



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de
Adultos de Psiquiatría en situación de exclusión social:
Personas sin techo y Síndrome de Diógenes

*Psychiatric inpatients in social exclusion situation:
homeless and Diogenes syndrom patients*

Autor

Rocío Espejo Torres

Tutor/es

Ricardo Campos Ródenas

Grado en Medicina

2017

ÍNDICE

	Página
Resumen.....	2
Abstract.....	3
1. Introducción.....	4
1.1 Conceptos.....	4
1.2 Problemática social grave y patología aguda psiquiátrica.....	5
1.3 Justificación del estudio.....	6
2. Metodología.....	8
2.1 Tipo de estudio.....	8
2.2 Material y métodos.....	9
2.3 Objetivos.....	12
3. Resultados.....	13
4. Discusión.....	27
4.1 Variables demográficas.....	27
4.2 Pacientes sin techo.....	27
4.3 Pacientes con Síndrome de Diógenes.....	30
4.4 Limitaciones del estudio.....	32
5. Conclusiones.....	34
Bibliografía.....	35

RESUMEN

Introducción: El concepto de “exclusión social” ha ido evolucionando con el tiempo, aunque podría desglosarse en tres aspectos comunes: privación económica, privación social y privación política. Este trabajo se centra principalmente en el estudio clínico-epidemiológico de las personas sin techo y con Síndrome de Diógenes, que han ingresado además en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo de carácter retrospectivo en el que se han seleccionado pacientes ingresados en los años 2014, 2015, 2016 y el primer trimestre de 2017 en la Unidad de Hospitalización de Adultos que cumplieran características de síndrome de diógenes, personas sin techo o con grave problemática social. Se realizó una búsqueda bibliográfica de la que se extrajeron 22 artículos para así comparar con nuestros resultados. Posteriormente y tras seleccionar una muestra de 54 pacientes, se elaboró una base de datos con la información obtenida.

Resultados y discusión: De los 54 pacientes (3.8 % de los ingresados en ese periodo), el 37% eran sin techo, el 24% padecían síndrome de diógenes y un 39% estaba en situación de grave problemática social, siendo el diagnóstico más prevalente el de trastornos psicóticos. La mayoría de ellos se encuentran en el rango de edad de entre 31 a 50 años, con una estancia media hospitalaria de 23.2 días. Existe un gran predominio de hombres (76%) con respecto a las mujeres (24%) al estudiar los datos en general, no así al analizarlos según situaciones concretas. Así, existen más hombres sin techo (39%) que mujeres (31%), y al contrario sucede con el Síndrome de Diógenes.

Conclusiones: Hay una significativa minoría de pacientes ingresados en situación de exclusión social que constituyen una población asistencial específica. El aumento de la estancia media hospitalaria parece estar fuertemente relacionado con los pacientes en exclusión social, así como los reingresos. El síndrome de diógenes parece ser más prevalente en mujeres mayores de 50 años que viven solas, sin haber relación con el nivel socio-cultural o económico. Son necesarios más estudios para elaborar un adecuado plan de mejora de la calidad asistencial de estos pacientes. Para ello es preciso contar con equipos multidisciplinares (Trabajo Social, psicólogos) en la UHA de nuestro hospital. Hay necesidad de potenciar la Psiquiatría Comunitaria en general y de forma más específica a través de programas de intervención dirigidos a la población en exclusión social en virtud de su patología mental. La coordinación con recursos sociosanitarios es siempre fundamental y crucial en estos casos.

Palabras clave: exclusión social, sin techo, diógenes.

ABSTRACT

Introduction: The concept “social exclusion” has been developed, although it could be classified in three common aspects: economic deprivation, social deprivation and political deprivation. This study is principally focus on a clinical and epidemiology analysis of homeless and people with Diogenes Syndrome who have also been admitted in the Adult Psychiatric Inpatient Unit of the Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Methods: It is a retrospective and descriptive study in which we have selected patients from years 2014, 2015, 2016 and first trimester of 2017 who have been admitted and who have fulfilled characteristics of Diogenes Syndrome, homeless or severe social situation. A systematic review was also performed and we have include 22 articles to compare with our results. A sample of 54 patients have been databased.

Results and discussion: 3.8% inpatients have a social exclusión status and they become a special psychiatric inpatient population. From the 54 patients of our sample, 37% were homeless, 24% had Diogenes Syndrome and 39% were in severe social exclusion situation, being the more prevalent diagnosis psychotic disorders. Most of them were in the range of age of 31 and 50 years old, with a length of stay of 23.2 days. There is a great prevalence of men (76%) regarding to women (24%) analyzing data in general, but not if we analyze them separatedly. Thus, there are more homeless men (39%) than women (31%), and on the contrary in Diogenes Syndrome (17% men and 46% women).

Conclusions: A significant minority of psychiatric inpatients have care needs as they are in social exclusion situation. They are a special population as their stay in the Unit is longer, higher risk of readmission and they have a more complex discharge planning. Diogenes syndrome seems to be more prevalent in women over 50 years old living alone, and has no relation with socio-cultural or economic level. More research is necessary to elaborate a suitable health care improvement plan on these patients. A multidiclipinary team with full-time Social Worker and community-based specific care programs to these psychiatric patients with social alienation is of critical importance.

Key words: social exclusion, homeless, diogenes syndrome.

INTRODUCCIÓN

1.1 Conceptos:

El concepto de “*exclusión social*” se define como el “proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven” (European Foundation, 1995).

Este concepto ha ido evolucionando con el tiempo y adquiriendo diferentes enfoques, aunque se podría desglosar básicamente en tres aspectos comunes a todos ellos: privación económica, privación social y privación política.

Dentro de este grupo tan heterogéneo y multidimensional de personas encontramos dos colectivos que serán en los que se centre principalmente el presente trabajo; personas sin techo y aquellos con Síndrome de Diógenes.

El término “*sin techo*” o “*homeless*” hace referencia a aquellas personas que carecen de vivienda y, en general, de cualquier otro medio de vida, debido a diferentes circunstancias derivadas de la ruptura de los lazos familiares o sociales, una situación económica precaria, etc, y que por ello se ven obligadas a vivir en la calle o en albergues públicos de forma temporal.

Se estima que unos 100 millones de personas en el mundo y alrededor de 40000 en España no tienen hogar, aunque no existen datos actualizados.

La situación de estas personas es sin lugar a dudas una de las formas más graves de exclusión social y de pobreza existentes en nuestro medio. A la falta de vivienda, de higiene o de comida se añaden, entre otros, problemas administrativos o burocráticos y legales que imposibilitan en muchos casos el acceso al sistema sanitario en general y a los servicios de salud mental en particular.

Por otro lado, conviene también comprender el concepto de “*Diógenes*” (o “*Síndrome de Diógenes*”), que se podría definir como un trastorno de la conducta que da lugar al abandono tanto personal como social y cuya característica principal es la acumulación de objetos y basura inservibles. Estas

personas viven en la pobreza aun teniendo en muchas ocasiones medios para evitarlo, y asocian a su vez conductas de evitación, retraimiento social y anosognosia.

