



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Perfil clínico-asistencial y complejidad
en pacientes de otras culturas en la
Unidad de Hospitalización de Adultos
de Psiquiatría (UHA)

Clinical-care profile and complexity in
inpatients from other cultures admitted in a
Psychiatric Adult Unit (UHA)

Autor/es:

Nicolás Rosillo Ramírez

Director/es:

Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza

Año 2017

ÍNDICE:

	Pág.
1. Índice	1
2. Resumen.....	2
3. Abstract.....	3
4. Introducción.....	4
5. Material y método.....	8
6. Resultados.....	10
-Revisión bibliográfica.....	10
-Estudio estadístico.....	23
7. Discusión.....	27
-Límites.....	27
-Análisis de los resultados.....	28
-Conclusiones.....	34
8. Bibliografía.....	35
9. Anexos.....	38

RESUMEN:

Objetivo: la necesidad de prestar asistencia a pacientes de otras culturas en las UHA de psiquiatría en nuestro país es cada vez más frecuente. Estos pacientes pueden generar dificultades y padecer discriminaciones en dicha asistencia. En este trabajo se estudió la existencia de diferencias en la atención hospitalaria psiquiátrica a los pacientes de otras culturas en comparación con los españoles.

Material y métodos: Revisión bibliográfica sistematizada de artículos sobre la atención hospitalaria a pacientes con enfermedad mental. Posterior estudio caso-control con una muestra n=65 para inmigrantes y n=65 para pacientes españoles con el objetivo de replicar los resultados de un estudio similar realizado en la Unidad de Hospitalización del Hospital Miguel Servet. Se utilizaron los informes de alta de ingresos de la UHA de Psiquiatría del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza, apareados por edad, sexo y diagnóstico principal.

Resultados: Se observó una mayor frecuencia de poseer antecedentes psiquiátricos personales entre los inmigrantes (OR=2,57), así como una mayor probabilidad de estar casado (OR=4,71). Además, se apreció una mayor prescripción de estabilizadores del humor a los pacientes nacionales (OR=2,63). No se encontraron diferencias significativas en ingresos involuntarios, tiempo de estancia, uso de contención mecánica, petición de prueba de tóxicos o uso de otras familias de tratamientos.

Conclusiones: El estudio mostró una asistencia sanitaria en nuestra UHA homogénea en las dos ramas de pacientes, sin que se documentasen indicadores de discriminación hacia pacientes según su procedencia cultural. Son necesarios estudios más amplios que confirmen estos resultados en otros marcos temporales y espaciales.

Palabras clave: "hospitalización", "aguda", "psiquiatría", "cultura", "inmigrante"

ABSTRACT:

Objective : The provision of health care to other cultures patients is becoming more frequent, due to the increasing number of them in our country. These patients may generate difficulties and may suffer discriminations in their care. Our research was aimed to study if there were differences in the psychiatric health care provided to other culture patients compared to spanish patients.

Methods: Systematized literature review of scientific articles related to health care provided to patients with mental illness. Secondly, we design a case-control study, with a sample of 65 patients in the inmigrant branch and 65 in the national one to reply a similar study done in Hospital Miguel Servet Psychiatric Unit. For this research patient' UHA's discharge summaries were used. These patients were matched by age, gender, and main diagnosis.

Results: An increased frequency of personal psychiatric antecedents among immigrants was observed (OR=2.57), as well as an increased probability of being married (OR=4,71). In addition, a higher prescription of mood stabilizers was observed in the national patients (OR=2,63). There were no significant differences in involuntary incomes, length of stay, use of mechanical restraint, request for toxic test or use of other treatment families.

Conclusions : Our research showed an homogenous health care plan in our hospitalization unit for the two branches of patients, no discrimination indicators were found. Larger studies are needed to confirm these results in other time frames.

Keywords: "hospitalization", "acute", "pshychiatry", "culture", "immigrant"

INTRODUCCIÓN:

Preámbulo:

El primer punto que debe ser abordado para objetivar la necesidad de realizar este trabajo es conocer el contexto actual en relación a los movimientos migratorios en el mundo y a la cada vez mayor multiculturalización de las sociedades occidentales.

Hacia un mundo multicultural: el caso Español.

Debido a las características sociopolíticas de nuestro país durante el siglo XX, España ha sido tradicionalmente un país con altas tasas de emigración. Sin embargo, con la mejora de las condiciones económicas de finales de siglo esta tendencia se ha revertido, llegando a alcanzar tasas de inmigración durante los primeros años del siglo XXI del 1,4% de la población total¹⁴. Esto ha producido un aumento del número de ingresos de pacientes de otras culturas en servicios de hospitalización aguda psiquiátrica en nuestro país, llegando incluso a doblar su número en algunos hospitales²¹.

En el año 2008 tuvo lugar un pico en el flujo de inmigrantes extranjeros en España, con 518.361 personas que llegaron a nuestro país, con un saldo migratorio de 323.980 personas. Sin embargo, a partir de este año nos encontramos ante un descenso del flujo de inmigrantes (Anexo I), acompañado de un descenso del saldo migratorio de personas de origen extranjero que tuvo un pico en 2013, cuando alcanzo cifras de 202.058 extranjeros menos viviendo en nuestro país. Estos datos se acompañan de un aumento del flujo emigratorio de residentes nacionales, lo cual se puede relacionar con el contexto de crisis económica.

Actualmente en España el 9,78% de la población es extranjera, siendo este porcentaje algo menor en Aragón, con un 9,02%. (Datos extraídos de la base de datos del INE el 10/5/2017 para el momento actual). Esta realidad, junto con la posibilidad de que en los próximos años aumenten los flujos migratorios por las mejores condiciones socioeconómicas y la elevada tasa de conflictos y pobreza en los países africanos y de oriente próximo, hacen que sea cada vez

más necesario adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para mejorar la asistencia clínica en las unidades de hospitalización de adultos de psiquiatría para este tipo de pacientes.

Justificación: por una mejora en la competencia cultural.

El presente trabajo se engloba dentro del Proyecto de Gestión Clínica de la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza ⁴. El porcentaje de pacientes considerados como de otra cultura (nacidos en un país diferente a España y de padres no españoles) fue de entre el 11-13% para esta UHA en 2014-2016, algo superior al porcentaje de habitantes de otra cultura en nuestra comunidad. Este dato nos demuestra que la atención a pacientes con estas características es, actualmente, una actividad del día a día que debe ser correctamente manejada por los profesionales. Para ello, tenemos que tener en consideración los factores que pueden interferir en la atención a estos pacientes, como pueden ser sus características culturales específicas o el lenguaje, pero también su situación social, económica y de integración.

Debido a la percepción de las dificultades que puede acarrear la atención a pacientes de otras culturas, se ha considerado por parte de los facultativos del servicio que es necesario incorporar algunos indicadores de mejora de competencia cultural al Proyecto de Gestión Clínica de la UHA, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y evitar las situaciones que generen cualquier tipo de discriminación a los pacientes catalogados como de otra cultura. El presente trabajo tiene como objetivo estudiar si existen diferencias en el trato a estas personas en nuestra UHA y desarrollar un plan de mejora en competencia cultural que pueda ser llevado a cabo en la práctica clínica.

La unidad asistencial:

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 3ª planta del H.C.U., ala B, la cual dispone de 20 camas, 17 habitaciones (4 dobles y el resto individuales), un despacho en el interior del recinto cerrado, una sala de actividades propias de una Unidad de Hospitalización, un 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)⁴. 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...)⁴. Hay referencias internacionales sobre la complejidad que supone para pacientes y cuidadores (Hardcastle y cols. 2009)¹⁰.

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 una 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 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 2015⁴.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Objetivo:

El objetivo del presente estudio consiste en determinar si existen diferencias significativas en la asistencia sanitaria a pacientes de origen extranjero en la UHA del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, mediante la realización de un estudio caso-control.

Metodología:

El presente trabajo consta de dos partes. En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica con el objetivo de establecer un adecuado marco teórico sobre la atención a los pacientes de países extranjeros que son atendidos en los servicios de hospitalización en psiquiatría. En esta búsqueda se utilizaron los buscadores Alcorze y PubMed, utilizando como palabras de búsqueda “psychiatry hospitalization” AND “immigrant”. Se obtuvieron 299 resultados en Alcorze y 100 en PubMed, de los cuales se seleccionaron 35, de los que se citaron 24. No se utilizó como criterio la fecha de publicación. También se utilizaron datos oficiales del INE y textos legales relacionados con el tema tratado, así como protocolos de instituciones internacionales. También se realizó una búsqueda en Cochrane con los términos utilizados, no encontrándose resultados aplicables al estudio.

En segundo lugar, el trabajo cuenta con la realización de un estudio caso-control realizado en la UHA del servicio de Psiquiatría del hospital Lozano Blesa de Zaragoza, en el que se han buscado diferencias significativas en la atención médica entre pacientes nacionales e inmigrantes.

