

Trabajo Fin de Grado

**Adecuación de los criterios de ingreso por Trastorno  
Adaptativo en la Unidad de Hospitalización de Adultos  
del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa**

Adequacy of admission criteria for Adjustment Disorders in the  
Adults Hospitalization Unit of University Clinical Hospital  
Lozano Blesa

Autora:

**María Fernández Romero**

Director:

**Dr. Ricardo C. Campos Ródenas**

**Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología**

**Facultad de Medicina**

**Zaragoza, 2016**

## **RESUMEN**

**Introducción:** El ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica se produce por imposibilidad de seguimiento ambulatorio al suponer riesgos auto o heterolesivos, presentar refractariedad al tratamiento, y por falta de soporte socio-familiar. La ideación suicida y el intento autolítico son los motivos más prevalentes para acudir a los servicios de urgencia y un criterio de ingreso prioritario. El Trastorno Adaptativo es un factor de riesgo para las conductas suicidas.

**Objetivo general:** Analizar algunas variables sociodemográficas y clínicas relevantes en personas con diagnóstico de Trastorno Adaptativo en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda sistemática de la bibliografía a través de la base de datos PubMed y de los buscadores AlcorZe y Google Scholar para sustentar el marco teórico. Para el estudio empírico se realizó un estudio observacional retrospectivo a partir de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Adaptativo durante los años 2014 y 2015.

**Resultados:** La muestra estuvo constituida por 110 personas que habían sido dadas de alta con diagnóstico de Trastorno Adaptativo. La edad media era de 45 años. La mayoría eran personas de origen español frente a las extranjeras.

**Discusión:** Algunos resultados son equiparables con estudios europeos y de otros continentes al considerar el Trastorno Adaptativo uno de los diagnósticos más frecuentes y asociado a las conductas suicidas. El trastorno de la personalidad resultó ser la comorbilidad más destacada, lo que es congruente con lo revelado por American Psychiatric Association.

**Conclusiones:** Las variables analizadas sugieren que los ingresos por Trastorno Adaptativo son adecuados al cumplir los criterios de demandas asistenciales por conductas autolíticas en personas con trastornos de la personalidad y consumo perjudicial de tóxicos, además de presentar problemática familiar.

**Palabras clave:** Criterios de ingreso, Trastorno Adaptativo, Riesgo suicida, Unidad de Hospitalización de Adultos

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The admission in the Psychiatric Hospitalization Unit is caused by failure of out-patient follow-up, risk of harming themselves or others, refractoriness to conventional treatments, and lack of social and family support. Suicidal ideation and attempts are the most prevalent reasons for consultation for seeking emergency care and a priority admission criteria. Adjustment Disorder is a risk factor for suicidal behavior.

**Objective:** The purpose of the study is to identify some important sociodemographic and clinical variables in people diagnosed with Adjustment Disorder in Adults Hospitalization Unit of Lozano Blesa University Clinical Hospital.

**Methods:** A systematic literature search was conducted through PubMed database and Google Scholar and AlcorZe search tools to uphold the theoretical framework. For the empirical study, a retrospective observational study was conducted from patients diagnosed with Adjustment Disorder during the years 2014 and 2015.

**Results:** The sample is constituted by 110 people who had been discharged with a diagnosis of Adjustment Disorder. The average age of these people was 45 years. The majority of the sample cases were Spanish as compared to foreigners.

**Discussion:** Some results are comparable to other studies from Europe and other continents when considering Adjustment Disorder one of the most common diagnoses and associated with suicidal behavior. The Personality Disorder was the most associated comorbidity, which is consistent with what is revealed by American Psychiatric Association.

**Conclusions:** The variables analysed suggest that hospital admissions for Adjustment Disorder are adequate as they meet the criteria assistance due to autolytic behavior in people with Personality Disorders, Substances Abuse Disorder, in addition to lack of family support.

**Keywords:** Admission criteria, Adjustment Disorder, Suicidal Risk, Adults Hospitalization Unit

## **ABREVIATURAS**

**AMM:** Asociación Médica Mundial

**APA:** American Psychiatric Association

**CCAA:** Comunidades Autónomas

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**DT:** Desviación Típica

**EM:** Estancia Media

**ESEMeD:** European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

**HC:** Historias Clínicas

**HCU:** Hospital Clínico Universitario

**HCULB:** Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

**HUMS:** Hospital Universitario Miguel Servet

**LEC:** Ley de Enjuiciamiento Civil

**MED-Line:** Medlars Online International Literature

**PGC:** Proyecto de Gestión Clínica

**TA:** Trastorno Adaptativo

**TB:** Trastorno Bipolar

**TCA:** Trastorno de la Conducta Alimentaria

**TDM:** Trastorno Depresivo Mayor

**TLP:** Trastorno Límite de la Personalidad

**TM:** Trastorno Mental

**TMG:** Trastorno Mental Grave

**UHA:** Unidad de Hospitalización de Adultos

**UHP:** Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

**WHO:** World Health Organization

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</b>	2
<b>ABREVIATURAS</b>	4
<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
PRESENTACIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	7
<b>I. MARCO TEÓRICO</b>	8
1.1. EL TRASTORNO MENTAL Y LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN	8
1.2. LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA	9
1.3. CRITERIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA	10
1.4. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS	12
1.5. LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA Y EL RIESGO DE SUICIDIO COMO CRITERIO DE INGRESO	13
<b>II. MARCO METODOLÓGICO</b>	15
<b>ESTUDIO DE LOS INGRESOS POR TRASTORNO ADAPTATIVO EN LA         UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS DEL SERVICIO DE         PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa</b>	
2.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO	15
2.2. OBJETIVOS	15
2.3. METODOLOGÍA	16
2.4. RESULTADOS	18
2.5. DISCUSIÓN	25
2.6. CONCLUSIONES	28
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	30
<b>ANEXO I</b>	36
<b>ANEXO II</b>	37

# **INTRODUCCIÓN**

## **PRESENTACIÓN**

El presente trabajo fin de grado se estructura en primer lugar en esta parte introductoria y muy breve, que incluye la justificación. A continuación, comienza el primer capítulo que refleja las bases teóricas en las que nos hemos apoyado, y en el segundo capítulo se muestra el marco empírico de desarrollo de la investigación.

El primer capítulo o marco teórico del estudio comprende cinco apartados, en los cuales se ofrece una visión general de la prevalencia del trastorno mental (TM) y del proceso de desinstitucionalización tras la Reforma Psiquiátrica. Igualmente, se describe la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), los criterios de ingreso, los Trastornos Adaptativos (TA) y, por último, la urgencia psiquiátrica y el riesgo de suicidio como criterio de ingreso.

El segundo capítulo o marco metodológico se organiza en torno a un estudio empírico sobre los ingresos con diagnóstico de TA en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB). Específicamente se estudian algunas variables sociodemográficas y clínicas relevantes para determinar los motivos por los que los/as pacientes acudieron a solicitar asistencia, y analizar si el criterio de ingreso estuvo influenciado por determinantes del entorno socio-familiar del paciente. Seguidamente, se describen los resultados obtenidos tras el análisis estadístico, la discusión, y el trabajo acaba con las conclusiones del estudio y líneas de investigación futuras. Por último, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos que recogen la hoja de registro individual de los datos y todo lo relacionado a la búsqueda bibliográfica realizada para documentar el trabajo.

## JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La hospitalización es un instrumento técnico importante en el tratamiento del TM y se contempla en el conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico. Así, en la atención a la Salud Mental aparece como una opción de carácter secundario que se realiza cuando aporta mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizadas en el entorno familiar y social<sup>1</sup>.

En ocasiones, las condiciones que llevan a una persona a precisar un ingreso no dependen únicamente de la gravedad del TM, de la necesidad de estudios médicos o de un tratamiento especialmente complejo que requiera ingreso. Las demoras prolongadas e indiscriminadas en la atención o la claudicación en los sistemas de continuidad de cuidados en pacientes con trastorno mental grave (TMG), es lo que favorece el desarrollo de una red mental saturada sin capacidad de contención y apoyo. Además, la inexistencia de unas normas claras y consensuadas sobre los criterios de ingreso en las Unidades de Hospitalización de Adultos (UHA) puede ocasionar el incremento de los ingresos con objetivos poco adecuados a las características del dispositivo<sup>2</sup>.