Para entender un poco más este concepto cabe mencionar a Diógenes de Sinope, filósofo griego que da nombre a este síndrome. Vivió como vagabundo por las calles de Atenas y sus ideales de privación e independencia de las necesidades materiales lo llevaron a convertir la pobreza extrema en una virtud. Contrasta esto en parte con lo que se entiende actualmente como Síndrome de Diógenes, cuyo rasgo más característico, como se ha expuesto anteriormente, es la acumulación de basura y objetos en su mayoría inservibles (1).

Este síndrome ha sido descrito principalmente en personas mayores y se estima que tiene una incidencia anual de 0.5 casos por cada 1000 individuos mayores de 60 años (2).

En cuanto a sus características diagnósticas, algunas de ellas se exponen a continuación (3):

- Abandono personal extremo.
- Abandono doméstico.
- Negación (exclusión) social.
- Acumulación de objetos.
- Falta de preocupación por ese modo de vida.

1.2 Problemática social grave y patología aguda psiquiátrica:

Como se ha expuesto anteriormente, uno de los objetivos principales de este trabajo es estudiar las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría que presentan además una situación de exclusión social o grave problemática social, incluyendo aquí a las personas sin techo y con síndrome de Diógenes.

En este contexto y con el objetivo de analizar los trastornos psiquiátricos que puedan padecer las personas que componen este colectivo, resulta interesante estudiar cuáles son los diagnósticos más prevalentes entre ellos.

En un metaanálisis realizado en 2008 en el que se incluían 29 estudios publicados entre 1979 y 2005 y un total de 5684 individuos sin techo de diferentes países occidentales se concluyó que los trastornos mentales más frecuentes entre este colectivo eran la alcoholdependencia y la drogodependencia (37.9% y 24.4% respectivamente), seguidos de los trastornos psicóticos (12.7%), la depresión mayor (11.4%) y los trastornos de la personalidad (23.1%). (4)

Con respecto al Síndrome de Diógenes y su etiología, se ha estudiado que más de la mitad de los casos son diagnosticados además de demencia u otro trastorno psiquiátrico, mientras que aproximadamente un tercio de los pacientes no parecen presentar patología subyacente más allá de ciertos rasgos de personalidad predisponentes (desconfianza, obstinación, suspicacia, etc).

Además, son varios los estudios realizados que relacionan el síndrome de diógenes como parte del complejo sintomático de alteraciones de conducta que se presentan en la demencia frontotemporal.

Se han descrito también factores desencadenantes como la soledad, los rasgos de personalidad antes mencionados, y situaciones estresantes derivadas de la pérdida de lazos afectivos. El nivel intelectual, cultural o económico no parecen tener relación con esta patología (1).

1.3 Justificación del estudio.

El objetivo principal del presente trabajo es básicamente analizar la relación entre las personas con grave problemática social, centrándonos en la población sin techo y los pacientes con Síndrome de Diógenes, con los trastornos mentales, y más en concreto con la patología psiquiátrica aguda que requiere ingreso hospitalario.

Además de los problemas comunes a muchos pacientes psiquiátricos como pueden ser la falta de adherencia al tratamiento o el llamado “fenómeno de la puerta giratoria”, estos pacientes se enfrentan a otras dificultades derivadas de sus circunstancias de vida, entre ellas la falta de vivienda, lo que dificulta en muchas ocasiones la elaboración de un plan al alta que se adapte y que cubra las necesidades básicas de estos individuos.

Por ello, nos parece clara la necesidad de elaborar un plan de mejora en la calidad asistencial de este colectivo que incluya no sólo la participación del servicio de psiquiatría, sino también la colaboración con trabajo social y en muchas ocasiones con albergues, refugios y comedores sociales para asegurar así unas condiciones de vida dignas y un mayor control de las patologías subyacentes.

2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo de carácter retrospectivo. En él se han revisado todos los ingresos que se han producido entre los años 2014 (N=393), 2015 (N=431), 2016 (N=416) y los tres primeros meses de 2017 (N=183) en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), y se han seleccionado los pacientes que reunían características de exclusión social, entendiendo por esto al colectivo formado por personas sin techo, los que padecen síndrome de diógenes o aquellos con grave problemática social de cualquier otra índole.

En lo que respecta a la Unidad de Hospitalización de Adultos, se trata de un servicio integrado en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; hospital de referencia del Sector Zaragoza 3. Esta Unidad de Hospitalización cuenta con una ratio de 12-15 camas por 100.000 habitantes (20 camas en total). La estancia media en una UHA de Psiquiatría debe ser breve. En el caso de la UHA que se describe es de alrededor de 14 días, 12,74 en el año 2013 con un índice de ocupación del 96,71% y de 13.9 días y 100.6% de ocupación en 2015.

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 (23). 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, etc.). La exigencia profesional es máxima: 24x7 (365 días) con índice de ocupación del 100%, estancias medias de 13 días, índices de funcionamiento 0.74 en 2015. Hay referencias internacionales sobre la complejidad que supone para pacientes y cuidadores (26).

La Unidad es atendida por un equipo de tres 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, además de un Trabajador Social compartido también con el Hospital de Día de Adultos.

Las prestaciones que asume la UHA son las relacionadas con la atención de aquellos 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:

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

2.2 Material y métodos.

En primer lugar y para contextualizar el presente trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar) utilizando diferentes palabras clave; “psychiatric disorders and homeless”, “psychiatric inpatient and homeless”, “diogenes syndrome and psychiatric disorders”, entre otras.

Por un lado, sobre “patología psiquiátrica y personas sin techo” se encontraron un total de 156 artículos de los cuales se seleccionaron 12, puesto que el resto o no estaban disponibles como texto completo por ser de pago, o estaban desfasados por tener una antigüedad mayor a 15 años, o bien no aportaban información relevante para el estudio.

Del mismo modo, para “síndrome de diógenes y patología psiquiátrica” se encontraron 68 artículos de los cuales 10 fueron seleccionados frente al resto, que fueron excluidos por los mismos motivos arriba expuestos.

En total son 22 los artículos que conforman la bibliografía de este trabajo y que se citan al final del mismo en orden de aparición. De estos 22 artículos, 10 han

sido utilizados en el presente trabajo como base para obtener información sobre los conceptos de Diógenes y sin techo, así como para analizar los datos epidemiológicos de estos colectivos y su relación con otras variables y con otras patologías médicas y psiquiátricas.

Para seleccionar a los pacientes que forman la muestra y la posterior realización de la base de datos, se revisaron todos los informes de alta de aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos en los años 2014, 2015, 2016 y los tres primeros meses de 2017. Así, se obtuvo una muestra de 54 pacientes que cumplían los siguientes criterios:

➤ Criterios de inclusión:

- Pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza).
- Pacientes con grave problemática social, Síndrome de Diógenes o sin techo.

➤ Criterios de exclusión:

- Problemática social con buen apoyo social y/o familiar.

Una vez obtenida la muestra, se recogió información de los informes de alta de los pacientes seleccionados sobre las siguientes variables a estudio:

➤ Datos demográficos:

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Nacionalidad.
- Lugar de residencia.

➤ Situación laboral/Educacional:

- Situación laboral.

- Grado educacional.
- Incapacidad legal.
- Características del ingreso:
 - Motivo de ingreso.
 - Carácter del ingreso.
 - Procedencia del ingreso.
- Consumo de sustancias:
 - Consumo actual de sustancias.
 - Antecedentes de consumo.
- Tentativa de suicidio.
- Problemática social:
 - Sin techo.
 - Síndrome de diógenes.
 - Grave problemática social.
- Problemática legal.
- Estancia media hospitalaria.
- Diagnósticos:
 - Diagnóstico principal durante el ingreso.
 - Diagnósticos médicos.
- Trastorno mental grave.
- Antecedentes psiquiátricos:
 - Conocido en la Unidad de Hospitalización de Adultos.
 - Conocido en Consultas Externas.

