

# Características clínicas del ingreso por enfermedad mental en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Comarcal. Estudio descriptivo 2008-2018

*Clinical characteristics of admission for mental illness in a Regional Psychiatric Hospitalization Unit. Descriptive study 2008-2018*

José Francisco Olcina-Rodríguez<sup>1</sup>, Julián Díaz-Fernández<sup>2</sup>, María Teresa Server-Costa<sup>3</sup>, Eduardo López-Briz<sup>4</sup>, Gloria Miranda-Almonte<sup>5</sup>, Teresa Escalera-Sanz<sup>1</sup>, Andreu Franco-Bonet<sup>5</sup>, Laura Olcina-Dominguez<sup>7</sup>, Fernando Gómez-Pajares<sup>6</sup>

## Resumen

**Objetivo:** Describir los ingresos de pacientes diagnosticados de enfermedad mental grave y trastorno de ansiedad en un hospital comarcal; explorar los factores relacionados con la derivación del paciente al ingreso y con estancia prolongada. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal de los episodios de ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica comarcal en un periodo de 11 años con los códigos diagnósticos CIE-10 F20-29, F30-39, F60-69 y F40-48. Se extrajeron los datos a través de la Unidad de Admisión y la información de la historia clínica electrónica. Para el tratamiento estadístico se usaron pruebas descriptivas o inferenciales con nivel de confianza del 95%. **Resultados:** Se incluyeron 961 pacientes (2.324 altas totales), con edad de  $40,8 \pm 14,0$  años. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: síntomas positivos (agitación, delirios y alucinaciones), seguidos de ideación e intento de suicidio. El principal agente remitidor de los pacientes fue la propia familia. Aproximadamente 1/5 de casos fue derivado por el propio sistema sanitario, y 1/4 de los ingresados se había autoexcluido de la supervisión especializada durante más de un año. **Conclusiones:** Los problemas causantes del ingreso y su procedencia, así como su falta de seguimiento, pueden considerarse como una oportunidad clara de mejora en el seguimiento del paciente con enfermedad mental grave. Una orientación hacia la proactividad, actuando antes de la descompensación, contribuiría a mejorar la asistencia y calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental grave y su entorno.

**Palabras clave:** Trastornos psicóticos - Trastornos mentales - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica - Trastorno de ansiedad - Trastorno esquizofrénico - Trastorno esquizoafectivo.

## Abstract

**Objective:** To describe the admissions of patients diagnosed with severe mental illness (SMI) and anxiety disorder in a regional hospital; to explore factors related to the patient's referrer upon admission and prolonged stay. **Materials and methods:** Cross-sectional study of episodes of admission to the regional Psychiatric Hospitalization Unit over a

---

RECIBIDO 18/4/2022 - ACEPTADO 23/5/2022

<sup>1</sup>Unidad de Conductas Adictivas. Departamento de Salud de Gandía, España.

<sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Francesc de Borja. Gandía, España.

<sup>3</sup>Servicio de Admisión y Documentación Médica. Hospital Francesc de Borja. Gandía, España.

<sup>4</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, España.

<sup>5</sup>Unidad de Salud Mental. Hospital Francesc de Borja. Gandía, España.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital General de Requena. Requena, España.

<sup>7</sup>Clínica Serendis. Salud Mental. Gandía, España.

## Autor de referencia:

Eduardo López Briz

[lopez\\_edubri@gva.es](mailto:lopez_edubri@gva.es)

Lugar de realización del estudio: Hospital Comarcal Francesc de Borja de Gandía, Departamento de Salud de Gandía, Valencia, España.

period of 11 years with ICD-10 diagnostic codes F20-29, F30-39, F60-69 and F40-48. The data was extracted through the Admissions Unit and the information from the electronic medical record. For the statistical treatment, descriptive or inferential tests were used with a confidence level of 95%. Results: 961 patients were included (2,324 total discharges), aged  $40.8 \pm 14.0$  years. The most frequent reasons for admission were: positive symptoms (agitation, delusions and hallucinations), followed by suicidal ideation and attempt. The main remitting agent of the patients was the family itself. Approximately 1/5 of the cases were referred by the health system itself, and 1/4 of those admitted had self-excluded themselves from specialized supervision for more than a year. Conclusions: The problems that caused the admission and its origin, as well as its lack of follow-up, can be considered as a clear opportunity for improvement in the follow-up of patients with severe mental illness. An orientation towards proactivity, acting before the decompensation, would contribute to improving the care and quality of life of patients with severe mental illness and their environment.

