia: el riesgo de sobreactuar ante casos leves y, simultáneamente, la posible desatención de casos graves. Como resultado, los recursos especializados se ven saturados con demandas que podrían ser manejadas eficazmente desde AP si se contara con las herramientas y apoyos adecuados (40).

Además, los resultados de este estudio muestran que en un número significativo de casos no se selecciona adecuadamente el servicio destinatario (Psiquiatría o Psicología), lo que genera ineficiencias y pérdida de recursos. Este error podría deberse al desconocimiento por parte de los médicos de AP de los criterios de derivación o del funcionamiento interno de los servicios especializados.

En cuanto a la inclusión de la clínica actual, el 87,4 % de las ICV analizadas presentaban esta información, lo cual refleja una buena práctica generalizada. No obstante, el 12,6 % restante pone de manifiesto áreas de mejora en la cumplimentación. Esta omisión puede limitar la capacidad del especialista para una adecuada valoración inicial, especialmente en ausencia de contacto previo con el paciente.

El apartado de información adicional en la ICV representa un canal de comunicación clave entre niveles asistenciales. Su correcta utilización permite aclaraciones, sugerencias o justificaciones que facilitan la toma de decisiones clínicas y, en algunos casos, incluso la modificación de la pauta terapéutica sin necesidad de cita presencial. Por el contrario, su omisión puede provocar demoras en el diagnóstico y tratamiento, así como pérdida de información relevante.

En estudios anteriores describen que aproximadamente la mitad de los pacientes derivados desde AP a Salud Mental no habían recibido tratamiento psicofarmacológico previo (34). Este dato contrasta con los hallazgos de este estudio, en el que el 68,7 % de las ICV incluía información relativa al tratamiento del paciente y, de estas, el 93,3 % se encontraban en tratamiento activo en el momento de la derivación.

Aunque no se puede asumir que la omisión de información respecto al tratamiento en el 31,3 % restante equivalga a una ausencia terapéutica, sí plantea dudas respecto a la exhaustividad y calidad de la información clínica incluida por los profesionales de AP. Esta deficiencia ha sido señalada previamente (41,42), con estudios que muestran que en el 47,3 % de las derivaciones no se hacía mención del tratamiento.

La adecuada cumplimentación de este campo permite no solo una mejor valoración clínica, sino también la detección de errores o lagunas terapéuticas, como ocurrió en un 4,72 % de las ICV en este estudio, que presentaban tratamientos erróneos, incompletos o

susceptibles de mejora, siendo comunicados posteriormente al médico de AP a través del apartado de información adicional.

Respecto al tipo de tratamiento, predominó la farmacoterapia exclusiva (79,9%), seguida por el tratamiento farmacológico combinado con psicoterapia (8,1%) y, en menor medida, el uso exclusivo de psicoterapia (2,5%). Estos datos sugieren una tendencia a la prescripción farmacológica como estrategia terapéutica inicial, lo cual puede estar asociado a la baja disponibilidad de recursos psicoterapéuticos en AP.

Además, un 2,5% de pacientes refirieron haber abandonado la medicación, lo cual evidencia la necesidad de reforzar el seguimiento terapéutico desde AP, así como de recoger esta información en las ICV para facilitar una valoración más contextualizada por parte del especialista.

Comparando nuestros resultados con estudios previos en el mismo centro, se observa cierta mejora en la cumplimentación general. Mientras que en otro estudio se registraban antecedentes psiquiátricos en el 35,5% de los casos, antecedentes médicos en el 22,7%, clínica en el 72,7% y tratamiento en el 34,5%, en nuestro estudio estos porcentajes fueron del 47,4%, 15,4%, 87,4% y 68,7%, respectivamente (43). Sin embargo, solo el 4,88% de las ICV incluía estos cuatro ítems simultáneamente, un dato similar al descrito por otros autores (2,9%) (20), lo cual indica una persistente necesidad de mejora en la cumplimentación.

Asimismo, resulta preocupante el 2,83% de derivaciones que no incluían información en ninguno de los cuatro campos analizados. Aunque minoritario, este grupo representa un riesgo significativo para la adecuada atención clínica.

En nuestro estudio, la cumplimentación de la ICV fue en general adecuada, con una tendencia predominantemente hacia las puntuaciones intermedias.

Por otro lado, cabe destacar que el porcentaje de pacientes con tratamiento farmacológico indicado (79,9%) dentro de aquellos casos en los que se cumplimentó este campo, fue notablemente superior al reportado en otros estudios (20,9%) (35). Esta diferencia podría estar sesgada por la tendencia a cumplimentar el campo solo en presencia de tratamiento activo, omitiendo su ausencia.

