



Universidad
Zaragoza

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes de otras culturas ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) y de los atendidos por la Unidad de Psiquiatría y Psicósomática

Clinical-epidemiological profile of transcultural inpatients admitted to Adult Hospitalization Unit (UHA) Psychiatric an/or referred to Psychiatric and Psychosomatic Unit

Autor/es

M^a del Pilar García Aguilar

Director/es

Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza

Año 2018

Índice

RESUMEN:	2
ABSTRACT:	3
INTRODUCCIÓN:	4
El movimiento migratorio en España:	4
¿Qué es la Psiquiatría?	5
¿Qué es y en qué consiste la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza?	5
¿Qué es la Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace?	6
¿Qué es y en qué consisten las Interconsultas a la Unidad de Psicosomática del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza?	7
¿Qué entendemos por cultura?	10
Cultura y hospitalización:	11
MATERIAL Y MÉTODOS:	12
Objetivo:	12
Metodología:	12
RESULTADOS:	14
1. Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría.	14
2. Unidad de Psicosomática, interconsultas.	23
3. Limitaciones del estudio:	30
DISCUSIÓN:	31
CONCLUSIONES:	37
BIBLIOGRAFÍA:	38
Anexos:	42

RESUMEN:

Objetivo: La prevalencia de la población extranjera en nuestro país está en aumento; lo que supone que la atención a pacientes de otras culturas es, hoy en día, una actividad que debe ser correctamente manejada por los profesionales sanitarios. Estos pacientes pueden generar dificultades a la hora de ser atendidos (la razón principal es la diferencia de idiomas) y también pueden ser discriminados por el personal sanitario. En el presente trabajo se analiza el perfil clínico-asistencial de pacientes de otras culturas ingresados tanto en la UHA de Psiquiatría como en la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo comparando diferentes variables en dos grupos de pacientes: pacientes extranjeros extraídos de los informes de alta de la UHA de Psiquiatría en el año 2017 (n=60) y pacientes extranjeros extraídos de los informes de interconsulta de la Unidad de Psicopatología en el año 2016 y 2017 (n=62); en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Previamente se ha realizado una búsqueda sistematizada de artículos relacionados con el tema a estudio.

Resultados: En el grupo de pacientes extranjeros de Psiquiatría se observó que la gran mayoría de ellos procedían de Rumanía (25%), el motivo de ingreso más frecuente fue alteración de la conducta (43.33%), las mujeres tenían más antecedentes psiquiátricos (43.33%) y que la contención mecánica sólo se precisó en un 17% de pacientes. Mientras que en el grupo de pacientes extranjeros de Psicopatología se observó que, al igual que en el anterior, la gran mayoría procedían de Rumanía (40.32%), el diagnóstico principal más frecuente fueron el consumo de tóxicos y el trastorno adaptativo (14.52%), el uso de contención mecánica sólo se precisó en 7% de estos pacientes y que el 37% de estos pacientes tenían antecedentes psiquiátricos.

Conclusiones: En el año 2017 el porcentaje de pacientes extranjeros ingresados en la UHA de Psiquiatría fue de un 15%. En el año 2016 el porcentaje de interconsultas de pacientes extranjeros realizadas a la Unidad de Psicopatología fue de un 3%, mismo porcentaje que en el año 2017. Este crecimiento en el porcentaje sugiere la necesidad de adquirir una serie de medidas y plan de mejora para llevar a cabo una mejora de la calidad asistencial en este grupo de pacientes.

Palabras clave: “inmigrante”, “psiquiatría”, “psicopatología”, “hospitalización”, “cultura”, “etnia”.

ABSTRACT:

Objective: Foreign population prevalence in our country is increasing; which implies that the care of patients from other cultures is, nowadays, an activity that must be correctly handled by the health professionals. These patients can generate difficulties when it comes to being treated (the main reason is the difference in languages) and they can also be discriminated against by health personnel. In the present work, the clinical-care profile of patients from other cultures admitted to both the UHA of Psychiatry and the Unit of Psychosomatics and Liaison Psychiatry is analysed.

Material and Methods: A retrospective, observational and descriptive study was carried out comparing different variables in two groups of patients: foreign patients extracted from the discharge reports of the UHA of Psychiatry in 2017 (n = 60) and foreign patients extracted from the interconsultation reports of the Psychosomatics Unit in 2016 and 2017 (n = 62); in the Lozano Blesa University Clinical Hospital of Zaragoza. Previously, a systematic search of articles related to the topic under study has been carried out.

Results: In the group of foreign patients of Psychiatry it was observed that the great majority of them came from Romania (25%), the most frequent reason of admission was behaviour alteration (43.33%), women had more psychiatric antecedents (43.33%) and that mechanical containment was only required in 17% of patients. While in the group of foreign patients of Psychosomatics it was observed that, as in the previous group, the great majority came from Romania (40.32%), the most frequent diagnosis was the consumption of toxic and the adaptive disorder (14.52%), the use of mechanical restraint was only required in 7% of these patients and that 37% of these patients had a psychiatric history.

Conclusions: In 2017, the percentage of foreign patients admitted to the UHA of Psychiatry was 15%. In 2016, the percentage of interconsultations of foreign patients made to the Psychosomatics Unit was 3%, the same percentage as in 2017. This growth in the percentage suggests the need to acquire a series of measures and an improvement plan to carry out an improvement in the quality of care in this group of patients.

Key words: "Immigrant", "psychiatry", "psychosomatic", "hospitalization", "culture", "ethnicity".

INTRODUCCIÓN:

Para abordar este trabajo lo primero que debemos analizar es el contexto de migración en España y la diversidad cultural que existe en nuestro país.

El movimiento migratorio en España:

Tradicionalmente España ha sido un país con altas tasas de emigración; sin embargo durante los primeros años del siglo XXI ha ido disminuyendo la tasa de emigración y aumentando la de inmigración. Lo que ha supuesto un aumento del número de ingresos de pacientes extranjeros en diferentes servicios médicos, incluso en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría, llegando a doblar su número en algunos hospitales¹; así como un aumento en el número de Interconsultas a la Unidad de Psicopatología de este tipo de pacientes.

En 2008, al comienzo de la crisis económica, se frenó la tendencia inmigratoria a España; sobre todo se observó un descenso considerable en los inmigrantes de origen europeo en el período de tiempo entre 2008-2009.² El 2009 fue el último año en el que la llegada de inmigrantes superaba la salida de emigrantes. A partir del 2009 se produjo un saldo migratorio negativo, emigraban más personas de las que llegaban a vivir a nuestro país; produciéndose un pico máximo de emigración en el 2013 (532.303 emigrantes y 280.772 inmigrantes; saldo migratorio de -251.531 personas); hasta el 2016, año en el que la tasa de inmigrantes volvió a superar la tasa de emigrantes y se produjo un saldo migratorio positivo (89.126 personas)³. (Anexo I)

En 2016 la población residente en España creció un 0.19% por primera vez desde 2011, la inmigración aumentó un 21.9% y descendió la emigración un 4.6% respecto al año anterior.⁴ En este año llegaron a España 354.461 de extranjeros, aunque siguen siendo Marruecos y Rumanía los principales países de los que proceden los inmigrantes (con 29.986 personas marroquíes llegadas a España en 2016 y 28.859 rumanas)⁴ (Anexo II).

Actualmente existen 4.464.997 de extranjeros residiendo en España⁵; ya que la población extranjera aumentó un 1.0% (45.373 personas) durante el primer trimestre de 2017; siendo Marruecos (17.634 personas), Colombia (15.395 personas) y Rumanía (15.300 personas) los países de procedencia principales⁶ (Anexo III) (Datos extraídos de la base de datos del INE el 1 de Julio de 2017). En la actualidad la población extranjera en Aragón es de un 10.2%⁷; siendo Rumanía el país de procedencia principal.(Anexo IV y V).

Debido a las condiciones socioeconómicas, la pobreza y el conflicto en países africanos y de oriente próximo, la probabilidad de que la tasa de inmigración aumente en España es muy alta; dato que hace necesaria la adquisición de diferentes

conocimientos acerca de las múltiples culturas para poder mejorar la asistencia sanitaria en diversas áreas de la salud.

El hecho de que la población extranjera esté aumentando en nuestro país es algo que demuestra que la atención a pacientes de otras culturas es, en este momento, una actividad del día a día que debe ser correctamente manejada por los profesionales sanitarios. Por ello debemos tener en cuenta los diversos factores que pueden interferir en la atención a estos pacientes (como el lenguaje, su situación económica, social...) con el fin de mejorar la calidad asistencial y evitar las situaciones que puedan generar cualquier tipo de discriminación.

Para abordar el tema de este Trabajo de Fin de Grado es necesario contestar a una serie de preguntas como ¿qué es la Psiquiatría?, ¿qué es la Psicopatología o Psiquiatría de enlace? y ¿qué entendemos por cultura?

¿Qué es la Psiquiatría?

La psiquiatría es definida de diferentes formas, entre las que destacan⁸:

- *"Rama de la medicina humanística por excelencia, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los modos psíquicos de enfermar"*, definición dada por Francisco Alonso-Fernández.
- *"Rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la vida de relación a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia"*, definición dada por Henri Ey.
- *"Ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera que sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica"*, definición dada por Carlos Castilla del Pino.

La Real Academia Española (RAE) define la Psiquiatría como la *"Ciencia que trata de las enfermedades mentales"*.⁹

¿Qué es y en qué consiste la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza?¹⁰

La UHA tiene como objetivo ofrecer un tratamiento intensivo e individualizado a los pacientes ingresados en ésta durante un período de tiempo de 4 a 8 semanas y con una atención continuada (24 horas). Atiende a toda la población del Sector de Calatayud

y del Sector III; este último consta de 22 zonas todas ellas dotadas de un Centro de Salud y consultorios locales.

Esta unidad, que se fundó en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza en 1975, se encuentra en la tercera planta del edificio de este mismo hospital. Es de acceso restringido y consta de 20 camas repartidas en 16 habitaciones (12 habitaciones individuales y cuatro habitaciones dobles), un control de enfermería, dos salas de enfermería, una sala de estar, un despacho, una sala de reuniones, una sala con función de comedor y una sala de actividades propias de la UHA.

La unidad es atendida por un jefe de sección y dos de Psiquiatría (un total de tres Psiquiatras dos de los cuales son, además, tutores MIR), nueve enfermeros, ocho auxiliares de clínica, nueve celadores, un trabajador social y una secretaria.

La estancia en esta unidad debe ser corta, aunque existen factores que alargan dicha estancia: paciente que realiza la llamada “puerta giratoria”, paciente con una importante problemática social y/o psicológica y paciente que precisa ser internado en la UME (Unidad de Media Estancia).

La gran mayoría de los ingresos en esta planta proceden de Urgencias, hecho que indica la importancia de la coordinación entre el equipo de Urgencias y el equipo de guardia de Psiquiatría; que está formado por un Psiquiatra y dos Médicos Internos Residentes (MIR) de Psiquiatría. Las urgencias Psiquiátricas ofrecen su servicio todos los días del año y durante las 24 horas.

¿Qué es la Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace?

La Real Academia Española (RAE) define la Psicosomática como lo *“Que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario”*.⁹

La Medicina Psicosomática o Psiquiatría de Enlace ha sido la que ha incluido el modelo biopsicosocial a la práctica médica; éste es el que exige la inclusión de la cultura dado que ésta influye tanto en la presentación como en el alcance de las enfermedades y también es importante en la relación médico-paciente¹¹.

Las teorías mágicas y religiosas son los antecedentes de los modelos psicosomáticos ya que, antiguamente se pensaba que una enfermedad podía ser el resultado de espíritus malignos o malas influencias, y que, además, éstas podían ser curadas por medio de rituales, rezos, etc.¹²

La Psiquiatría de enlace es cada vez más reconocida en el ámbito hospitalario debido a que la enfermedad física es un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas ansioso-depresivos. Según el *European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatric and Psychosomatics* alrededor de un 10% de todos los pacientes ingresados al día en un hospital general requerirá una consulta con el especialista de

Psiquiatría de enlace, aunque sólo un 1.4% de los pacientes ingresados en un hospital general serán valorados por este servicio.¹³

El objetivo de la Unidad de Psiquiátrica de Enlace es el estudio de la relación médico-paciente, atender las confrontaciones bioéticas de la enfermedad y atender a pacientes con síntomas o síndromes psiquiátricos; incluyendo:¹³

- Problemas adaptativos.
- Psicopatologías coincidentes o desencadenadas por patologías sintomáticas
- Trastornos orgánico-mentales

Por lo general la Psiquiatría de Enlace abarca dos áreas importantes: un área dirigida hacia la relación médico-paciente y otra dirigida hacia el paciente, en esta última se incluye la intervención realizada a la familia de éste.