**Keywords:** Psychotic disorder - Mental disorder - Psychiatry inpatients unit - Anxiety disorder - Schizophrenic disorder - Schizoaffective disorder.

## Introducción

El Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense (National Institute of Mental Health, 1987) postuló la definición más aceptada sobre la Enfermedad Mental Grave (EMG), que incluye un diagnóstico de trastorno psicótico (excluyendo las de origen orgánico) y algunos trastornos de personalidad; una duración de la enfermedad y su tratamiento superior a dos años; y la presencia de discapacidad por deterioro laboral, social y familiar de moderado a grave. De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2005; World Health Organization, 2003), actualmente se calcula que la prevalencia de esquizofrenia se sitúa alrededor de los 25 millones de personas y, por otra parte, cada año, entre 10 y 20 millones intentan suicidarse. Por otra parte, según Saraceno (Saraceno, 2004), una de cuatro familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental.

Los servicios de salud mental dan cobertura asistencial a estas patologías, algunas de las cuales requieren ingreso en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) cuando se descompensan. Entre ellas destacan las EMG y los trastornos de ansiedad (TA) (Barchielli et al., 2016; Madala-Witbooi et al., 2019; Biancosino et al., 2009; Van Rensburg, 2007; Ramos López & Díaz Palarea, 2005). Además, los intentos de suicidio y los cuadros de agitación pueden precisar de la intervención de las fuerzas de orden público (FOP) y de los servicios sanitarios de emergencia (SAMU), necesitando ocasionalmente de ingreso involuntario (Van der Post et al., 2009; Ng & Kelly, 2012; Myklebust et al., 2012; Thomas et al., 2015).

Los servicios de atención primaria juegan un papel

primordial, por ser con frecuencia el primer contacto del paciente (Pardo Guerra et al., 2015), tal como se describe en el Plan de prevención de suicidio de la Comunidad Valenciana (Sotoca Covaleda, 2017) y en el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana de 2001 (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2001), donde se describen los servicios que forman el eje vertebrador de esta red asistencial sociosanitaria; a saber: los servicios ambulatorios de Salud Mental (USM), las UHP en Hospitales Generales, los Hospitales de Día, los servicios de salud mental ambulatoria para la infancia y la adolescencia, las Unidades de Media Estancia, los programas de hospitalización y asistencia domiciliaria, los Centros de Rehabilitación y Reinserción para enfermos mentales, los Centros de Día y los recursos residenciales específicos para enfermos mentales crónicos. Cabe destacar que el Departamento de Salud de Gandía dispone de todos esos recursos, así como, según se expresa en la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020, la colaboración de las Unidades de Conductas Adictivas (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Al tratarse de enfermedades crónicas, parece lógico abordarlas intentando reducir la aparición de eventos indeseables como las descompensaciones y las hospitalizaciones, pues habitualmente acarrear un impacto negativo sobre el individuo, su familia y la sociedad. En este sentido, la ausencia de datos que permitan conocer cómo el sistema sanitario gestiona la inestabilidad clínica de estos pacientes, no ayuda en la planificación de su asistencia ni permite ser proactivos a la hora de minimizar el impacto de estas patologías. Por este motivo, los objetivos del presente

estudio fueron describir los ingresos de los pacientes diagnosticados de EMG y TA en el Departamento de Salud de Gandía y explorar los factores relacionados con la derivación desde el propio sistema sanitario y con una estancia prolongada.

## Materiales y métodos

Se diseñó un estudio de corte transversal que incluyó todos los episodios de ingreso por EMG y TA en el Hospital Comarcal Francesc de Borja de Gandía, entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2018. El ámbito del estudio fue el Departamento de Salud de Gandía, que tiene una población de referencia de unos 180.000 habitantes.