Para evitar omisiones graves en la cumplimentación de la ICV, sería recomendable revisar su formato actual, sustituyendo parcialmente los campos de texto libre por otros estructurados y obligatorios. Estos campos deberían guiar al profesional y asegurar la inclusión de información clínica clave como el motivo de derivación, la clínica actual, el tratamiento o los antecedentes médicos y psiquiátricos. Esta estructuración no solo facilitaría el trabajo del médico de AP, sino que permitiría al profesional de Salud Mental recibir una ICV más clara, completa y eficiente.

Aunque el acceso compartido a la historia clínica puede favorecer la continuidad asistencial entre niveles, lo óptimo sería que la propia ICV funcionase como una herramienta autosuficiente. Delegar la búsqueda de información adicional al especialista implica una carga asistencial extra, especialmente en contextos de alta demanda.

Dado que la modificación del formato de la ICV es una medida que requeriría más tiempo y coordinación, podrían implementarse acciones de carácter más inmediato. Por ejemplo, enviar comunicaciones a los centros de AP del sector, recordando y facilitando los criterios de preferencia (Anexo 2), así como organizar sesiones clínicas orientadas a reforzar aquellos aspectos con mayor frecuencia de errores detectados, como las derivaciones a servicios no adecuados o la asignación incorrecta del carácter preferente.

Estas iniciativas resultarían especialmente útiles si se tiene en cuenta que, como señalan otros estudios (37), la variabilidad en las decisiones de priorización no solo depende de factores clínicos, sino también de factores no clínicos como la formación, la profesión o el centro de origen del profesional que realiza la derivación. Mejorar la calidad de la información contenida en las ICV, estandarizar la presentación de los datos clínicos y reforzar el conocimiento sobre los criterios de priorización puede contribuir a reducir la variabilidad y favorecer una valoración más equitativa.

Como medida intermedia, podrían diseñarse plantillas internas en los centros de AP para cumplimentar en casos de sospecha o presencia de patología psiquiátrica, con campos orientativos que mejoren la calidad de la derivación (37). Además, sería pertinente la elaboración e implementación de un protocolo de derivación consensuado entre profesionales de AP y Salud Mental, que sirva como guía práctica y fomente una mayor homogeneidad en el proceso. En este sentido, ya en el año 2014 el Hospital Clínico Universitario difundió un protocolo de derivación de pacientes (43). Sin embargo, dada

la posible rotación y renovación del personal médico en los centros de salud, sería recomendable su actualización y redifusión.

Tal y como proponen los autores mencionados, la estandarización de la información y el desarrollo de instrumentos que guíen el proceso de priorización podrían aumentar la consistencia de las decisiones clínicas y mejorar el ajuste entre necesidad y respuesta asistencial.

Por otro lado, se podría fomentar la comunicación directa entre niveles asistenciales, facilitando un directorio de contactos institucionales de referencia (por ejemplo, un listado de correos electrónicos profesionales), así como establecer reuniones breves y periódicas para la resolución de dudas clínicas y la mejora de la coordinación (20). Igualmente, sería beneficioso realizar una revisión periódica de la calidad de las ICV recibidas y emitir informes de retroalimentación para los centros emisores, con el fin de identificar problemas recurrentes y fomentar la mejora continua.

Finalmente, debería promoverse la formación continuada en salud mental dirigida a los médicos de AP, dada su función como primer filtro asistencial. Este tipo de formación permitiría mejorar el juicio clínico, la pertinencia de las derivaciones y el uso adecuado de la herramienta de ICV.

Por último, cabe destacar algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, la imposibilidad de acceder a datos más objetivos, ya que únicamente se contó con el texto seudonimizado de las ICV. Esto impide verificar si los profesionales cumplimentaron correctamente ciertos campos clave, como los antecedentes médicos o psiquiátricos. En este sentido, se debe considerar el posible sesgo de cumplimentación, dado que la información analizada depende exclusivamente de lo que el profesional decidió incluir en la ICV, lo cual puede no reflejar fielmente la situación clínica del paciente.

Asimismo, el estudio no contempla variables sociodemográficas ni clínicas complementarias que podrían haber enriquecido el análisis, como el nivel educativo, la situación laboral o el historial de consumo de sustancias.