En este sentido, el TA es un diagnóstico limítrofe entre la normalidad y el trastorno que permite la clasificación de los estados precoces o prodrómicos cuando la clínica todavía es vaga o imprecisa. Sin embargo, el estado mórbido, a veces, requiere ingreso<sup>3</sup>. De ahí el lugar destacado que ocupa el TA en la nosología psiquiátrica, y mi interés por analizarlo en la UHA del Servicio de Psiquiatría del HCULB, surgiendo el siguiente problema de investigación: ¿cuáles han sido los criterios de ingreso en la UHA del HCULB para el diagnóstico de TA durante los años 2014 y 2015?

Con el fin de dar una mejor respuesta al mismo, se plantean los siguientes problemas específicos:

- ¿Qué factores clínicos influyeron en la decisión de los ingresos por TA en la UHA del HCULB? ¿Qué variables sociodemográficas fueron más determinantes?
- ¿Fue un criterio de ingreso el entorno del paciente (disponibilidad de apoyos familiares, sociales y/o recursos comunitarios)?

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **1.1. EL TRASTORNO MENTAL Y LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN**

Los informes mundiales de salud señalan que en los últimos años el aumento de esperanza de vida y el desarrollo socioeconómico se acompañan de un incremento de algunas formas de trastornos mentales<sup>4</sup>. La World Health Organization (WHO, 2014) estima que la magnitud epidemiológica de estos trastornos afecta a una de cada cuatro personas -el 25,00% de la población mundial<sup>5</sup>-. Tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo se notifican 450 millones de personas con algún tipo de estos trastornos. Así, los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial<sup>6</sup>.

En Europa se estima que cada año el 38,20% de la población sufre un TM y los más incapacitantes difieren notablemente por sexo y grupo de edad<sup>7</sup>. Otro estudio previo, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), informa de la epidemiología de los trastornos mentales en España, y los datos señalan mayor afectación en las mujeres (22,90%) que en los hombres (15.70%). La depresión es el TM con mayor prevalencia (10,50%)<sup>8</sup>.

En cuanto a las políticas sanitarias en materia de salud mental en España, estas se regulan en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y es en el art. 20 donde se establece la plena integración de las mismas en el sistema sanitario general, además, de la total equiparación del enfermo mental al somático que requiera servicios sanitarios y sociales<sup>9</sup>. En líneas generales, es a partir de ese momento cuando se crean las Unidades de Salud Mental (USM), las Unidades Hospitalarias Psiquiátricas (UHP) y otras estructuras intermedias, con un desarrollo muy irregular en las diferentes comunidades autónomas (CCAA)<sup>2,10</sup>.

El proceso de Reforma Psiquiátrica se inicia con la desinstitucionalización de un sistema antiguo de hospitalización psiquiátrica y con un proyecto de mejoras dirigidas hacia los derechos civiles y legales de las personas con TM. De esta forma se logra un importante avance en los cuidados de los pacientes con TM y, un progreso en sus relaciones con la sociedad a través del fomento de actitudes más positivas hacia la



enfermedad mental y su tratamiento. El modelo en España se inclina por una solución alternativa, en la que el hospital se hace prescindible en la medida en que los servicios comunitarios asumen completamente todos los aspectos relacionados con los TM<sup>11</sup>.

A modo de ejemplo, en Irlanda del Norte, ante la tasa tan elevada de suicidios y el déficit de camas hospitalarias, se crean en la actualidad alternativas con los servicios de crisis -aún en evaluación-, en el que se implican pacientes, cuidadores y todos los equipos multidisciplinares con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención<sup>12</sup>. En Canadá, ante la crisis actual y el incremento de personas sin hogar con alta prevalencia de consumo de sustancias, se observa el impacto relativo de los TM específicos asociado al consumo elevado de hospitalizaciones agudas<sup>13</sup>.

## **1.2. LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**

La UHP es un dispositivo integrado en los Hospitales Generales cuya función se encuadra en los aspectos más sanitarios de la asistencia al ofrecer una atención continuada en régimen de hospitalización total y provisión de cuidados de 24 horas<sup>14</sup>. Las administraciones sanitarias españolas competentes, a partir de la Reforma Psiquiátrica, adecuan la actuación en salud mental teniendo en cuenta que se debe hospitalizar lo mínimo posible mediante el fomento de la atención en la comunidad a través de los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria. Igualmente, los ingresos hospitalarios se deben realizar por procesos en las UHP de los Hospitales Generales, y coordinarse con los servicios sociales para dar una atención integral a las personas con TM y sus familiares<sup>15</sup>.

Por otra parte, el ingreso hospitalario no depende sólo del TM. También, obedece al desarrollo y coordinación de la atención comunitaria y la red asistencial. Este hecho podría explicar las diferencias respecto a la hospitalización psiquiátrica entre las diferentes CCAA. El lento desarrollo de los recursos intermedios en casi toda España hace surgir el fenómeno de la “puerta giratoria”, situación que se describe por primera vez en los años 60 para explicar, en relación a la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, los múltiples ingresos y altas de las UHA. Este fenómeno ocasiona una enorme carga para el sistema sanitario al consumir de manera desproporcionada los recursos disponibles<sup>1</sup>.

En la actualidad, la UHP tiene la finalidad de crear las condiciones más idóneas para favorecer el proceso terapéutico y garantizar un alta rápida pero segura. Por ello, es imprescindible, además de aliviar los síntomas, identificar el tipo de relaciones familiares y los recursos sociales disponibles. Conseguir una alianza terapéutica que garantice el seguimiento del paciente una vez dado de alta, y clarificar la crisis mediante métodos de afrontamiento, incrementando la conciencia de enfermedad, junto a la reinserción familiar y social, evitaría el reingreso<sup>1</sup>. Es evidente la evolución satisfactoria de la clínica en los pacientes con TMG durante la hospitalización, observándose una mejoría significativa tanto en el funcionamiento socio-laboral como en la calidad de vida, principalmente, en aquellos/as con episodios maníacos frente a los/as de episodios depresivos<sup>16</sup>.

### **1.3. CRITERIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**

Requiere ingreso psiquiátrico en la UHP todo paciente que padezca un TM de suficiente gravedad o intensidad como para que dé lugar a un trastorno afectivo, cognitivo o conductual y que, además<sup>17</sup>:

- Sea un claro riesgo para la vida del propio enfermo (intento de suicidio reciente, automutilación, cuadro médico grave a consecuencia de un padecimiento psiquiátrico como un TCA, etc.).
- Sea un riesgo evidente para la vida de otras personas, y que la peligrosidad tenga un claro origen en un TM del tipo de psicosis afectivas mayores, trastornos psicóticos, trastornos degenerativos, trastornos de personalidad con episodios de pérdida de control personal, alucinaciones, ideas delirantes, etc., y se traduzca en conductas violentas y agresiones.
- Suponga el acatamiento de una orden judicial, por lo que la duración de la hospitalización será la necesaria para realizar la valoración pericial solicitada por el juzgado.
- Haya fracasado el tratamiento ambulatorio prescrito, y exista un TMG que afecte de manera importante al funcionamiento familiar, laboral o a los estudios del paciente.
- Se dé una concurrencia con otra enfermedad médica y no pueda ser controlada en otro servicio del Hospital General.

