

Trabajo Fin de Grado

Perfil clínico-asistencial de los pacientes ingresados en la UHA con un diagnóstico distinto al de psicosis.

Clinical-care profile of patients admitted to the UHA
with a no psychosis diagnosis.

Autor/es

Mario Salvador Tello

Director/es

Dr. Ricardo Campos Ródenas

Facultad de medicina

2017

ÍNDICE

<u>Resumen</u>	1
<u>Introducción</u>	3
<u>Objetivos</u>	6
<u>Material y métodos</u>	7
<u>Resultados</u>	9
<u>Discusión</u>	19
<u>Conclusiones</u>	23
<u>Bibliografía</u>	24

RESUMEN

La importancia de estudiar estos trastornos radica en la gran variabilidad de diagnósticos englobados dentro de los llamados no psicóticos, y la variación interpersonal de estos pacientes.

Se seleccionaron 244 pacientes ingresados en la UHA del HCULB durante los años 2015 y 2016, en función de su diagnóstico(s) principal(es) escogiendo aquellos trastornos calificados de no psicóticos, excluyendo los trastornos por abuso de sustancias.

A través de la elaboración de una base de datos a partir de los informes de alta y su posterior estudio, se realizó un perfil clínico asistencial de los pacientes ingresados durante esos dos años. La semejanza entre las características de los pacientes de ambos años resultó ser significativa.

Los pacientes ingresados en UHA con trastornos no psicóticos representaron el 29% del total de los ingresos en esta unidad, con una media de duración de 14,79 días, procediendo en su mayoría del Servicio de Urgencias (90%) y revistiendo carácter voluntario (84%). Entre los aspectos sociodemográficos estudiados, el sexo femenino (60%), la nacionalidad española (91%) y la patología previa psiquiátrica no psicótica (92%) están muy representados.

La mayor variación interanual se encontró en los antecedentes médicos que se encontraban en el 62% de los pacientes, en un principio por encontrarse en edades medias de la vida al ingreso (46 años).

PALABRAS CLAVE

No psicótico, psiquiatría, UHA, perfil, HCULB, Zaragoza.

ABSTRACT

The importance of studying the so called “non psychotic disorders” lies in the great variability of diagnoses included in the term, likewise the interpersonal variation of this kind of patients.

244 hospitalised patients from the AHU of LBCUH were selected during 2015 and 2016 according to their main diagnoses, choosing those disorders described as “non psychotic”. Substance abuse disorders were excluded.

A data base was created from the certificates of discharge. Based on it, a clinical-welfare profile of the hospitalised patients during those two years was established. The similarity between both years patients was significant.

Hospitalised patients from AHU who suffered from non psychotics disorders accounted for 29% of total admissions from this unit, with an average stay of 14,79 days. Most of them were derived from emergency services (90%) and were voluntary admissions (84%). As for the sociodemographic aspects considered, it was found that female sex (60%), Spanish nationality (91%) and suffering from previous non psychotic psychiatric pathology (92%) were the most frequent items.

Medical histories registered the greatest variation from year to year, being present in 62% of our patients. Most of them were middle-aged people when they were hospitalised (46 years old).

KEY WORDS

Non PSYCHOTIC, PSYCHIATRY, AHU, profile, LBCUH, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales son patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente.²

En la literatura encontramos que existen, en efecto, unidades de hospitalización breve de agudos, no solo para casos de psicosis, sino también para otras patologías que lo requieran. Se trata de una unidad de breve estancia con pocos días de estancia media.¹

El volumen de las consultas de este tipo puede suponer entre el 20% y el 30% de las demandas asistenciales en un Centro de Salud Mental.

Esto es un reflejo de la psicopatologización de las dificultades de la vida cotidiana, así como de los efectos de una sociedad individualista, con una carencia creciente de redes de apoyo familiar y social, que favorece la soledad y la incomunicación(Ortiz, González y Rodríguez, 2006).²

ENFERMEDADES NO PSICÓTICAS

La siguiente tabla muestra los principales trastornos no psicóticos según el DSM-V

- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados
- Trastornos relacionados con traumas y estresores
- Trastornos disociativos
- Trastornos de síntomas somáticos
- Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria
- Trastornos de la eliminación
- Trastornos del sueño
- Disfunciones sexuales
- Disforia de género
- Trastornos disruptivos, del control de impulsos y conductuales
- Trastornos adictivos y de consumo de sustancias
- Trastornos neurocognitivos
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos parafílicos
- Otros trastornos

Tabla 1 (modificada)

Los grupos diagnósticos del DSM-5 figuran descritos en la [tabla 1²](#)

Dada la importancia que tiene tanto a nivel asistencial como en consumo de recursos se hace necesario el estudio de este tipo de pacientes. Este estudio se realizó con los datos obtenidos de los pacientes del HCULB de Zaragoza.