Para llevar a cabo este estudio observacional retrospectivo seleccionamos 65 ingresos de pacientes de otras culturas que precisaron ser atendidos en la UHA de Psiquiatría del Hospital Clínico Lozano Blesa, en Zaragoza (España). Consideramos como paciente de otra cultura a aquellos nacidos fuera de España y de padres no españoles. Tomamos como sinónimo para el estudio los términos inmigrante, extranjero y paciente de otra cultura. Estos ingresos fueron seleccionados entre todos los llevados a cabo entre 2014 y 2015.

Una vez obtenida la muestra asignamos un control por cada caso o paciente de otra cultura. Para realizar el emparejamiento se tomaron en cuenta unos criterios estrictos. El caso y el control debían tener la misma edad (con un margen de error de +/- 3 años), el mismo sexo y el mismo diagnóstico principal (Reflejado en el Anexo II). Como máximo podía haber transcurrido un año entre el ingreso del caso y el del control.

Tomamos datos sobre 21 variables diferentes (detalladas en el Anexo II). Los datos fueron recogidos de los informes de alta de la UHA, así como del programa Gacela de enfermería de la misma unidad. La información recopilada fue procesada por medio de los programas estadísticos Microsoft Excell y SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v23. de IBM. Realizamos un análisis descriptivo e inferencial estadístico de todas las variables estudiadas.

Para las variables cualitativas utilizamos frecuencias y porcentajes. Empleamos el estadístico chi cuadrado para estas variables, tomando como grado de significación una $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. Para muestras con pocos resultados por cada ítem de una variable se utilizó la Prueba exacta de Fisher. Los resultados que consideramos como estadísticamente significativos con estos criterios fueron analizados por medio de una regresión logística para obtener la Odds Ratio.

En este estudio solo contamos con una variable cuantitativa (días de ingreso). Realizamos los estadísticos descriptivos para obtener media, mediana y moda. El grado de significación fue el mismo que para las variables cualitativas. Utilizamos pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk), lo cual nos indicó que no seguía una distribución normal. Ante este resultado, utilizamos la prueba U de Mann-Whitney.

Al realizar la toma de datos de los pacientes estos fueron asociados a un código por cada paciente, con el objetivo de garantizar el derecho a la confidencialidad de estos.

RESULTADOS:

1. Revisión bibliográfica:

El concepto de cultura:

La primera pregunta que surge al abordar la relación entre la psiquiatría y la cultura tiene carácter semántico, ¿qué entendemos por cultura?

Acotar este concepto se constituye en una condición necesaria a la hora de limitar la amplitud de nuestro estudio, dado que engloba una amplia variedad de significados y connotaciones. Por tanto, y teniendo en cuenta los objetivos de nuestro trabajo, se tuvieron en cuenta dos definiciones, una de un organismo nacional y otro de uno internacional.

La Real Academia Española de la Lengua define la cultura en su tercera acepción como:

*“Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en un época, grupo social, etc.”*²⁸.

La ambigüedad de esta definición puede comprenderse debido a la elevada dificultad de definir un concepto tan abstracto como el tratado, en el que han vertido ríos de tinta escritores, filósofos y científicos desde la antigüedad hasta nuestros días. Sin embargo, podemos encontrar otras definiciones como la realizada por la UNESCO en su *Declaración Universal sobre la diversidad cultural*, que al tratar de acotar el significado de cultura en la diversidad que existe entre varias poblaciones humanas, nos genera una herramienta conceptual para poder comprender mejor la relación entre cultura y psiquiatría. Es la siguiente:

*“La cultura debe ser considerada como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias”*³².

Esta definición genera un contexto teórico para desarrollar como afectan estos factores a la forma que tenemos de relacionarnos entre individuos de distintos orígenes, que eventualmente presenten diferencias culturales

marcadas. Dentro de este campo de estudio podemos hallar una cantidad muy extensa de publicaciones (libros, ensayos, artículos, etc.), incluso acotando nuestra búsqueda al campo de la psiquiatría y su relación con la cultura.

Cultura y psiquiatría:

En el campo de la psiquiatría cultural podemos hallar varios métodos para abordar los problemas que origina la diversidad cultural. En diferentes artículos^{22,27}, se desarrollan los diversos métodos de abordaje de los pacientes de otras culturas, desde una concepción universalista de la patología psiquiátrica, hasta otra donde el relativismo impregna absolutamente las concepciones de cultura y enfermedad mental.

Desde el punto de vista universalista, se considera a la cultura como una diversidad de lenguajes o distractores en torno a la cual se expresa la enfermedad psiquiátrica, la cual tiene unas características universales. Como expresa Rajaa Stitou³⁰, es el punto de vista que “ve la cultura como una especie de disfraz irrelevante e imaginario”, es decir, como las variaciones de expresión de la enfermedad psiquiátrica que es, esencialmente, igual en todas las culturas. Esta universalidad se puede ver plasmada en sistemas teóricos de clasificación de enfermedades como pueden ser las ediciones del DSM de la American Psychiatric Association.

Sin embargo, como expone Raga Gimeno et al²⁷, *“hay corrientes en la antropología médica psiquiátrica que, a partir de trabajos como los de Kleinman (1980) se cuestiona la universalidad de las patologías mentales y de las clasificaciones que se han propuesto de la psiquiatría occidental”*. Este cuestionamiento, visto desde el punto de vista de la psiquiatría y la cultura, y a su vez llevado al extremo, nos lleva ante la posición del relativismo cultural, que expone que la enfermedad mental tiene unas características y un origen diferentes según la cultura en la que nos encontremos.

Pero la realidad de la práctica médica no se aproxima a estos dos extremos, sino que adopta modelos intermedios. Las propias características del método científico que impera en la investigación psiquiátrica de hoy hace

imposible tomar como verdadero un método absolutamente relativista que niegue cualquier capacidad de inferencia de la enfermedad individual a la colectiva. Además, no se puede obviar la variabilidad y las dificultades que conlleva la diversidad cultural en la práctica de la atención psiquiátrica, y a tenor de ello, publicaciones como el DSM-5 incluye en la actualidad guías de entrevista y peculiaridades específicas de los pacientes de otras culturas, desarrollando competencias en formulación cultural³.

De la teoría a la práctica: asistencia en unidades de hospitalización de Psiquiatría:

Una de las herramientas fundamentales de la adecuada atención psiquiátrica consiste en el internamiento de los pacientes en plantas de hospitalización de Adultos. El aumento de pacientes de otras culturas en las sociedades de los países occidentales ha conllevado el aumento de este tipo de pacientes en dichas unidades. En los siguientes apartados realizaremos un análisis de la bibliografía existente sobre las diferencias observadas en la atención aguda psiquiátrica tomando en principal consideración una serie de variables que, por su carácter objetivo, nos permiten esclarecer si existen variaciones significativas en la atención a pacientes nacionales y extranjeros.

Estas variables son tenidas en cuenta por disponer de suficiente información y referencias en la búsqueda bibliográfica realizada y por tener especial relevancia y relación con la parte experimental de este trabajo. En los siguientes apartados se analizarán las variaciones en los dos tipos de pacientes (nacionales y extranjeros) según el carácter del ingreso (voluntario o involuntario), la toma y petición de prueba de tóxicos y la eventualidad de haber precisado de contención mecánica para el control de un episodio agudo psiquiátrico y según el tratamiento recibido durante el ingreso en la bibliografía estudiada.

Tipo de ingreso:

Uno de los problemas más importantes a la hora de proveer de atención médica a los pacientes agudos que padecen una enfermedad psiquiátrica es la elevada frecuencia con la que estos presentan ausencia de conciencia de enfermedad. Esto, acompañado de las alteraciones conductuales o del pensamiento, hace necesario que sean ingresados contra su voluntad en la UHA de Psiquiatría para evitar que produzcan un daño a sí mismos o a terceros.

Esta situación está regulada por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Publicado en BOE núm. 7, de 08/01/2000)²⁰, cuyo primer punto establece:

“El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que las razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida”

(Resto del Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil en el anexo II).

Esta ley proporciona al facultativo una herramienta para ingresar contra su voluntad a un paciente psiquiátrico durante un episodio agudo sin recibir una aprobación inmediata del juez, aunque dicha actuación tenga que ser ratificada a posteriori por el juzgado antes de 72 horas tras recibir el aviso (consultar anexo II).

Numerosos estudios realizados en diversos países han determinado que existen diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de ingreso involuntario en pacientes extranjeros en comparación con los nacionales. Algunos estudios con una muestra muy elevada como el realizado por Lay et al. (n=23.377, de los cuales un 20% eran extranjeros), que estudiaron los ingresos agudos psiquiátricos en el cantón suizo de Zurich, objetivaron estas diferencias¹⁸. En este caso, estratificaron los datos según género y nacionalidad de origen (dividido en clusters por grupos de países). Tuvieron resultados significativos (mayor probabilidad de requerir ingreso involuntario) para

pacientes varones de la antigua Yugoslavia (OR=1.62, IC de 95% 1.36-1.93), Europa del Este (OR=1.70, IC del 95% 1.15-2.51) y de otros países que no incluían los anteriormente mencionados además del resto de Europa y Turquía (OR=2.33. IC del 95% 1.99-2.73). En mujeres encontraron resultados significativos para pacientes de la antigua Yugoslavia (OR=1.41, IC del 95% 1.16-1.71), Europa del Este (OR=2.78, IC del 95% 1.73-4.45) y en el cluster de otros países (OR=2.63, IC del 95% 2.08-3.33). En la discusión, Lay et al. , afirman que comparado con los pacientes suizos, la mayoría de los inmigrantes tenían un riesgo mayor de precisar ingreso involuntario¹⁸. En un estudio posterior llevado a cabo por los mismos investigadores¹⁷, exponen que los inmigrantes no son un grupo homogéneo, y que sus datos denotan una tendencia a sugerir que las desigualdades en el tratamiento de salud mental son especialmente pronunciadas en aquellos inmigrantes originarios de sociedades más distantes a su país.

