

Trabajo Fin de Grado

Epidemiología de los ingresos en la UCE de psiquiatría del
Hospital Obispo Polanco y análisis de los trastornos de la
esquizofrenia

Autor/es

Daniel Lorente Fernández

Director/es

M^a Pilar Chocarro

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	7
METODOLOGÍA.....	8
RESULTADOS	10
DISCUSION.....	11
CONCLUSIÓN	14
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXO I	18
ANEXO II	19
ANEXO III.....	21

RESUMEN

Introducción. Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia a nivel mundial, y desempeñan un importante papel en cuanto a la morbilidad, discapacidad, mortalidad prematura, dependencia, costes económicos y sanitarios. Además, los recursos de los que disponemos para evitarlos o tratarlos a veces no son suficientes, se emplean de manera ineficaz o se distribuyen mal. De esta forma, con el tiempo las patologías psiquiátricas están afectando cada vez más a la población.

Objetivos. Realizar una descripción del tipo de ingreso que acude a la UCE (Unidad de Corta Estancia) de Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco y analizar aquellos pacientes con un trastorno del espectro de la esquizofrenia.

Metodología. Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en el cual se obtuvo la prevalencia de diagnósticos mentales en el periodo de tiempo entre octubre de 2012 y octubre de 2013. Se sacaron algunas variables sociodemográficas y clínicas de cada ingreso. La información se agrupó en una base de datos y se analizó mediante el programa estadístico SPSS Statitics 20.

Resultados. Se recogieron un total de 232 ingresos. De ellos la mayoría fueron hombres (63'4%), solteros (55'6%) y con una mediana de edad de 43 (IQ = 53-33). El diagnóstico más frecuente fue el del grupo de la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (38'8%).

Conclusión. Los trastornos del espectro de la esquizofrenia fueron los más prevalentes. Destacaron los individuos diagnosticados de esquizofrenia, varones y solteros, lo que hace pensar que este tipo de patología pueda dificultar las relaciones personales o laborales.

ABSTRACT

Background. Mental disorders have a high worldwide prevalence level, and carry out an important role regarding to morbidity, disability, premature mortality, dependency, economic and sanitary costs. Otherwise, the resources that we have to prevent or treat them sometimes aren't enough, or they are used inefficiently, or even handed out wrong. After some time psychiatric disorders are affecting more and more population in this manner.

Objetives. To carry out a description of the type of admissions that came to the SSU (Short Stay Unit) of Psychiatry of Obispo Polanco's Hospital, and to analyse those patients with schizophrenia spectrum disorders.

Methodology. A descriptive retrospective study was performed to obtain the prevalence of mental diagnosis between october 2012 and october 2013. Some sociodemographic and clinical variables were obtained of each admission. Information was grouped in a database and analysed for the statistical program SPSS Statics 20.

Results. 232 admissions were collected. Most of them were men (63'4%), single men (55'6%), with an average age of 43 years (IQ = 53-33). The most frequent diagnosis was schizophrenia group, schizotypal disorders group and delirious disorders group (38'8%).

Conclusion. Schizophrenia spectrum disorders were the most prevalent ones. Schizophrenia diagnosed people were highlighted, men and single men, which suggests that this type of pathology can difficult the relationships or labour relationship.

INTRODUCCIÓN

Podemos definir la salud mental como un estado de bienestar que nos permite a las personas desarrollar nuestras habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera efectiva, así como contribuir de manera activa a nuestra comunidad. Los trastornos mentales son muy prevalentes en todo el mundo y tienen un importante papel dentro de la morbilidad, la discapacidad, la mortalidad prematura, la dependencia y los costes económicos y sanitarios. Muchas veces los recursos que tenemos a nuestra disposición no son suficientes, son empleados de forma ineficaz y se distribuyen mal. Esto ha generado una importante brecha de tratamiento que en determinados países con pocos recursos es superior al 75%, es decir, un alto porcentaje de personas con una enfermedad mental no tiene un tratamiento adecuado, o ni siquiera lo recibe. Además el estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que giran alrededor de este tipo de patología agravan aun más la situación.^{1, 2}

Las enfermedades mentales también suponen un riesgo ante la posibilidad de sufrir enfermedades transmisibles y no transmisibles. Al contrario, hay ciertas condiciones patológicas que aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales. No obstante los últimos avances científicos han permitido comprender y manejar mucho mejor este tipo de afecciones, así como su pronóstico, lo que ha conferido a las organizaciones y estados miembros la capacidad de afrontar con éxito los desafíos que puedan encontrarse.²

Si queremos hacernos una idea de cómo afectan las enfermedades mentales a la población, debemos atender a algunos datos generales. Hablando de forma general, se sabe que una de cada 4 personas va a sufrir algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. Además este tipo de alteraciones suponen la primera causa de los años vividos con discapacidad e implican el 40% de las enfermedades crónicas.^{3, 6} Asimismo, este tipo de dolencias representan el 14% de la carga mundial de enfermedades, afectando tres cuartas partes de esa carga a los países con rentas bajas y

medias bajas. Para ver como ha ido evolucionando la salud mental también podemos prestar atención al siguiente dato, el cual muestra que en 1990 se estimaba que este tipo de patologías explicaban el 8,8% de los años de vida en relación a la discapacidad en América Latina y el Caribe, ascendiendo dicha carga al 22% en el año 2004. Otro hecho a tener en cuenta es el suicidio, el cual representa uno de los problemas más trágicos de la salud mental. La OMS estima que más de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo. Así, las enfermedades mentales están vinculadas a la mortalidad por suicidio.^{2, 5}

Visto todo esto, podemos observar como la salud mental ha ido adquiriendo una mayor importancia en la sociedad, y como las enfermedades mentales con el paso del tiempo van a afectar aun más a la población. Así, la razón de llevar a cabo estudios de prevalencia durante determinados periodos de tiempo, ya que se consideran muy útiles para percibir el impacto y la carga que suponen estas enfermedades sobre los servicios que se encargan de atenderlas⁷. Igualmente, dicho conocimiento epidemiológico permite llevar a cabo una buena planificación de los recursos destinados a atender dicha demanda y crear nuevos programas de asistencia que mejoren la calidad de la misma^{8, 9}.