DEPRESIÓN Y MANÍA

"Kraepelin, a principios del siglo XX, reúne de nuevo los conceptos de manía y melancolía en su estado de insania maníaco-depresiva, describiendo dos tríadas de síntomas nucleares en cada extremo. Para la manía, la tríada fundamental la constituyan la fuga de ideas, la exaltación y la hiperactividad, mientras que para la melancolía, la tríada característica la constituyan la inhibición del pensamiento, la depresión de los sentimientos y la inhibición psicomotriz. "⁹

En este estudio se excluyeron los casos de trastorno bipolar y depresión con síntomatología psicótica.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD

"La formulación de que los trastornos de personalidad representan configuraciones multidimensionales constituidas por rasgos, unos de ellos más incluidos en el componente del temperamento que está influido genéticamente y otros más incluidos en el componente del carácter, que se desarrolla por la interacción entre las predisposiciones biológicas y el ambiente, resulta una de las más útiles para la comprensión de estos trastornos."¹⁰

"El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM IV) define los trastornos de la personalidad como patrones permanentes de experiencia subjetiva y de comportamiento que se apartan de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estable a lo largo del tiempo y comportan malestar o perjuicios. "⁶

OBJETIVOS

- Definir un perfil clínico-asistencial de los pacientes tratados en la UHA del HCULB a modo de audit.
- Realizar un estudio transversal y descriptivo de la patología no psicótica.
- Ser un apoyo para posterior investigaciones a partir de los datos obtenidos de las historias clínicas de los años 2015 y 2016 de la UHA del HCULB de Zaragoza.
- Descubrir las variables sociodemográficas ligadas a los pacientes con un diagnóstico distinto al de trastorno psicótico y de abuso de sustancias para mejorar la asistencia a estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el estudio se excluyeron los trastornos psicóticos y la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y los trastornos adictivos y de consumo de sustancias.

PALABRAS, PUBMED últimos 5 años, texto completo "no psychosis disorder" 0 artículos empleados 2481 encontrados (sin coincidir con no psicótico"), SCIELO "trastornos no psicóticos" 2520 artículos españoles, 0 utilizados por las mismas causas, FISTERRA "trastorno no psicótico" 0 utilizados

Dada la poca bibliografía encontrada se procedió a la comparación con otros estudios similares de TFG que se adecuaban por el tipo de muestra.

Encontrando 4 que cumplían criterios de semejanza en deposita.unizar.

Para realizar el presente estudio se revisaron todos los informes de alta de la UHA (836) del HCULB entre el 1 de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre de 2016 , seleccionando aquellos que tenían como diagnóstico principal un trastorno distinto al de psicosis o por abuso de sustancias. Quedando un total de 244, 124 pertenecientes a 2015 y 120 a 2016.

De cada uno de ellos fueron recogidas las siguientes variables:

- Nombre
- Historia
- Día de ingreso
- Día de alta
- Duración del ingreso
- Voluntariedad
- Procedencia
- Ingresos anteriores
- Sexo
- Edad
- Nacionalidad
- Situación familiar
- Situación relacional
- Convivencia
- Problemática económica, legal y laboral
- Diagnóstico principal
- Antecedentes psiquiátricos
- Motivo de alta
- Seguimiento al alta
- Antecedentes médicos

Por razones de confidencialidad el nombre y número de historia no han sido presentados en este estudio.

A partir del conjunto básico mínimo de datos elaborado se realizó un análisis estadístico simple en el que se calcularon las medias y porcentajes de cada una de las variables.

HCULB

SECTOR DE ZARAGOZA III

La UHA atiende a toda la población del Sector III y el Sector de Calatayud, con una población respectiva de 306.197 y 50.181 habitantes. El Sector III incluye 22 zonas de salud, cada una de las cuales está dotada de su correspondiente Centro de Salud y de los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a las necesidades de salud de la población y a las características sociodemográficas de cada Zona de Salud. En todas ellas, la atención sanitaria es prestada por el Equipo de Atención Primaria y sus correspondientes unidades de apoyo.