Otro ejemplo es el estudio realizado por Norredam et al.²³ , que realizó un análisis similar al anterior. Este estudio fue estratificado para discriminar los resultados entre inmigrantes (n=33.287) y refugiados (n=29.174). Obtuvieron los resultados de que los refugiados (RR=1.82; 95%IC: 1.45-2.29) y los inmigrantes (RR=1.14; 95%IC: 0.83-1.56) presentaban ratios más altos de ingresos involuntarios que los daneses. Los resultados en inmigrantes fueron significativos entre las mujeres (RR=1.73; 95%IC: 1.45-2.60). En las conclusiones del estudio establecen la hipótesis de que las barreras lingüísticas, y la imposibilidad para calmar a los pacientes por medio de la palabra, pueden tener relación con la tasa más elevada de ingresos involuntarios entre este tipo de pacientes²³.

También se encontraron resultados similares en otros estudios con muestras menores, como el realizado por Ineichen et al. (Bristol 1984), en el que apreciaron una tasa mayor de ingresos involuntarios en pacientes indios en comparación con los nativos ingleses¹¹. Además, resulta interesante observar como otros investigadores como Iversen et al. (Noruega, 2011), han buscado esclarecer las razones de estas desigualdades, como por ejemplo estudiando aspectos socioeconómicos o anímicos entre los inmigrantes. En el artículo (n=94) afirman que los inmigrantes que ingresaron involuntariamente padecían

más problemas sociales, problemas con las agencias de asistencia social y más sensación de soledad y culpa que los admitidos voluntariamente¹³.

Sin embargo, también encontramos estudios que no han hallado diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de ingreso involuntario entre nacionales y extranjeros. Un estudio alemán realizado en 2005 en la ciudad de Frankfurt por Grube, que tomó los ingresos de ese año como muestra, afirma que el ratio de ingreso involuntario entre inmigrantes y miembros de minorías étnicas era similar al de la población alemana⁹. Asimismo, estos resultados son similares al estudio realizado por Spinogatti et al. en una región italiana (n=190 para inmigrantes) donde no obtuvo significación estadística al comparar el grupo de inmigrantes y nativos ($p=0.36$ para chi cuadrado)²⁹.

Esta cuestión ha sido tratada en nuestro país por diferentes autores. Estudios realizados en España como el realizado por Gotor et al. (n=175, con 60 pacientes extranjeros) en una ciudad madrileña no han encontrado resultados significativos para esta cuestión. Gotor et al. documentaron un resultado de un 60% de ingresos involuntarios en pacientes inmigrantes frente al 59.1% en españoles⁸. Otro ejemplo es el realizado por Pérez-Rodríguez et al. en la Fundación Jiménez Díaz (n=410 hospitalizaciones de las cuales un 13.5 eran inmigrantes), que tampoco obtuvo resultados significativos. En este estudio un 52,9% de los inmigrantes requirió ingreso involuntario frente al 46.9% de los españoles²⁵.

Entre los resultados observados en la bibliografía obtenida predomina la tendencia a afirmar que existe una mayor posibilidad de requerir un ingreso involuntario entre la población inmigrante. Sin embargo, esto no tiene lugar en los estudios realizados en España. Debido a la multiplicidad de factores que pueden influir en esta situación, como puede ser el conocimiento del lenguaje y las características sociales y económicas de cada individuo, así como los diferentes países de origen de los inmigrantes, parece necesario realizar estudios más amplios, estratificados por situación socioeconómica y país de origen así como acotados a una sola cultura de recepción para poder establecer unos resultados con una mayor validez interna.

Consumo y prueba de tóxicos:

En el presente trabajo se ha pretendido evaluar las diferencias en la petición de pruebas de tóxicos a los pacientes extranjeros en una UHA psiquiátrica. Sin embargo, y previo a realizar este análisis, es necesario un marco contextual que responda a una pregunta: ¿es mayor la prevalencia de consumo de tóxicos entre los inmigrantes que entre los nacionales?

Un estudio realizado en EEUU y realizado por Keyes et al. afirma que los pacientes blancos tienen una tendencia mayor que los negros a consumir alcohol, así como a padecer un consumo de riesgo. Además, también observa que consumen más cantidad de unidades de alcohol por sesión. No genera distinciones entre hombres y mujeres. Entre los hombres no encuentra diferencias en el consumo de marihuana, que si era más frecuente entre las mujeres blancas¹⁵. Otro estudio realizado en Israel por Walsh et al. obtuvo resultados significativos en los que exponía que los no inmigrantes tenían tasas más elevadas de consumo de alcohol y drogas, pero el consumo combinado de estas era más frecuente entre los inmigrantes³³. Estos estudios contrastan con los realizados por Zeppegno et al. en Italia (n=658, 13,1% inmigrantes), que afirma que los inmigrantes ingresados lo eran con más frecuencia por consumo de tóxicos o desintoxicación³⁵.

En España estudios realizados por Qureshi et al. en Barcelona y Zaragoza (Estudio caso control con n=1503 por rama) apreciaron *“que los inmigrantes tenían tasas menores de abuso de alcohol y drogas. Sin embargo, aquellos que consumían mostraban más oportunidades de presentar patología psiquiátrica asociada”*²⁶.

La mayor parte de los estudios consultados establecen que los inmigrantes tienen una tasa de consumo de tóxicos menor a los pacientes nacionales. Esto también se observa en otro estudio realizado en Zaragoza por Alda et al., donde en un estudio caso-control (n=208) se observó que los inmigrantes tenían tasas menores de resultado positivo en las pruebas de orina (23% frente a 45% de los nacionales), con un resultado en la prueba de chi cuadrado de 3,2 (GI=1, p<0.05)⁵. Dado este hecho, y asumiendo que estos datos se extrapolasen a la práctica clínica, podría considerarse que existiese un

sesgo en el que los pacientes inmigrantes recibiesen menos solicitudes para realizar una prueba de tóxicos al ingreso, debido a la menor prevalencia de consumo en estos grupos. Sin embargo, en el mismo artículo de Alda et al., se observó que se pedían, proporcionalmente, más pruebas de tóxicos a los inmigrantes (al 38,2% frente al 16,6% de los nacionales), siendo significativo con una OR=2.5 (IC95%: 2.1-2.9)⁵. Por tanto, y ante esta discrepancia observada entre prevalencia de consumo de tóxicos entre inmigrantes y realización de pruebas al ingreso, parece necesario realizar más estudios en este sentido.

Contención mecánica:

La contención mecánica es una medida de intervención utilizada en psiquiatría para hacer frente a situaciones de agitación o alteración de la conducta que no pueden ser reconducidas a través de otro tipo de actuación. La OMS establece en su *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*²⁴ una serie de cuestiones que deben aplicarse sobre este tema (Consultar anexo IV)

Esta actuación, debido al hecho de que debe ser plasmado en la historia clínica, es fácilmente objetivable. Sus características intrínsecas, como son la privación de libertad y la consiguiente supresión del principio de autonomía, nos permiten considerarla como un indicador adecuado en relación a si se está realizando una adecuada práctica clínica. Una sobreutilización de esta medida, sobre todo si tiene lugar en ciertos grupos poblacionales, como pueden ser los pacientes extranjeros, nos puede ayudar a poner en evidencia sesgos y prejuicios que pueden poner en duda la adecuada aplicación de los principios de beneficencia, autonomía y equidad de la práctica médica.

En la bibliografía consultada observamos una tendencia a atribuir el hecho de ser inmigrante o refugiado a la mayor probabilidad de ser tributario de contención mecánica o farmacológica aguda durante un ingreso en una unidad de psiquiatría. Podemos encontrar estudios de cohortes retrospectivos como el de Norredam et al. (Dinamarca, 2009), con muestras amplias (n=1524 pacientes refugiados frente a n=6444 controles nacionales y n=723 inmigrantes frente a n=6034 controles nacionales). Este estudio expone como resultado que había

sido preciso el uso de la contención física o farmacológica aguda en un 38,3% de los pacientes refugiados frente a un 15,1% de los controles daneses, y de un 29,1% en los pacientes inmigrantes frente a un 20,8% frente a los controles daneses de su rama de control²³.