Generalmente, el ingreso en la UHP se produce por imposibilidad de seguimiento ambulatorio al suponer riesgos auto o heterolesivos, presentar refractariedad al tratamiento, y por la inexistencia de un adecuado soporte socio-familiar, y en algunos casos también puede contemplarse para estudio diagnóstico<sup>18</sup>. Existen cinco variables predictoras para la admisión en la UHP que, por orden de importancia deben considerarse según<sup>19</sup>:

- El nivel de peligrosidad hacia sí mismo
- La gravedad de la psicosis
- La capacidad de autocuidados
- El control de impulsos
- La gravedad de la depresión

Así, se consideran factores determinantes para la indicación de ingreso en una UHA, la necesidad de administrar el tratamiento farmacológico in situ, la aplicación de medidas de contención física, el internamiento por orden judicial, el diagnóstico de demencia, el número de consultas, el sexo femenino, la derivación al servicio de urgencias por un médico y, el hecho de que los pacientes acudan sin acompañantes, lo que es una variable predictora de falta de apoyo familiar y/o social<sup>20</sup>. Igualmente, si está condicionado por la gravedad del cuadro clínico, la existencia de duda diagnóstica, la sospecha de patología orgánica subyacente, la comorbilidad de cuadros clínicos complejos o atípicos, la situación socio-familiar, etc. Además, se deben tener en cuenta las siguientes situaciones clínicas como entidades con una alta incidencia de ingreso en la UHP<sup>21</sup>:

- Trastornos afectivos
- Trastornos neuróticos
- Trastornos de personalidad
- Consumo de tóxicos
- Esquizofrenia, psicosis, trastornos delirantes
- Conductas o riesgos suicidas

Diversos estudios sugieren que la gravedad del cuadro clínico puede estar determinada por una conducta violenta. El consumo perjudicial de sustancias psicotrópicas puede actuar como desencadenante de comportamientos auto o heteroagresivos en la mayoría de las personas con TM. De hecho, los pacientes con

TMG son los que con más frecuencia ingresan de manera involuntaria en España, a tenor del art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC)<sup>22</sup>. Por ello, el tratamiento temprano del primer episodio psicótico es crucial para la evolución del paciente<sup>23</sup>. En Inglaterra y Gales, ante la discrepancia entre la teoría y la práctica de los ingresos involuntarios, se plantean un sistema formal de supervisión judicial para garantizar el procedimiento en pacientes con TMG que rechazan el tratamiento y/ o cometen actos delictivos como consecuencia de la gravedad del trastorno. La implicación de los psiquiatras requiere que proporcionen información sobre el diagnóstico, el pronóstico y la gestión de riesgos para facilitar la toma de decisiones judiciales<sup>24</sup>.

#### **1.4. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS**

En la última edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-V), los TA se encuentran dentro de una categoría diagnóstica separada que abarca trastornos que tienen en común la exposición a un evento traumático o estresante y que se denominan “Trastornos relacionados con el trauma y el estrés”<sup>25</sup>. Al igual que las clasificaciones anteriores, establece como característica esencial de los TA el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales como respuesta a un estresante identificable, que provoca un malestar intenso y desproporcionado a la naturaleza del factor estresante y/o un deterioro significativo en al menos un área de funcionamiento (social, laboral, etc.)<sup>25</sup>.

Diversos estudios señalan la dificultad de basar el diagnóstico de TA únicamente en criterios sintomatológicos y recomiendan un sistema clasificatorio basado no sólo en síntomas, sino también en factores etiológicos<sup>26,27</sup>. En el estudio que se realiza en una mutua de seguros en España, el subtipo más frecuente es el mixto (33,00%), seguido del TA no especificado (26,00%), del TA con ansiedad (25,00%), del TA con ánimo deprimido (11,00%) y del TA con alteración emocional (6,00%)<sup>28</sup>. Según la American Psychiatric Association (APA) los TA son frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación, con prevalencias que oscilan entre el 1,00% y el 50,00%<sup>25</sup>. Igualmente, representan una entidad diagnóstica frecuente entre los adolescentes e implica un amplio espectro de diversos problemas emocionales y de comportamiento<sup>29</sup>. Asimismo, el TA es un factor de riesgo para las conductas suicidas<sup>30</sup>.

En muestras con personas diagnosticadas de TM, el TA es un diagnóstico muy común. Es el séptimo más utilizado por psiquiatras<sup>31</sup>. En pacientes ambulatorios es de los más frecuentes, tras los trastornos de ansiedad y del ánimo<sup>32</sup>. En Psiquiatría de Interconsulta y Enlace tiene una prevalencia que oscila entre un 10,00% y un 35,00%<sup>33</sup>. La mayoría de los estudios en diferentes países en población general presentan una asociación positiva entre los síntomas depresivos, la exacerbación de los problemas médicos, el incremento de la demanda en AP y el riesgo de hospitalización, con estancias más largas en aquellas personas con enfermedades médicas existentes<sup>34</sup>.

En este sentido, diversos estudios analizan las tasas de hospitalización en relación a los TM. Así, en relación a los trastornos del estado de ánimo se obtiene un incremento considerable en las tasas de hospitalización en la última década en madres primíparas, que en el primer año después del nacimiento ingresan por depresión unipolar, TA y trastornos de ansiedad<sup>35</sup>. Igualmente, en mujeres con tratamiento por infertilidad que no responden a dicho tratamiento aumenta la morbilidad psiquiátrica por TA. Se observa que cuando el tratamiento de fertilidad es efectivo, y hay descendencia, se reduce la tasa de hospitalizaciones por TA al desaparecer el factor estresante<sup>36</sup>.

Otros estudios sugieren más riesgo de hospitalización en mujeres por TM afectivo o del ánimo que en la población general, sobre todo con un trastorno de personalidad asociado a consumo de tóxicos y/o falta de recursos<sup>37</sup>. Así, el trastorno depresivo mayor (TDM) y la distimia son más prevalente en mujeres<sup>25</sup>, y más común entre personas solteras<sup>38</sup>. Por otra parte, los TA junto a los trastornos afectivos y de personalidad se encuentran entre los diagnósticos más frecuentes en personas con antecedentes de intento autolítico<sup>39</sup>. Entre los intentos de suicidio de pacientes con TA juega un papel relevante la presencia de trastornos de personalidad comórbidos<sup>40</sup>.

### **1.5. LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA Y EL RIESGO DE SUICIDIO COMO CRITERIO DE INGRESO**

La aproximación al paciente en situación de urgencia psiquiátrica es, en principio, similar a la de cualquier urgencia médica, y se define como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en tal grado disruptivo, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención

inmediata. Entre los diagnósticos más frecuente en los servicios de urgencias, con un índice muy elevado de comorbilidad, se encuentran la esquizofrenia, los trastornos del humor episódico y los trastornos neuróticos<sup>41</sup>. La ideación suicida y el intento autolítico son los motivos más prevalentes para acudir a los servicios de urgencias<sup>42</sup>. Algunos estudios confirman que la tentativa suicida previa es el mejor predictor de riesgo de futuras tentativas suicidas<sup>43</sup> y un criterio de ingreso prioritario en los servicios de urgencias<sup>20</sup>. Por tanto, los dos factores de riesgo más importantes para el suicidio son el intento autolítico y la presencia de un trastorno psiquiátrico<sup>44</sup>.

Con frecuencia, los trastornos de ansiedad se relacionan con la idea de muerte y los intentos de suicidio<sup>45</sup>. También, los trastornos de la personalidad se asocian a un aumento del riesgo suicida. En particular, el trastorno límite de la personalidad (TLP) en adolescentes y adultos jóvenes<sup>46,47</sup>. La impulsividad es uno de los rasgos de personalidad que con más frecuencia se asocian a los intentos de suicidio<sup>48</sup>. Los trastornos por abuso de sustancias, en especial el alcoholismo, se relaciona tanto como factor de riesgo de base, como desencadenante de la conducta suicida<sup>45</sup>. Los primeros tres meses después de un episodio depresivo mayor son los que comportan mayor riesgo de intento de suicidio, especialmente alto al inicio o al final del episodio<sup>49</sup>.

Respecto a la toma de decisiones en el servicio de urgencias por conducta autolítica, es cada vez más compleja al influir múltiples factores y no sólo los estrictamente clínicos<sup>50</sup>. En el estudio que se realiza en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), el 29,10% de los pacientes suicidas permanecen en la sala de observación de urgencia entre 24-48h, y el 12,80% está hasta más de 48h frente a los pacientes que no presentan esa clínica. Se derivan a altas de consulta ambulatoria el 65,40% de los pacientes con ideación suicida y el 52,20% de los intentos autolítico, mientras que el 30,00% aproximadamente de ambas categorías ingresa en la UHA<sup>51</sup>. Por otra parte, las conductas suicidas se asocian al TA, y es uno de los diagnósticos más frecuentes en los servicios de Urgencias<sup>30,39,40</sup>.