El Servicio de Psiquiatría atiende las Urgencias Psiquiátricas de dicha zona territorial. La urgencia está atendida por un Psiquiatra, y por los MIRES de Psiquiatría. Los MIR de Medicina de Familia realizan guardias de Psiquiatría durante su rotación por el Servicio. El servicio ofrece una atención de Urgencias psiquiátricas las 24 horas del día, y todos los días del año. Son de 17 horas los días laborables, y de 24 horas los sábados, domingos y festivos. Atiende a los pacientes que acuden a la Urgencia general, en estrecha colaboración con los médicos de la Urgencia, que son los primeros en valorar a todos los pacientes y deciden cuándo es necesario avisar al Psiquiatra de guardia.

La UHA está localizada en la 3^a planta del H.C.U., ala B, dispone de 20 camas, 17 habitaciones (4 dobles y el resto individuales), 1 despacho en el interior del recinto cerrado, una sala de actividades propias de una Unidad de Hospitalización, control de enfermería, dos salas de enfermería, una sala de reuniones, una sala que hace las funciones de comedor y una sala de estar. También hay tres despachos de facultativos que se ubican fuera del espacio de la Unidad.

La UHA puede ser entendida como UCI en Psiquiatría que precisa de un equilibrio entre clima terapéutico (planes de cuidados de enfermería) y seguridad de los pacientes (Campos, 2015). Hay un equipo de 34 personas que son ejemplo de 42 años de servicio a unos pacientes que están en una situación clínica y personal muy delicada (alto porcentaje de ingresos involuntarios, Ley Antitabaco..). La exigencia profesional máxima: 24x7 (365 días) con índice de ocupación del 100%, estancias medias de 13, índices de funcionamiento 0.74 en 2015..). Hay referencias internacionales sobre la complejidad que supone para pacientes y cuidadores (Hardcastle y cols. 2009).

La Unidad es atendida por un equipo de 3 Psiquiatras (uno de ellos Jefe de Sección), 12 DUES uno de ellos supervisor, 8 Auxiliares de clínica y 8 Celadores y 1 Secretaria compartida con el resto del Servicio y un trabajador Social compartido con el Hospital de Día de Adultos.

Las prestaciones que asume la UHA son las relacionadas con la atención de aquellos trastornos psiquiátricos graves que presentan una descompensación aguda, y que en razón de su imposibilidad de abordaje terapéutico ambulatorio, éste se debe realizar en régimen de hospitalización. Otras indicaciones de ingreso son:

1. Existencia de un riesgo de conductas auto o heteroagresivas, sobre todo si no existe un adecuado soporte sociofamiliar.
2. Posibilidad de ingreso para llevar a cabo un estudio diagnóstico que a nivel ambulatorio sería más lento y costoso para el paciente.
3. Ingreso programado para realizar desintoxicación a sustancias o alcohol.

La estancia media en una UHA de Psiquiatría debe ser breve, en el caso de la UGE UHA que se describe es de alrededor de 14 días, 12,74 en el año 2013 con un índice de ocupación del 96,71 %, de 13,9 días y 100,6% de ocupación en 2015 y de 16 días con 110% de ocupación en 2016.

Por último, pero no menos importante en este encuadre teórico, hay que recordar que la Reforma Psiquiátrica no pone a las UHA como eje del mismo (Hospitalocentrismo), sino al ámbito comunitario (Aparicio & Angosto, 2015). Se señala la prioridad de potenciar recursos comunitarios, como alternativas a la hospitalización (Vázquez y cols, 2012), de revisar tanto el estado de recursos intermedios (listas de espera en UME y ULE, escasez de pisos protegidos, ausencia de equipos assertivos comunitarios, mini-Residencias) como el funcionamiento real de los procesos asistenciales de Urgencias atendidas por equipos de Psiquiatría de Guardia, el de las Consultas Externas (en donde habitualmente no se atienden Urgencias) o el de H. de Día (en donde hay pocas posibilidades para ingresos de pacientes desde la UHA, ya que hay una orientación prioritaria hacia programas ambulatorios).^{3,11,12,13}

RESULTADOS

INGRESADOS QUE CUMPLEN AMBOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Durante el 2015/2016 hubo 836 ingresos, de los cuales 244 cumplen criterios de inclusión en el presente trabajo, lo que representa un 29 % del total.

En el 2015 hubo 124 de 422 ingresos totales lo que significa que un 29% cumplía ambos criterios.

En el 2016 hubo 120 de 414 ingresos totales lo que significa que un 28% cumplía ambos criterios.