En Aragón se han realizado estudios de cohortes retrospectivos comparando la tasa de utilización de contención mecánica entre pacientes extranjeros, como el de Alda et al. (Zaragoza, 2010), con dos ramas de n=102 pacientes en cada una. Este estudio, realizado en el Hospital Miguel Servet, observó que la prevalencia de utilización de sujeción mecánica en pacientes inmigrantes (nacidos en el extranjero y de padres no españoles) era del 81.3% frente a 31,3% en pacientes nacionales (OR=2,6, IC 95%=1,9-3)⁵.

Tratamiento farmacológico:

El tipo de tratamiento utilizado es una de las variables que también podemos objetivar de forma más clara, debido a su registro en la historia clínica. Sin embargo, es un factor que se ve alterado por numerosas razones. La primera pregunta que debemos hacernos es: ¿se prescribe el mismo tipo de tratamiento en los extranjeros que en los nacionales? En la bibliografía consultada encontramos estudios con resultados en los dos sentidos. Debido a ello, es necesario reflexionar en primer lugar sobre el resto de variables que influyen en esta cuestión.

¿Qué razones pueden existir para que se prescriban diferentes tipos de fármacos en función de que el paciente sea extranjero? Apostolopoulos et al. afirman que la calidad del tratamiento depende en gran medida del número de días de hospitalización y del tratamiento prescrito antes, durante y después de un ingreso, así como las dosis y el uso de estos fármacos durante y después del ingreso¹. Esta argumentación sobre el uso nos hace reflexionar sobre el seguimiento de los tratamientos entre los pacientes extranjeros. ¿Hay diferencias en el seguimiento terapéutico de los pacientes extranjeros respecto a los nacionales?, ¿Puede influir la existencia de estas en el tipo de fármaco prescrito por los facultativos? Varios estudios realizados en nuestro país han tratado el tema de la adherencia al tratamiento de los pacientes de otras culturas.

Gotor et al. (Madrid, 2004) observaron que los inmigrantes tenían 3 veces más riesgo que los españoles de no acudir a una cita en consultas externas (OR=3.59. IC 95% 1.68-7.67)⁸. Forcada et al. (Cataluña, 2013) apreciaron que la adherencia al tratamiento psicofarmacológico era substancialmente menor en el grupo de inmigrantes (19,1% frente al 40,4% de los nativos) en un estudio caso-control con 47 individuos en cada rama⁷. De estos resultados no obtuvieron conclusiones claras, pero exponen la hipótesis de que estas diferencias se pueden atribuir a una mejor salud mental o a las dificultades para obtener acceso al sistema sanitario. Respecto a la adherencia, Alda et al. plantean la hipótesis de que la elevada movilidad de los pacientes extranjeros puede influir también dificultando el seguimiento y control de los tratamientos⁵.

Otro factor importante a tener en cuenta en cómo se ha prescrito el tratamiento psiquiátrico son los días de ingreso, ya que las diferencias en el tiempo de ingreso representan una variabilidad en el periodo en el que el paciente ha tomado la medicación mediante observación directa, lo cual puede influir respecto a la adherencia al tratamiento posterior. En la bibliografía consultada apreciamos una tendencia a atribuir el hecho de ser extranjero con permanecer menos tiempo ingresado en la planta de psiquiatría. Lay et al. (Suiza, 2004) en un estudio con una muestra elevada (n=23377, de los cuales un 20% de extranjeros), observaron que los pacientes de Europa del Este, la antigua Yugoslavia, Turquía y un cluster de “otros países (con el resto de Europa no incluida) permanecían menos tiempo ingresados que los nacionales. Por ejemplo, la mediana en días de ingreso para los pacientes turcos era de 20 días (muestra tomada de 1995 a 2001) y de 37 días para los nacionales suizos (misma muestra)¹⁸. Otro estudio transversal de amplia muestra realizado por Spinogatti et al. (Italia 2014) también observó que el tiempo de estancia era menor en inmigrantes, con una mediana de 9 días frente a 12 de los nacionales (p<0.01)²⁹.

En nuestro país se han realizado numerosos trabajos estudiando las diferencias en el tiempo de ingreso entre extranjeros y nacionales. Además, estudios como el de Gotor et al. han relacionado el menor tiempo de estancia con una menor adherencia al tratamiento posterior⁸, lo cual puede ser preocupante si existiese una disminución mayor de este tiempo entre los

extranjeros. En este estudio encontraron una asociación estadísticamente significativa entre perder una cita en CCEE con una menor estancia en la planta de psiquiatría (de 12,3 días frente a 18,1 días), con una $p < 0.002$. También observaron que la diferencia en días de admisión fue de 15,1 en inmigrantes frente al 17,9 en nacionales, sin realizar estudios estadísticos respecto a estos datos⁸. Además, podemos encontrar una menor estancia en la planta entre los inmigrantes en el estudio de Alda et al, con una mediana de 8,1 días entre inmigrantes frente a 12,6 entre nacionales ($t=3,6$ $GI=202$ $p < 0.01$)⁵. Sin embargo, otros estudios realizados en España no han encontrado diferencias significativas respecto a esta cuestión. Pérez-Rodríguez et al. (Madrid, 2006. $n=410$ con un 19,3% de inmigrantes) observó estancias de 14,7 días entre los inmigrantes frente a 14,3 entre los nacionales²⁵. En esta línea Forcada et al. apreciaron estancias de 21.1 días entre los inmigrantes frente a 21.2 días entre los nacionales⁷. Por lo observado en la bibliografía nacional, no se observa una tendencia clara respecto a esta cuestión.

Por último, es importante analizar si existen diferencias en el tipo de grupo farmacológico, así como en el uso de fármacos depot, que pueden tener implicaciones en el trato a inmigrantes en el caso de que existiese una apreciación subjetiva entre los profesionales que haga que no confíen en que pueden llevar una adherencia terapéutica adecuada en comparación con los nacionales. Estudios realizados en el otros países como el de Thorens et al. (Suiza, 2008. $n=100$, con un 46% de extranjeros), no han encontrado diferencias significativas para la toma de ninguna familia de psicofármacos³¹. Apostolopoulos et al. observaron que los pacientes nacionales tomaban con mayor frecuencia estabilizadores del humor e ISRS y ISRN¹. En nuestro país, estudios como el de Forcada et al. no encontraron diferencias significativas en la toma de diversos neurolépticos de varias familias, ni una mayor prescripción de formulaciones depot entre inmigrantes⁷. Sin embargo, otro realizado por Alda et al. observó una mayor prescripción de neurolépticos depot en inmigrantes ($OR=4,7$ $IC95\%: 3.9-5.4$), así como una dosis mayor de neurolépticos en este mismo grupo ($t=3.13$ $GI=202$ $p < 0.01$). Por el contrario, apreció una menor prescripción de clozapina entre inmigrantes ($OR=9.1$ $IC95\%: 5.13-13.6$) así como una menor administración de TEC ($\chi^2 = 8,4$ $GI=1$ $p < 0.01$)⁵.

Teniendo en cuenta estos resultados, se sienta la necesidad de realizar más estudios con muestras más amplias para discernir si realmente existen diferencias en la prescripción de psicofármacos a inmigrantes y a qué puede ser debido.

Propuestas de mejora en la asistencia a pacientes de otras culturas.

Los ingresos de pacientes procedentes de otras culturas son un grupo de pacientes con una complejidad especial no solo desde el punto de vista diagnóstico sino también terapéutico.

El clima terapéutico precisa de una sensibilidad especial para cubrir necesidades asistenciales básicas y que pueden ser diferentes según la procedencia cultural de los pacientes. Además de la necesidad de una competencia cultural que facilite también una formulación de los pacientes tal y como se enfatiza desde las clasificaciones actuales y desde la Psiquiatría Transcultural, es preciso que en cada Unidad se diseñen elementos asistenciales para atender a la diversidad (Kirmayer et al.)¹⁶.

Las principales son la adquisición por parte de los profesionales de competencias en la valoración de la comunicación y distancias culturales, la comprensión del proceso migratorio y de aculturación así como del modelo explicativo del paciente y su familia con la consideración especial del proceso diagnóstico y de las medidas terapéuticas (intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas). Asimismo es importante la facilitación de mediadores culturales a través de la familia y de estudiantes de Medicina de la misma procedencia cultural. La sensibilidad a las prácticas religiosas y hábitos relacionados también forma parte de las medidas a desarrollar en una Unidad con competencia multicultural. En este sentido está encaminado un programa de diferentes medidas de mejora de calidad dentro de la Unidad, que serán incluida en nuestro Plan Funcional y cuyo desarrollo será objeto de una línea específica de investigación.