- Conocido en Unidad de Media o de Larga Estancia.
- Número de ingresos previos.
- Reingresos.

➤ Plan al alta:

- Alta voluntaria.
- Destino al alta.

Como se verá a continuación, algunas variables han sido reagrupadas en categorías más amplias debido a la gran diversidad de opciones disponibles para así facilitar su análisis y estudio.

2.3 Objetivos.

Los objetivos de este estudio son:

- Definir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes en situación de exclusión social: sin techo, diógenes, que han ingresado en la planta de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en los últimos 3 años.
- Analizar la relación de la patología psiquiátrica con la problemática social grave, así como el manejo y las necesidades de estos pacientes.
- Elaborar un plan de mejora de la calidad asistencial de este colectivo en concreto.

3. RESULTADOS

Se seleccionaron 54 pacientes que habían estado ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos y que además presentaban características de exclusión social (sin techo, diógenes o grave problemática social), siendo éstos básicamente los criterios de inclusión. Todo ello supone un 3.8% de los ingresos de los últimos tres años. A continuación, se exponen los resultados obtenidos según las distintas variables.

➤ Problemática social.

De los 54 pacientes incluidos en el estudio, 20 fueron clasificados en el grupo de pacientes sin techo (37%), 13 fueron diagnosticados de síndrome de diógenes (24%) y 21 presentaban riesgo de exclusión social o grave problemática social (39%).

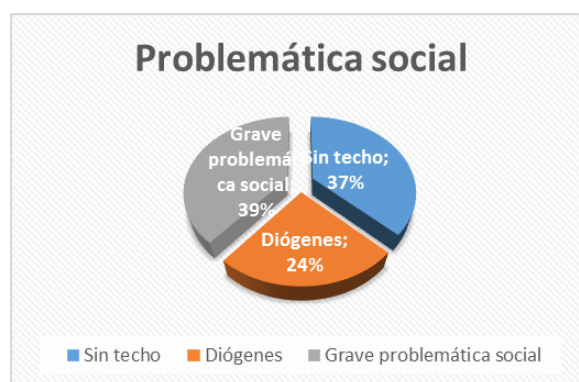


Figura 1. Problemática social.

Además, los pacientes han sido distribuidos según la problemática social que presentaban y el sexo. En cuanto a los resultados, vemos que la mayor parte de los hombres (44%) tenían grave problemática social, un 39% eran sin techo y tan sólo un 17% padecía síndrome de diógenes. En el caso de las mujeres, casi la mitad (46%) sufría síndrome de diógenes, un 31% eran sin techo y el 23% presentaba grave problemática social.

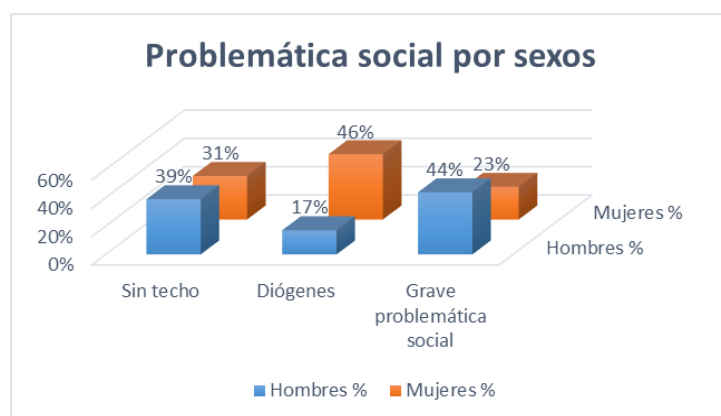


Figura 2. Problemática social

➤ **Datos demográficos.**

En cuanto a la distribución por sexos, existe una mayoría de hombres (76%) con respecto al número de mujeres (24%).



Figura 3. Distribución por sexo.

En relación con la edad y para facilitar el análisis de esta variable, los pacientes se han clasificado en tres rangos; de 18 a 30 años, de 31 a 50 años y mayores de 50 años. La mayoría (un 46% del total) están comprendidos entre los 31 y los 50 años de edad. Un 31% de los individuos son mayores de 50 años y tan sólo un 21% del total tienen entre 18 y 30 años. La media de edad de todos ellos es de 44.83 años.

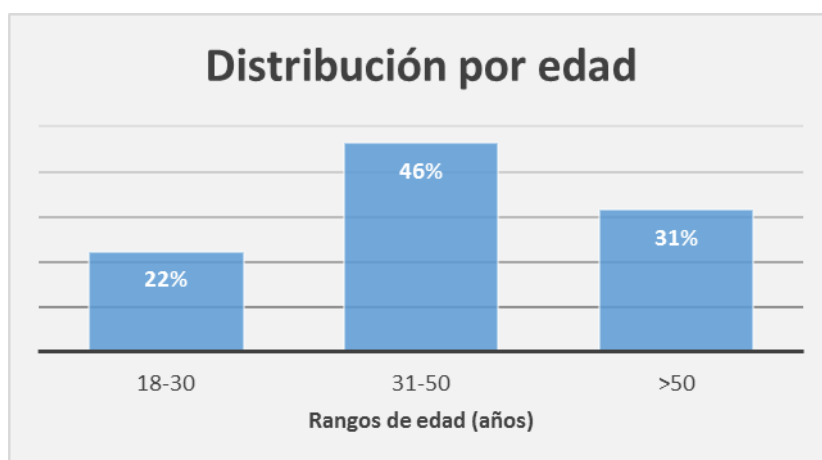


Figura 4. Distribución por rangos de edad.

En cuanto a la distribución conjunta por edad y sexo, los pacientes han sido clasificados también según los mismos rangos de edad antes expuesto, como podemos observar en el siguiente gráfico:

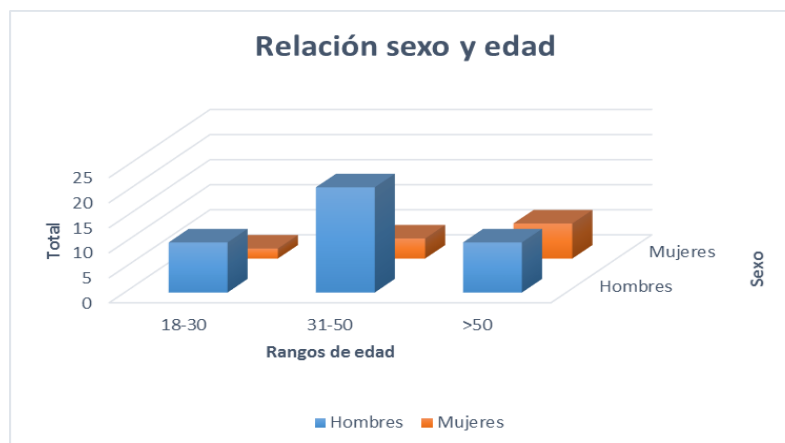


Figura 5. Relación edad y sexo.