## **II. MARCO METODOLÓGICO**

### **ESTUDIO DE LOS INGRESOS POR TRASTORNO ADAPTATIVO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA**

#### **2.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO**

Según consta en el Proyecto de Gestión Clínica (PGC) (Campos Ródenas, 2016)<sup>52</sup>, el HCULB es el hospital de referencia del Sector Zaragoza III que atiende parte del área urbana de la ciudad, así como a población rural (52,00%) e inmigrante (15,00%), y casi un 30,00% de la población tiene una edad superior a los 65 años. El HCULB tiene una capacidad de 802 camas, de las cuales están en funcionamiento 762. El Servicio de Psiquiatría tiene asignadas 26 camas y 20 son de la UHA. El índice de ocupación durante el año 2014 fue del 97,41% con 393 ingresos.

#### **2.2. OBJETIVOS**

##### **2.2.1. Objetivo general**

El principal objetivo de este estudio es analizar algunas variables sociodemográficas y clínicas relevantes en personas con diagnóstico de TA en la UHA del HCULB.

##### **2.2.2. Objetivos específicos**

Primero: determinar los motivos por los que acudieron a solicitar asistencia, los diagnósticos principales y secundarios que pudieron influir en la decisión del ingreso, y si eran conocidos y/o tenían vinculación terapéutica con dispositivos de las USM.

Segundo: analizar si la decisión del ingreso estaba relacionada con determinantes meramente clínicos y/o estuvo influenciado por el entorno del paciente ante la falta de recursos, problemática familiar y/o social.

## **2.3. METODOLOGÍA**

### **2.3.1. Diseño**

Se realizó un estudio observacional retrospectivo a partir de los pacientes con diagnóstico de TA durante los años 2014 y 2015 en la UHA del HCULB.

### **2.3.2. Muestra del estudio**

La muestra estuvo constituida por 110 personas que habían sido dados de alta con diagnóstico de TA.

### **2.3.3. Criterios de inclusión**

Personas en cuyo informe de alta constara el diagnóstico de TA durante los años 2014 y 2015.

### **2.3.4. Criterios de exclusión**

Que no constara en el informe de alta el diagnóstico de TA durante los años 2014 y 2015.

### **2.3.5. Variables del estudio**

#### *2.3.5.1. Variables sociodemográficas:*

3.2.5.1.1. Identificación del paciente mediante el número de HC, edad, sexo, estado civil, país de origen, convivencia y problemática familiar y/o social.

#### *2.3.5.2. Variables clínicas:*

2.3.5.2.1. Modalidad de ingreso: voluntario e involuntario.

2.3.5.2.2. Paciente conocido o no por la unidad y/o con vinculación terapéutica con dispositivos de USM.

2.3.5.2.3. Motivo de ingreso: intensificación del malestar emocional, ideación suicida, intento autolítico, fuga psicótica, cuadro disociativo, alteración de la conducta con episodios de auto/heteroagresividad, crisis de ansiedad y valoración del juicio mental.

2.3.5.2.4. Diagnóstico principal: TA como diagnóstico principal, TA como diagnóstico principal y exclusivo, TA como diagnóstico principal más otro secundario y, TA como diagnóstico secundario.

2.3.5.2.5. Diagnósticos secundarios: TB, consumo perjudicial de tóxicos, trastorno de la personalidad, episodio depresivo mayor no melancólico, TDM, trastorno esquizoafectivo, trastorno distímico, trastorno del control de impulsos, esquizofrenia y TCA.



2.3.5.2.6. Tipo de alta: curación/mejoría, voluntaria (alta a petición propia), traslado o éxitus.

2.3.5.2.7. Estancia media (EM): se codifica en días de estancia.

### **2.3.6. Consideraciones ético-legales del estudio**

Siguiendo los principios éticos y directrices para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación Médica Mundial (AMM), de la Declaración de Helsinki -en su última versión de la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013-, se ha mantenido la privacidad e intimidad de los datos de los/as participantes<sup>53</sup>.

### **2.3.7. Fases del estudio**

El estudio se ha articulado en tres fases:

La primera de ellas para establecer la estrategia de búsqueda, que comenzó el 11 de enero hasta el 10 de febrero de 2016, con el fin de hacer una revisión sistemática en la base de datos Medlars Online International Literature (MED-Line), vía PubMed, a través de las palabras clave “Criterios de ingreso psiquiátrico” (“*Psychiatric admission criteria*”).

La segunda fase comenzó el 11 de febrero hasta el 10 de marzo de 2016 con el fin de afinar en las publicaciones comprendidas entre los últimos 10 años mediante las palabras clave “Trastorno adaptativo e ingreso hospitalario” (“*Adjustment disorder and hospitalization*”). Igualmente, se utilizaron los buscadores AlcorZe y Google Scholar.

La tercera fase comenzó el 11 de marzo hasta el 10 de mayo de 2016 para la realización del estudio empírico. En primer lugar se hizo una recogida de datos a través de los informes de alta de los/as pacientes ingresados/as por TA en la UHA del HCULB durante los años 2014-2015. De cada paciente incluido en el estudio se recopiló una serie de variables sociodemográficas y clínicas que se registraron en el cuaderno de recogida de datos (hoja de registro individual, ver Anexo I). Posteriormente se creó una base de datos con el programa *Microsoft Excel 2016* para organizar la información y poder analizarla.

### **2.3.8. Análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, expresando las variables cuantitativas como media y desviación típica (DT), y las variables cualitativas como frecuencia y porcentaje.

## **2.4. RESULTADOS**

De la búsqueda sistemática de la bibliografía se exponen a continuación los resultados obtenidos.

En la primera fase, tras introducir las palabras clave “Criterios de ingreso psiquiátrico” (“*Psychiatric admission criteria*”) en PubMed, se obtuvieron un total de 2075 artículos y al establecer los criterios de inclusión (gratis, a texto completo y sin límite temporal) se hallaron 319 referencias. Se seleccionaron 6 artículos.

En la segunda fase, mediante las palabras clave “Trastorno adaptativo e ingreso hospitalario” (“*Adjustment disorder and hospitalization*”) se obtuvieron un total de 2204 artículos y tras establecer los criterios de inclusión (gratis, a texto completo y en los últimos 10 años) se hallaron 169 referencias. Se seleccionaron 17 artículos después de la lectura minuciosa de los abstract. También se han utilizado 30 referencias obtenidas a través del buscador AlcorZe y Google Scholar. Igualmente, se han revisado 6 libros de especial relevancia en la temática del estudio, una tesis doctoral y el PGC del HCULB de la UHA del Servicio de Psiquiatría. En Anexo II se presentan las tablas 1, 2, 3, 4 y 5 correspondientes a la búsqueda sistemática de la bibliografía.

Por otro lado se presentan, de manera secuencial y en función de los objetivos planteados, los resultados obtenidos del marco metodológico.

La muestra estuvo integrada por 110 personas que habían ingresado en la UHA del HCULB durante los años 2014 (n=52) y 2015 (n=58) con diagnóstico de TA. La edad media de la muestra era de 45 (DT=14,71), correspondiente a una edad mínima de 18 y máxima de 79 años. El diagnóstico de TA recayó más en las mujeres (53,64%) que en los varones (46,36%), y con mayor frecuencia en las personas casadas o con pareja (40,00%) que en las solteras (30,00%), divorciadas (22,73%) o viudas (4,55%). La mayoría de la muestra eran personas de origen español (86,36%) frente a las extranjeras

(13,64%) que eran originarios de Rumanía, Nigeria, Marruecos, Hungría, Ucrania, Nicaragua, México y República Dominicana.