Conclusión:

Este marco teórico es limitado para la amplia variedad de factores que pueden producir diferencias en la atención aguda de pacientes psiquiátricos. No resulta adecuado realizar una generalización de todos los inmigrantes, debido al hecho de que las variaciones culturales, sociales, económicas y lingüísticas son tan amplias dentro de este grupo que pueden generar sesgos en los estudios que no estén adecuadamente estratificados. Además, otros aspectos como la cultura de origen de los profesionales y su forma de percibir a los demás pueden ser factores a tener muy en cuenta. Tampoco hay que olvidar las condiciones materiales y de personal de los servicios, que pueden influir negativamente y producir un aumento de actuaciones que afecten negativamente a los inmigrantes. Por esta razón, no parece adecuado extrapolar estudios como los realizados en otros países, incluyendo los de nuestro entorno, a los realizados en España, ya que con gran probabilidad existan diferencias importantes en las características de los inmigrantes, los profesionales y la relación entre ellos en comparación. Debido a este hecho, parece justificado el realizar estudios comparativos que tengan en cuenta los diversos orígenes y factores de confusión a escala nacional o regional, donde se compare la asistencia dentro de un sistema cultural más homogéneo que permita aumentar la validez externa de las comparaciones. En esta línea de investigación se encuadra el presente Trabajo de Fin de Grado.

2. Estudio estadístico:

Estadística descriptiva:

Nos encontramos ante una muestra de 130 ingresos de pacientes, divididos en dos ramas de 65 pacientes cada una. La primera está formada por pacientes extranjeros de padres extranjeros, y la segunda por controles españoles. Cada rama está formada por 28 hombres y 37 mujeres. La media de edad de los controles fue de 35,18 años y la de los casos de 34,66 años.

Los pacientes extranjeros provenían de 21 países diferentes, siendo los más prevalentes los ingresos de pacientes procedentes de Rumanía (32,3%) y Marruecos (15,4%).

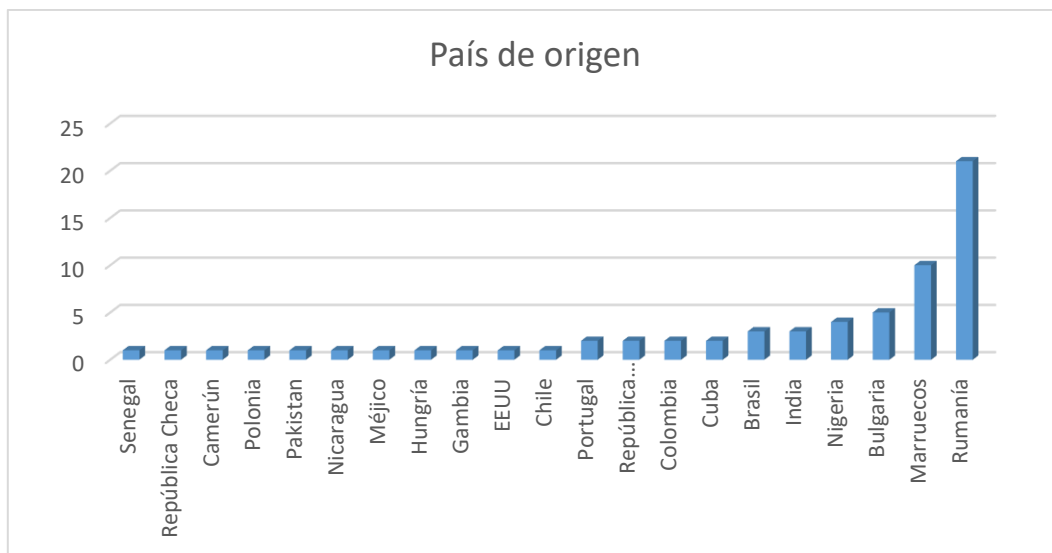


Gráfico 1: País de origen de los casos.

Estadística inferencial:

A continuación incluimos los resultados obtenidos en cada variable en forma de tabla, con el grado de significación estadística utilizado en cada una. Además, se incluyen los resultados de las pruebas de inferencia que se han realizado y que se detallan en el apartado material y método de este trabajo.

Tabla 1: Estadísticos sociales:

Variable	Inmigrantes n=65	Nacionales n=65	Significación
Estado civil:			
• Soltero	28 (43,1%)	44 (61,1%)	Estar casado en el grupo inmigrante frente al nacional. OR=4,71 (IC95% 1,93-11,49)
• Casado	27 (41,5%)	9 (13,8%)	
• Divorciado	6 (9,2%)	11 (16,9%)	
• Desconocido	4 (6,2%)	1 (1,5%)	
Situación laboral:			
• Inactivo	37 (56,9%)	45 (69,2%)	NS
• Activo	24 (36,9%)	15 (23,1%)	
• Estudiante	2 (3,1%)	2 (3,1%)	
• Estudia y trabaja	0 (0%)	2 (3,1%)	
• Desconocido	2 (3,1%)	1 (1,5%)	
Red social:			
• Nula	5 (7,7%)	3 (4,6%)	NS
• Parcial	31 (50,8%)	33 (50,8%)	
• Adecuada	29 (44,6%)	29 (44,6%)	

Se realizó el estadístico Chi-cuadrado para todas las variables. Para resultados significativos se realizó posteriormente la regresión logística de dicha variable. (N total de la muestra 130). NS= No Significativo. Estadísticamente significativo para valores de $p < 0,05$.

Tabla 2: Contexto psiquiátrico del paciente:

Variable	Inmigrantes n=65	Nacionales n=65	Significación
Presencia de antecedentes psiquiátricos personales	46 (70,8%)	56 (86,2%)	OR=2,57 IC 95%: 1.06-6.22
Paciente conocido previamente en la UHA	19 (29,2%)	18 (27,7%)	NS
Paciente con ingresos previos en la UHA	21 (32,3%)	18 (27,7%)	NS

Se realizó el estadístico Chi-cuadrado para todas las variables. Para resultados significativos se realizó posteriormente la regresión logística de dicha variable. (N total de la muestra 130). NS= No Significativo. Estadísticamente significativo para valores de $p < 0,05$.

Tabla 3: Origen y procedencia de los ingresos:

Variable	Inmigrantes n=65	Nacionales n=65	Significación
Paciente derivado de:			
• Urgencias	52 (80%)	52 (80%)	NS
• Programado	1 (1,5%)	2 (3,1%)	
• Otra planta	2 (3,1%)	1 (1,5%)	
• Otro hospital	7 (10,8%)	9 (13,8%)	
• CCEE/CSM	1 (1,5%)	1 (1,5%)	
• Otros	2 (3,1%)	0 (0%)	
Paciente derivado a:			
• CSM	50 (76,9%)	56 (86,2%)	NS
• UMF o similar	2 (3,1%)	1 (1,3%)	
• Centro desintoxicación	2 (3,1%)	1 (1,3%)	
• Otra planta	1 (1,5%)	0 (0%)	
• Otro hospital	2 (3,1%)	2 (3,1%)	
• Hospital de día	8 (12,3%)	5 (7,7%)	

CCEE= Consultas Externas. CSM= Centro de Salud Mental. Se realizó el estadístico Chi-cuadrado para todas las variables. Para resultados significativos se realizó posteriormente la regresión logística de dicha variable. (N total de la muestra 130). NS= No Significativo. Estadísticamente significativo para valores de $p < 0,05$.

Tabla 4: Motivo de ingreso y variables relacionadas con el alta médica:

Variable	Inmigrantes n=65	Nacionales n=65	Significación
Motivo del ingreso:			
• Descompensación psicótica	23 (35,3%)	27 (41,5%)	NS
• Ideas / Intento autolítico	18 (27,7%)	15 (23,1%)	
• Desintoxicación	1 (1,5%)	1 (1,5%)	
• Problemática social	0 (0%)	1 (1,5%)	
• Alteración de conducta / agitación	21 (32,3%)	20 (30,8%)	
• Otros	2 (3,1%)	1 (1,5%)	
Alta voluntaria (llevada a término)	0 (0%)	3 (4,6%)	
Petición de colaboración a trabajo social			
• Si	16 (24,6%)	14 (21,5%)	NS
• No	7 (10,8%)	3 (4,6%)	
• No consta en informe de alta	42 (70,8%)	48 (73,5%)	

Se realizó el estadístico Chi-cuadrado para todas las variables. Para resultados significativos se realizó posteriormente la regresión logística de dicha variable. (N total de la muestra 130). NS= No Significativo. Estadísticamente significativo para valores de $p < 0,05$.

Tabla 5: Variables objetivas principales:

Variable	Inmigrantes n=65	Nacionales n=65	Significación
Requirió contención mecánica	16 (24,6%)	11 (16,9%)	NS
Prueba de tóxicos:			
• Positiva	18 (27,7%)	27 (41,5%)	NS
• Negativa	46 (70,8%)	35 (53,8%)	
• No se pidió	1 (1,5%)	3 (4,6%)	
Tipo de Ingreso:			
• Voluntario	28 (43,1%)	33 (50,8%)	NS
• Involuntario	37 (56,9%)	32 (49,2%)	

Se realizó el estadístico Chi-cuadrado para todas las variables. Para resultados significativos se realizó posteriormente la regresión logística de dicha variable. (N total de la muestra 130). NS= No Significativo. Estadísticamente significativo para valores de $p < 0,05$.