Las unidades de hospitalización psiquiátricas, como lo son las Unidades de Corta Estancia, también ayudan a mejorar dicha planificación y asistencia, además de ayudar en el campo de la docencia y la investigación, ambas dirigidas hacia la psiquiatría. Gracias a estos centros se puede dar tratamiento a enfermedades mentales graves y cubrir las necesidades de cuidado, control y protección del paciente, y así alejarlo de situaciones estresantes que puedan ser negativas para su patología.¹⁰

Uno de los grandes grupos que abarcan las enfermedades mentales es el de los "Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia". La esquizofrenia se caracteriza por ser un trastorno del neurodesarrollo que genera una conducta y pensamientos desorganizados, delirios y alucinaciones. Genera déficits cognitivos y síntomas que producen en gran medida la incapacidad de los pacientes.¹¹

La patología psiquiátrica supone una importante carga económica, social y sanitaria en nuestro medio, por lo que me parece útil realizar un estudio que enfoque este tema. Además creo que puede ser interesante estudiar el grupo de los trastornos de la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, ya que es el más prevalente dentro de mi análisis.

OBJETIVOS

General:

- Describir el tipo de ingreso que acude a la UCE (Unidad de Corta Estancia) de Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco.

Específicos:

- Estudiar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados dentro de los trastornos del espectro de la esquizofrenia
- Analizar la relación de los diagnósticos incluidos dentro de los trastornos del espectro de la esquizofrenia con el estado civil.
- Analizar la relación de los diagnósticos incluidos dentro de los trastornos del espectro de la esquizofrenia con la diferencia de género.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, en el cual se ha obtenido la prevalencia de diagnósticos de enfermedades mentales y diferentes variables sociodemográficas y clínicas. En una primera fase se ha recogido una muestra de 232 pacientes mayores de 18 años los cuales habían ingresado en la UCE de psiquiatría del Hospital Obispo Polanco de Teruel en el periodo de tiempo entre octubre de 2012 y octubre de 2013. En una segunda fase se ha creado otra base de datos a partir de la muestra inicial eligiendo a aquellos ingresos con algún diagnóstico incluido en los trastornos del espectro de esquizofrenia, obteniendo en esta situación 90 casos. Los datos se sacaron de los informes de alta de los pacientes ingresados en la unidad ya citada, cuyo acceso se obtuvo mediante la elaboración de una carta dirigida a la directora de enfermería pidiendo permiso para la consulta de dichos documentos. La información fue recogida en unas plantillas, después se agrupó en una base de datos y se analizó mediante el programa estadístico SPSS Statistics 20. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas nominales y medidas de tendencia central y de dispersión para las cuantitativas; para la comparación de las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrado, o en su defecto la asociación lineal y el test exacto de Fisher en caso de no haber normalidad. Los diagnósticos se establecieron de acuerdo a los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10)¹², que es una de las más utilizadas a nivel institucional.

Dentro de las variables recogidas encontramos las siguientes:

- Cualitativas nominales dicotómicas:
 - CIE-10
 - Sexo.
 - Ingresos previos.

- Antecedentes psiquiátricos familiares.
- Lugar de residencia.
- Ideación o intento autolítico.
- Cualitativas nominales politómicas:
 - Situación laboral.
 - Estado civil.
- Cuantitativas:
 - Edad.
 - Fecha de ingreso y alta.
 - Número de trastornos mentales y del comportamiento.
 - Número de días de ingreso.

Algunos de los casos incluidos en el estudio correspondían a la misma persona, la cual había ingresado más de una vez durante ese año. No obstante, como criterio de inclusión, se tuvieron en cuenta todos los ingresos que se habían producido en el periodo de tiempo estudiado, sin importar que hubieran acudido más de una vez a la planta. Así, fue posible obtener la prevalencia exacta de las enfermedades y de las variables analizadas, las cuales podían presentar diferencias de un ingreso a otro.

Limitaciones

Hay que tener en cuenta que en algunos ingresos había algún dato que estaba ausente o no se reflejaba en los informes de alta, por lo que esa información se consideró como valores perdidos. Es el caso de las siguientes variables: situación laboral, estado civil, lugar de residencia.

RESULTADOS

Dentro del periodo de tiempo en el cual se ha realizado el estudio, se han recogido un total de 232 ingresos. A raíz del análisis de dichos datos se ha elaborado el siguiente perfil:

La mayoría de pacientes eran hombres (63,4%), solteros (55,6%), con una mediana de edad de 43 (IQ = 53-33), cuyo lugar de residencia era una zona rural (65,7%), y cuya ocupación más habitual era el desempleo (28%). Un 22,7% de los casos presentaban algún tipo de incapacidad o pensión derivada de su enfermedad.

La mayoría había presentado ingresos previos (63,8%), y tenían historia de antecedentes psiquiátricos familiares (69,4%). Respecto al número de días de ingreso se obtuvo una mediana de 12 días (IQ = 20-8). Un 19% de los casos presentaban ideación o intento autolítico.

En cuanto a los diagnósticos más frecuentes destaca el grupo de la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (38,8%); los trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (29,7%); los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (28,9%); y los trastornos del humor (24,6%). Más de la mitad presentaba un solo trastorno, mientras que un 32,8% tenía simultáneamente dos trastornos, y el 7,8% tres.

El grupo más prevalente fue el de la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. Un total de 90 ingresos fueron diagnosticados dentro de este grupo presentando el siguiente perfil: varón (73,3%), soltero (78,8%), con una mediana de edad de 37 años (IQ = 46-27,50), que vive en una zona rural (68,2%), desempleado (34,5%), con ingresos previos (78,9%), sin antecedentes psiquiátricos familiares

(57,8%), una mediana de días de ingreso de 15 (IQ = 23,50-9), sin ideación o intento autolítico (92.2%), y con diagnóstico de esquizofrenia (56,7%). Un 28,6% de los casos presentaba una incapacidad derivada de su patología.

Se halló que existían diferencias estadísticamente significativas entre la esquizofrenia y el estado civil (asociación lineal=0,000) de los que el 95,7% eran solteros. Únicamente se encontraron diferencias entre el grupo de los hombres (asociación lineal = 0,008). También se halló relación entre el estado civil y los trastornos esquizoafectivos (asociación lineal=0,011) donde el 64,7% eran solteros. No se hallaron diferencias por género. En los trastornos delirantes persistentes y los trastornos psicóticos agudos y transitorios no se encontró ninguna relación con el estado civil.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diagnósticos de esquizofrenia ($\chi^2 = 0,007$) y trastornos delirantes persistentes (test exacto de Fisher=0,029) según el género. En el primer caso el 84,3% de los individuos con ese diagnóstico eran hombres, en cambio en el segundo caso el 62,5% de las personas que presentaban ese tipo de patología eran mujeres. No se encontró ninguna relación de los trastornos psicóticos agudos y transitorios ni de los trastornos esquizoafectivos con el género.