Una de las interconsultas más frecuentes con Psicósomática o Psiquiatría de Enlace es la realizada por el Servicio de Oncología; por lo que es habitual la existencia de un programa de psico-oncología donde lo que se contempla es el tratamiento de los aspectos emocionales durante el manejo de la patología oncológica.¹⁴

¿Qué es y en qué consisten las Interconsultas a la Unidad de Psicósomática del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza?¹⁵

El objetivo de la Unidad de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace (UPPE) tiene como finalidad atender a los pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa ingresados en otras plantas y que presentan patología psiquiátrica. Los pacientes que suelen ser atendidos en esta unidad son: pacientes con trastornos funcionales y somatomorfos, pacientes con enfermedades psiquiátricas añadidas a la patología orgánica y que pueden impedir el tratamiento de ésta y pacientes que, como consecuencia de una patología médica o del tratamiento de ésta, desarrollan enfermedades psiquiátricas.

Esta unidad se fundó en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza en el año 1977, teniendo como fundamentos los siguientes:

- *“En entornos médico-quirúrgicos, el 30%-50% de pacientes ingresados y el 25%-30% de pacientes ambulatorios tienen morbilidad psíquica (co-morbilidad)*
- *La co-morbilidad psíquica (frecuentemente no detectada) motiva una excesiva utilización de servicios médicos y aumenta la incapacidad, morbilidad e incluso la mortalidad*
- *Un tratamiento “integral” de colaboración de psiquiatras con los médico-quirúrgicos, optimiza la asistencia y reduce los costes”*

La unidad de Psiquiatría de Enlace se encuentra en la tercera planta del edificio de hospitalización del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Consta de un despacho de recepción, un despacho para el jefe de servicio, un despacho para el psiquiatra adjunto, un despacho destinado a la Psico-Oncología, un despacho para los MIR, un despacho para enfermería y otro para la trabajadora social, una sala de reuniones (donde también se realizan test psicológicos), una sala de Terapias Familiares y de Grupo, una Clínica de la Memoria y una sala de investigación; además comparte con el Servicio de Psiquiatría la biblioteca y el aula. La unidad está atendida por un jefe de servicio (quien, además, tiene responsabilidades universitarias), un psiquiatra adjunto, dos Médicos Internos Residentes (MIR), una enfermera especializada, un auxiliar de clínica, una trabajadora social, una secretaria y un profesor titular colaborador o consultor; y a tiempo parcial consta de un psiquiatra, un trabajador social y una secretaria.

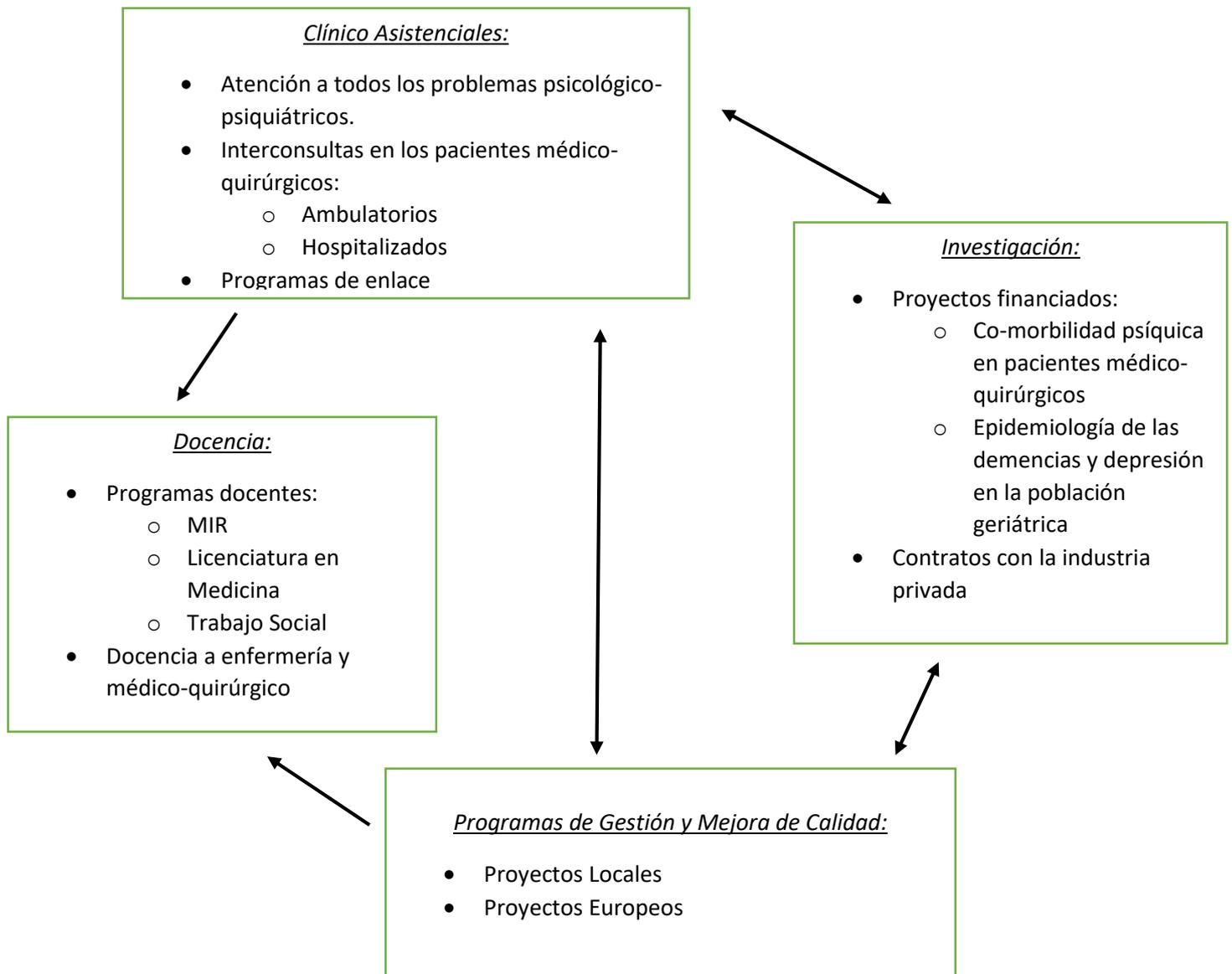
Los objetivos de este servicio siguen las pautas dadas por el Grupo Español de Trabajo en Psiquiatría de Enlace y Psicopatología (GETPEP):

- Realización de un estudio Psiquiátrico completo
- Respuesta a la interconsulta en el mismo día y, en caso de que la interconsulta se hiciera desde el Servicio de Urgencias, la respuesta ha de ser inmediata
- Entrevista a un familiar
- Seguimiento diario del paciente
- Clara comunicación con el servicio médico-quirúrgico solicitante
- Estrategia de equipo multidisciplinario (constará de un equipo de enfermería)
- Conexión con atención primaria
- Atención ambulatoria en el caso en el que el paciente lo precise
- Programas de enlace

A su vez, el GETPEP, dicta que la Unidades de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace (UPPE) deben realizar lo siguiente:

- Actividades específicas de enlace por acuerdos con los diferentes servicios médico-quirúrgicos
- Seguimientos tanto durante el ingreso como ambulatorios

En el siguiente esquema se muestran “La Cartera de Servicios” de la Unidad de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace:



¿Qué entendemos por cultura?

Esta es una de las preguntas principales, junto con las anteriores, debido a que en este trabajo vamos a estudiar y describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes de otras culturas (pacientes extranjeros, nacidos de padres extranjeros y adoptados de padres biológicos extranjeros)

Según la Real Academia Española la cultura se define como: *“Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”*⁹

Otra definición que encontramos sería a dada por la ONU (Organización de las Naciones Unidas)/ UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura); que define la cultura como *“el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias y que la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden.”*¹⁶

El término que acabamos de definir ha generado y genera una gran cantidad de literatura¹⁷ por escritores, filósofos, científicos...por el hecho de ser un concepto abstracto.

Gracias a estas definiciones podemos afirmar que España es un territorio en el que conviven multitud de culturas, dicho de otra manera, en España existe diversidad cultural.

La UNESCO la define como *“una fuerza motriz del desarrollo, no sólo en lo que respecta al crecimiento económico, sino como medio de tener una vida intelectual, afectiva, moral y espiritual más enriquecedora. Esta diversidad es un componente indispensable para reducir la pobreza y alcanzar la meta del desarrollo sostenible, gracias, entre otros, al dispositivo normativo, elaborado en el ámbito cultural”*¹⁶

Una definición, bajo mi punto de vista muy acertada. Del termino multiculturalidad es la dada por Requejo Col, quien define este término como *“concepto descriptivo que remite al carácter culturalmente heterogéneo de las personas que conviven en una sociedad. Dicha heterogeneidad incluye cuestiones como la religión que esas personas profesan, la lengua habitual que emplean, sus valores, sus costumbres y prácticas en el vestir, en la alimentación y, en general, el tipo de imaginario colectivo con el que interpretan y valoran el mundo y su relación con los demás”*¹⁸

La Real Academia Española define el término multicultural como *“Caracterizado por la convivencia de diversas culturas”*⁹

Cultura y hospitalización:

Las diferencias culturales pueden ejercer un papel negativo en el ingreso de los pacientes inmigrantes en cualquier planta de hospitalización, debido a diferentes características además de la barrera idiomática.

La comunicación durante la hospitalización es un factor realmente importante tanto para que el paciente explique cómo vive él su enfermedad como para que el profesional sanitario pueda comunicarse con él y éste entienda en qué consisten los diagnósticos o procedimientos a los que puede enfrentarse.

En el año 2002 se llevó a cabo un estudio descriptivo en el que se analizó la importancia de la comunicación entre paciente y personal sanitario; en éste se concluyó que tanto la comprensión de la enfermedad como la de la hospitalización y tratamiento pueden verse afectadas por la dificultad en la comprensión de la lengua nativa y/o de la lengua de los pacientes de otros países (japoneses en este caso).¹⁹

Otro de los problemas en cuanto a las diferencias culturales y hospitalización se refiere es que los pacientes inmigrantes, la mayor parte de ellos, tienen un nivel socio-económico bajo o medio-bajo y, a veces, una situación social precaria.

En 2015 se realizó un estudio descriptivo transversal en Aragón en el que los resultados afirman que los hombres tienen, significativamente, más problemas sociales que las mujeres.²⁰

MATERIAL Y MÉTODOS:

Objetivo:

El objetivo de este estudio consiste en determinar si existen diferencias en la asistencia sanitaria y atención médica a pacientes de origen extranjero y de otras culturas en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría y en La Unidad de Psicopatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa mediante la comparación de diversas variables, así como desarrollar una serie de recomendaciones o plan de mejora que pueda ser llevado a cabo en la práctica clínica.

Metodología:

Este trabajo consta de dos partes:

Primera parte: Búsqueda bibliográfica. En ésta se utilizaron Pubmed y Alcorze como buscadores principales, siendo las palabras clave “psychiatric hospitalization” AND “immigrant”, “psychosomatic” AND “immigrant” “psychiatric inpatients” AND “ethnicity”, “acute psychiatric” AND “ethnicity”, “toxic” AND “psychiatric”, “mechanical containment” AND “psychiatric” y “consultation liaison psychiatric” AND “ethnicity”. Se citaron 29 resultados de la búsqueda realizada en Pubmed y Alcorze. También se obtuvo información del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de diferentes textos legales que hacen referencia al tema.

Segunda parte: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en el que se comparan diferentes variables en dos grupos de pacientes; el primero de ellos es el grupo de pacientes extranjeros y de otras culturas de la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría y el segundo grupo está formado por los pacientes extranjeros y de otras culturas ingresados en diferentes áreas de especialidades del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y que pidieron interconsulta con la Unidad de Psicopatología. Este estudio se realizó en la UHA de Psiquiatría y en la Unidad de Psicopatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Para realizar este análisis se recopilamos los informes de alta de los pacientes ingresados en la UHA de Psiquiatría durante el año 2017 de donde se extrajeron los datos necesarios para este estudio; de todos estos informes se seleccionaron aquellos informes que pertenecían a pacientes de otras culturas según el nombre del paciente y/o según el contenido del apartado de psicobiografía de los informes en el caso en el que se hiciera referencia al lugar de origen de éstos. De todos esos pacientes observamos que 60 de ellos pertenecían a países extranjeros.

Para analizar a los pacientes pertenecientes al grupo de Psicopatología se extrajeron aquellos pacientes con nombres extranjeros (sin verificar la procedencia de todos y cada uno de los pacientes a los que se les pidió una colaboración con este servicio) de entre todos aquellos pacientes a los que atendió esta Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace durante los años 2016 y 2017, y se extrajeron los

datos de los informes de las peticiones de interconsultas realizados a este servicio y también de los informes de alta de los informes médicos de los pacientes.

Entendemos como paciente de otras culturas a los extranjeros, nacidos de padres extranjeros y adoptados de padres biológicos extranjeros; y tomando como sinónimos los términos inmigrante, extranjero y paciente de otra cultura.