Tabla 6: Tratamiento recibido:

Variable	Inmigrantes n=65	Nacionales n=65	Significación
Antidepresivos orales	17 (26,2%)	17 (26,2%)	NS
Antipsicóticos orales	49 (75,4%)	56 (86,2%)	NS
Antipsicóticos depot	24 (36,9%)	29 (44,6%)	NS
TEC	2 (3,1%)	2 (3,1%)	NS
Fármacos estabilizadores	10 (15,4%)	21 (32,3%)	OR=2,63 IC 95%: 1,12-6,148
Benzodiacepinas	51 (78,5%)	46 (70,8%)	NS

TEC=Terapia Electroconvulsiva. Se realizó el estadístico Chi-cuadrado para todas las variables. Para resultados significativos se realizó posteriormente la regresión logística de dicha variable. (N total de la muestra 130). NS= No Significativo. Estadísticamente significativo para valores de $p < 0,05$.

Tabla 7: Días de ingreso:

	Inmigrantes n=65	Nacionales n=65	Significación
Media	13,51	16,14	NS
Mediana	10	13	-
Moda	7	10	-

Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, lo que indicó que la prueba no se ajustaba a la normalidad ($p < 0,05$). Por tanto, se aplicó la prueba de la U de Mann-Whitney. NS= No significativo. Se tomó como estadísticamente significativo para valores de $p < 0,05$.

DISCUSIÓN:

1. Limitaciones del estudio:

En el presente estudio se pueden observar dos aspectos diferentes que establecen limitaciones en el estudio de los resultados. En primer lugar, y de carácter más metodológico, se encuentra el hecho de que los datos fueron extraídos de los informes de alta, y no de las historias clínicas, lo que puede favorecer que se hayan omitido algunos datos que no han sido plasmados en dichos informes, pudiendo alterar la validez interna del estudio.

En segundo lugar, encontramos la limitación relacionada con el tema estudiado, que tienen más relación con un posible compromiso de la validez externa de nuestro trabajo. Si bien es cierto que hemos manejado unos criterios objetivos (tratamientos, días de ingreso, tipo de ingreso, etc.), la aplicación de estos en la práctica clínica depende en muchos casos de factores que no se pueden controlar desde los medios que se disponen para la realización de este trabajo. A continuación expondremos los factores de confusión que nos parecen más importantes.

A la hora de realizar comparaciones entre nuestro estudio y los realizados en otros países, debemos volver a tomar en consideración el concepto de cultura. No podemos extrapolar los datos de otros países, aunque compartan rasgos culturales con el nuestro, para compararlos con los nuestros. Esto se debe a que consideramos las diferentes culturas receptoras como un factor de confusión lo suficientemente importantes, que la realización de comparaciones con estudios extranjeros nos parece poco rigurosa. E incluso en el hipotético caso de comparar estudios dentro del mismo país también debemos tener cuidado, pues la cultura no es un ente homogéneo delimitado a cada país, sino que en un mismo estado pueden convivir diversas culturas, cada una con sus propias costumbres e idiosincrasia. Por ejemplo, no es lo mismo comparar dos estudios realizados en dos hospitales de San Marino, o dos realizados en dos puntos distantes de Rusia.

Desde un punto de vista más concreto, también tenemos que considerar las diferencias de los individuos que trabajan y acuden a cada servicio de psiquiatría. En primer lugar, los pacientes no poseen una cultura similar en todos

los estudios, ni siquiera en los realizados en servicios próximos geográficamente. Es difícil extrapolar datos como los de Durbin et al obtenidos en Canadá, donde el grupo mayoritario era de pacientes de África del Este y central⁹ con los obtenidos por Arvidsson et al en Suecia, donde el mayor grupo de inmigrantes provenía de la antigua Yugoslavia², en porcentajes muy similares (ambos cercanos al 30%). Esta heterogeneidad dentro de los pacientes debe ser controlada como factor de confusión a la hora de extrapolar los resultados.

Los profesionales sanitarios también pueden generar sesgos importantes en este tipo de estudios, ya que sus percepciones y opiniones personales en relación a los inmigrantes pueden condicionar el tratamiento clínico y los procedimientos a los que se vean sometidos estos pacientes. A esto se añaden las diversas condiciones materiales de cada uno de los servicios de hospitalización psiquiátricos, que por ejemplo, ante una falta de personal o al grado de sobrecarga profesional de este, pueden optar por contener mecánicamente a los pacientes considerados “problemáticos” con más frecuencia.

Por último, en este estudio no hemos tenido en consideración los diferentes orígenes de los pacientes inmigrantes, agrupándolos en clusters, como si han realizado otros estudios de nuestro entorno como el de Alda et al⁵. Esta cuestión puede generar sesgos en los resultados del estudio.

2. Análisis de los resultados:

Frente a los resultados obtenidos, el objetivo de esta discusión pretende responder a varias cuestiones. A saber:

-¿Existen diferencias estadísticamente significativas en la atención médica prestada en la UHA de psiquiatría del hospital Lozano Blesa a los inmigrantes en comparación con los pacientes nacionales?

-¿Coinciden estos resultados con otros estudios similares de nuestro entorno?

Debido al hecho de que se ha realizado un estudio similar al nuestro en Zaragoza (realizado por Alda Diez et al.)⁵, lo tomaremos en especial consideración a la hora de establecer comparaciones. Esto se justifica ya que al

pertenecer a la misma población, en la que existe una cultura receptora homogénea, podemos disminuir el papel de esta como factor de confusión. Sin embargo, no debemos olvidar que nos encontramos ante servicios diferentes con profesionales diferentes, lo cual genera un sesgo en la comparación. Además, cada hospital donde se hizo cada estudio cubre una zona de salud distinta de Zaragoza, las cuales pueden no tener las mismas características socioeconómicas y generar sesgos.

De las 21 variables estudiadas encontramos resultados estadísticamente significativos en tres de ellas, de las cuales solo una consistía en una medida terapéutica, la toma de fármacos estabilizadores. Las otras dos tienen relación con las características de la muestra, que son el estado civil y los antecedentes psiquiátricos personales. Estos resultados nos indican que la atención sanitaria en la planta estudiada es bastante homogénea, sin que haya datos alarmantes de diferencias en el trato a los pacientes inmigrantes. A continuación analizaremos las variables que han resultado significativas y aquellas que han generado una discrepancia que consideramos importante con otros estudios de nuestro entorno o de los consultados en la revisión bibliográfica previa.

Antecedentes psiquiátricos:

Los resultados de nuestro estudio respecto a la mayor presencia de antecedentes psiquiátricos personales en inmigrantes en nuestra UHA son similares a los obtenidos por Zeppegno et al., que obtuvieron una OR=2,6 (CI 95%: 1,64-4,12), que planteó la hipótesis de esto puede deberse a un mayor uso de los pacientes inmigrantes de los servicios de urgencia hospitalaria³⁵. Sin embargo, contradicen otros estudios mencionados como en la revisión bibliográfica¹⁸, entre los que se incluye el estudio de Alda et al., que incluso obtiene resultados a favor de una mayor prevalencia de antecedentes psiquiátricos personales entre los pacientes nacionales (chi cuadrado=10,1 GI=3 $p<0,05$)⁵. En este estudio no hemos discriminado entre los distintos tipos de enfermedad mental, ni por su gravedad, como si realizaron en este último caso Lerner et al. (Israel 2008), que apreciaron una relación estadísticamente significativa entre menos alteraciones psiquiátricas graves observadas y el

hecho de ser inmigrante¹⁹. Otro estudio de cohortes israelí realizado por Werbeloff et al. (2011, n=8557), estratificado por regiones, buscó relación entre la esquizofrenia (enfermedad mental grave) y la inmigración. Obtuvo los resultados de que las personas que habían migrado previo a la edad de 15 años tenían un mayor riesgo de esquizofrenia (RR=1.6, IC95% 1.51-2.51)³⁴. En nuestro trabajo, como se utilizó la variable diagnóstico para realizar un emparejamiento para realizar un estudio caso-control no podemos obtener ninguna inferencia respecto a este aspecto.

Estabilizadores del humor:

Las diferencias halladas en relación al tratamiento estabilizador del humor (más prevalentemente utilizado en nacionales) son similares a las encontradas en los estudios realizados por Apostolopoulos et al.¹ y Thorens et al.³¹, aunque en ambos casos no realizaron un análisis inferencial. En el segundo estudio mencionado merece la pena resaltar las diferencias porcentuales entre el grupo de suizos y el de extranjeros en relación a la toma de estabilizadores del humor (del 41,2% en suizos frente al 23,8% en extranjeros)³¹. En el estudio realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet solo compararon la utilización de litio, sin obtener resultados estadísticamente significativos⁵.

Estado civil:

En nuestro estudio encontramos que existía una relación estadísticamente significativa entre ser extranjero y estar casado en nuestra muestra. Esta correlación ha sido parcialmente descrita también en algunos artículos como el realizado por Lay et al. en Suiza, aunque solo presente en extranjeros de algunas nacionalidades concretas, ya que estratificaron las nacionalidades en clusters. Sus resultados fueron significativos para pacientes de la antigua Yugoslavia y Turquía (con porcentajes de 31,8% y 28,6% de solteros frente al 53,5% de suizos). Tomando el hecho de estar casado fue del 48,8% y el 44,8% frente al 23,7% respectivamente¹⁸. Sin embargo, otros estudios como los realizados por Walsh³³ et al. y Thorens et al.³¹ no han encontrado

diferencias estadísticamente significativas. Esto coincide con lo obtenido por Alda et al. en el Hospital Universitario Miguel Servet, con porcentajes muy similares en las dos muestras (alrededor del 20%)⁵. Cabe destacar la elevada prevalencia de pacientes casados en nuestro estudio (del 41,5%) en comparación con este estudio (19,9%), dado el hecho de que fueron realizados en la misma ciudad.