Por otro lado, el análisis se limita al momento de la derivación, sin incluir un seguimiento posterior. Sería de interés, en futuras investigaciones, analizar variables como el tiempo

transcurrido entre la emisión de la ICV y la primera consulta especializada, o la concordancia diagnóstica entre el médico de AP y el especialista en Psiquiatría.

Finalmente, la restricción geográfica a una zona concreta del Sector Zaragoza III limita la generalización de los resultados a otros contextos asistenciales, lo que podría constituir un sesgo en cuanto a la representatividad del estudio.

## 8. Conclusiones

- Las interconsultas virtuales (ICV) remitidas desde Atención Primaria (AP) a la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) del Sector Sanitario Zaragoza III mostraron una calidad global intermedia, con una media de 2.19 puntos sobre 4 (IC 95%: 2.12–2.26, DE = 0.884), siendo superiores las dirigidas a Psiquiatría (2.31) frente a Psicología Clínica (1.96). La puntuación más frecuente fue de 2 puntos (41,6%).
- En cuanto al perfil general de las ICV, el 47.4% incluían antecedentes psiquiátricos, y en el 93.8% de estos casos se especificaba el diagnóstico. Solo el 15.4% incluían antecedentes médicos, aunque el 73.7% de los recogidos estaban relacionados con la clínica psiquiátrica. El tratamiento se describía en el 68.7% de los casos, mayoritariamente farmacológico, y la clínica actual se recogía en el 87.4% de las derivaciones.
- Respecto a la pertinencia de la preferencia asistencial indicada por AP, se detectaron discordancias en una proporción considerable: el 66.1% de las ICV marcadas como preferentes carecían de justificación clínica, mientras que el 5% de las clasificadas como normales fueron finalmente atendidas como preferentes. El motivo más habitual de preferencia fue la conducta suicida (58.1%).
- En relación con el grado de cumplimentación, los datos muestran una recogida variable de información clínica clave, con deficiencias especialmente relevantes en los antecedentes médicos y en la descripción del tratamiento. Este aspecto influye directamente en la calidad percibida de las derivaciones y en la eficiencia del proceso asistencial.
- En conjunto, los resultados reflejan la necesidad de fortalecer la coordinación entre AP y Salud Mental, promoviendo estrategias de formación continua sobre los criterios de derivación, el uso adecuado de la preferencia y la correcta cumplimentación de las ICV. Esto podría contribuir a mejorar la calidad asistencial, evitar demoras innecesarias y optimizar los recursos disponibles en el ámbito de la salud mental.

## 9. Anexos

### 9.1. Anexo 1. Autorización Hospital Clínico



#### ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DE FINALIDAD DE USO EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

D/Dña Raquel Martínez Laguna con DNI 73447496D domiciliado en dependiente de la institución HCU con título de proyecto        Análisis de las derivaciones a una Unidad de Salud Mental desde Atención Primaria.       , asume que está sujeto al deber de secreto con respecto a los datos a los que tenga acceso y, por tanto, estará obligado a no reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información a la que pueda tener conocimiento con motivo de la realización de un proyecto de investigación dentro del Sector Zaragoza III. Solo podrán divulgarse, en medios y con fines exclusivamente científicos los resultados derivados de los objetivos propios de la investigación, aunque siempre asegurando que no existe posibilidad alguna, bien directa o indirectamente, de identificar personalmente a los pacientes

El solicitante se reconoce con capacidad para obligarse a cumplir el presente Acuerdo de Confidencialidad y No Divulgación de Información en base a las siguientes **ESTIPULACIONES:**

**Primera.-** El solicitante únicamente podrá utilizar la información para fines ligados a la realización del proyecto de investigación, comprometiéndose a mantener la más estricta confidencialidad de la información, aún después de la conclusión de dicho proyecto.

**Segunda.-** Que, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, el acceso a la Historia Clínica con fines de investigación obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

**Tercera.-** En caso de que la información resulte revelada o divulgada por cualquier medio (impreso, gráfico, electrónico, etc.) por el solicitante, de cualquier forma distinta del objeto de este Acuerdo, ya sea de carácter doloso o por mera negligencia, será responsable de acciones civiles o penales en su contra emprendidas por la autoridad correspondiente.

**Cuarta.-** El solicitante se obliga a devolver la información en cualquier momento en el supuesto que existiere un cese de la relación entre ambas partes por cualquier motivo.

**Quinta.-** El presente Acuerdo entrará en vigor en el momento de la firma por ambas partes, extendiéndose su vigencia de forma indefinida.