DISCUSIÓN

El estudio realizado ha reflejado un predominio de los hombres con un 63'4%, siendo la mayoría solteros con un 55'6%. Comparado con *N. Casanova et al*⁹ los datos son similares siendo un 59% varones y un 51'2% solteros, al igual que con *N. Morales et al*¹⁰ donde el 54% eran hombres y el 63% no tenían pareja. En cambio, según *M. Prat Galbany et al*¹³ el 54% de los casos eran mujeres. La mediana de edad de los ingresos de nuestro trabajo fue de 43, dato similar al de *N. Morales et al*¹⁰ y *M. Prat Galbany et al*¹³, presentando una media de 48 y 44 respectivamente.

El lugar de residencia más habitual resultó ser la zona rural, perteneciendo un 65'7% de los casos a esa área. En la investigación llevada a cabo por *N. Casanova et al*⁹ el 53'26% residían en una zona urbana, al igual que en el estudio realizado por *J. Alonso et al*¹⁴, en el que predomina lo mismo. Esto es debido lo más probable a que en nuestra área de influencia hay más personas en la zona rural que en la urbana.

Según nuestro estudio el 28% de los individuos estaban desempleados, y un 22'7% tenían una incapacidad o pensión secundaria a su patología. Si lo comparamos, según *N. Casanova et al*⁹, destacaron aquellos individuos con una incapacidad con un 23'71%. Comentar que en un artículo realizado por *Campo-Arias et al*¹⁵ se afirma que, en un análisis multivariado de una muestra nacional de México se halló que en los hombres el desempleo estaba significativamente asociado a la presencia del trastorno depresivo mayor.

Nuestro estudio también resaltó que un 63'8% de los pacientes había tenido ingresos previos durante su vida, y que un 69'4% tenía antecedentes psiquiátricos familiares. Comparando el primer dato, en el análisis de *N. Casanova et al*⁹ el resultado es similar con un 64'26%. En cuanto a los antecedentes, según *N. Morales et al*¹⁰ el porcentaje fue del 91%.

Además un 19% de los individuos que ingresaron en la UCE presentó ideación o intento autolítico, dato similar al reflejado por *M. Prat Galbany et al*¹³, en el que fue el 21% de los casos. De todos los casos de suicidio que se producen en el mundo, más del 90% se asocia a trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia o el alcoholismo. Visto esto, sería importante atender la grave y creciente carga de las enfermedades mentales para así reducir la tasa global de suicidio.^{4, 5}

En cuanto a los diagnósticos más prevalentes en nuestra investigación, el 38% de los ingresos presentaban un trastorno de la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; el 29'7% un trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos; el 28'9% trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias

psicoactivas; y el 24'6% trastornos del humor. Si lo comparamos con *N. Casanova et al*⁹, podemos ver como el 13'56% tienen diagnóstico de consumo perjudicial de tóxicos; el 10'64% de esquizofrenia; el 10'64% de distimia (trastorno del humor); el 10'11% un trastorno bipolar (trastorno del humor); y el 10'11% un trastorno de la personalidad. Según *N. Morales et al*¹⁰ los trastornos psicóticos fueron los más frecuentes, presentándolos el 37% de su población de estudio. En el trabajo realizado por *M. Prat Galbany et al*¹³ el 35% de los casos tenían un trastorno psicótico, siendo el más prevalente.

Los pacientes podían presentar más de un diagnóstico de forma simultánea, hecho que puede observarse en nuestro estudio ya que un 7'8% tenía tres trastornos, el 32'8% dos, y el resto una sola patología. Por su parte *Kessler et al*¹⁶ refleja que el 23% de los individuos tiene tres o más diagnósticos, el 22% dos, y el resto solo uno.

Como hemos dicho, el grupo de la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes fue el más prevalente. El 73'3% de los ingresos con este diagnóstico fueron varones de los cuales el 78,8% solteros. En el estudio realizado por *D. Hernández García et al*¹⁷ también predomina el género masculino y el estado de soltero. La mediana de edad en este grupo fue de 37 años. En el trabajo llevado a cabo por *Joffre-Velázquez et al*¹¹, la mediana fue de 36, siendo muy similar. Según nuestro análisis el 37'5% estaba desempleada, resultado similar al expuesto por *Joffre-Velázquez et al*¹¹, donde el 45'1% de los casos no tenían trabajo. Después del desempleo, el 28'6% de los individuos tenían una incapacidad derivada de su patología, y según el estudio de *D. Hernández García et al*¹⁷, la mayor parte de pacientes cobraban una pensión no contributiva. Curiosamente el 92'2% de estos ingresos no tuvo ideación o intento autolítico, lo cual coincide también con *D. Hernández García et al*¹⁷.

Hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los diagnósticos de esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos con el estado civil, siendo respectivamente el 97'7% y el 64'7% de los afectados por

dichos trastornos solteros. En el trabajo llevado a cabo por *D. Hernández García et al*¹⁷, se hallaron resultados similares, ya que también se obtuvieron diferencias de los mismos diagnósticos, siendo el 76'9% de los esquizofrénicos y el 55'6% de los trastornos esquizoafectivos solteros.

En cuanto a la relación entre los diagnósticos y el género, se hallaron diferencias estadísticamente significativas con la esquizofrenia y los trastornos delirantes persistentes. En el primer caso el 84'3% de los afectados eran hombres. En el segundo caso, el 62'5% de los pacientes que tenían dicha enfermedad eran mujeres. Así, comparándolo con el estudio llevado a cabo por *Joffre-Velázquez et al*¹¹, los resultados son distintos, ya que este no halla ningún tipo de relación de los diagnósticos clínicos anteriores con el género.

CONCLUSIÓN

El grupo de los trastornos del espectro de la esquizofrenia ha sido el más prevalente en nuestro estudio. Dentro de este, la esquizofrenia ha sido la patología más frecuente, destacando los individuos del género masculino y los solteros. Esto puede ser de interés, ya que induce a pensar que la esquizofrenia puede impedir o dificultar las relaciones personales así como la laboral.

Este trabajo podría ayudar en la creación de estrategias o programas de atención dirigidos hacia la población afectada por estos trastornos, y orientarnos a la hora de emplear los recursos de los que disponemos, aprovechándolos así de la mejor manera posible. Todo esto ayudaría a reducir así la importante carga económica, sanitaria y social que suponen este tipo de patologías.

BIBLIOGRAFIA

(1) Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols J. 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; Vol.22(nº3): 389-395.

(2) 49º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental [Internet]. Washington; 2009 [acceso 16 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf.