En la tabla 6 se exponen los datos sociodemográficos de la muestra total:

<b>VARIABLES</b>	<b>n=110</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Mujeres	59	(53,64)
Hombres	51	(46,36)
<b>Estado civil</b>		
Casado/pareja	44	(40,00)
Soltero/a	33	(30,00)
Divorciado/separado	25	(22,73)
Viudo/a	5	(4,55)
No consta	3	(2,72)
<b>Origen</b>		
Español	95	(86,36)
Extranjero	15	(13,64)

**Tabla 6. Descriptivo de las variables sociodemográficas**

Respecto al primer objetivo específico de la investigación, *determinar los motivos por los que acudieron a solicitar asistencia, los diagnósticos principales y secundarios que pudieron influir en la decisión del ingreso, y si eran conocidos y/o tenían vinculación terapéutica con dispositivos de las USM* en las tablas 7 y 8 se pueden apreciar los resultados obtenidos:

<b>Variables</b>	<b>n=110</b>	<b>(%)</b>
Intento autolítico	39	(35,45)
Ideación autolítica	35	(31,82)
E. de auto/heteroagresividad	19	(17,27)
Intensif. malestar emocional	10	(9,09)
Crisis de ansiedad	3	(2,73)
Cuadro disociativo	2	(1,82)
Fuga psicótica	1	(0,91)
Valoración del juicio mental	1	(0,91)

**Tabla 7. Motivos para solicitar asistencia**

<b>Variables</b>	<b>n=110</b>	<b>(%)</b>
<b>Modalidad de ingreso</b>		
Voluntario	90	(81,82)
Involuntario	20	(18,18)
<b>Conocidos en UHA</b>		
Sí	46	(41,82)
No	64	(58,18)
<b>Vinculación terapéutica con USM</b>		
Sí	79	(71,82)
No	31	(28,18)

**Tabla 8. Modalidad de ingreso, conocidos y/o vinculación terapéutica**

Es importante destacar algunos datos descriptivos de la muestra total en relación a los motivos que les hicieron acudir a solicitar asistencia. Así, el mayor porcentaje lo obtuvieron las personas que habían *intentado quitarse la vida* (35,45%), seguido de las que habían *pensado suicidarse* (31,82%). Las alteraciones de la conducta con *episodios de auto/heteroagresividad* estuvo representado por el 17,27% de la muestra seguido de las personas que sintieron una *intensificación de su malestar emocional* con el 9,09%, la *crisis de ansiedad* (2,73%) y el *cuadro disociativo* (1,82%). Resultaron poco representativos la *fuga psicótica* y la *valoración del juicio mental*. En general, la mayoría acudió de *manera voluntaria* (81,82%), y en *contra de su voluntad* el 18,18%.

Eran *conocidos* en la UHA el 41,82% y tenían *vinculación terapéutica con dispositivos de la USM* el 71,82%.

A continuación, en la tabla 9 se muestran los hallazgos en relación a si el diagnóstico TA era el principal (exclusivo o asociado), o era un diagnóstico secundario en la muestra de estudio:

<b>Variab</b> les	<b>n=110</b>	<b>(%)</b>
<b>TA principal</b>	<b>84</b>	<b>(76,36)</b>
Principal y exclusivo	23	(27,38)
Principal más otro/s	61	(72,62)
<b>TA secundario</b>	<b>26</b>	<b>(23,64)</b>

**Tabla 9. Descriptivo del TA como diagnóstico principal o secundario**

El TA era el *diagnóstico principal* en la mayoría de la muestra (76,36%), y en el 27,38% de estas personas era *diagnóstico principal y exclusivo*, mientras que para el 72,61% el TA *cursaba junto a uno, dos o tres diagnósticos asociados*. No obstante, para el 23,64% de la muestra total el TA era *un diagnóstico secundario*.

En la tabla 10 se describen los tipos de comorbilidades cuando se asociaba una de ellas al TA:

<b>Una comorbilidad asociada al TA(n=40)</b>	<b>(%)= (65,57)</b>
TA + T. Personalidad	25 (62,50)
TA + Consumo perjudicial de tóxicos	4 (10,00)
TA + Esquizofrenia	3 (7,50)
TA + TB	2 (5,00)
TA + T. Ideas delirantes persistentes	2 (5,00)
TA + T. Distímico	1 (2,50)
TA + T. Esquizoafectivo	1 (2,50)
TA + TDM	1 (2,50)
TA+ T. Afectivo recurrente	1 (2,50)

**Tabla 10. Descriptivo de una comorbilidad asociada al TA**

Como se puede apreciar, el 65,57% de los participantes representaban al diagnóstico principal de TA asociado a una comorbilidad, resultando la más frecuente *el trastorno de la personalidad* (62,50%), seguida del *consumo perjudicial de tóxicos* (10,00%); le siguen la esquizofrenia con el 7,50%, y el *TB* y las *ideas delirantes persistentes* con el 5,00% para cada variable.

En la tabla 11 se presentan los hallazgos con dos o tres comorbilidades asociadas al TA:

<b>Dos comorbilidades (n=18)</b>	<b>(%)=(29,50)</b>
TA + T. Personalidad + C. P. Tóxicos	7 (38,88)
TA + T. Personalidad + C. Intelect. límite	3 (16,66)
TA + T. Esquizoafectivo + C. P. Tóxicos	1 (5,55)
T.A + T. Esquizoafectivo + T. Personalidad	1 (5,55)
T.A + T.I. Delirantes persistentes + C. I. Límite	1 (5,55)
TA + Esquizofrenia + C. I. Límite	1 (5,55)
TA + C. P. Tóxicos + T. Distímico	1 (5,55)
TA + T. Distímico + T. Personalidad	1 (5,55)
TA + C. P. tóxicos + Psicosis tóxica	1 (5,55)
TA + T. Control impulsos + C. P. Tóxicos	1 (5,55)
<b>Tres comorbilidades (n=3)</b>	<b>(%)= (4,91)</b>
TA+ TB + T. Personalidad + C.P. Tóxicos	2 (66,66)
TA+ T. Personalidad + Tóxicos + T.C. Impulsos	1 (33,33)

**Tabla 11. Descriptivo de dos y tres tipos de comorbilidades asociadas al TA**

Con dos comorbilidades asociadas al TA (29,50%), el mayor porcentaje lo alcanzó *el trastorno de la personalidad* asociado al *consumo perjudicial de tóxicos* (38,88%), seguida del *trastorno de la personalidad* junto a la *capacidad intelectual límite* (16,66%). Con tres comorbilidades asociadas al TA (4,91%), la más frecuente resultó *el TB con el trastorno de la personalidad y el consumo perjudicial de tóxicos* (66,66%).

Respecto al segundo objetivo específico, *evaluar si la decisión del ingreso estaba influenciada por determinantes del entorno como la falta de recursos o problemática familiar y/o social*, en la tabla 12 se exponen en primer lugar los datos relativos a la convivencia:

<b>VARIABLES</b>	<b>n=110</b>	<b>(%)</b>
Solo/a	28	(25,45)
Cónyuge e hijos	21	(19,09)
Padres	20	(18,18)
Cónyuge/pareja	16	(14,55)
Institución	8	(7,27)
Desconocido	6	(5,45)
Hijos/as	5	(4,55)
Hermanos/as	5	(4,55)
Familia extensa	1	(0,91)

**Tabla 12. Descriptivo del tipo convivencia en pacientes con TA**

El mayor porcentaje de convivencia correspondió al 25,45% del total de la muestra que *vivían solos*, seguido de la convivencia con *el cónyuge e hijos* (19,09%), con *los padres* (18,18%), con *el cónyuge/pareja* (14,55%), en *una institución* (7,27%), convivencia *desconocida* (5,45%), y la convivencia con *los hijos/as* y con *los hermanos* que obtuvieron cada una de las variables la misma proporción (4,55%). Solo el 0,91% convivía en *una familia extensa*.

En la tabla 13 se describen los datos relativos a la existencia o no de problemática familiar y/o social, y la existencia o no, de más de un tipo de problemática:

<b>Variables</b>	<b>n=110</b>	<b>(%)</b>
<b>Familiar</b>	<b>59</b>	<b>(53,63)</b>
Relacional	42	(38,18)
Sentimental	9	(8,18)
Salud	8	(7,27)
<b>Social</b>	<b>19</b>	<b>(17,27)</b>
Económica	7	(6,36)
Laboral	5	(4,55)
Legal	5	(4,55)
Relacional	2	(1,82)
<b>Dos problemas</b>	<b>25</b>	<b>(22,73)</b>
<b>Tres problemas</b>	<b>4</b>	<b>(3,64)</b>
<b>Niega problemática</b>	<b>3</b>	<b>(2,73)</b>

**Tabla 13. Descriptivo de problemática familiar y/o social en pacientes con TA**

Se observa que el mayor porcentaje de problemática fue *la familiar* (53,63%), sobre todo a nivel *relacional* (38,18%) y *sentimental* (8,18%). *La problemática social* estuvo representada en el 17,27% por la *situación económica* (6,36%) y con el mismo porcentaje respecto a nivel *laboral* que al *legal* (4,55%). Así, el 22,73% de las personas que habían referido problemática tenían *al menos dos*, y el 3,64% sentían que *al menos tenían tres problemas* en cualquiera de las áreas mencionadas. *Negaron problemática* de cualquier tipo el 2,73% de la muestra objeto de estudio.