Como se ha comentado anteriormente, el porcentaje de hombres es significativamente mayor que el de mujeres, estando éstos concentrados en su mayoría en el rango de edad de entre 31 y 50 años. En el caso de las mujeres, la mayoría se clasifican en el grupo de más de 50 años.

También en relación con la edad, destacar que el 69% del total de pacientes diagnosticados de síndrome de diógenes eran mayores de 50 años.

Por otro lado, la gran mayoría de los pacientes de la muestra son de nacionalidad española (93%), siendo el resto (7%) inmigrantes de diferentes países, en concreto de Siria, India, Nigeria y EEUU.

Además, el 100% de los pacientes tenía su lugar de residencia en España en el momento de la recogida de datos, aunque en diferentes provincias; Almería, Barcelona, Madrid, Málaga o Zaragoza, siendo en ésta última donde residen la mayoría de los pacientes.

En las siguientes tablas se pueden ver los datos arriba comentados.

Nacionalidad	Pacientes	Porcentaje
Española	50	93%
Siria	1	2%
India	1	2%
Nigeria	1	2%
EEUU	1	2%
Total	54	100%

Tabla 1. Nacionalidad.

Residencia	Pacientes	Porcentaje
Zaragoza (Provincia)	50	93%
Almería	1	2%
Barcelona	1	2%
Madrid	1	2%
Málaga	1	2%
Total	54	100%

Tabla 2. Residencia.

Con respecto al estado civil, se ha clasificado al grupo de pacientes según estén solteros (63%), casados (2%), divorciados (20%) o viudos (2%). De un 13% no se obtuvo información sobre esta variable. De los pacientes con síndrome de diógenes, destacar que un 77% vivían solos.



Figura 6. Estado civil.

➤ Situación laboral y educacional.

A continuación se ha procedido a analizar la situación laboral de los pacientes, así como su grado educacional y la existencia o no de incapacidad legal.

En resumen, la mayoría de los pacientes (57%) se encontraban en situación de desempleo; el 20% eran jubilados; un 15% estaban incapacitados laboralmente y el 2% tenía una baja temporal.



Figura 7. Situación laboral.

En lo referente al grado educacional, el 28% de los individuos había completado al menos los estudios primarios, frente a un 13% que había cursado estudios superiores. Un 12% tenía algún título de FP o bachillerato, y de un amplio porcentaje (48%) no se han encontrado datos en los informes disponibles.

En lo referente al Síndrome de Diógenes en particular, destacar que un 23% de los pacientes diagnosticados habían cursado estudios superiores (universitarios y/o bachillerato).

La última variable analizada en este bloque es la incapacidad legal. Los datos revelan que la gran mayoría, un 76% de los pacientes, no estaban incapacitados legalmente ni en trámites de incapacitación. Un 11% sí lo estaba, y un 9% se encontraba en trámites de incapacitación.

A continuación se presentan las dos tablas con información sobre lo que acabamos de comentar:

Grado educacional	Pacientes	Porcentaje
Estudios primarios	15	28%
Bachiller	3	6%
FP	3	6%
Estudios superiores	7	13%
No consta	26	48%
Total	54	100%

Tabla 3. Grado educacional.

Incapacidad legal	Pacientes	Porcentaje
Sí	6	11%
No	41	76%
En trámite	5	9%
No consta	2	4%
Total	54	100%

Tabla 4. Incapacidad legal.

➤ **Consumo de sustancias.**

29 de los 54 pacientes a estudio (54%) consumía algún tipo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas, etc.), el 9% no y de un 37% del total de pacientes no se consiguió esta información.

Así mismo, el 50% de los pacientes, es decir, la mitad, tenían antecedentes de consumo de sustancias en algún momento de sus vidas.

Al analizar los datos por separado y profundizando en los pacientes sin techo, los resultados muestran que el 65% de éstos pacientes eran consumidores de sustancias en el momento de la hospitalización, y un 55% tenía antecedentes de consumo.

➤ **Tentativa de suicidio.**

En lo referente a la tentativa de suicidio, cabe destacar que hasta un 28% de los pacientes lo había intentado en alguna ocasión, frente a un 69% que no y un 4% de los que no había información disponible.

Tabla 5. Tentativa de suicidio.

Tentativa suicidio	Pacientes	Porcentaje
Sí	15	28%
No	37	69%
No consta	2	4%
Total	54	100%

Consumo de sustancias	Pacientes	Porcentaje
Sí	29	54%
No	5	9%
No consta	20	37%
Total	54	100%

Tabla 6. Consumo de sustancias.

➤ **Problemática legal.**

La gran mayoría de los pacientes (74%) no tenía ningún tipo de problemática legal, frente a un 26% que sí presentaba problemas de esta índole.

➤ Características del ingreso.

Se han analizado a continuación las variables relacionadas con las características del ingreso. Así, la mayoría de los pacientes ingresados (83%) procedían de Urgencias, un 6% de otros hospitales, y el resto de otros servicios como Medicina Interna (6%), Observación (2%), UCI (2%) y consultas externas (2%).

Procedencia del ingreso	Pacientes	Porcentaje
Urgencias	45	83%
UCI	1	2%
Observación	1	2%
Medicina Interna	3	6%
Otro hospital	3	6%
Consultas externas	1	2%
Total	54	100%

Tabla 7. Procedencia del ingreso.

29 pacientes (54%) ingresaron de forma involuntaria frente a 23 (43%) que lo hicieron de manera voluntaria. De un 4% no se obtuvieron datos.

Carácter del ingreso	Pacientes	Porcentaje
Involuntario	29	54%
Voluntario	23	43%
No consta	2	4%
Total	54	100%

Tabla 8. Carácter del ingreso.

Los motivos de ingreso fueron muy variados, como se puede ver en el siguiente gráfico. No obstante hay un claro predominio de ingresos por alteraciones conductuales (24%), seguido de las reagudizaciones o descompensaciones de trastornos psiquiátricos (15%). Un 14% de los ingresos fueron debidos a intentos autolíticos, bien por sobreingesta medicamentosa o bien por otros medios, y un 9% por trastorno de ideas delirantes.

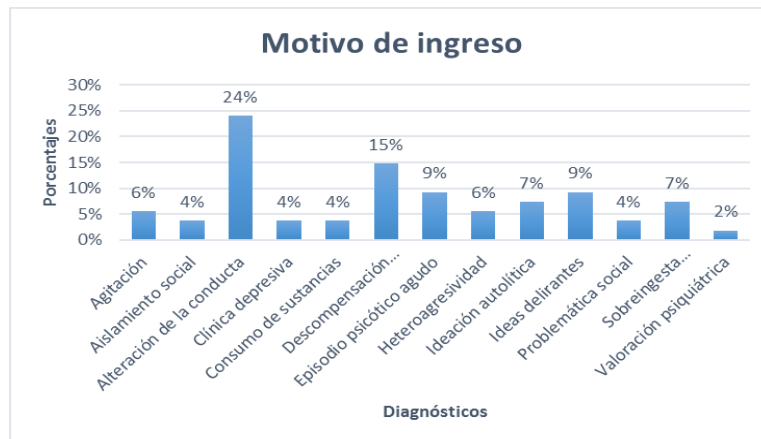


Figura 8. Motivo de ingreso.

➤ Estancia media hospitalaria.