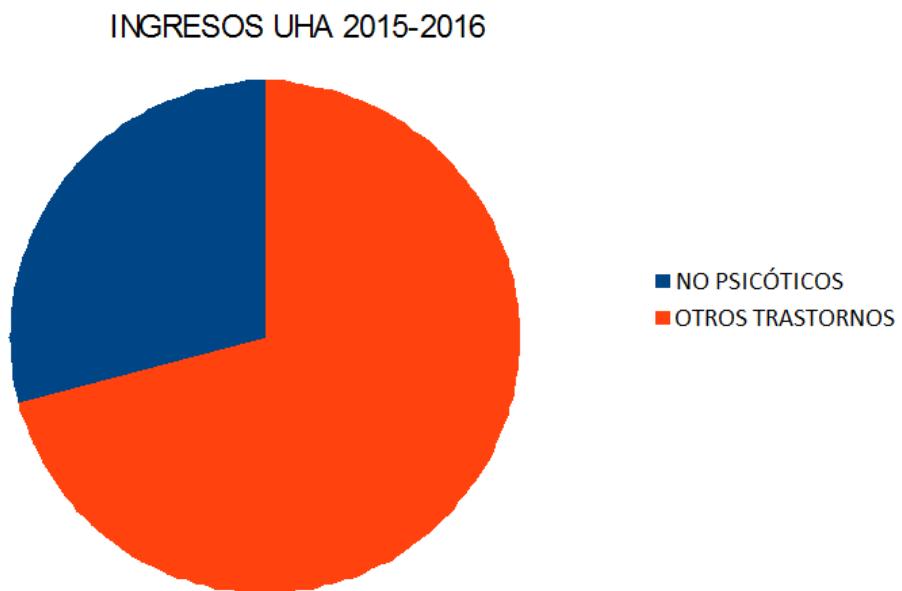


Gráfico 1. Fuente: elaboración propia

DÍAS DE INGRESO

67 días es el máximo que un paciente estuvo ingresado, siendo 1 día el mínimo.
Una estancia media de ambos años de 14,79 días.

En 2015 fue 13.49 de días.

En 2016 fue 16,14 de días.

MEDIA DE INGRESO ANUAL

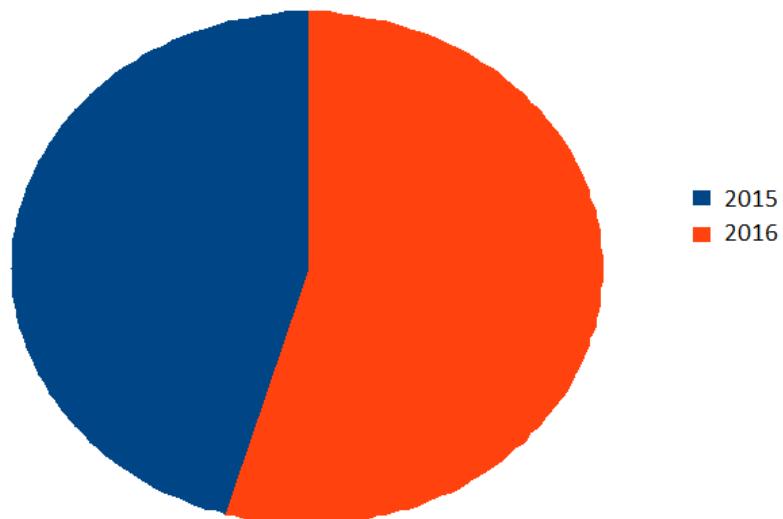


Gráfico 2. Fuente: elaboración propia

INGRESOS INVOLUNTARIOS

Hubo 43 ingresos involuntarios durante el 2015 y 2016 lo que representa el 17 % de los 244.

Un total de 21 durante el 2015 de un total de 124, lo que representa un 16 % del total.
Un total de 22 durante el 2016 de un total de 120, lo que representa un 18% del total.



Gráfico 3. Fuente: elaboración propia

VÍA DE INGRESO

Durante el 2015, 111 ingresos entraron por urgencias, un 89% del total.

Durante el 2016, 110 ingresos entraron por urgencias, un 91% del total.

En ambos años 221 ingresos entraron por urgencias, un 90% del total.

En ambos años un total de 32 ingresos venían por prescripción de su psiquiatra de referencia y 8 desde su médico de atención primaria.



Gráfico 4. Fuente: elaboración propia

INGRESOS ANTERIORES

Número máximo de ingresos anteriores: 19

Número mínimo de ingresos anteriores: 0

Media de ingresos anteriores en ambos años: 1,19

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

A lo largo de 2015 del total de 124 ingresos 55 (44%) pertenecía a hombres y 59 (56%) a mujeres.

A lo largo de 2016 del total de 120 ingresos 44 (36%) fueron hombres y 76 (64%) mujeres.

En ambos años 99 (40%) hombres y 145 mujeres de un total de 244 (60%) ingresos.