En la tabla 14 se describe el tipo de alta hospitalaria:

<b>Variables</b>	<b>n=110</b>	<b>(%)</b>
Curación/mejoría	91	(82,73)
Voluntaria	13	(11,82)
Traslado	5	(4,54)
Éxitus	1	(0,91)

**Tabla 14. Descriptivo de alta hospitalaria y destino de los pacientes con TA**



Como se observa en la tabla 14, la mayoría de pacientes (82,73%) tuvieron un *alta por curación/mejoría*, solicitaron el *alta voluntaria* el 11,82%, se marcharon por *traslado* el 4,54% (al Hospital San Juan de Dios, al Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar, a un Hospital de referencia en otra CCAA, y a dos unidades de hospitalización médica del HCULB), y el 0,91% fue *éxitus*. La EM fue de 9,92 días.

## **2.5. DISCUSIÓN**

A partir del objetivo general planteado en el estudio, se ha tratado de conocer las variables sociodemográficas y clínicas que pudieron influir en los ingresos por TA durante los años 2014 y 2015 en la UHA del HCULB, ya que dichas variables actúan como predictoras del nivel de adecuación de la asistencia hospitalaria<sup>54</sup>. De ahí la importancia de analizar los factores relacionados con el TA, comorbilidades, sexo, edad y factores socioeconómicos, entre otras variables<sup>30</sup>.

### **2.5.1. Primer objetivo específico**

#### *2.5.1.1. Algunas variables sociodemográficas y clínicas relevantes en personas con diagnóstico de TA ingresadas en el HCULB*

La mayor frecuencia del TA en el año 2015 frente al 2014 parece congruente con los resultados obtenidos en otros estudios nacionales e internacionales en los que la demanda asistencial está relacionada con las conductas suicidas<sup>43,55</sup>. Respecto al sexo, se obtiene un porcentaje ligeramente mayor en las mujeres, resultado no concordante con la APA (2013)<sup>25</sup> que señala que el TA se da en el doble de mujeres que de hombres. Sin embargo, sería congruente con un reciente estudio nacional al confirmarse que los dos factores de riesgo más importantes son el intento de suicidio -más frecuente en la mujer-, y la presencia de un trastorno psiquiátrico para la tentativa y/o suicidio consumado<sup>44</sup>. En relación al estado civil, y al afectar en mayor proporción a las personas casadas o en pareja, no sería un dato coincidente con otro estudio nacional que atribuye mayor prevalencia del TA a las personas solteras<sup>38</sup>.

#### *2.5.1.2. Motivos por los que acudieron a solicitar asistencia y tipo de ingreso*

Referente al primer objetivo específico y a los motivos por los que los/as pacientes acudieron solicitando asistencia, podemos confirmar que el intento autolítico y la ideación suicida fueron los motivos con mayores porcentajes, lo que resulta

equiparable con estudios de otros continentes<sup>30,56</sup> y europeos<sup>39,40,57</sup>, al considerar el TA uno de los diagnósticos más frecuentes y asociado a las conductas suicidas<sup>56,58</sup>. En relación al tipo de ingreso, y al obtener una mayoría de hospitalizaciones voluntarias (81,82%), podría sugerirnos la presencia de una conducta de cumplimiento al encontrarse en vinculación terapéutica con dispositivos de USM el 71,82% de la muestra, aunque no fueran conocidos por la UHA el 58,18% de los pacientes. Cabe pensar que aquellos/as conocidos/as por la UHA sabían cómo solicitar asistencia al tener antecedentes de enfermedad psiquiátrica<sup>59</sup>. Por otra parte, el aumento de los ingresos involuntarios en los países europeos se relaciona con la falta de adherencia al tratamiento. La satisfacción con el tratamiento y antecedentes previos de ingreso involuntario reduce la probabilidad de esta modalidad de hospitalización<sup>60</sup>.

#### *2.5.1.3. TA como diagnóstico principal*

Para la mayoría de la muestra el TA era el diagnóstico principal, y un elevado porcentaje de estos/as asociaban al diagnóstico principal una comorbilidad, siendo el trastorno de la personalidad el más destacado. Dato concordante con el DSM-V al confirmar que algunos rasgos de personalidad se asocian con una mayor vulnerabilidad a las situaciones de estrés<sup>25</sup>. En otros estudios recientes<sup>40,46,47</sup> la impulsividad es un factor de riesgo asociado a los intentos suicidas<sup>48</sup>. Por tanto, supuestamente la personalidad fue el factor predisponente más importante en los pacientes con TA de nuestro estudio<sup>58</sup>.

#### *2.5.1.4. Comorbilidades asociadas al TA y vinculación terapéutica*

Así, cuando al trastorno de la personalidad se le asocia otra comorbilidad, es un hecho destacado que podría insinuarnos la aparente inestabilidad del diagnóstico de TA. Algunos estudios señalan que cuando el TA se asocia a un trastorno de la personalidad, tiene añadido una segunda comorbilidad como el consumo perjudicial de tóxicos<sup>57,58</sup>. Dato congruente con los hallazgos obtenidos en nuestro estudio, ya que probablemente, hacían un consumo perjudicial de tóxicos para el alivio de los síntomas de ansiedad y depresión tan característicos del TA<sup>37,58</sup>. No obstante, después del primer ingreso, aun con vinculación terapéutica, algunos pacientes reingresan con un nuevo diagnóstico, a menudo del espectro psicótico<sup>29</sup>, posiblemente inducido por abuso de sustancias y asociado a ideación o intento de suicidio<sup>61</sup>. Por tanto, los trastornos de la personalidad y el consumo perjudicial de tóxicos se consideran criterios de ingreso al ser

desencadenantes de conductas autolíticas en los TA<sup>45</sup>, y son dos factores de alto riesgo que deben incluirse en las estrategias de prevención del suicidio<sup>30</sup>.

## **2.5.2. Segundo objetivo específico**

### *2.5.2.1. Convivencia de las personas ingresadas con TA*

Relativo al segundo objetivo específico, analizar si la decisión del ingreso estuvo determinada por factores del entorno se consideró el tipo de convivencia que tenían los/as pacientes con TA. Así, vivían solos el 25,45% de la muestra, lo que podría ser un indicador de fracaso del nivel de autocuidados de estos pacientes, pero al hacer un sumatorio de los que vivían acompañados, la proporción resultó mayor, bien por convivir con el cónyuge/hijos (19,09%), los padres (18,18%), o con el cónyuge/pareja (14,55%). En este sentido, la variable convivencia podría ser predictora de claudicación familiar<sup>21</sup>.

### *2.5.2.2. Tipo de problemática de las personas ingresadas con TA*

La mayoría de los pacientes manifestaron que tenían problemas con la familia, en concreto de tipo relacional (38,18%), criterio de ingreso<sup>21</sup> dada la situación clínica que presentaban, lo que estaría en consonancia con las indicaciones de facilitar la reinserción familiar y social durante la hospitalización<sup>1</sup>. Situación compatible con la imposibilidad de seguimiento ambulatorio ante una conducta autolesiva con inadecuado soporte familiar por la problemática expresada<sup>19</sup>. Por otra parte, se desconoce si acudieron con acompañantes, lo cual es una variable predictiva de falta apoyo familiar, independientemente de que no lo hubieran referido<sup>20</sup>.

## **2.5.3. Limitaciones del estudio**

Entre las limitaciones del estudio señalar en primer lugar, la dificultad de encontrar referencias en la bibliografía consultada que hicieran alusión a unas normas claras y consensuadas sobre los criterios de ingreso psiquiátricos. Por otra parte, en el trabajo empírico se desconocía cuántos pacientes habían acudido al Servicio de Urgencias del HCULB por conducta autolesiva, pues hubiera sido interesante estimar los días de estancia evitable en cuanto a los TA. En realidad, no todas las demandas asistenciales acaban en ingreso, ya que como se ha señalado anteriormente los criterios de hospitalización obedecen a múltiples factores, y no exclusivamente a clínicos. Igualmente, hubiera sido interesante conocer otras variables no consideradas en el

estudio como el número o gravedad de los estresores que pudieran predecir la evolución y tenerlas en cuenta en aquellas personas más vulnerables. Otra limitación ha sido desconocer si cuando solicitaron asistencia iban o no acompañados/as.