El estudio fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Francesc de Borja de Gandía, así como por el Comité Ético de Investigación con medicamentos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. No se recogió ningún dato personal que permitiera la identificación de ningún sujeto participante.

Se solicitó a la Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Hospital Francesc de Borja la extracción, a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos, de los ingresos hospitalarios en la Unidad de Agudos de la sala de Hospitalización Psiquiátrica en el periodo mencionado. Los códigos diagnósticos CIE-10 con consideración de EMG fueron F20-29 Trastornos Psicóticos, F30-39 Trastornos Afectivos, F60-69 Trastornos de la Personalidad, y fueron añadidos los códigos F40-48 correspondientes a los Trastornos de Ansiedad. Cuando el diagnóstico estuvo codificado según la CIE-9MC fueron recodificados según el mapeado disponible en el portal del Ministerio de Sanidad ([https://eciempms.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index\\_9\\_mc.html](https://eciempms.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html)). De dicha base de datos inicial, fueron seleccionados los primeros episodios de ingreso. Por otra parte, fueron eliminados los pacientes sin diagnóstico al alta de EMG o TA (episodios no relacionados con su patología mental), aquellos que no incluían los datos clínicos necesarios en el informe de alta, y los trasladados desde otros hospitales, por carecer de toda la información del proceso de atención en urgencias.

A partir de dicho listado se accedió a la historia clínica electrónica con el objeto de obtener la siguiente información: edad al ingreso (años), sexo (hombre, mujer), primera atención en el sistema de salud mental (sí, no), modalidad de atención hasta el ingreso (sanidad pública o privada), tiempo transcurrido desde el último contacto en Consultas Externas de la USM

hasta el ingreso (debut, menos de 12 meses y más de 12 meses), número de atenciones en servicio de urgencias hospitalarias durante el mes previo al ingreso, agente remitente del paciente (petición propia, familia, atención primaria, consultas externas, SAMU y fuerzas de orden público, orden judicial y recursos específicos de atención a enfermos mentales crónicos), fecha de ingreso, fecha de alta, estancia hospitalaria (días), estancia mayor de dos semanas (sí, no), circunstancia de alta (domicilio, consultas externas, alta voluntaria, exitus, fuga, unidad de hospitalización domiciliaria, residencia o centro sociosanitario, unidad de agudos, unidad de media estancia y otros), código diagnóstico CIE10 y la sintomatología aguda al ingreso (agitación y/o expansividad de difícil contención, alucinaciones, ansiedad, delirios, desorganización conductual, inhibición psicomotriz, ideación suicida, intento de suicidio, gestos autolesivos y conciencia de descompensación). A partir del agente remitente se construyó la variable que indicó si la procedencia era del sistema sanitario (atención primaria, consultas externas y recursos específicos de atención mental) o no.

En lo concerniente al análisis, se llevó a cabo una primera fase descriptiva, en la que las variables cuantitativas se resumieron mediante la media, mediana y desvío estándar (DE), y las cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. En la fase analítica bivalente, tanto para el estudio de factores relacionados con la derivación desde el sistema sanitario como para los relacionados con una estancia prolongada, se utilizó la prueba de la T de Student (previa comprobación del supuesto de normalidad) cuando la variable independiente fue cuantitativa y la prueba de la Chi cuadrado de Pearson en caso contrario. En el caso de la estancia prolongada como variable dependiente, se ajustó un modelo multivalente de regresión logística no condicional con las variables significativas en el análisis bivalente. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Para la creación de la base de datos y su posterior análisis se utilizó el software estadístico PASW versión 18 (IBM; Armonk, NY).

## Resultados

Durante el período del estudio se incluyeron 961 pacientes. La *Figura 1* muestra el flujograma de la inclusión de los pacientes que ingresaron en la UHP durante el período de estudio definido (*ver Figura 1*).

En lo referente al análisis descriptivo de la muestra, hubo aproximadamente la misma proporción de hombres y mujeres. La edad media fue de 40,8 años

**Figura 1.** Obtención de la muestra definitiva de análisis



EMG: Enfermedad mental grave. TA: Trastorno de Ansiedad.