Se tuvieron en cuenta una serie de variables en cada uno de los grupos; en el primer grupo (UHA de Psiquiatría) se obtuvieron un total de 25 variables diferentes (Anexo VI), todas ellas son variables cualitativas excepto las variables "días de ingreso" y "edad" que son cuantitativas; en el segundo grupo (Interconsultas a la Unidad de Psicopatología) se obtuvieron 16 variables diferentes (Anexo VII), todas ellas son variables cualitativas excepto las variables "días de ingreso en planta médica" y "edad" que son variables cuantitativas.

Todos los datos de todas las variables fueron seleccionados de los informes de alta de la UHA de Psiquiatría y de los informes de interconsulta de la Unidad de Psicopatología. Éstos fueron recogidos y procesados por medio del programa estadístico Microsoft Excel.

Al realizar la toma de datos de los pacientes extranjeros se asoció un número o código a cada uno de ellos con el fin de garantizar el derecho a la confidencialidad de los pacientes.

RESULTADOS:

1. Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría.

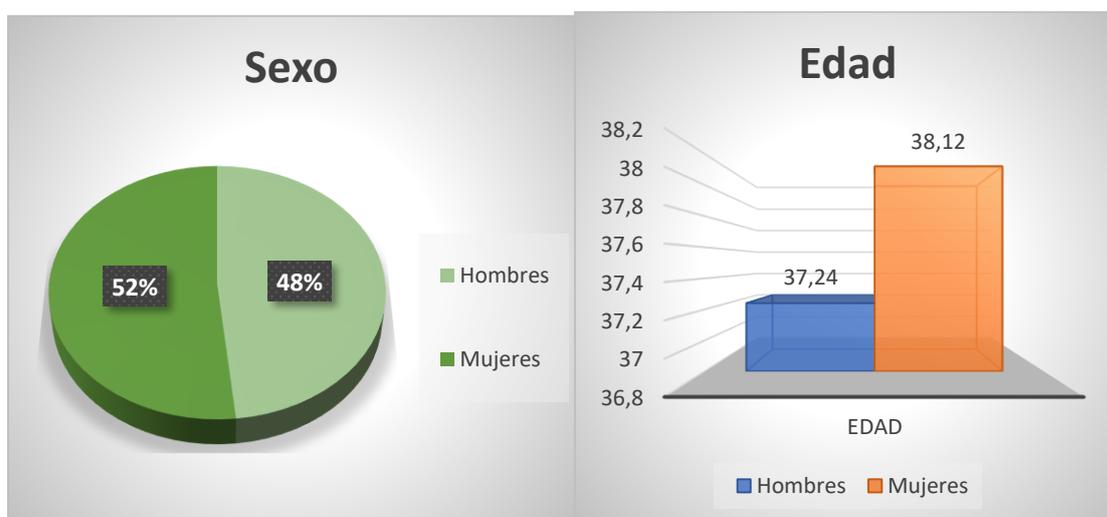
Obtuvimos una muestra de 397 pacientes ingresados en la UHA de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza en el año 2017 de los cuales seleccionamos a los pacientes de otras culturas (pacientes extranjeros), obteniendo un resultado de 60 pacientes en total, de entre ellos 31 son mujeres y 29 hombres.

El porcentaje de pacientes de otras culturas ingresados en la UHA de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza en el año 2017 es de un 15% del total de pacientes.

Tomamos 25 variables diferentes y obtuvimos un estudio retrospectivo, comparativo y descriptivo de todas éstas.

Todas estas variables son cualitativas, exceptuando las variables “días de ingreso” y “edad” que son variables cuantitativas.

La media de edad total es de 37.7 años; la media de edad de las mujeres es de 38.12 años (con un rango de 18 a 60 años); y la de los hombres 37.24 años (con un rango de 19 a 86 años).



Todos estos pacientes provienen de 28 países, siendo los más prevalentes los ingresos de pacientes procedentes de Rumanía (15 pacientes; 25%), de Guinea (3 pacientes; 5%), de Ecuador (3 pacientes; 5%), de Marruecos (3 pacientes; 5%), de la India (3 pacientes; 5%), de Colombia (3 pacientes; 5%) y de Francia (3 pacientes; 5%).



A continuación se exponen los resultados obtenidos en forma de tablas.

Tabla nº 1: Contexto social.

VARIABLE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Estado civil:			
▪ Soltero	7 (11.6%)	3 (5%)	10 (16.66%)
▪ Casado	6 (10%)	11 (18.33%)	17 (28.33%)
▪ Divorciado	2 (3.33%)	8 (13.33%)	10 (16.66%)
▪ Viudo	0 (0%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)
▪ Desconocido	14 (23.33%)	8 (13.33%)	22 (36.66%)
Situación Laboral:			
▪ Activo	7 (11.6%)	7 (11.66%)	14 (23.32%)
▪ Inactivo	22 (36.66%)	20 (33.33%)	44 (69.99%)
▪ Estudia	0 (0%)	4 (6.66%)	4 (6.66%)
▪ Estudia y trabaja	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Mediante esta tabla podemos comparar tanto a hombres como mujeres en su contexto social. Observamos lo siguiente:

- Los porcentajes de mujeres casadas y de mujeres divorciadas son superiores al de los hombres, siendo el porcentaje de éstas de un 18.33% y de un 13.33%, respectivamente; frente al 10% y 3.33%, respectivamente, de los hombres.
- Los porcentajes tanto de mujeres como hombres trabajadores son similares; así como el porcentaje de los mismos que se encuentran inactivos.
- Podemos observar una diferencia en el porcentaje de mujeres estudiantes; siendo éste superior al de los hombres.

Tabla nº 2: Características del ingreso.

VARIABLE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Origen del ingreso:			
▪ Urgencias	21 (35%)	28 (46.66%)	49 (81.66%)
▪ Programado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
▪ Traslado de otra planta	2 (3.33%)	0 (0%)	2 (3.33%)
▪ Traslado de otro hospital	6 (10%)	2 (3.33%)	8 (13.33%)
▪ CCEE o CSM	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
Motivo de ingreso:			
▪ Descompensación psicótica	9 (15%)	7 (11.66%)	16 (26.66%)
▪ Ideas o intento autolítico	9 (15%)	6 (10%)	15 (25%)
▪ Desintoxicación	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
▪ Problema social	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)
▪ Alteración de la conducta	15 (15%)	17 (28.33%)	32 (43.33%)
▪ Otros	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)
Derivación al alta:			
▪ CSM	13 (21.66%)	12 (20%)	25 (41.66%)
▪ CCEE	6 (10%)	10 (16.66%)	16 (26.66%)
▪ UME	0 (0%)	5 (8.33%)	5 (8.33%)
▪ Traslado a otra planta	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
▪ Traslado a otro hospital	4 (6.66%)	2 (3.33%)	6 (9.99%)
▪ Hospital de día	3 (5%)	1 (1.66%)	4 (6.66%)
▪ Centro de desintoxicación	1 (1.66%)	1 (1.66%)	2 (3.33%)
▪ Otro	2 (3.33%)	0 (0%)	2 (3.33%)

En esta tabla se exponen tres variables que hacen referencia a las características el ingreso de los pacientes extranjeros estudiados. Podemos observar:

- En la gran mayoría (81.66%) del total de extranjeros el ingreso proviene del Servicio de Urgencias.
- En la mayor parte de los ingresados (43.33%) el motivo de ingreso es una alteración de la conducta, siendo más elevado el número de mujeres que de hombres que ingresan por este motivo (28.33% frente a 15%).
- El Centro de Salud Mental (CSM) es el destino de muchos de estos pacientes (41.66%).
- También podemos observar como el 16.66% de las mujeres son derivadas a Consultas Externas (CCEE) frente al 10% de los hombres.

Tabla nº 3: Contexto psiquiátrico.

VARIABLE	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Antecedentes personales Psiquiátricos	22 (36.66%)	26 (43.33%)	48 (79.99%)
Reingresos en nuestra UHA	13 (21.7%)	19 (31.7%)	32 (53.33%)

En cuanto al contexto psiquiátrico podemos decir:

- Casi el 80% de los pacientes ingresados tenían antecedentes personales psiquiátricos.
- El porcentaje de mujeres con reingresos en nuestra UHA es superior al de hombres (31.7% frente a 21.7%).

Tabla nº 4: Consumo de tóxicos.

TIPO DE TÓXICOS	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Alcohol	6 (10%)	3 (5%)	9 (15%)
Cannabis	5 (8.3%)	5 (8.3%)	10 (16.66%)
Alcohol y cannabis	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)
Otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas	2 (3.33%)	2 (3.33%)	4 (6.66%)
Cannabis y otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)

De los 60 pacientes de otras culturas que hemos seleccionado para el estudio solo 25 de ellos (42%) son consumidores habituales de algún tipo de tóxicos. En esta tabla destaca:

- Los hombres consumen más alcohol que las mujeres (10% frente al 5%).
- El cannabis es el tóxico que más se consume entre estos pacientes (17%), siendo también el tipo de tóxico que más se consume en el grupo de las mujeres (8% frente a, por ejemplo, 5% del consumo de alcohol).

Tabla nº 5: Ingreso y variables relacionadas con éste.

VARIABLE	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Petición de colaboración a trabajo social:			
▪ Sí	11 (18.33%)	10 (16.66%)	21 (35%)
▪ No	18 (30%)	21 (35%)	39 (65%)
Contención mecánica:			
▪ Sí	3 (5%)	7 (11.66%)	10 (16.66%)
▪ No	26 (43.33%)	24 (40%)	50 (83.33%)
Prueba de tóxicos en orina:			
▪ Positivo	12 (20%)	9 (15%)	20 (33.33%)
▪ Negativo	4 (6.66%)	7 (11.66%)	11 (18.33%)
▪ No se pidió	14 (23.33%)	15 (25%)	29 (48.33%)
Tipo de ingreso:			
▪ Voluntario	13 (21.66%)	6 (10%)	19 (31.66%)
▪ Involuntario	16 (26.66%)	25 (41.66%)	41 (68.32%)
Tratamiento al alta:			
▪ Antidepresivos	7 (11.66%)	5 (8,33%)	12 (19.99%)
▪ Antipsicóticos orales	13 (21.66%)	9 (15%)	22 (36.66%)
▪ Antipsicóticos depot	5 (8.33%)	10 (16.66%)	15 (24.99%)
▪ TEC	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
▪ Tratamiento estabilizador	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
▪ Ansiolíticos (Benzodiacepinas)	3 (5%)	5 (8.33%)	8 (13.33%)
Alta voluntaria	3 (5%)	0 (0%)	3 (5%)

En esta tabla se muestran otras variables características del ingreso, observando lo siguiente:

- En poco más de la mitad de los ingresados (65%) no se pidió colaboración a trabajo social.
- La contención mecánica fue más necesaria en mujeres que en hombres; aun así su uso sólo fue preciso en un total de 10 pacientes (16.66%).
- El 20% de los hombres ingresados dio positivo en la prueba de tóxicos en orina, aunque ésta no se pide en todos los ingresos.
- La gran mayoría (68.32%) de los ingresos fueron de carácter involuntario, siendo mayor el porcentaje en mujeres que en hombres.
- Los antipsicóticos orales son el tratamiento al alta más empleado en estos pacientes (36.66%), siendo más empleados en hombres que en mujeres. En las mujeres los antipsicóticos depot fueron el tratamiento más prevalente (16.66%).
- Solamente el 5% del total de pacientes pidieron el alta voluntaria.

Tabla nº 6: Petición de colaboración a diferentes servicios.

COLABORACIÓN A	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Neurología	0 (0%)	2 (3.33%)	2 (3.33%)
Medicina Interna	2 (3.33%)	6 (10%)	8 (13.33%)
Dermatología	0 (0%)	2 (3.33%)	2 (3.33%)
Endocrinología	1 (1.66%)	3 (5%)	4 (6.66%)
Urología	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)
Traumatología	1 (1.66%)	1 (1.66%)	2 (3.33%)
Ginecología	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
Otorrinolaringología	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)
Cirugía General	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)

Durante el ingreso en la UHA de Psiquiatría puede ser necesario realizar una petición de colaboración o de interconsulta con diferentes servicios del hospital. En un 28% de nuestros pacientes se solicitó interconsulta con otros servicios del hospital; en el caso de los pacientes estudiados en este grupo vemos que:

- El servicio al que más peticiones se realizó fue al de Medicina Interna (13%). Éste fue solicitado con más frecuencia por mujeres.
- Las peticiones al servicio de Endocrinología fueron las siguientes más realizadas (7%); siendo también las mujeres las que más solicitaron este servicio.

Tabla nº 7: Diagnóstico principal.