La estancia media hospitalaria de los pacientes fue de 23.2 días. Al agruparlos por intervalos y tal y como podemos ver en el siguiente gráfico, vemos que un 35% requirió hospitalización durante al menos 14 días; el 41% entre 15 y 30 días y un porcentaje menor, el 24%, estuvieron ingresados durante más de un mes en la Unidad de Hospitalización de Adultos.



Figura 9. Estancia hospitalaria.

Con respecto a los pacientes sin techo, la estancia media de los pacientes es de 22.4 días.

➤ Diagnóstico.

A continuación se analizaron los diagnósticos principales de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Agudos. Dichos diagnósticos han sido agrupados tanto en tablas (anexos) como en gráficos y clasificados según la CIE-10 para así facilitar su estudio:

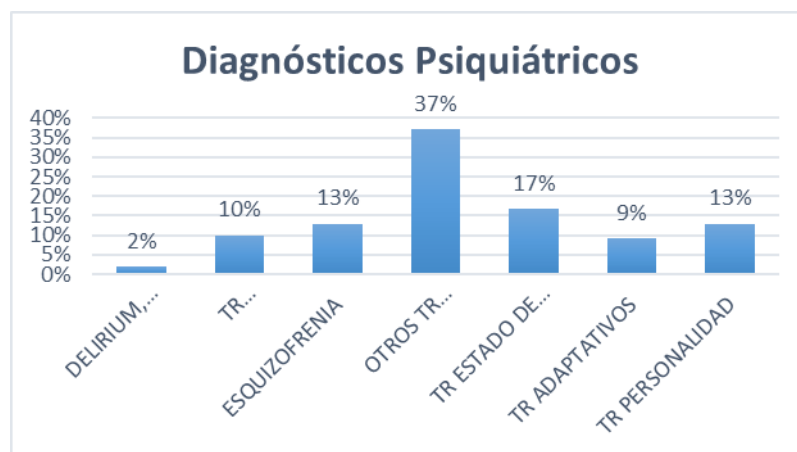


Figura 10. Diagnósticos psiquiátricos.

Como podemos ver, el grupo más prevalente es el de “Otros trastornos psicóticos”, con un porcentaje del 37%.

Los diagnósticos que siguen en importancia son los trastornos del estado de ánimo (17%), y dentro de este grupo, los más prevalentes son los episodios depresivos con síntomas psicóticos y el trastorno bipolar (6%).

Otros diagnósticos algo menos prevalentes son la esquizofrenia (13%), los trastornos de la personalidad (13%) y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (10%).

Dentro del grupo más prevalente (trastornos psicóticos), la mayor parte de los pacientes se engloban en el diagnóstico de trastorno delirante (50% del subgrupo), seguido del trastorno esquizoafectivo con un porcentaje del 20% del subgrupo.

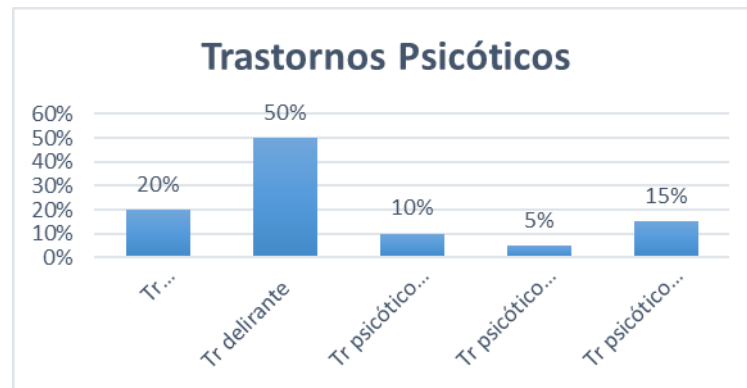


Figura 11. Trastornos psicóticos.

➤ **Trastorno mental grave.**

Según los datos obtenidos, un porcentaje muy elevado del total de pacientes de la muestra, el 83%, padecía un Trastorno Mental Grave, frente a un 17% de individuos que no.

➤ **Diagnósticos médicos.**

Además de la patología psiquiátrica, nos parecía interesante estudiar también cuáles son las enfermedades médicas más prevalentes en este grupo de pacientes. Según los resultados obtenidos, un 31% del total de individuos de la muestra padecía enfermedades endocrinas, siendo éste el grupo mayoritario, seguido de las enfermedades del aparato digestivo (17%); las patologías infecciosas (15%); las enfermedades del aparato circulatorio (13%) o las osteomusculares (13%), entre otras.

Al igual que los diagnósticos psiquiátricos, se han clasificado los diagnósticos médicos en tablas (anexo) y en gráficos para facilitar su análisis.

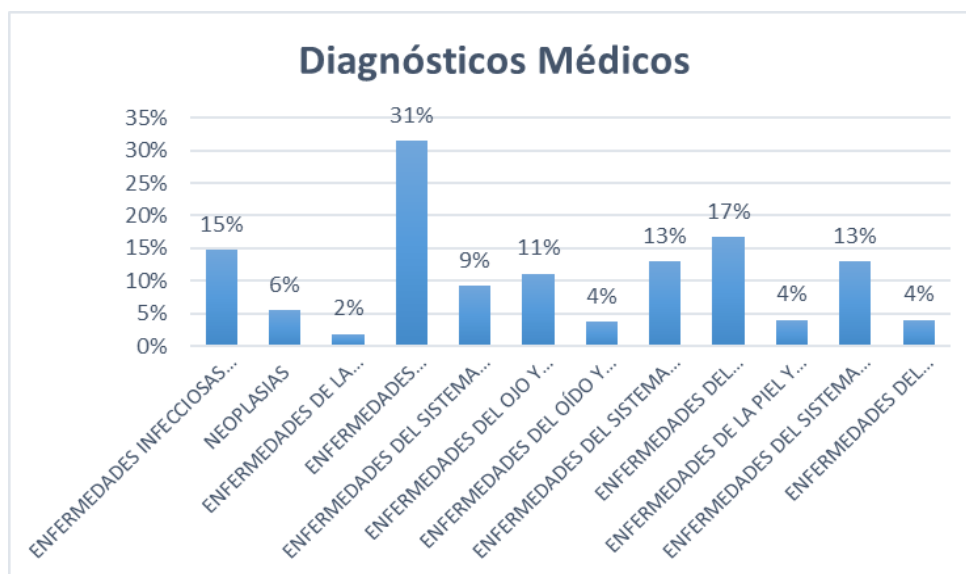


Figura12. Diagnósticos médicos.

Dentro del grupo más numeroso, el de enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales, destacan la hipercolesterolemia (29%), el hipotiroidismo (24%), la obesidad (18%) y la diabetes (12%).

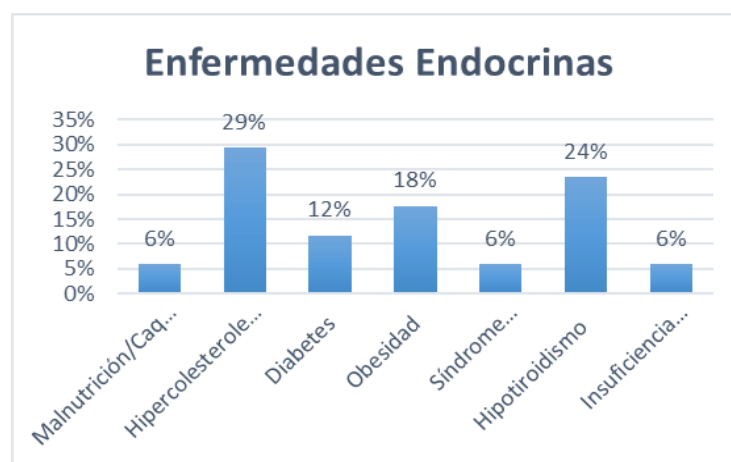


Figura 13. Enfermedades endocrinas.