(DE 14,0; Mediana 40). Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos psicóticos seguidos de los afectivos. La estancia media fue de 11,4 días (DE 13,5; Mediana 7). El resumen del resto de parámetros se muestra en la *Tabla 1*.

En lo relativo a si la derivación fue realizada desde el propio sistema sanitario, se observaron diferencias en la edad del paciente (diferencia de medias -3,2 años; IC95% de -5,6 a -0,7), el diagnóstico, si se trataba del primer contacto, el tiempo transcurrido desde la última visita realizada a la USM y el motivo de ingreso. Los resultados de este análisis se muestran en la *Tabla 2*.

Con respecto a los factores relacionados con una estancia mayor de dos semanas, se encontró una relación significativa de ésta con el año del alta (*ver Figura 2*), el diagnóstico, el motivo de ingreso y el destino tras el alta. En el análisis multivariante se ratificaron todas estas variables excepto el destino al alta (*ver Tabla 3*).

## Discusión

El perfil del paciente ingresado en la UHP durante el periodo de estudio fue una persona entre la cuarta y la quinta década de su vida, sin predominancia de ninguno de los dos sexos, con diagnóstico de trastor-

**Tabla 1.** Descriptivos generales de la muestra (N= 961 sujetos)

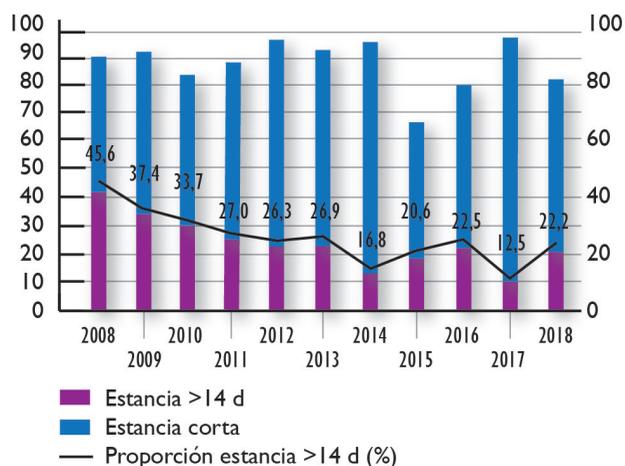
Variable	Categoría	N (%)
Sexo	Mujeres	471 (49,0)
Diagnóstico	Trastornos psicóticos	390 (40,6)
	Trastornos afectivos	334 (34,8)
	Trastornos personalidad	118 (12,3)
	Trastornos Ansiedad	119 (12,4)
Primer contacto con la red pública	No	618 (64,3)
	Sí	316 (32,9)
	Sanidad privada	27 (2,8)
Urgencias mes previo (número)	0	703 (73,2)
	1	201 (20,9)
	2	38 (4,0)
	3	19 (2,0)
Última visita a USM	Debut	316 (32,9)
	Menos de 1 año	407 (42,4)
	Más de 1 año	238 (24,8)
Remisor	Familia	422 (43,9)
	FOP-SAMU	218 (22,7)
	C. Externas USM	117 (12,2)
	Petición propia	95 (9,9)
	Atención Primaria	51 (5,3)
	CEEM	37 (3,9)
	Judicial	21 (2,2)
Motivo de ingreso	Agitación	311 (32,4)
	Ideación suicida	184 (19,1)
	Intento suicidio	167 (17,4)
	Delirio-alucinaciones	215 (22,4)
	Otros	84 (8,7)
Estancia mayor de 14 días	No	706 (73,5)
	Sí	255 (26,5)
Destino al alta	Domicilio-CE	879 (91,5)
	Alta voluntaria	35 (3,6)
	Hospital Agudos	30 (3,1)
	CEEM	7 (0,7)
	Fuga	4 (0,4)
	Otros	3 (0,3)
	UHD	2 (0,2)
	Exitus	1 (0,1)

FOP: Fuerzas de Orden Público; SAMU: Servicio de Asistencia Médica Urgente; C. Consultas; USM: Unidad de Salud Mental; CEEM: Centro Específico de Enfermos Mentales; CE: Consultas Externas; UHD: Unidad Hospitalización Domiciliaria.