## **2.6. CONCLUSIONES**

En primer lugar, los motivos más frecuentes de ingreso por TA en la UHA del servicio de Psiquiatría de adultos del HCULB son el intento autolítico y la ideación suicida. Más frecuente en mujeres y de origen español. El ingreso voluntario es el más representativo. Casi la mitad de los/as pacientes son conocidos/as por la UHA y el 71,82% de los casos tienen vinculación terapéutica con dispositivos de USM.

En segundo lugar, el TA es el diagnóstico principal para el 76,36% de los casos, y la mayoría de ellos/as cursan con alguna comorbilidad. El trastorno de personalidad es la comorbilidad más representativa cuando es la única que se asocia al diagnóstico principal, seguida del consumo perjudicial de tóxicos. Cuando el TA tiene asociadas dos comorbilidades, el trastorno de la personalidad junto al consumo perjudicial de tóxicos resultan las más prevalentes. Cuando el TA tiene tres comorbilidades asociadas, las más frecuentes son el TB, el trastorno de la personalidad y el consumo perjudicial de tóxicos.

En tercer lugar, aunque el 25,45% viven solos, la mayoría de los casos conviven con algún familiar (cónyuges/hijos, padres o cónyuges/pareja), y la problemática familiar de tipo relacional es la más expresada por los/as pacientes frente a la problemática social. Por tanto, las relaciones disfuncionales en la familia son un factor de riesgo para la descompensación en las personas con TM.

Finalmente, las variables analizadas sugieren que los ingresos por TA en la UHA del servicio de Psiquiatría del HCULB son adecuados al cumplir los criterios de demandas asistenciales por conductas autolíticas en personas con trastornos de la personalidad y consumo perjudicial de tóxicos. Junto al valor añadido de presentar problemática familiar. Variables constituyentes de los criterios de ingreso por el nivel de peligrosidad hacia sí mismo, el déficit de autocuidados, la falta de control de impulsos y/o la gravedad del TM, y situación familiar disfuncional. No obstante, sería

conveniente analizar otras variables y refrendar los resultados obtenidos en relación a la adecuación de los ingresos en futuros estudios.

Entre las líneas de investigación futuras, sería interesante en primer lugar, revisar periódicamente los criterios de ingresos para garantizar una utilización adecuada de las UHP. En segundo lugar, indagar sobre las intervenciones que se llevan a cabo en los servicios comunitarios una vez que los pacientes son dados de alta por TA, para estudiar la necesidad de desarrollar un programa de prevención interniveles que pudiera evitar la conducta suicida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedreira V, Rodríguez MV, Buceta JL, González E, Rodríguez P. La hospitalización como instrumento terapéutico. En: Aparicio V, Angosto T, Coordinadores. El componente de salud mental en el Hospital General. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2015. p. 85-104.
2. Moreno A, Desviat M. Unidad de hospitalización en Hospital General. En: Desviat M, Moreno A, editores. Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 411-23.
3. Strain JJ, Newcon J, Cartagena-Rochas A. Trastornos adaptativos. En Gelder M. López-Ibor Aliño JJ, Andreasen N, editores. Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Barcelona: Ars Médica; 2003. p 922-931.
4. Prieto A. Salud Mental: Situación y Tendencias. Rev de Salud Pública 2002; 4(1):74-88.
5. World Health Organization. World Health Statistics. [Internet]. Switzerland: WHO; 2014. [Citado el 8 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1)
6. Desviat, M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. Ciênc y Saúde Coletiva. 2011; 16:4615-21.
7. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. Europ Neuropsychopharm. 2010; 21:655-79.
8. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Grupo ESEMeD-España. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. Medic Clínica. 2006; 12:445-51.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Internet]. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29 de abril de 1986. [Citado el 8 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/114-1986.t1.html#a20](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.t1.html#a20)
10. Montejo J, Espino A. Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica de la salud mental en España. En: García J, Espino A, Lara L, editores. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Diaz de los Santos; 1998. p. 363-409.

11. Giménez MC. El gobierno socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983-1986). HAOL. 2012; 27:19-28.
12. Morrow R, McGlennon D, McDonnell C. A Novel Mental Health Crisis Service- Outcomes of Inpatient Data. Ulster Med J. 2016; 85(1):13-17.
13. Russolillo A, Moniruzzaman A, Parpouchi M, Currie LB, Somers JM. A 10-year retrospective analysis of hospital admissions and length of stay among a cohort of homeless adults in Vancouver, Canada. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016 [Citado el 18 de mayo de 2016]; 16:60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756449/>
14. Carrasco JJ. Regulación legal de los internamientos psiquiátricos en España. Rev Latinoam de Derecho Méd y Medic Legal. 2003; 7:121-40.
15. Vega C, Bañón RM, Fajardo A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. Atenc Primar. 2010; 42:176-82.
16. Nuemberg GL, Baeza FL, Fleck MP, Rocha NS. Outcomes of inpatients with severe mental illness: a naturalistic descriptive study. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2016 [Citado el 18 mayo de 2016]; Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/2016nahead/1516-4446-rbp1516444620141643.pdf>
17. Alonso P. Criterios de ingreso hospitalario para el paciente con patología psiquiátrica. Medic. 2003; 8:5628-30.
18. Bravo MF, Aparicio D, Cuevas C, Díaz B, Eguiagaray M, Fuente J, et al. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Cuadernos técnicos nº 4. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.
19. Way BB, Banks S. Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services. Psychiatric Serv Journal 2001; 52:214-18.
20. Ziegenbein M, Anreis C, Brüggem B, Ohlmeier M, Kropp S. Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? BMC Health Serv Res [Internet]. 2006 [Citado el 23 de marzo de 2016]; 6:150. Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-150>
21. Seva-Fernández A, Jiménez M, Aubá E, Manrique E. Criterios de derivación de un paciente psiquiátrico a atención especializada y de ingreso hospitalario. Medic. 2011; 10:5786-88.

22. Esbec E, Echeburúa E. La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: Una valoración integral. *Psicopat Clín, Legal y Forense* [Internet]. 2014 [Citado el 20 de marzo de 2016]; 14:189-215. Disponible en: <http://www.masterforense.com/pdf/2014/2014art9.pdf>
23. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicolog Jurídic* [Internet]. 2016 [Citado el 25 de marzo de 2016]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074016000027>
24. Fistein EC, Clare IC, Redley M, Holanda AJ. Tensions between policy and practice: A qualitative analysis of decisions regarding compulsory admission to psychiatric hospital. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2016 [Citado el 15 de mayo de 2016]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252716300425>
25. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. DSM-5*. Arlington, VA: APA.
26. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G, Hobbs MJ. Emotional disorders: cluster 4 of the proposed metastructure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*. 2009; 39:2043-59.
27. Regier D.A, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatr*. 2013; 12:92-98.
28. Catalina-Romero C, Pastrana-Jiménez JI, Tenas-López MJ, Martínez-Muñoz P, Ruiz-Moraga M, Fernández-Labandera, C, et al. Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occup. Med*. 2012; 6:375-78.
29. Popović-Deušić S, Mitković M, Pejović-Milovančević M, Lečić-Toševski D, Draganić- Gajić S, Aleksić-Hil O, et al. Adjustment disorders in hospital treated adolescents: a follow-up study. *Srp Arh Celok Lek*. 2012; 140(5-6):344-49.
30. Lin YW, Huang HC, Lin MF, Shyu ML, Tsai PL, Chang HJ. Influential factors for and outcomes of hospitalized patients with suicide-related behaviors: a national record study in Taiwan from 1997-2010. *PLoS One*. 2016; 11(2).
31. Reed GM, Correia JM, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WP A-WHO global survey of psychiatrists' attitudes toward mental disorders classification. *World Psychiatr*. 2011; 10:118-31.
32. Labrador FJ, Estupiñá FJ, García Vera MP. Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothem*. 2010; 22:619-26.