(3) Basterra V. Riesgo de problemas de salud mental en España y distribución por regiones. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141(4): 181-183.

(4) World Federation for Mental Health. Enfermedad mental y suicidio: guía para la familia para encarar y reducir los riesgos [Internet]. 2010 [acceso 19 de abril de 2014]. Disponible en: www.alansaludmental.com/suicidio/guías-e-informes-sobre-suicidio/

(5) Chiclana Actis C, Giner L. Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine*. 2011; 10(85): 5777-81.

(6) Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. Mental Health: Racing the challenges, building solutions [Internet]. Denmark: Organización Mundial de la salud, Oficina Regional para Europa; 2005 [acceso 14 de diciembre de 2013]. Disponible en: www.feafes.org/publicacione/mental-health-facing-challenges-building-solutions-4312/

- (7) Bobes J, Iglesias C, García-Portilla MP, Bascarán MT, Jiménez L, Pelayo-Terán JM et al. Evolución de la prevalencia administrativa de los trastornos mentales durante 13 años en Asturias (norte de España). *Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2013; 6(2): 60-66.
- (8) Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Valdivia M, Melipillan R, Zúñiga M et al. Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. *Med Chile*. 2010; 138: 965-973.
- (9) Casanova N, Granados B, Jordana N, Riveros G, Argemí M, Banzo C et al. Epidemiología de los pacientes ingresados desde urgencias en el HCU de Zaragoza. *Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2010; 3(Espec Cong): 18-19.
- (10) Morales N, Díaz M.C, Mancebo S.J, Tárraga S.N, Aviño J, Martínez P. Perfil sociodemográfico de los pacientes ingresados en una UHB. *Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2010; 3(Espec Cong): 20-21.
- (11) Joffre-Velázquez VM, García-Maldonado G, Saldívar-González AH, Martínez-Perales G, García-Núñez S. Perfil sociodemográfico, clínico y terapéuticos de pacientes con "Trastornos del espectro de esquizofrenia" atendidos en un Hospital Psiquiátrico Mexicano. *Alcmeon*. 2010; 16 (2): 117-124.
- (12) Organización Panamericana de la salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. OPS. 2003; 1(554): 295-375.
- (13) Prat M, Pérez J, Ros E, Prats L, Quesada M. Perfil de paciente que ingresa en una unidad de estancia corta. *Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2010; 3 (Espec Cong): 26-27.
- (14) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Bryson H, Gasquet I et al. Use of mental health services in Europe: results from the European

Study of the Epydemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Psychiatr Scand. 2004; 109 (420): 47-54.

(15) Campo-Arias A, Cassiani CA. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Colomb Psiquiat. 2008; 37 (4): 598-613.

(16) Departament of Health Care Policy, Harvard Medical School. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Survey Replication (NCS-R). Arch Gen Psychiatry. 2005; 62 (6): 617-627.

(17) Hernández D, Rodríguez Y, Hernández MJ, Sánchez J, Fernández I, Melián JL et al. Características de la población con espectro psicótico de la USMC de Arona (Tenerife). Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2010; 3 (Espec Cong): 22-23.

ANEXO I. Carta dirigida a la directora de enfermería del Hospital Obispo Polanco con la finalidad de obtener permiso para recoger datos de la planta de psiquiatría

Sra. Milagros Escusa Julián
Directora de enfermería del Hospital Obispo Polanco

Daniel Lorente Fernández, estudiante de 4º curso de la escuela de enfermería de Teruel.

Me dirijo hacia usted con el objetivo de darle a conocer mi interés en llevar a cabo un trabajo de fin de grado relacionado con la planta de psiquiatría de agudos del Hospital Obispo Polanco que estudie la prevalencia de enfermedades mentales en dicho servicio.

Le expongo por lo tanto una solicitud para obtener el permiso de recopilar información relacionada con los pacientes. Dichos datos abarcarían la causa y el tipo de ingreso, la edad, el sexo y el número de días de ingreso, todo ello sin comprometer la identidad de los pacientes.

Gracias por su atención
Un saludo cordial

Firmado



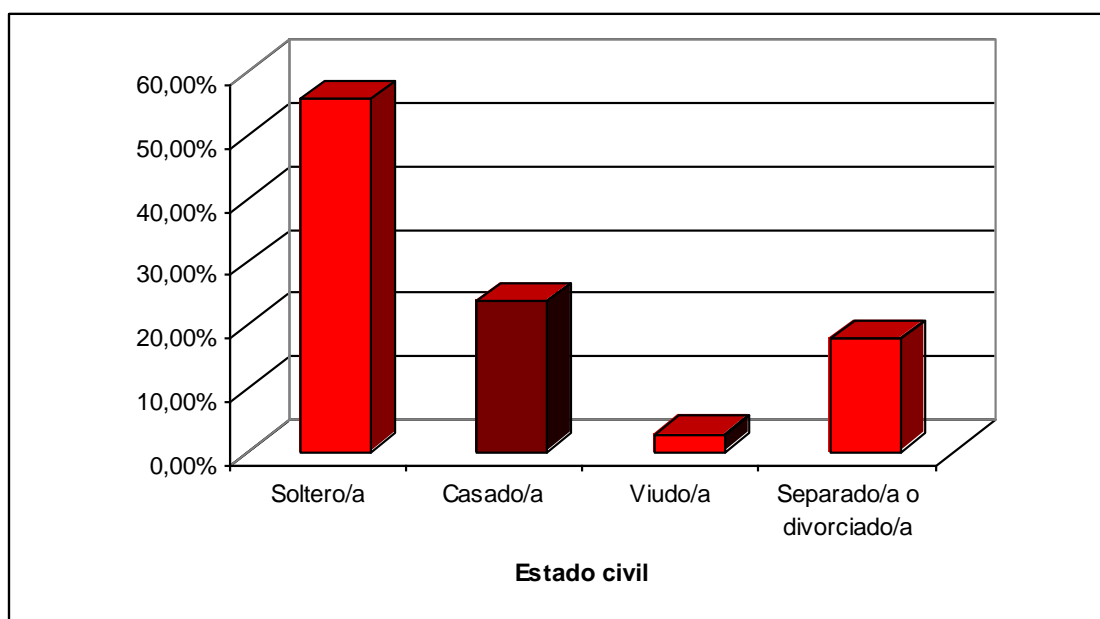
ANEXO II. Clasificación del CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento

- F00-F09 → Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.
- F10-F19 → Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.
- F20-F29 → Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.
 - F20: Esquizofrenia.
 - F21: Trastornos esquizotípico.
 - F22: Trastornos delirantes persistentes.
 - F23: Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
 - F24: Trastorno delirante inducido.
 - F25: Trastornos esquizoafectivos.
 - F28: Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico.
 - F29: Psicosis de origen no orgánico, no especificada.
- F30-F39 → Trastornos del humor (afectivos).
- F40-F48 → Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.
- F50-F59 → Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.
- F60-F69 → Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.
- F70-F79 → Retraso mental.