**Tabla 2.** Resultados del análisis bivariante de los factores relacionados con la derivación desde el sistema sanitario

Variable	Categoría	Derivación por sistema sanitario - N (%)		Significación bivariante (p)
		No	Sí	
Sexo	Hombres	408 (50,4)	82 (53,9)	0,426p
Diagnósticos	T. Psicóticos	315 (38,9)	75 (49,3)	<0,050P
	T. Afectivos	283 (35,0)	51 (33,6)	
	T. Personalidad	104 (12,9)	14 (9,2)	
	T. Ansiedad	107 (13,2)	12 (7,9)	
Primer contacto con red pública	No	489 (60,4)	129 (84,9)	<0,001P
	Sí	293 (36,2)	23 (15,1)	
	Sanidad privada	27 (3,3)	0 (0,0)	
Urgencias mes previo (número)	0	582 (71,9)	121 (79,6)	0,251P
	1	177 (21,9)	24 (15,8)	
	2	34 (4,2)	4 (2,6)	
	3	16 (2,0)	3 (2,0)	
Última visita a USM	Debut	293 (36,2)	23 (15,1)	<0,001P
	Menos de 1 año	326 (40,3)	81 (53,3)	
	Más de 1 año	190 (23,5)	48 (31,6)	
Motivo de ingreso	Agitación	268 (33,1)	43 (28,3)	<0,001P
	Ideación suicida	156 (19,3)	28 (18,4)	
	Intento suicidio	154 (19,0)	13 (8,6)	
	Delirio-alucinaciones	172 (21,3)	43 (28,3)	
	Otros	59 (7,3)	25 (16,4)	
Edad (años)*		40,3 (14,0)	43,5 (13,8)	0,011T
Total		809 (100,0)	152 (100,0)	

P: Test de la Chi Cuadrado de Pearson. T: Test de la T de Student.

**Figura 2.** Evolución anual de la proporción de episodios con estancia prolongada

no psicótico o afectivo (entre los dos suponen el 75% de los ingresos), que no visitó el servicio de urgencias durante el mes anterior al ingreso y que, generalmente, no se trató del primer contacto con el servicio de salud mental público. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron los síntomas positivos (agitación, delirios y alucinaciones), seguido de la ideación e intento de suicidio. El principal agente remitidor de los pacientes al servicio de urgencias, previo al ingreso, fue la propia familia, seguida de las FOP y el SAMU. Aproximadamente uno de cada cinco casos fue remitido por el propio sistema sanitario. Las consecuencias del ingreso sobre el paciente son fácilmente deducibles. Además, estas afecciones impactan sobre la familia, quien comparte las repercusiones de estas patologías que provocan una importante carga psicológica. Adicionalmente hay que tener en cuenta la repercusión