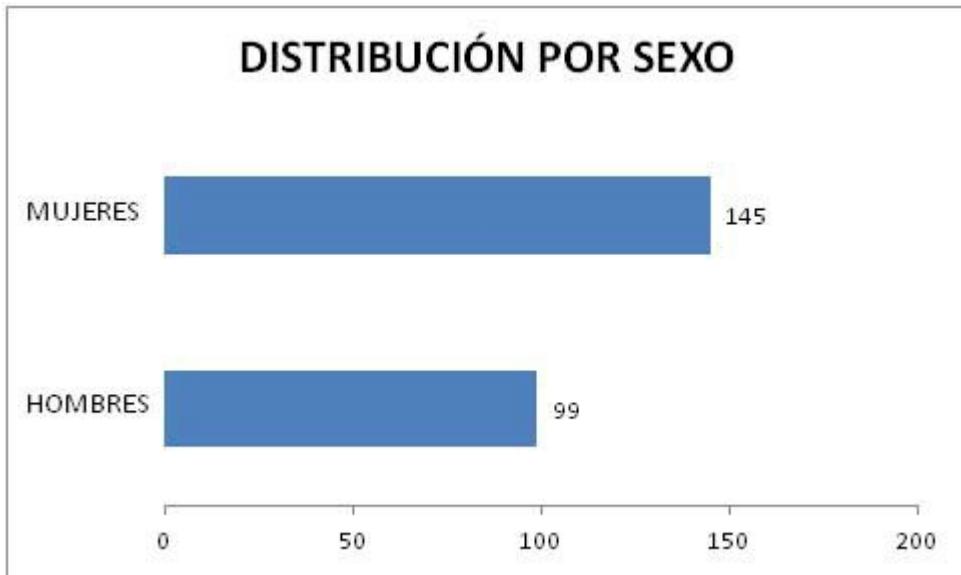


Gráfico 5. Fuente: elaboración propia

DISTRIBUCIÓN POR EDAD

El paciente de mayor edad al ingreso contaba con 85 años y el menor 18 años.
La media de edad durante el 2015 fue de 46,47 años..
La media de edad durante el 2016 fue de 47,04 años.

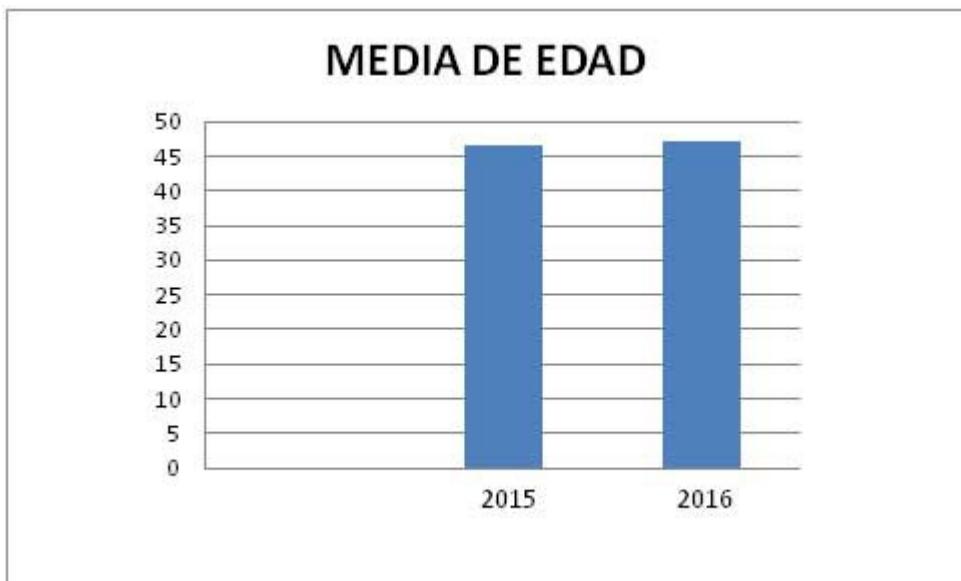


Gráfico 6. Fuente: elaboración propia

DISTRIBUCIÓN POR NACIONALIDAD

Un 91% de españoles y un 9 % extranjeros.



Gráfico 7. Fuente: elaboración propia

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Un total de 113 (91%) durante el 2015 tenían antecedentes psiquiátricos.

Un total de 112 (93%) durante el 2016 tenían antecedentes psiquiátricos.

El trastorno más frecuente fue la esfera de trastornos depresivos, estando presente en 57 de 244 pacientes (23%).