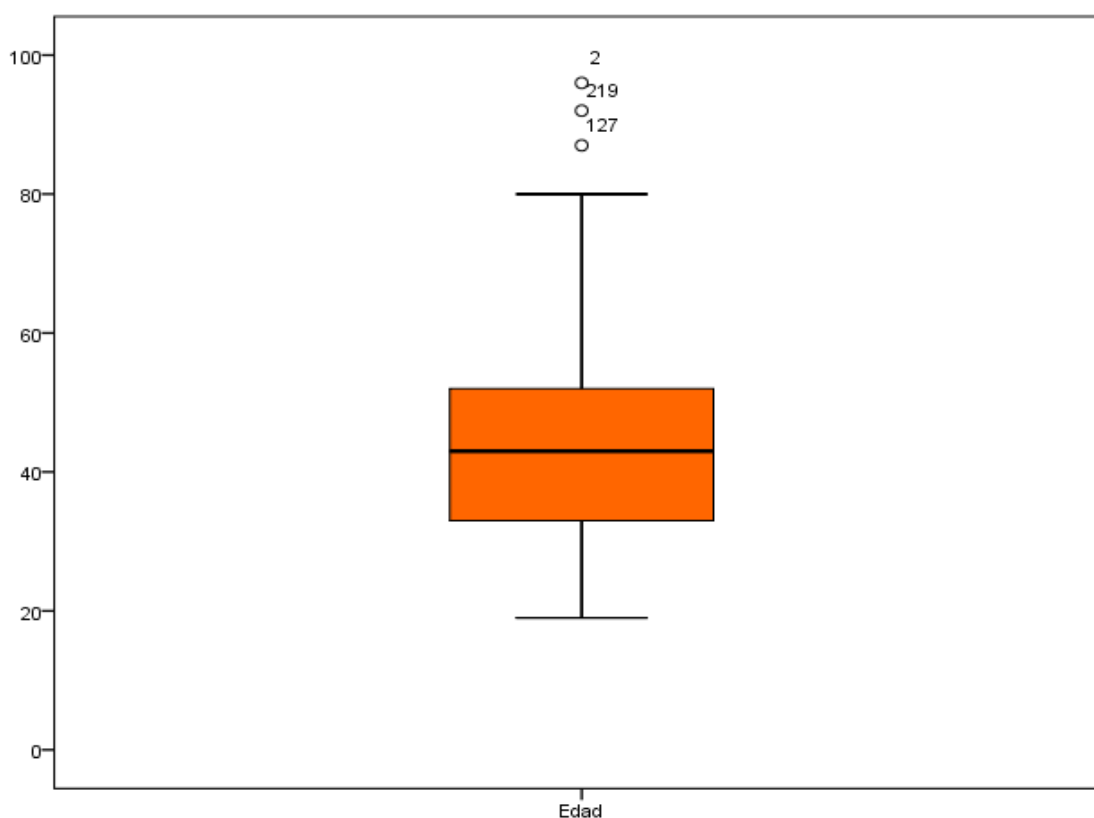
- F80-F89 → Trastornos del desarrollo psicológico.
- F90-F98 → Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.
- F99 → Trastornos mental no especificado.

ANEXO III. Gráficas

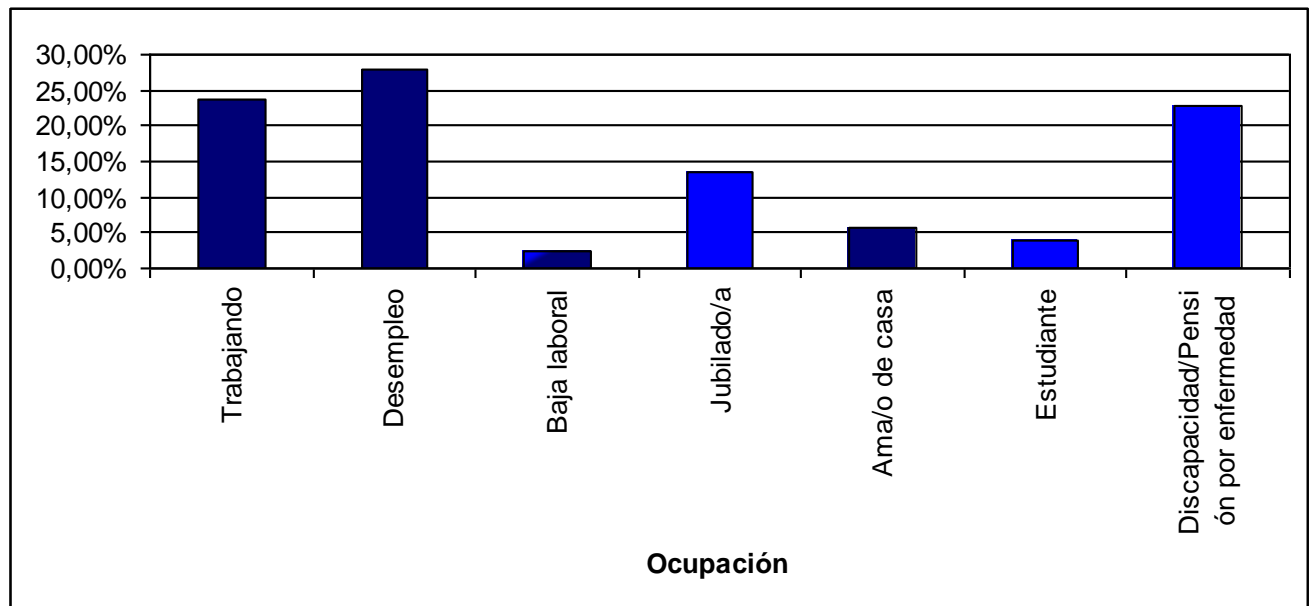
Gráfica 1. Estado civil que presenta la muestra en general.