**Tabla 3.** Factores relacionados con una estancia prolongada

Variable	Categoría	Más de 14 días de estancia N (%)		Significación bivariante (p)	OR multivariante (IC 95%)
		No	Sí		
Sexo	Hombres	351 (71,6)	139 (28,4)	0,189 <sup>P</sup>	
	Mujeres	355 (75,4)	116 (24,6)		
Diagnósticos	T. Psicóticos	251 (64,4)	139 (35,6)	<0,001 <sup>P</sup>	1,00 (Referencia)
	T. Afectivos	240 (71,9)	94 (28,1)		1,08 (0,75; 1,57)
	T. Personalidad	105 (89,0)	13 (11,0)		0,34 (0,18; 0,64)
	T. Ansiedad	110 (92,4)	9 (7,6)		0,28 (0,13; 0,60)
Primer contacto con red pública	No	450 (72,8)	168 (27,2)	0,298 <sup>P</sup>	
	Sí	239 (75,6)	77 (24,4)		
	Sanidad privada	17 (63,0)	10 (37,0)		
Urgencias mes previo (número)	0	518 (73,7)	185 (26,3)	0,986 <sup>P</sup>	
	1	147 (73,1)	54 (26,9)		
	2	27 (71,1)	11 (28,9)		
	3	14 (73,7)	5 (26,3)		
Última visita a USM	Debut	239 (75,6)	77 (24,4)	0,404 <sup>P</sup>	
	Menos de 1 mes	121 (67,2)	59 (32,8)		
	2-3 meses	112 (74,2)	39 (25,8)		
	4-6 meses	37 (77,1)	11 (22,9)		
	7-12 meses	22 (78,6)	6 (21,4)		
	Más de 1 año	175 (73,5)	63 (26,5)		
Remisor	Familia	313 (74,2)	109 (25,8)	0,112 <sup>P</sup>	
	FOP-SAMU	153 (70,2)	65 (29,8)		
	C. Externas USM	79 (67,5)	38 (32,5)		
	Petición propia	81 (85,3)	14 (14,7)		
	A. Primaria	37 (72,5)	14 (27,5)		
	CEEM	27 (73,0)	10 (27,0)		
	Judicial	16 (76,2)	5 (23,8)		
Motivo de ingreso	Agitación	211 (67,8)	100 (32,2)	<0,001 <sup>P</sup>	1,00 (Referencia)
	Ideación suicida	164 (89,1)	20 (10,9)		0,26 (0,15; 0,46)
	Intento suicidio	147 (88,0)	20 (12,0)		0,38 (0,21; 0,67)
	Delirio-alucinaciones	132 (61,4)	83 (38,6)		1,32 (0,89; 1,96)
	Otros	52 (61,9)	32 (38,1)		1,29(0,75; 2,20)
Destino al alta	Domicilio-CE	633 (71,9)	248 (28,1)	<0,001 <sup>P</sup>	
	Alta voluntaria	35 (100,0)	0 (0,0)		
	Hospital Agudos	25 (83,3)	5 (16,7)		
	Otros	13 (86,7)	2 (13,3)		
Edad (años)*		40,4 (13,8)	42,0 (14,3)	0,112 <sup>T</sup>	1,01(1,00; 1,02)
Total		706 (100,0)	255 (100,0)		

\*Media (desvío estándar); P: Test de la Chi cuadrado de Pearson; T: Test de la T de Student. OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confianza.

social que representan la agitación, la agresividad, la expansividad, el intento de suicidio y la conducta desorganizada, al extremo de que uno de cada cuatro pacientes es traído al hospital por las FOP, acompañadas de los SAMU o por orden judicial.

El hecho de que la mayoría de los pacientes no sean remitidos desde el sistema sanitario plantea una reflexión interesante. Si bien es comprensible que ante un primer episodio el paciente sea llevado a urgencias por la familia, las FOP o el SAMU, no parece indicativo de una atención continuada de calidad que solo una minoría de los casos ya integrados en la red de salud mental fueran derivados por el propio sistema.

Se eligió la duración del ingreso como reflejo de la gravedad del cuadro que lo originó, asumiendo que una mayor gravedad implicaba una estancia más prolongada. Se observó, tal como se representa en la Figura 2, que conforme evolucionó la serie disminuyó la estancia media, hecho seguramente relacionado con una mayor presión asistencial y con las mejoras organizativas que el Servicio de Psiquiatría experimentó a lo largo del periodo de estudio. Estas mejoras fueron fundamentalmente la consolidación del Hospital de Día, de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, el Programa de Primeros Episodios Psicóticos y de las intervenciones de trabajo social.

Tal como se representa en la *Tabla 3*, la ideación suicida y el intento de suicidio como motivo de ingreso se asociaron con una menor probabilidad de estancia superior a dos semanas. Esta paradoja entre la gravedad del síntoma y su rápida resolución sugirió que, seguramente, los casos más graves o son infrecuentes o no llegaron al hospital. En este sentido, sólo uno de cada veinte intentos de suicidio que fueron dados de alta en Psiquiatría, había ingresado previamente en UCI o Medicina interna. Desconocemos la magnitud de intentos de suicidio consumados que no llegaron a la sala de psiquiatría. En cualquier caso, dada la favorable relación riesgo beneficio para el enfermo, parece coherente tener unos criterios de ingreso laxos ante la ideación o el intento suicida. Asimismo, el diagnóstico de TP o TA se relacionó con una menor probabilidad de sufrir una estancia larga, haciendo sospechar una menor complejidad de su manejo clínico hospitalario. Por último, cabe reflejar que la solicitud de atención en urgencias durante el mes previo al ingreso, comparado con los que acuden por primera vez, no repercutió en la duración de este.