Tipo de ingreso:

Nuestros resultados, con un 49,2% de ingresos involuntarios en nacionales frente al 56,9% en inmigrantes, a pesar de presentar más de 7 puntos porcentuales más, no fueron estadísticamente significativos respecto a esta variable. Contradice estudios muy amplios relacionados en otros países, como los de Lay et al.¹⁷ y Norredam et al.²³ Sin embargo, esta no significación es similar a otros estudios realizados en el extranjero (Grube.⁹ y Spinogatti et al.²⁹), y lo que es más importante, coincide con los estudios realizados en nuestro país, como pueden ser los realizados por Gotor et al.⁸ y Pérez Rodríguez et al.²⁵, a los que podemos considerar como las muestras menos heterogéneas, hablando desde la visión de la cultura receptora, a la nuestra. En el otro estudio realizado en Zaragoza sobre el tema no se analizó esta variable⁵.

Contención mecánica:

Los estudios expuestos en el marco teórico apoyaban la teoría de que los extranjeros tienen más probabilidad de ser contenidos mecánicamente²³, incluido el realizado en el hospital Miguel Servet⁵. Sin embargo, no se han apreciado diferencias significativas respecto a esta cuestión en nuestro estudio, apreciándose además un porcentaje mucho menor de dicha medida en los dos grupos (del 16,9% frente al 31,3% en nacionales y del 24,6% frente al 81,3% en inmigrantes).

Toma y prueba de tóxicos:

Se incluyó la petición de prueba de tóxicos como variable objetiva tras observar que en el estudio realizado por Alda et al. obtuvieron un resultado que

mostraba que se pedían más pruebas de tóxicos en orina a los inmigrantes que a los nacionales (OR=2,5 IC 95%: 2.1-2.9)⁵. Según los resultados de nuestro estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a esta cuestión, si bien se apreció que en nuestra UHA se pidió prueba de tóxicos a más del 95% de los pacientes en ambas muestras, frente al 38,2% de los inmigrantes y el 19,6% de los nacionales de estudio realizado en el hospital Miguel Servet⁵.

Respecto a la positividad de la prueba de tóxicos por parte de los pacientes inmigrantes frente a los nacionales observamos una mayor prevalencia entre estos últimos, con un 41,5% frente al 27,7% de los inmigrantes, sin que existiese una relación estadísticamente significativa en estos resultados de nuestra muestra. Alda et al. sí obtuvieron resultados significativos en este sentido, con un 23% de positividad entre inmigrantes frente al 45% de los nacionales⁵, si bien puede estar sesgado por la mayor petición de pruebas a inmigrantes anteriormente descrita. Del resto de estudios consultados en la revisión bibliográfica, se extraen resultados similares a los obtenidos por Alda et al.⁵. Un estudio descriptivo realizado por Walsh et al. (n=413) en Israel apreció una menor prevalencia de abuso de drogas entre los inmigrantes (44,6% frente al 55,5% de nacionales)³³. Otros estudios experimentales, como son el realizado por Lay et al. en Suiza¹⁸, y el realizado por Pérez-Rodríguez et al. en España (Madrid)²⁵ obtuvieron resultados significativos donde apreciaron una menor tasa de abuso de drogas en los inmigrantes, en el caso de Lay et al., principalmente entre los pacientes de fuera del continente Europeo¹⁸.

Días de ingreso:

Por último, otra variable que es importante a la hora de evaluar el trato hospitalario agudo en psiquiatría es el tiempo que se requiere de ingreso. Alda et al. observaron que los pacientes extranjeros pasaban menos tiempo en la planta de psiquiatría (8,1 días de media frente a 12,6), siendo estos resultados estadísticamente significativos ($t=3,6$ GI=202, $p<0,01$)⁵. En nuestra UHA también observamos que los pacientes inmigrantes pasaban de media 13,51 días frente a 16,14 en nacionales, no siendo estos resultados significativos. Otro estudio

realizado en Madrid por Gotor (n=175) apreció también diferencias en los días de ingreso, con 15,1 días de media en inmigrantes frente a 17,9 en nacionales⁸.

3. Conclusiones:

1. En los pacientes **inmigrantes predomina el estado civil casado y presentan más antecedentes psiquiátricos personales.**
2. Se ha observado una **mayor prescripción de estabilizadores del humor a pacientes nacionales en nuestra UHA.**
3. **No se han apreciado diferencias significativas en la prescripción de otras familias de tratamientos (Antidepresivos, Antipsicóticos, Antipsicóticos depot, TEC y Benzodiacepinas).** La prescripción farmacológica tiende a la homogeneidad entre grupos de pacientes en nuestro estudio.
4. **No se han observado diferencias estadísticamente significativas en el uso de medidas como la contención mecánica, la necesidad de ingreso involuntario o la petición y positividad de la prueba de tóxicos.** No se aprecia un trato discriminatorio de los inmigrantes respecto a estas cuestiones.
5. **No se ha encontrado significación en relación al tiempo de estancia de los pacientes en relación a su grupo (inmigrantes o españoles).** Sin embargo, se ha apreciado una **estancia media mayor (3 días de media) entre los pacientes españoles.**
6. El presente estudio evidencia que **hay que procurar una competencia y sensibilidad cultural en todos los dispositivos de la red mental.** En las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría **deberían estar incluidos indicadores de calidad** en sus Planes Funcionales y cuya extensión pudiera ser evaluada en estudios de investigación clínica.

Bibliografía:

- (1) Apostolopoulos A, Mandrapilia A, Papadopoulou A, Konstantinidou D, Rizos E, Douzenis A, et al. Ethnicity and its influence on psychiatric treatment in a newly established Greek inpatient unit. *European Psychiatry*. 2010;25(Supplement 1):529.
- (2) Arvidsson H, Hultsjö S. Needs and care of migrants considered as severely mentally ill-cross-sectional and longitudinal studies of a Swedish sample. *European Psychiatry*. 2009;24(8):533.
- (3) Asociación Americana de Psiquiatría, Lifante AB. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5: Médica Panamericana; 2014.
- (4) Campos R. Proyecto de Gestión Clínica. Unidad de Hospitalización de Adultos. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Presentado el 15 de Abril de 2015. BOA 86, 8 de Mayo 2015.
- (5) Díez MA, Campayo JG, Sobradie N. Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2010;38(5):262-269.
- (6) Durbin A, Moineddin R, Lin E, Steele LS, Glazier RH. Mental health service use by recent immigrants from different world regions and by non-immigrants in Ontario, Canada: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1.
- (7) Forcada I, Pera V, Cruz I, Pifarre J, Serna C, Rué M, et al. Comparison of immigrant and native-born population adherence to antipsychotic treatment in a Spanish health region. *Community Ment Health J*. 2013;49(2):199.
- (8) Gotor L, Gonzales-Juarez C. Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2004;39(7):560.
- (9) Grube M. Are compulsory admissions more frequent in immigrants and ethnic minorities?. *Psychiatr Prax*. 2009;36(2):67.
- (10) Hardcastle, Kennard D, Grandison S, Fagin L. Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria: relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales. Herder: Barcelona, 2009.
- (11) Ineichen B, Harrison G, Morgan HG. Psychiatric hospital admissions in Bristol. I. Geographical and ethnic factors. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 1984;145:600.
- (12) ine.es [Internet]. Madrid. Instituto Nacional de Estadística. 2017; [2017;05/10/2017] Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>

- (13) IVERSEN VC, BERG JE, SMÅVIK R, VAALER AE. Clinical differences between immigrants voluntarily and involuntarily admitted to acute psychiatric units: a 3-year prospective study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2011;18(8):671.
- (14) Izquierdo M, Jimeno JF, Lacuesta A. Los flujos migratorios en España durante la crisis. *Boletín Económico* 2014(SEP). 2014
- (15) Keyes KM, Vo T, Wall MM, Caetano R, Suglia SF, Martins SS, et al. Racial/ethnic differences in use of alcohol, tobacco, and marijuana: Is there a cross-over from adolescence to adulthood? *Soc Sci Med*. 2015;1:132-141.
- (16) Kirmayer, LJ, Guzder J, Rousseau C. *Cultural Consultation : Encountering the Other in Mental Health Care*. New York : Free Press, 2014
- (17) Lay B, Lauber C, Nordt C, Rössler W. Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland. A case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(3):199.
- (18) Lay B, Lauber C, Rössler W. Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(5):358.
- (19) Lerner V, Kanevsky M, Witztum E. The influence of immigration on the mental health of those seeking psychiatric care in southern Israel: a comparison of new immigrants to veteran residents. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2008;45(4):291.
- (20) Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763. (Boletín Oficial del Estado, núm. 7, de 08/01/2000);BOE-A-2000-323.
- (21) Magán TM, Díez-Canseco ML, Sopena LL, Manteiga AT, Díez SC, Crespo RC, et al. P02-291 Similar clinical and demographic profile of immigrant and native patients in an acute psychiatric unit. *European Psychiatry*. 2009;24(Supplement 1):981.
- (22) Muñoz R. Psiquiatría, antropología e interdisciplinariedad: encuentros en el abordaje del padecimiento en la diversidad cultural / *Psychiatry, Anthropology and Interdisciplinarity: Encounters in Addressing the Disease in Cultural Diversity*. *Desacatos*. 2015;0(48):92.
- (23) Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(2):143.
- (24) Organización Mundial de la Salud. *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación* : World Health Organization; 2006.
- (25) Perez-Rodriguez MM, Baca-Garcia E, Quintero-Gutierrez FJ, Gonzalez G, Saiz-Gonzalez D, Botillo C, et al. Demand for psychiatric emergency services

and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *Eur J Public Health*. 2006;16(4):383.