Consumo de tóxicos	8.33%	3.33%	11.66%
Esquizofrenia/esquizofreniforme	10%	3.33%	13.33%
Trastorno por ideas delirantes	1.66%	10%	11.66%
Trastorno esquizoafectivo	1.66%	5%	6.66%
Episodio psicótico agudo	6.66%	5%	11.66%
Trastorno bipolar	0%	3.33%	3.33%
Depresión	5%	1.66%	6.66%
Trastorno de ansiedad	1.66%	0%	1.66%
Trastorno adaptativo	5%	5%	10%
Trastorno disociativo	0%	1.66%	1.66%
Trastorno de la personalidad	0%	5%	5%
Otros	8.33%	8.33%	16.55%
Trastorno psicótico crónico	3 (5%)	2 (3.33%)	5 (1.66%)
Trastorno mental grave	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
Trastorno ansioso-depresivo	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
Reacción vivencial anómala	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
Episodio maníaco	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)
Intento autolítico	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)

Respecto al diagnóstico principal en estos pacientes podemos decir:

- El diagnóstico más prevalente, aunque con poca diferencia (13.33%), fue el trastorno de esquizofrenia o esquizofreniforme, más prevalente en hombres que en mujeres.
- El consumo de tóxicos fue el diagnóstico más frecuente en los pacientes masculinos (8.33%); mientras que en las mujeres lo fue el trastorno por ideas delirantes (10%).

Tabla nº 8: Otros diagnósticos.

	SEGUNDO DIAGNÓSTICO	TERCER DIAGNÓSTICO	Total
Trastorno Psicótico	6 (10%)	1 (1.66%)	7 (11.66%)
Trastorno Depresivo	11 (18.3%)	1 (1.66%)	12 (20%)
Trastorno de la Personalidad	6 (10%)	6 (10%)	12 (20%)
Trastorno Afectivo	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)
Esquizofrenia	3 (5%)	0 (0%)	3 (5%)
Trastorno por Ideas Delirantes	2 (3.33%)	1 (1.66%)	3 (5%)
Psicosis	2 (3.33%)	0 (0%)	2 (3.33%)
Consumo de Tóxicos	7 (11.66%)	5 (8.33%)	13 (21.66%)
Episodio Maníaco	1 (1.66%)	2 (3.33%)	3 (5%)
Trastorno Bipolar	2 (3.33%)	1 (1.66%)	3 (5%)
Reacción Vivencial Anómala	2 (3.33%)	0 (0%)	2 (3.33%)
Ludopatía	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
Trastorno Mental	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
Dependencia Comportamental	0 (0%)	1 (1.66%)	1 (1.66%)
Autolisis	0 (0%)	3 (5%)	3 (5%)
Trastorno de Estrés Postraumático	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)

En nuestros pacientes podemos observar la existencia de otros diagnósticos psiquiátricos a parte del diagnóstico principal en ese momento del ingreso (mostrado en la tabla nº7).

- Como segundo y tercer diagnósticos más frecuente podemos destacar el Trastorno depresivo, el Trastorno de la personalidad y, sobre todo, el Consumo de tóxicos (con un 20% los dos primeros y casi un 22% el último nombrado).

Tabla nº 9: Enfermedades médicas asociadas.

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ETS	4 (6.66%)	1 (1.66%)	5 (8.3%)
HTA	3 (5%)	3 (5%)	6 (10%)
Dislipemia	2 (3.33%)	0 (0%)	2 (3.33%)
Diabetes	1 (1.66%)	0 (0%)	1 (1.66%)
Aborto	0 (0%)	6 (10%)	6 (10%)
Enf. Digestiva	0 (0%)	4 (6.66%)	4 (6.66%)
Enf. Pulmonar	1 (1.66%)	2 (3.33%)	3 (5%)
Enf. Cardíaca	1 (1.66%)	1 (1.66%)	2 (3.33%)
Enf. Reumática	1 (1.66%)	6 (10%)	7 (11.66%)
Enf. Neurológica	1 (1.66%)	1 (1.66%)	2 (3.33%)

Según estos datos:

- Tanto las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) como la HTA son las enfermedades médicas más prevalentes en nuestros pacientes (10% cada una de éstas)
- En las mujeres destacan las Enfermedades Reumáticas como las más frecuentes; mientras que en hombres son más frecuentes las ETS.

Tabla nº 10: Días de ingreso.

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
MEDIA	15.1	20.55	17.91
MEDIANA	15	20	16.5
MODA	2, 15 (Bimodal)	18, 23 (Bimodal)	9, 15, 23 (Trimodal)

En la siguiente tabla vemos que la media de días de ingreso es mayor en mujeres que en hombres; siendo 18 ó 23 días el período de tiempo que se presenta con mayor frecuencia en el ingreso de éstas.

2. Unidad de Psicósomática, interconsultas.

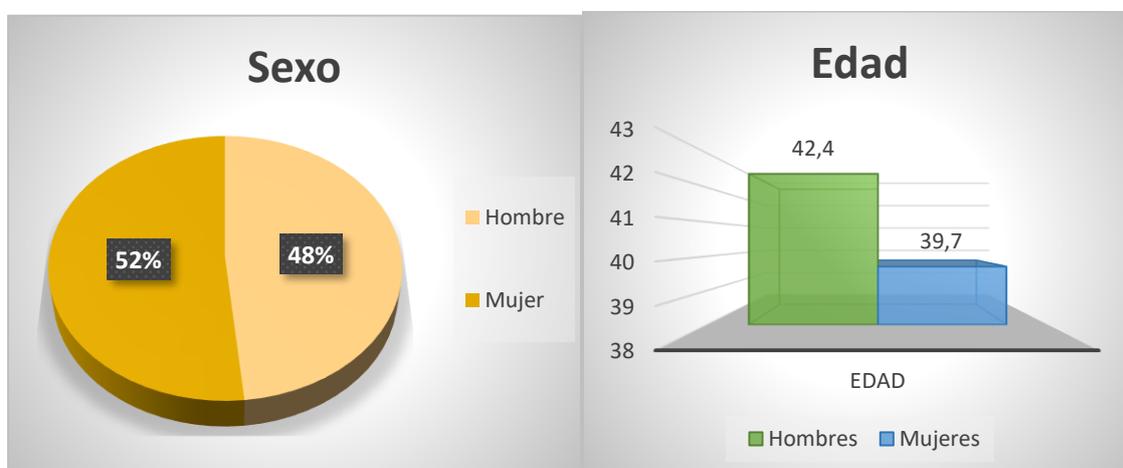
Obtuvimos datos de pacientes ingresados en diferentes especialidades del Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza con interconsulta con la Unidad de Psicósomática en el año 2016 y 2017. En el primer año (2016) se obtuvo una muestra de 1242 pacientes de los cuales se seleccionaron aquellos pacientes de otras culturas (pacientes extranjeros) y se obtuvo un total de 36 pacientes. En el segundo año (2017) se obtuvo una muestra de 1047 pacientes de los que se seleccionaron 26 pacientes de otras culturas (pacientes extranjeros). En total, en ese periodo de tiempo, analizamos 2289 pacientes y, entre éstos, seleccionamos 62 pacientes extranjeros, de entre ellos 32 son mujeres y 30 hombres.

Las interconsultas realizadas a la Unidad de Psicósomática del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza en el año 2016 es de un 3% y en el año 2017 de otro 3%; por lo que el total de interconsultas en el período de tiempo comprendido entre el año 2016 y 2017 es de un 3% del total de interconsultas realizadas a este servicio.

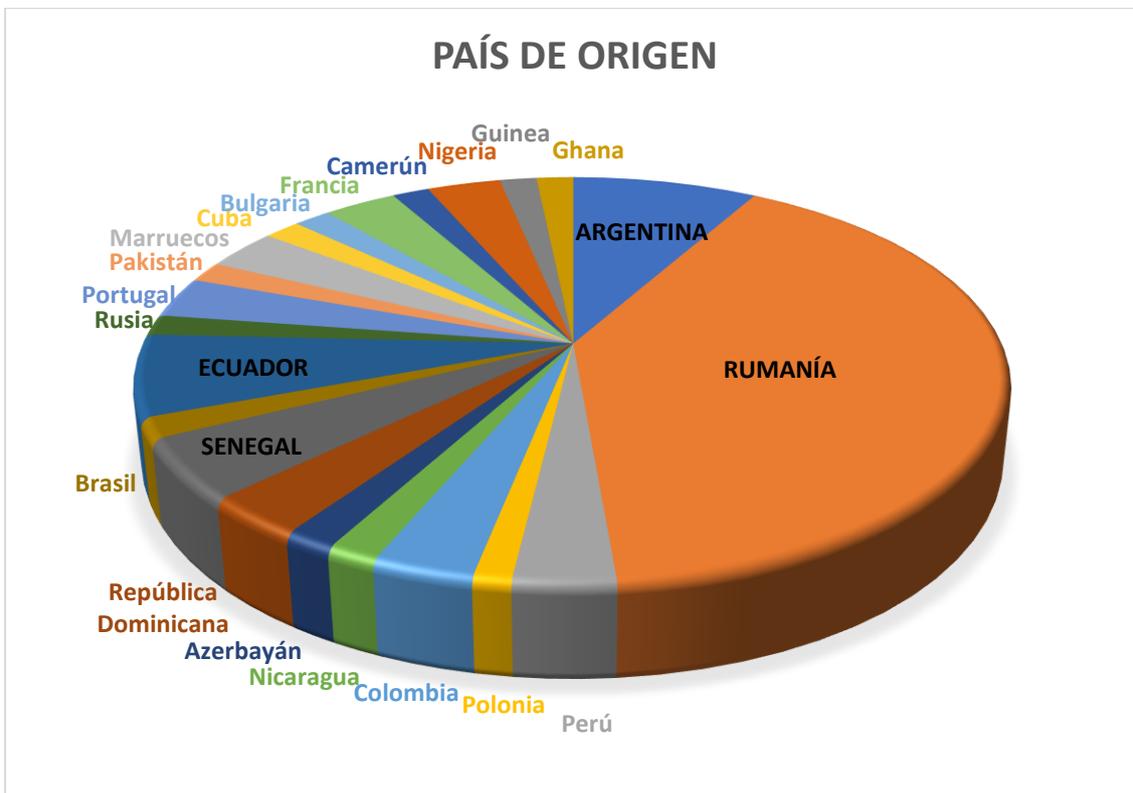
Tomamos 16 variables diferentes y obtuvimos un estudio comparativo y descriptivo de todas éstas.

Todas estas variables son cualitativas, exceptuando las variables “días de ingreso” y “edad” que son cuantitativas.

La media de edad totales de 41 años; la media de edad de las mujeres es de 39.7 años (con un rango de 18 a 77 años); y la de los hombres de 42.4 años (con un rango de 20 a 86 años).



Todos estos pacientes provienen de 22 países, siendo los más prevalentes las interconsultas de pacientes procedentes de Rumanía (25 pacientes; 40.32%), de Argentina (5 pacientes; 8.064%), Ecuador (4 pacientes; 6.45%) y Senegal (3 pacientes; 4.83%).



A continuación se exponen los resultados obtenidos en forma de tablas.

Tabla nº 1: Contexto social y psiquiátrico

VARIABLES	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Estado civil:			
▪ Soltero	7 (11.29%)	9 (14.52%)	16 (25.81%)
▪ Casado	12 (19.35%)	13 (20.97%)	25 (40.32%)
▪ Divorciado	3 (4.84%)	4 (6.45%)	7 (11.29%)
▪ Viudo	0 (0%)	1 (1.62%)	1 (1.62%)
▪ Desconocido	8 (12.90%)	5 (8.06%)	13 (20.96%)
Situación laboral:			
▪ Activo	12 (19.35%)	9 (14.52%)	21 (33.87%)
▪ Inactivo	18 (29.03%)	21 (33.87%)	39 (62.9%)
▪ Estudia	0 (0%)	2 (3.22%)	2 (3.22%)
▪ Estudia y trabaja	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Antecedentes personales Psiquiátricos	10 (16.13%)	13 (20.97%)	23 (37.10%)

En cuanto al contexto social y psiquiátrico de estos pacientes podemos decir:

- El porcentaje de mujeres solteras es mayor que el de hombres, siendo el de casados similar entre ellos.
- La gran mayoría de estos pacientes (62.9%) se encontraban inactivos, laboralmente hablando, en el momento de la interconsulta al Servicio de Psicopatología.
- El 21% de mujeres tenían antecedentes personales psiquiátricos, frente al 16.13% de hombres.

Tabla nº 2: Características de la interconsulta.