➤ **Antecedentes de ingresos o vinculación en hospital y/o consultas externas.**

En cuanto a la vinculación de los pacientes, se ha recogido información sobre si habían acudido en alguna ocasión a Consultas Externas de Psiquiatría o si habían estado ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos.

Como podemos ver en las siguientes tablas, más de la mitad de los pacientes (54%) había acudido a Consultas Externas en alguna ocasión frente a un 46% que no. Así mismo, un 41% de los pacientes había ingresado en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, frente a un 59% que no.

Tabla 9. Conocido en Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA).

Conocido en UHA	Pacientes	Porcentaje
Sí	22	41%
No	32	59%
Total	54	100%

Conocido en CCEE	Pacientes	Porcentaje
Sí	29	54%
No	25	46%
Total	54	100%

Tabla 10. Conocido en Consultas Externas (CCEE).

➤ **Ingresos previos.**

En lo referente al número de ingresos previos y dadas las limitaciones encontradas en el proceso de obtención de información sobre muchos de los pacientes, vemos que un 33% de los pacientes había ingresado entre 4 y 10 veces, un 30% entre 1 y 3 veces y un 11% más de 10. Un 13% no había ingresado nunca en el servicio de Psiquiatría, y de otro 13% no se encontró esta información.

Nº de ingresos	Pacientes	Porcentaje
1 a 3	16	30%
4 a 10	18	33%
Más de 10	6	11%
Ninguno	7	13%
No consta	7	13%
Total	54	100%

Tabla 11. Nº de ingresos previos.

➤ Plan al alta.

Puesto que se trata de pacientes en situación de exclusión social, nos parece interesante analizar cuáles son las opciones de derivación al alta.

Por un lado, vemos que ninguno de los pacientes de la muestra solicitó el alta voluntaria. Casi la totalidad (93%) recibieron el alta médica cuando su situación clínica había mejorado; un 6% de los pacientes fueron trasladados a otros hospitales y un 2% recibió alta administrativa.

Alta voluntaria	Pacientes	Porcentaje
Sí	0	0%
No	50	93%
Traslado	3	6%
Alta administrativa	1	2%
Total	54	100%

Tabla 12. Tipos de Alta.

Al analizar los datos vemos que un 13% de los pacientes ingresó en una Unidad de Media Estancia (UME) tras el alta, y también un 13% fue derivado a un Centro de Salud Mental para su seguimiento.

El 11% acudió a Comunidades Terapéuticas (como Proyecto Hombre) y un 7% ingresó en el Centro Nuestra Señora del Carmen.

En cuanto a opciones de vivienda temporal, el 11% de los pacientes fueron a vivir a Residencias; un 9% fue remitido a Servicios Sociales para asegurar una adecuada continuidad asistencial y un 8% de los pacientes acudieron a refugios o albergues.

En los gráficos siguientes se muestran el resto de resultados.

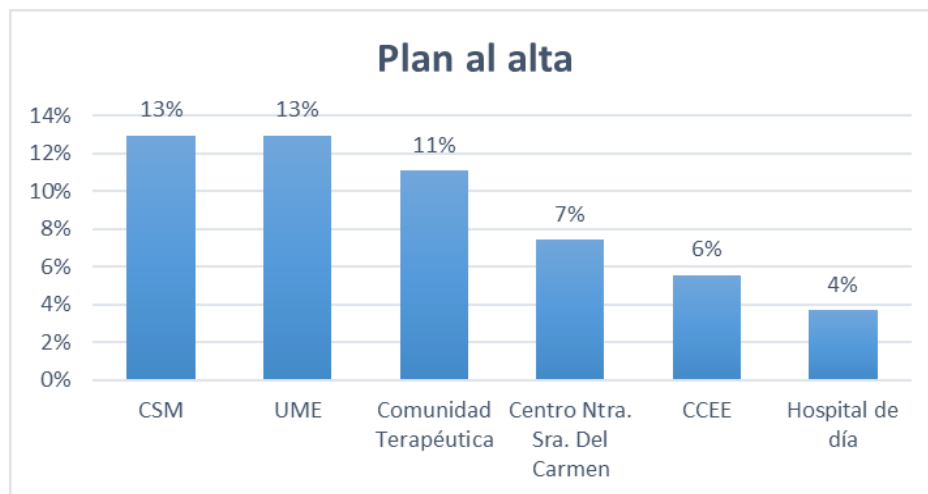


Figura 14. Destino al alta.



Figura 15. Plan al alta.

4. DISCUSIÓN

Tras exponer los resultados obtenidos, procederemos a compararlos con otros estudios similares o relacionados con nuestro trabajo.

Aunque en este estudio se han analizado los pacientes sin techo, con síndrome de diógenes o con grave problemática social de manera conjunta, ciertos datos de los que se comentarán a continuación hacen referencia a alguna de estas tres situaciones de exclusión social en concreto. La muestra de nuestro estudio significa un 3.8% de los ingresos de los últimos tres años en nuestra UHA.

4.1 Variables demográficas.

En primer lugar, analizaremos algunas de las variables socio-demográficas. En este contexto, nuestros resultados generales muestran un gran predominio de hombres (76%) frente al porcentaje de mujeres (24%).

En cuanto a los pacientes sin techo, también parece haber un predominio masculino según la bibliografía consultada (5-8). En nuestro caso y dado que se incluyen otras circunstancias de exclusión social como el síndrome de diógenes o la grave problemática social, los resultados obtenidos muestran que la mayor parte de los hombres de nuestro estudio, un 44%, presentan grave problemática social, siendo algo menor (39%) aunque considerable el porcentaje de hombres sin techo.

Por otra parte, varios trabajos sugieren un predominio de síndrome de diógenes en mujeres con respecto a hombres (2-3). Según nuestros datos y coincidiendo con dichos estudios, un 46% de las mujeres de nuestra muestra padecen síndrome de diógenes, frente a un 31% de mujeres sin techo y un 23% con grave problemática social.

4.2 Pacientes sin techo.

Tras revisar la bibliografía disponible sobre pacientes sin techo, observamos que son varios los artículos que relacionan a este colectivo con una mayor incidencia de enfermedades mentales y de abuso de sustancias (4-7). En este

contexto, nuestros datos generales tanto sobre pacientes sin techo como diógenes o con grave problemática social muestran que más de la mitad de los pacientes, un 54%, consumía tabaco, alcohol o drogas en el momento del ingreso. Además, la mitad de los pacientes tenía antecedentes de consumo de sustancias.

Si lo analizamos por separado, el 65% de los pacientes sin techo de nuestra muestra eran consumidores en el momento de la hospitalización, y más de la mitad (55%) contaba historia de consumo en algún momento de su vida.

Por otro lado, varios estudios hablan de un aumento en la incidencia tanto de patología psiquiátrica como del número de visitas a urgencias entre los pacientes sin techo con respecto al resto de la población (5-6). Por ello, nos parece interesante analizar y comparar si realmente existe un aumento en la estancia media hospitalaria de estos pacientes.