Otro aspecto relevante fue poder cuantificar las pérdidas de seguimiento de las personas con EMG,

pues uno de cada cuatro de los ingresados se había autoexcluido de la supervisión especializada durante más de un año. La experiencia induce a pensar que esta falta de seguimiento lleve aparejadas conductas, como un incumplimiento del tratamiento, que faciliten desenlaces no favorables como el ingreso hospitalario. En el contexto de una patología crónica, además de un correcto diagnóstico y tratamiento, cobra especial importancia un adecuado seguimiento, que podría minimizar sus consecuencias sobre el propio paciente, su entorno familiar y el tejido social. Por tanto, una orientación hacia la proactividad, tanto en los equipos de salud mental como en los de atención primaria, que implicaría actuar antes de que se produzca una descompensación en lugar de sólo reaccionar, mejoraría sin duda la asistencia de este tipo de pacientes.

Se han encontrado escasos antecedentes en la literatura acerca de la psiquiatría proactiva. Éstos se encuentran limitados a dos ámbitos de actuación. El primero sería la consulta de enlace, que logra reducir las estancias en pacientes hospitalizados por otra patología médica (Oldham MA et al., 2019). El segundo antecedente lo constituiría la Unidad de Decisiones Psiquiátricas. Se trataría de una consulta alternativa a la de urgencias hospitalarias para intervención en crisis psiquiátricas a petición del propio paciente. Ésta logra una reducción en la frecuencia de presentaciones en urgencias e ingresos psiquiátricos (Trethewey et al., 2019).

En general el diseño de la investigación que se ha mostrado está poco expuesta a sesgos, sobre todo por la preeminencia de su aspecto descriptivo, su extensión temporal y el escaso número de exclusiones. Precisamente, éstas últimas serían posibles fuentes de error al limitar la capacidad de extrapolar los resultados. Debido al diseño del proyecto inicial la base del estudio la constituyen los pacientes con EMG que han sufrido un ingreso hospitalario. La exclusión además de episodios recurrentes hace imposible la evaluación de ciertas hipótesis de interés, como por ejemplo si los pacientes que no son seguidos adecuadamente requieren un mayor número de ingresos.

Si todo lo apuntado sobre el seguimiento de los pacientes con EMG se considera de interés, sería importante dirigir futuros esfuerzos en investigación sobre este aspecto y sobre herramientas para la prevención de eventos no deseables en personas con EMG. Al igual que realizar estudios en personas con EMG que no han requerido ingreso cuyo seguimiento cercano en las unidades ambulatorias, ha evitado las descompensaciones graves que suponen la necesidad acudir a los servicios de urgencias.

## Conclusiones

Los motivos que con más frecuencia propiciaron el ingreso fueron los síntomas positivos y la ideación e intento de suicidio. Solo una quinta parte de ellos procedía del propio sistema sanitario, lo que, añadido a la proporción de pacientes sin seguimiento en el año previo, puede considerarse como una oportunidad clara de mejora en el seguimiento del paciente con EMG. La ideación y el intento de suicidio se asociaron con una menor probabilidad de estancia larga, y dados los desenlaces previsibles en estas situaciones, debería resultar en una flexibilización de los criterios de ingreso. Finalmente, una orientación hacia la proactividad, actuando antes de la descompensación, contribuiría a mejorar la asistencia y calidad de vida de los pacientes con EMG y su entorno.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias bibliográficas