VARIABLE	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Petición interconsulta desde:			
▪ Obstetricia	0 (0%)	9 (14.52%)	14 (14.52%)
▪ Reumatología	0 (0%)	2 (3.23%)	2 (3.23%)
▪ Medicina interna	4 (6.45%)	2 (3.23%)	6 (9.68%)
▪ UCI	7 (11.29%)	5 (8.06%)	12 (19.35%)
▪ Neurocirugía	4 (6.45%)	1 (1.61%)	5 (8.06%)
▪ Neurología	2 (3.23%)	1 (1.61%)	3 (4.84%)
▪ Nefrología	4 (6.45%)	0 (0%)	4 (6.45%)
▪ Infecciosas	4 (6.45%)	0 (0%)	4 (6.45%)
▪ Traumatología	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
▪ Otorrinolaringología	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
▪ Digestivo	2 (3.23%)	4 (6.45%)	6 (9.68%)
▪ Hematología	1 (1.61%)	0 (0%)	1 (1.61%)
▪ Cirugía general	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
▪ Oncología	1 (1.61%)	3 (4.84%)	4 (6.45%)
▪ Urgencias	1 (1.61%)	0 (0%)	1 (1.61%)
▪ Ginecología	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
▪ Neumología	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
Referencia a psicopatología en el informe:			
▪ Sí	20 (32.25%)	17 (27.4%)	37 (59.7%)
▪ No	10 (16.13%)	15 (24.2%)	25 (40.32%)
Derivación al alta:			
▪ CSM	7 (11.29%)	5 (8.06%)	12 (19.35%)
▪ Centro o clínica de desintoxicación	1 (1.61%)	1 (1.61%)	2 (3.22%)
▪ CSM y Clínica de desintoxicación	3 (4.84%)	0 (0%)	3 (4.84%)
▪ CCEE	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
▪ Consulta psicopatológica	0 (0%)	3 (4.84%)	3 (4.84%)
▪ Ningún seguimiento al alta	19 (30.64%)	22 (35.48%)	41 (66.12%)

En esta tabla podemos observar distintas características de la interconsulta:

- En la mayor parte de las interconsultas para mujeres provenían del servicio de Obstetricia (14.52%); mientras que en el caso de los hombres lo hacían del servicio de UCI (11.29%). Siendo este último el servicio que más interconsultas realizó (19.35%).
- Solamente el 60% de los informes médicos hacían referencia a la interconsulta con el Servicio de Psicopatología.
- Más de la mitad de los pacientes (66.12%) no precisaron seguimiento al alta por parte de la Unidad de Psicopatología ni de ningún otro servicio.

Tabla nº 3: Diagnóstico principal.

VARIABLES	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Reacción vivencial normal	1 (1.61%)	5 (8.06%)	6 (9.67%)
Consumo de tóxicos	8 (12.9%)	1 (1.61%)	9 (14.52%)
Problemática psicosocial	0 (0%)	2 (3.23%)	2 (3.23%)
Trastorno adaptativo	4 (6.45%)	5 (8.06%)	9 (14.52%)
Alteración de la conducta alimentaria	0 (0%)	5 (8.06%)	5 (8.06%)
Síndrome depresivo	3 (4.84%)	2 (3.23%)	5 (8.06%)
Trastorno de ansiedad	0 (0%)	2 (3.23%)	2 (3.23%)
Trastorno psicótico	0 (0%)	3 (4.84%)	3 (4.84%)
Trastorno de la personalidad	1 (1.61%)	1 (1.61%)	2 (3.22%)
Síndrome de abstinencia	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
Síndrome confusional agudo	5 (8.06%)	1 (1.61%)	6 (9.68%)
Alteración de la conducta	4 (6.45%)	0 (0%)	4 (6.45%)
Retraso mental	1 (1.61%)	0 (0%)	1 (1.61%)
Intento autolítico	0 (0%)	2 (3.23%)	2 (3.23%)
Esquizofrenia	1 (1.61%)	0 (0%)	1 (1.61%)
Trastorno somatomorfo	1 (1.61%)	0 (0%)	1 (1.61%)
No patología psiquiátrica	1 (1.61%)	2 (3.23%)	3 (4.84%)

Respecto al diagnóstico principal podemos decir:

- El consumo de tóxicos (14.52%) es el diagnóstico más prevalente en estos pacientes, siéndolo aún más en hombres (12.9%) que en mujeres; así como el trastorno adaptativo (14.52%), siendo más frecuente en mujeres (8%).
- En las mujeres fueron más frecuentes la reacción vivencial normal y el diagnóstico de alteración de la conducta (ambos 8.06%).
- Un 5% de los pacientes no fueron diagnosticados de ninguna patología psiquiátrica ni tampoco de una reacción vivencial normal.

Tabla nº 4: Interconsulta y variables relacionadas con ésta.

VARIABLE	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Petición de colaboración a trabajo social:			
▪ Sí	2 (3.23%)	3 (4.84%)	5 (8.07%)
▪ No	28 (45.16%)	29 (46.77%)	57 (91.93%)
Contención mecánica:			
▪ Sí	7 (11.29%)	0 (0%)	7 (11.29%)
▪ No	23 (37.1%)	32 (51.61%)	55 (88.71%)
Tratamiento al alta:			
▪ Antidepresivos	3 (4.84%)	6 (9.67%)	9 (14.51%)
▪ Ansiolíticos (Benzodiacepinas)	11 (17.74%)	7 (11.29%)	18 (29.03%)
▪ Técnicas de relajación	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
▪ Neurolépticos	1 (1.61%)	0 (0%)	1 (1.61%)
▪ Antipsicóticos orales	10 (16.13%)	5 (8.06%)	15 (24.19%)
▪ Antipsicóticos depot	1 (1.61%)	0 (0%)	1 (1.61%)
▪ Ningún tratamiento al alta	4 (6.45%)	13 (20.97%)	17 (27.42%)

En cuanto al ingreso podemos decir:

- Sólo en el 8% de los pacientes se realizó una petición a trabajo social.
- La necesidad de contención mecánica fue más recuente en los hombres (11.29%), aunque el uso de ésta sólo se empleó en poco más del 10% de los pacientes.
- Las benzodiacepinas fueron el tratamiento más empleado en estos pacientes (29.03%), siendo más prescrito en hombres que en mujeres.
- Gran parte de estos pacientes (27.42%) no precisó ningún tipo de tratamiento al alta.

Tabla nº 6: Diagnósticos médicos:

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Autolisis	3 (4.84%)	2 (3.22%)	5 (8.06%)
Enf. Ginecológica	0 (0%)	11 (17.74%)	11 (17.74%)
Enf. Reumática	0 (0%)	2 (3.22%)	2 (3.22%)
Enf. Digestiva	7 (11.29%)	5 (5.06%)	12 (19.35%)
Enf. Neurológica	6 (9.7%)	1 (1.61%)	7 (11.29%)
Enf. Renal	4 (6.45%)	1 (1.61%)	5 (5.06%)
Enf. Respiratoria	2 (3.22%)	4 (6.45%)	6 (9.7%)
Enf. Traumatológica	3 (4.84%)	3 (4.84%)	6 (9.7%)
Enf. Infecciosa	2 (3.22%)	0 (0%)	2 (3.22%)
Enf. ORL	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
Enf. Urológica	0 (0%)	1 (1.61%)	1 (1.61%)
Enf. Cardíaca	1 (1.61%)	1 (1.61%)	2 (3.22%)
Enf. Hematológica	1 (1.61%)	0 (0%)	1 (1.61%)
Enf. Psiquiátrica	1 (1.61%)	0 (0%)	1 (1.61%)

Dentro de los diferentes diagnósticos médicos destaca:

- Las Enfermedades del Aparato Digestivo son las más frecuentes (19.35%) en este grupo de pacientes; siendo más frecuentes en hombres (11.29%) que en mujeres.
- Las Enfermedades del Aparato Respiratorio son más recuentes en las mujeres que en los hombres.

Tabla nº 5: Días de ingreso en planta médica.

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
MEDIA	15.8	16.4	16.15
MEDIANA	7	5	5.5
MODA	3, 4 (Bimodal)	3, 5 (Bimodal)	3

En la siguiente tabla vemos que la media de días de ingreso es mayor en mujeres que en hombres; siendo 3 ó 5 días el período de tiempo que se presenta con mayor frecuencia en el ingreso de éstas.

3. Limitaciones del estudio:

Una de las limitaciones de este estudio ha sido el hecho de que los datos fueron extraídos de los informes de alta de la UHA de Psiquiatría y de los informes de Interconsulta de la Unidad de Psicósomática, en lugar de haberlo hecho de las Historias Clínicas de los pacientes estudiados. Esto puede haber favorecido el hecho de que se hayan omitido algunos datos y que no hayan sido plasmados en los informes de alta y de interconsulta, pudiendo alterar la validez interna del estudio.

Por otro lado, en el estudio del grupo de Interconsultas de Psicósomática la información obtenida ha sido a través de los nombres de los pacientes; hecho que hace que hayan sido descartados pacientes que podrían haber cumplido las características del estudio. Por lo que habríamos realizado un error o sesgo de selección.

También tenemos que tener en cuenta que realmente hemos seleccionado pacientes extranjeros sin saber si tienen una cultura u otra, distinta o no a la de nuestro país, agrupando a los pacientes según su país de origen, no según su cultura. La cultura no es un ente homogéneo de cada país; si no que en un mismo país pueden convivir diversas culturas (como ocurre, por ejemplo, en España). Por lo que habríamos cometido un sesgo o error de información.

Los profesionales sanitarios también pueden generar sesgos de relativa importancia en este tipo de estudios puesto que sus percepciones y opiniones personales, en relación con los pacientes extranjeros, pueden condicionar el tratamiento clínico y los diferentes procedimientos a los que se ven sometidos estos pacientes. A todo esto se le añaden las diversas condiciones materiales de cada uno de los Servicios de Hospitalización Psiquiátricos; por ejemplo, ante la existencia de una falta de personal o ante la sobrecarga profesional de éste, se puede optar por contener mecánicamente a los pacientes considerados “problemáticos” con mayor frecuencia.

DISCUSIÓN:

En el presente trabajo hemos analizado diferentes características o variables relacionadas tanto con el ingreso en la UHA de Psiquiatría como con las Interconsultas realizadas a Psicopatología en pacientes de otras culturas con el objetivo de determinar si existen o no diferencias en cuanto a la atención sanitaria y atención médica en este grupo de pacientes.

Un estudio realizado en el 2010 en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza²¹ en el que se comparó un grupo de pacientes extranjeros frente a otro grupo de pacientes nacionales, aseguró la existencia de cierta discriminación racial hacia los pacientes de otras culturas por parte del personal sanitario; esta diferencia significativa en cuanto a la asistencia sanitaria fue mayor en las siguientes variables: contención mecánica (mayor en inmigrantes; OR= 2.68), estancia media (menor en inmigrantes) y petición de pruebas complementarias (se piden menos en inmigrantes).

En nuestro estudio la edad media global tanto del grupo de Psiquiatría como del grupo de Psicopatología es de, aproximadamente, 40 años. En un estudio realizado por Sendra-Gutiérrez et al²² los pacientes extranjeros tenían una media de edad de 30 años y se observó una infrutilización de servicios de asistencia psiquiátrica por éstos.

La estancia media en el año 2017 de nuestros pacientes en la UHA de Psiquiatría ha sido de 17.91 días en total, siendo en las mujeres de 20.55 días y en los hombres de 15.1; con estos datos podemos ver que las mujeres requieren períodos más largos de ingreso en comparación con los hombres. Mientras que la estancia media del total de los pacientes ingresados, tanto nacionales como extranjeros, en la UHA de psiquiatría ha sido de 13.09 días en el año 2017. Con estos datos podemos afirmar que los pacientes extranjeros requieren más días de ingreso en esta unidad.

El consumo de tóxicos y/o drogas de abuso está en estrecha relación con los síntomas psiquiátricos ya que éstas pueden provocar efectos psiquiátricos agudos e incluso a largo plazo; tal y como reflejó Goldchuk et al²³ las drogas de abuso pueden alterar el funcionamiento cerebral afectando a diferentes áreas relacionadas con el humor, la ansiedad y la cognición pudiendo producir efectos psiquiátricos a largo plazo incluso en el periodo de abstinencia, hecho que hace que sea realmente importante incluir el antecedente de consumo de tóxicos junto con el tipo de tóxico consumido en la anamnesis la historia clínica del paciente.

De entre los 60 pacientes analizados para nuestro trabajo, alrededor del 40% tenía como antecedente el consumo de tóxicos; de entre los tóxicos más frecuentes

(alcohol, cannabis y otras sustancias psicotrópicas) el cannabis fue el tóxico que con más frecuencia consumían nuestros pacientes, aunque el número de pacientes que consumían alcohol se acercaba bastante a esta cifra (cannabis 17% y alcohol 15%). Ciertos estudios aseguran que el consumo de cannabis es mayor en jóvenes y adolescentes, lo que supone un empeoramiento en el desarrollo cognitivo; pudiendo favorecer el desarrollo de enfermedades mentales. En un metaanálisis reciente, donde se incluyeron 69 estudios (2152 usuarios de cannabis de una media de 20 años de edad y 6575 no usuarios), se afirmó que la relación entre el consumo de cannabis y el déficit cognitivo es pequeña y también afirma que una abstinencia de cannabis de más de 72 horas provoca una disminución de los déficits cognitivos asociados al consumo de esta sustancia²⁴. Al analizar el consumo de alcohol en nuestros pacientes vemos que un 15% de éstos consumían esta sustancia; en un estudio descriptivo de 2015 que recogió datos del 2009 donde se analizaron 22188 pacientes de los cuales 3162 eran pacientes extranjeros, se hizo una distinción entre el consumo promedio de alcohol (CEP) y el consumo excesivo episódico (CEE; lo que implica un consumo muy elevado de alcohol en un períodos muy cortos de tiempo); este estudio concluyó que los pacientes nacionales consumían más cantidad de alcohol (CEP) pero que eran los pacientes extranjeros los que consumían más cantidad de alcohol en períodos cortos de tiempo (CEE), aunque en ninguno de estos casos se encontraron diferencias significativas. Sí hubo diferencias en cuanto a la procedencia de estos pacientes extranjeros: los pacientes procedentes de países de Europa Occidental y de países del Norte consumían más alcohol (CEE) que los que procedían de África²⁵.