En Zaragoza a 25 de noviembre de 2024

**EL DIRECTOR DEL HOSPITAL**

Firma de la Dirección

Fdo.: Diego Rodríguez Mena

Firma del Solicitante

**salud**  
servicio aragonés  
de salud  
HOSPITAL CLINICO  
UNIVERSITARIO  
LOZANO BLESA  
DIRECCIÓN

Fdo:

## 9.2. Anexo 2. Criterios de preferencia

### CRITERIOS DE DERIVACION A SALUD MENTAL

La Atención Primaria es la puerta de entrada del paciente al sistema sanitario.

Se estima que entre un 15 y un 25% de la población mayor de 14 años padece a lo largo de la vida algún tipo de Trastorno Mental susceptible de intervención especializada.

Entre el 20-24% de las consultas clínicas de los médicos de familia son de pacientes con problemas de estrés y relacionales, que manifiestan síntomas psíquicos sin tener una verdadera enfermedad mental, no obstante, la prevalencia de situaciones de relevancia psiquiátrica en Atención Primaria está en torno al 14%. (Plan de Salud Mental de Aragón).

Según diversos estudios de análisis clínico y asistencial de los pacientes derivados desde Atención Primaria (AP) a Salud Mental (SM) en las derivaciones de adultos predomina el sexo femenino y los diagnósticos más frecuentes son los trastorno adaptativos, ansiosos y afectivos, representando en total el 74,7% de los diagnósticos.

Una cantidad no despreciable no posee patología psiquiátrica (15%).

Distribución porcentual de los principales diagnósticos códigos CIE-9 MC (Estrategias salud Mental Comunidad de Madrid de 2010-2014:

- Psicosis 20%
- Trastornos Neuróticos 35%
- Adaptativos 24,7%
- Resto 19,9%

Las derivaciones urgentes presentan una baja frecuencia y el motivo principal es el riesgo de suicidio.

Según estos datos existe una elevada proporción de consultas preferentes, cuando la mayoría de las patologías son menores.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS:

### **Demencias:**

Se derivarán a Salud Mental las alteraciones de conducta graves que no responden de forma adecuada al tratamiento.

También es criterio de derivación la existencia de comorbilidad psiquiátrica

### **Delirium:**

No es indicación de derivación a salud mental. En todos los casos de Delirium (o Síndrome Confusional Agudo) hay una causa física subyacente, que deberá ser determinada por los medios adecuados.

### **Trastornos debidos al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas:**

Abusos y consumos perjudiciales deben ser tratados en atención primaria y los síndromes de dependencia en Centro de Salud Mental o Centros Específicos.

En Zaragoza tenemos varios centros de atención especializada para este tipo de patologías (ver al final, guía de recursos). En nuestro Sector se puede realizar la derivación al Centro de Solidaridad de Zaragoza (Proyecto Hombre).

### **Esquizofrenia:**

El tratamiento de esta patología se realiza en los Servicios de Salud Mental, con derivación ordinaria en pacientes estables y con tratamiento. En resto de casos se realizará derivación urgente o preferente.

Desde AP se contribuye a la adherencia terapéutica y continuidad de cuidados, control de salud general, control de efectos secundarios, identificación precoz de síntomas de descompensación para derivación preferente o urgente, vigilancia de comorbilidad con abuso de sustancias u otros trastornos, valoración del soporte sociofamiliar.

### **Trastorno Bipolar:**

Misma actitud que para la Esquizofrenia.

- Derivación normal: Pacientes estables con tratamiento.
- Derivación preferente: Hipomanía, Episodio Depresivo moderado o grave
- Derivación urgente: Manía, Riesgo autolítico elevado.

### **Depresión:**

Los distintos tipos de Depresión de intensidad leve-moderada, incluida la Distimia y los Trastornos de Adaptación con síntomas depresivos deben ser tratados en atención Primaria; siendo este considerado el medio ideal para su detección precoz, tratamiento y seguimiento en la mayoría de los casos.

Confiere gravedad a la depresión:

Síntomas psicóticos  
 Riesgo suicida  
 Desesperanza  
 Aislamiento  
 Abandono de autocuidado

#### Criterios de derivación a salud Mental:

- Dudas diagnósticas con otros cuadros psicopatológicos.
- Episodios depresivos graves con síntomas delirantes, riesgo suicida, agitación, inhibición, alteraciones conductuales o síntomas psicóticos. En estos casos se requiere tratamiento más agresivo o ingreso. Se deberá derivar a Salud Mental de forma urgente o preferente.
- Episodios Depresivos leves o moderados con las siguientes características:
  - Persistencia en el tiempo o recurrencia a pesar de haber realizado pautas de tratamiento adecuadas.
  - Presentan trastornos de personalidad u otros trastornos psiquiátricos comórbidos asociados que influyen en la falta de respuesta terapéutica o dificultan la relación médico-paciente.
  - Se presentan en momentos vitales significativos, en relación con factores psicosociales definidos y una capacidad de insight y motivación para el cambio que nos hace valorar la indicación de una intervención psicoterapéutica.
  - Comorbilidad con patologías orgánicas graves que compliquen el manejo terapéutico.
- Depresión con síntomas marcados durante el embarazo.