Un total de 225 (92%) durante ambos años.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

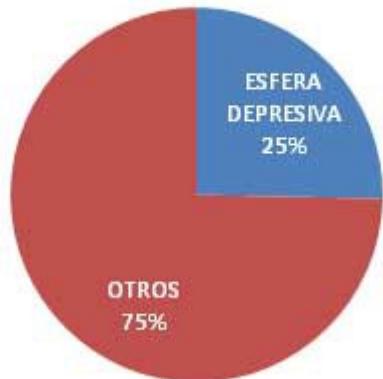


Gráfico 8. Fuente: elaboración propia

**PRESENCIA DE ANTECEDENTES
PSIQUIÁTRICOS**



Gráfico 9. Fuente: elaboración propia

PROBLEMÁTICA

Mencionada de forma explícita en los informes de alta.

Problemas relaciones familiares 52 (21%).

Problemática legal 22 (9%).

Problemática económica 18 (7%).

Problemática laboral 22 (9%).

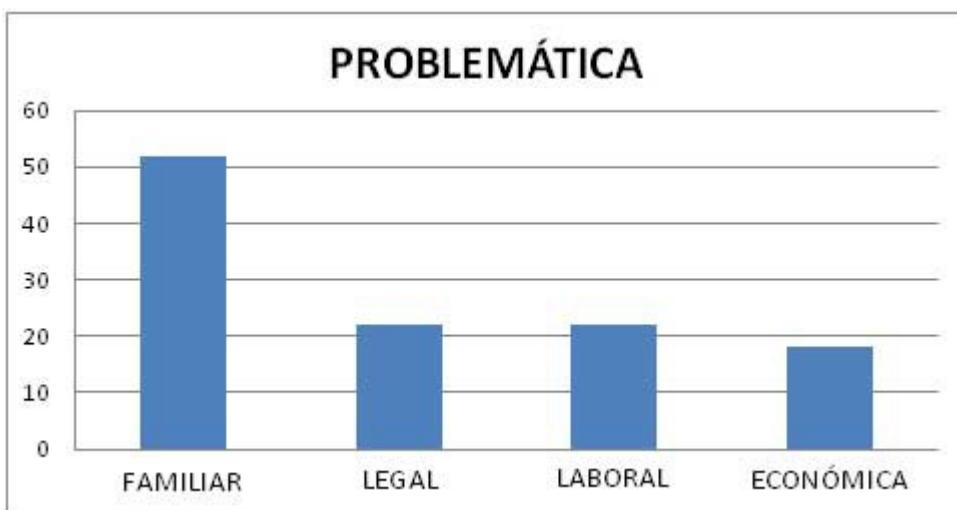


Gráfico 10. Fuente: elaboración propia

ANTECEDENTES MÉDICOS

Un total de 87/124(70%) durante el 2015 tenían antecedentes médicos.

Un total de 64/120(53%) durante el 2016 tenían antecedentes médicos.

Un total de 151/244 (61%) durante ambos años.

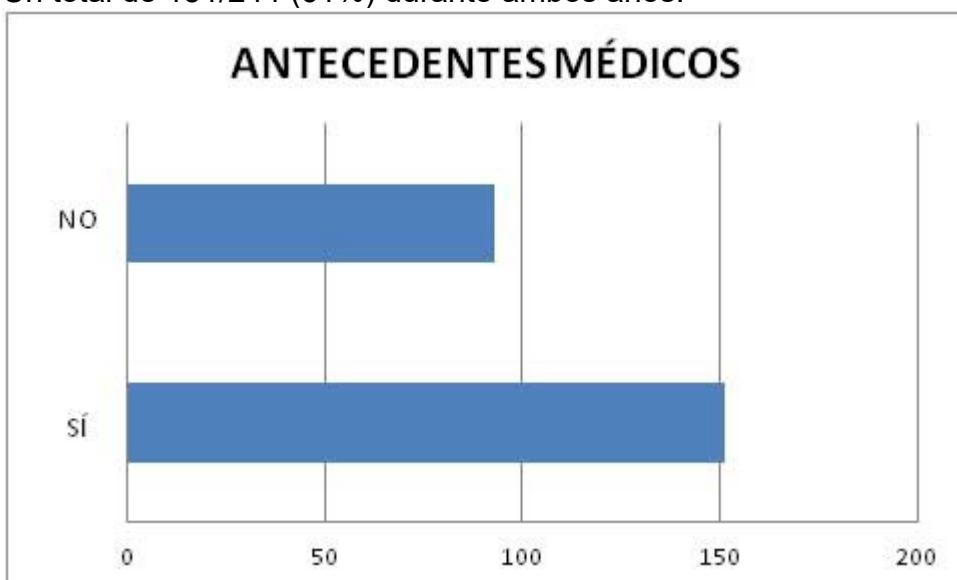


Gráfico 11. Fuente: elaboración propia

MOTIVO DE ALTA

Curación/mejoría 226
Alta voluntaria 11
Traslados 6
Exitus 1

SEGUIMIENTO AL ALTA

243 pacientes tuvieron seguimiento al alta (99%) de los 244

Distribución por seguimiento:

104 en su CSM USM
71 en CCEE
20 en Hospital de día
8 en psicosomática
8 en Proyecto Hombre
32 otros

DISCUSIÓN

Al contrario que en el artículo 2, la estancia de este estudio fue prolongada.

ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO BIPOLAR

"De los 393 pacientes atendidos en 2014, 106 padecían dichas patologías (26.97%), cuyo perfil clínico asistencial se caracteriza por un predominio de varones (58.5%) españoles (93.4%) de mediana edad (45-60 años; 33.96%)"⁴

A diferencia del estudio sobre esquizofrenia y trastorno bipolar, entre los pacientes no psicóticos había una mayor cantidad de mujeres, pero coincide en cuanto a la mayoría de españoles y la mediana edad de los pacientes.

PATOLOGÍA DUAL

"La media de edad de los pacientes seleccionados era de 39.27 años, siendo 78 años la edad del paciente más mayor, y 18 la del más joven. El 76% de los pacientes incluidos eran varones, y la gran mayoría de nacionalidad española (88%). "⁵

La edad media en mi estudio rozaba los 48 años lo que hablaría de pacientes de más edad en los trastornos no psicóticos respecto a los de patología dual.

La gran mayoría de varones resalta con la mayoría de mujeres de mi estudio aproximadamente dos tercios, respecto a aproximadamente tres cuartos de varones en este.

La nacionalidad española es similar en ambos estudios

"PROBLEMAS ECÓNICOS GRAVES Sí 21 17%

PROBLEMAS JUDICIALES-LEGALES Sí 22 18%"⁵

En este estudio se encuentran en general el doble de problemas económicos y legales respecto a los ingresos por trastornos no psicóticos.

PRIMER EPISODIO PSICÓTICO. PEP

"Con respecto a los aspectos sociodemográficos estudiados, se contó con una mayor proporción de casos de PEP en el sexo masculino (57%), en población de entre 18 y 40 años (74%), así como entre pacientes procedentes de otras culturas (21%).

En relación con los antecedentes personales, un 48% había presentado patología psiquiátrica no psicótica previa a la aparición de síntomas psicóticos"⁶

Se encuentran mas varones que mujeres en los estudios respecto al presente de los trastornos no psicóticos, la edad es notablemente menor, centrándose en estos casos de PEP en la juventud y principio de la edad adulta.

La procedencia de otras culturas es casi el triple en PEP respecto a los trastornos no psicóticos.

"Con respecto a la complejidad asistencial de los PEP, cabe destacar que estos supusieron un 7,12% del total de los ingresos de la UHA en 2014 y un 7,13% en 2015, contando como se muestra con una proporción muy constante en ambos años. Otro dato a reseñar es la duración de estos, encontrándose una media de 19,74 días por caso y habiendo durado un 14% de los mismos más de 40 días. Es también destacable a este respecto el hecho de que el 80% de estos pacientes ingresasen de forma involuntaria, y un 84% desde el Servicio de Urgencias. "⁶

Cuatro veces más de ingresos por trastornos no psicóticos respecto a éste estudio de PEP, encontrándose una proporción constante a lo largo de dos años, al igual que en este estudio, la duración medio fue superior en el PEP en aproximadamente 5 días, el ingreso involuntario está presente en el 17% de los casos de ingresos por trastorno no psicótico, multiplicándose por más de 4 en los casos de PEP.

El ingreso desde urgencias en cuanto a porcentaje fue similar.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD

"Durante el año 2014 la UHA del Servicio de Psiquiatría del HCULB recibió un total de 393 ingresos...un diagnóstico de TP, representando un 28,2% ... 55,86% (total: 62) eran mujeres, frente a un 44,14% de hombres (total: 49)."7

Coincide con el presente estudio en una mayoría de mujeres, siendo más significativa la proporción al alza en los trastornos no psicóticos en general.

" La nacionalidad más frecuente fue sin duda la española, con solo un 11,71% de ingresos correspondientes a pacientes extranjeros, 13 en total.
La edad media de la población fue de 42,53 años. "7

Coincide con los datos de edad y nacionalidad.