En 2011 se publicó un estudio retrospectivo de todas las intoxicaciones que fueron atendidas en un hospital general durante los años 2003 y 2004; en éste se encontraron diferencias significativas en cuanto a diferentes características de las intoxicaciones por diversas sustancias tóxicas según la nacionalidad del intoxicado; las diferencias son las siguientes: la media de edad de los pacientes extranjeros atendidos por intoxicación fue inferior al grupo de pacientes nacionales; en los pacientes procedentes de Europa Occidental y en el Norte de África las intoxicaciones fueron más frecuentes en el sexo masculino, al contrario que en los procedentes de América Latina donde la mayor parte de los intoxicados fueron mujeres; el alcohol es el tóxico más frecuentemente consumido en los pacientes extranjeros, aunque en los pacientes de América Latina el consumo de psicofármacos es mayor; en el grupo de pacientes extranjeros los antecedentes tanto psiquiátricos como de intoxicaciones previas era menor que en el grupo de pacientes españoles²⁶.

Qureshi et al realizó un estudio en Cataluña y Argón con un número total de 3006 pacientes (1506 extranjeros y 1506 nacionales) donde se apreció que en los pacientes extranjeros la tasa de abuso de alcohol y otras drogas fue menor que la tasa de los pacientes nacionales; sin embargo, aquellos pacientes que consumían alcohol y/o drogas, mostraron niveles más elevados de desarrollar diferentes trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de estas sustancias²⁷.

Una de las variables analizadas en este trabajo es el uso de contención mecánica; medida empleada en psiquiatría para hacer frente a situaciones de alteración de la conducta y/o agitación psicomotriz que no pueden controlarse con otras medidas. La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece, en su manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, una serie de cuestiones que deben aplicarse sobre este tema²⁸ (Anexo VIII). Existen tres tipos de contención: verbal (primera medida a utilizar), farmacológica (cuando la verbal no funcione) y mecánica (útil cuando las anteriores medidas no funcionen; en la que nos hemos centrado en este trabajo).

El uso de contención mecánica no es algo habitual en la práctica psiquiátrica pero puede llegar a ser útil en diferentes situaciones. De los 60 pacientes observados en el grupo de Psiquiatría sólo el 17% de éstos necesitaron en algún momento del ingreso el uso de contención mecánica, siendo que el porcentaje del total de pacientes ingresados en 2017 en la UHA de Psiquiatría que precisaron de esta medida fue del 24.48%²⁹; mientras que de los 62 pacientes observados en el grupo de Psicósomática sólo precisaron de la contención mecánica el 12% de ellos. El estudio, ya mencionado antes, de Alda et al²¹ realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza observó que la necesidad de contención mecánica en pacientes extranjeros era mayor que en pacientes nacionales (81.3% de pacientes extranjeros precisaron contención mecánica frente al 31.3% de pacientes nacionales). En un estudio de cohortes retrospectivo realizado en Dinamarca³⁰ donde se compararon pacientes refugiados y pacientes inmigrantes frente a pacientes nacionales (pacientes refugiados n=1524 frente a n=644 controles nacionales ; y pacientes inmigrantes n=723 frente a n=6034 controles nacionales); en este estudio se concluyó que en los controles nacionales el uso de contención mecánica fue menor que en los pacientes refugiados e inmigrantes (38.3% de pacientes refugiados frente al 15.1% de controles nacionales; 29.1% de pacientes inmigrantes frente al 20.8% de controles nacionales).

El empleo de esta medida puede ocasionar consecuencias posteriores a su uso, como por ejemplo: la pérdida de contacto con los Servicios Ambulatorios de Salud Mental, el rechazo a la medicación, los recuerdos traumáticos... En el estudio realizado por Puig et al; con un total de 148 pacientes de los cuales en 74 de ellos fue necesario el uso de contención mecánica y en los 74 restantes no; analizó la relación entre la contención mecánica y el seguimiento de esos pacientes tras el ingreso por los Servicios Ambulatorios de Salud Mental, concluyendo que los pacientes en los que había sido necesario el uso de contención mecánica no acudían o acudían menos a las revisiones posteriores, asociación que se mantenía en el tiempo (17.6% no asistieron en el primer mes, 16.2% no asistieron a los seis meses)³¹.

Como ya hemos visto en la tabla número 7 del grupo de la UHA, el diagnóstico principal más frecuente en los pacientes de otras culturas estudiados es el de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme; sin embargo existen estudios que muestran que los diagnósticos más frecuentes en los pacientes extranjeros son el

trastorno de ansiedad y el trastorno adaptativo³²; mientras que en otros estudios, como el realizado por Pérez-Rodríguez et al, se afirma que los inmigrantes sufren más neurosis e intentos de suicidio que los pacientes nativos, lo que puede explicarse por el estrés que sufren éstos durante el proceso de migración³³.

Existen diferentes características sociodemográficas como por ejemplo el sexo femenino, el nivel educativo superior y la edad avanzada que actúan como factor protector frente al desarrollo de trastornos por abuso de sustancias o consumo de tóxicos³⁰.

Ochoa Mangado et al realizó un estudio en el que se habla de que la inmigración es un factor de riesgo para la salud mental; y también hace referencia al denominado “síndrome de Ulises”, cuadro asociado a la inmigración en el que intervienen diferentes características que producen síntomas ansioso-depresivos³².

Durbin et al afirma, como lo hizo Ochoa Mangado, que la inmigración se ha relacionado con una gran variedad de estresores de la salud mental; uno de ellos puede ser las diferentes vivencias y experiencias por las que han tenido que pasar en el período de migración de un país a otro. En este mismo estudio³⁴ se observó que los pacientes inmigrantes recientemente llegados al país usaban menos la atención especializada (dentro de ésta se encuentra la Atención a la Salud Mental; Psiquiatría) que los pacientes nacionales y que los pacientes inmigrantes residentes de largo plazo.

Existen estudios en los que describen la situación social de los pacientes. En el estudio realizado por Muñoz Martínez³⁵ del Hospital de Bruselas se observó que la mayor parte de los pacientes extranjeros pertenecían a una clase social media o media/baja y que la gran mayoría de éstos procedían de Marruecos y Turquía. En nuestro estudio la mayor parte de los pacientes provenían de Rumanía.

Walsh et al demostró en su estudio que los pacientes inmigrantes permanecían durante más tiempo ingresados en comparación con los pacientes nacionales y que las tasas de suicidios y consumo de alcohol fueron más altas en los primeros; mientras que en los pacientes nacionales la tasa de consumo de drogas fue mayor (abuso de drogas: 44.6% frente al 55.5% de pacientes nacionales)³⁶.

Muchos de los pacientes que ingresan en la UHA (alrededor de un 70%) lo hacen de forma involuntaria; esto puede deberse a que muchos de los pacientes psiquiátricos (sean o no de otras culturas) no tienen conciencia de su enfermedad, lo que, acompañado de las alteraciones de la conducta o del propio pensamiento, hacen necesario el ingreso en contra de su voluntad para, con ello, evitar la posibilidad de que se generen un daño a ellos mismos o incluso a otras personas. El Artículo 763 del Capítulo II (Anexo IX) del Boletín Oficial del Estado (BOE) establece una serie de cuestiones que deben aplicarse y tenerse en cuenta sobre este tema³⁷; así como el Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, que también establece unas cuestiones fundamentales y describe el procedimiento que se debe seguir a la hora de realizar un ingreso de carácter involuntario²⁸ (Anexo X).

La Ley de Enjuiciamiento civil (Anexo IX) proporciona al profesional de la salud una herramienta para poder ingresar a un paciente psiquiátrico durante un episodio agudo en contra de su voluntad sin necesidad de recibir una aprobación inmediata por el juez; aunque se ha de ratificar dicha acción por el juez antes de 72 horas tras recibir el aviso.

El estudio realizado por Norredam et al³⁰ donde se compararon pacientes refugiados e inmigrantes frente a pacientes nacionales, obtuvo un resultado en el que se concluyó que los pacientes refugiados e inmigrantes presentaban una mayor frecuencia de ingresos involuntarios en comparación con los pacientes nacionales, y dentro de éstos fueron las mujeres las que presentaban tasas más elevadas. Esto, según concluyeron en el estudio, puede deberse a las barreras lingüísticas y a la imposibilidad para calmar a los pacientes por medio de la palabra.

Spinogatti et al³⁸ y su estudio realizado en Italia donde se observó que los inmigrantes utilizan menos los servicios de salud mental que los usuarios nacionales, aunque en los últimos años el número de pacientes inmigrantes que utilizan los servicios de salud mental se ha incrementado; observando también que no existían diferencias en cuanto al ingreso de carácter involuntario entre pacientes inmigrantes y pacientes nacionales.

En España se realizaron dos estudios similares sobre esta cuestión en 2004 y 2006; uno de ellos es el estudio realizado por Gotor et al donde no encontraron diferencias en entre pacientes extranjeros o inmigrantes y pacientes nacionales en cuanto a ingreso de carácter involuntario se refiere (60% de ingresos involuntarios en pacientes inmigrantes frente al 59.1% de ingresos involuntarios en pacientes nacionales), afirmando también que el hecho de ser inmigrante dificulta la continuidad de la atención en pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica³⁹. El otro estudio, realizado por Pérez-Rodríguez et al³³, observó que no existían diferencias en cuanto a los ingresos de carácter involuntario entre pacientes inmigrantes y pacientes nacionales (52.9% de los inmigrantes requirió ingreso involuntario frente al 46.9% de los españoles).

En la bibliografía obtenida sobre este tema (ingreso de carácter involuntario) predomina la tendencia a afirmar que existe una mayor probabilidad de que los pacientes inmigrantes necesiten un ingreso de estas características; sin embargo, en los dos estudios españoles nombrados anteriormente afirman que no existen diferencias sobre esta característica entre pacientes nacionales e inmigrantes.

La bibliografía encontrada referente a la Unidad de Psiquiatría de Enlace o Psicósomática ha sido escasa.

En un estudio realizado con un total de 1503 adolescentes inmigrantes, se concluyó que la discriminación conduce a un comportamiento agresivo y un consumo en el abuso de sustancias lo que se asocia con un aumento de síntomas psicósomáticos⁴⁰.

Zollmann et al en su estudio realizado en Alemania compararon tres grupos de pacientes: pacientes nacionales, pacientes turcos y pacientes extranjeros. En este estudio se comprobó que los diagnósticos más frecuentes en todos los grupos fueron los trastornos afectivos, los trastornos de estrés, los somatomorfos y los trastornos neuróticos, a diferencia de nuestro estudio donde el consumo de tóxicos fue el diagnóstico más frecuente en los pacientes extranjeros y sólo uno de nuestros pacientes estudiados fue diagnosticado de trastorno somatomorfo. En este estudio también se concluye que los pacientes extranjeros son más jóvenes, presentan una formación profesional menos avanzada y el porcentaje de casados es más elevado que en los nacionales; estos datos son similares a los obtenidos en nuestro estudio ya que el porcentaje de casados fue el más elevado (41%) así como el porcentaje de inactivos laboralmente hablando (63%)⁴¹.

Los resultados de este estudio pueden continuarse a través de un análisis comparativo con pacientes ingresados tanto en la UHA como los remitidos a la UPPE que no provienen de otros países. En este sentido, mencionar el trabajo de fin de Grado realizado por Rosillo⁴² en donde se realizó un estudio caso control (n casos=65, n control=65 y n total=130) en la UHA de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza donde, a diferencia del estudio realizado en el HUMS²⁰, no se demostró la existencia de un trato discriminatorio en los pacientes de otras culturas con respecto a los pacientes nacionales, hecho que se estudió mediante un análisis estadístico de diferentes variables, no encontrándose diferencias significativas en prácticamente ninguna de éstas. En los pacientes provenientes de la UPPE sería conveniente realizar un registro estandarizado de variables asistenciales que complementen la información aportada en este trabajo.