### **Trastornos Fóbicos (incluye agorafobia y fobia social):**

Diferenciar si son un síndrome por sí mismos (agorafobia, fobia social, fobia específica...) o si el síntoma está enmarcado dentro de un Trastorno afectivo.

Si forman parte de un Trastorno Afectivo, actuar como se indica en dicho apartado.

El tratamiento inicialmente se recomienda realizarlo en los Centros de Atención Primaria. Son criterios de derivación a Salud Mental:

1. Persistencia de conductas de evitación y limitaciones graves a pesar de haber instaurado un plan terapéutico adecuado. Necesidad de plantear un tratamiento psicológico específico.
2. Asociación con abuso de sustancias para paliar la ansiedad
3. Dudas diagnósticas.

### **Trastornos de Pánico y TAG:**

Es recomendable que el tratamiento se inicie en los Centros de AP. La derivación se recomienda:

1. Cuando persiste a pesar de los tratamientos pautados.
2. Asociación con abuso de sustancias para paliar síntomas.

### **TOC:**

Derivación a Salud Mental.

### **Trastorno de Conversión y Disociativo:**

Se recomienda inicialmente descartar organicidad del Trastorno, mediante derivación a Medicina Interna, Neurología, ... La derivación a Salud Mental se recomienda:

- Si los síntomas persisten durante meses o si la intensidad o repercusión funcional son elevadas.
- Si existe conciencia del Trastorno por parte del paciente y motivación para el cambio y el MAP no se ve preparado para afrontar esa tarea.

### **Trastornos Somatomorfos e Hipocondríacos:**

Se recomienda tratamiento en Atención Primaria. Sería adecuado contacto con un solo profesional. Evitar múltiples derivaciones. Se considera indicado el tratamiento en Salud Mental en los siguientes casos:

- Dudas diagnósticas
- Persistencia prolongada de incapacidad funcional y laboral.

## **Trastornos no orgánicos del sueño:**

Se consideran tratables en AP, excepto:

- Dudas diagnósticas
- Repercusiones severas y persistencia de síntomas a pesar de haber pautado tratamiento adecuado.

## **Trastornos de Personalidad**

Estos trastornos por su complejidad para el diagnóstico y tratamiento, requieren de atención especializada en Salud Mental

En AP, el médico debe contar con la información necesaria para sospechar el diagnóstico y a partir de ahí derivar, generalmente de forma ordinaria (a no ser que se satisfagan criterios de derivación preferente), a Salud Mental.

## **TCA:**

Se derivará a Salud Mental. Existe dispositivo específico de tratamiento en nuestra Comunidad, pero la derivación es a través de Atención Especializada.

Controlar por parte de AP la situación física del paciente. Será motivo de derivación urgente el riesgo vital en pacientes con IMC menor o igual a 13,5 especialmente si la pérdida ponderal ha sido rápida.

## **CRITERIOS DE DERIVACION PREFERENTE DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA AL CENTRO DE SALUD MENTAL**

Se considerará adecuada la derivación preferente al centro de Salud Mental en los siguientes casos:

**Síntomas psicóticos** de reciente aparición, nuevos episodios, pacientes sin diagnóstico psiquiátrico previo:

- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Conducta desorganizada

**Descompensación** de pacientes ya conocidos, con Trastorno Mental Grave siempre que no cumplan criterios de derivación urgente:

- Esquizofrenia
- Trastorno Bipolar : Episodio hipomaniaco
- Trastorno Delirante
- Trastorno Depresivo Mayor con síntomas psicóticos.

**Conducta suicida (ver apartado siguiente: Prevención Conducta Suicida)**

**Otros:**

Otros cuadros o situaciones clínicas que por su intensidad, comorbilidad, persistencia o resistencia al tratamiento, puedan inducir limitación o deterioro si se retrasa la intervención.