(26) Qureshi A, Garcia Campayo J, Eiroa-Orosa FJ, Sobradie N, Collazos F, Febrel Bordejé M, et al. Epidemiology of substance abuse among migrants compared to native born population in primary care. *The American Journal on Addictions*. 2014;23(4):337-342.

(27) Raga Gimeno F. Etnopsiquiatría como mediación intercultural : Ethnopsychiatry as intercultural mediation. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción* 2014;15(40):290.

(28) del.rae.es [Internet]. Madrid. Real Academia Española. Diccionario de la RAE. [2017;05/10/2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>

(29) Spinogatti F, Civalenti G, Conti V, Lora A. Ethnic differences in the utilization of mental health services in Lombardy (Italy): an epidemiological analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(1):59.

(30) Stitou R. Psyche and culture: Perspectives based on the contributions and limits of ethnopsychiatry. *Int J Psychoanal*. 2016;97(6):1657-1675.

(31) Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF, Eytan A. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry*. 2008;8:55.

(32) UNESCO. Declaración Universal sobre la diversidad cultural, adoptada por la 31ª Asamblea General el 3 de noviembre de 2001. 2002.

(33) Walsh S, Blass D, Bensimon-Braverman M, Barak L, Delayahu Y. Characteristics of Immigrant and Non-Immigrant Patients in a Dual-Diagnosis Psychiatric Ward and Treatment Implications. *Journal of Immigrant & Minority Health*. 2014;16(6):1045.

(34) Werbeloff N, Levine S, Rabinowitz J. Elaboration on the association between immigration and schizophrenia: a population-based national study disaggregating annual trends, country of origin and sex over 15 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(2):303.

(35) Zeppegno P, Lavatelli L, Parafioriti A, Probo M, Ressico F, Antona M, et al. Emergency psychiatry: P02-16 - E.R. admissions of immigrants presenting with psychiatric symptoms: a retrospective study in eastern piedmont. *European Psychiatry*. 2010;25(Supplement 1):634.

ANEXOS:

ANEXO I: Flujos migratorios en España,

Tabla 8

FLUJO INMIGRANTES EXTRANJEROS EN ESPAÑA (2008-2015)	
AÑO	Nº absoluto de inmigrantes
2008	518.361
2009	327.315
2010	292.106
2011	292.849
2012	229.919
2013	205.428
2014	235.133
2015	258.400

Elaboración propia con datos extraídos del sitio web del INE: www.ine.es

Tabla 9

FLUJO INMIGRANTES EXTRANJEROS EN ARAGÓN (2008-2015)	
AÑO	Nº absoluto de inmigrantes
2008	21.071
2009	10.887
2010	9.526
2011	8.919
2012	6.252
2013	5.347
2014	5.587
2015	6.234

Elaboración propia con datos extraídos del sitio web del INE: www.ine.es

Tabla 10

SALDO MIGRATORIO EN ESPAÑA (2008-2015)			
AÑO	EXTRANJEROS	NACIONALES	TOTAL
2008	+310.641	-13.339	+297.302
2009	+12.845	-19.413	-6.568
2010	-42.675	-25.588	-68.263
2011	-37.698	-35.222	-72.920
2012	-142.552	-36.774	-179.326
2013	-251.531	-49.473	-301.004
2014	-94.976	-43.469	-138.445
2015	-1.761	-45.436	-47.197
2016 (1er semestre)	+30.504	-21.389	+9.115

Elaboración propia con datos extraídos del sitio web del INE: www.ine.es

ANEXO II Variables estudiadas:

A. Código de paciente

B. País de origen

C. Edad

D. Sexo

-1 = Hombre

-2 = Mujer

E. Estado civil

-1 = Soltero

-2 = Casado

-3 = Divorciado

-4 = Viudo

-5 = Desconocido

F. Red social

-1 = Nula

-2 = Parcial

-3 = Adecuada

G. Situación laboral:

-1 = Inactivo

-2 = Activo

-3 = Estudiante

-4 = Estudia y trabaja

H. Antecedentes Psiquiátricos Personales:

-1 = Si

-2 = No

I. Conocido en nuestra UHA:

-1 = Si

-2 = No

J. Tipo de ingreso:

-1 = Voluntario

-2 = Involuntario

K. Motivo del ingreso:

-1 = Descompensación psicótica

-2 = Ideas / Intento autolítico

-3 = Desintoxicación

-4 = Problemática social

-5 = Alteración de conducta / Agitación

-6 = Otros

L. Reingreso:

-1 = Si

-2 = No

M. Origen:

-1 = Urgencias

-2 = Programado

-3 = Traslado de otra planta

-4 = Traslado de otro hospital

-5 = Consultas externas / Centro de salud mental

-6 = Otros

N. Derivación al alta:

- 1 = Centro de salud mental
- 2 = UMF o similar
- 3 = Centro de desintoxicación
- 4 = Traslado a otra planta
- 5 = Traslado a otro hospital
- 6 = Otros
- 7 = Hospital de día

O. Diagnóstico principal:

- 1 = Demencia
- 2 = Orgánico
- 3 = Consumo de tóxicos
- 4 = Esquizofrenia / Esquizoafreniforme
- 5 = Trastorno por ideas delirantes
- 6 = Episodio psicótico agudo
- 7 = Trastorno esquizoafectivo
- 8 = Trastorno bipolar
- 9 = Depresión
- 10 = Trastorno de ansiedad
- 11 = Trastorno obsesivo compulsivo
- 12 = Trastorno adaptativo
- 13 = Trastorno disociativo
- 14 = Otros trastornos neuróticos
- 15 = Trastorno de la conducta alimentaria
- 16 = Trastorno de la personalidad
- 17 = Retraso mental

P. Prueba de tóxicos en orina:

- 0 = No se pidió
- 1 = Positivo
- 2 = Negativo

Q. Sujeción mecánica

-1 = Si

-2 = No

R. Colaboración a trabajo social

-0 = No consta

-1 = Si

-2 = No

S. Días de ingreso

T. Tratamiento (durante el ingreso y al alta):

-1 = Antidepresivos

-2 = Antipsicóticos orales

-3 = Antipsicóticos depot

-4 = Terapia electroconvulsiva

-5 = Tratamiento estabilizador

-6 = Benzodiacepinas

U. Alta voluntaria:

-0 = No

-1 = Sí

ANEXO III: Ley de Enjuiciamiento Civil, Artículo 763

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

Publicado en: «BOE» núm. 7, de 08/01/2000.

Entrada en vigor: 08/01/2001

Departamento: Jefatura del Estado

Referencia: [BOE-A-2000-323](#)

Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

• **Última actualización, publicada el 23/07/2015, en vigor a partir del 12/08/2015.**

ANEXO IV: Sobre la contención mecánica. Extraído del “Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación”

-1. La legislación puede autorizar el aislamiento y las restricciones físicas cuando se trate del único medio disponible para prevenir un daño inmediato o inminente contra sí mismo o contra terceros.

-2. El aislamiento y las restricciones físicas deben durar lo mínimo indispensable.

-3. Debe existir un contacto activo, personal y prolongado con la persona sujeta a aislamiento o a restricciones físicas, que vaya más allá de la vigilancia pasiva.

-4. La legislación debe prohibir el empleo del aislamiento y de las restricciones físicas como forma de castigo para conveniencia del personal

Además, establece el siguiente procedimiento:

-a) Deben ser autorizados por un profesional de salud mental acreditado.

-b) Debe acreditarse que la institución de salud mental cuenta con instalaciones adecuadas para llevar a cabo esas intervenciones de forma segura.

-c) Las razones y la duración del aislamiento y de las restricciones físicas, y el tratamiento administrado para lograr su rápido cese, debe ser registrado en la historia clínica del paciente por el profesional de salud mental que autorice dichas intervenciones. Debe anotarse todo aislamiento y restricción física en un registro accesible al órgano de revisión. Los miembros de la familia y/o los representantes personales del paciente deben ser inmediatamente informados del sometimiento del paciente a aislamiento o restricciones físicas.