CONCLUSIONES:

1. La presencia de pacientes provenientes de otras culturas es un fenómeno estable y frecuente. En el 2017 un 15% de los pacientes ingresados en UHA provenían de otras culturas. En la Unidad de Psiquiatría Psicosomática al menos un 3% de las interconsultas solicitadas eran de pacientes transculturales.
2. En el perfil sociodemográfico de ambas poblaciones no se encuentran diferencias en cuanto a sexo; son pacientes en edad media de la vida. Hay una amplia representación de países en ambas muestras (28 y 22 países respectivamente). El país de procedencia más representado es Rumanía en ambas muestras seguido de pacientes africanos en el caso de los pacientes de UHA y de latinoamericanos en los de UPPE.
3. En el perfil clínico reseñar que hay una amplia variedad de situaciones clínicas entre los pacientes ingresados en UHA y que el motivo de ingreso por causa social es muy exiguo. Hay un predominio de antecedentes psiquiátricos en los pacientes de la UHA y es el doble que los existentes entre los atendidos en la UPPE. En la distribución diagnóstica predomina el espectro de psicosis en los ingresados en UHA y el de trastorno adaptativo o consumo de sustancias en el de la UPPE.
4. En el perfil asistencial de los pacientes de la UHA hay que destacar indicadores de complejidad como: la alta proporción de ingresos involuntarios (70% frente al 42% de los pacientes de muestra global), la tasa de reingresos (más de la mitad), la comorbilidad psiquiátrica (% de pacientes con un segundo diagnóstico como trastorno por consumo de sustancias o trastorno de personalidad) y somática (mayor porcentaje de interconsultas a Medicina interna con un 28%), el empleo de contenciones mecánicas (en 16% frente a % de las empleadas en la muestra global) y una mayor estancia media (17 días frente a la de 13 días de la muestra global). En los pacientes atendidos por la UPPE destacar el predominio de colaboraciones desde la UCI y desde Obstetricia y Ginecología (en proporción muy superior a la tasa de interconsulta desde ese Servicio para el resto de pacientes), una mayor estancia media (16 días) y una tasa de 10% de contenciones.
5. Los indicadores obtenidos en ambas poblaciones asistenciales de pacientes transculturales nos señalan la necesidad imperiosa de disponer de programas de mejora de calidad específicas. Éstas permitirán proporcionar una asistencia sensible a la diversidad cultural de los pacientes que están en situación de mayor vulnerabilidad por los estresores que suponen la enfermedad y la propia hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA:

1. 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 Psychiatric*. 2009; 24(Supplement 1):981
2. Izquierdo M, Jimeno JF, Lacuesta A. Los flujos migratorios en España durante la crisis. *Boletín Económico* 2014(SEP). 2014
3. Arteta I. Venezuela, Marruecos y Colombia encabezan la inmigración en España. *EL PAÍS* [Internet] Madrid: elpais; 2017 [consultado el 10 de abril de 2018]. Disponible en:
https://politica.elpais.com/politica/2017/06/29/actualidad/1498762388_765759.html
4. Evolución de la población residente en España. 2016 [cited 2018 May 23];449565440528:46099–966. Disponible en:
http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf
5. ine.es [Internet]. Madrid. Instituto Nacional de Estadística. 2017; [actualizado 1 de Julio de 2017; consultado el 15 de abril de 2018] Disponible en:
<http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>
6. Cifras de Población a 1 de julio de 2017 Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2017. 2011 [citado 2018 May 23]; Disponible en:
http://www.ine.es/prensa/cp_j2017_p.pdf
7. Versión actualizada - Datos Básicos - Instituto Aragonés de Estadística - Departamentos y Organismos Públicos - Gobierno de Aragón [Internet]. [citado 2018 May 31]. Disponible en:
http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonesEstadistica/AreasGenericas/DatosBasicos/ci.01_Actualizados.detalleDepartamento?channelSelected=0
8. Rojas C. Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea. Vol. 35, *Salud mental*. [Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia]; 2012. 181-188 p.
9. del.rae.es [Internet]. Madrid. Real Academia Española. *Diccionario de la RAE*; 2018 [consultado el 24 de abril de 2018]. Disponible en:
<http://dle.rae.es/?w=diccionario>

10. 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 de 2015.
11. Strain JJ. Implications of culture. En: Strain JJ, Blumenfield M. Psychosomatic Medicine. Primera Edición. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 81-90.
12. Uribe Restrepo M. Modelos conceptuales en medicina psicosomática. Rev Colomb Psiquiatr. 2006
13. Costa-Requena G, Urrutia AR, Calvo E, Parramon G. Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica.
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan contra el càncer en Catalunya 2015-2020. 2015;42.
15. Lobo Satué A. Memoria Año 2000 Servicio de Psicología y Psiquiatría de Enlace [Monografía en Internet]. [Zaragoza]: Zaragoza: el Hospital, [2001]; 2001. [28 May, 2018].
16. UNESCO. Declaración Universal sobre la diversidad cultural, adoptada por la 31ª Asamblea general el 3 de Noviembre de 2001. 2002
17. Iriarte Moncayola M. Cultura, multiculturalidad e interculturalidad. análisis de la educación intercultural en la ciudad de Málaga. 2015;514.
18. Coll FR. Political Theory Working Paper. 2014;1–20.
19. Chubaci RYS, Merighi MAB. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. Rev Lat Am Enfermagem. 2002;10(6):805–12.
20. San Juan M.V. Aspectos sobre la hospitalización de pacientes inmigrantes y autóctonos en el hospital. Cuidando La Salud: Revista Científica de Enfermería. 2015; (12):81-95
21. 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.
22. Sendra-Gutiérrez JM, De Francisco Beltrán P, Iribarren M, Vargas Aragón ML. Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia (2001-2008): Estudio descriptivo. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012;5(3):173–82.

23. Goldchluk A, Herbst L. Efectos psiquiátricos permanentes en ex abusadores de marihuana o de estimulantes. *Vertex Rev Argentina Psiquiatr.* 2008;19(77):503–11.
24. Scott JC, Slomiak ST, Jones JD, Rosen AFG, Moore TM, Gur RC. Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults. *JAMA Psychiatry.* 2018
25. Sordo L, Indave BI, Pulido J, Molist G, Rosales-Statkus ME, Ruíz-García M, et al. Epidemiology of alcohol abuse among Spanish immigrant populations [Epidemiología del abuso de alcohol entre la población inmigrante en España]. *Adicciones.* 2015;27(2):132–40
26. Clemente Rodríguez C, Echarte Pazos JL, Aguirre Tejedó A, Puente Palacios I, Iglesias Leppine ML, Supervía Caparrós A. Diferencias en las intoxicaciones de los españoles y los extranjeros atendidas en urgencias. *Emergencias.* 2011;23:271–5.
27. Qureshi A, García Campayo J, Eiroa-Orosa FJ, Sobradiel N, Collazos F, Febrel Bordejé M, et al. Epidemiology of substance abuse among migrants compared to native born in primary care. *The American Journal of Addictions.* 2014; 23(4):337-3342.
28. Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación: World Health Organization; 2006.
29. Argón A., Campos R. (dir). Estudio de la utilización de las contenciones mecánicas en la UHA. [trabajo de fin de grado]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2018.
30. Norredam M, García-López A, Keiding N, Krasnik A. Excess use of coercive measure in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatry Scand.* 2010; 121(2):143
31. PP Puig, MC Cánovas, J Radua. Lower follow-up attendance after physical restraint. *C Med Psicosom.* 2015; 115: 16-18
32. Ochoa E, Vicente N, Lozano M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp.* 2005;205:116---8.
33. Perez-Rodriguez MM, Baca-Garcia E, Quintero-Gutierrez FJ, Gonzalez G, Saiz-Gonzalez D, Botillo C, et al. Demand for psychiatric emergency services and

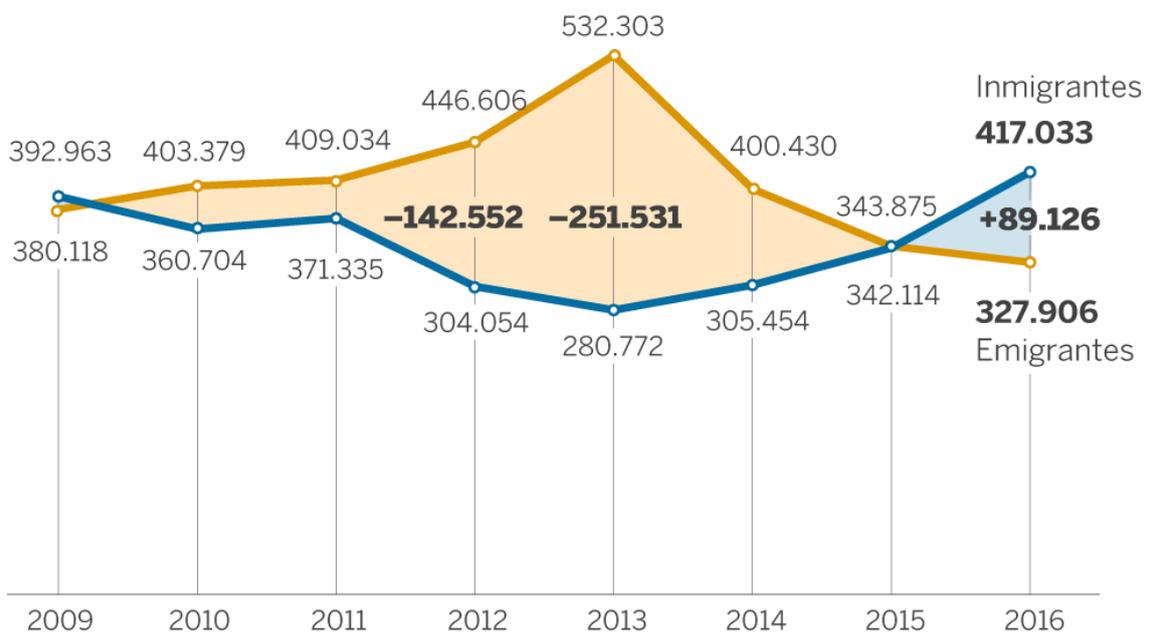
- immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *Eur J Public Health*. 2006; 16(4):383–7.
34. Durbin A, Moineddin R, Lin E, Steele LS, Glazier RH. Mental health service use by recent immigrants from different world regions and by non-immigrants in Ontario, Canada: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res. BMC Health Services Research*; 2015;15(1).
 35. Muñoz Martínez R. Cuando la psiquiatría se reconfigura en la diversidad cultural . Debates en torno al lugar , los destinatarios y la metodología de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas. *Cuicuilco*. 2013;57:137–68.
 36. Walsh SD, Blass D, Bensimon-Brevareman M, Barak LT, Delayahu Y. Characteristic os immigrant and no-immigrant patients in a dual-diagnosis psychiatric Ward and treatment implications. *Journal of Immigrant & Minority Health*. 2014;16(6):1045
 37. 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.
 38. Spinogatti F, Civenti 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):59–65.
 39. Gotor L, González-Juárez C. Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39(7):560
 40. Walsh SD, Kolobov T, Raiz Y, Boniel-Nissim M, Tesler R, Hare-Fish Y. The role of identity and psychosomatic symptosn as mediating the relationship between discrimination and risk behaviors among firstand second generation immigrants adolescents. *J Adolesc*. 2018; 64:34
 41. Zollmann P, Pimmer V, Rose AD. Comparison of psychosomatic rehabilitation for German and foreing patients. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2016;55(6):357
 42. Rosillo N., Campos R. (dir). Perfil clínico-asistencial y complejidad en pacientes de otras culturas en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría (UHA). [trabajo de fin de grado]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2017.

Anexos:

Anexo I: saldo migratorio del 2016.

SALDO MIGRATORIO CON EL EXTRANJERO

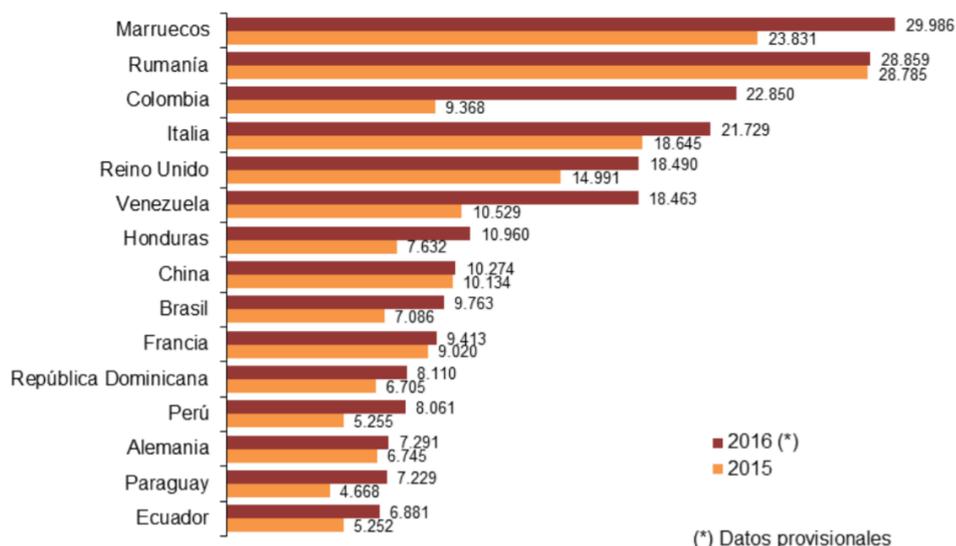
- Emigración con destino al extranjero
- Inmigración procedente del extranjero
- Saldo migratorio **negativo**
- Saldo migratorio **positivo**



Fuente: INE. EL PAÍS

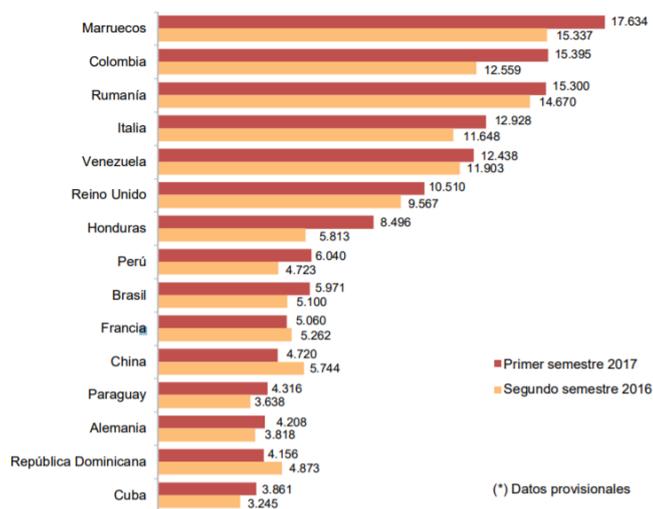
Anexo II: Inmigración 2015-2016. INE.