**El documento de derivación contendrá una breve descripción del cuadro clínico y motivo de la derivación preferente.**

## **Recomendaciones en la derivación de la ideación y la conducta suicida**

**(Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida).**

Una forma efectiva de reducir las tasas de suicidio es mejorar la capacitación de los médicos de atención primaria en reconocer y los trastornos mentales.

Se recomienda hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecta o que comuniquen ideación suicida.

### **INTENTO DE SUICIDIO:**

#### **a) Derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario, si:**

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).

#### **b) Derivación urgente al servicio de Salud Mental, en ausencia de los puntos anteriores, y:**

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Intentos de suicidio previos
- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición

### **IDEACIÓN SUICIDA con RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA:**

#### **a) Derivación preferente al Servicio de Salud Mental, cuando no estén presentes ninguno de los criterios de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes:**

- Alivio tras la entrevista
- Intención de control de impulsos suicidas
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
- Apoyo sociofamiliar efectivo.

✓ Se recomienda, una vez producido un episodio de conducta suicida, una adecuada comunicación entre el servicio de salud mental y el médico de atención primaria

**Información que deberá ser aportada en el documento de derivación:**

- Antecedentes psiquiátricos:

Episodios previos, ingresos psiquiátricos, tratamientos previos.

- Antecedentes médicos relevantes.
- Sintomatología y tratamiento actual.
- En caso de derivación preferente, justificar motivo.

Todos los pacientes deberán acudir con su correspondiente documento de solicitud de consulta.

## OTROS RECURSOS EN ARAGON:

### **Demencia:**

- Unidad de Demencias neurología Hospital Clínico
- **AFEDAZ (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer) :**  
C/Monasterio de Samos, 8 - 50.013 - Zaragoza • Tlf: 976 412 911 • Email:  
info@afedaz.com

### **T. depresivos:**

- **AFDA: ASOCIACION DE TRASTORNOS DEPRESIVOS DE ARAGON.**
  - C/ Honorio García Condoy 12.
  - 976379024

### **T. Bipolar:**

- **ATBAR: Asociación de Afectados por el Trastorno Bipolar de Aragón.**  
Tfno: 666456036  
Centro Cívico La Almozara planta 3ª (Avda. Puerta Sancho 36, Zaragoza) los  
viernes de 18 a 21 horas.

### **Fibromialgia:**

- **ASAFA: Asociación Aragonesa de Fibromialgia y Fatiga Crónica.**
  - Coso 67 esc 1 1ªA
  - Tfno: 976207941

### **Apoyo psicológico en pacientes con cáncer:**

- **AECC:**
  - C/ Rebojería 20-22
  - Teléfono: 976 29 55 56
  - Fax: 976 29 41 42
  - zaragoza@aecc.es

### **Patología relacionada con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas:**

- **UASA Servicio Aragonés de Salud:**
  - C/ Ramón y Cajal 68, Zaragoza
  - 976715261

- **CMAPA:**
  - Avda. Pablo Ruiz Picasso 59, Zaragoza
  - 976291727
- **CSZ:**
  - Manuela Sancho 3, Zaragoza
  - 976200213
- **UASA Cruz Roja:**
  - Allúe Salvador, 8. Zaragoza
  - 976158705

**Unidad de Tabaquismo:** Facultad de Medicina Zaragoza.

- **Unidad de Tabaquismo FMZ: 976 76 25 15**

**Ludopatía:**

- **AZAJER:** Calle Arias, 30, local - 50010 Zaragoza - Tel. 976 200 402

**TCA:**

- **ARBADA:** Asociación Aragonesa de Familiares de enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Pso. Sagasta 51, 5º izqda. 976389575

**Trastornos de la Personalidad:**

- **El Volcán:** Asociación de Familiares de personas con Trastornos de la Personalidad,
  - Av. "San José". C/ Ventura Rodríguez 14, bajos  
50.007 Zaragoza. Teléfono de la AVV: 976 276437

**Violencia de género:**

- **IAM:**
  - Pº Agustín, Nº 16, 5ª planta  
50071 Zaragoza Telf: 976 716 720

## 9.3. Anexo 3. CEICA



CEIC Aragón (CEICA)

Dictamen Favorable

C.I. PI24/520

18 de diciembre de 2024

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

### CERTIFICA

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 18/12/2024, Acta Nº 23/2024 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

**Título: Análisis de las derivaciones a una Unidad de Salud Mental desde Atención Primaria.**

**Estudiante: Raquel Martínez Laguna**

**Tutores: Miguel Ángel Quintanilla López, David Vaquero Puyuelo**

**Versión protocolo: V2, 12/12/2024**

**Se acepta la exención de consentimiento para la recogida de datos retrospectivos**

**2º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los permisos necesarios para el acceso a los datos, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

**3º.** Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del trabajo.

**4º.** El presente dictamen favorable sólo tendrá **validez hasta la fecha declarada de final del estudio (mayo de 2025)**, la modificación de esta fecha o cualquier otra modificación sustancial de las condiciones y/o metodología respecto de la versión arriba referenciada del protocolo o del documento de información debe presentarse de nuevo a evaluación por el comité.