La estancia media hospitalaria en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa es de aproximadamente 13 días. Tras analizar la duración del ingreso de los pacientes de nuestra muestra, observamos que la mayoría ingresaron durante un período de tiempo comprendido entre 15 y 30 días (41% del total), siendo la estancia media de 23.2 días.

En un estudio realizado en el sur de Londres en 2006 con una muestra de 4485 pacientes, se pretendía analizar la asociación entre la estancia media hospitalaria (y su aumento) en relación con los pacientes sin techo, la movilidad residencial (o cambio de residencia) y otros factores, y estimar además en qué grado ésta variación en la duración del ingreso se debía a cada uno de dichos factores (5).

Aunque son pocos los trabajos realizados en los que se estudie esta relación, la mayor parte de los estudios que se mencionan en esta revisión (5) coinciden en que existe una fuerte asociación entre estos factores (sin techo y cambios de residencia) y el incremento de la estancia media hospitalaria.

El citado artículo (5) sugiere además que, con respecto a la estancia hospitalaria en individuos sin hogar, los profesionales de la salud tienden a retrasar el alta médica hasta cerciorarse de que el paciente tendrá, al menos, unas condiciones de vida mejores a las previas al ingreso, ya sea con la ayuda de los servicios sociales o a través de refugios y albergues.

En resumen, parece concluir que existe una fuerte asociación entre los pacientes sin techo y el incremento en la estancia hospitalaria. Así mismo y comparando con nuestros resultados, también en el nuestro estudio parece haber un aumento en la duración del ingreso de los pacientes de nuestra muestra (una media de 23.2 días) con respecto al resto de pacientes sin problemática social grave (alrededor de 16 días).

En lo referente a los sin techo, la media de estancia de los pacientes de nuestra muestra es de 22.4 días, también superior a lo normal para el resto de ingresados en la planta.

En línea con lo anteriormente comentado, y aunque la mayoría de los pacientes de nuestra muestra se encuentran en el rango de edad de entre 30 y 50 años, nos parece interesante comentar algunos datos encontrados en un estudio reciente realizado en Washington (7).

Se trata de un análisis retrospectivo de una cohorte de adolescentes y adultos jóvenes sin techo que tenían entre 15 y 25 años.

Según dicho trabajo, las personas adultas sin techo contaban con un mayor número de visitas a Urgencias y de reingresos después del alta hospitalaria, además de hacer un mayor uso del servicio de ambulancias y de presentar un aumento en la duración del ingreso con respecto a aquellos pacientes que no se encontraban en situación de exclusión social. El 50% de los pacientes del estudio citado habían acudido de nuevo al servicio de urgencias o habían sido reingresados en el primer año desde la primera visita; la mayoría en menos de un mes tras el alta (7).

Según nuestros resultados, un 33% del total de pacientes en exclusión social analizados en el presente trabajo había ingresado entre 4 y 10 veces, muchos de ellos en el primer año; y un 11% lo había hecho en más de 10 ocasiones.

Así, según este estudio (7) y también según nuestros datos, resulta importante determinar cuáles son las causas de estos hechos para entender sus necesidades y elaborar un plan con el objetivo de mejorar la atención sanitaria prestada a este colectivo en particular. El ingreso hospitalario, por su parte, parece brindar una oportunidad de acceso al sistema sanitario para este colectivo tan necesitado; un primer paso para cambiar sus circunstancias de vida.

4.3 Pacientes con Síndrome de Diógenes.

De todos los pacientes de nuestra muestra, un 24% presentaba Síndrome de Diógenes. Tras revisar la bibliografía disponible y tal y como se ha expuesto anteriormente para los pacientes sin techo, a continuación compararemos algunos de los datos que nos han parecido de mayor relevancia.

Según una revisión publicada en el año 2010 sobre el Síndrome de Diógenes y su posible etiología orgánica (3), la primera descripción de esta patología se publicó en el año 1966 a través de una revista británica en la que se definía el síndrome como un estado no muy frecuente de autoabandono descrito sobre todo en ancianos.

Actualmente, su incidencia es de 0,5 por 1000 individuos por año y está descrito sobre todo en personas mayores de 60 años (1-3).

En cuanto al sexo, parece haber una prevalencia mayor en mujeres con respecto a hombres (1)(3), aunque para algunos autores la prevalencia parece ser igual en ambos sexos (2).

Según nuestros datos, del total de hombres de la muestra, 41, el 17% presentaba síndrome de diógenes, frente a un 46% de las mujeres (13 en total). Parece ser que, al menos en nuestra muestra, existe un claro predominio del sexo femenino con respecto al masculino si hablamos de diógenes.

Por otro lado, y en relación con la edad, del total de pacientes diagnosticados de síndrome de diógenes, el 69% eran mayores de 50 años.

Podemos afirmar por tanto que nuestros datos en lo referente a sexo y edad con respecto a los pacientes con síndrome de diógenes se asemejan bastante a los de la bibliografía consultada.

En cuanto a la etiología y los factores desencadenantes del Síndrome de Diógenes, parece ser que más de la mitad de los casos se relacionan con patología psiquiátrica y/u otras comorbilidades como la demencia, y más concretamente con la demencia frontotemporal (1-2). En este sentido, se ha estudiado que la demencia frontotemporal es la variante que más se relaciona con alteraciones tanto en la conducta como de la personalidad y del lenguaje, y su incidencia es también mayor entre los 60 y los 70 años (1).

Por otro lado, en el resto de pacientes con Síndrome de Diógenes no parece existir patología subyacente, aunque sí otros factores precipitantes como pueden ser la soledad, la personalidad premórbida, ciertos factores de acontecimientos de vida como la pérdida de un ser querido o ser viudo/a, siendo estos dos últimos los que cobrarían una mayor importancia (1-3).

En este contexto cabe destacar que el 77% de los pacientes de nuestra muestra con síndrome de diógenes vivían solos; bien por ser solteros/as, viudos/as o divorciados/as. Del resto de pacientes (3 en concreto) no se obtuvieron datos sobre esta variable.

No parece haber relación entre el nivel económico o cultural de los pacientes y el desarrollo del síndrome (1-3). En nuestro caso, un 23% de los pacientes con Síndrome de Diógenes habían cursado estudios superiores (universitarios y/o bachillerato).

En resumen y con lo que respecta al Síndrome de Diógenes, las comorbilidades tanto psiquiátricas como neurológicas parecen estar presentes en muchos casos, pero no son constantes ni necesarias para establecer el diagnóstico (2).

En cuanto al tratamiento de estos pacientes, resulta complicado establecer un plan asistencial dada la poca información y la prácticamente ausencia de guías clínicas o protocolos referentes al manejo multidisciplinar de estos pacientes.

4.4 Limitaciones del estudio.

Han sido varias las limitaciones encontradas durante la realización de este trabajo. Con respecto a la recogida de datos y puesto que se trata de pacientes en exclusión social y en muchas ocasiones no disponían de un adecuado apoyo socio-familiar, hemos encontrado problemas para recoger información sobre algunas de las variables como el lugar de residencia actual, antecedentes tanto médicos como psiquiátricos o el número de ingresos previos.