- Barchielli, A., Balzi, D., Passeri, A.C., Marsaglia, A.R., Miceli, M. (2016). Uso dei flussi informativi sanitari regionali per stimare la prevalenza dei disturbi mentali e il ricorso ai servizi sanitari nella popolazione di una ASL della Toscana. *Epidemiologia e Prevenzione*, 40(1): 65-73. <https://doi.org/10.19191/EP16.1.P065.016>
- Biancosino, B., Vanni, A., Marmai, L., Zotos, S., Peron, L., Marangoni, C., Magri, V., Grassi, L. (2009). Factors related to admission of psychiatric patients to medical wards from the general hospital emergency department: a 3-year study of urgent psychiatric consultations. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(2): 133-146. <https://doi.org/10.2190/PM.39.2.b>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana (2001). Plan Director de Salut Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. [https://www.fadesaludmental.es/images/PLAN\\_SALUD\\_MENTAL\\_VALENCIA.pdf](https://www.fadesaludmental.es/images/PLAN_SALUD_MENTAL_VALENCIA.pdf) Último acceso: diciembre de 2020.
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana (2016). Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. <http://www.san.gva.es/web/dgas/estrategia-de-salut-mental>. Último acceso: diciembre de 2020.
- Madala-Witbooi, N.J., Adeniyi, O.V. (2019). Demographic and clinical profiles of admitted psychiatric patients of the East London Mental Health Unit in the Eastern Cape, South Africa. *Medicine (Baltimore)*, 98(52), e183399. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018399>
- Myklebust, L.H., Sørgaard, K., Røtvold, K., Wynn, R. (2012). Factors of importance to involuntary admission. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(3): 178-182. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.611252>
- National Institute of Mental Health (1987). Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Editorial NIMH.
- Ng, X.T., Kelly, B.D. (2012). Voluntary and involuntary care: three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(4): 317-326. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.04.008>
- Oldham, M.A., Chahal, K., Lee, H.B. (2019). A systematic review of proactive psychiatric consultation on hospital length of stay. *General Hospital Psychiatry*, (60): 120-126. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.08.001>
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud mental en el mundo. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2005). El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editorial EDIMSA.
- Pardo Guerra, M., Hernández Gaspar, M.C., Ros Llorens, R., Pardo Guerra, L., Mora Marín, R., Palmer Vicedo, R. (2015). Relación temporal entre el último contacto sanitario y el suicidio consumado, análisis de supervivencia. XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría, Santiago de Compostela, España.
- Ramos López, A., Díaz Palarea, M.D. (2005). Características de los usuarios de una unidad de agudos de salud mental: determinantes psicosociales y clínicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96): 37-55.
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry*, 3(1): 1-5.
- Schmidtke A., Bille-Brahe U., Deleo, D., Kerkhof A., Bjerke, T., Crepaf, P., Haring, C., Hawton, K., Klönnqvist, J., Michel, K., Pommereau X., Querejeta, Philippe, I., Salander-Renberg, E., Temesváry, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B., Sampaio-Faria J. G. (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (5): 327-338.
- Soares, R., Pinto da Costa, M. (2019). Experiences and Perceptions of Police Officers Concerning Their Interactions with People with Serious Mental Disorders for Compulsory Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10(187). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00187>
- Sotoca Covaleta, R. (ed.). (2017). Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana. [http://www.san.gva.es/documentos/156344/6939818/Plan+prevencio%C3%B3n+de+suicidio\\_WEB\\_CAS.pdf](http://www.san.gva.es/documentos/156344/6939818/Plan+prevencio%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf). Último acceso: diciembre de 2020.
- Thomas, E., Cloete, K.J., Kidd, M., Lategan, H. (2015). A decentralised model of psychiatric care: Profile, length of stay and outcome of mental healthcare users admitted to a district level public hospital in the Western Cape. *South African Journal of Psychiatry*, 21(1): 8-12. <https://doi.org/10.4102/sajpspsychiatry.v21i1.538>
- Trethewey, S.P., Deepak, S., Saad, S., Hughes, E., Tadros, G. (2019). Evaluation of the Psychiatric Decisions Unit (PDU): effect on emergency department presentations and psychiatric inpatient admissions. *Postgraduate Medical Journal*, 95(1119): 6-11. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135788>
- Van Der Post, L., Mulder, C.L., Bernardt, C.M., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Dekker, J. (2009). Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services*, 60(11): 1543-1546. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.11.1543>
- Van Rensburg, A.J. (2007). Clinical profile of acutely ill psychiatric patients admitted to a general hospital psychiatric unit. *African Journal of Psychiatry*, 10(3):159-163. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v10i3.30248>
- World Health Organization (2003). *Mental Health Context*. World Health Organization.