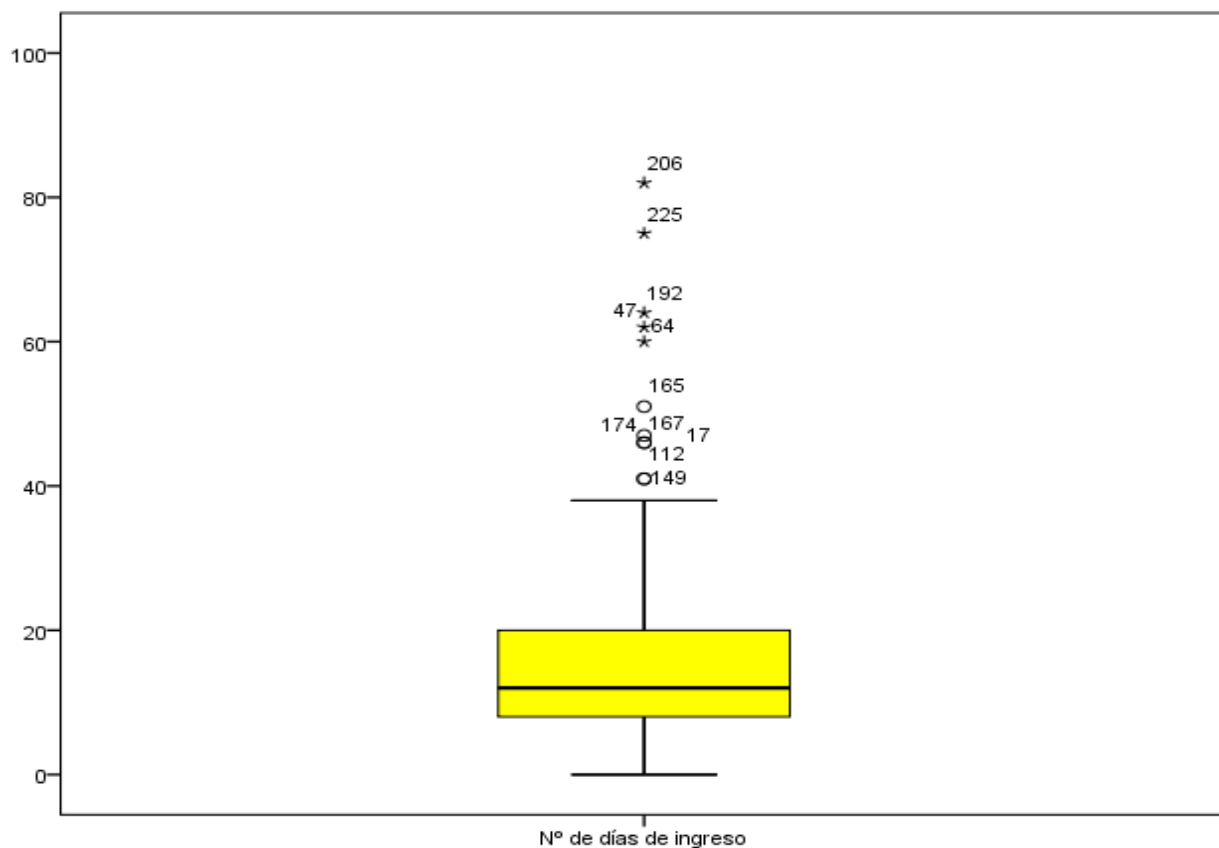
Gráfica 2. Mediana de edad que presentan los ingresos en general.