Lo que firmo en Zaragoza, a fecha de firma electrónica

GONZALEZ HINJOS  
MARIA - DNI 03857456B

Firmado digitalmente  
por GONZALEZ HINJOS  
MARIA - DNI 03857456B  
Fecha: 2024.12.20  
10:16:11 +01'00'

María González Hinjos

## 10. Bibliografía

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
2. Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria*. 1999;23(5):275–9.
3. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374(9690):609–19. doi:10.1016/S0140-6736(09)60879-5
4. Aragonès Benaiges E, Gutiérrez Pérez M, Pino Fortuny M, Lucena Luque C, Cervera Virgili J, Garreta Estrada I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27(9):623–8. doi:10.1016/s0212-6567(01)78870-1
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21–7. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
6. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(9):329–36.
7. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España 2020. Población de 15 y más años según el grupo de síntomas depresivos, por sexo y comunidad autónoma. [Internet]. Madrid: INE; 2020 [citado 9 abril 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=47275>.
8. Lasaos Medina L, Zurrón Madera P, Olazarán Rodríguez J, Alberdi R, Pérez de Rojas J, Aguado Liébana S, et al. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores: una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019;54(1):31–7 [citado 9 abril 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola->

geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-los-trastornos-ansiedad-las-S0211139X18305833.

9. Gobierno de Aragón. Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022–2023 [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2022 [citado 9 abril 2025]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/plan-de-accion-de-atencion-primaria-y-comunitaria-2022-2023>.

10. Churchill R, Khaira M, Gretton V, Chilvers C, Dewey M, Duggan C, et al. Treating depression in general practice: factors affecting patients' treatment preferences. *Br J Gen Pract*. 2000;50(460):905–6.

11. García-Campayo J, López del Hoyo Y, Salas Valero M, Pérez Yus MC, Andrés Esteban E, Puebla Guedea M, et al. Primary prevention of anxiety disorders in primary care: a systematic review. *Aten Primaria*. 2021;53(8):102120. doi: 10.1016/j.ypped.2014.10.015

12. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [citado 9 abril 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

13. Instituto Aragonés de Estadística. Comunicado sobre la población y pirámides de población de las zonas de salud [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2024 [citado 9 abril 2025]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/d/guest/20250403-estadisticas-de-poblacion-y-piramides-zonas-de-salud-2024>.

14. Gobierno de Aragón. Dirección General de Salud Pública. Informe de Prevalencia de Depresión. Aragón 2023 [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2023 [citado 9 abril 2025]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/d/guest/2023-morbilidad-depresion-pdf>.

15. Marco Ibáñez A, Aguilar Palacío I, Aibar Remón C. Evaluación de la interconsulta virtual por los profesionales de atención primaria: dimensiones de la calidad y oportunidades de mejora. *Revista de Atención Primaria*. 2024;56(4):102818. doi:10.1016/j.rce.2023.01.010

16. Pimienta González R, Pérez Cánovas E, Morales Rodríguez Z, Hernández Afonso JS. Satisfacción de los médicos de Atención Primaria con un nuevo modelo de consulta integrado con Cardiología. *Aten Primaria*. 2021;53(8):102120. doi:10.1016/j.aprim.2021.102120