Por otro lado, son pocos los trabajos o artículos publicados en los que se estudie la relación entre la patología psiquiátrica y las personas con problemática social. Vemos aquí una clara necesidad de elaborar otros estudios que analicen y comparen tanto las características sociales y epidemiológicas de estos pacientes como sus necesidades y requerimientos, para así poder elaborar guías o protocolos clínicos sobre el manejo de este colectivo no sólo en el período de hospitalización, sino también en lo referente al plan al alta. En este sentido la asistencia a personas con grave problemática social comórbida con patología psiquiátrica (y médica) es un claro ejemplo de la necesidad de contar con un equipo multidisciplinar en la UHA, en donde es muy importante la labor del Trabajador Social (a tiempo completo), al igual que otros profesionales ausentes en nuestra plantilla. La asistencia no se circunscribe a la hospitalización, sino a la atención ambulatoria y coordinación con los recursos sociosanitarios además de los propios de Salud Mental.

Las dificultades para garantizar una continuidad asistencial en los pacientes ingresados con grave problemática social ponen el acento a la necesidad de mejorar los sistemas de comunicación y de efectividad en dispositivos asistenciales ambulatorios (25). En ellos se resalta la necesidad de programas

específicos de intervención dirigidos a una población que tiene graves dificultades no solo para la vinculación, sino para la provisión de necesidades básicas en sus condiciones de vida. La apuesta por este tipo de programas y, en general, por la potenciación de recursos comunitarios puede marcar la diferencia asistencial de los próximos 20 años.

5. CONCLUSIONES.

1. En los últimos tres años hay un 3.8% de los pacientes ingresados en UHA de Psiquiatría con una grave problemática social, que les sitúa en situación de exclusión social (o alto riesgo de la misma).
2. Existe un predominio del sexo masculino con respecto al femenino en los pacientes en situación de exclusión social en general, y en los sin techo en particular.
3. Hay una importante relación entre los pacientes sin techo y el aumento en la estancia media hospitalaria. Esta relación existe también en lo referente al número de reingresos.
4. En el caso del síndrome de diógenes, el número de mujeres es significativamente superior al de hombres. En relación con la edad, el síndrome parece diagnosticarse sobre todo en mujeres mayores de 60 años.
5. Más de la mitad de los pacientes con Síndrome de Diógenes padecen, además, alguna patología psiquiátrica o neurológica.
6. El nivel sociocultural y la situación económica no parecen tener relación alguna con el síndrome de diógenes.
7. El perfil clínico-asistencial de los pacientes con grave problemática social indica la necesidad de:
 - 7.1. Contar con equipos multidisciplinares (en este caso con Trabajo Social a tiempo completo y psicólogos) en la UHA de nuestro Hospital.
 - 7.2. Necesidad de potenciar la Psiquiatría Comunitaria en general y de forma más específica a través de programas de intervención dirigidos a la población en exclusión social en virtud de su patología mental. La coordinación con recursos sociosanitarios es siempre fundamental y crucial en estos casos.

Bibliografía:

1. Rodríguez B, Zurdo JM, Hernández-Pérez JM, Cueli B, García- Fernández C, Castellanos F. Síndrome de Diógenes: ¿cuadro psiquiátrico o demencial? *Alzheimer Real e Investig en Demenc*. 2011;0(48):13–7.
2. Cipriani G, Lucetti C, Vedovello M, Nuti A. Diogenes syndrome in patients suffering from dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(4):455–60.
3. Buenos V, Benchimol J, Benchimol JA. [Diogenes â€™™ syndrome : organic new disease or generated by the modern society ?] *Síndrome de Diógenes . ¿ Nueva enfermedad de causa orgánica o generada por la sociedad moderna ?* 2017;(July 2010).
4. Garay M, Notario E, Duque JM, Olaskoaga A, Uriarte JJ. Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. *Zerbitzuan* [Internet]. 2012;179–90. Available from: http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Evolucion_del_Programa_de_Asistencia_Psiquiatrica.pdf
5. Tulloch AD, Khondoker MR, Fearon P, David AS. Associations of homelessness and residential mobility with length of stay after acute psychiatric admission. *BMC Psychiatry*. 2012;12:121.
6. Lettner BH, Doan RJ, Miettinen AW. Housing outcomes and predictors of success: The role of hospitalization in street outreach. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(2):98–107.
7. Losses D, Larger L. Predictors of Emergency Department and Inpatient Readmissions among Homeless Adolescents and Young Adults. *HHS Public Access*. 2016;16(3):338–48.
8. Souza MIV. El programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar. *Estud Psicol*. 2011;16(3):353–62.
9. Fontenelle LF. Diogenes syndrome in a patient with obsessive-compulsive disorder without hoarding. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(3):288–90.
10. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(2):217–28.
11. Zuliani G, Soavi C, Dainese A, Milani P, Gatti M. Diogenes syndrome or isolated syllogomania? Four heterogeneous clinical cases. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25(4):473–8.
12. Montgomery AE, Szymkowiak D, Marcus J, Howard P, Culhane DP. Homelessness, Unsheltered Status, and Risk Factors for Mortality: Findings From the 100 000 Homes Campaign. *Public Health Rep* [Internet]. 2016;131(6):765–72. Available from: <http://phr.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/0033354916667501>
13. Fond G, Jollant F, Abbar M. The need to consider mood disorders, and especially chronic mania, in cases of Diogenes syndrome (squalor syndrome). *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2011;23(3):505–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20836916>
14. Hå Kanson C, Hlé N J. Illness narratives of people who are homeless. 2017;2631(February).
15. Cao X-L, Fu Y-N, Jia F-J, Chiu HFK, Ungvari GS, Ng CH, et al. Comparison of quality of life in homeless and non-homeless Chinese patients with psychiatric disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017;249(December 2016):115–9. Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178116305662>

16. Abuse D, Frazier SH, Bldg P. Responding to the Needs of the Homeless Mentally Ill. 1985;(2).
17. Bonci G, Varghese E, Mahgoub N. A case of diogenes syndrome: Clinical and ethical challenges. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(9):1780–1.
18. Richter D, Hoffmann H. Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res* [Internet]. 2017;0(0):0. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10488-017-0791-4>
19. García FC, Salvatella IR, Claramonte OP, Acogida C De. VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA INVOLUNTARIA E INGRESO NO PROGRAMADO DE USUARIOS SIN-HOGAR : ESTUDIO DE. 2015;
20. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther.* 1996;34(4):341–50.
21. Biswas P, Ganguly A, Bala S, Nag F, Choudhary N, Sen S. Diogenes syndrome: a case report. *Case Rep Dermatol Med* [Internet]. 2013;2013:595192. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3572640&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
22. Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Procyshyn R, Somers JM. Housing First Improves Adherence to Antipsychotic Medication Among Formerly Homeless Adults With Schizophrenia: Results of a Randomized Controlled Trial. *Schizophr Bull.* 2016;1–10.
23. Campos R. Proyecto de Gestión Clínica. Unidad de Hospitalización de Adultos. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa.” 2015.
24. Aparicio V, Angosto T. El componente de salud mental en el Hospital General. Asociación española de Neuropsiquiatría. Madrid; 2015.
25. Vázquez J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero J. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos en pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012;40(6):333–45.
26. Hardcastle, Kennard D, Grandison S, Fagin L. Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria: relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales. Herder. Barcelona; 2009.