Inmigración de población extranjera por nacionalidad 2015-2016



Anexo III: Inmigración 2016-2017. INE.

Inmigración de población extranjera por nacionalidad. Segundo semestre 2016 y primero de 2017(*)



Anexo IV: Población extranjera en Aragón en 2017.

Población extranjera empadronada según área geográfica de nacionalidad. Año 2017.

	Aragón		España	
	Número	% sobre total*	Número	% sobre total*
Total	133.237	10,2	4.572.807	9,8
Europa	65.914	5,0	2.039.370	4,3
UE 28	62.104	4,7	1.777.989	3,8
Otros países de Europa	3.810	0,3	261.381	0,6
África	34.850	2,7	1.039.973	2,2
América	24.366	1,9	1.070.479	2,3
América del Norte**	520	0,0	60.132	0,1
Iberoamérica	23.846	1,8	1.010.347	2,1
Asia	8.009	0,6	418.602	0,9
Oceanía	64	0,0	3.151	0,0
Apátridas y no consta	34	0,0	1.232	0,0

* Porcentaje de extranjeros sobre la población total.

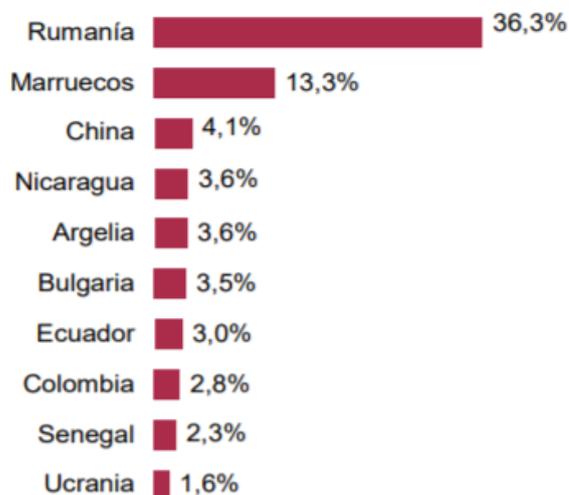
** Incluye: Canadá, EEUU y México

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2017.

Anexo V: Países de procedencia de los extranjeros en Aragón en 2017.

Nacionalidades con mayor presencia.
Aragón. Año 2017.

Unidad: porcentaje sobre el total de extranjeros.



Anexo VI: Variables grupo Psiquiatría.

- A. Código del paciente.
- B. País de origen.
- C. Edad.
- D. Sexo.
 - 1. Hombre
 - 2. Mujer
- E. Estado civil.
 - 1. Casado
 - 2. Soltero
 - 3. Divorciado
 - 4. Viudo
 - 5. Desconocido
- F. Situación laboral.
 - 1. Inactivo
 - 2. Activo
 - 3. Estudiante
 - 4. Estudia y trabaja
- G. Antecedentes personales psiquiátricos.
 - 1. Si
 - 2. No
- H. Conocido en nuestra unidad.
 - 1. Si
 - 2. No
- I. Tipo de ingreso.
 - 1. Voluntario
 - 2. Involuntario
- J. Motivo de ingreso.
 - 1. Descompensación psicótica
 - 2. Ideas o intento autolítico
 - 3. Desintoxicación
 - 4. Problema social
 - 5. Alteración de la conducta
 - 6. Otros
- K. Reingreso.
 - 1. Si
 - 2. No
- L. Origen.
 - 1. Urgencias
 - 2. Programado
 - 3. Traslado de otra planta
 - 4. Traslado de otro hospital
 - 5. Consultas externas (CCEE) o centro de salud mental (CSM)

- M. Derivación al alta.
1. Centro de salud mental (CSM)
 2. Consultas externas (CCEE)
 3. Unidad de media estancia (UME)
 4. Traslado a otra planta
 5. Traslado a otro hospital
 6. Hospital de día
 7. Centro de desintoxicación
 8. Otros
- N. Diagnóstico principal (primer diagnóstico).
1. Consumo de tóxicos
 2. Esquizofrenia/esquizaafreniforme
 3. Trastorno por ideas delirantes
 4. Trastorno esquizoafectivo
 5. Episodio psicótico agudo
 6. Trastorno bipolar
 7. Depresión
 8. Trastorno de ansiedad
 9. Trastorno adaptativo
 10. Trastorno disociativo
 11. Trastorno de la personalidad
 12. Otros
- O. Segundo diagnóstico.
1. Trastorno Psicótico
 2. Trastorno Depresivo
 3. Trastorno de la Personalidad
 4. Trastorno Afectivo
 5. Esquizofrenia
 6. Trastorno por Ideas Delirantes
 7. Psicosis
 8. Consumo de Tóxicos
 9. Episodio Maníaco
 10. Trastorno Bipolar
 11. Reacción Vivencial Anómala
 12. Ludopatía
 13. Trastorno Mental
 14. Dependencia Comportamental
 15. Autolisis
 16. Trastorno de Estrés Postraumático
- P. Tercer diagnóstico.
1. Trastorno Psicótico
 2. Trastorno Depresivo
 3. Trastorno de la Personalidad
 4. Trastorno Afectivo

5. Esquizofrenia
 6. Trastorno por Ideas Delirantes
 7. Psicosis
 8. Consumo de Tóxicos
 9. Episodio Maníaco
 10. Trastorno Bipolar
 11. Reacción Vivencial Anómala
 12. Ludopatía
 13. Trastorno Mental
 14. Dependencia Comportamental
 15. Autolisis
 16. Trastorno de Estrés Postraumático
- Q. Colaboración a
1. Medicina Interna
 2. Dermatología
 3. Neurología
 4. Endocrinología
 5. Cirugía general
 6. Traumatología
 7. Otorrinolaringología
 8. Ginecología
 9. Urología
- R. Enfermedades médicas asociadas.
1. ETS
 2. HTA
 3. Dislipemia
 4. Diabetes
 5. Aborto
 6. Enfermedad Digestiva
 7. Enfermedad Pulmonar
 8. Enfermedad Cardíaca
 9. Enfermedad Reumática
 10. Enfermedad Neurológica
- S. Prueba de tóxicos en orina.
1. No se pidió
 2. Positiva
 3. Negativa
- T. Consumo de tóxicos
1. Alcohol
 2. Cannabis
 3. Alcohol y cannabis
 4. Otras sustancias psicoactivas/ psicotrópicas
 5. Cannabis y otras sustancias psicoactivas/ psicotrópicas
- U. Contención mecánica.

1. Si
 2. No
- V. Colaboración a trabajo social.
1. Si
 2. No
- W. Días de ingreso.
- X. Tratamiento al alta.
1. Antidepresivos
 2. Antipsicóticos orales
 3. Antipsicóticos depot
 4. Terapia electroconvulsiva (TEC)
 5. Tratamiento estabilizador
 6. Benzodiazepinas
- Y. Alta voluntaria
1. Si
 2. No

Anexo VII: Variables grupo Psicósomática.

- A. Código del paciente.
- B. País de origen.
- C. Edad.
- D. Sexo.
1. Hombre
 2. Mujer
- E. Estado civil.
1. Casado
 2. Soltero
 3. Divorciado
 4. Viudo
 5. Desconocido
- F. Situación laboral.
1. Inactivo
 2. Activo
 3. Estudia
 4. Estudia y trabaja
- G. Antecedentes personales psiquiátricos.
1. Si
 2. No
- H. Origen.
1. Obstetricia

2. Reumatología
 3. Medicina interna
 4. UCI
 5. Neurocirugía
 6. Nefrología
 7. Neurología
 8. Infecciosas
 9. Traumatología
 10. Otorrinolaringología
 11. Digestivo
 12. Hematología
 13. Cirugía general
 14. Oncología
 15. Urgencias
 16. Ginecología
 17. Neumología
- I. Derivación al alta.
1. Centro de salud mental (CMS)
 2. Clínica o centro de desintoxicación
 3. Centro de salud mental (CSM) y clínica de desintoxicación
 4. Consultas externas (CCEE)
 5. Consulta de psicopatología
 6. Ningún seguimiento por psicopatología o similar alta
- J. Diagnóstico principal.
1. Reacción vivencial normal
 2. Consumo de tóxicos
 3. Problemática psicosocial
 4. Trastorno adaptativo
 5. Reacción vivencial tipo ansioso
 6. Alteración de la conducta alimentaria
 7. Síndrome depresivo
 8. Trastorno de ansiedad
 9. Trastorno psicótico
 10. Trastorno de la personalidad
 11. Delirium de origen orgánico
 12. Síndrome de abstinencia
 13. Síndrome confusional agudo
 14. Alteración de la conducta
 15. Retraso mental
 16. Intento autolítico
 17. Esquizofrenia
 18. Trastorno somatomorfo
 19. Síndrome ansioso-depresivo
 20. No patología psiquiátrica

- K. Contención mecánica.
 - 1. Si
 - 2. No
- L. Colaboración a trabajo social.
 - 1. Si
 - 2. No
- M. Tratamiento al alta.
 - 1. Antidepresivos
 - 2. Benzodiacepinas
 - 3. Técnicas de relajación
 - 4. Neuroléptico
 - 5. Antipsicóticos orales
 - 6. Antipsicóticos depot
 - 7. Ningún tratamiento al alta
- N. Diagnóstico médico.
- O. Referencia a Psicopatología en el informe médico.
 - 1. Sí
 - 2. No
- P. Días de ingreso en planta médica.

Anexo VIII: Sobre la contención mecánica. “Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación”.

Sobre la contención mecánica.

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.

Procedimiento:

1. Deben ser autorizados por un profesional de salud mental acreditado.
2. Debe acreditarse que la institución de salud mental cuenta con instalaciones adecuadas para llevar a cabo esas intervenciones de forma segura.
3. 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.

Anexo IX: Ley de Enjuiciamiento Civil; Artículo 763.

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.

Anexo X: Ingreso Involuntario. “Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación”.

Ingreso involuntario: cuestiones fundamentales

- En general, el ingreso involuntario sólo se permite si *todos* los criterios que se detallan a continuación se cumplen y el paciente se niega a ser admitido voluntariamente:
 - a) existe evidencia de un trastorno mental cuya gravedad está especificada en la ley;
 - b) existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente contra sí mismo o contra terceros, y/o de deterioro de la condición del paciente si no se le proporciona tratamiento;
 - c) el ingreso incluye un propósito terapéutico, y;
 - d) el tratamiento sólo puede ser proporcionado si se da el ingreso a una institución de salud mental.
 - Procedimiento a seguir para el ingreso involuntario:
 - a) Dos profesionales de salud mental acreditados (uno de los cuales debería, idealmente, ser un médico) deben certificar que se dan los criterios para el ingreso involuntario y recomendar el ingreso involuntario.
 - b) Debe existir una solicitud de ingreso involuntario, de acuerdo con la cultura y las condiciones locales.
 - c) La institución de salud mental debe estar acreditada (en términos de la provisión de atención y tratamiento adecuados y apropiados) y autorizada a admitir pacientes involuntarios..
 - d) El ingreso involuntario debe ser autorizado por una autoridad independiente (órgano de revisión, tribunal o corte). Esto debe llevarse a cabo lo antes posible después de la presentación de la solicitud o, de ser imposible, lo antes posible después de la admisión; la legislación debe detallar el plazo temporal dentro del cual debe realizarse la revisión. La persona debe tener derecho a un representante legal durante la audiencia.
 - e) Los pacientes, sus familias y representantes legales deben ser informados inmediatamente acerca de los motivos del ingreso involuntario y de los derechos del paciente.
 - f) Los pacientes, sus familias y/o sus representantes legales deben tener derecho a apelar la decisión de ingreso involuntario ante un órgano de revisión y/o un tribunal.
- Debe existir una disposición que ordene la revisión regular y periódica de las internaciones involuntarias por parte de un órgano de revisión independiente.
 - La internación involuntaria debe cesar cuando los pacientes dejen de reunir los criterios que justifican el ingreso involuntario. A partir de ese momento, el tratamiento puede tomarse voluntario.