17. Gobierno de Aragón. Plan de Salud Mental 2022–2025 [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2022 [citado 9 abril 2025]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-salud-mental>.
18. Soler-González J, San Martín M, Delgado-Marín JL, Bosch-Ferrer C, Arrufat FX, Pujol-Ribera E. Concordancia entre médicos de atención primaria y psiquiatras sobre el diagnóstico y la necesidad de derivación del paciente con trastorno mental. *Med Fam SEMERGEN* [Internet]. 2012;38(4):175–80 [citado 9 abril 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359311005454>.
19. Díaz Curiel J, Díaz de Neira M, Jarabo A, Roig Cutillas P, Román P. Estudio de derivaciones de Atención Primaria a centros de Salud Mental en pacientes adultos en la Comunidad de Madrid. *Clín Salud Ment.* 2017;28(2):65–70. doi:10.1016/j.clysa.2017.03.001
20. Espinosa Sabina L, Castilla Pérez P. Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2002;22(83):111–23.
21. García-Testal A, Sancho Blasco F, Julve Pardo R, Puche Pinazo E, Rabanaque Mallén G. Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Aten Primaria.* 1998;22(4):233–8.
22. Castells Lacruz M, Martí Amengual G, Lafuente Robles R. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria.* 2004;34(4):170–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-como-derivamos-salud-mental-desde-13054672>.
23. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema.* 2010;22(3):389–95.
24. Bacigalupe A, Cabezas A, Baza Bueno M, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS 2020. Gac Sanit.* 2020;34(Suppl 1):61–7. doi:10.1016/j.gaceta.2020.06.013

25. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. *Eur J Psychiat* [Internet]. 2016;30(4):259–92 [citado 17 mayo 2025]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-61632016000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632016000400004&lng=es).
26. Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Med Care*. 1989;27(5):478–90.
27. Seeman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1997;154(12):1641–7 [citado 17 mayo 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1641>.
28. Andia AM, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T, Kuck J, et al. Gender differences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183(8):522–8. doi:10.1097/00005053-199508000-00005
29. McGrath JJ, Saha S, Welham J, El-Saadi O, MacCauley C, Chant DC. A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rate items and the influence of methodology, urbanicity, sex and migrant status. *Schizophr Res*. 2004;67(1 Suppl):65–6. doi: 10.1186/1741-7015-2-13
30. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence studies of substance-related disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2004 Jun;49(6):373–84. doi: 10.1177/070674370404900606
31. Ferreras Amez JM, Sanjuán Domingo R, Elías Villanueva MP, Sánchez Lázaro C, Blasco Valle M, Yagüe Sebastián MM. Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria. *Fml* [Internet]. 2011 [citado 17 mayo 2025];15(4):5 p. Disponible en: <https://www.revistafml.es/441-evaluacion-de-las-derivaciones-a-un-centro-de-salud-mental-desde-atencion-primaria/>.
32. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath JJ. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):e141. doi:10.1371/journal.pmed.0020141.
33. Latorre Postigo JM, López-Torres Hidalgo J, Montañés Rodríguez J, Parra Delgado M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35(3):134–40.

34. Martín-Jurado A, de la Gándara Martín JJ, Castro Carbajo S, Moreira Hernández A, Sánchez-Hernández J. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Med Fam SEMERGEN*. 2012 Sep;38(6):354–9. doi:10.1016/j.semerg.2011.12.005
35. Labrador FJ, Jiménez C, Moreno C, Crespo M. La derivación a salud mental de pacientes con un trastorno adaptativo desde atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2004 [citado 17 mayo 2025];34(10):470–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-derivacion-salud-mental-pacientes-un-trastorno-13095928>.
36. Landa N, Goñi A, Garcia de Jalón E, Lizasoain E. Concordancia entre el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*. 2008;40(6):285-9.
37. Grepperud S, Holman PA, Wangen KR. Factors explaining priority setting at community mental health centres: a quantitative analysis of referral assessments. *BMC Health Serv Res*. 2014 Dec 14;14:620. Doi: 10.1186/s12913-014-0620-3
38. Gabarrón Hortala E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002 Apr;29(6):329–37.
39. Beltran Vilella M, Salleras Marcó N, Camps García C, Solanas Saura P, Igual Massalles E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Aten Primaria*. 2001;27(6):419–25.
40. Hernández García M, Ojeda Rodríguez E, Jannone Pedro L, García Valls JM, Alcantarilla Chaves L, Segura Vicent C, et al. Análisis de interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud mental en el departamento de salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2023 Dic [citado 17 mayo 2025];43(144):73–90. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352023000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352023000200004&lng=es).
41. Risco Venegas MP. Estudio de calidad de información de los partes de interconsulta (P.I.C.) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2003 Mar [citado 17 mayo 2025];(85):125–35.

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352003000100008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000100008&lng=es).

42. Huertas Zarco I, Pereiró Berenguer I, Sanfélix Genovés J, Rodríguez Moya R. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. *Aten Primaria*. 1996;17(5):317–320.

43. Quintanilla López MA, Gracia García P, Palomero MV, Villas E, Pedrosa S, Salas A, et al. Análisis y optimización de la derivación a consultas de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario II. En: XIV Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud; 2016 jun 14–15; Zaragoza. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; 2016.