33. Arbabi M, Laghayeepoor R, Golestan B, Mahdanian A, Nejatisafa A, Tavakkoli A. Diagnoses, requests and timing of 503 psychiatric consultations in two general hospitals. *Acta Medic Iranica*. 2012; 50:53-60.
34. Prina AM, Cosco TD, Dening T, Beekman A, Brayne C, Huisman M. The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2015; 78(1):25-33.
35. Xu F, Sullivan EA, Li Z, Burns L, Austin MP, Slade T. The increased trend in mother's hospital admissions for psychiatric disorders in the first year after birth between 2001 and 2010 in New South Wales, Australia. *BMC Wom Health*. 2014; 14:119.
36. Yli-Kuha AN, Gissler M, Klemetti R, Luoto R, Koivisto E, Hemminki E. Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Hum Reprod*. 2010; 25(8):2018-23.
37. Beijer U, Andéasson S. Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *Eur J Public Health*. 2010; 20(5):511-16.
38. Vallejo-Sánchez B, Pérez-García AM. Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicolog*. 2015; 31:462-71.
39. Muheim F, Eichhorn M, Berger P, Czernin S, Stoppe G, Keck M. y Riecher-Rossler, A. Suicide attempts in the county of Basel: Results from the WHO/EURO Multicentre study on suicidal behaviour. *Swiss Medical Weekly*. 2013; 143:w13759.
40. Casey P. Adjustment Disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*. 2009; 23:927-38.
41. Brennan JJ, Chan TC, Hsia RY, Wilson MP, Castillo EM. Emergency department utilization among frequent users with psychiatric visits. *Academic Emerg Medic*. 2014; 21(9):1015-22.
42. Stanley IH, Hom MA, Joiner TE. Mental health service use among adults with suicide ideation, plans, or attempts: results from a national survey. *Psychiatr Serv*. [Internet]. 2015 [Citado el 5 de mayo de 2016]; Disponible en: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201400593>

43. Sáiz PA, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Burón P, Al-Halabí S, Garrido M, et al. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Rev de Psiquiatr y Salud Ment (Barc.)*. 2014; 7(3):131-38.
44. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev de Psiquiatr y Salud Ment (Barc.)*. 2012; 5(1):8-23.
45. Allan NP, Norr AM, Boffa JW, Durmaz D, Raines AM, Schmidt NB. Examining the unique relations between anxiety sensitivity factors and suicidal ideation and past suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2015; 228(3):441-47.
46. Glenn, C.R., Bagge, C.L. y Osman, A. (2013). Unique associations between borderline personality disorder features and suicide ideation and attempts in adolescents. *J Pers Disord*. 2013; 27(5):604-16.
47. Muehlenkamp JJ, Ertelt TW, Miller AL, Claes L. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(2):148-55.
48. Jiménez-Treviño L, Blasco-Fontecilla H, Braquehais MD, Ceverino-Dominguez A, Baca-Garcia E. Endofenotipos y conductas suicidas. *Actas Españolas de Psiquiatr*. 2011; 39(1):61-9.
49. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. *Int J Gen Med*. 2012; 5:323-30.
50. González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Morales J, Morales M, Tierno R, Varela S. Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas. *Rev de la Asociac Española de Neuropsiquiat*. 2008; 101:27-41.
51. Corbera Almajano M. Análisis clínico-epidemiológico de la asistencia psiquiátrica de pacientes en las urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet: propuesta de plan de mejora coste-efectivo. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza; 2013.
52. Campos Ródenas RC. Proyecto de Gestión Clínica de la Unidad de Hospitalización de Agudos. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. 2016. Informe inédito.

53. Asociación Médica Mundial. Declaración del Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2013 [Citado el 1 de abril de 2016]; Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?printmedia-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?printmedia-type&footer-right=[page]/[toPage])
54. O'Brien A, Fahmy R, Singh SP. Disengagement from mental health services. A literature review. *Soc Psychiatr and Psychiatr Epidemiolog.* 2009; 44(7):558-68.
55. Haw C, Hawton K, Gunnell D, Platt S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *Soc Psychiatr and Psychiatric Epidemiolog.* 2015; 61(1):73-81.
56. Bolu A, Doruk A, Mehmet Ak, Özdemir B, Özgen F. Suicidal behavior in adjustment disorder patients. *J Psychiatr Neurologic Scienc.* 2012; 25(1)58-62.
57. Sørli T, Sørgaard KW, Bogdanoy A, Bratlid T, Rezvy G. Prevalence and characteristics of suicide attempters and ideators among acutely admitted psychiatric hospital patients in northwest Russia and northern Norway. *BMC Psychiatr.* [Internet]. 2015 [Citado el 20 de mayo de 2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524124/>
58. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: The state of the art. *World Psychiatr.* 2011; 10(1):11-18.
59. Barrat H, Rojas-García A, Clarke K, Moore A, Whittington C, Stockton S, et al. Epidemiology of mental health attendances at emergency departments: systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* [Internet]. 2016 [Citado el 22 de mayo de 2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847792/>
60. Van der Post LF, Peen J, Visch I, Mulder CL, Beekman A, Dekker J. Patient perspectives and the risk of compulsory admission: The Amsterdam Study of Acute Psychiatry V. *Internat J Soc Psychiatry.* 2014; 0:1-9.
61. Singal A, Bhat PS, Srivastaka K, Prakash J. The study of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse in terms of their diagnostic stability. *Indian J Psychiatry.* 2015; 57(3):224-8.

## ANEXO I. HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL

Nº Referencia del paciente	
Nº Historia Clínica	
Sexo	
Edad	
Nacionalidad	
Motivo de ingreso	
Diagnóstico principal	
Diagnósticos secundarios	
Voluntariedad del ingreso	
Ingresos anteriores	
Seguimiento previo	
Problemática	
Convivencia	
Estado civil	
Tipo de alta	
Días de estancia	

## ANEXO II. BÚSQUEDA SISTEMÁTICA DE LA BIBLIOGRAFÍA

<b>Términos de búsqueda</b>	<b>Nº Referencias bibliográficas</b>
“Psychiatric admission criteria”	2075
Texto completo, gratuito y sin límite temporal	319
Seleccionados	<b>6</b>
	(12, 13, 16, 20, 24, 61)

**Tabla 1. Revisión sistemática de la bibliografía en PubMed (primera fase)**

<b>Términos de búsqueda</b>	<b>Nº Referencias bibliográficas</b>
“Adjustment disorder and hospitalization”	2204
Texto completo, gratuito y de los últimos 10 años	169
Seleccionados	<b>17</b>
	(28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 45, 46, 47, 54, 55, 57, 58, 60)

**Tabla 2. Revisión sistemática de la bibliografía en PubMed (segunda fase)**

<b>Buscadores y documentos</b>	<b>N° Referencias bibliográficas</b>
AlcorZe y Google Scholar	<b>30</b>  (4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 26, 27, 31, 32, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 48, 49, 50, 53, 56, 59)
Libros	<b>6</b>  (1, 2, 3, 10, 18, 25)
Proyecto Gestión Clínica	<b>1</b>
HCULB	(52)
Tesis doctoral	<b>1</b>  (51)

**Tabla 3. Revisión sistemática de la bibliografía complementaria**

<b>N° Referencias bibliográficas</b>	<b>Factor de impacto de la revista</b>	<b>Año</b>
27, 31, 58	14,22 (World Psychiatry)	2013, 2011, 2011
47	6,45 (Journal of Child Psychology and Psychiatry)	2011
26	5,93 (Psychological Medicine)	2009
21	5,72 (Medicine)	2011
40	5,11 (CNS Drugs)	2009
36	4,56 (Human Reproduction)	2010
30, 59	3,23 (PLoS One)	2016, 2016
34	2,73 (Journal of Psychosomatic Research)	2015
37	2,59 (European Journal Public Health)	2010

**Tabla 4. Referencias bibliográficas consideradas 5 estrellas**

<b>Nº Referencias bibliográficas</b>	<b>País</b>	<b>Tipo estudio</b>
27	Estados Unidos	Revisión bibliográfica
31	44 países	Encuesta mundial
58	Irlanda y Reino Unido	Revisión bibliográfica
47	Estados Unidos	Observacional retrospectivo
26	Reino Unido	Revisión bibliográfica
21	España	Revisión bibliográfica
40	Irlanda	Revisión bibliográfica
36	Finlandia	Estudio de cohortes
30	Taiwán	Estudio de cohortes
59	7 países	Rev. bibliográfica y metaanálisis
34	Reino Unido	Revisión bibliográfica
37	Suecia	Estudio de cohortes

**Tabla 5. País y tipo de estudio de las referencias bibliográficas 5 estrellas**