Gráfica 3. Ocupación que presenta la muestra en general



Gráfica 4. Mediana de días de ingreso que presenta la muestra en general



Gráfica 5. Diagnósticos que presenta la muestra en general

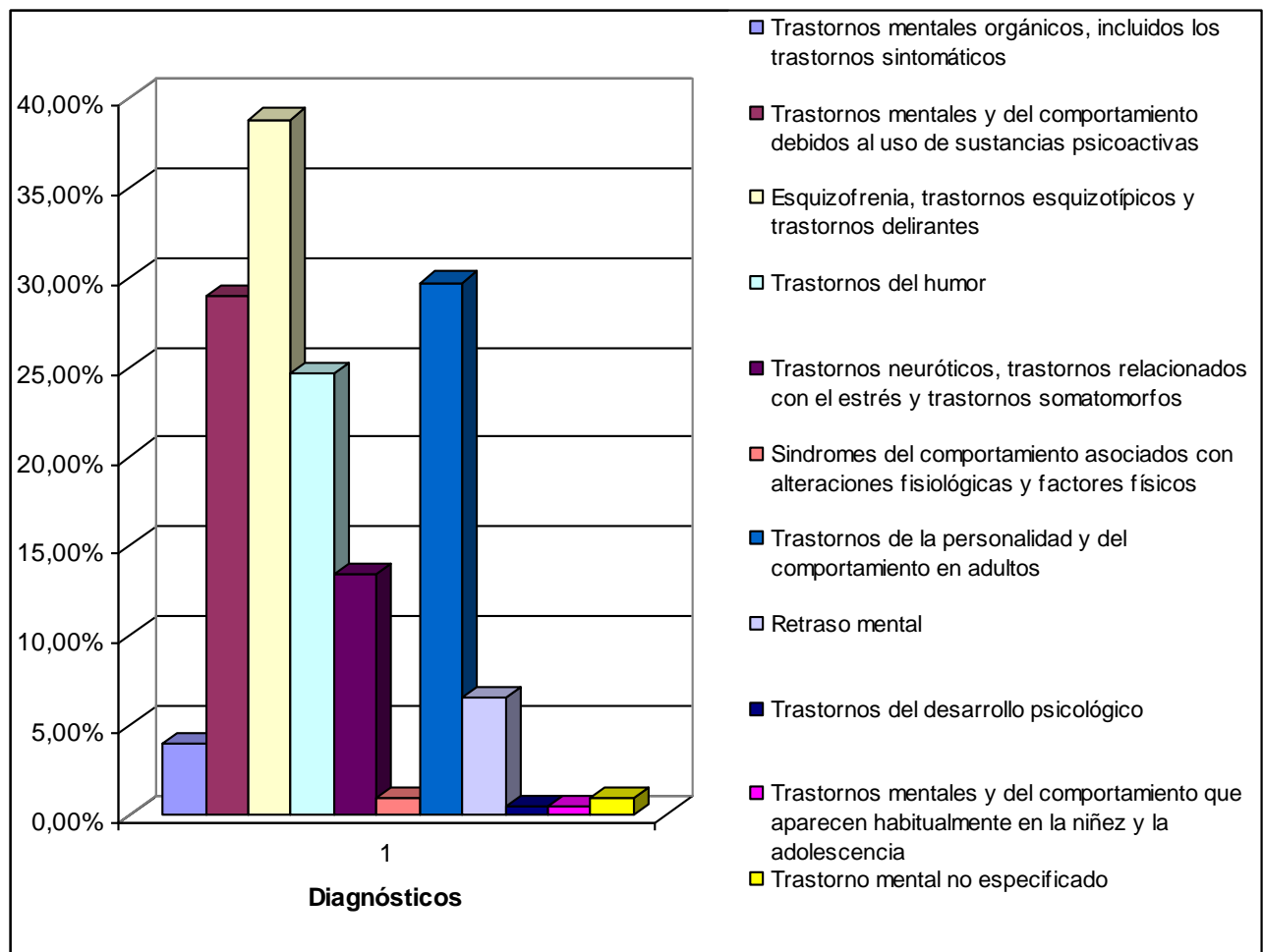
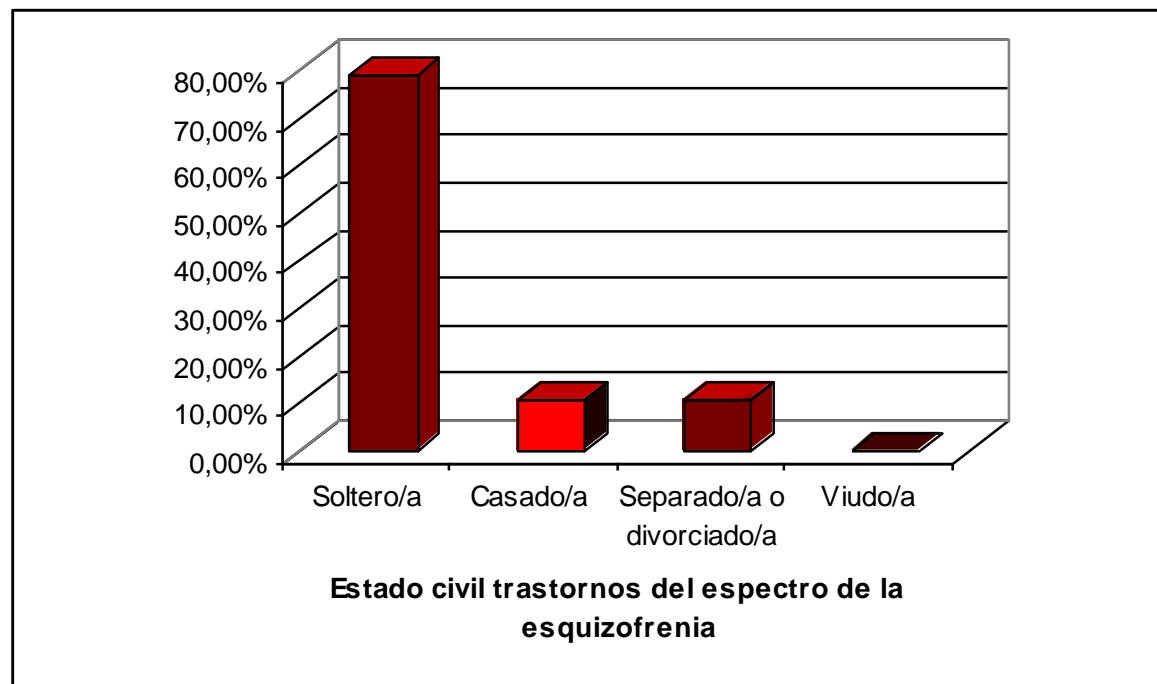
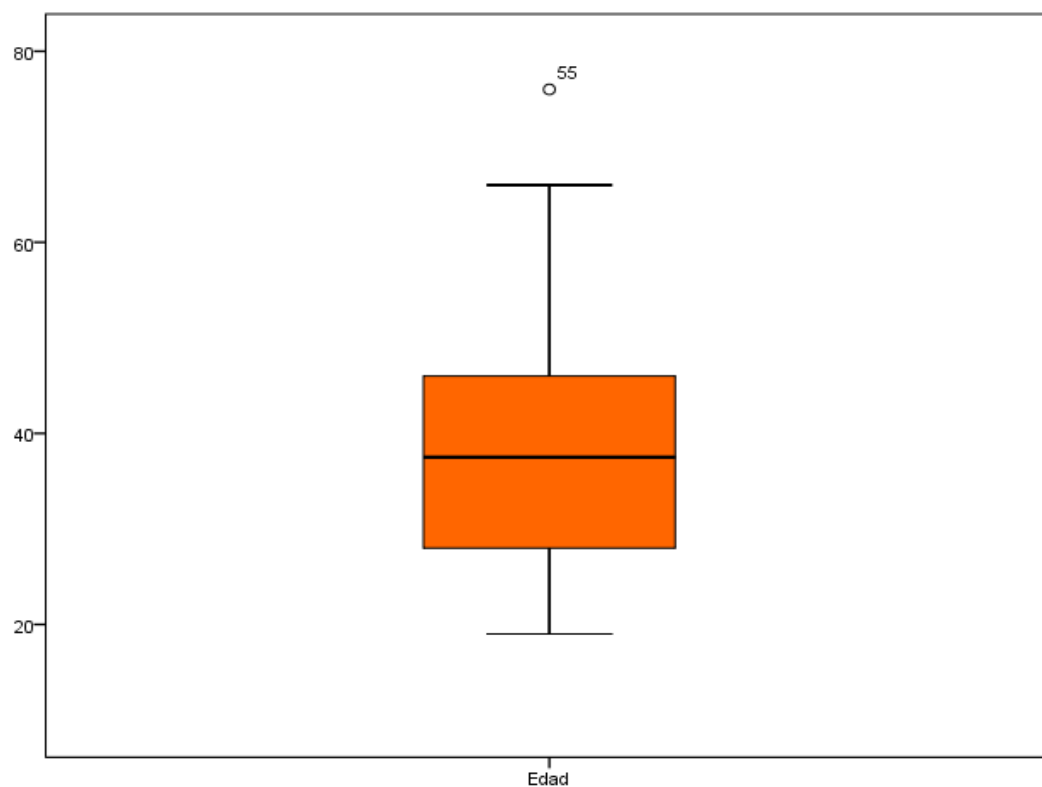