"Variables relacionadas con el ingreso Hasta un 29,73% de los ingresos fueron de tipo involuntario."7

Casi el doble en TP que en los no psicóticos en general.

"La estancia media para todos los ingresos fue de 14,6 días. "7

Estancia parecida los trastornos no psicóticos"

LIMITACIONES

1. El conjunto básico mínimo de datos se ha tenido que elaborar de novo a partir de los informes de alta lo que en algunos casos dificultaba la adecuada recogida de datos.
2. Es un estudio transversal que recoge solo los ingresos en la unidad de adultos, de un solo hospital (HCULB) y que además cumplan dos criterios: trastorno no psicótico y no trastorno por consumo de tóxicos como diagnóstico principal.
3. Al realizarse durante el breve período de dos años las conclusiones y resultados son difícilmente generalizables.
4. Dada la escasez de bibliografía sobre ingresos no psicóticos como variable en particular se procedió a analizar TFG que estuvieran relacionados con este tipo de estudio transversal y descriptivo.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes ingresados por los trastornos incluidos en este estudio supusieron tanto en 2015 como en 2016 un 29% del total de ingresos de la UHA.
2. Los pacientes no psicóticos estudiados estaban en edades medias de la vida y eran mujeres en el 60 % de los casos.
3. Se encontró una alta frecuencia de antecedentes de enfermedad psiquiátrica (90 %). Los más comunes fueron los relacionados con la esfera depresiva, representando un 23% del total.
4. Los pacientes con un trastorno no psicótico, a pesar de ser de "menor" gravedad tienen una estancia media superior a 14 días.
5. Este análisis de los ingresos de pacientes no psicóticos y procedente mayoritariamente de Urgencias pone el acento en el concepto de estancias evitables así como en la necesidad de mejorar los sistemas de comunicación y de efectividad en dispositivos asistenciales ambulatorios. La apuesta por este tipo de mejora y por la potenciación de recursos comunitarios puede marcar la diferencia asistencial de los próximos 20 años.

BIBLIOGRAFIA

1. 1. Barbado J. El ingreso breve de pacientes psiquiátricos no solo se limita a la psicosis. 23 Febrero 2017. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/-el-ingreso-breve-de-pacientes-psiquiatricos-no-se-limita-a-la-psicosis--4747>
2. Echeburúa, Enrique, Salaberria, Karmele, & Cruz-Sáez, Marisol. (2014). Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
3. Aparicio V, Angosto T. El componente de salud mental en el Hospital General. Asociación española de Neuropsiquiatría: Madrid, 2015
4. Calatayud L. Perfil clínico y manejo de los pacientes con trastorno de personalidad ingresados en una unidad de hospitalización. 2016. <https://deposita.unizar.es/TAZ/MED/2016/27421/TAZ-TFG-2016-1260.pdf>
5. Bes S. Perfil clínico asistencial de los pacientes ingresados por primer episodio psicótico durante 2014 y 2015. 2015 <https://deposita.unizar.es/TAZ/MED/2016/27208/TAZ-TFG-2016-1050.pdf>
6. Villagrasa T. Guías clínicas y perfil clínico-asistencial de pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar que son ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos. 2016. <https://deposita.unizar.es/TAZ/MED/2016/27244/TAZ-TFG-2016-1086.pdf>
7. Patología dual en una Unidad de Hospitalización de Adultos: características generales del perfil clínico, asistencial y epidemiológico de los pacientes hospitalizados. Bes A. 2016. <https://deposita.unizar.es/TAZ/MED/2016/27163/TAZ-TFG-2016-1005.pdf>
8. Campos R. Proyecto de Gestión Clínica de la Unidad de Hospitalización Adultos. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. 15 Abril 2015. Informe inédito.
9. Cobo Gómez J. El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. 28 Noviembre, 2005 <http://www.psiquiatria.com/depresion/el-concepto-de-depresion-historia-definiciones-nosologia-clasificacion/>
10. Bayón C. Modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger, aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de la personalidad y proceso psicoterapéutico. 28 Noviembre, 2005. http://www.psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/modelo-psicobiologico-de-personalidad-de-cloninger-aproximacion-integradora-en-la-evaluacion-de-los-trastornos-de-personalidad-y-proceso-psicoterapeutico/
11. Vázquez J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos en pacientes psiquiátricos graves. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40(6): 333-345.

12. Hardcastle, Kennar D, Grandison S, Fagin L. Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria: relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales. Herder: Barcelona. 2009.
13. Campos R. Proyecto de Gestión Clínica. Unidad de Hospitalización de Adultos. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Presentado el 15 de abril 2015. BOA 86, 8 de Mayo 2015.