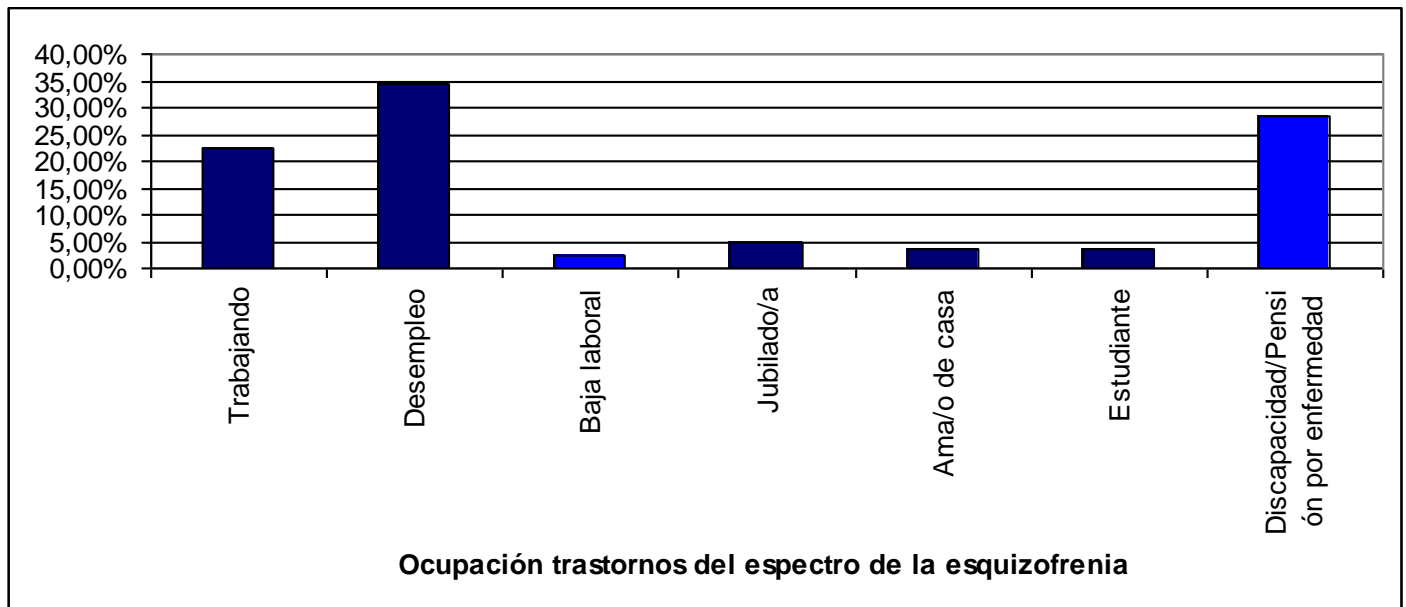
Gráfico 6. Estado civil correspondiente al grupo de los trastornos del espectro de la esquizofrenia



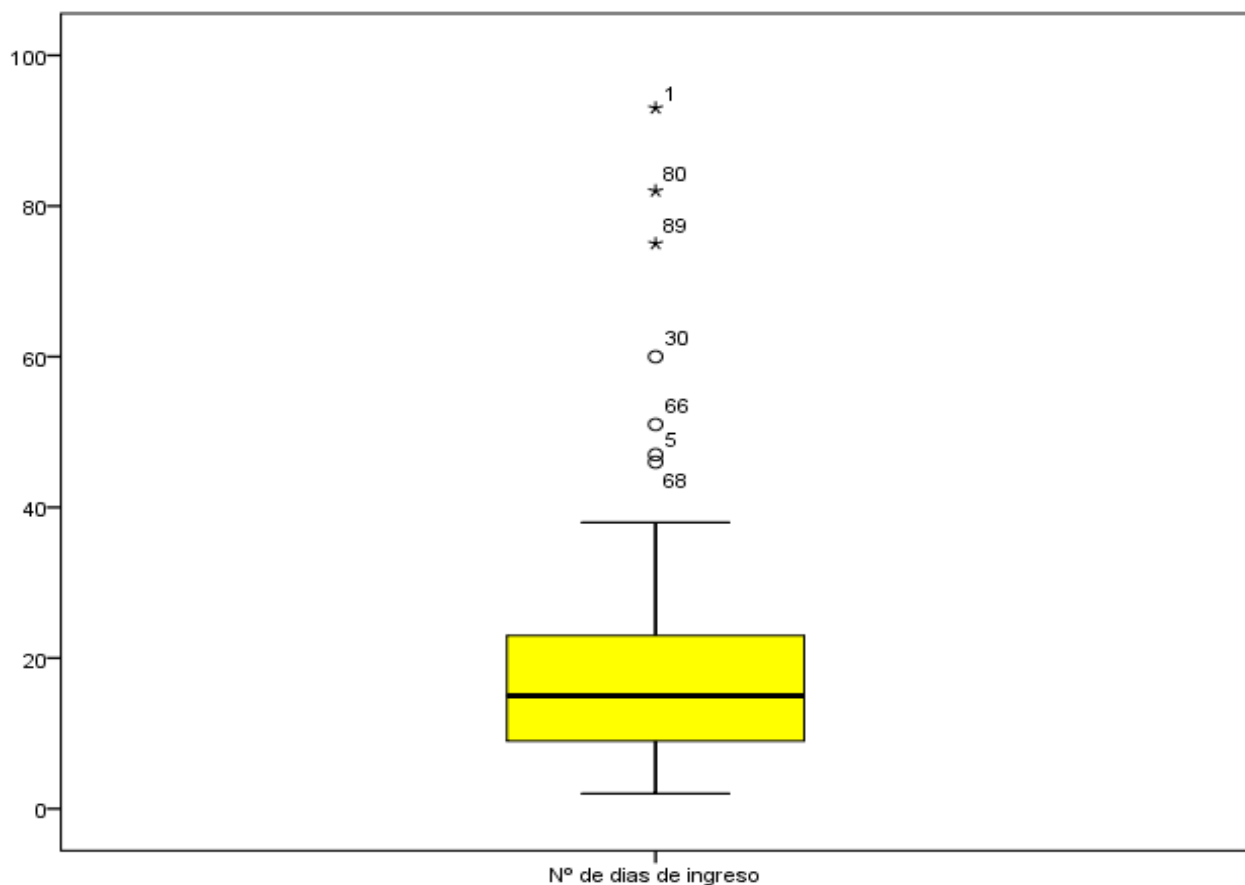
Gráfica 7. Mediana de edad correspondiente al grupo de los trastornos del espectro de la esquizofrenia



Gráfica 8. Ocupación correspondiente al grupo de los trastornos del espectro de la esquizofrenia



Gráfica 9. Mediana de días de ingreso correspondiente al grupo de los trastornos del espectro de la esquizofrenia



Gráfica 10. Diagnósticos dentro del grupo de los trastornos del espectro de la esquizofrenia

